

# Sexualmedizinische Betreuung von Risikopatientinnen

Bei der Betreuung von Patientinnen im Zusammenhang mit möglichen Komplikationen der Sexualität ist Fingerspitzengefühl gefragt. Vertrauen ist eine notwendige Bedingung, um über unangenehme Erfahrungen sprechen zu können. Die Patientin sollte die Gelegenheit zum Erzählen und dennoch genügend Raum zur Abgrenzung haben. Die gynäkologische Untersuchung soll keine erneute Grenzüberschreitung bedeuten. In diesem Artikel wird auf drei Gruppen von Frauen eingegangen, die aus unterschiedlichen Gründen besonders von den Risiken der Sexualität betroffen sind: Adoleszente, Immunsupprimierte und Opfer sexueller Gewalt.

## CHRISTINA SCHLATTER-GENTINETTA

Generell soll eine sexualmedizinische Untersuchung nur bei vorliegender Einwilligung erfolgen. Auch bewusstlose, nicht ansprechbare Frauen sollten nur gynäkologisch untersucht werden, wenn eine akute Gefährdungssituation besteht (z.B. starke vaginale Blutung). Ich bitte die Frau alleine hinein, ohne Mutter oder Partner. Wenn sie jedoch unter vier Augen wünscht, eine Begleitperson bei der Untersuchung dabeizuhaben, so wird dieser Bitte entsprochen. Ich biete den Frauen ein Tuch an und informiere vor jedem Untersuchungsschritt genau über Art und Ziel meiner Massnahme.

### HPV

80 Prozent aller Menschen kommen mit dem humanen Papillomavirus in Kontakt. Das Virus kann sich auch durch engen Hautkontakt im Intimbereich verbreiten, deshalb reduziert das Präservativ die Übertragung nur ungenügend. In den meisten

Fällen bietet die natürliche Immunität genügend Schutz. Nur in 30 Prozent kommt es zu – meist vorübergehenden – Zellveränderungen. Davon persistieren 10 Prozent über zwei Jahre. Die Sekundärprophylaxe des virusbedingten Zervixkarzinoms stützt sich auf die Zytologie aus der Transformationszone des Zervikalkanals kombiniert mit einer Kolposkopie. Hochgradige Veränderungen (highsquamous intraepithelial lesions: HSIL, *Abbildung 1*) müssen im Sinne einer Konisation therapiert werden. Niedriggradige Zellveränderungen (low squamous intraepithelial lesions: LSIL) werden erst bei einer Persistenz über zwei Jahre therapiert, sofern sie sich in dreibis sechsmoatlich durchgeführten Kontrollabstrichen nicht verändern und kolposkopisch gut beurteilbar sind. In Zweifelsfällen oder zur Beurteilung eines Therapieerfolgs kann eine Virusbestimmung mittels Gensonde hilfreich sein. Diese erübrigt sich jedoch bei bereits bekannten hochgradigen Veränderungen, welche fast immer durch High-Risk-Viren bedingt sind.

Immunsupprimierte (HIV, medikamentös induziert) Patientinnen sind besonders durch chronisch-persistierende HPV-Zellveränderungen gefährdet. In diesen Fällen muss auch die Vulva akribisch vulvoskopisch nach essigpositiven Keratosen abgesehen werden, da nicht nur das Zervixkarzinom, sondern auch Vaginal- und Vulvakarzinome gehäuft vorkommen (*Abbildung 2*).

## Merksätze

- Chlamydieninfektionen können schwere peritubäre Infektionen mit nachfolgender Sterilität verursachen. Ein frühzeitiger Therapiebeginn ist deshalb wichtig.
- Herpesviren können auch im asymptomatischen Stadium übertragen werden, die Gefahr lässt sich durch Präservative nur um rund 25 Prozent vermindern.
- Auch niedrig dosierte orale Ovulationshemmer reduzieren bei Adoleszenten möglicherweise die Knochendichte.
- Traumatisierte Patientinnen reagieren typischerweise emotional inadäquat – zum Beispiel scheinbar gleichgültig oder auch extrem unkooperativ.

© Alle Bilder Schlatter-Gehrmann

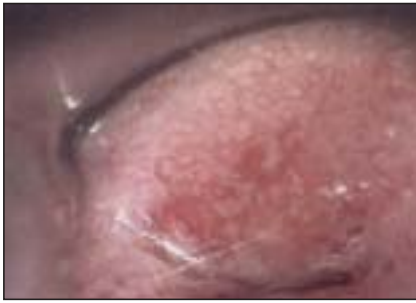


Abbildung 1: Mosaik in der Kolposkopie, entspricht einer HSIL-Läsion



Abbildung 2: Das diskrete Bild eines im Verlauf metastasierenden Vulvakarzinoms bei einer lungentransplantierten Patientin



Abbildung 3: Perihepatitis Fitz-Hugh-Curtis bei Chlamydieninfekt

Während lokale Therapien bei immunkompetenten Frauen eine gute Heilungsrate aufweisen, sind bei immunsupprimierten Patientinnen häufig wiederholte ablativ Therapien (Exzision, Laser) nötig, um Karzinome zu verhindern. Bei immunkompetenten Frauen ist es sinnvoll, Kondylome während der ersten Monate mit dem Immunmodulator Imiquimod zu behandeln. Mit der CO<sub>2</sub>-Lasertherapie soll sechs bis zwölf Monate gewartet werden, um die Rezidivgefahr zu senken.

### Chlamydien

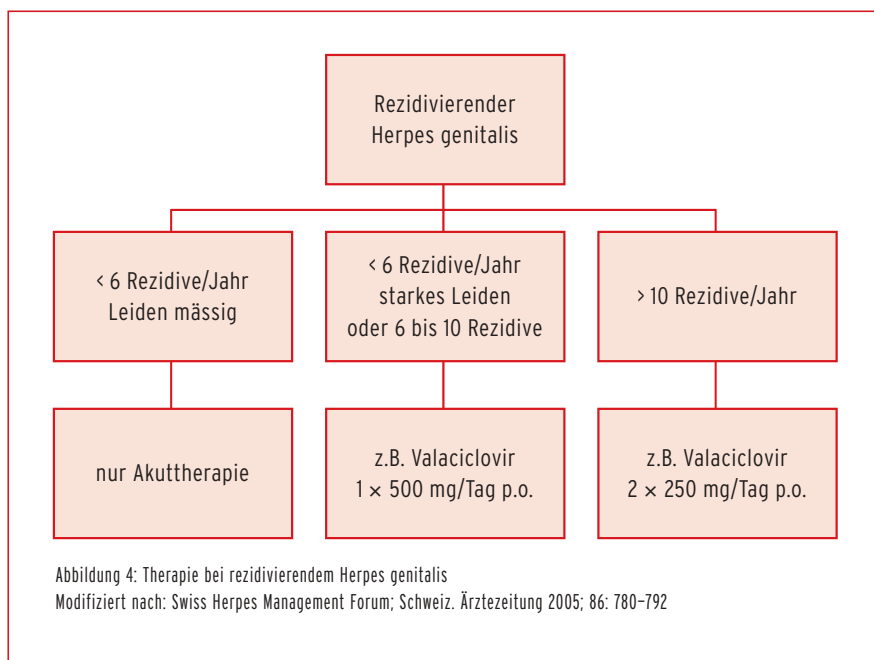
Vor allem junge Frauen zwischen 20 und 24 Jahren sind durch eine Chlamydieninfektion gefährdet, welche eine asymptomatische Zervizitis, aber auch eine Urethritis und eine ascendierende Infektion des inneren Genitales verursachen kann. Typische Symptome sind Unterbauchschmerzen und endometritisbedingte Metrorrhagien und Kontaktblutungen. Nicht selten leiden die Frauen zudem unter Oberbauchschmerzen, welche durch die assoziierte Perihepatitis erklärt werden (Abbildung 3). Fieber liegt nur in etwa der Hälfte der Fälle mit nachgewiesener Adnexitis vor. Obwohl die Beschwerden meist relativ gering ausgeprägt sind, können Chlamydieninfektionen schwere peritubäre Adhäsionen mit konsekutiver Sterilität verursachen. Die Erregerdiagnostik sollte schon bei geringem Verdacht durchgeführt werden, am besten mittels LCR- oder PCR-Gensonden aus Urin oder einem zellhaltigen Zervikalabstrich. Ein frühzeitiger Therapiebeginn ist zur Reduktion der Komplikationen entscheidend. Die CDC empfiehlt deshalb, junge Frauen mit dolentem Uterus oder Adnexen grosszügig antibiotisch zu therapieren, selbst wenn andere klinische Zeichen (Fieber, mukopurulenter Fluor, Leukorrhö im Nativ, serologische Infektzeichen) noch fehlen.

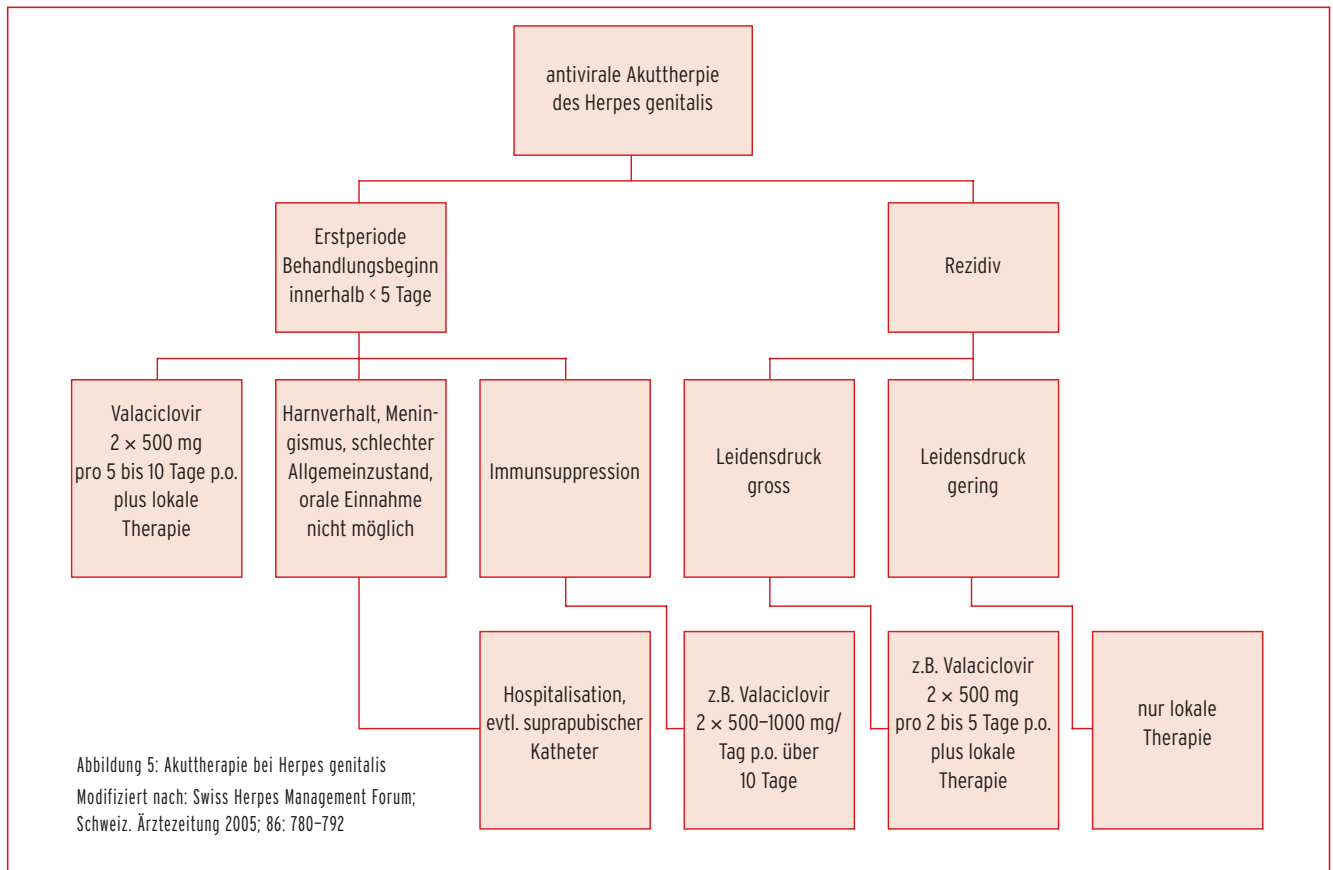
Zur Behandlung der asymptomatischen Zervizitis genügt eine Einmaldosis Azithromycin von 1 g, der ascendierende Infekt sollte mit Tetracyklinen (z.B.

Doxycyclin 2 × 100 mg) in Kombination mit einem Breitspektrumantibiotika (z.B. Amoxicillin/Clavulansäure) über 14 Tage therapiert werden. Wichtig ist zudem der Einbezug des Partners, welcher immer mitbehandelt werden muss. Auch über die Gefahr einer Ansteckung mit anderen sexuell übertragbaren Keimen (HIV, Hepatitis B und C) und die Möglichkeit eines entsprechenden Screenings muss informiert werden. Ein routinemässiges Screening auf Chlamydien bei asymptomatischen Frauen ist umstritten, wird jedoch von der CDC anlässlich der ersten Schwangerschaftskontrolle wegen möglicher Schädigungen des Feten empfohlen. Auch vor einer Abortkürrettage ist ein Screening zur Prophylaxe des ascendierenden Infekts sinnvoll.

### Herpes genitalis

Auch durch Herpes genitalis verursachte Infekte verlaufen nicht immer symptomatisch. Wenn Symptome vorliegen, so sind diese meist bei der Primärinfektion besonders ausgeprägt. Neben den typischen multiplen, zum Teil fibrinbelegten genitalen Ulzera besteht häufig eine Lymphadenopathie und ein reduzierter Allgemeinzustand.





Die Übertragung ist auch im asymptomatischen Stadium möglich und wird durch Präservative nur um zirka 25 Prozent reduziert. Der Nachweis gelingt in der Regel durch das typische Erscheinungsbild. Die Viren können jedoch in einem speziellen Virusträgermedium auch kulturell nachgewiesen werden. Ein frühzeitiger Behandlungsbeginn kann die Dauer der Symptome abkürzen, hat jedoch keinen Einfluss auf den Verlauf der Rezidive. Neben der virostatistischen Therapie, welche nach dem Schema in *Abbildung 5* durchgeführt wird, lindern supportive Massnahmen (NSAR, gerbende Sitzbäder, evtl. Clotrimazol-Cremepaste) den Leidensdruck.

Bei häufigen Rezidiven sollte eine Suppressionstherapie in Erwägung gezogen werden (*Abbildung 4*). Dadurch lassen sich Häufigkeit und Schweregrad der Herpesepisodes reduzieren. Zudem wird das Risiko der Transmission auf einen negativen Partner ungefähr auf die Hälfte gesenkt. Allerdings hat die Suppressionstherapie keinen Einfluss auf den natürlichen Verlauf der Krankheit.

### Schwangerschaftsverhütung in der Adoleszenz und nach Transplantation

Depotgestagene führen zu einer Abnahme der Knochendichte. Deswegen sind sie für die Antikonception während der Adoleszenz, in welcher normalerweise die totale Knochenmasse um zirka 50 Prozent zunimmt (1), kritisch zu beurteilen. Etwas weniger klar ist die Datenlage in Bezug auf die Auswirkungen kombinierter hormoneller Ovulationshemmer auf die Knochendichte. Neuere Daten weisen jedoch darauf hin, dass auch niedrig dosierte orale Ovulationshemmer (20 oder 30 µg EE) bei Adolescenten zu einer Abnahme der Knochendichte führen (2, 3).

Da andererseits eine zuverlässige Verhütung in der Adoleszenz wichtig ist, scheint mir der Einsatz der Antibabypille in dieser Altersgruppe nach wie vor gerechtfertigt. Zur Verminderung des negativen Knocheneffekts sollten 30-µg-EE-Präparate den sehr niedrig dosierten Pillen vorgezogen werden. Ich motiviere die jungen Frauen aber immer auch, nicht auf das Präservativ zu verzichten. In einer Lebensphase, in der die Geschlechtspartner häufiger wechseln, scheint mir dies unverzichtbar zur Infektophylaxe. Die Problematik der Osteoporose stellt sich auch bei transplantierten Frauen, die meist eine langjährige Steroidtherapie benötigen. Bei amenorrhöischen Patientinnen setze ich in Absprache mit dem Internisten auch hier oftmals Ovulationshemmer ein, die 30 bis 50 µg Ethinylestradiol enthalten. Vorsicht ist beim Einsatz von Drospirenon geboten, welches eine Hyperkaliämie begünstigen kann. In den ersten Wochen nach Beginn einer oralen Antikonception muss zudem auf die Interaktionen geachtet und insbesondere der Cyclosporinspiegel engmaschig kontrolliert werden. Aufgrund der erhöhten Infektgefahr sind Spirale und Implantate bei immunsupprimierten Patientinnen kontraindiziert.

### Sexuelle Gewalt

Frauen, die sexuelle Gewalt erlitten haben, bedürfen einer besonders sorgfältigen und geduldigen Untersuchung. Zur optimalen Spurensicherung ist eine amtsärztliche Untersuchung anzustreben. Aus unterschiedlichen Gründen kann es dennoch sein, dass die erste Untersuchung nach einem Sexualdelikt in der normalen Praxis stattfindet. Deshalb soll im Folgenden kurz darauf eingegangen werden.

Nicht selten kommt es vor, dass die traumatisierte Frau scheinbar völlig gleichgültig dasitzt, alles kommentarlos über sich ergehen lässt oder aber überhaupt nicht kooperativ ist. Manchmal löst ein solches Verhalten bei der Untersucherin selbst Aggressionen aus, die – unreflektiert – die Gefahr eines erneuten Übergriffs für die Patientin bedeuten. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, sich bewusst zu machen, dass traumatisierte Patientinnen typischerweise emotional inadäquat reagieren. Mangelnde Compliance bei der Untersuchung bedeutet also nicht unbedingt Unglaubwürdigkeit oder Interesselosigkeit, sondern ist eine oft beobachtete Reaktion nach einer Traumatisierung. Auch der unkooperativen, sich in Widersprüche verirrten Frau gegenüber sollte man also Offenheit und Interesse und vor allem Achtung entgegenbringen, um so einen günstigen Raum für die Erzählung der Patientin zu schaffen.

Die Untersuchung soll den ganzen Körper einbeziehen und kann bereits bei vollständiger Bekleidung begonnen werden (Sekretspuren und Verschmutzung im Haar, Gewaltspuren im Gesicht, an den Fingernägeln usw.). Die Bedeutung jedes Untersuchungsschritts muss vorgängig genau erklärt werden. Auf keinen Fall darf die Frau ohne ausführliche Einwilligung untersucht werden. Für die Spurensicherung stehen vollständige Untersuchungssets zur Verfügung. Meines Erachtens ist eine sorgfältige schriftliche Dokumentation der Befunde ebenso wertvoll, aber weniger traumatisierend wie Fotografien.

Befunde sollen sachlich beschrieben, jedoch nicht interpretiert werden (nicht: Würgemal, sondern: 2 cm breite oberflächliche Hautschürfungen mit punktförmigen Einblutungen zirkulär um den Hals; nicht: frische Defloration, sondern: am Hymen radiäre Einrisse bei 5 h und 7 h, bis an die Basis reichend, leicht blutend). Zervikalabstriche auf Gonokokken und Chlamydien sowie eine Hepatitis- und HIV-Serologie sind sinnvoll. Ebenfalls sollte eine Postexpositionsprophylaxe für HIV in Erwägung gezogen und bei fehlendem Konzeptionsschutz die «Pille danach» (Levonorgestrel [Norlevo Uno®] 1,5 mg) abgegeben werden. Auch Gewaltdelikte in Ehe und Partnerschaft kommen vor. Besonders Migrantinnen, deren Aufenthaltsberechtigung oftmals vom Zusammenleben mit dem Ehemann abhängig ist, schrecken jedoch vielfach davor zurück, diesen anzuzeigen. Sie sollten Informationen und Adressen zu Frauenhäusern und Beratungsstellen erhalten. ■

**Dr. med. Christina Schlatter-Gentinetta**  
**Universitätsspital Zürich, Klinik für Gynäkologie**  
**8091 Zürich**

Interessenkonflikte: keine

Diese Arbeit erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 16/2009.

Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autorin.