

GENITALE MYKOPLASMENINFEKTIONEN

Angelika Stary

Erreger:

Mycoplasma genitalium

Mycoplasma hominis

Ureaplasma urealyticum

Genitale Mykoplasmen können bei rund 50% der sexuell aktiven Personen nachgewiesen werden. Die Transmission erfolgt durch direkten Schleimhautkontakt. *M. genitalium* verursachen beim männlichen Patient in 10-35% eine „Nongonococcal –Nonchlamydien-Urethritis“. Nachweis- und Behandlungsbedarf stehen außer Zweifel. Bei der Frau wird *M. genitalium* in bis zu 40% im Vaginalsekret nachgewiesen, die Infektion verläuft häufig asymptomatisch. Ein kausaler Zusammenhang besteht mit einer klinisch relevanten Zervizitis (in 10-30%) und Pelvic Inflammatory Disease (PID) (2-22%). Die Bedeutung von *M. genitalium* für die Entstehung der Infertilität und Frühgeburt gilt als wahrscheinlich. Eine Therapie von *M. hominis* und *U. urealyticum* ohne entsprechendes klinisches Substrat erscheint nach dem derzeitigen Stand der Kenntnisse nicht gerechtfertigt.

MYKOPLASMA GENITALIUM

Empfohlene Therapie der unkomplizierten Infektion mit *M. genitalium*

Azithromycin 500mg am 1. Tag, gefolgt von 250mg /1x täglich/Tage 2-5

Josamycin 500mg/3xtäglich/10 Tage

Alternative Therapie (second line)

Moxifloxacin 400mg/1x/Tag, 7-10 Tage

Alternative Therapie (third line)

Doxycyclin 100mg/2xtäglich/ 14 Tage

Pristamycin 1g/4xtäglich/10

Empfohlene Therapie der komplizierten Infektion mit *M. genitalium*

Moxifloxacin 400mg/1x/Tag, 14 Tage

Allgemeine Bemerkungen:

- Ein Nachweis- und Behandlungsbedarf von *M. genitalium* besteht insbesondere bei entsprechender klinischer Symptomatik von PatientIn oder PartnerIn:
 - Urethritis, mucopurulente Zervizitis, zervikaler und vaginaler Fluor bei STI Risiko
 - Intermenstruelle oder postkoitale Blutungen
 - Akute Unterbauchbeschwerden, PID
 - akute Epididymo-Orchitis bei Männern <50a
 - Personen mit STI Risikoverhalten
- Nach abgeschlossenen Studien ist eine Erweiterung des Indikationsspektrums zu erwarten.
- Der Kulturnachweis von *M. genitalium* ist schwierig, daher gilt der molekularbiologische Nachweis als Goldstandardverfahren, optimalerweise gefolgt von einer Makrolid-Resistenztestung

- Die Heilungsrate bei Azithromycin beträgt 85-95%; Zunahme der Makrolidresistenz in bis zu 50%, daher wird eine Therapie über einige Tage der Einzeittherapie vorgezogen.
- Moxifloxacin wird als „second line“ Antibiotikum empfohlen, Resistenzen nehmen zu
- Die Heilungsrate mit Doxycyclin beträgt nur 30-40%, daher Empfehlung von Tetracyclinen nur als „third line“ Therapeutikum
- Wiederholung der Therapie bei Persistenz der Symptome

MYKOPLASMA HOMINIS

Empfohlene Therapie:

Doxycyclin 100 mg p.o./2 x täglich/7 Tage

Alternativtherapie:

Clindamycin 300 mg p.o./2 x täglich/7 Tage

Allgemeine Bemerkungen:

- Tetracycline sind gegen die meisten Stämme von *M. hominis* wirksam. Allerdings ist eine zunehmende Resistenz zu beobachten.
- Gegen Makrolide sind die meisten Stämme von *M. hominis* resistent.
- *M. hominis* sind häufig im Rahmen einer bakteriellen Vaginose nachweisbar, deren isolierte Therapie wird jedoch nicht empfohlen.

UREAPLASMA UREALYTICUM

Empfohlene Therapie:

Doxycyclin 100 mg p.o./2 x täglich/7 Tage

Alternativtherapie:

Erythromycin 500 mg p.o./4 x täglich/7 Tage

Ofloxacin 200 mg p.o./2 x täglich/7 Tage.

Allgemeine Bemerkungen:

- Rund 10% der Ureaplasmen sind resistent gegen Tetracycline, davon 40% auch gegen Erythromycin.
- Tetracycline stellen bei NGU mit fehlendem Erregernachweis nach wie vor die Therapie der ersten Wahl dar.