Aszites bei Chlamydieninfektion: Eine ungewöhnliche Verlaufsform

M.		Bayr
A.		Kainhofer
A.		Bichler

Gyn.-Geburtshilf. Abt., LKH Bad Ischl (Vorstand: Prof. Dr. A. Bichler)

Dr. M. Bayr, Gyn.-Geburtshilf. Abteilung des Landeskrankenhauses Bad Ischl, Dr.-Mayer-Straße 8, A-4820 Bad Ischl

Fallbericht:

Eine 30jährige Lehrerin gelangte wegen diffuser Unterbauchschmerzen, Zunahme des Bauchumfanges sowie allgemeinem Krankheitsgefühl mit der Zuweisungsdiagnose „Aszi-tes“ zur stationären Aufnahme. Die Sexualanamnese war völlig unauffällig, auch sonst waren keine schweren Vorerkrankungen angegeben worden.

Die gynäkologische Aufnahmeuntersuchung bestätigte das Vorliegen eines Aszites bei sonst unauffälligem vaginalen und rektalen Tastbefund. Die Aszitesmenge wurde sonogra-phisch auf 2 Liter geschätzt. Im Vaginalsekret fanden sich keine wesentlichen Zeichen von Entzündung, ein Chlamydienabstrich aus dem CK mittels Immunfluoreszenztechnik war negativ, ein zytologischer Abstrich der Portio ergab einen PAP II. Auffallende Laborwerte waren eine erhöhte Blutsenkung von 25/60 und eine Thrombozytose von 609.000 bei sonst unauffälligem Blutbild sowie normale Leber-, Nieren- und Gerinnungsparameter. Die Aszitespunktion zeigte im zytologischen Ausstrich ein polymorphes, zellreiches Exsudat, das vom Pathologen als vermutlich entzündlicher Aszites interpretiert wurde, maligne Zellen waren keine vorhanden.

Eine bakterielle Kultur des Punktats war steril, eine Ziehl-Nielsen-Färbung negativ.

Neben einer entzündlichen Genese wurden differentialdiagnostisch mögliche andere Ursachen der Aszitesbildung in Betracht gezogen und durch entsprechende Untersuchungen abgeklärt: eine Lebererkrankung war aufgrund normaler Leberfunktions- und Gerinnungsparameter sowie einem unauffälligen Oberbauchsonogramm ausgeschlossen, ebenso ein neoplastischer Prozeß auf Grund negativer Zytologie, negativer endoskopischer sowie radiologischer Untersuchungen.

Eine Sternalpunktion zeigte keine malignen Zellen aber

Freie Vorträge (Gynäkologie)

221

wiederum Hinweise auf ein infektiös-toxisches Geschehen. Seltene Aszitesursachen, wie Pfortaderthrombose beziehungsweise Thrombose der Vena cava inferior wurden durch eine negative Splenoportographie beziehungsweise Cavogramm ausgeschlossen.

Die weitere Diagnostik konzentrierte sich auf die infektiöse Ursache des Aszites und die weitere serologische Abklärung erbrachte mit einer hoch positiven Komplementbin-dungsreaktion auf Chlamydien den entscheidenden Hinweis auf eine frische Infektion mit Chlamydia trachomatis.

Ein nochmaliger Zellabstrich aus dem CK der Patientin ergab diesmal einen positiven direkten Nachweis von Chlamydien im Immunfluoreszenztest, ein Abstrich aus der Urethra des im übrigen asymptomatischen Partners ebenfalls hoch positiv. Eine daraufhin eingeleitete

antibiotische Therapie mit 2×100 mg Doxycyclin über 14 Tage mit Partnerbehandlung führte zu einer raschen Rückbildung des Aszites und Verschwinden der klinischen Symptomatik.

Abschließende Kontrollabstriche 6 Monate später waren bei beiden Partnern negativ, die Patientin und ihr Partner klinisch symptomfrei.

Aufgrund der Befunde, des Verlaufs und des prompten Ansprechens auf die antibiotische Therapie scheint der Beweis von Chlamydia trachomatis als mögliche Ursache der Aszitesbildung gegeben. Bei Frauen im geschlechtsreifem Alter mit unklarer Aszitesbildung sollte daher eine atypische Chlamydieninfektion differentialdiagnostisch in Erwägung gezogen werden.

Die genitale Chlamydieninfektion gilt derzeit als die häufigste sexuell übertragbare Krankheit in den westlichen Ländern. Die klinische Symptomatik bei der Frau variiert zwischen völlig asymptomatischen Patientinnen sowie Patientinnen mit zervikalem Fluor, Urethritis, Endometritis und Salpingitis unterschiedlichsten Schweregrades. Darüber hinaus gibt es vereinzelt Berichte von atypischen, zum Teil sehr schwer verlaufenden Infektionen mit Peritonitis, Perihepatitis und Aszitesbildung bei denen Chlamydia trachomatis als ursächliches Agens angesehen wird. Die folgende Kasuistik berichtet über einen Fall einer Chlamydieninfektion mit Aszitesbildung und die differentialdiagnostischen Überlegungen, die schließlich zur Diagnose führten.

Literatur:

Haight, J. B.; Ockner, S. A.: Chlamydia trachomatis perihepatitis with ascites. Am. J. Gastroent., 83: 323–325 (1988). Marbet, U. A.; Stalder, G. A.; Vögtlin, J.; Loosli, J.; Frei, A.; Althaus, B.; Gyr, K.:

Diffuse peritonitis and chronic ascites due to infection with chlamydia trachomatis without liver disease: New presentation of the Fitz-Hugh-Curtis Syndrome. Br. Med. J. (Clin. Res.), 293: 5–6 (1986). Müller-Schoop, J. N.; Wang, S. P.; Munzinger, J.: Chlamydia trachomatis as possible cause

of peritonitis and perihepatitis in young women. Br. Med. J., /: 1022–1024 (1978). Shabot, J. M.: Chlamydia trachomatis and ascites: going with the flow? Hepatology, 9: 505–506 (1989).