

INFEKTIONSTHERAPIE

Informationen für Ärzte und Apotheker zur rationalen Infektionstherapie

JULI/AUGUST 2019 – 40. JAHRGANG

Übersicht

Therapie sexuell übertragbarer Infektionen

Sexuell übertragbare Infektionen (STI) zeigen seit Jahren weltweit eine deutliche Zunahme. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezeichnet sexuell übertragbare Infektionen (376 Millionen jährlich) als eine der fünf häufigsten Erkrankungen, die dazu führen, dass Erwachsene medizinische Hilfe aufsuchen.¹ In Deutschland wird diese Tatsache durch steigende Meldezahlen für Syphilis bestätigt (2010: 3034; 2017: 7476 gemeldete Fälle). Auch für die nicht meldepflichtigen STI Gonorrhö, *Chlamydia trachomatis*- und *Mycoplasma genitalium*-Infektionen wird eine zunehmende Inzidenz beobachtet. Entscheidend für die Weiterverbreitung ist, dass das breite klinische Spektrum, welches neben dem Urogenitalbereich auch Pharynx und Rektum einbezieht, durch eine hohe Zahl asymptomatischer Verläufe ergänzt wird.² Diese Situation hat auch dazu geführt, dass die Bezeichnung Sexually Transmitted Infections (STI) den bisherigen Begriff Sexually Transmitted Diseases (STD) abgelöst hat. Im Folgenden wird die Therapie von STI, verursacht durch Bakterien, Viren und Protozoen, basierend auf den aktuellen Leitlinien und Empfehlungen dargestellt.

Bakterielle Infektionen

Syphilis

Die Syphilis ist eine sexuell übertragbare, durch *Treponema pallidum* verursachte Infektion. Unbehandelt kann die Syphilis über einem langen Zeitraum in vier klinischen Stadien verlaufen, die letal enden oder in 75 % der Fälle nach dem sekundären Stadium spontan ausheilen.

Die Labordiagnostik der Syphilis beruht primär auf einer serologischen Stufen-diagnostik. Auf einen positiven Such-

Inhalt	4-2019
Übersicht	
• Therapie sexuell übertragbarer Infektionen	Seite 31–34
Aktuelle Epidemiologie und Diagnostik in der Mikrobiologie (27)	
• Bakterientypisierung Freier Text	Seite 33
Neueinführung	
• Eravacyclin Freier Text	Seite 35–36
Resistenz	
• <i>Mycoplasma pneumoniae</i> in Deutschland	Seite 36–37
• Risikofaktoren für Carbapenem-Resistenz	Seite 37
• Polymyxin-Resistenz-Mechanismen	Seite 37–38
• Bedaquilin-Resistenz beachten!	Seite 38
Prävention	
• Antibiotikaphylaxe: Wie lange?	Seite 38–39
• Kardiale Implantate besser schützen	Seite 39
Intensivmedizin	
• Daptomycin bei Niereninsuffizienz	Seite 39–40

test (TPPA oder EIA/CNIA) folgt ein Bestätigungstest (FTA-ABS-Test oder EIA/CNIA oder TPPA) und gegebenenfalls die Bestimmung von Aktivitätsmarkern (Lipoid- und IgM-Antikörper) zur Therapieindikation.

Zur Behandlung aller Stadien der Erkrankung ist Penicillin G (Benzylpenicillin) seit seiner Einführung im Jahre 1943 noch immer das Mittel der Wahl. Resistenzen gegen Penicilline sind bei *T. pallidum* bisher nicht beschrieben worden, ebenso nicht gegen Cephalosporine und Doxycyclin.³ Dagegen sind Makrolidresistenzen mittlerweile weit verbreitet. Da sich *T. pallidum* nur sehr langsam teilt (ca. alle 30 bis 33 Stunden), müssen längere Behandlungszeiten (10 bis 14 Tage) eingehalten werden. Dabei wird zwischen der Frühsyphilis (alle klinischen Formen bis ein Jahr nach Ansteckung) und der Spätsyphilis (alle klinischen Formen über ein Jahr nach Ansteckung oder bei unbekannter Erkrankungsdauer) unterschieden. Nach den WHO-Kriterien sind Penicillinserumspiegel von $> 0,018 \mu\text{g/ml}$ sicher treponizid. Wegen der guten Liquor-

gängigkeit ist Penicillin G auch bei der Neurosyphilis zu bevorzugen.

Da orale Penicilline nur zu etwa 30 % resorbiert werden und bei vielen Patienten eine regelmäßige Einnahme nicht gewährleistet ist, sollte generell eine parenterale Applikation erfolgen. Die Syphilis-therapie HIV-infizierter Patienten entspricht der Standardbehandlung. Die Empfehlungen für die verschiedenen Stadien und klinischen Formen der Syphilis sind in der Tabelle 1 dargestellt. Auch bei Schwangeren erfolgt die Therapie stadienabhängig wie bei nicht schwangeren Frauen. Untersuchungen haben gezeigt, dass mindestens 75 % aller Patienten bei einer anamnestisch angegebenen, aber nicht gesicherten „Penicillin-Allergie“ problemlos mit β -Laktam-Antibiotika behandelt werden können.⁴ Der Therapieverlauf sollte durch Messung der Lipoid-Antikörper regelmäßig in dreimonatigen Abständen kontrolliert werden. Eine Abnahme des VDRL (Venereal Disease Research Laboratory)-Titer um mehr als zwei Verdünnungsstufen nach sechs bis zwölf Monaten spricht für eine effektive anti-