

Stellungnahme der OEGGG basierend auf der S2k Leitlinie der AWMF

Lukas Hefler, Klaus Reisenberger, Herbert Kiss

Screening und Diagnose: Infektionen mit Chlamydia trachomatis

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 in 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-jährigen, 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 Genitale im Sinne einer **Pelvic Inflammatory Disease (PID)**. Dazu gehören anamnestisch Unterbauchschmerzen, untypischer Ausfluss sowie mitzyklische 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. Entsprechende 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 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 der 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.

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 anamnestischen Risiken zwischen dem 25. und 30. Geburtstag (neuer bzw. mehrere Sexualpartner, vordiagnostizierte STD-einschließlich behandelter Chlamydieninfektion, etc.)
3. Symptomatische 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 Bakteriennachweis
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 SexualpartnerInnen der letzten 6 Monate eine Diagnostik und Therapie durchgeführt werden. SexualpartnerInnen, 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 Chlamydiennachweis:

Therapie **bei nicht-schwangeren Frauen**: Doxycyclin 2x100mg/Tag für 7 Tage oder Azithromycin 1,0g oder 1,5g einmalig.

Bei klinischen Zeichen einer Infektion mit komplizierter Zervizitis oder PID initial Kombinationstherapie.

Therapie **in der Schwangerschaft** und während des **Stillens**: Azithromycin 1,0g oder 1,5g 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
Infektionen mit *Chlamydia trachomatis*