

Neue Leitlinie/Empfehlung zur empirischen Therapie von N. gonorrhoe

Die Gonorrhoe bleibt weiterhin eine nicht zu vernachlässigende Geschlechtskrankheit mit einer jährlichen Inzidenz von mehr als 5 Erkrankungen/100.000 Einwohner in den Ländern der EU¹. Sie ist somit nach Infektionen durch Chlamydia trachomatis die zweithäufigste sexuell übertragbare bakterielle Infektion. Zu beachten ist, dass die Erkrankung bei Frauen in bis zu 80 % der Fälle ohne Symptome verläuft. Wie bei Chlamydieninfektionen können sich Spätkomplikationen entwickeln (PID, EU-Gravidität, Aborte).

In der jüngsten Vergangenheit wurden vermehrt weltweit Stämme mit zunehmenden Resistenzen gefunden, international auch Resistenzen gegen ursprünglich gut wirksame Antibiotika der ersten Wahl. Dies erfordert laufende Resistenzüberwachung und wie jetzt erfolgt, eine Anpassung der Empfehlungen zur empirischen Therapie.

Seit 2010 wurden vermehrt international bereits Dosierungen erhöht und Kombinationstherapien empfohlen. Dies entspricht den WHO-Vorgaben für eine „syndromale“ Therapie, die alle relevanten Erreger und die aktuelle Resistenzlage berücksichtigt.

In Deutschland besteht seit 2001 keine Meldepflicht für N. gonorrhoe und Chlamydien, so dass über diese Entwicklung nur sporadische Berichte vorliegen.

Ausnahme stellt die Meldepflicht im Bundesland Sachsen dar, wo im Jahr 2010 eine Inzidenz von 14,3 Gonokokken-Infektionen pro 100.000 Einwohner gemeldet wurde.

Verdacht auf unkomplizierte Gonorrhoe – Vorgehensweise

Labordiagnose:

Urethral- und/oder Cervikalabstrich für Kultur

(Gelabstrich mit blauem Deckel: Resistenzbestimmung möglich!)

(tagesgleiche Einsendung ins Labor erforderlich)

und/oder Direktnachweis mittels PCR aus Erststrahl-Urin und/oder trockenen Abstrichen aus Cervix und/oder Urethra.

Bei positivem Chlamydiennachweis sind jederzeit telefonische Nachforderungen zum erweiterten Gonokokkennachweis möglich und dringend zu empfehlen.

Neue Therapieempfehlung nach AWMF-Leitlinie (59/004)

Ceftriaxon 1 g i.m. (oder i.v.) als Einmaldosis
plus

Azithromycin 1,5 g p.o. als Einmaldosis

Oder: Wenn eine i.m.-Verabreichung kontraindiziert und eine i.v.-Verabreichung nicht möglich ist:

Cefixim 800 mg oral als Einmaldosis

plus

Azithromycin 1,5 g p.o. als Einmaldosis

Penicillinallergie	Für die kalkulierte Therapie kann kein spezifisches Medikament empfohlen werden; Therapie nach Antibiogramm: Bis zu dessen Eintreffen: Azithromycin 2 g p.o. ist bei unkomplizierter Gonorrhoe oft noch wirksam, aber Gefahr Resistenz. Bei nachgewiesener Empfindlichkeit: Ciprofloxacin, Ofloxacin, Azithromycin p.o.; Dosierung je nach Krnakeitsbild Alternativ kalkuliert, sofern erhältlich: Spectinomycin 2 g i.m. <i>plus</i> Azithromycin 2 g p.o. jeweils als Einmaldosis Unbedingt auf Einhaltung der Therapiekontrolle achten!
Schwangerschaft/Stillzeit	Ceftriaxon 1 g i.v. (i.m.) als Einmaldosis Alternativ, sofern erhältlich: Spectinomycin 2 g i.m. als Einmaldosis Kultur zur Absicherung resistenzgerechter Therapie sowie Therapiekontrolle

Zusätzliche Maßnahmen:

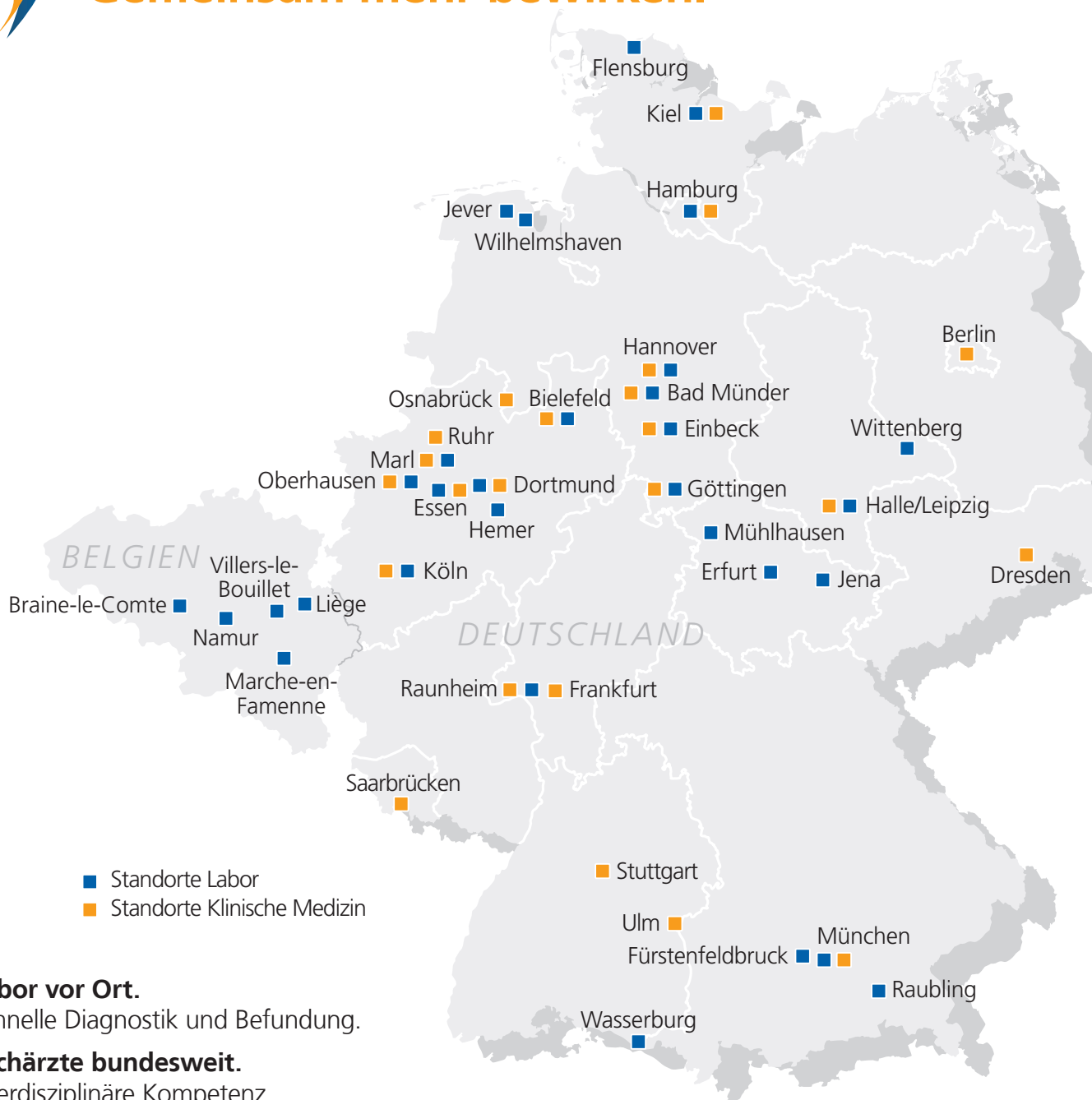
- Partnertherapie obligat (Sexualpartner der letzten zwei Monate)
- Untersuchungen auf Koinfektionen (C. trachomatis, Lues, HIV)
- Therapieerfolgskontrolle vier Wochen nach Therapie

¹aktualisierte und aufgewertete Leitlinien zur Diagnostik und Therapie. Weiterbildungskurse der Deutschen STI Gesellschaft (Infos und Leitlinien auf DSTIG.de), Mikrobiologisch-infektiologische Qualitätsstandards in der Labordiagnostik (aktuell MIQ 16, 2. Auflage 2012; www.dstig.de). Leitfaden STI-Therapie der DSTIG (www.dstig.de).

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