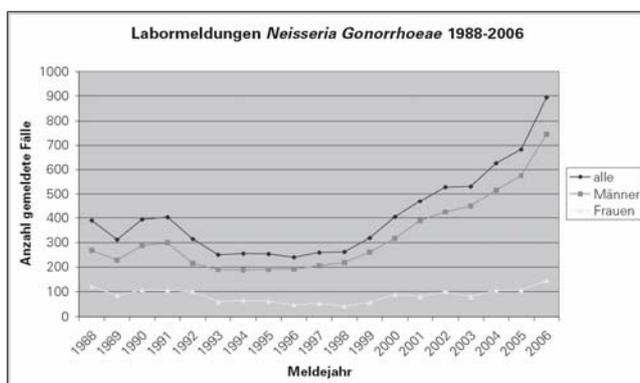




Urethritis

F. Bally, N. Troillet, Zentralinstitut der Walliser Spitäler, Sitten

Die Urethritis ist eine sexuelle übertragbare Infektion (ISTI). Sie ist einfach zu behandeln, verursacht aber Komplikationen, bei der Frau (Adnexitis, Cervicitis, Endometritis, chron. Schmerzen, extrauterine Schwangerschaft, Tubarsterilität), beim Mann (Epididymitis, Orchitis) und das Reitersyndrom bei beiden Geschlechtern. Sie ist mehrheitlich von *Chlamydia trachomatis* oder *Neisseria gonorrhoeae* verursacht. Die Anzahl der von diesen beiden Erregern verursachten und beim Bundesamt für Gesundheitswesen gemeldeten Infektionen steigt stetig an (Figur 1). *Trichomonas vaginalis*, *Herpes simplex*, *Mycoplasma genitalium* und Adenovirus werden weniger häufig gefunden. Die pathogene Rolle von *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Streptokokken* und *Haemophilus* sp. ist umstritten.



Figur 1: Labormeldungen von *N. gonorrhoeae* beim BAG. Quelle: BAG

Nach einer Inkubation von wenigen Tagen äussert sich die Urethritis, vor allem beim Mann, durch Schmerzen oder Brennen beim Wasserlösen, mit oder ohne serösem oder eitrigem Ausfluss aus der Harnröhre, deren Öffnung gerötet sein kann. Fieber oder Makrohämaturie sprechen gegen diese Diagnose. Bei genitalen Ulzera ist *Herpes simplex*, bei einem Schanker Lues (Primärsyphilis) zu erwägen. Seltener sind Lymphogranuloma venereum (*Chlamydia trachomatis* Serovar L1 bis L3 und der weiche Schanker (*Haemophilus ducreyi*)).

Welche Untersuchungen

Bei Nachweis von Leukozyten in den ersten 10ml Urin, mittels Teststreifen (Esterase), im Direktpräparat (Gramfärbung) oder im Sediment (> 10 Leukozyten/Gesichtsfeld; 400x vergrössert), ist die Diagnose wahrscheinlich, wobei sie bei deren Abwesenheit nicht ausgeschlossen ist. Bei Verdacht auf Urethritis sollen zuerst *C. trachomatis* und *N. gonorrhoeae* im Urin, trockenen Harnröhren- oder Cervixabstrich mittels PCR gesucht werden. Die Immunfluoreszenz (Chlamydien) ist nicht mehr empfohlen. Serologien haben keine Bedeutung zum Nachweis einer akuten Urethritis.

Wen behandeln?

Die Entscheidung, empirisch zu behandeln, hängt von der Wahrscheinlichkeit der Diagnose und dem psychosozialen Umfeld ab. Die durch die Symptome geplagten, manchmal ängstlichen oder mit Schuldgefühlen belasteten, Patienten verlangen häufig eine sofortige Behandlung. Es ist empfohlen, symptomatische Patienten mit Leukozyturie empirisch, alle anderen gemäss mikrobiologischen Resultaten zu behandeln.

Wie behandeln

Die erste Wahl der empirischen Behandlung besteht aus einer Bitherapie in Einmaldosis, 1g Azithromycin (Zithromax®) kombiniert

mit 400mg Cefixim (Cephoral®) per os oder 125mg Ceftriaxon (Rocephin® und Generika) intravenös. Chinolone (Gyrasehemmer) sind durch diese Cephalosporine ersetzt worden wegen Gonokokken, die vermehrt resistent geworden sind.

Azithromycin ist wirksam gegen Chlamydien, *M. genitalium*, *M. hominis* und *U. urealyticum*. Eine inkubierende Lues ist wahrscheinlich auch behandelt. Die Notfallstationen der Spitäler des GNW verfügen über ein 'Urethritis-Kit', das 1 Tb. mit 400mg Cefixim und 4 Tb. mit 250mg Azithromycin enthält. Diese Behandlung kann in der Schwangerschaft und beim Stillen verwendet werden.

Folgeuntersuchung

Der Misserfolg kann auf eine Nichtbefolgung der Behandlung, eine neue Infektion (z.B. durch eine(n) nicht behandelte(n) Sexualpartner(in)) oder eine Infektion mit einem resistenten Erreger zurückgeführt werden. Es kann es sich um eine Infektion mit *H. simplex* (PCR aus trockenem Urethra- oder Bläschen-Abstrich) oder mit *Trichomonas vaginalis* (Direktpräparat) handeln. Gewisse Autoren empfehlen, die refraktären Fälle mit Doxycyclin (Vibramycin® und Generika) 100mg 2x/T. per os und Metronidazol (Flagyl® und Generika) 500mg 3x/T. per os über 7 Tage zu behandeln.

Partneruntersuchung, IST-Screening und Prävention

Die Sexualpartner jeder für Urethritis behandelten Person sind zu erfassen und abzuklären, da sie trotz aktiver Infektion häufig asymptomatisch sind. Es wird empfohlen, sie für alle beim Partner identifizierten Infektionen zu behandeln und sie in ein IST-Screening einzuschliessen.

Eine Urethritis erfolgt nach Sexualkontakt mit Risiko von anderen sexuell übertragenen Infektionen, z.B. Hepatitis B, HIV und Lues (Syphilis). Diese Infektionen müssen gesucht und die Prävention diskutiert werden. Eine Hepatitis-B-Impfung ist zu diskutieren.

Zwischen Wissenschaft und Pragmatismus

Die ätiologische Diagnose der Urethritis ist gewissen Einschränkungen unterworfen, einerseits wegen den hohen Kosten der Tests (1 PCR = 80 Taxpunkte), andererseits wegen einer unbefriedigenden Sensitivität (z.B. Direktpräparat zum Nachweis von *T. vaginalis*) und einem Intervall von 24 Stunden (an Arbeitstagen) bis zum Erhalt der Resultate.

Die Einschränkungen können in gewissen Fällen dazu Anlass geben, ohne mikrobiologische Abklärung zu behandeln. Der mikrobiologische Nachweis ist aber wichtig dafür, dass sich die Patienten der Realität ihrer Infektion bewusst werden, um sie auf die eingegangenen Risiken aufmerksam zu machen und für die Partnerbehandlung.

Material und Tarif

Frischurin oder Trockenabstrich (Urethra, Cervix)

Positionen AL: 9360.50: 80 Pkte (PCR *C. trachomatis*), 9354.50 : 80 Pkte (PCR *N. gonorrhoeae*)

Literatur

- [1] K. A. Workowski et al.. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. MMWR Recomm Rep 55 (RR-11):1-94, 2006.
- [2] F. Bally, N. Troillet. Diagnostic et prise en charge de l'urétrite. Rev Med Suisse 2 (82): 2282-4, 2286, 2006.
- [3] Bundesamt für Gesundheitswesen. Sexuell übertragbare Infektionen 1988 bis 2006: Aktueller Stand und Ausblick. Bull BAG 2008; 8:140-149

Ansprechpartner

Dr. med. Frank Bally
PD Dr. med. Nicolas Troillet

frank.bally@ichv.ch
nicolas.troillet@ichv.ch