

Expertenbrief No 31

Kommission Qualitätssicherung
Präsident Prof. Dr. Daniel Surbek

Verzicht auf das Toxoplasmose-Screening in der Schwangerschaft - kurze zusammenfassende Begründung

Schweizerische Arbeitsgruppe für kongenitale Toxoplasmose*

*K. Boubaker, H. U. Bucher, J. G. Garweg, I. Hoesli, P. Hohlfeld, C. Kind, P. A. Raeber, C. Rudin, B. Vaudaux

In der Schweiz bestand bis Dezember 2008 während der Schwangerschaft ein sogenanntes *wildes* Toxoplasmose-Screening. Das bedeutet, dass in der Vergangenheit keine offizielle Empfehlung für ein Screening während der Schwangerschaft oder bei einer Geburt bestand. Dementsprechend wurde zwar (und wird zum Teil bis heute) ein grosser Teil der schwangeren Frauen auf Toxoplasmose untersucht, allerdings nicht alle und auch nicht alle nach denselben Methoden.

Die heute zur Verfügung stehenden Labormethoden zum Nachweis einer Frischinfektion in der Schwangerschaft haben zwar teilweise eine hohe Sensitivität für Toxoplasma-spezifische Antikörper, leider aber oft keine optimale Spezifität, weshalb z.B. im Falle des IgM-Nachweises mit dem ISAGA-Test immerhin etwa 6% der positiven Resultate falsch sind. Dies führt dazu, dass einerseits zahlreiche schwangere Frauen gar nicht oder nur ungenügend untersucht werden, und dass andererseits heute viele Frauen wegen vermeintlicher Frischinfektionen in der Schwangerschaft medikamentös behandelt werden. Letzteres unter anderem auch deshalb, weil der ebenfalls nicht standardisierte Aviditätstest, der heute breite Anwendung findet, in vielen Fällen eine Frischinfektion zu lange anzeigt.

Auch die im Fruchtwasser durchgeführte fetale Diagnostik mittels PCR ist schlecht standardisiert und ohne definierte Sensitivität und Spezifität. Je nach Labor und Zeitpunkt der Untersuchung variieren deshalb die Resultate. Man kann sich deshalb beim Entscheid zu einer Therapie oder insbesondere für einen Schwangerschaftsabbruch im Einzelfall nicht auf die Resultate verlassen.

Aufgrund einer international durchgeführten, ausgedehnten Review aller aus der Literatur verfügbaren Daten (EUROTOXO) ist man zudem in den letzten Jahren zum Schluss gekommen, dass es keinen wissenschaftlich verwertbaren Beweis dafür gibt, dass eine Therapie der schwangeren Frauen mit akuter Toxoplasmose während der Schwangerschaft einen günstigen Effekt bezüglich der vertikalen Übertragung der Infektion auf das Kind, oder bezüglich der Morbidität beim infizierten Kind aufweist. Der therapeutische Effekt ist auf die Rezidiv-Häufigkeit der okulären Toxoplasmose Manifestation ebenfalls nicht messbar. Trotzdem bleibt die Empfehlung, das Neugeborene (oder das Kind <12 Monaten) mit bestätigter und symptomatischer Infektion zu behandeln.

Aus zwei verschiedenen Regionen der Schweiz (Basel, Lausanne) kommen heute identische Informationen zur Seroprävalenz der Toxoplasmose bei schwangeren Frauen sowie zur Inzidenz der kongenitalen Toxoplasmose. Diese Resultate stehen mit den im Rahmen der Swiss Pediatric Surveillance Unit erhobenen Daten zur Inzidenz der symptomatischen kongenitalen Toxoplasmose in der Schweiz der Jahre 1995-1998 im Einklang. Diese Daten haben gezeigt, dass die Seroprävalenz der Toxoplasma-Antikörper bei schwangeren Frauen in der Schweiz von > 50% in den Achtzigerjahren des 20. Jahrhunderts kontinuierlich auf aktuell knapp über 30% zurückgegangen ist. Eine kongenitale Toxoplasmose betrifft heute lediglich noch 1 Kind auf 2'300 Lebendgeburten, eine symptomatische Infektion sogar nur gerade 1 Kind auf etwa 14'000 Lebendgeburten. Maximal erleiden in der Schweiz von den jährlich 73'000 schwangeren Frauen höchstens deren 130 eine akute Toxoplasmose während der Schwangerschaft.

Die oben genannten Fakten stellen das bisher übliche Vorgehen im Lichte einer Kosten-Nutzen-Analyse massiv in Frage. Die Tatsache aber, dass bisher keine der bis anhin als wirksam erachteten Therapien während der Schwangerschaft oder beim Neugeborenen einen wissenschaftlich belegbaren günstigen Effekt aufweist, lässt ein Festhalten an der bisherigen Politik nicht vertretbar erscheinen. Dabei ist auch zu bedenken, wie vielen werdenden Eltern man mit dieser Methode während einer Schwangerschaft erhebliche Sorgen und Ängste zumutet, und wie viele Kinder man durch eine intrauterine Abklärung einer viel grösseren potentiellen Gefahr (Risiko des Fruchttodes durch eine Amniozentese: ca. 1%) aussetzt.

Die neue Strategie seit Dezember 2008

Die primäre Prävention ist die einzige Präventionsstrategie, der im Rahmen des EUROTOXO-Projekts ein gewisses Wirksamkeitspotential zugestanden worden ist. Der Kontakt mit Katzen spielt eine nur untergeordnete Rolle, während der Verzehr von rohem oder ungenügend gekochtem Fleisch, auch von Geflügel, eine wesentliche Rolle zu spielen scheint. Dementsprechend möchten wir schwangeren Frauen in der Schweiz vereinheitlichte und aktualisierte Präventionsbotschaften senden. Dazu wurden die Botschaften in den beiliegenden Unterlagen für die Öffentlichkeit überarbeitet.

Folgende Änderungen werden empfohlen:

1. Die Kontrolle auf eine Serokonversion der Toxoplasmose-spezifischen Antikörper in der Schwangerschaft sollte ohne klinische Gründe nicht mehr durchgeführt werden, da keine Evidenz besteht, dass therapeutische Interventionen mehr Nutzen als Schaden bringen und auch die Diagnostik mit Unsicherheiten behaftet ist.
2. Da keine evidenten Daten für den Nutzen einer Toxoplasmose-Therapie bei Schwangeren besteht, muss das ganze Augenmerk auf die Prophylaxe gerichtet sein, insbesondere auf den Verzehr von rohem oder ungenügend gekochtem Fleisch oder Geflügel zu verzichten. Alle wichtigen Informationen für schwangere Frauen und Frauen mit Kinderwunsch können als Merkblatt auf der Internetseite www.bag.admin.ch/themen/medizin (-> Infektionskrankheiten -> Toxoplasmose) heruntergeladen werden.
3. Bei klinisch u/o sonographischem Verdacht auf eine intrauterine Infektion in der Schwangerschaft gehört die Untersuchung der Toxoplasmose-Serologie weiterhin zur Abklärung.
4. Die etablierten Surveillance-Programme in Basel, Lausanne und der SPSU werden ein paar Jahre weitergeführt, um einen allfälligen Einfluss dieses Paradigmenwechsels auf die Inzidenz und Morbidität der konnatalen Toxoplasmose so rasch als möglich zu erfassen.
5. Schwangere sollen durch den Verzicht des Toxoplasmose-Screenings nicht zusätzlich verunsichert werden. Deshalb liegt es in der Phase des Paradigmenwechsels besonders am behandelnden Arzt, die Schwangere über die Vor- und Nachteile eines Screenings aufzuklären, die primären Präventionsmassnahmen zu erläutern und mit ihr das Vorgehen festzulegen.

Dabei ist zu entscheiden, ob die Kenntnis des Toxoplasmose-Status der Schwangeren von Vorteil ist. Während ein initial schon positives Resultat (zu erwarten bei einem Drittel der Schwangeren) spezifische Präventionsmassnahmen unnötig macht, kann ein initial negatives Resultat eine Schwangere allenfalls noch besser zu Vorsichtsmassnahmen motivieren.

Abschliessend sind wir der Meinung, dass die von symptomatischer konnataler Toxoplasmose betroffenen Kinder auch ohne Screening, im Rahmen unserer guten Gesundheitsversorgung, erfasst werden.

Mehr Hintergrundinformationen zur Strategie finden Sie im Supplementum des Swiss Medical Weekly vom 13. Dezember 2008: *Toxoplasmosis during pregnancy and infancy: a new approach for Switzerland*.

Literatur: bei den Autoren

Datum: 11.3.2010