

Antibiotische Therapie in Bielefeld – AnTiB Frauenheilkunde 2023

Inhalt dieser Aufstellung sind kurzgefasste Empfehlungen für die ambulante Behandlung häufiger Infektionskrankheiten unter Standardbedingungen. Diese wurden von den Bielefelder frauenärztlichen Qualitätszirkeln erarbeitet und mit den Kliniken für Gynäkologie der Bielefelder Krankenhäuser konsentiert und dienen ausschließlich der Kommunikation in und zwischen den beteiligten Arztgruppen. Sie ersetzen nicht die individuelle Beurteilung und Entscheidungsfindung! Abweichungen von den Empfehlungen sind daher möglich, sollten aber begründbar sein. Häufige Abweichungen sollten Anlass geben, die eigenen Behandlungsstrategien zu überdenken.

Eingeschränkt anwendbar sind die Empfehlungen bei Vorliegen besonderer Ausgangsbedingungen wie Grunderkrankung, komplizierter Verlauf, antibiotische Vorbehandlung, Auslandsaufenthalt usw. Für die Inhalte, insbesondere Dosierungen, kann keine Gewähr übernommen werden.

Grundsätze dieser Empfehlungen:

- AB nur verordnen, wo nötig, unnötige antibiotische Therapie vermeiden (insbes. bei leichten selbstlimitierenden Erkrankungen bei immunkompetenten Pat.)
- Therapiedauer so lange wie nötig und so kurz wie möglich; **Dosis u. Dauer auf VO vermerken !**
- Verordnung von Cephalosporinen (v.a. Cefuroxim p.o.) und Makroliden (v.a. Azithromycin) nur bei gezielter Indikation !
- eine Fachgruppen-Divergenz zu den AnTiB-HA- bzw. Urologie-Empfehlungen bei akutem unkompliziertem HWI ist möglich und ggf. im unterschiedlichen Patientenkontext begründet

Die Darstellung erfolgt nachfolgendem Schema: (bevorzugte Therapie auf hervorgehobenem Hintergrund)

Antibiotikum x	Tägl. Anzahl x Höhe der Einzeldosis	Dauer	Bemerkungen
Antibiotikum y			

1. BRUSTENTZÜNDUNGEN

1.1. Mastitis puerperalis

- zunächst konservative Maßnahmen: regelmäßige Brustentleerung, physikalische Maßnahmen Wärme/Kühlung, nichtsteroidale Antiphlogistika z.B. Ibuprofen, Paracetamol
- bei Versagen der konservativen Maßnahmen ist von einer bakteriellen Mastitis auszugehen
- wichtigste Erreger für die kalkulierte Antibiose sind: S. aureus, β -hämolyisierende Streptokokken
- vor einer AB-Ther. Gewinnung von Material zur mikrobiologischen Unt. (AWMF-LL 02/2013)

Cefalexin	3 x 1000 mg p.o.	5-10 Tage	Stillen weiterhin möglich bei Penicillin-Allergie: Makrolid-AB, z.B. Clindamycin 3 x 600 mg
Cefuroxim	2 x 500 mg p.o.	5-10 T	
Flucloxacillin	3 x 1000 mg p.o.	5-10 T	

Quellen: Leitlinie AWMF-Reg.-Nr. 015/071, Entwicklungsstufe S3, Stand 2/2013; Sacks et al. Dt. Ärzteblatt 2019;116:563-74

1.2. Mastitis non puerperalis

Clindamycin	3 x 600 mg p.o.	7-10 T	zusätzlich konservative Maßnahmen
Amoxicillin + Clavulansäure	2 x 875/125 mg p.o.	7-10 T	

Quelle: Sacks et al. Dt. Ärzteblatt 2019;116:563-74

1.3. abakterielle Mastitis

keine Antibiose, Prolaktin-Hemmer

2. UNTERBAUCHENTZÜNDUNGEN

2.1. Chlamydien

2.1.1 Chlamydien-Zervizitis/-Urethritis bei nicht-schwangeren Frauen

Doxycyclin	2 x 100 mg p.o.	7 T	Partnerkontrolle, ggf. Therapie Kontrollabstrich frühestens nach 8 Wochen
Azithromycin	1500 mg p.o.	einmalig	

Quelle: Leitlinie AWMF-Register-Nr. 059/006, Entwicklungsstufe S2k, Stand 8/2018

2.1.2 Chlamydien-Infektionen in der Schwangerschaft

Azithromycin	1 x 1500 mg p.o.	einmalig	Partnerkontrolle, ggf. Therapie obligat: Kontrollabstrich n. 8 Wo cave kein Erythromycinestolat
Erythromycin	2 x 500 mg p.o. oder 4 x 500 mg p.o.	14 T 7 T	

Quelle: Leitlinie AWMF-Register-Nr. 059/006, Entwicklungsstufe S2k, Stand 8/2018

2.2. Pelvic Inflammatory Disease (PID) – leichte Form

Ceftriaxon + Doxycyclin + evtl. Metronidazol*	1 x 1-2 g i.m./i.v. 2 x 100 mg p.o. 2 x 400 mg p.o.	einmalig 14 T 14 T	Partneruntersuchung, ggf. Ther. statt Doxycyclin alternativ Azithro- mycin: 1,5 g oral Tag 1 + Tag 8
---	---	--------------------------	--

* Risikopat., breiteres Erregerspektrum; Quelle: S2k-LL AWMF-Reg.-Nr. 059/006, Stand 8/2018 (gültig bis 08/2023)

2.3. Puerperale Endometritis-Endomyometritis (gesichert)

Clindamycin + Gentamycin	900 mg i.v. 1,5 mg/kg KG i.v. alle 8 h	xx	Förderung des Lochialflusses
-----------------------------	--	----	------------------------------

Subinvolutio uteri ohne sicheren Hinweis auf Endomyometritis: Förderung des Lochialflusses

Quelle: Cochrane Review 2015, Dt.Ärzteblatt 2021,118:436-446

2.4. Syphilis

2.4.1. Syphilis, Frühform

Benzathin-Benzyl- Penicillin	2,4 Mio. I.E. i.m.	einmalig je 1,2 Mio. I.E. re. und li. gluteal	Kontrollen nach 3, 6, 9 u. 12 Monaten
Doxycyclin	2 x 100 mg	14 T	bei Penicillinallergie

Quelle: Leitlinie AWMF-Register Nr. 059/002, Entwicklungsstufe S2k, Stand 04/2020 gültig bis 04/2025

2.4.2. Syphilis, Spätform

Benzathin-Benzyl-Penicillin	2,4 Mio. I.E. i.m.	T 1,8 und 15
Doxycyclin	2 x 100 mg p.p.	28 T

Ab Sekundärstadium Cave: Jarisch-Herxheimer Reaktion → 30-60 Min. vor AB Gabe 1 mg Prednisolonäquivalent /kgKG

Quelle: Leitlinie AWMF-Register Nr. 059/002, Entwicklungsstufe S2k, Stand 04/2020 gültig bis 04/2025

2.5. Gonorrhoe

Ceftriaxon + Azithromycin	1-2 g i.v. (i.m.) 1500 mg p.o.	einmalig einmalig	geht auch in d. Schwang. Partnerbehandlung
------------------------------	-----------------------------------	----------------------	---

Bei Ceftriaxon i.m. Zusatz von Lidocain wg. Schmerzhaftigkeit empfohlen

Quelle: Leitlinie, AWMF-Register Nr.059-006, Entwicklungsstufe S2k, Stand 8/2018 gültig bis 08/2023

3. HARNWEGSINFEKTE

3.1. Unkomplizierte Harnwegsinfekte

Nitrofurantoin RT	2 x 100 mg p.o.	5 T	ältere Frauen nicht bei Niereninsuffizienz
Nitroxolin	3 x 250 mg p.o.	5 T	bisher wenig Erfahrung
Pivmecillinam	3 x 400 mg p.o.	3 T	
Trimethoprim	2 x 250 mg p.o.	3 T	nicht 1. Wahl, wenn lokale Resistenz von E. coli > 20 %
Fosfomycin- Trometamol	3000 mg p.o.	einmalig	eher bei jüngeren Frauen Trinkmenge reduzieren ! eigentlich Reserve-AB der Intensivmed.!

Quelle: Leitlinie, AWMF-Registernr.043-044, Entwicklungsstufe S3, Stand 4/2017

Alternativ: nicht-AB-Behandlung mit Ibuprofen für 3 T plus ggf. Phytotherapeutika (z.B. Präparate aus Bärentraubenblättern (max. 1 Monat), Kapuzinerkressenkraut, Meerrettichwurzel) od Mannose

3.2. Rezidivierende Harnwegsinfekte

Vor antibiotischer Therapie: Urinkultur und Resistogramm

Beratung zu Verhaltensempfehlungen

Versuch mit Immunprophylaktikum UroVaxom® oder StroVac®-Impfung

Alternativ: Mannose, Phytotherapeutika

Nitrofurantoin	1 x 50-100 mg; p.o. tgl.	3-6 Monate	Behandlung nach Urinkultur mit Resistenzbestimmung
Fosfomycin-Trometamol	1 x 3000 mg	alle 10 T	
Cotrimoxazol	40/200 mg p.o. tgl. abends	3-6 Monate	
Trimethoprim	100 mg p.o. tgl.		
Nitroxolin midi	150 mg p.o. tgl. abends		

Quelle: Leitlinie AWMF-Register-Nr. 043-044, Entwicklungsstufe S3, Stand 4/2017

Postkoitale Prävention: Nitrofurantoin 1 x 50-100 mg p.o., einmalig; D-Mannose 1 Beutel

3.3. Harnwegsinfekte in der Schwangerschaft

Amoxicillin + Clavulansäure	2 x 875/125 mg p.o.	7 T	Urinkultur und Resistogramm nach erfolgter Behandlung
Pivmecillinam	3 x 400 mg p.o.	3 T	
Fosfomycin-Trometamol	3000 mg	Einmalig	
Cefuroxim	2 x 250 mg	5-7 T	

Quelle: Leitlinie AWMF-Register-Nr. 043-044, Entwicklungsstufe S3, Stand 4/2017

Bei **asymptomatischer Bakteriurie** Behandlung nach Urinkultur und Resistogramm

4. VAGINALE INFEKTIONEN

4.1. Trichomoniasis

Metronidazol	1 x 2,0 g p.o.	1 T	Alkoholkarenz, Partnerbehandlung
Metronidazol	2 x 500 mg p.o.	7 T	bei Therapieversagen der Einmaldosis

Quelle: Leitlinie AWMF-Register-Nr.059-006, Entwicklungsstufe S2k, Stand 8/2018, gültig bis 08/2023

Laut embryotox.de (12/2022) ist Metronidazol bei kritischer Indikationsstellung in der gesamten Schwangerschaft möglich

4.2. Bakterielle Vaginose – Aminkolpitis

vor Antibiotikagabe: Versuch mit Antiseptika (Fluomycin N, Vagi-Hex)

Clindamycin	2 x 300 mg p.o. <u>oder</u> 1 x 5 g intravag. Creme 2%*	7 T 7 T	Behandlung nur bei Beschwerden, keine Partnerbehandlung * auch in der gesamten SS ** bei kritischer Indikationsstellung in der SS möglich
Metronidazol	2 x 500 mg p.o.** <u>oder</u> 1 x 2 g intravag. Creme 5%	7 T 7 T	

Quelle: Leitlinie AWMF-Register-Nr. 059-006, Entwicklungsstufe S2k, Stand 8/2018, gültig bis 08/2023

danach Unterstützung des vag. Milieus mit VagiC®, Milchsäure etc.

4.3. Kolpitis durch Mykoplasmen

Doxycyclin (U. urealyticum)	2 x 100 mg p.o.	7 T	bei Beschwerden oder hoher Erregerzahl
Azithromycin (M. genitalium)	1 x 500 mg – danach: 1 x 250 mg oder 1 x 1,5-2 g p.o.	T 1 T 2-5 einmalig	in der ganzen SS

Quelle: Leitlinie AWMF-Register-Nr. 059-006, Entwicklungsstufe S2k, Stand 8/2018, gültig bis 08/2023

Ureaplasma parvum 200 mg Doxycyclin p.o. einmalig (Empf.: Uni Münster)

Diese Empfehlungen wurden erarbeitet von den Bielefelder frauenärztlichen Qualitätszirkeln und konsentiert mit den Gynäkologischen Kliniken der Bielefelder Krankenhäuser im Rahmen des Qualitätszirkels *Res Gynaecologica*, Bielefeld-Gütersloh

Zusammenstellung: Dres. med. Brigitte Hinkelmann und Christina Rinkenberger Stand 1/2023

Rückmeldungen an die Herausgeber*innen sind ausdrücklich erwünscht!

Kontakt: antib@posteo.de

Internet: <http://www.antib.de>

AnliB

Inhalte verfügbar unter der Lizenz CC BY-NC-SA 4.0 DEED <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.de>