

Harnwegsinfekte bei Frauen

Antibiotika sparen und Rezidivursachen aufspüren

Eine akute Harnwegsinfektion bedarf zwar immer einer Symptomlinderung, doch nicht in jedem Fall einer Antibiose. Mit Analgetika, Phytotherapeutika und einer Verzögerungstaktik können sehr viele Antibiotika eingespart werden. Kommt es zu Rezidiven, ist nicht nur an Therapieversagen, sondern auch an Medikamentennebenwirkungen zu denken, wie die Infektiologinnen Prof. Barbara Hasse, Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene, Universitätsspital Zürich, und Dr. Angela Huttner, Klinik für Infektionskrankheiten, Hôpitaux universitaires de Genève, am Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) erläuterten.

Von unkomplizierten Harnwegsinfekten sind bis zu 80 Prozent der Frauen mindestens einmal im Leben betroffen, die Hälfte davon mehrmals. Weil die Prävalenz hoch und die Behandlung empirisch sei, bestehe immer die Gefahr für eine antibiotische Übertherapie, erinnerte Hasse. Harnwegsinfekte sind der häufigste Grund für eine Antibiotikatherapie in der Hausarztpraxis.

Risikofaktoren ausschliessen

Bei einem Harnwegsinfekt ist eine rasche Symptomlinderung nötig. Zuvor sollte jedoch abgeklärt werden, ob Risikofaktoren für eine komplizierte Harnwegsinfektion vorliegen oder ob die Patientin über Rückenschmerzen, Fieber oder veränderten vaginalen Ausfluss klagt. Kann das alles ausgeschlossen werden, handelt es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um einen unkomplizierten Harnwegsinfekt (*Abbildung*). Das Anlegen einer Urinkultur sei damit nicht nötig, die Diagnostik mit dem Urinstreifen reiche aus, erklärte die Infektiologin. Ist eine antibiotische Therapie angezeigt, kann auf der Website infect.info (*Link*) abgelesen werden, welche Antibiotika für eine Behandlung momentan infrage kommen. Die Website wird vom Schweizer Zentrum für Antibiotikaresistenzen (anresis.ch) betrieben und enthält eine Übersicht über die zurzeit herrschende Empfindlichkeit von verschiedenen Antibiotika auf diverse Bakterien. Durch Eingabe des Krankheitsbilds (z. B. Zystitis) werden zusätzlich die aktuellen Therapieempfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie (SSI) angezeigt.

Welche Antibiotikatherapie?

Nach den derzeitigen Empfehlungen der SSI sind für die First-line-Therapie Nitrofurantoin oder Trimethoprim/Sulfamethoxazol empfohlen. Alternativ können Fosfomycin,

Norfloxacin, Cefuroxim oder Amoxicillin/Clavulansäure eingesetzt werden (*Kasten*) (2).

Bis zur Hälfte der Harnwegsinfektionen heilen spontan ab. Um Antibiotika zu sparen, können beispielsweise Verzögerungsstrategien versucht werden. Mit der Stand-by-Therapie wird ein Antibiotikum verordnet, verbunden mit der Aufforderung, dieses, wenn möglich, erst nach 48 Stunden einzusetzen. In der Zwischenzeit kann versucht werden, die Symptome mit hoher Flüssigkeitszufuhr und nicht steroidal entzündungshemmern (NSAR) (z. B. Ibuprofen) zu lindern. Eine andere Möglichkeit besteht darin, für die ersten 48 Stunden ein NSAR abzugeben. Halten die Symptome an, können bei einem erneuten Praxisbesuch Antibiotika verordnet werden.

Die Wahrscheinlichkeit, mit einer antibiotikafreien Therapie bei Patientinnen mit unkomplizierter Harnwegsinfektion eine Pyelonephritis zu induzieren, sei klein, so Hasse. Daten von 3 doppelblind randomisierten Studien, die eine Antibiose mit einer NSAR-Therapie beziehungsweise mit NSAR plus Bärentraubenextrakt verglichen hatten, zeigten eine Pyelonephritisrate von 0 bis 5 Prozent (3–6). In allen 3 Studien konnten zwischen 38 und 65 Prozent der Antibiotika eingespart werden, dabei hielten die Symptome bei den nicht antibiotisch behandelten 1 bis 3 Tage länger an. Eine weitere Studie, die eine 7-tägige Therapie mit dem Phytotherapeutikum BNO1045 (Canephron®) mit einer Antibiose (Fosfomycin) verglich, belegte für das pflanzliche Arzneimittel eine Nicht-unterlegenheit gegenüber dem Antibiotikum. Die Pyelonephritisrate unter dem Phytotherapeutikum lag < 1 Prozent (7).

Was tun bei Rückfällen?

Rezidivierende Harnwegsinfekte bei Frauen seien eine Nebenwirkung, erklärte Dr. Angela Huttner, Klinik für Infektionskrankheiten, Hôpitaux universitaires de Genève. Es gelte, die Ursache dafür zu finden.

Bei Patientinnen, deren Frequenz sich von in der Regel gut behandelbaren Harnwegsinfekten von gelegentlich auf plötzlich sehr oft steigert, muss sich der Blick auf die Medikation von Komorbiditäten richten. So werden Autoimmunerkrankungen, rheumatische oder chronische Darmerkrankungen häufig mit immunmodulierenden Substanzen behandelt, wie zum Beispiel mit monoklonalen Antikörpern oder Januskinasemhemmern. Diese Therapien bergen als Nebenwirkung ein

KURZ & BÜNDIG

- ▶ Harnwegsinfekte sind eine Nebenwirkung, deren Ursache zu suchen ist.
- ▶ Nicht jede Zystitis erfordert eine antibiotische Behandlung.
- ▶ Präventionsmöglichkeiten sollen ausgeschöpft werden.

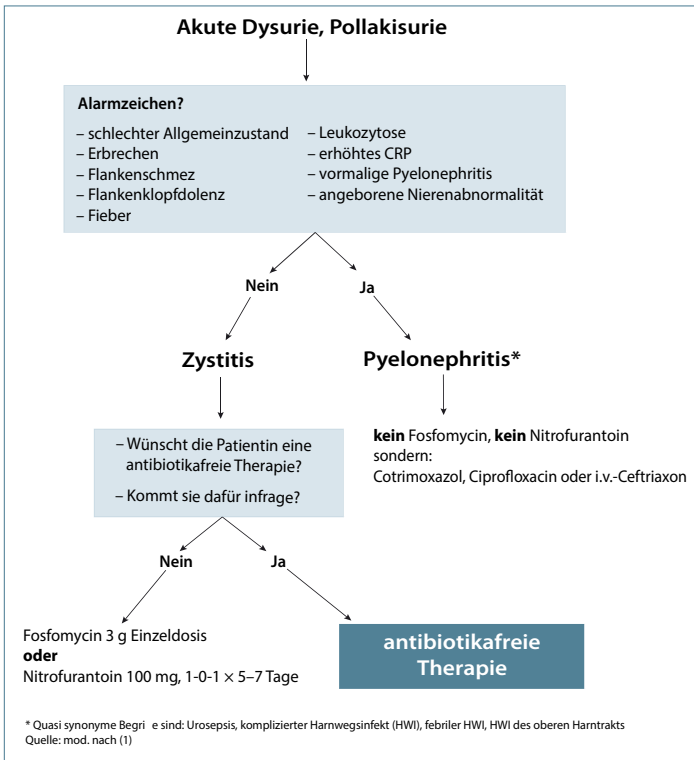


Abbildung: Abklärung und Therapie von akuten Harnwegsinfekten (mod. nach [1])

erhöhtes Infektrisiko, auch für Harnwegsinfekte. Das gilt ebenso für die Osteoporosetherapie mit Denosumab. Manchmal kann eine Sexualanamnese zur Lösung führen. Vielleicht muss der Partner mitbehandelt werden.

Bei rezidivierenden Harnwegsinfekten müssen Resistenzbildungen in Betracht gezogen werden. Eine verzögerte Antibiotikatherapie mit Symptomkontrolle durch NSAR kann einen Versuch wert sein, sofern Risikofaktoren für eine Pyelonephritis, wie beispielsweise eine vormalige Pyelonephritis, ausgeschlossen werden können. Bei älteren Patientinnen oder bei einer Symptombdauer ≥ 5 Tage, bei immunsupprimierten oder Patientinnen mit schlecht kontrolliertem Diabetes eigne sich die verzögerte Therapie dagegen nicht, so Huttner. Bleibt die Ursache weiterhin unklar, ist eine urologische Abklärung mit Blick auf mögliche Ursachen, wie zum Beispiel Nierensteine, Urininkontinenz, Harnverhalt beziehungsweise Detrusorunterfunktion oder Blausauslassobstruktion, angezeigt.

Optionen für die Rückfallprävention

«Verschreiben Sie mehr Wasser!», so der Rat der Infektiologin. Eine randomisiert kontrollierte Studie zeigte bei 140 Frauen mit Steigerung der Trinkwassermenge um 1,5 Liter versus keine Erhöhung nach 12 Monaten eine signifikante Halbierung der Harnwegsinfektrate sowie eine signifikante Halbierung der verbrauchten Antibiotika (8). Deshalb empfiehlt Huttner eine tägliche Trinkwassermenge von insgesamt 2,5 Litern. Cranberrykapseln seien gemäss einer doppelblind randomisierten und kontrollierten Studie nicht wirksamer als Plazebo (9), bedauert die Huttner möglicherweise entstehe der Vorteil bei Cranberrysaft über die vermehrte Flüssigkeitseinnahme. Für die präventive Massnahme mit D-Mannose zeigte eine randomisierte, aber offene Studie dagegen einen guten Effekt. Dieser sollte jedoch noch in verblindeten Studien bestätigt werden.

Als weitere pflanzliche Optionen zur Rückfallprävention können gemäss Infektiologin Hasse noch Kapuzinerkresse/Merrettichpulver (Angocin®), Bärentraube (z. B. Cystinil®, Arkokaps®) versucht werden.

Die postkoitale Gabe von jeweils 1 Kapsel Nitrofurantoin 100 mg sieht Huttner auch als Möglichkeit zur Prävention. Das führe zu einer Sterilisierung des Urins für ein paar Stunden nach der Penetration und wirke sehr gut.

Einer anderer Ansatz verfolgt dagegen die Immunstimulation. Dazu gibt es die Möglichkeit, durch Einnahme von lyophilisiertem Bakterienlysate von E. coli (Uro-Vaxom®) die Antikörperbildung anzuregen. Die Therapie wird zu präventiven Zwecken in 3 monatlichen Intervallen durchgeführt und hat praktisch keine Nebenwirkungen.

Das gleiche Ziel verfolgt die in Genf entwickelte tetravalente konjugierte Impfung gegen E. coli (11), die sich zurzeit in der Prüfung der Phase III befindet. Wenn alles gut laufe, strebe man eine Zulassung durch die FDA für das Jahr 2026 an, wie Mitentwicklerin Huttner berichtet. Die ersten Resultate seien jedenfalls vielversprechend gewesen, so Huttner abschliessend. ▲

Valérie Herzog

Quelle: «Update on UTI treatment», «Management of recurrent urinary tract infections». Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin, 1. bis 3. Juni 2022, in Lausanne.

Kasten:

Therapieempfehlung der SSI bei Zystitis

Erstlinientherapie:

- Nitrofurantoin p.o. 100 mg alle 12 h für 5 Tage oder
- Trimethoprim/Sulfamethoxazol (TMP/SMX) p.o. 160/800 mg alle 12 h für 3 Tage

Zweitlinientherapie
(bei Allergie oder Resistenz auf die Erstlinientherapie):

- Fosfomycin p.o. 3 g (Einmaldosis) oder
- Norfloxacin p.o. 400 mg alle 12 h für 3 Tage oder
- Cefuroxim p.o. 500 mg alle 12 h für 3 Tage oder
- Amoxicillin/Clavulansäure (5) p.o. 500/125 mg alle 8 h für 3 Tage

Quelle: B. Hasse, SGAIM 2022 und mod. nach (1)

Linktipps

Infektinfo: Aktualisierte Empfindlichkeiten von Keimen gegenüber Antibiotika oder wirklich Antibiotika gegenüber Antibiotika?
<https://infect.info/>

SSI-Guidelines zur Behandlung von Infekten
<https://ssi.guidelines.ch/index/39>

Referenzen:

1. Altwegg O et al.: Akute Blasenentzündung – Behandlung ohne Antibiotika. *Prim Hosp Care Allg Med.* 2020;20(01):23-28.
2. Guidelines der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie (SSI): <https://ssi.guidelines.ch/guideline/2981/de>. Letzter Abruf: 5.8.22
3. Gágyor I et al.: Ibuprofen versus fosfomycin for uncomplicated urinary tract infection in women: randomised controlled trial. *BMJ.* 2015;h6544.
4. Vik I et al.: Ibuprofen versus pivmecillinam for uncomplicated urinary tract infection in women – a double-blind, randomized non-inferiority trial. Basu S, editor. *PLOS Medicine.* 2018;15(5):e1002569.
5. Kronenberg A et al.: Symptomatic treatment of uncomplicated lower urinary tract infections in the ambulatory setting: randomised, double blind trial. *BMJ.* 2017;10. 10.1136/bmj.j4784.
6. Moore M et al.: Uva-ursi extract and ibuprofen as alternative treatments for uncomplicated urinary tract infection in women (ATAFUTI): a factorial randomized trial. *Clinical Microbiology and Infection.* 2019;25(8):973-980.
7. Wagenlehner FM et al.: Non-Antibiotic Herbal Therapy (BNO 1045) versus Antibiotic Therapy (Fosfomycin Trometamol) for the Treatment of Acute Lower Uncomplicated Urinary Tract Infections in Women: A Double-Blind, Parallel-Group, Randomized, Multicentre, Non-Inferiority Phase III Trial. *Urol Int.* 2018;101(3):327-336.
8. Hooton TM et al.: Effect of increased daily water intake in premenopausal women with recurrent urinary tract infections: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2018;178(11):1509-1515.
9. Juthani-Mehta M et al.: Effect of cranberry capsules on bacteriuria plus pyuria among older women in nursing homes: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2016;316(18):1879-1887.
10. Fachinformation Uro-Vaxom®. swissmedinfo.ch. Letzter Abruf: 10.8.22
11. Huttner A et al.: Safety, immunogenicity, and preliminary clinical efficacy of a vaccine against extraintestinal pathogenic *Escherichia coli* in women with a history of recurrent urinary tract infection: a randomised, single-blind, placebo-controlled phase 1b trial. *Lancet Infect Dis.* 2017;17(5):528-537.