

Harnwegsinfektionen in der Gynäkologie

Infektionen der ableitenden Harnwege haben eine große Bedeutung in der gynäkologischen Praxis – sowohl außerhalb als auch in der Schwangerschaft. Die Wahrscheinlichkeit einer Frau, eine Harnwegsinfektion zu bekommen, liegt nach Daten bei Studentinnen aus den USA bei 70 % pro Frau pro Jahr.

Nach einer amerikanischen epidemiologischen Untersuchung kann bei postmenopausalen, nicht diabetischen Frauen mit 6,7 Episoden einer Harnwegsinfektion pro 100 Personenjahre gerechnet werden. In dieser Lebensphase kommt es, verbunden mit einem Rückgang der Östrogenproduktion zu einer Atrophie der vaginalen Schleimhaut und einer nachfolgenden vermehrten Besiedlung der Scheide mit Bakterien (z. B. E.coli), welche für eine asymptomatische Bakteriurie oder eine Harnwegsinfektion prädestinieren.

Nach wie vor ist außerhalb der Schwangerschaft die klinische Symptomatik das erste Leitsymptom. Evidenzbasierte Risiken sind in der Tabelle nochmals zusammengefasst.

zeitnahe Geschlechtsverkehr	(IIb)
Gebrauch von Diaphragma und Spermiziden	(IIb)
vorangegangene asymptomatische Bakteriurie	(IIb)
Harnwegsinfektionen in der Anamnese	(IIb)
jugendliches Alter bei erster Harnwegsinfektion	(IIb)
Harnwegsinfektionen in der Familienanamnese	(IIb)

Tabelle 1: Risikofaktoren nach der S3-Leitlinie »Harnwegsinfektionen« (Angabe des Evidenzlevels)

Diagnostische Kriterien

Der Goldstandard der Diagnose einer Harnwegsinfektion ist bei entsprechender Anamnese und typischen Symptomen die quantitative Urinkultur. Bei einer Erregerzahl von 10^5 KBE (koloniebildende Einheiten) pro ml kann von einer manifesten Infektion ausgegangen werden. Allerdings können bei Reinkultur und typischer Klinik auch schon Keimzahlen von 10^3 bis 10^4 KBE/ml bedeutsam sein. Besonders bei Frauen mit rezidivierenden Harnwegsinfektionen ist eine mikrobiologische Diagnostik anzustreben.

Die häufigsten Keime und deren Resistenzmuster

Der häufigste Erreger von Harnwegsinfektionen im ambulanten Bereich ist Escherichia coli (70 – 80 %), gefolgt von Proteus mirabilis, anderen gramnegativen Bakterien, Staphylococcus saprophyticus oder Enterokokken.

Gemäß der Resistenzdaten aus nationalen und internationalen Studien wie der ARESC (Antimicrobial Resistance Epidemiological Survey on Cystitis) bestehen Resistenzen vor allem gegenüber Ampicillin (> 60 %) und Cotrimoxazol (35 %). Auch gegenüber Cefuroxim (> 10 %) und Amoxicillin/Clavulansäure (> 15 %) ist häufig mit Resistenzen zu rechnen.

Fosfomycin oder Nitrofurantoin – empirische Therapie der ersten Wahl

Empirische Therapie der ersten Wahl ist daher laut der neuen S3-Leitlinie (Registernummer AWMF 043-044) die einmalige Gabe von Fosfomycin (Monuril 3000 mg Granulat oder Nitrofurantoin [2 × 100 mg für 3 Tage]) bei entsprechendem Nachweis des Erregers.

Screening in der Schwangerschaft – Vorgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses

In der Schwangerschaft ist durch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (GBA) als Basisdiagnostik auch ohne klinische Symptomatik die Untersuchung des Mittelstrahlurins auf Eiweiß, Zucker und Sediment geregelt. Dies entspricht einem Screening auf asymptomatische Bakteriurien aufgrund des Wissens um die relevanten Folgen einer solchen Infektion für Mutter und Kind.

Eine bakteriologische Untersuchung wird vom GBA in der Richtlinie empfohlen bei auffälliger Anamnese, Blutdruckerhöhung und eben einem auffälligen Sedimentbefund.

Konsequenterweise soll in der Schwangerschaft keine empirische Antibiotika-Therapie erfolgen, aufgrund der hohen Wahrscheinlichkeit von Resistenzen und da bei asymptomatischen Bakteriurien das Resistenzergebnis abgewartet werden kann.

Die Urinkultur sollte in der Schwangerschaft 3 – 4 Tage nach Beendigung der Therapie kontrolliert werden.

Möglichkeiten der Rezidiv-Prophylaxe

Zur Rezidiv-Prophylaxe gibt es verschiedene Ansätze. Zunächst sollten anatomische Besonderheiten oder Risikofaktoren (s. o.) ausgeschlossen werden. Dazu gehören Antibiotika in reduzierter Dosierung (z. B. jeweils postkoital 100 mg Nitrofurantoin oder eine Dauerprophylaxe mit 100 mg Nitrofurantoin oder 100 mg Trimethoprim täglich). Bei stets postkoital auftretenden Infektionen ist auch die jeweils postkoitale

Entleerung der Blase angeraten. Bei einer Dauerprophylaxe mit Nitrofurantoin sollten Blutbild, Leberwerte und Nierenwerte regelmäßig kontrolliert werden. Über das Risiko einer interstitiellen Pneumonie unter langjähriger Therapie mit Nitrofurantoin wurde berichtet.

Möglich sind zudem eine Immunprophylaxe sowie insbesondere in der Postmenopause eine lokale Östrogenisierung (zum Beispiel mit Vagifem bzw. Pynoflor bzw. Oekolp 2x/Woche vaginal, Einlage eines Estrings für 3 Monate). Versuchsweise kann man die Anwendung von Cranberry (750 ml täglich aufgrund des Tanningehaltes) oder eine Ansäuerung mit Apfelsaft (2 Esslöffel pro Abend) versuchen, auch wenn dafür in der Literatur keine Evidenz vorliegt.

Unser Umgang mit Diagnostik und Therapieempfehlungen

Die amedes prüft bei der Einsendung von Urin aus Ihrer Praxis alle relevanten Antibiotika inklusive des Fosfomycin als Präparat der Wahl. Sie erhalten von uns einen differenzierten Befund mit einer Therapieempfehlung unter Berücksichtigung Ihrer Angabe bezüglich einer gegebenenfalls bestehenden Schwangerschaft. Durch unsere Teilnahme an überregionalen Registern zur Sammlung von Daten der Antibiotikaresistenzen können wir Ihnen stets eine aktuelle Empfehlung zur Therapie geben. Unsere Testungen und Empfehlungen passen wir diesen Erkenntnissen kontinuierlich an.

WIR SCHAFFEN WERTE



**Eine Idee.
Ein Unternehmen.
Gemeinsam mehr bewirken.**

Labor vor Ort.

Schnelle Diagnostik und Befundung.

Fachärzte bundesweit.

Interdisziplinäre Kompetenz.



www.amedes-group.com | info@amedes-group.com