INFEKTIOLOGIE AKTUELL

Helfen Tabletten noch gegen Gonorrhoe?

von Dr. Susanne Kuttner-May, LZG.NRW

Im Januar veröffentlichte die Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) die S2k-Leitlinie „Gonorrhoe bei Erwachsenen und Adoleszenten".

Infektionen mit Neisseria gonorrhoeae gehören nach globalen WHO-Schätzungen weltweit zu den häufigsten sexuell übertragenen Infektionen (STI) und betreffen vorzugsweise junge Menschen im Alter zwischen 15 und 25 Jahren. In den Industrienationen finden die meisten Infektionen unter Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), statt. Infektionsorte können neben dem Genitale das Rektum, der Pharynx sowie – meistens durch peripartale Infektion – die Augen sein.

Obwohl die Infektion bei Männern meist mit urethralen Symptomen einhergeht, treten auch bei ihnen – wie in noch größerem Umfang bei Frauen – asymptomatische Infektionen auf. Unter anderem auch deswegen bleibt die Gonorrhoe oft undiagnostiziert, was neben ihrer Ausbreitung zudem das Übertragungsrisiko und die Empfänglichkeit für eine HIV-Infektion begünstigt.

Durch die variable Oberflächenbeschaffenheit der gramnegativen Gonokokken wird keine wirksame Immunantwort entwickelt und somit keine Immunität gegen Gonokokken aufgebaut. Auch eine Impfung existiert nicht. Dem Einsatz von Antibiotika kommt deswegen im Kampf gegen die Gonorrhoe eine besondere Bedeutung zu. Umso bedenklicher stimmt die Resistenzproblematik, die sich weltweit rasant ausbreitet, und umso wichtiger für eine effektive Behandlung ist deren Kenntnis im regionalen Bezug, auch wenn die Situation auf Grund der weltweit hohen Mobilität einem steten und raschen Wandel unterworfen ist. Hier hilft die im Januar erschienene Leitlinie weiter. Sie wurde entwickelt vor dem Hintergrund des Global Action Plan der WHO (2012) und entsprechender CDC- und ECDC-Empfehlungen, die auf die globale Ausbreitung der Chinolon-Resistenz und den Anstieg der minimalen Hemmkonzentration bei Azithromycin und Cefixim reagieren. Die Cephalosporine galten als die letzte Substanzklasse für eine kalkulierte Therapie der Gonorrhoe.

In Deutschland gibt es nur vereinzelte Studiendaten zur Gonorrhoe, da keine Meldepflicht existiert. Einzig Sachsen hat eine Meldepflicht für Gonokokken; dort wurde eine Verdoppelung der gemeldeten Gonokokken-Infektionen von 2003 auf 2011 beobachtet. In einer Studie des Robert-Koch-Institutes (RKI) bei asymptomatischen Männern, die Sex mit Männern haben, fanden sich in Deutschland Gonokokken zu 5,5 Prozent im Pharynx, zu 4,6 Prozent im Analbereich und zu 2 Prozent in der Urethra. Verschiedene europäische und deutsche Daten bestätigen für unterschiedliche Regionen in Deutschland zunehmende Chinolon- und Azithromycin-Resistenzen sowie herabgesetzte Cephalosporin-Empfindlichkeiten, nachzulesen auf der Internetseite des Gonokokken-Konsiliarlabors.

Penicillin heilt Gonorrhoe in vier Stunden, verspricht dieses ca. 1944 aufgenommene Plakat – Antibiotika-Resistenzen waren damals noch kein Thema. Bild: wikimedia commons – http://ihm.nlm.nih.gov/images/A20284

Neben symptombezogenen Untersuchungen von Genital-, Pharyngeal- und Analabstrichen empfehlen alle einschlägigen Organisationen ein risikobezogenes Screening auf STI einschließlich Gonorrhoe: „Für alle Menschen und Situationen mit erhöhtem Risiko für sexuell übertragbare Infektionen stehen entsprechende Empfehlungen der Deutschen STI-Gesellschaft zur Verfügung."

Die Labordiagnostik sollte neben Mikroskopie und Nukleinsäureamplifikationstest, der Methode mit der größten diagnostischen Sensitivität, auch eine kulturelle Anzucht der Gonokokken beinhalten, denn nur so kann eine Aussage zur Antibiotikaempfindlichkeit gemacht werden.

Therapie der ersten Wahl zur Behandlung einer unkomplizierten Gonokokken-Erkrankung ist entsprechend der Leitlinie Ceftriaxon 1 g i. m./i. v. plus Azithromycin 1,5 g p. o. jeweils als Einmaldosis. Eine ausschließlich orale Gonokokkentherapie mit Cefixim plus Azithromycin wird nur beim Vorliegen medizinischer Kontraindikationen gegen die First line-Therapie in den Leitlinien empfohlen. Unabdingbare Voraussetzung vor der Verordnung einer oralen Cefiximtherapie ist eine Abstrichentnahme an der Prädilektionsstelle, aus der eine kulturelle Gonokokkenanzucht auf Selektivmedien (5–10 % CO_2, 35–37 °C, 70–80 % rel. Luftfeuchtigkeit) für die Resistenzbestimmung in einem mikrobiologisch tätigen Labor erfolgen muss.

Bei besonderen Fragestellungen vom Abstrich über Kultivierung, Nachweis und Resistenztestung bis zur Therapie steht das Konsiliarlabor Gonokokken im Vivantes Klinikum Neukölln, Rudower Straße 48, 12351 Berlin, zur Verfügung. Routinetestungen werden dort nicht durchgeführt.

Durch Verwendung des Cefixim ausschließlich im Falle des Wirksamkeitsnachweises kann der Therapieerfolg gesichert und der Resistenzentwicklung Einhalt geboten werden. Eine Heilung von Gonorrhoe ausschließlich durch orale Antibiotikatherapie (Cefixim, Ciprofloxacin, Ofloxacin oder Azithromycin) als Einmaldosis ist in vielen Fällen hierzulande wahrscheinlich noch möglich, Grundlage dafür ist jedoch der Empfindlichkeitsnachweis der oral zu verabreichenden Antibiotika.

Daten aus England, wo diese Therapieleitlinien seit 2010 bei 90 Prozent der Behandlungen umgesetzt wurden, zeigen eine deutliche Erholung des Cefixim. Die Notwendigkeit des leitliniengerechten Vorgehens bei der Behandlung der Gonorrhoe war ein Thema beim Treffen des Arbeitskreises Sexuelle Gesundheit NRW Anfang April 2014 im LZG in Münster.

INFEKTIOLOGIE AKTUELL: Unter diesem Titel behandelt das Westfälische Ärzteblatt aktuelle Themen rund um das infektiologische Geschehen im Land. Weitere Informationen unter www.lzg.gc.nrw.de.