

Dr. Ariane von Krosigk

Lymphogranuloma venerum

Bei HIV/AIDS häufig nicht erkannt

In den letzten Jahren war ein auffälliger Anstieg klassischer Geschlechtskrankheiten wie Lues und Gonorrhoe im homosexuellen Patientenkollektiv zu beobachten. Seit 2003 nimmt nun auch eine bislang seltene Geschlechtskrankheit zu, das Lymphogranuloma venereum/inguinale. Aufgrund der vielfältigen klinischen Erscheinungsformen und der differentialdiagnostischen Schwierigkeiten sowie nicht zuletzt wegen des geringen Bekanntheitsgrades dieses Krankheitsbildes vergehen oft Monate bis zur Diagnosestellung.

Das Lymphogranuloma venereum (LGV) ist eigentlich eine in den Tropen und Subtropen endemisch vorkommende Geschlechtskrankheit, die bislang in westlichen Industrieländern nur sporadisch bei Reisenden aus Endemiegebieten gefunden wurde. Ausgelöst wird die Erkrankung durch Chlamydia trachomatis, ein obligat intrazellulär lebendes Gramnegatives Bakterium.

Serotypen

Chlamydia trachomatis kommt in 15 verschiedenen Serotypen vor, die unterschiedliche Erkrankungen verursachen:

Serotyp A-C: Trachom

Serotyp D-K: Okulogenitale Epithelinfektionen (hierzu zählt die häufigere und auch bekanntere Chlamydien-Urethritis/Zervizitis)

Serotypen L1-L3: Lymphogranuloma venereum. Die Serotypen L1-L3 sind invasiver als die übrigen Serotypen. Sie überwinden die Epithelschranke, heften sich u.a. an Lymphozyten und Monozyten und führen zu systemischen Begleitreaktionen (siehe Stadium 2).

Krankheitsstadien

Beim Lymphogranuloma venereum unterscheidet man drei Krankheitsstadien:

Primärläsion nach Inkubationszeit von 3-30 Tagen:

Meist schmerzlose Papel, die im weiteren Verlauf ulzerieren kann (Glans penis/Präputium/Penisstamm). Sonderform ist die akute Proktitis nach rezeptivem Analverkehr, hier klagen Patienten über schmerzhaften Stuhlverhalt und Abgang von Blut und Schleim, im weiteren Verlauf können auch Diarrhoen auftreten.

Stadium 2 (ca. 14 Tage nach Auftreten der Primärläsion): Entwicklung einer schmerzhaften einseitigen Lymphkno-

tenschwellung, ggf. Perforation. Häufig Verschlechterung des Allgemeinzustandes mit Fieber, Muskel und Gelenkschmerzen, ggf. meningeale Reizung.

Stadium 3 (nach Monaten bis Jahren): Entwicklung einer Elephantiasis genitoanorektalis ulzerosa mit Strikturen, Fibrosen und Verklebung der Lymphabflusswege sowie Fistelbildungen, die eine chirurgische Behandlung erforderlich machen.

Sonderform ist der anorektale Symptomenkomplex mit Entwicklung perianaler Wulstbildungen wie Hämorrhoiden oder Feigwarzen.

Diagnostik

Es gibt mehrere Möglichkeiten, Chlamydia trachomatis nachzuweisen. Goldstandard mit einer hohen Spezifität und der höchsten Sensitivität im Vergleich mit den anderen Verfahren ist die PCR (PCR/SDA/LCR/TMA), d.h. der direkte Nachweis von Nukleinsäuren. Dazu reicht ein trockener Abstrich mit einem Watteträger.

Die Kultur/Zytologie ergibt bis zu 20% falsch negative Ergebnisse, abhängig von vitalen, infektiösen Erregern. Beim direkten Nachweis von Antigen (DFA/ELISA) sind es bis zu 20% falsch positive Ergebnisse, u.a. durch Bakterienverunreinigungen. Der Hybridisierungstest hat eine nur begrenzte Sensitivität und der indirekte Nachweis mittels Antikörper ist nur bei systemischer Beteiligung positiv.

Therapie

Mittel der 1. Wahl ist Doxycyclin 200 mg über drei Wochen. Alternativen sind Erythromycin 4x 500 mg über drei Wochen oder Cotrim forte 2x täglich eine Tablette über drei Wochen oder Azi-

thromycin 1.000 mg einmal wöchentlich über drei Wochen.

Differentialdiagnosen beim Lymphogranuloma venereum

Bei erosiv-ulzerösen

Schleimhautveränderungen:

- Herpes simplex
- Luetischer Primärkomplex
- Weicher Schanker (Hämophilus Ducrei)
- Cytomegalie

Bei knotigen Veränderungen im Analbereich:

- Analvenenthrombose
- Hämorrhoiden
- Analcarcinom

Bei ulzerös-granulomtösen Veränderungen im Rektalbereich:

- M. Crohn
- Colitis ulcerosa

Fazit

Beim Auftreten von anogenitalen oder oralen Ulzerationen, einer Proktitis oder auch isolierter Lymphknotenschwellungen sollte man insbesondere bei HIV-Infizierten homosexuellen Patienten auch an das Lymphogranuloma venereum denken. Der Nachweis der Chlamydien-Infektionen kann dabei mittels PCR schnell und zuverlässig durchgeführt werden. Therapie der ersten Wahl ist Doxycyclin 200 mg/d über drei Wochen.

Kasuistik

Ulcerierende Proktitis – Fehldiagnose M. Crohn

Ein 64-jähriger homosexueller Mann mit HIV-Infektion CDC B3 stellte sich wegen eines neu aufgetretenen, leicht schmerzhaften Knoten bei einem Proktologen vor, der eine Analvenenthrombose diagnostizierte. Aufgrund der persistierenden Veränderung wurde im weiteren Verlauf unter dem Verdacht einer Neoplasie eine Proctobiopsie entnommen, die histologisch eine floride, teils eitrig einschmelzende Entzündungsreaktion ohne Hinweis auf Malignität zeigte. Da sich im Bereich der Entnahmestelle eine Fistel gebildet hatte, erfolgte eine chirurgische Sanierung der Region. Immer wieder klagte der Patient über ein „Druck- und Inkontinenzgefühl“ sowie Abgang von viel Schleim. In einer erneuten proktologischen Untersuchung zeigten sich nun Hämorrhoiden I-II Grades, wegen der auffälligen Schleimansammlung wurde eine Koloskopie empfohlen. In der Koloskopie wurde eine Proktitis ulcerosa mit Befall des gesamten Rektums beschrieben (Abb.1). Die Histologie zeigte eine Proktitis mit ulzerösen und granulomatösen Veränderungen, wie bei M. Crohn. Der Patient erhielt eine Behandlung mit Claversal, worunter eine leichte Besserung der Beschwerden auftrat. Im weiteren Verlauf erfolgte die Vorstellung in unserer Einrichtung. Mit Hilfe eines Watteträgers wurde ein Abstrich aus dem Analkanal entnommen. Mittels molekularbiologischer Untersuchungsmethoden wurde Chlamydia trachomatis Serotyp L2 nachgewiesen. Unter einer dreiwöchigen Behandlung mit Doxycyclin 200 mg/d verschwanden alle Symptome, es kam zur kompletten Abheilung.

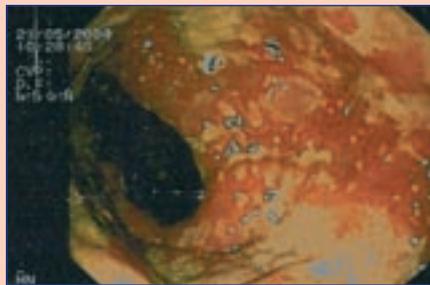


Abb. 1: Proctitis ulcerosa

Kasuistik

Ulcus am Penis – Fehldiagnose Herpes

Ein 38-jähriger Patient mit einer HIV-Infektion CDC A2 stellte sich mit einer seit 2 Wochen bestehenden Ulzeration am Penisstamm (siehe Abb. 2) vor. Gleichzeitig bestand eine einseitige schmerzhafte Lymphknotenschwellung. Die Luesserologie war negativ. Der Patient wurde zunächst unter dem Verdacht einer Herpes-Infektion ohne durchschlagenden Erfolg mit Aciclovir-Creme behandelt. Mittels Abstrich und PCR konnte dann auch hier Chlamydia trachomatis Serovar L2 nachgewiesen werden. Unter dreiwöchiger Behandlung mit Doxycyclin 200 mg/d erfolgte eine vollständige Abheilung.



Abb. 2: Uceration am Penisstamm

Dr. Ariane von Krosigk, Karlsplatz (Stachus) 8, 80335 München

LGV bitte ans RKI melden

Bitte teilen Sie dem Robert Koch-Institut Fälle von **Lymphogranuloma venerum** getrennt nach Verdachts- und bestätigten Fällen – Anzahl, Zeitraum (Monat), Geschlecht und Betroffenengruppe – am besten per Fax mit Absenderangabe, an folgende Faxnummer mit: **0 18 88 - 754 35 35**

LVG-Epidemiologie in Europa

Seit Ende 2003 wird in Europa und den USA ein Anstieg des Lymphogranuloma venerum (LVG) beobachtet. Betroffen sind in erster Linie homosexuelle Männer, die häufigste Manifestation ist die hämorrhagische Proktitis. Viele haben gleichzeitig weitere sexuell übertragbare Erkrankungen wie Gonorrhoe, Lues, Herpes usw.

Versuche, der Ausbreitung von LVG durch die Untersuchung von Kontaktpersonen entgegen zu wirken, erwiesen sich als wenig effektiv. Die meisten Betroffenen hatten viele anonyme Kontakte. Daraufhin wurde in England eine verstärkte infektions-epidemiologische Surveillance initiiert und bis Mitte 2005 wurden 34 Fälle gesichert, wobei bei einigen Fällen neben der rektalen Infektion auch eine Urethritis bestand. In Holland wurden bis Ende 2004 92 Fälle gemeldet, in Frankreich bis Mitte 2004 103 Fälle und in den USA bislang nur einige wenige in San Francisco und New York. In Deutschland lag die Zahl der gemeldeten Fälle Ende 2004 bei unter 30, die Dunkelziffer dürfte jedoch weitaus höher sein. ■

www.i-base.info 8.8.2005, Epidemiologisches Bulletin des Robert Koch-Instituts 8/2005

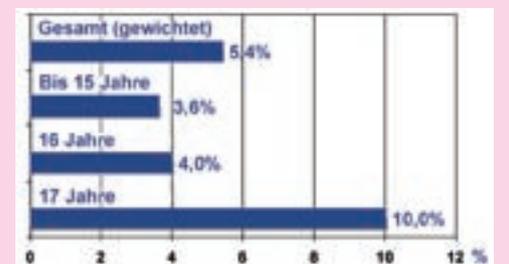
Chlamydieninfektion bei jungen Mädchen

Chlamydia trachomatis gilt als Hauptverursacher infektionsbedingter Sterilität. Die meisten Infizierten sind Mädchen und sehr junge Frauen, weil Chlamydien (in diesem Fall die Serotypen D-K) bevorzugt Oberflächen mit zylindrischem Epithel besiedeln. Aus diesem Grund haben die Berliner Ärztinnen der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau e.V. (ÄGGF) eine Untersuchung zur Prävalenz von Chlamydieninfektionen bei minderjährigen Mädchen initiiert.

Bei 5,4% von 266 Mädchen unter 21 Jahren war die Chlamydien-PCR des Zervixabstrichs positiv. Die Prävalenz stieg mit dem Alter an. Sie betrug bei den 15jährigen 3,6%, bei den 17jährigen 10%. Weitere Risikofaktoren waren ein früher Zeitpunkt des ersten Sexualverkehrs, eine geringe Schulbildung und mehr Sexualpartner. Bei mehr als 10 Partnern lag die Prävalenz bei 19%.

13% der Mädchen hatten beim „ersten Mal“ überhaupt nicht verhütet. Ein Kondom wurde in 65% der Fälle benutzt. Im weiteren Verlauf des Sexuallebens wurden Kondome dann aber nur wenig und unregelmäßig eingesetzt und lediglich die Hälfte der befragten minderjährigen Mädchen stimmte der Aussage zu, man solle immer Kondome benutzen. ■

Gille G et al.: Chlamydien eine heimliche Epidemie unter Jugendlichen. Dt. Ärzteblatt 2005; 102:A2201-2025



Prävalenz der Chlamydia-trachomatis-Infektion bezogen auf das Lebensalter (n=266)