

Welche Harnwegsinfektionen behandeln?

Symptomstärke und Fiebergefühl entscheidend

Unnötig mit Antibiotika behandelte Harnwegsinfekte tragen zu steigenden Resistenzraten bei. Doch wann kann auf eine Antibiose verzichtet werden, ohne die Gefahr einer Pyelonephritis zu erhöhen? Prof. Björn Wullt, Mikrobiologie und Immunologie, Universität Lund, Lund (S), präsentierte am europäischen Urologiekongress Kriterien, die helfen, eine «benigne» von einer «aggressiven» Infektion zu unterscheiden.



Prof. Björn Wullt

Harnwegsinfektionen erfordern die Entscheidung darüber, ob eine Antibiotikatherapie sofort, erst später oder gar nicht nötig ist. Hierzu bedarf es einer Abgrenzung zwischen Harnwegsinfektionen wie Zystitis und Pyelonephritis und einer asymptomatischen Bakteriurie. Das sei nicht einfach, denn es gebe keine spezifischen Bakterien, die man dem einen oder dem anderen Infekt zuordnen könne, erklärte Wullt. Hilfe böten Biomarker im Urin. Während bei einer asymptomatischen Bakteriurie oder einer Zystitis keine systemischen Entzündungsmarker im Urin zu finden sind, sind die Spiegel von Neutrophilen, IL-8 und IL-6 bei einer Pyelonephritis stark erhöht. Auch das CRP steigt an. IL-6 zeigt als endogenes Pyrogen eine tiefe Infektion an. Bei asymptomatischer Bakteriurie ist es daher nie zu finden, bei einer Zystitis nur sehr diskret, bei einer Pyelonephritis sehr stark. In der Praxis werde jedoch nur der Streifentest verwendet, der zwar gut sei, aber in Bezug auf die Behandlung auch falschpositive Resultate produziere, so Wullt.

Asymptomatische Bakteriurie nicht behandeln

Bis zu den 1970er-Jahren habe eine asymptomatische Bakteriurie als eine zu eradizierende Erkrankung gegolten. Später habe man erkannt, dass sie harmlos sei, wenn nicht sogar protektiv gegen symptomatische Superinfektionen, so Wullt. In einer Studie mit 673 Frauen, deren nachgewiesene asymptomatische Bakteriurie mit *E. coli* und *Enterococcus faecalis* entweder eradiziert oder nicht eradiziert worden ist, zeigte sich in der unbehandelten Gruppe eine höhere rezidivfreie Rate nach sechs und zwölf Monaten (1). Asymptomatische Infekte, die mit dem Urinstreifentest entdeckt worden seien, sollten daher nicht behandelt werden, empfiehlt Wullt. Bei Männern, die im Vergleich zu Frauen seltener davon betroffen sind, sollte jedoch die Ursache gesucht werden, um beispielsweise keine Prostatitis zu verpassen.

Symptomstärke und Fiebergefühl

Wie aber zeigt sich in der Praxis, ob es sich um eine asymptomatische Bakteriurie oder eine Harnwegsinfektion handelt? Ein starkes Indiz für eine Zystitis sind typische Symptome wie Harndrang, schmerzhaftes Miktion, erhöhte Frequenz, unkomplette Blasenentleerung, suprapubische Beschwerden wie auch Hämaturie. Einen unkomplizierten Harnwegsinfekt nicht antibiotisch zu behandeln, geht mit einer Spontanheilung von 30 bis 50 Prozent, aber auch mit einem Pyelonephritisrisiko von 1 bis 7 Prozent einher, wie verschiedene Studien mit Antibiotikatherapien und Placebogruppen zeigten (2–4). Die Frage stellt sich also, welche Zystitis behandelt werden muss, um die Gefahr für eine Pyelonephritis zu bannen. Eine Unterscheidung zwischen einer «benignen» und einer «aggressiven» Zystitis ist gemäss Wullt bei Frauen mit wiederholten Harnwegsinfekten möglich. Sind die im «acute cystitis symptom score» (ACSS) erhobenen Symptome suprapubische Schmerzen/Dysurie, subjektives Fiebergefühl, Malaise und Drang mehr als anderthalb Mal stärker als bei früheren Episoden, korreliert dies mit einem IL-6-Spiegel-Anstieg auf ≥ 25 ng/l, wie Untersuchungen gezeigt haben (5). Insbesondere das Symptom subjektives Fiebergefühl triggert einen IL-6-Anstieg. Die Frage nach der Symptomstärke und dem subjektiven Fiebergefühl sind demnach eine Entscheidungshilfe für oder gegen eine Antibiotikatherapie.

Sind die Symptome nicht stark ausgeprägt, kann eine verzögerte antibiotische Therapie für den Fall verschrieben werden, dass die Symptome stärker werden. Zur Behandlung der bestehenden Beschwerden eignen sich beispielsweise nicht steroidale Antiphlogistika und Phytotherapie.

Bei rezidivierenden Infekten sei eine IL-6-Messung bei verdächtigen Symptomen zum Ausschluss einer antibiotikapflichtigen Infektion hilfreich, so Wullt. Zusätzlich empfiehlt sich zur Prävention rezidivierender Harnwegsinfekte gemäss den EAU-Guidelines die Anwendung von immunstimulierenden Prophylaxe wie beispielsweise OM-89 (siehe *Link*). ▲

Valérie Herzog



EAU-Guidelines: Urologische Infekte
<https://www.rosenfluh.ch/qr/harnwegsinfektion>

Quelle: «When to treat UTI?» 34. Jahreskongress der European Association of Urology (EAU), 16. bis 19. März 2019 in Barcelona.

Literatur unter www.arsmedici.ch

Referenzen:

1. Cai T et al.: The role of asymptomatic bacteriuria in young women with recurrent urinary tract infections: to treat or not to treat? *Clin Infect Dis* 2012; 55: 771-777.
2. Christiaens TC et al.: Randomised controlled trial of nitrofurantoin versus placebo in the treatment of uncomplicated urinary tract infection in adult women. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 729-734.
3. Ferry SA et al.: The natural course of uncomplicated lower urinary tract infection in women illustrated by a randomized placebo controlled study. *Scand J Infect Dis* 2004; 36: 296-301.
4. Vik I et al.: Ibuprofen versus pivmecillinam for uncomplicated urinary tract infection in women - a double-blind, randomized non-inferiority trial. *PLoS Med* 2018; 15: e1002569.
5. Sunden F et al.: Triggered Urine Interleukin-6 Correlates to Severity of Symptoms in Nonfebrile Lower Urinary Tract Infections. *J Urol* 2017; 198: 107-115.
6. Sunden F et al.: Predictive value of urinary interleukin-6 for symptomatic urinary tract infections in a nursing home population. *Int J Urol* 2016; 23: 168-174.