

SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Hefler L, Reisenberger K, Kiss H

Screening und Diagnose: Infektionen mit Chlamydia trachomatis

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2018; 36 (3)
(Ausgabe für Österreich), 9-10*

Homepage:

www.kup.at/speculum

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

**Erschaffen Sie sich Ihre
ertragreiche grüne Oase in
Ihrem Zuhause oder in Ihrer
Praxis**

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Screening und Diagnose: Infektionen mit *Chlamydia trachomatis*

Stellungnahme der OEGGG basierend auf der S2k-Leitlinie der AWMF

L. Hefler, K. Reisenberger, H. Kiss

Infektionen mit *Chlamydia trachomatis* (Serovare D-K) gehören zu den am häufigsten sexuell übertragbaren Infektionen weltweit. Bei Frauen finden sich Chlamydien-Infektionen gehäuft bis zum 25. Lebensjahr. Infektionen mit Chlamydien werden in 18 EU-Staaten vollständig erfasst. In Österreich besteht keine Meldepflicht.

In Deutschland wird allen unter 25-jährigen Frauen seit 2008 ein Test auf eine genitale Chlamydien-Infektion angeboten (Chlamydien-Screening). Insgesamt waren 5,0 % der Tests des Chlamydien-Screenings bei unter 25-jährigen Frauen positiv. Der Positivenanteil war am höchsten in der Altersgruppe der 15–19-Jährigen, gefolgt von der Gruppe der 20–25-Jährigen. Die genitale Chlamydien-Infektion in der Schwangerschaft erhöht das peripartale Erkrankungsrisiko für Mutter und Kind (s.u.).

Laut Mutterschaftsrichtlinien in Deutschland werden schwangere Frauen seit 1995 auf eine genitale Chlamydien-Infektion getestet (sog. Schwangeren-Screening). Insgesamt waren bei den untersuchten schwangeren Frauen 2,5 % der Proben positiv. Der Positivenanteil war am höchsten in der Altersgruppe der 15–19-Jährigen. Der Positivenanteil lag bei über 30-jährigen schwangeren Frauen bei unter 1 %.

Abhängig von der Lokalisation der Chlamydien-Infektion verlaufen die Infektionen bei der Frau in bis zu 90 % ohne Symptome. Neben nachfolgend genannten Krankheitsbildern kommen reaktive Arthritiden und auch die Trias aus Arthritis, Urethritis und Konjunktivitis als seltene (1 %) Komplikationen vor.

Genitale *Chlamydia trachomatis*- Infektionen bei nicht-schwangeren Frauen

Chlamydien können bei Frauen zu einer Zervizitis führen. Betroffen sind vor allem die 15- bis 25-jäh-

rigen, die als Hochrisikogruppe betrachtet werden müssen. Ca. 70–90 % der Erkrankungen verlaufen subklinisch, persistieren u. U. über Monate oder sogar Jahre und können deshalb nur bei einem Screening oder bei durch anamnestische Risiken veranlassten Tests entdeckt werden.

Unbehandelt entwickelt sich durch Keimaszension in einem Teil der Fälle eine akute oder chronische Entzündung des inneren Genitales im Sinne einer „Pelvic Inflammatory Disease“ (PID). Dazu gehören anamnestisch Unterbauchschmerzen, untypischer Ausfluss sowie mittzyklische oder postkoitale Blutungen. Bei der klinischen Untersuchung Temperatur > 38,3 Grad Celsius, vermehrt Leukozyten im vaginalen Fluor, Portioschiebeschmerz sowie Druckschmerzhaftigkeit des Uterus und der Adnexe bis hin zum Bild des akuten Abdomens. Hinzukommen kann eine Perihepatitis, bei der sich laparoskopisch Verwachsungsstränge zwischen der Leberkapsel und dem Peritoneum zeigen. Das Krankheitsbild kann klinisch mit rechtsseitigen Oberbauchschmerzen und mäßigem bis starkem Aszites einhergehen (Fitz-Hugh-Curtis-Syndrom). Weiters können eine Peritonitis, Aszites und eine Periappendizitis vorkommen.

In Abhängigkeit von der Ausprägung der Erkrankung sind gravierende Spätfolgen möglich: tubare Sterilität, chronische Unterbauchschmerzen und extrauterine Schwangerschaften.

Zervikale Chlamydieninfektionen werden in einem Teil der Fälle von Urethritiden begleitet, die ebenfalls häufig asymptomatisch bleiben. Frequenter Harndrang und Dysurie mit Leukozytose, aber negativem Bakteriennachweis im Urin sollten zu entsprechender Diagnostik Anlass geben.

Für den mikrobiologischen Nachweis von Chlamydien stellen Nukleinsäureamplifikationstests (NAATs) die Methode der Wahl dar. Entsprechen-

de Analysen können praktisch an allen klinischen Materialien durchgeführt werden (Vaginal- oder Zervikalabstriche, Erststrahl-Urin). Antigentests, darunter Point of Care-Schnelltests, sind den NAAT deutlich unterlegen und sollten nicht mehr eingesetzt werden. Serologische Tests sollten nicht angewendet werden.

Genitale Chlamydia trachomatis-Infektionen in der Schwangerschaft

Klinik und Diagnostik der Zervizitis durch Chlamydien in der Schwangerschaft entsprechen jener bei Nichtschwangeren. Die Infektion der Zervix, womöglich auch die chronische präkonzeptionelle Endometritis, stellen ein nicht unerhebliches Risiko für den Ausgang der Gravidität und für das Neugeborene dar. Auch wenn die Rolle einer Chlamydieninfektion bei der Entstehung einer Frühgeburt nicht restlich geklärt ist, stellt die hohe Übertragungsrate von $\frac{2}{3}$ der exponierten Neugeborenen einen nicht unwesentlichen Faktor perinataler Morbidität dar. In 18–50 % der Fälle tritt postpartal eine Einschlusskörperchenkonjunktivitis und in 11–18 % eine atypische Pneumonie auf. Otitis media und eine Infektion des Nasopharynx wurden ebenfalls beobachtet. Die Übertragungsrate ist bei vaginaler Geburt am höchsten, eine Infektion des Neugeborenen kommt aber auch bei Sectio nach Blasensprung und selbst ohne dieses Ereignis vor.

Eine erst *post partum* bekannt gewordene Chlamydieninfektion der Mutter sollte den Pädiatern mitgeteilt werden. Im Wochenbett oder nach Abort entwickelt ein Teil der mit Chlamydien infizierten Frauen eine späte postpartale Endometritis. Eine in der Schwangerschaft oder während der Geburt vorliegende Chlamydieninfektion kann darüber hinaus im Verlauf eine tubare Sterilität und eine ektope Gravidität verursachen.

Empfehlungen der OEGGG

Die OEGGG empfiehlt in Übereinstimmung mit der Deutschen S2k-Leitlinie (AWMF) eine Testung auf Chlamydien bei:

1. asymptomatischen sexuell aktiven Frauen < 25. Geburtstag im Rahmen der jährlichen Früherkennungsuntersuchung,
2. asymptomatischen Frauen mit anamnesticen Risiken zwischen dem 25. und 30. Geburtstag (neuer bzw. mehrere Sexualpartner, vordiagnostizierte STD, einschließlich behandelter Chlamydieninfektion etc.),
3. symptomatischen Frauen mit z. B.
 - mittzyklischen oder postkoitalen Blutungen,
 - unklaren Unterbauchschmerzen,

- einem auffälligen Nativpräparat mit Leukozytose,
 - putridem zervikalen Ausfluss,
 - Zeichen einer Zystitis bzw. Urethritis mit Leukozytose im Urin, aber ohne signifikanten Bakterienachweis,
4. schwangeren Frauen im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen im 1. oder 2. Trimenon.

Bei Diagnose einer Chlamydieninfektion sollte grundsätzlich nach begleitenden weiteren sexuell übertragbaren Infektionen gesucht werden. Vor allem Koinfektionen mit *Neisseria gonorrhoeae* sind häufig.

Wird eine Infektion nachgewiesen, sollte zumindest bei den Sexualpartnern der letzten 6 Monate eine Diagnostik und Therapie durchgeführt werden. Sexualpartner, die nicht getestet werden können, sollten ebenfalls behandelt werden.

Es muss darauf hingewiesen werden, dass die Kosten für die Testung bei asymptomatischen Frauen derzeit nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen wird und somit eine Selbstzahlerleistung darstellt.

Therapie bei positivem Chlamydienachweis

- Therapie bei nicht-schwangeren Frauen: Doxycyclin 2 × 100 mg/Tag für 7 Tage oder Azithromycin 1,0 g oder 1,5 g einmalig
- Bei klinischen Zeichen einer Infektion mit komplizierter Zervizitis oder PID initial Kombinationstherapie
- Therapie in der Schwangerschaft und während des Stillens: Azithromycin 1,0 g oder 1,5 g einmalig
- Abklärung des Partners bzw. Partnertherapie empfohlen

LITERATUR:

059/005 – S2k-Leitlinie: Infektionen mit *Chlamydia trachomatis* aktueller Stand: 08/2016, AWMF-Register Nr. 059/005 Klasse: S2k.

Korrespondenzadresse:

Prim. Univ.-Doz. Dr. Lukas Hefler, MBA
Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe
der Spitalspartner Ordensklinikum
Linzer und Konventhospital Barmherzige
Brüder Linz
A-4010 Linz, Seilerstätte 2–4
E-mail: lukas.hefler@bblinz.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung kostenloses e-Journal-Abo](#)

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)