

Sexuell übertragbare Krankheiten 2012

Auf sexuellen Wegen übertragene Infektionskrankheiten gehen auch heute mit hoher Morbidität und Mortalität einher, führen zu Infertilität, werden auf Nachkommen übertragen und verursachen hohe Kosten. Dies sagte Prof. Stefan Lautenschlager, Chefarzt Dermatologisches Ambulatorium, Stadtspital Triemli, Zürich, in seinem Update 2012 zu diesem Thema.

Eine kürzlich publizierte Studie aus der Schweiz kam zum Schluss, dass Patienten gegenüber der Behandlung des Themas Geschlechtskrankheiten heute mehrheitlich aufgeschlossen sind, aber beim Arzt zu häufig erleben, dass entsprechende Fragen ausbleiben (1). «Dabei sollte die Sexualanamnese routinemässig integriert sein», betonte Prof. Lautenschlager. «Für eine Geschlechtskrankheit braucht es immer drei Personen. Zwei Personen sind in einer biologisch stabilen Situation, dann kommt ein dritte hinzu, und unsere Aufgabe ist es, aus epidemiologischen Gründen diese dritte Person ausfindig zu machen und wenn möglich ebenfalls zu behandeln.»

Viren

Unter den viralen Erregern kommt den Herpesviren grosse Bedeutung zu. Von etwa 100 bekannten Typen werden etwa 30 Typen sexuell übertragen. In der Schweiz tragen 20 Prozent der Erwachsenen Herpes genitalis Typ 2.

In Australien mit seiner guten Impfmoral wurden 70 Prozent gegen das humane Papillomvirus (HPV) geimpft, und die Resultate sprechen eine deutliche Sprache. In der Folge ist die Inzidenz der Condylomata acuminata bei geimpften Frauen um 90 Prozent zurückgegangen (2). Auch bei den – nicht geimpften – jungen Männern ist die Inzidenz eher überraschend ebenfalls rückläufig. Keine Reduktionen wurden hingegen bei den älteren, nicht geimpften Frauen und Männern sowie bei MSM (Männer die mit Männern Sex haben) registriert.

Oralverkehr ist im Zusammenhang mit Urethritiden als Risikofaktor bekannt. Nicht immer handelt es sich um eine Gonorrhö. Adenoviren können eine ausgeprägte Dysurie verursachen, mit typischerweise stark gerötetem Meatus urethrae, oft begleitet von einer ebenfalls ansteckenden Konjunktivitis. Mögliche Folgen sind auch Zervizitis, Vulvovaginitis und genitale Ulzera. An diese Erreger ist zu denken bei Leukozyten im Direktpräparat, fehlendem Erregernachweis und fehlendem Therapieansprechen.

Bakterielle Erreger

Bei chronischer Urethritis, Zervizitis oder Endometritis werden zunehmend Mykoplasmen dokumentiert, deren Übertragungsweg demjenigen von Chlamydia trachomatis ähnelt. Allerdings ist Mycoplasma genitalium kulturell extrem schwierig nachzuweisen, und es gibt keine kommerziell erhältlichen PCR-Tests. Praktisch wichtig ist, dass M. genitalium sehr oft gegen Doxycyclin (Vibramycin® oder Generika) resistent ist, aber auf Azithromycin anspricht. Als Therapie eignet sich somit Azythromycin (Zithromax® oder Generika) 500 mg am 1. Tag und 250 mg für weitere 4 Tage, Zweitlinientherapie ist Moxifloxacin (Avalox®), 400 mg/Tag für 7 bis 10 Tage. Nach 3 bis 4 Wochen sollte eine Kontrolle erfolgen.

Chlamydien sind generell mittels PCR aus dem Erststrahlurin nachzuweisen, die Kultur ist obsolet.

Gonorrhö

Die Gonorrhö zeigt in der Schweiz seit 1996 einen linearen Anstieg und erreichte letztes Jahr über 1400 gemeldete Fälle. Bei Gonokokkenurethritis ist der Beginn typischerweise abrupt mit eitrigem Ausfluss. Als charakteristisch erwähnte Prof. Lautenschlager geschwollene, druckdolente Tyson-Drüsen seitlich des Frenulums. Eine Gonokokkenproktitis kommt praktisch nur bei MSM vor und ist die häufigste Ursachen einer Proktitis. Mit dieser Gonokokkeninfektion besteht ein bis zu 9-fach erhöhtes HIV-Übertragungsrisiko. Bei der Frau zeigt die Infektion eine grössere Variation und verläuft in rund der Hälfte der Fälle asymptomatisch. Häufig sind multianatomische Infektionen mit Zervizitis, Urethritis und Proktitis. Charakteristisch ist eine Vulvitis mit deutlicher Rötung. Kein Test zeigt bei Gonokokkeninfektion eine 100-prozentige Sensitivität oder Spezifität. Das Direktpräparat versagt bei anorektalen oder pharyngealen Proben. Nukleinsäure-Amplifikationstests (NAAT) weisen eine hohe Sensitivität auf. Sie sollten beim Mann aus dem Erststrahlurin oder Urethralabstrich erfolgen, bei der Frau aus einem einfachen Vagi-

nal- ebenso gut wie aus einem Zervixabstrich. Bei Verdacht auf anale oder pharyngeale Infektion können neu- erdings NAAT zur Abklärung eingesetzt werden. Der Ent- nahmeort der Probe muss aber unbedingt dem Labor ebenfalls mitgeteilt werden, weil dann zwei unabhängige Tests durchgeführt werden, um falschpositive Ergebnisse zu vermeiden, wie Prof. Lautenschlager erwähnte. Heute bereiten bei den Gonokokken Resistenzen zunehmende Probleme. So sind beispielsweise in Zürich mehr als 60 Prozent der Isolate gegen Ciprofloxacin resistent. Azithromycin als alleinige Therapie wird nicht empfohlen. Als Erstlinientherapien eignen sich nur die Zephalosporine, wobei auch hier zunehmend Resistenzen auf perorale For- men registriert werden, sporadisch auch eine reduzierte Empfindlichkeit auf Ceftriaxon. Bei unkomplizierter Gono- kokkeninfektion empfehlen die Guidelines der Centers for Disease Control (CDC) und der International Union against Sexually Transmitted Infections (IUSTI) 2-mal 250 mg Ceftriaxon (Rocephin®) i.m. (3, 4), inzwischen raten die CDC aber zur Kombination mit 1 g Azithromycin per os (5), und die britischen nationalen Guidelines empfehlen 1-mal 500 mg Ceftriaxon i.m. plus 1-mal 1 g Azithromycin p.o (6). «Auch in Zürich geben wir 1-mal 500 mg Ceftriaxon, las- sen jedoch das Azithromycin weg. Ist eine Nachkontrolle nicht möglich ist aber die Kombinationstherapie vorzu- ziehen», sagte Prof. Lautenschlager.

Die pharyngeale Gonorrhö ist schwieriger zu behandeln, hier sollten Ceftriaxon und Azithromycin kombiniert einge- setzt werden. Generell soll angesichts der Resistenzent- wicklungen wenn immer möglich Ceftriaxon, gegebenen- falls in Kombination mit Azithromycin, eingesetzt werden. Ausserdem soll eine Therapie aller Partner mit Kontakt in den letzten zwei Monaten erfolgen. Ferner ist eine Nach- kontrolle mittels PCR oder Kultur («test of cure») durch- zuführen, und bei fehlender Abheilung empfiehlt sich ein Antibiogramm (6).

Syphilis

Wie die BAG-Statistiken seit Wiedereinführung der Mel- depflicht eindrücklich dokumentieren, hat die Häufigkeit der Syphilis in der Schweiz in den letzten Jahren deutlich zugenommen. So wurden zuletzt 1078 Fälle gemeldet, und damit liegt die Schweiz hinter osteuropäischen Staa- ten auf dem unrühmlichen fünften Platz. 30 Prozent wa- ren Frauen. Am häufigsten war die vierte und fünfte Le- bensdekade betroffen, aber immerhin 12 Prozent waren 60 Jahre und älter. Auch Übertragungen auf Neugeborene sind wieder beobachtet worden. Bei Diagnose befinden sich in der Schweiz 30 Prozent im Primärstadium, 46 Pro- zent im sekundären Stadium, und 24 Prozent haben eine latente Syphilis. Diagnostische Probleme bereiten extra- genitale Lokalisationen (5–30%). Oral sind meist Lippen oder Zunge betroffen, und die Läsionen sind typischer- weise schmerzhaft, was man nicht ohne Weiteres mit einem syphilitischen Primäraffekt in Verbindung bringt.

Anale, perianale oder rektale Primärläsionen machen 5 bis 30 Prozent aus und werden häufig nicht diagnostiziert. Gelegentlich bieten sie das Bild einer Induration oder Fis- sur. Die Roseola syphilitica des Sekundärstadiums kann asymptomatisch verlaufen, ist flüchtig und vor allem an den Rumpfteilen lokalisiert.

In der Therapie der Frühsyphilis ist gemäss CDC und euro- päischen Guidelines 1-mal 2,4 Mio. E Benzathin-Penicillin i.m. erste Wahl (evtl. mit 2. Dosis nach 1 Woche). Allerdings ist dieses Penizillin aus markttechnischen Gründen in der Schweiz nicht mehr erhältlich und muss mit Swissmedic- Bewilligung importiert werden. Zweite Wahl ist 1-mal 1,2 Mio. E Procain-Penicillin G i.m. pro Tag während 10 bis 14 Tagen. Bei Penizillinallergie können Docycyclin 2-mal

Sexuelle übertragene Infektionen (sexually transmitted infections, STI)

Bakterien

Syphilis	Treponema pallidum
Ulcus molle	Haemophilus ducreyi
Lymphogranuloma venereum	Chlamydia trachomatis Serotyp L1–L3
Donovanose	Klebsiella granulomatis
Gonorrhö	Neisseria gonorrhoeae
Nichtgonorrhöische Urethritis (NGU)	Chlamydia trachomatis, Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma genitalium und hominis (?)
Bakterielle Vaginose	Gardnerella vaginalis, Mycoplasma hominis, Mobiluncus spp und andere vaginale Anaerobier
Enteritis	Shigella spp, Campylobacter spp, Branhamella, Helicobacter spp (?)

Viren

Condylomata acuminata	Humane Papillomviren (HPV)
Herpes genitalis	Herpes-simplex-Viren Typ 1 und 2
Molluscum contagiosum	Molluscum-contagiosum-Virus (MCV, Poxviren)
Hepatitis	Hepatitis A, B und C
Mononukleose	Epstein-Barr-Virus (EBV), Zytomegalievirus
Kaposi-Sarkom	Humanes Herpesvirus Typ 8
Aids	Humanes Immundefizienzvirus (HIV)

Protozoen

Trichomoniasis	Trichomonas vaginalis
Giardiasis	Giardia lamblia
Amöbiasis	Entamoeba histolytica

Ektoparasiten

Pediculosis pubis	Pthirus pubis
Skabies	Sarcoptes scabiei

Pilze

Candidiasis	Candida spez.
-------------	---------------

100 mg/Tag für 14 Tage oder Ceftriaxon 250 bis 1000 mg/Tag für 10 Tage, allenfalls Azithromycin 500 mg/die für 10 Tage eingesetzt werden.

Lymphogranuloma venereum

Die klassische Klinik des Lymphogranuloma venereum wird in drei Stadien eingeteilt. Nach einer Inkubationszeit von 10 Tagen bildet sich ein asymptomatisches genitales Ulkus, das in 60 Prozent nicht bemerkt wird. Nach 1 bis 4 Wochen kommt es zum inguinalen Syndrom mit einseitiger Lymphknotenschwellung. Das späte dritte Stadium ist gekennzeichnet durch ein genito-anales Syndrom mit ausgedehnten Schwellungen bis hin zur Elephantiasis, das in der Schweiz kaum zur Beobachtung kommt. Heute ist hingegen ein neues Krankheitsbild anzutreffen, das eine atypische Klinik bietet. Zunächst in den Niederlanden beschrieben, betraf es fast ausschliesslich MSM, von denen 77 Prozent HIV-positiv waren. Inzwischen sind Fälle in vielen grossen Städten verschiedener Länder verzeichnet worden. Daran denken soll man bei Proktitis und anorektalen Ulzera, ausgeprägten rektalen Schmerzen, blutig-purulentem Ausfluss, Obstipation und fehlenden inguinalen Lymphknoten. Betroffen sind anal rezeptive Patienten, bei insertiven Männern sind Ulzera am Penis als Übertragungsort zu vermuten. Zur Therapie ist die Datenlage spärlich, empfohlen wird Doxycyclin 2-mal 100 mg/Tag für drei Wochen. Alternativen sind Erythromycin, eventuell Azithromycin. Dieselbe Therapie kann auch bei HIV-positiven Patienten durchgeführt werden. Es sollten in jedem Fall klinische Kontrollen bis zur Abheilung vorgenommen werden.

Als Take-Home-Messages nannte Prof. Lautenschlager:

- Für eine individuelle Beratung ist die Erhebung einer Sexualanamnese zwingend.

- Auch bei geringfügigen Symptomen soll man an sexuell übertragbare Krankheiten denken.
- Mycoplasma genitalium muss in die Abklärung vor allem der rezidivierenden und chronischen Urethritis einbezogen werden.
- Bei Neisseria gonorrhoeae ist die Resistenzlage zu beachten.
- Da sich die Resistenzlage der sexuell übertragbaren Infektionen laufend verändert, ist gemäss neuen Guidelines zu behandeln. Die IUSTI-Guidelines sind frei zugänglich unter: www.iusti.org/regions/europe/euroguidelines.htm#Current

Halid Bas

Referenzen:

1. Meystre-Agostoni G et al. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? Swiss Med Wkly. 2011; 141: w13178.
2. Read TR et al. The near disappearance of genital warts in young women 4 years after commencing a national human papillomavirus (HPV) vaccination programme. Sex Transm Infect. 2011 Dec; 87 (7): 544-547.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases guidelines, 2010. MMWR 2010; 59: 1-114.
4. C Bignell et al. 2009 European (IUSTI/WHO) guideline on the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults. Int J STD & AIDS 2009; 20: 453-457.
5. Cephalosporin susceptibility among neisseria gonorrhoeae isolates - United States, 2000-2010. MMWR 2011; 60: 873-877.
6. Bignell C, Fitzgerald M. UK national guideline for the management of gonorrhoea in adults, 2011. Int. J. STD AIDS 22: 541-547.
7. Bolan GA et al. The emerging threat of untreatable gonococcal infection. N Engl J Med 2012; 366: 485-487.

Sexuell übertragbare Infektionen: Update 2012.
Seminar an der 14. Jahrestagung des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM) am 22. Juni 2012 in Luzern.