Mykoplasmen bei prämenarchalen Kindern (eine vaginoskopische Studie)

J.		Hosmann ^a
W.		Grünberger ^a
J.		Söltz-Szöts ^b
Ch.		Poitschek ^c

^aI. Universitäts-Frauenklinik Wien (Vorstand: Prof. Dr. E. Gitsch); ^bLudwig-Boltzmann-Institut zur Erforschung infektiöser venerodermatologischer Erkrankungen (Leiter: Prof. Dr. J. Söltz-Szöts) an der II. Universitäts-Hautklinik Wien (Vorstand: Prof. Dr. G. Niebauer); ^cMikrobiologisches Labor an der II. Universitäts-Hautklinik Wien (Vorstand: Prof. Dr. G. Niebauer)

Dr. J. Hosmann, I. Universitäts-Frauenklinik Wien, Spitalgasse 23, A-1090 Wien (Österreich)

Bei einer von W. Grünberger und Mitarbeitern erstellten Auflistung von Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, aus der 1978 gegründeten Spezialambulanz, zeigt sich, daß bei Patientinnen im Alter von 1 bis 15 Jahren entzündliche Genitalerkrankungen mit Abstand am häufigsten vertreten sind. Bei 1000 untersuchten Kindern finden sich in 43% eine Vulvovaginitis mit oder ohne Fluor.

Zahlreiche Studien der letzten Jahre haben neben aeroben Keimen auch eine ursächliche Bedeutung der anaeroben Bakterien nachgewiesen. Auch das im vaginalen Pool vorhandene Wechselspiel zwischen Qualität und Quantität ist für Entzündung und Fluor verantwortlich. Chlamydien, gram-negative Keime mit viralem Verhalten, stellen eine im Erwachsenenalter gut untersuchte Keimgruppe dar. Ihr Vorhandensein kann für die Entstehung entzündlicher Adnexerkrankungen verantwortlich gemacht werden, wobei in etwa 1/2 aller untersuchten Fälle diese Keime nachweisbar sind. Auswärtige Studien weisen auch bei Kindern das Vorhandensein, die Verteilung und Serologie von Chlamydien nach. Mykoplasmen, bei Erwachsenen zum Teil weit verbreitete anaerobe Keime, stellen eine bislang bei Kindern nicht untersuchte Erregergruppe dar.

Um das Keimspektrum von Chlamydien bzw. das Vorhandensein von Mykoplasmen bei Kindern und Jugendlichen unserer Spezialambulanz zu überprüfen, haben wir in den letzten 6 Monaten die vorliegende aufwendige Untersuchung durchgeführt. Bei insgesamt 35 prämenarchalen Kindern im Alter von 2 bis 14 Jahren wurde unter sterilen Kautelen über das Vaginoskop Sekret aus Cervix, Fornix und Urethra gewonnen. Bei 27 kleinen Patientinnen war die Einweisungsdiagnose bislang unbehandelter Fluor vaginalis mit oder ohne Entzündungszeichen. 8 Mädchen dienten als Kontrollgruppe. In sämtlichen Fällen handelte es sich um intakte Virgines.

Sofort nach der Sekretabnahme wurden Spezialtransportmedien zur weiteren Auswertung für Chlamydien und Mykoplasmen beschickt. Eine Blutabnahme für die Chlamydienserologie wurde angeschlossen. Die übrige Erregerauswertung erfolgte, nach einem Zwischen-

Freie Vorträge, Gynäkologie

transport im Port-A-Cul Medium, durch Ausstreichen auf Spezialnährböden im Labor. Das aerobe Keimergebnis lag nach 48 Stunden, das anaerobe Ergebnis nach 5 Tagen kulturell vor. Die von uns bei Virgines erstmals untersuchten Mykoplasmen, konnten in mehr als 5% der Fälle nachgewiesen werden. In beiden Fällen lagen genitale Infekte vor. Einmal fand sich eine für eine 10-jährige Patientin besonders seltene Adnexitis, bei einer anderen Patientin eine Vulvovaginitis. Ohne den hier erbrachten Mykoplasmenachweis wäre eine nicht zielführende Lokalbehandlung durchgeführt worden.

Ein Nachweis von Chlamydien konnte, wie auch von anderen Autoren berichtet, bei dem von uns untersuchten kleinen Kollektiv von Schulpflichtigen nicht erbracht werden. Die durchgeführte serologische Antikörperbestimmung war ebenfalls negativ. Bei den aeroben und anaeroben Keimen fanden wir am häufigsten Staphylokokken und Corynebakterien. Von den Problemkeimen – im Fornix vaginae gefunden – imponierten *Escherichia coli*, *Proteus*, wobei in diesem Fall das 11-jährige Kind keinen Fluor zeigte, *Neisseria Gonorrhoeae* und *Candida albicans*. Interessant war der niedrige Anteil von nachweisbarem *Lactobacillus acidophilus*, ein Zeichen veränderter vaginaler Verhältnisse bei Entzündung. Bei der Aufschlüsselung in den gram-positiven und gram-negativen Bereich finden sich alle diese Problemkeime im gram-negativen Sektor. Die Behandlung unseres Patientenkollektivs erfolgte vorwiegend lokal durch Instillation entsprechender antibiotischer Salben. Die systemische Behandlung war bei Mykoplasmenbefall, sowie bei Vorliegen von Gonorrhoe indiziert.

Da in keinem Fall eine Chlamydieninfektion vorlag, könnten diese Ergebnisse implizieren, daß bei sexuell inaktiven Patientinnen auf die beschriebenen aufwendigen Untersuchungen verzichtet werden kann. Die von uns nachgewiesenen Fälle von Mykoplasmen, Gonorrhoe und *Candida albicans* bei Virgines im Kindesalter bestätigen jedoch, daß auch ohne Kohabitationen spezifische Infekte gesetzt werden können. Prinzipiell muß daher in jedem Fall die Sekretabnahme aus dem Fornix vaginae gefordert werden, da insuffiziente Abnahmetechniken falsche Befunde erbringen und inadäquate Therapiemaßnahmen nach sich ziehen.

Literatur

Gerstner, G. J.; Grünberger, W., Boschitsch, E.; Rotter, M.: Vaginal Organisms in Prepubertal Children with and Without Vulvovaginitis. Arch. Gynecol. 231: 247–252 (1982).

Ingram, D. L.; Runyan, D. K.; Collins, A. D.; White, S. T.; Durfee, M. F.; Pearson, A. W.;

Occhiuti, A. R.: Vaginal Chlamydia trachomatis infection in children with sexual contact.

Pediatr. Infect. Dis., 3: 97–9 (1984).

Hammerschlag, M. R.; Doraiswamy, B.; Alexander, E. R.; Cox, P.; Price, W.; Gleyzer, A.: Are rectogenital chlamydial infections a marker of sexual abuse in children? Pediatr. Infect. Dis., 3: 100–4 (1984).

Bump

R. C.: Chlamydia trachomatis as a cause of prepubertal vaginitis. Obstet. Gynecol. 65: 384–8 (1985).