



UniversitätsKlinikum Heidelberg

newsletter 03

UNIVERSITÄTSFRAUENKLINIK Juli 2010



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in unserem Juli Newsletter möchten wir Sie auf Neuigkeiten aus der Geburtshilfe und auf unsere gemeinsame Veranstaltungen mit dem Institut für Humangenetik und der Klinik für Psychosomatik über das Hochrisikoprogramm bei erblichen Mamma- und Ovarialkarzinom hinweisen.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr

Prof. Dr. med. Ch. Sohn

Neue DFG-Studie im Mutter-Kind-Projekt

Die Mitarbeiter der Mutter-Kind-Studie Heidelberg (Leitung: Fr. Dr. C. Reck) in Zusammenarbeit mit der Universitätsfrauenklinik Heidelberg (Frau Dr. S. Gawlik) wenden sich an Gynäkologen und Allgemeinmediziner im Raum Rhein-Neckar, um auf die neu gestartete Studie „Ängste und Depressionen in der Schwangerschaft“ aufmerksam zu machen und um Unterstützung zu bitten.

In der Studie soll Genaueres über die Auswirkungen von nach DSM-IV-Kriterien diagnostizierten Angst-erkrankungen und Depressionen bei Schwangeren auf Schwangerschaftsverlauf und neonatale Entwicklung erforscht werden. Besondere Berücksichtigung erhalten hierbei psychophysiologische Komponenten (Cortisol). Die Frauen sollen schon in der frühesten Schwangerschaft (vor 9. - 12. SSW) in die Studie aufgenommen werden.

Die Studienteilnehmerinnen erhalten eine Aufwandspauschale von 100 Euro sowie die Möglichkeit eines psychologischen Beratungsgesprächs.

THEMEN IM JULI

- › Neue DFG-Studie im Mutter-Kind-Projekt
- › Relevante und behandelbare Infektionskrankheiten der schwangeren Patientin
- › Nabelschnurblut – was Hoffnung kosten darf

Universitäts-Frauenklinik
Telefon: 06221 - 56 7856
Voßstr. 9
69115 Heidelberg



Nähere Infos erhalten Sie unter
06221 / 56 6194
Peripartal.Studie@
med.uni-heidelberg.de oder
www.mutter-kind-studie.uni-hd.de

Relevante und behandelbare Infektionskrankheiten der schwangeren Patientin

Die beiden Infektionskrankheiten Cytomegalie und Toxoplasmose haben aufgrund des Infektionsrisikos in der Schwangerschaft und des Risikos einer deutlichen fetalen Gefährdung sowie der Therapiemöglichkeit einen besonderen Stellenwert in der Schwangerschaft.

Für Toxoplasmose bedeutet die Seropositivität zwischen 30% und 50% in Deutschland, dass mindestens jede zweite Schwangere potenziell gefährdet ist und bei nachgewiesener maternaler Infektion es je nach Trimenon zwischen 10% und 70 % zu einer fetalen Infektion kommt. Daher sollten seronegative Schwangere alle 2 Monate auf Serokonversion getestet werden. Bei Verdacht auf eine frische Toxoplasmoseinfektion kann durch ergänzende serologische Tests oder auch durch eine zusätzliche invasive Diagnostik der Infektionszeitpunkt nä-

her eingegrenzt werden und nach ausführlicher Beratung sowie sonographischer Fehlbildungsdiagnostik sollte eine antibiotische Therapie eingeleitet werden. Vor der 16.SSW handelt es sich um eine Monotherapie mit Spiramycin. Ab der 16. SSW wird eine Kombinationstherapie aus Pyrimethamin, Sulfadiazin und Folsäure empfohlen, die üblicherweise intermittierend bis zur Geburt durchgeführt wird.

Die neonatale Cytomegalieinfektion ist mit einer Prävalenz von ca. 1% eine der häufigsten Infektionen des Neugeborenen. Bei einer Seropositivität von nur ca. 45% der Schwangeren können bei Infektionen im ersten Trimenon Mikrocephalie und schwere geistige Retardierung resultieren. Schwangere in Risikoberufen wie Pflegepersonal und Erzieherinnen sollten über die Möglichkeit einer CMV Infektion und die Expositionsprophylaxe informiert werden.

Besteht serologisch der Verdacht auf eine Primärinfektion mit CMV muss durch zusätzliche Tests (Aviditätsbestimmung) der Infektionszeitpunkt näher eingegrenzt werden und eine gezielte sonographische Fehlbildungsdiagnostik, eventuell

ergänzt durch eine invasive Diagnostik durchgeführt werden.

In ausgewählten Fällen kann die zweimalige passive Immunisierung mit Hyperimmunglobulin (Varitect), im Abstand von 4 Wochen indiziert sein. Diese Prophylaxe / Therapie zeigte eine Reduktion der Rate an fetalen Infektionen.

Literatur

Nigro et al: Passive Immunization during Pregnancy for Congenital Cytomegalovirus Infection. N Engl J Med 2005;353:1350-62.

Robert Koch Institut: Empfehlungen zur Therapie der Toxoplasmose in der Schwangerschaft. European Bulletin 2001.

Beratungsstellen für die Laboratoriumsdiagnostik sowie Klinik und Therapie der Toxoplasma-Infektion bei der Schwangeren- und Kindervorsorge. Bundesgesundheitsbl 1999; 42: 610-611

Nabelschnurblut – was Hoffnung kosten darf

Der Beratung durch den Frauenarzt kommt eine entscheidende Bedeu-

tung bei der Frage nach Sinn und realistischem Nutzen einer Asservation von Nabelschnurblut zu.

Weltweit werden jährlich ca. 2000 Stammzelltransplantationen aus Nabelschnurblut, allogenen oder autologen, durchgeführt. Die ganz überwiegende Mehrzahl aller Transplantationen von Nabelschnurblut wird aus öffentlichen Banken in Form allogener Spenden rekrutiert, obwohl ironischerweise der größte Bestand an Nabelschnurblut in privaten Banken lagert. In Europa stammen rund 2% aller Stammzelltransplantate aus Nabelschnurblut. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Mensch im Laufe seines Lebens eine Stammzelltransplantation benötigt, liegt in Abhängigkeit vom Lebensalter zwischen 0,06% und 0,46%.

Vorteile und Nachteile, standardisierter Einsatz und Forschung

Ein aus Nabelschnurblut gewonnenes Stammzelltransplantat hat entscheidende Vorteile: die Gewinnung ist ethisch unbedenklich und ungefährlich, die Zellen haben aufgrund ihrer Unreife eine hohe Variabilität, die Toleranz beim Empfänger ist auch bei niedrigerer Übereinstimmung im HLA-System höher, ein Ein-

satz unter Verwandten mit hohen Gewebsübereinstimmungen kann sinnvoll sein und das Risiko einer Graft-versus-Host-Reaktion ist allgemein niedriger. Außerdem ist das gelagerte Blut sofort verfügbar, wohingegen das Knochenmarksspenderegister nur eine Datenbank potentieller Spender ist.

Standardisierte Indikationen für Stammzelltransplantationen liegen auch heutzutage weiterhin im hämatologischen Bereich und bei Stoffwechselerkrankungen, während der stark beworbene Einsatz in der sogenannten „regenerativen Medizin“ (Diabetes Typ I, Lupus, MS, Zerebralparese, nach Herzinfarkt oder Insult, als Knorpelersatz,) aktuell weiterhin nur auf der Ebene klinischer Studien oder auf experimenteller Basis erfolgt.

Nachteile der Stammzelltransplantation aus Nabelschnurblut stellen beispielsweise die noch geringe Langzeiterfahrung, die oft nur geringe Anzahl von Stammzellen, die je nach asserviertem Blutvolumen gewonnen werden kann, die potentiell hohe Tumorigenität durch Pluripotenz der embryonalen Stammzellen, das langsamere Anwachsen der

Zellen und die schwächere, bei Leukämie gewünschte, Graft-versus-Leukämie Reaktion dar.

Öffentliche Banken stellen eine heute bereits nutzbare relevante Quelle für den internationalen allogenen Einsatz von Stammzellen dar und schließen die Möglichkeiten zur Forschung ein. Private Banken sind dagegen als individuelle Vorsorge für die Familie bzw. das einzelne Kind zu sehen. Dass das eingelagerte Blut zum autologen Einsatz kommt ist je nach Familienanamnese abzuschätzen, heutzutage jedoch weiterhin als sehr unwahrscheinlich anzusehen.

Die Entscheidung der werdenden Eltern zwischen einer privaten Lagerung oder öffentlichen Spende von Nabelschnurblut sollte nach suffizienter Aufklärung und individueller Abwägung und ohne Druck erfolgen. Die jeweilige Familienanamnese muss dabei individuelle Berücksichtigung finden. Gleichzeitig sollte nach derzeitigem Wissensstand auf die reale Bedeutung der öffentlichen Spende im Hinblick auf internationalen Einsatz hingewiesen werden und Zugang zu entsprechendem Informationsmaterial vermittelt werden.

Direkter Weg zur Operation

Bei den meisten ambulanten Operationen erhalten Sie direkt über unser Patientenmanagement einen Termin zur Operation, so dass die Patientin sich nur entsprechend zur OP-Vorbereitung vorstellen muß. Dies gilt insbesondere zum Beispiel für

- › die Postmenopausenblutung, bei der eine Hysteroskopie mit fraktionierter Abrasio erfolgen soll
- › die Missed abortion mit erforderlicher Abortcurettage
- › oder die unkomplizierte Ovarialzyste, welche laparoskopisch entfernt werden soll.

Über unser Patientenmanagement (Tel. 06221 56 7938) erhalten Sie unkompliziert und schnell den entsprechenden Termin für Ihre Patientin.

WICHTIGE TERMINE JULI 2010:

2. und 4. Montag

Schwangereninformationsabend
Ort: Hörsaal, Universitäts-Frauenklinik mit anschließender Kreißsaalführung, 18:30 Uhr

14.07.2010

Gemeinsame Fortbildungen mit dem Institut für Humangenetik und der Klinik für Psychosomatik der Universität Heidelberg über das Hochrisikoprogramm bei familiärem Mamma- und Ovarialkarzinom
Ort: Hörsaal, Universitäts-Frauenklinik, 19:00 Uhr

26.07. und 27.07.2010

Operations-Workshops
Urogynäkologie
Operations-Workshops für operativ tätige Gynäkologinnen und Gynäkologen
Inkontinenz- und Beckenbodenchirurgie mit autologen Materialien (Vaginalschlingen, MESH)
(Teilnahme nur nach Anmeldung)



IMPRESSUM

Herausgeber

Universitäts-Frauenklinik
Universitätsklinik Heidelberg
Voßstr. 9
69115 Heidelberg

Redaktion

Dr. Joachim Rom

Kontakt

Telefon-Hotline: 06221 - 56 7856

Gestaltung und Layout

Medienzentrum
Stabsstelle des Universitätsklinikums
und der Medizinischen Fakultät Heidelberg

Leitung Markus Winter

markus.winter@med.uni-heidelberg.de
www.klinikum.uni-heidelberg.de/medien

Grafik

Eva Tuengerthal

Stand Juli 2010

ID10960

Sollten Sie den Newsletter nicht weiter erhalten wollen, so können Sie diesen hier abbestellen:
per Telefon: Oberarzt-Sekretariat: 06221-56 7906 oder per Fax: Oberarzt-Sekretariat: 06221-56 5712 oder per E-Mail: karin.anleitner@med.uni-heidelberg.de
jeanette.raeder@med.uni-heidelberg.de

28.07.2010

Ort: Hörsaal der Universitäts-Frauenklinik und Abteilung für Ultraschall und Pränatalmedizin, 18:00 Uhr