Ausfluss aus der Harnröhre

Sexualanamnese wegweisend

STEFANIE SAMMET

Bei urethralem Fluor kommen mehrere sexuell übertragbare Krankheiten als Ursache infrage. Welches Vorgehen bei welchem Erreger indiziert ist, zeigt folgende Kasuistik.

Ein 38-jähriger Mann stellt sich wegen seit zwei Tagen bemerkten weißlich-gelblichen Ausflusses aus der Harnröhre vor. Der letzte Geschlechtsverkehr sei vier Tage zuvor gewesen. Er gibt keine Schmerzen an. Die inguinalen Lymphknoten sind nicht tastbar, der Allgemeinzustand ist gut und es liegen keine anderen Erkrankungen vor. Im Grampräparat ließen sich gramnegative, intrazelluläre Diplokokken nachweisen. Im bakteriologischen Abstrich fanden sich Mykoplasmen. Aufgrund der nachgewiesenen Koinfektion erfolgte eine antibiotische Kombinationstherapie aus Cefixim und Doxycyclin. Die Kontrollabstriche waren unauffällig.

Klinik

Für den urethralen Fluor beim Mann kommen sexuell übertragbare Erkrankungen (STD) wie *Neisseria gonorrhoeae*, an- und aerobe Bakterien, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonaden* und *Mykoplasmen* (*Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*) infrage.

Anamnese

Zur Diagnose gehören Sexualanamnese, klinischer Befund, Anfertigung von Nativ- und Färbepreparaten aus Ausstrichmaterial (ggf. Überweisung zum Spezialisten), Erregernachweis sowie Ausschluss anderer STD-Erkrankungen (HIV, Syphilis, Hepatitis B/C). Der Nachweis von Leukozyten im Urethralabstrich spricht für eine gonorrhoeische oder nicht gonorrhoeische Urethritis (NGU).

Charakteristisch für eine Gonorrhö (GO) ist der eitrige Ausfluss am Morgen („Bonjour-Tröpfchen“). Im Grampräparat lassen sich gramnegative, intrazelluläre Diplokokken nachweisen. Bei NGU fehlen diese. Als Ursache kommt eine Vielzahl von Erregern infrage, wie etwa *Chlamydia trachomatis* und *Mykoplasmen* (*Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*) oder *Trichomonaden* als Protozoeninfektion sowie Bakterien (häufigste Keime: Enterokokken, β -hämolisierende Streptokokken, *E. coli*, *Staphylococcus aureus*). Beim Nachweis pathogener Keime sollte ein Antibiotogramm

erstellt werden. Die sensitivste Methode (sog. Goldstandard) zum Nachweis von *Chlamydia trachomatis* ist die Nukleinsäure-Amplifikation mittels Polymerase-Kettenreaktion (PCR). *Trichomonaden* werden im Nativpräparat nachgewiesen.

Therapie

Bei Gonorrhö sollte wegen einer hohen Koinfektionsrate mit *Chlamydia trachomatis* eine kombinierte antibiotische Therapie aus Cefixim und Doxycyclin oder alternativ mit Azithromycin erfolgen (Dosierung s. Tabelle). Aufgrund der herrschenden Resistenzlage sollten keine Gyrasehemmer mehr rezeptiert werden. Die Therapie einer NGU richtet sich nach dem Erreger und Antibiotogramm (s. Tabelle). Entscheidend für den Therapieerfolg ist die gleichzeitige Diagnostik und gegebenenfalls Therapie der Sexualpartner. Nach antibiotischer Therapie sollte ein Kontrollabstrich erfolgen.

Therapie bei sexuell übertragbaren Erkrankungen (STD)

Tabelle

Erregerspektrum	Erkrankung	Therapie
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Gonorrhö	Cefixim (400 mg p.o. einmalig) oder Azithromycin (1–2 g p.o. einmalig oder über 4 Tage je 500 mg/d)
<i>Chlamydia trachomatis</i>	NGU	Doxycyclin 2 x 100 mg p.o. für 7–10 Tage
Mykoplasmen	NGU	Doxycyclin 2 x 100 mg p.o. für 7–10 Tage oder Azithromycin (500 mg/d p.o. für 3 Tage) oder Erythromycin (2 g/d p.o. für 7–10 Tage)
<i>Trichomonas vaginalis</i>	NGU	Metronidazol (1,5–2 g p.o. einmalig)
Bakterien	NGU	richtet sich nach Antibiotogramm

Dr. med. Stefanie Sammet

Immunambulanz, Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie, Klinikum der LMU München Frauenlobstr. 9–11, 80337 München
E-Mail: Stefanie.Sammet@med.uni-muenchen.de