

## Neudiagnostizierte symptomatische konnatale Toxoplasmose

### Studienleiter:

Prof. Dr. med. Ch. Rudin  
Universitäts-Kinderklinik beider Basel UKBB  
Spitalgasse 33  
4056 Basel  
Tel: 061 704 29 07  
Fax: 061 704 12 75  
christoph.rudin@unibas.ch

Prof. Dr. med. Ch. Kind  
Aerztlicher Direktor  
Ostschweizer Kinderspital  
Claudiusstrasse 6  
9006 St. Gallen  
Tel : 071 243 71 11  
Fax: 071 243 76 99  
christian.kind@kispisg.ch

Dr. med. Rodo von Vigier  
Pädiatrische Nephrologie FMH  
LBA – Sanität  
Worblentalstrasse 36  
3063 Ittigen  
Tel: 031 324 27 23  
Fax: 031 323 71 97  
rodo.vonvigier@hotmail.com

### Hintergrund:

Eine bereits früher im Rahmen der Swiss Pediatric Surveillance Unit (SPSU) in 38 pädiatrischen Kliniken an Schweizer Spitälern durchgeführte gleichlautende Untersuchung ermittelte zwischen 1995 und 1998 lediglich 15 gesicherte Fälle von konnataler Toxoplasmose resp. deren vier pro Jahr in der vierjährigen Beobachtungszeit<sup>1</sup>. Zusammen mit Erhebungen im Rahmen von Neugeborenen-Screening-Programmen in den Regionen von Basel<sup>2</sup> und Lausanne<sup>3</sup>, sowie der Resultate einer gesamteuropäischen Initiative mit der Bezeichnung EUROTOXO<sup>4</sup>, in der die gesamte verfügbare Evidenz bezüglich der neonatalen Toxoplasmose noch einmal zusammengetragen worden ist, haben die damaligen Ergebnisse zu einem Paradigmenwechsel in Bezug auf die Empfehlungen zur Verhütung der konnatalen Toxoplasmose in der Schweiz ab Januar 2009 geführt<sup>5</sup>.

Wie den neuen Richtlinien entnommen werden kann, wird im Rahmen der neuen Strategie vollständig auf die sekundäre Prophylaxe, d.h. auf eine serologische Diagnostik vor resp. während der Schwangerschaft und eine antiparasitäre Therapie während der Schwangerschaft verzichtet. Hingegen soll an alle Schwangeren oder Frauen, die eine Schwangerschaft planen, ein Merkblatt verteilt werden, welches auf die Möglichkeiten der primären Prophylaxe hinweist.

Das BAG möchte in den kommenden Jahren belegen, dass dieser Paradigmenwechsel in Bezug auf die Verhütung konnataler Toxoplasmosen keinerlei Einfluss auf deren Inzidenz hat. Die beiden in den Regionen Basel und Lausanne etablierten Nabelschnurblut-Screenings sollen deshalb auf Wunsch des BAG vorderhand weitergeführt werden und die Erfassung symptomatischer konnataler Toxoplasmosen soll wieder für einige Jahre in das Programm der SPSU aufgenommen werden.

### Studienziel:

Erfassung neudiagnostizierter, symptomatischer konnataler Toxoplasmosen bei Kindern unter 16 Jahren. Ermittlung der Häufigkeit sowie des Schweregrads dieser Fälle.

**Beginn und Dauer der Studie:**

1. Mai 2009, 5 Jahre

**Fragestellung:**

Häufigkeit, Alter bei Diagnose und Schweregrad der symptomatischen konnatalen Toxoplasmose in der Schweiz.

Erfassung der Methoden, die zur Diagnose geführt haben (Klinik, Antikörperbestimmungen, anderes)

Mütterliche Risikofaktoren für die Primärinfektion in der Schwangerschaft

**Falldefinition**

Kinder unter 16 Jahren mit *einem oder mehreren* der folgenden Symptome **und** *mindestens einem* Kriterium für die Labordiagnose:

*Symptome (Klinik, Labor, augenärztliche Untersuchung, cerebrale Bildgebung):*

- neonatale Krämpfe ohne andere Ursache, Hydrocephalus, Mikrozephalie, intrakranielle Verkalkungen, deutlich erhöhtes Liquor-EW
- Retinochorioiditis
- systemische Symptome in den ersten vier Lebenswochen: Hepatosplenomegalie, generalisierte Lymphadenopathie, makulopapuläres Exanthem, Ikterus mit erhöhtem direktem Bilirubin, Anämie, Thrombopenie (kongenitale Infektion); sonstige allgemeine klinische Infektsymptomatik ohne Nachweis eines anderen Erregers

*Labor:*

**gesichert**

- Erreger-Nachweis (PCR, Isolation) aus Blut, oder Körperflüssigkeiten in den ersten sechs Lebensmonaten
- spezifische IgM oder IgA-Antikörper in den ersten sechs Lebensmonaten
- Persistieren einer positiven Serologie (IgG) bis zum Alter von 12 Monaten

**wahrscheinlich**

- hoher spezifischer IgG-Titer (> 200 IE/ml) im Nabelschnurblut oder in den ersten sechs Lebensmonaten
- spezifische IgM oder IgA im Nabelschnurblut
- spezifische IgM zwischen 6 und 12 Monaten ohne frühere Serologie

**möglich**

- andere mit der Diagnose vereinbare Laborhinweise bei symptomatischem Kind

**Meldeanleitung**

Monatlich mit zugestellter Meldekarte. Bitte auch unklare Fälle melden. Die Meldung erfolgt anonym. Beginn der Meldung Mai 2009.

**Auswertung:**

Kontinuierlich durch die Studienanleitung mittels Formular mit Angaben zu den gemeldeten Fällen

---

<sup>1</sup> Kind C and Swiss Paediatric Surveillance Unit. Symptomatische konnatale Toxoplasmose: Häufigkeit in der Schweiz 1995–1996 (abstr). *Schweiz Med Wochenschr.* 1996;126(suppl 87):5S.

<sup>2</sup> Signorell LM., Seitz D., Merkel S., Berger R., Rudin C.: Cord blood screening for congenital toxoplasmosis in northwestern Switzerland 1982–1999. *Pediatric Infectious Disease Journal* 25(2): 123-128 (2006)

<sup>3</sup> Vaudaux B. personal communication

<sup>4</sup> <http://eurotoxos.isped.u-bordeaux2.fr>

<sup>5</sup> [www.bag.admin.ch/themen/medizin](http://www.bag.admin.ch/themen/medizin) oder Rudin C, Boubaker K, Raeber P-A, Vaudaux B, Bucher HC, Garweg G, Hoesli I, Kind C, Hohlfeld P. Toxoplasmosis during pregnancy and infancy. *SWISS MED WKLY* 20 08;138(Suppl 168):1–8 · [www.smw.ch](http://www.smw.ch)