Besorgniserregende Resistenzen

Gegen Tripper bald kein Kraut mehr gewachsen?

Das Tripper-Bakterium *Neisseria gonorrhoeae* hat gute Chancen, ein „Superbug“ zu werden. Gegen einige der in den Leitlinien empfohlenen Medikamente bestehen bereits heute erhebliche Resistenzen. Eine antibiotische Therapie muss sich auf diese wachsende Herausforderung einstellen.

— Mit Blick auf die Resistenzlage bei der antibiotischen Therapie der Gonorrhö malte Dr. Thomas Grünewald, Leipzig, auf den Münchner Aids-Tagen ein düsteres Bild: *Neisseria gonorrhoeae* habe das Zeug, der „nächste Superbug“ zu werden. Nach Erhebungen der Paul-Ehrlich-Gesellschaft (PEG) lag die Resistenzrate für Penicillin im Jahr 2012 bei 80%, für Tetracycline bei 42%. Besorgniserregend ist laut Grünewald vor allem, dass die Erreger selbst gegen die wirksamsten Medikamente – die Drittgenerations-Cephalosporine – deutlich an Sensibilität verloren haben.

Zweifel an den Leitlinien

In den Leitlinien der Deutschen STI-Gesellschaft wird als Standardtherapie bei Befall von Urethra, Zervix und Rektum derzeit die Einmalgabe von 1 g Ceftriaxon i. m. empfohlen, ergänzt durch 1,5 g Azithromycin p. o.

Für Grünewald ist diese Strategie fragwürdig: Es sei durch nichts belegt,

Neisseria gonorrhoeae
auf dem Weg zum Superbug.

© DeAngelis / SPL / Agentur Focus

„nicht unbedingt etwas dazugeben, was man nicht getestet“ habe. Auf Cefixim, Penicillin, Fluorchinolone und Tetracycline sollte man in jedem Fall verzichten.

Als letzte Option bleibt dem Experten zufolge noch eine Substanz, gegen die bisher keinerlei Resistenzen nachgewiesen wurden: Spectinomycin. Aber, so der Referent: „Versuchen Sie mal, das hierzulande zu bekommen!“

Die Quintessenz für die Behandlung der Gonokokkeninfektion lautet: Erst testen, dann gezielt behandeln. Eine „Ex-juvantibus-Therapie ohne Diagnostik“ ist, so Grünewald, „im Zeitalter der Multiresistenzen nicht sinnvoll.“

Dr. Elke Oberhofer

■ 16. Münchner AIDS- und Hepatitis-Tage, 11.–13. März 2016

© Marazzi / SPL / Agentur Focus

Fluor urethralis bei Gonorrhoe.

dass die Substanzen in diesem Zusammenhang wirksam seien, vor allem nicht, dass sich durch die Kombination mit Azithromycin Resistenzen verhindern ließen. Im Gegenteil: Die intrazelluläre Halbwertszeit (HWZ) dieser Substanz beträgt 27 Tage. 14 Tage davon, so der Experte, liege die intrazelluläre Konzentration jedoch unterhalb der wirksamen Schwelle. „So werden Resistenzen induziert“, warnte Grünewald.

Problematisch sieht der Infektiologe auch die orale Verabreichung von Cefixim, die bei Kontraindikation für die intramuskuläre Gabe von Ceftriaxon empfohlen wird: Hier habe man eine HWZ von lediglich drei bis vier Stunden, und das bei einer Substanz, die zu weniger als 50% bioverfügbar sei.

Intravenöser Single Shot

Der Experte rät daher primär zur intravenösen Gabe von 1 oder 2 g Ceftriaxon als „Single Shot“. Dabei müsse man

Bei Lues: Penicillin i. v.!

Einen massiven Anstieg der Azithromycin-Resistenz beobachtet man derzeit auch bei *Treponema pallidum*. Wenn bei Lues-Patienten Penicillin eingesetzt wird, ist nach Dr. Thomas Grünewald, Leipzig, die intravenöse Gabe zu bevorzugen; das Gleiche gilt für Ceftriaxon (2 g!). Auch Doxycyclin (200 mg oral) komme infrage, das gelte auch für die Form des Neuro-Lues. Zur Therapiedauer gibt es keine verlässlichen Daten. Grünewald rät zu sieben Tagen bei β -Lactam-Antibiotika und 14 Tagen bei Doxycyclin; bei neurologischen Manifestationen sei die Dauer zu verdoppeln. Von einer Behandlung mit Fluorchinolonen und Makroliden wird aufgrund der derzeitigen Resistenzlage abgeraten.

■ eo