

# Trichomoniasis – eine Krankheit, die viele Fragen aufwirft

**Klaus Günterberg**

**Der Gynäkologe**

ISSN 0017-5994

Gynäkologe

DOI 10.1007/s00129-019-4489-4



**Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at [link.springer.com](http://link.springer.com)".**

Gynäkologie

<https://doi.org/10.1007/s00129-019-4489-4>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019



Klaus Günterberg

Berlin, Deutschland

# Trichomoniasis – eine Krankheit, die viele Fragen aufwirft

## Die Übertragung ausschließlich sexuell?

### Leserbrief zu

Hof H (2018) Trichomoniasis – wer kennt sie überhaupt noch? Gynäkologie 51:1071–1078. <https://doi.org/10.1007/s00129-018-4357-7>  
 Erwiderung: Hof H Die Trichomoniasis ist in der Tat gar nicht so selten! Gynäkologie <https://doi.org/10.1007/s00129-019-4491-x>.

Die Trichomoniasis endet weder tödlich noch führt sie zu schwerer körperlicher oder geistiger Behinderung; wohl deshalb ist die gynäkologische weitere Erforschung dieser Krankheit in den letzten Jahrzehnten vernachlässigt worden. Prof. Hof bringt in seinen Artikel umfangreiche eigene Erfahrungen als erfahrener Mikrobiologe ein. Dafür möchte ich ihm ausdrücklich danken. Die gynäkologische Fachliteratur zitiert er exakt; ich habe jedoch den Eindruck, dass dort über Jahre und Jahrzehnte mangels eigener Untersuchungen zur Trichomoniasis immer und immer wieder nur aus früheren Veröffentlichungen zitiert wurde. Das erinnert mich an das allen bekannte Kinderspiel „Stille Post“, bei dem ein Satz nach ständiger Weitergabe am Ende völlig anders lautet. So kann in der Wissenschaft ein ursprünglich als mutmaßlich formulierter Zusammenhang letztlich zur unumstößlichen Gewissheit werden; Wissenschaft aber lebt vom Zweifel. Meine Erfahrungen als langjährig niedergelassener Gynäkologe, der die Trichomoniasis oft sieht, widersprechen manchem, was zur Klinik dieser Erkrankung geschrieben wurde, manche Behauptungen muss ich bezweifeln, viele Fragen sind wohl (noch) offen.

### Die sexuelle Übertragbarkeit

Die Trichomoniasis ist eine von vielen Ursachen einer Kolpitis, betrifft überwiegend die Vagina – da liegt eine sexuelle Übertragung natürlich nahe. Manche Autoren schreiben sogar von ausschließlich sexueller Übertragung, man stuft die Trichomoniasis auch in die Gruppe der Geschlechtskrankheiten ein. Ich höre aber von Patientinnen mit Trichomoniasis – glaubhaft – immer wieder: „Ich habe doch aber seit Jahren keinen Geschlechtsverkehr gehabt!“. Ich sah auch mehrfach sehr junge Frauen, Virgo intacta, ebenfalls mit einer Trichomoniasis. Da muss ich die immer wiederholte These von der *ausschließlichen* sexuellen Übertragung bezweifeln. Wo man von anderer Seite über „*überwiegend*“ sexuelle Übertragung schreibt, wird damit eingeräumt, dass es auch andere Übertragungswege geben muss. Mir erscheinen da die genannten nassen Handtücher als Übertragungswege allerdings sehr abwegig. Ganz im Gegenteil: Gewöhnlich betreiben Patientinnen mit rezidivierendem Fluor bzw. Kolpitis eine überaus gründliche Hygiene, auch im Umgang mit Toiletten, Waschlappen und Handtüchern. Es muss m. E. für die Übertragung der Trichomonaden auch andere Wege geben.

Prof. Hof zeigt eine Grafik (Abb. 3), der man eine deutliche Abnahme sexuell übertragbarer Infektionen (*Chlamydia trachomatis* und *Neisseria gonorrhoeae*) mit dem Lebensalter entnimmt, vermutlich infolge abnehmender Häufigkeit des Partnerwechsels. Das müsste eigentlich auch für andere Geschlechtskrankheiten gelten. Man sieht aber eine Zunahme von

*Trichomonas (T.) vaginalis* – was nun wiederum *gegen* eine sexuelle Übertragung spricht.

Ich sehe auch immer wieder Frauen nach einer Trichomoniasis, verheiratet bzw. in Partnerschaft lebend, die nach ihrer Behandlung, ohne Partnermitbehandlung, gesund sind und gesund bleiben. Eine Immunität nach einer Trichomoniasis ist aber nie postuliert worden. Im Gegenteil: Andere Fälle mit rezidivierender Trichomoniasis sprechen sehr dagegen, lassen eher Neuerkrankungen vermuten. Wo ohne Partnerbehandlung die Frau nach der Therapie gesund bleibt, lässt auch das an der sexuellen Übertragung zweifeln, muss auch eine Forderung, *immer* auch den Partner mit zu behandeln, hinterfragt werden.

Wenn ich an die eingangs genannten Fälle ohne Sexualkontakt denke, scheint mir auch die genannte Inkubationszeit von 4–23 Tagen nicht nachvollziehbar. Wann und wo und wie hat man das je valide nachprüfbar bewiesen? Wollte man, die sexuelle Übertragbarkeit vorausgesetzt, die Inkubationszeit bei Trichomoniasis wissenschaftlich sicher klären, müssten vorher nachweislich gesunde Frauen nach einmaligem Sexualverkehr an Trichomoniasis erkrankt sein, müsste auch die Trichomoniasis der Partner nachgewiesen werden – ein Nachweis, der wissenschaftlich exakt wohl kaum zu erbringen ist.

Viele Menschen lesen heutzutage zu ihren Krankheiten auch im Internet nach. Der dort immer wieder zu findende Hinweis auf die sexuelle Übertragung der Trichomoniasis hat manche Patientin dazu gebracht, ihren Mann zum Urologen zu schicken. Von urologischer Seite wird

auch eine Trichomoniasis der Harnröhre, der Harnblase und der Prostata beschrieben. Ausnahmslos wurde mir von meinen Patientinnen aber berichtet, dass die Abstriche von der Vorhaut und aus der Urethra der Partner Trichomonaden nie nachgewiesen hätten.

Die Abb. 1 der o. g. Publikation zeigt die Pathogenese von *T. vaginalis* am Vaginalepithel. Wo andere Übertragungswege infrage kommen, braucht es, wie etwa bei Plasmodien, den Erregern der Malaria, jedoch auch einen Lebenszyklus der Erreger, der das Eindringen, den Weg im Körper und die Vermehrung der Erreger zeigt. Das gilt auch für die Infektion des Mannes. Mir scheint da der Weg der Trichomonaden nach dem Sexualkontakt sowohl durch das Plattenepithel des Penis als auch von unten außen nach oben innen, in und durch die männliche Harnröhre, in Blase und Prostata, entgegen der Ejakulation und dem Harnstrahl, nicht so recht nachvollziehbar. Ist eine Trichomoniasis der männlichen Harn- und Geschlechtsorgane mit den heute verfügbaren Methoden (Trichomonas-DNA) jemals zweifelsfrei nachgewiesen worden?

Die Übertragungswege anderer Protozoen sind sehr unterschiedlich: Leishmanien, Trypanosomen und Plasmodien werden durch Mücken übertragen, *Toxoplasma gondii*, so die gynäkologische Fachliteratur, wohl durch Katzenkot, rohes Fleisch und Erde, *Entamoeba histolytica* durch verunreinigtes Trinkwasser; stets erfolgt die Infektion durch blutsaugende Insekten oder per os. Vielleicht gibt es diese Wege auch bei der Trichomonas vaginalis? Hat man das jemals untersucht?

## Die Diagnostik

Trichomonaden sind mikroskopisch leicht zu erkennen, ich sehe sie klinisch und mikroskopisch regelmäßig. Über Jahre hinweg habe ich aber weder eine Zu- noch eine Abnahme bemerkt, allerdings habe ich den Eindruck jahreszeitlicher Schwankungen.

Ich stehe inzwischen im 50. Berufs-jahr und kenne noch Zeiten, in denen Fluor und Kolpitis (ein Mikroskop im Sprechzimmer stand nicht zur Verfügung) ausschließlich nach Blick-

diagnostik behandelt wurden. Heute, mit dem Mikroskop im Sprechzimmer, zeigt sich aber, dass Farbe, Menge, Konsistenz (flüssig, schaumig oder bröcklig) oder Geruch des Fluors weder für die Trichomoniasis noch für andere Erreger pathognomonisch sind. Das gilt auch für die Kolpitis macularis und die Dyspareunie. Das Bild einer Kolpitis macularis sieht man bei vielen Scheidenentzündungen, häufig auch bei der hormonell verursachten Kolpitis atrophicans im Klimakterium und im Senium. Auch eine Dyspareunie ist nicht hinweisend, sie findet sich bei vielen Formen der Kolpitis, hat oft auch gänzlich andere Ursachen.

Ebenso die Dysurie der Frau. Sie kann sowohl von einer Zystitis wie auch von einer Kolpitis verursacht sein; wo die gynäkologische Untersuchung eventuell eine Dolenz der Blase zeigt, wo sich keine Kolpitis mit zweifelsfreiem Erregernachweis findet, gehört auch die Urindiagnostik unverzichtbar zur Diagnostik.

Den Transport des üblichen mikrobiologischen Abstrichs zum Erregernachweis im Labor überstehen Trichomonaden, worauf Prof. Hof völlig zu Recht hinweist, nicht; man erfährt dann bestenfalls etwas über eine Begleitflora. Da stellen die genannten molekularbiologischen Verfahren zum Nachweis von Trichomonas-DNA sicher Fortschritte in der Diagnostik der Trichomoniasis dar.

Für die Diagnostik von Fluor und/oder einer Kolpitis ist heutzutage die unmittelbare mikroskopische Beurteilung des noch warmen, gefärbten und ungefärbten Vaginalsekrets, möglichst auch mittels Phasenkontrastmikroskopie, durch den Gynäkologen unverzichtbar. Unsere Patienten erwarten bei diesem Krankheitsbild *sofortige* Hilfe. Da gilt für die Ambulanz: ohne Mikroskop keine Diagnose einer Trichomoniasis. Und: ohne Mikroskop keine qualifizierte Fluordiagnostik und -therapie-, womit allerdings nichts gegen eine weitergehende Diagnostik gesagt ist.

## Die Therapie

Zunächst kann bei der Kolpitis jeglicher Genese, nach Entnahme der erforderli-

chen Abstriche, die Entfernung entzündlicher Beläge im Rahmen der gynäkologischen Untersuchung und die anschließende Lokalbehandlung (Octenidin oder Povidon) den Heilungsprozess beschleunigen und den Therapieerfolg verbessern. Zur weiteren intravaginalen Lokaltherapie der nächsten Tage kommen bei der Trichomoniasis neben Metronidazol (u. a. CT Arzneimittel, Berlin, Deutschland) oft auch unspezifische Präparate (Octenidin, Policresulen bzw. Povidon) zum Einsatz, bei leichten Fällen auch zur alleinigen Therapie, meist jedoch in Kombination mit der systemischen Behandlung.

Die im genannten Artikel genannte systemische Einmaltherapie der Trichomoniasis mit 2 g Metronidazol versagt nach meiner Erfahrung regelmäßig. In der gynäkologischen Fachliteratur wird gewöhnlich auch eine systemische Therapie über mehrere Tage empfohlen. Ich behandle deshalb die Trichomoniasis inzwischen systemisch mit 4 × 400 mg Metronidazol (alle 6 h [!]) über 3–4 Tage, meist in Kombination mit Metronidazol vaginal. Allerdings ist Metronidazol im ersten Trimenon der Schwangerschaft und während der Laktation kontraindiziert, auch gibt es relativ oft Unverträglichkeiten. Bei bekannter Metronidazolallergie oder einem Therapieversagen (oder nach eventueller mehrfacher Reinfektion?) kommt Tinidazol (früher unter dem Namen Simplotan, heute unter den Namen Fasigyn [Pfizer, Sandwich, UK], Fasigyne und Tinidazole im Handel), einmalig 2 g, zum Einsatz. Der Leidensdruck der Patienten bei rezidivierender Trichomoniasis ist so hoch, dass sie Wege finden, meine Verordnung (Privatrezept) in den benachbarten EU (Europäische Union)-Staaten einzulösen. Die Verträglichkeit von Metronidazol und von Tinidazol sowie die Compliance werden verbessert, wenn auf eine sehr verstärkte Trinkmenge hingewiesen wird.

Sofern, trotz meiner Zweifel an der sexuellen Übertragung, eine Partnerbehandlung sinnvoll erscheint oder gewünscht wird, erhält der Mann Metronidazol 3 × 800 mg (!) pro Tag über 3 Tage bzw. auch einmalig Tinidazol 2 g.

## Die Prävention

Prof. Hof schreibt, wie man es in so vielen Veröffentlichungen liest, dass „*T. vaginalis* praktisch nur bei Geschlechtsverkehr übertragen“ würde. Ich muss das, wie oben begründet, bezweifeln. Aber dieses Postulat führt nach der Diagnose einer Trichomoniasis regelmäßig auch zu Konflikten in der Partnerschaft. Wenn ich bei einer Kolpitis frage: „Hat Ihr Partner Beschwerden?“ werden mir bei der Genitalmykose relativ oft Symptome einer Balanitis geschildert, bei der Trichomoniasis allerdings nie. Insofern muss ich auch bezweifeln, dass die Zirkumzision des Mannes bei der Trichomoniasis tatsächlich prophylaktisch wirkt. Bei Metronidazol gibt es relativ oft Arzneimittelunverträglichkeiten, insofern kann ich auch einer Empfehlung zu „periodischen Therapien von Risikopersonen mit Metronidazol“ nicht folgen. Wie oft, in welcher Dosierung, wie lange, wie viele Jahre oder Jahrzehnte sollten diese Personen eine solche Prophylaxe betreiben? Ihr Sexualverhalten werden sie wegen einer Trichomoniasis nicht ändern bzw. ihr Gewerbe deshalb nicht aufgeben. Da ist eine solche Empfehlung m. E. lebensfremd, zeugt bestenfalls von einer gewissen Ratlosigkeit der Autoren. Die von mir betreuten betreffenden Frauen bestehen da stattdessen auf den Gebrauch von Kondomen.

Ja, der Gebrauch von Kondomen zu Prophylaxe der verschiedenen STD (sexuell übertragbaren Erkrankungen) ist uneingeschränkt zu empfehlen. Aber auch während und nach einer Kolpistherapie ohne Behandlung des Partners (aus welchen Gründen auch immer) können Kondome helfen, Konflikte abzubauen, die sich aus sexueller Abstinenz ergeben.

Und schließlich bietet bei rezidivierender Kolpitis infolge sexueller Infektion, auch bei der Trichomoniasis, eine Immunstimulation mit Gynatren (Strathmann, Hamburg, Deutschland) Injektionssuspension i.m. (keine GKV[Gesetzliche Krankenversicherung]-Leistung) eine weitere Möglichkeit der Prophylaxe; ich habe damit sehr gute Erfahrungen gesammelt. Das Medikament sollte allerdings nur eingesetzt

werden, wenn die Frau klinisch und auch mikroskopisch gesund ist, anderenfalls verfehlt es seine Wirkung.

## Zusammenfassung

Das Vorkommen der Trichomoniasis bei Frauen ohne Sexualkontakt lässt Zweifel an der ausschließlichen sexuellen Übertragung dieser Krankheit aufkommen, lässt auch an der genannten Inkubationszeit zweifeln. Ferner erscheint die Infektion des Mannes nach einem Sexualkontakt, der Weg der Trichomonaden entgegen Ejakulation und Harnstrahl, aufsteigend bis zur Prostata, nicht plausibel. Die Übertragungswege anderer Protozoen lassen auch bei der Trichomoniasis, bei beiden Geschlechtern, (auch) andere Übertragungswege vermuten.

Klinische Symptome, wie das Erscheinungsbild von Fluor und/oder Kolpitis, wie Dyspareunie oder Dysurie, sind in keiner Weise pathognomonisch, sie finden sich auch bei vielen anderen gynäkologischen bzw. urologischen Erkrankungen. Zur schnellen und sicheren Diagnostik der Trichomoniasis bedarf es immer der unmittelbaren mikroskopischen Beurteilung eines vaginalabstriches durch den Gynäkologen.

Die Therapie ist durch eine häufige Unverträglichkeit von Metronidazol und die Beschaffung von Tinidazol zurzeit nur aus dem Ausland erschwert. Die Möglichkeiten einer Prophylaxe sind sehr begrenzt.

Die vielen Widersprüche des Krankheitsbildes bedürfen weitergehender Erforschung. Dabei stellen die von Prof. Hof genannten molekularbiologischen Verfahren Fortschritte in der Diagnostik dar und sollten unbedingt zur wissenschaftlichen Klärung der noch offenen Fragen genutzt werden.

## Korrespondenzadresse

**Dr. med. Klaus Günterberg**  
Hönow Str. 214, 12623 Berlin, Deutschland  
klaus-guenterberg@gmx.de

**Interessenkonflikt.** K. Günterberg versichert, dass kein Interessenkonflikt besteht. Er versichert insbesondere, dass er für diesen Beitrag keine Zuwendungen der Industrie erhalten hat.