



Geschlechtskrankheiten wieder auf dem Vormarsch

Von Helmut Schöfer

Früher sprach man von Geschlechtskrankheiten und hatte sogar ein eigenes Gesetz zu deren Bekämpfung zur Hand. Heute sind eher die aus dem Englischen übernommenen Bezeichnungen «Sexuell übertragbare Erkrankungen» (STD) oder «Sexuell übertragbare Infektionen» (STI) gebräuchlich. Ein Beitrag über Syphilis, Gonorrhö und Chlamydien.

Seit dem Ende des 20. Jahrhunderts erleben Nordamerika und Westeuropa eine unerwartete Renaissance der STI-Erkrankungen und einen Anstieg der HIV-Neuinfektionen. Beide Entwicklungen werden überwiegend bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), beobachtet und beeinflussen sich gegenseitig. STI erleichtern die Übertragung des HIV; die HIV-bedingte Immundefizienz beeinflusst Klinik, Verlauf und Therapierbarkeit der STI.

Syphilis verläuft in vier Stadien

Die Gesamtinzidenz der Syphilis hat sich seit 2001 verdoppelt. Auffälligerweise konzentrierte sich die Zunahme der Neuerkrankungen überwiegend auf Männer, insbesondere MSM. Bei den Frauen blieb die Inzidenz konstant niedrig. Das Risiko, die Syphilis von unbehandelten Sexualpartnern zu erwerben, liegt bei einmaligen ungeschützten sexuellen Kon-

takten zwischen 40 und 60 Prozent. Die Inkubationszeit beträgt im Mittel 21 Tage.

Wichtige klinische Symptome im ersten Stadium der Syphilis sind nicht schmerzhaft Ulzera am Infektionsort (genital, anal, oral) mit einer ebenfalls nicht schmerzhaften regionalen Lymphadenopathie. Beides heilt auch bei unbehandelten Patienten spontan ab. Im zweiten Stadium verbreiten sich die Erreger hämatogen und lymphogen im Körper und führen unter anderem zu Müdigkeit, leichten Halsschmerzen und einer generalisierten Lymphadenopathie. Leber, Knochen und Gelenke sowie Augen und Ohren können entzündliche Veränderungen aufweisen. Die Patienten klagen über besonders nachts auftretende Kopf-, Muskel- und Gelenkschmerzen, eventuell auch Sehstörungen oder Hörverlust. Das ZNS kann bereits in diesem frühen Stadium befallen sein (meningovaskuläre Syphilis und andere). Am ganzen Körper, inklusive der Handinnenflächen und Fußsohlen, kann ein zunächst makulöser, später makulopapulöser nicht juckender Ausschlag auftreten. In den Hautfalten (meist genital und anal) breiten sich hochinfektiöse Condylomata lata aus, im Mund zeigen sich eine Angina und auffällige Schleimhautplaques. Die Haare können diffus («mottenfrassähnlich») ausfallen. Bleibt auch das zweite Stadium unbehandelt, können die Symptome über viele Monate anhalten oder rezidivieren und schliesslich spontan verschwinden.

Bei etwa 25 Prozent dieser Patienten tritt nach einer jahre- bis jahrzehntelangen Latenzphase das dritte und vierte Stadium mit granulomatösen Veränderungen (an der Haut: tuberöse Syphilide, Gummien) und schweren kardiovaskulären, neurologischen und



Abbildung: Sekundärsyphilis (derbes, indolentes Ulkus)
Foto: Schöfer

psychiatrischen Schäden auf (Tabes dorsalis, progressive Paralyse). Bei immungeschwächten Patienten kann die Syphilis in allen Stadien klinisch und serologisch atypisch verlaufen. Besonders früh und häufig kann sich eine Neurosyphilis manifestieren, und gelegentlich versagen die Standardtherapien.

In Deutschland steht zur Therapie der Früh- und Spätsyphilis ohne neurologische Beteiligung nur noch das Benzathin-Benzylpenicillin zur Verfügung. Für die Behandlung der Frühsyphilis (bis ein Jahr nach Infektion) reicht die einmalige Gabe von 2,4 Millionen I. E. i.m. (aufgeteilt auf zwei Injektionsorte gluteal links/rechts). Bei der Spätsyphilis wird die Gabe an Tag 8 und 15 wiederholt. Da dieses Depotpenicillin keine ausreichenden Wirkspiegel im Liquorraum erreicht, muss jede Neurosyphilis mit hohen Dosen von wässrigem Penicillin G behandelt werden (sechsmal 5 oder dreimal 10 Millionen I. E. i.v. über 14 Tage). Details der Therapie sind aus der Online-Leitlinie der DSTDG 2008 zur Syphilis (AWMF-Leitlinie Nr. 59/002) zu entnehmen.

Tripper nimmt wieder zu

Auch Gonorrhö («Tripper») nimmt wieder zu. Zurzeit schätzt das Robert-Koch-Institut (RKI) die jährliche Inzidenz auf 25 bis 40 Neuerkrankungen pro 100 000 Einwohner, das heisst zwischen 21 000 und 33 000 Neuerkrankungen pro Jahr in Deutschland.

Das Infektionsrisiko nach einmaligem Verkehr mit einem infizierten Partner liegt bei Frauen wesentlich höher als bei Männern (60 bis 90% gegenüber 20 bis 35%). Übertragungen mittels kontaminierter Gegenstände konnten nicht nachgewiesen werden.

Die Inkubationszeit bis zum Auftreten erster klinischer Symptome durch *Neisseria gonorrhoeae* beträgt meist drei bis vier Tage. Das klassische klinische Bild der Gonorrhö ist der eitrig-rahmige Ausfluss aus der Harnröhre, kombiniert mit Brennen beim Wasserlassen. Nach längerem Bestehen der Urethritis kann der Ausfluss auch wässrig erscheinen. Häufig finden sich Ko-Infektionen mit anderen Urethritisserregern (in bis zu 40% mit *Chlamydia trachomatis*).

Bei homosexuellen Männern findet sich häufiger auch eine gonorrhöische Proktitis. Bei Frauen (Urethritis, Zervizitis, Bartholinitis, Tysonitis, Cowperitis und Proktitis) kann die Gonorrhö in 30 bis 50 Prozent asymptomatisch verlaufen und so zur Ausbreitung beitragen. Auch die pharyngeale und konjunktivale Schleimhaut bieten für die Erreger ideale Bedingungen (Pharyngitis, Blepharokonjunktivitis). Gefürchtete Komplikationen der Gonorrhö sind Infertilität durch aufsteigende lokale Entzündung (Salpingitis, Pelvic inflammatory disease, Epididymitis) sowie eine hämatogene Ausbreitung der Erreger mit Arthritis oder Sepsis.

Für das Beratungsgespräch

- Das STI-Risiko steigt mit der Zahl der Sexualpartner.
- Auch stumme Infektionen werden übertragen (besonders Chlamydien).
- Mehrere STI-Erkrankungen können gleichzeitig übertragen werden.
- Möglicherweise infizierte Geschlechtspartner der letzten Monate müssen untersucht und behandelt werden.
- Kondome schützen, vermindern das Risiko erheblich, bieten aber keine 100-prozentige Sicherheit.
- Intravaginale mikrozide Gels, Diaphragma et cetera sind nicht ausreichend.
- Ansteckungsfähigkeit besteht bis zum Nachweis des Therapieerfolges (Therapieversagen durch Resistenzentwicklung möglich).
- Je nach Erkrankung sind eine oder mehrere Kontrolluntersuchungen erforderlich.
- Es entsteht keine Immunität (Wiederansteckung jederzeit möglich).
- Es gibt bis jetzt keine Impfung gegen die klassischen STI (Ausnahme HPV).

Aufgrund zahlreicher Resistenzen werden derzeit Cephalosporine der dritten Generation (zum Beispiel Cefixim, einmalig 400 mg peroral) oder Ceftriaxon (einmalig 250 mg i.m.) empfohlen. Bleiben nach lege artis durchgeführter Therapie urethritische Beschwerden bestehen, ist nach weiteren Erregern (Herpes simplex, Candida albicans, Trichomonaden, Mykoplasmen) sowie nichtinfektiösen Urethritisursachen zu fahnden (zum Beispiel mechanische, chemische, physikalische Irritationen).

Kinderlos durch Chlamydien

Infektionen mit Chlamydia trachomatis sind vermutlich die häufigsten STI. Für Europa wird eine Prävalenz von vier bis fünf Prozent vermutet. Die Chlamydienurethritis gilt als stille Epidemie, da sie bei etwa 25 Prozent aller betroffenen Männer und bis zu 70 Prozent aller betroffenen (meist jungen) Frauen asymptomatisch verläuft.

Das Aufsteigen der Infektion (Zervizitis, Endometritis, Salpingitis, Pelvic inflammatory disease, Peritonitis) kann zur Infertilität führen und das Risiko extrauteriner Schwangerschaften verdoppeln. Hochgerechnet bleiben in Deutschland etwa 100 000 Frauen durch Chlamydieninfektionen kinderlos. Infektionen in der

Schwangerschaft können für vorzeitigen Blasenprung, Frühgeburtlichkeit, niedriges Geburtsgewicht und Infektionen des Neugeborenen verantwortlich sein. Bei Männern können Urethritis, Prostatitis und Epididymitis, bei beiden Geschlechtern Proktitiden, reaktive Arthritiden und der Morbus Reiter auftreten. Zur Behandlung der Chlamydieninfektionen sind die orale Einmalgabe von 1 g Azithromycin oder Doxycyclin 200 mg/Tag über eine Woche geeignet. Alternativen sind Tetracykline oder Erythromycin (je viermal 500 mg/Tag) sowie Ofloxacin (zweimal 300 mg/Tag über eine Woche, bei Salpingitis oder Perihepatitis über zwei Wochen). ●

Anschrift des Verfassers

Professor Dr. Helmut Schöfer

Zentrum der Dermatologie und Venerologie

Johann Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt

Theodor-Stern-Kai 7, D-60596 Frankfurt

E-Mail: Schoefer@em.uni-frankfurt.de

Interessenkonflikte: keine

Diese Arbeit erschien zuerst in «Pharmazeutische Zeitung» 31/2010.

Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autor.
