

Ureaplasma / Mykoplasma

Klinik	1
Diagnostik	1
Therapie	1
Info / Quellen	2

Klinik

Meist harmlose Erreger

- Genitale Besiedelung Mycoplasma / Ureaplasma häufig
- Systemische Komplikationen
- Symptome bei Immundefizienz / Antikörper-Mangel
 - Pneumonie
 - Arthritis
 - Osteomyelitis
- Schwere Infekte und Todesfälle bei Neugeborenen

Lokalisierte genitale Syndrome

- Urethritis (Ureaplasma)
- Cystitis / Pyelonephritis / Nierensteine
- [PID](#) (nur M. hominis)
- Endometritis / Adnexitis
- Prostatitis (Infertilität selten)

Diagnostik

Allgemeine Aspekte

- Ureaplasmen gehören zu den Mycoplasmen
- Verschiedene U. speziees können pathogen sein (vor allem M. genitalium, auch U. urealyticum)
- Sehr oft genitale Besiedelung ohne Erkrankung, häufig: M. hominis und U. parvum)
- Ureaplasma schlecht kultivierbar --> PCR
- Oft auch Ko-Infektionen mit andere NGU-Erregern (z.B. C. trachomatis)

Klinisches Bild unspezifisch

- Klinik (insbesondere M. genitalium) oft nicht zu unterscheiden von N. gonorrhoeae
 - Urethritis
 - Cervizitis, [PID](#)
- Differentialdiagnose: C. trachomatis / N. gonorrhoeae

Erregernachweis

- Erregernachweis notwendig bei Immunsuppression / Neugeborenen
 - **Frauen:** (selbst-durchgeführter) Vaginalabstrich (mögl. 1h nach Miktion)
 - **Männer:** Meatusabstrich (mögl. 1h nach Miktion)
 - PCR bevorzugt (sensitiver)
 - Nach Behandlung von M. genitalium aufgrund hoher Resistenzraten: Negativkontrolle nach 4-6 Wochen
 - Neue Multi-PCR werden angeboten (zusätzlich U.urealyticum, parvum, M. Hominis, genitalium u.a.m)
 - Weitere Studien zum Einsatz dieser Tests unterwegs
 - Preise noch nicht einheitlich geregelt
 - Relevanz nicht abschliessend geklärt.
- Formulierungsvorschlag Beratung:** "Vermutlich kann jede sexuell übertragene Infektion zu Störungen der Fruchtbarkeit führen, sowohl beim Mann (Harnröhre ->Prostata ->Samenwege), als auch bei der Frau (Gebärmutter -> Eileiter-> Eierstöcke). Am besten bekannt und wohl am häufigsten ist die Infertilität bei der Frau als Komplikation der Chlamydien-Infektion. Aber auch diese Komplikation ist relativ selten (ca. 1:100)".

Therapie

Syndromische Therapie (ohne Diagnostik)

- Wenn N. gonorrhoeae, C. trachomatis, und (insbesondere bei Frauen) T. vaginalis ausgeschlossen sind, lohnt sich ein Therapieversuch ohne weitere Diagnostik
 - Doxycyclin 100 mg BID x7d (bevorzugt)
oder
 - [Azithromycin](#) 1500 mg einmalig (oder besser zur Reduktion von UAW: 1. Tag 500mg, Tage 2-5: 250 mg)

Therapie bei symptomatischer Urethritis mit Nachweis von Mykoplasmen/Ureaplasmen

- Siehe syndromische Therapie
- M. genitalium: Hohe Resistenzraten gegen beide 1st-line Antibiotika
2nd-line: Moxifloxacin 400 mg QD x7-14d (bei klinischen oder PCR-bestätigtem Versagen eines der *1st-line* AB)
- U. urealyticum & M. hominis: *2nd-line*: Clarithromycin 500 mg BID x7d
- KEINE Beta-Laktam-Antibiotika (Myko-/Ureaplasmen sind wegen fehlender Zellwand primär resistent)

Behandlungsindikation bei Asymptomatischen (Screening)

- Behandlungsnotwendigkeit bei fehlender Symptomatik ist kontrovers.
- Entscheid KSSG für Studiendauer "STAR":
 - Behandeln:
 - M. genitalium (Erfolgskontrolle nach 4-6 Wochen)
 - Nicht behandeln
 - M. hominis
 - U. parvum
 - U. urealyticum

Info / Quellen

Quellen

- STI-Leitfaden [Version 2.1 & STI-Treatment Pocket Guide](#) der Deutschen STI-Gesellschaft
- [2015 UK National Guidelines on the management of non-gonococcal urethritis](#)
- [eMedicine online \(8.12.13\)](#)
- Prostatitis: [Xiao et al, Urol. Int 2013](#)

Beachte auch [allgemeine Aspekte zu Sexuell übertragbaren Krankheiten](#)

- HIV / Lues-Testung bei Risikoverhalten
- Partnerinformation
- Ev. Hepatitis B Testung und Impfung

Verantwortlicher Autor:	Pietro Vernazza
Erstellt am:	08.12.2013
Letzte Änderung:	19.04.2017
Publizierte Version:	7.2.0
Gültig für:	KSSG / Infektiologie (validiert am 20.01.2017 durch Pietro Vernazza)