Online publiziert: 02.01.2019

Neuentwicklungen in der Venerologie – Update zur sexuellen Gesundheit

New Developments in Venerology – Update on Sexual Health

Autor
S. Schellberg

Institut
Novopraxis Berlin

Bibliografie
DOI https://doi.org/10.1055/a-0784-9094 | Online-Publikation: 2.1.2019 | Akt Dermatol 2019; 45: 160–166
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 0340-2541

Korrespondenzadresse
Dr. med. Sven Schellberg, Novopraxis Berlin, Mohrenstr. 6, 10117 Berlin, schellberg@novopraxis.berlin

ZUSAMMENFASSUNG

Sexuell übertragbare Erkrankungen zählen seit Existenz der Menschheit zum Spektrum der häufig zu beobachtenden Krankheitsbilder. Erkrankungen wie die Syphilis haben unsere Kultur teils erstaunlich geprägt und die Folgen dieser Erkrankung reichen von zahlreichen Einzelschicksalen bekannter Künstler bis zur Krawatte als typischem männlichen Kleidungsstück, dessen Einführung der Kaschierung typischer kutaner Syphiliseffloreszenzen zu verdanken ist. Behandlungen waren häufig heroisch und auch vor der Anwendung toxischer Verbindungen wie Arsen oder Quecksilber wurde nicht zurückgeschreckt. Sexuell übertragbare Erkrankungen zählen aber auch heute noch zu den stigmatisierenden und mit falscher Moral belasteten Krankheitsbildern. Die Dunkelziffer ist hoch. Krankheitsverläufe sind z. T. dramatisch lang, ohne dass ein sexueller Zusammenhang der geklagten Beschwerden auch nur eruiert worden wäre.
Neue Möglichkeiten digitaler Partnersuche, eine deutliche Reduktion der durch die HIV-Epidemie empfundenen Bedrohung durch moderne Behandlungs- und Präventionsstrategien und gesellschaftliche Veränderungen von Mobilität und Verfügbarkeit, verbunden mit dem Gebrauch neuer synthetischer Substanzen im sexuellen Kontext führen gerade zu einer deutlichen Veränderung des Spektrums sexuell übertragbarer Erkrankungen und stellen den Behandler vor neue Herausforderungen. Einige dieser neuen Aspekte sollen hier diskutiert werden.

ABSTRACT

Sexually transmitted infections always have been among the spectrum of commonly observed conditions. Diseases like the syphilis had significant impact on our history and culture – ranging from dramatic cases of artists affected by the disease up to inventions like the tie, originally introduced to cover obvious cutaneous symptoms of the syphilis. Treatment has been heroic, sometimes, ranging from arsenic up to mercury. However, sexually transmitted infections always have been among the most stigmatized and morally criticized conditions. Rates of non-diagnosed cases remain high, courses of disease last years without even discussing possible sexual backgrounds of the presented symptomatology.
Dating-apps, a perceived reduction of the thread of HIV, based on dramatic changes in antiretroviral treatment and prevention, combined with social changes, such as increased mobility, continuous availability and use of synthetic recreational drugs led to dramatic changes around sexually transmitted infections. Some of them will be discussed in this overview.

Einführung

Zwei Dinge im Leben sind sicher – dass wir schon von Geburt dem Tode geweiht sind und dass Sexualität in unserem Leben eine Rolle spielen wird. Beides ist untrennbar miteinander verbunden. Beide Tatsachen hat auch die Evolution erkannt und für beide Zustände Erreger erschaffen, die entweder bei dem einen übertragen werden oder zum anderen führen. Oder auch beides.

Wenn auch davon auszugehen ist, dass sich schon unsere antiken Vorfahren mit allerlei unangenehmen Folgen sexueller Aktivität herumzuschlagen hatten, reichen z. B. die ersten Aufzeichnungen der Syphilis lediglich bis Leonicus in das Jahr 1497 zurück. Ob hieran das fehlende Verständnis für die Zusammenhänge der Übertragung oder die schon damals sprichwörtliche „Unaussprechbarkeit“ sexueller Zusammenhänge verantwortlich ist, wird für immer verborgen bleiben (▶ **Abb. 1**).

Auch heute zählt das Gespräch über sexuell übertragbare Erkrankungen – anders, als die Bundeszentrale für Gesundheit-

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

▶ **Abb. 1** Kampagnefoto „Sag doch einfach, wo's brennt". Mit freundlicher Genehmigung und Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

liche Aufklärung in ihrer Plakatkampagne „Sag doch einfach wenn's brennt" optimistisch vorgibt – nicht zum Routinegespräch beim Hausarzt. Die Erhebung einer konsequenten Sexualanamnese ist eine absolute Seltenheit, und noch immer zählt das Arzt-Patientengespräch über Menge, Frequenz, Konsistenz und Farbe des Stuhlgangs durchaus zu den akzeptierten Gesprächsthemen ärztlicher Kommunikation. Die Frage nach der Anzahl oder dem Geschlecht der Partner oder aber präferierter Praktiken im sexuellen Kontext gilt hingegen als Grenzüberschreitung, und dies bei Ärzten und Patienten. Somit zählt auch die biopsierte Sekundärsyphilis ebenso weiter zum Alltag wie die als chronisch-entzündliche Darmerkrankung diagnostizierte und symptomatisch mit Budesonid oder Salizylaten therapierte Mykoplasmenproktitis.

Wenn sich die Erreger sexuell übertragbarer Erkrankungen in den letzten Dekaden auch nicht verändert haben, der Umgang mit Sexualität hat sich grundlegend gewandelt. Nach der Verklemmtheit der 50er- und 60er-Jahre des letzten Jahrhunderts und der sexuellen Revolution der späten 60er- und 70er-Jahre folgte die Lähmung durch die ersten Beschreibungen dessen, was später als HIV und AIDS bekannt werden sollte. Die auch heute noch in der Medizingeschichte einmaligen Fortschritte in der Behandlung der HIV-Infektion hin zu einer chronisch-behandelbaren Erkrankung mit nahezu normaler Lebenserwartung sowie die Möglichkeit einer medikamentösen Prävention im Rahmen der HIV-Präexpositionsprophylaxe lösen nun gerade eine erneute komplette Veränderung des Verhaltens und der Bewertung sexueller Risiken aus. Neue Medien, die geradezu unendliche und zeitlich unbegrenzte Verfügbarkeit sexueller Inhalte und Kontakte über Dating-Apps, wie z. B. „Tinder" oder „Grindr", gepaart mit einer zunehmenden Reizüberflutung sexueller Inhalte und einer beeindruckenden Sprachlosigkeit gerade der sexuell besonders aktiven Generation, stellen den Behandler vor vollkommen neue Herausforderungen. Ein in den (neuen) Medien transportiertes Bild begehrenswerter und optimierter Körper führt zu einer immer auffälliger werdenden Entfremdung der Patienten von ihrer eigenen Körperlichkeit. Die fehlende kritische Selbsteinschätzung dessen, was für einen selbst gut, befriedigend und erstrebenswert ist, trifft auch im Privat- und Sexualleben auf eine immer weiter ausufernde Einstellung von „höher, schneller, weiter". Eine Tendenz, die, nicht ganz überraschend, häufig nur noch unter Zuhilfenahme von psychoaktiven Substanzen oder anderen Optimierern der Körperlichkeit, wie Androgene, Diuretika oder Sildenafil, zu überstehen ist. Das immer weiter aufkommende Phänomen des „Chemsex", also der Gebrauch synthetischer Drogen im sexuellen Kontext, hat nicht umsonst gerade den Gebrauch „entaktogener" Substanzen, also Substanzen, die die Kontaktaufnahme mit dem (digital-virtuellen) Gegenüber fördern und dessen vermeintliche Attraktivität steigern, zur Folge. Und dies nicht nur im Kontext von „Männern, die Sex mit Männern haben".

Epidemiologie

Verlässliche Daten zur Epidemiologie sexuell-übertragbarer Erkrankungen sind aufgrund der fehlenden Meldepflicht für die meisten Erkrankungen nur begrenzt verfügbar. Lediglich im Freistaat Sachsen besteht eine umfassende Meldepflicht, bundesweit ist diese nun erneut für Gonokokken- und Chlamydieninfektionen in der Diskussion. Hinzu kommt vermutlich eine hohe Rate nicht berichteter, diagnostizierter oder gemeldeter Erkrankungen. Dennoch beschreibt das RKI seit 2010 eine kontinuierliche Zunahme der Syphilis-Erstinfektionen, insbesondere bei Männern. Bundesweit lag die Syphilis-Inzidenz im Jahr 2015 bei 8,5 Fällen pro 100 000 Einwohner, wobei deutliche Unterschiede in der regionalen Verteilung zu beobachten sind. Insbesondere in den Stadtstaaten Hamburg und Berlin liegt die Inzidenz mit nahe 20 bzw. über 30 % deutlich höher [1]. Gemein ist allen Regionen eine deutliche Steigerung. Schon von 2014 auf 2015 betrug diese über 25 %. Auch in der klinischen Praxis macht sich diese Steigerung deutlich bemerkbar. Problematisch ist hier häufig die hohe Frequenz von Re-Infektionen und die z. T. lange Latenz der Ausbildung entsprechender Antikörpertiter, die eine Interpretation nicht immer einfach machen, insbesondere dann, wenn unterschiedliche Behandler und unterschiedliche Laboratorien involviert sind.

Tendenziell auffällig ist auch das vermehrte Auftreten von Infektionen mit Chlamydien und Gonokokken, insbesondere bei MSM und hier betont bei Anwendern der medikamentösen HIV-Präexpositionsprophlaxe. Während die hohen Inzidenzen hier zunächst als Effekt einer erhöhten Testfrequenz interpretiert wurden, zeigen neue Daten aus den USA, UK und Australien nun eine deutliche Zunahme dieser Infektionen. Der Verzicht auf das Kondom entspricht zwar vielleicht nicht der theoretischen Idee und Zulassung, ist aber faktische Realität.

In der Klinik auffällig sind zudem ein vermehrtes Auftreten von symptomatischen Mykoplasmeninfektionen, wobei auch hier eine erhöhte Testfrequenz eine Rolle spielen mag. Lange wurde über die Pathogenität des Erregers diskutiert, die z. T. klinisch heftigen Erkrankungen bei Monoinfektion sollten diese Diskussion beendet haben. Auffällig ist zudem ein vermehrtes Auftreten von Infektionen mit den Serovaren L1-L3 von Chlamydia trachomatis, die das früher nur als Tropenerkrankung be-

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

kannte Lymphogranuloma venereum auslösen. Nicht nur die Unterbringung von Migranten in Massenunterkünften, sondern auch die sexuelle Übertragung führt zu einem beobachteten deutlichen Anstieg von Skabiesfällen, teils mit erheblichen Raten von nicht vollständig sanierten oder Re-Infektionen, häufig durch die falsche oder inkonsequente Anwendung topischer oder oraler Therapien. Häufig im Kontext sexuell übertragbarer Infektionen vergessen wird die Hepatitis C. Mit Einführung gut verträglicher, hocheffektiver und einfacher oraler Therapien, sog. DAA, war lange von der Eradikation dieser Infektion bis 2030 die Rede. Die Möglichkeit der Re-Infektion und der deutlich entspanntere Umgang mit sexuellen Risiken sowie die Stigmatisierung von Risikogruppen in vielen, insbesondere osteuropäischen Ländern, gepaart mit einer hohen Mobilität, haben dieses epidemiologische Ziel in weite Ferne rücken lassen.

Syphilis

Die Syphilis gilt vermutlich als die Geschlechtskrankheit schlechthin. Die Wahrnehmung einer aussterbenden Erkrankung, wie sie noch in den 90er-Jahren galt und gelehrt wurde, hat sich spätestens seit 2010 mit einer stetigen Zunahme der Infektionen überholt. Die teilweise recht sperrige Einteilung der Syphilis in unterschiedliche Stadien und die bunte Formenvielfalt möglicher Symptome und Effloreszenzen stellen insbesondere den ungeübten Behandler häufig vor Schwierigkeiten (▶ **Abb. 2**, ▶ **Abb. 3**).

Für die Klinik relevant ist insbesondere das „daran Denken“, das schon beim Angebot eines möglichen Tests auf die Syphilis im Rahmen von Routinechecks beginnt, und die Einteilung in eine „Frühsyphilis“, d. h. einen Infektionszeitpunkt vor weniger als 12 Monaten, und eine „Spätsyphilis“, bei Erkrankungen davor. Diese Unterscheidung hat hohe klinische Relevanz, da sie darüber entscheidet, ob die leitliniengerechte Therapie mit Benzathin-Benzylpenicillin 2,4 Mio. I. E. i. m. intraglutäal li/re je 1,2 Mio. I. E. einmal oder dreimal im Abstand von jeweils einer Woche zu erfolgen hat. Liegt kein früherer Test vor oder ist der typische Primärkomplex nicht im Zeitraum der letzten 12 Monate eruierbar, sollte mit dem Patienten die Annahme einer Spätsyphilis und damit die dreimalige Therapie diskutiert werden. Letzteres stößt bei vielen Patienten aufgrund der lokal häufig nicht gut tolerierten Injektion tief intraglutäal zuweilen nicht auf besondere Gegenliebe, sichert aber den therapeutischen Erfolg. Häufig sind Patienten auch im Hinblick auf ein langsames, zunächst kaum bemerkbares Fortschreiten der Erkrankung mit den teils deletären Spätfolgen und einer möglichen Infektiosität für (viele) Sexualpartner zur Therapie zu überzeugen. Wichtig ist hier auch die Besprechung einer möglichen Partnertherapie.

Eine häufig von Patienten angegebene „Penicillin-Allergie“ sollte aufgrund der deutlich schlechteren Effektivität möglicher Alternativen (Doxycyclin oral für 28 Tage) kritisch hinterfragt werden. Ebenso relevant ist die Aufklärung über eine mögliche Jarisch-Herxheimer-Reaktion, die nicht nur gut mit einer Prednisolon-Prophylaxe verhindert werden kann, sondern auch die Akzeptanz der Therapie (auch für zukünftige Re-Infektionen)

▶ **Abb. 2** Syphilis – Primärkomplex penil.

▶ **Abb. 3** Sekundärsypilis – Handerythem.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

erheblich verbessert. Die Faustregel von 1 mg/kg Körpergewicht hat sich klinisch gut bewährt. Eine entsprechende Titerdiagnostik zu Beginn der Therapie und auch nach 1 und 3 Monaten sowie im weiteren Verlauf gibt wichtige Hinweise zur Effektivität der Behandlung und zum Auftreten möglicher Neuinfektionen [2].

Mykoplasmen

Mykoplasma genitalium zählt derzeit sicher zu einem der am häufigsten diskutierten Erreger sexuell-übertragbarer Erkrankungen. Die Menge wissenschaftlicher Beiträge zu diesem Erreger ist durchaus überschaubar und der Umgang im klinischen Kontext reicht von diagnostischer Abstinenz bei zumindest nach erstem Anschein asymptomatischen Patienten bis hin zur Vermutung hochresistenter Keime und der Verabreichung von Reserveantibiotika. Daten zur Häufigkeit eines Erregernachweises bei symptomatischen und asymptomatischen Patienten schwanken erheblich und sind zum größten Teil davon abhängig, wie oft, bei wem und wie überhaupt getestet wird. Klinisch fällt insbesondere der rektale/anale Befall ins Gewicht. Bei Patienten mit unklaren und häufig persistierenden Beschwerden in diesem Bereich sollte zumindest an eine Diagnostik gedacht werden. Klinisch beschreiben viele Patienten in der Akutphase einer Proktitis das Sistieren der Beschwerden unter der leitliniengerechten Ex-juvantibus-Therapie mit 1,0 g Ceftriaxon i. m. oder i. v. plus der Einmalgabe von 1,5 g Azithromycin oral, dann aber nach wenigen Tagen ein Wiederauftreten der Beschwerden. Die leitliniengerechte Folgetherapie mit initial 500 mg Azithromycin oral, gefolgt von 4 Tagen 250 mg Azithromycin oral [3] führt hier nach Erregernachweis in der Mehrzahl der Fälle zu einer vollständigen Ausheilung. Therapieversager sprechen zumeist auf eine 7-tägige Therapie mit Moxifloxacin an, wobei aufgrund der schlechten Anzüchtbarkeit des Erregers und damit auch des schwierigen Resistenznachweises häufig unklar bleibt, ob es sich tatsächlich um eine Resistenz oder eine Re-Infektion bei fehlender Partnertherapie handelt. Die Verbreitung resistenter Erreger erscheint zudem global höchst unterschiedlich zu sein. Gerade aus den USA, Australien und Norwegen werden extrem hohe Anteile resistenter Mutanten berichtet, sodass auch eine entsprechende Reiseanamnese von Bedeutung sein kann. Die Drittlinientherapie nach Versagen von Azithromycin und Moxifloxacin mit dem nur aus dem Ausland verfügbaren Pristinamycin stellt den Behandler häufig vor erhebliche Diskussionen mit der zuständigen Krankenkasse oder mit dem Patienten. Die breitere Anwendung genotypischer Resistenzanalysen als Alternative zu häufig schlecht umsetzbaren oder technisch wenig befriedigenden klassischen Resistenzanalysen und eine daran orientierte Verordnung von Antibiotika wird ggf. helfen zu geeigneteren Behandlungsstrategien zu kommen.

Nicht vergessen werden sollten Patienten mit eher chronischen Verläufen, die häufig für Patient und Arzt gleichermaßen frustran verlaufen. Das Beschwerdebild ist häufig bunt, es werden Nahrungsmittelunverträglichkeiten vermutet und häufig steht nach endoskopischen Normalbefunden die Ausschlussdiagnose „Reizdarmsyndrom“ im Raum oder aber es wird aufgrund darstellbarer chronisch-entzündlicher Bilder die Diagnose einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung gestellt, die symptomatisch häufig auch auf die verwendeten Standardtherapien wie Budesonid oder Salizylate anspricht. Das häufig ungewöhnliche Altersspektrum der Patienten, die Klage übelriechender Flatulenz und auch eine klare Sexualanamnese kann hier mit dem Zwischenschritt eines proktoskopischen Abstriches nicht selten eine Mykoplasmeninfektion sichern und die Beschwerden nach einfacher Therapie rasch und gänzlich zum Verschwinden bringen.

▶ **Abb. 4** Lymphogranuloma venereum – Lymphknoten inguinal.

Lymphogranuloma venereum

Das Lymphogranuloma venereum, ausgelöst durch die Serovare L1-L3 von Chlamydia trachomatis, galt bis in die jüngste Vergangenheit als Erkrankung tropischer Regionen. Erst seit einigen Jahren beobachtet man eine vermehrte Ausbreitung dieses Krankheitsbildes mit der klassischen Symptomatik. Dass es sich hier „trotz“ des Namens um eine sexuell übertragbare Erkrankung handelt, ist noch nicht sehr verbreitet, und so beschreiben nicht wenige Patienten z. T. erschreckend langfristige Krankheitsverläufe (▶ **Abb. 4**).

Neben den in der Literatur umfassend beschriebenen Lymphadenopathien, teils mit einschmelzenden, nur schlecht zur Abheilung zu bringenden Lymphknoten (nicht selten nach Biopsien im Rahmen der Abklärung einer unklaren Lymphknotenschwellung), sehen wir insbesondere in der Gruppe der MSM häufig zunächst recht unspezifische gastrointestinale Beschwerden, die von Patienten häufig als Kombination von „Durchfall“ mit einem z. T. schweren Krankheitsgefühl beschrieben werden. Bei genauer Nachfrage beschreiben Patienten aber häufig nicht den durch eine hohe Frequenz und flüssige Konsistenz gezeichneten „Durchfall“, sondern eher blutige,

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

schleimige Abgänge, teils mit heftigen Tenesmen, die differenzialdiagnostisch auch an Amöben- oder Shigellenerkrankungen denken lassen. Proktoskopisch imponieren zumeist hochvulnerable, massiv putride und von äußerster Schmerzhaftigkeit gekennzeichnete Bilder. Nicht selten fallen schon perianal Lymphknotenschwellungen auf, unterhalb der Schleimhaut finden sich teils frisch-nekrotisch zerfallende Plaques, die die von den Patienten geklagten Beschwerden und die hämorrhagischen Diarrhöen ohne Weiteres erklären können. Wesentlich ist in der Diagnostik hier der PCR-Abstrich, bei dem nach Sicherung der Diagnose einer Infektion mit Chlamydia trachomatis unbedingt eine Subdifferenzierung auf die Serovare L1-L3 durchzuführen ist. In unserer Praxis hat sich die routinemäßige Durchführung dieser Stufendiagnostik bei allen positiven analen Chlamydienbefunden bewährt und zeigt insbesondere bei entsprechender Klinik eine hohe Trefferquote.

Eine initiale Therapie mit Cefriaxon und Azithromycin bringt vielen Patienten häufig rasch eine deutliche Besserung. Aus eigener Erfahrung hat sich bei diesen Patienten die intravenöse Gabe von Ceftriaxon und eine Dosis von 2 g im Vergleich zur intramuskulären Injektion von 1 g bewährt. Aufgrund der Dauer der Diagnostik schließt sich eine 21-tägige Therapie mit Doxycyclin 2 × 100 mg/die an – nicht selten beschreiben Patienten nach initialer Beschwerdebesserung ein mäßiges Wiederauftreten der Beschwerden, die dann erst unter der Therapie mit Doxycyclin gänzlich verschwinden. Wesentlich ist auch hier die Information über die möglichen Übertragungswege und eine Information möglicher Partner mit dem Rat einer Partnertherapie. Orale oder urethrale LGV-positive Befunde sind eher eine absolute Seltenheit, nicht selten sind hingegen Koinfektionen mit Mykoplasma genitalium – siehe oben.

Skabies

Ein Auftreten von Skabies-Fällen wurde in den letzten Jahren insbesondere im Zusammenhang mit der Unterbringung von Migranten in Massenunterkünften berichtet. Die typischen auftretenden Beschwerden, zusammen mit einer entsprechenden Wohnsituation, machen die Diagnose hier häufig einfach, zumindest, wenn man dieses Krankheitsbild schon einmal gesehen und behandelt hat (▶ **Abb. 5**).

Häufig wird aber die Möglichkeit der sexuellen Übertragung bei entsprechenden Krankheitsbildern nicht berücksichtigt. Gerade unter MSM mit entsprechender Präferenz für sexuelle Kontakte mit vielen Partnern gleichzeitig konnten in der letzten Zeit vermehrte Ausbrüche, insbesondere in Großstädten berichtet werden. Häufig entsteht der Eindruck, dass es hier zu einer mittlerweile deutlich reduzierten Ansprechrate auf die übliche topische Therapie mit Permethrin kommt und sich hartnäckige Rezidive zeigen. Ob hier eine falsche oder inkomplette Anwendung der Topika (häufig ist ein „Vergessen" der zweiten Behandlung zur Eradikation der juvenilen Milbenformen, bzw. eine zu frühe Wiederholung gerade eben dieser) oder eine Re-Infektion eine Rolle spielt, ist unklar. Zudem muss der Patient unbedingt darauf hingewiesen werden, dass die Eradikation der Milben nicht mit einem sofortigen Sistieren der Beschwerden einhergeht und diese durchaus noch bis zu Wochen nach der Behandlung andauern können. Eine zeitlich begrenzte

▶ **Abb. 5** Interdigitale Skabies.

Anwendung lokaler Kortikosteroidzubereitungen bringt häufig eine rasche Besserung. Die einmalige Anwendung oralen Ivermectins, das – wenn auch mit häufigen Lieferengpässen – zwischenzeitlich auch in Deutschland verfügbar wurde, ist häufig eine gute und von Patienten gut akzeptierte therapeutische Alternative.

Hepatitiden

2016/2017 zeigte sich ein gehäuftes Auftreten akuter Hepatitis-A-Fälle bei Männern, die Sex mit Männern haben [4]. In Deutschland war insbesondere Berlin betroffen, international zeigte sich eine ähnliche Häufung aber z. B. auch in London, Amsterdam oder Barcelona [5–6]. Hepatitis A als klassische Schmierinfektion zählt zu den klassischen Erkrankungen, an die auch im sexuellen Kontext zu denken ist, und so war im zuvor bezeichneten Ausbruch auch häufiger analer Verkehr einer der wesentlichen Übertragungswege. Trotz des offensichtlichen Übertragungsweges ist das Bewusstsein für die Möglichkeit einer Ansteckung mit Hepatitis A im sexuellen Kontext gering, gerade bei jüngeren Patienten, die alle derzeit vorgeschriebenen Impfungen im Kindesalter erhalten haben, herrscht zudem die häufig irrige Annahme, dass es sich bei der hier durchgeführten Impfung gegen Hepatitis B um eine gegen Hepatitis A handelt. Wesentlich ist hier neben der Aufklärung über mögliche Übertragungswege die konsequente Impfung,

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

wie sie auch von der STIKO bei entsprechendem Expositionsrisiko empfohlen wird. Die vorgenannte Infektionswelle scheint noch nicht vollständig abgeschlossen zu sein, und immer wieder tauchen Fälle auf, sodass in der Diagnostik auch hieran gedacht werden sollte.

Wesentlich seltener und vom Übertragungsweg weniger klar auf sexuelle Kontakte zurückzuführen sind Fälle einer akuten Hepatitis E – wichtig ist hier, bei typischer Symptomatik aber negativer Diagnostik auf die bei uns häufigen Virushepatitiden A, B und C, ggf. auch an die HEV-Infektion zu denken.

Mit Einführung oraler, gut verträglicher und extrem effektiver Behandlungsmöglichkeiten zur Therapie der Hepatitis C wurde 2014 bereits das Ende dieser Infektion proklamiert. Zwischenzeitlich zeigt sich hier, dass die gesetzten Ziele bei Weitem nicht erreicht werden. Insbesondere im internationalen Umfeld gibt es nur wenige Länder, die zumindest derzeitig noch „on track" sind – hierunter auch Deutschland. Häufig gilt die HCV-Infektion auch unter ärztlichen Kollegen noch als die Erkrankung der intravenös-Drogen-gebrauchenden Patienten oder von Patienten mit einer Infektion durch die Verwendung von Blutprodukten oder im Rahmen invasiver Maßnahmen, wie der Hämodialyse oder Tätowierungen. Das Bewusstsein einer sexuellen Übertragung ist gering, und dies gleichermaßen bei Patienten und ärztlichen Kollegen. Hinzu kommt die deutlich höhere Infektiosität des Erregers, z. B. im Vergleich zu HIV, sodass eine Übertragung auch noch nach Monaten über Gegenstände, „Spielzeug" oder Gleitmittel möglich ist. Ein routinemäßiger Test auf HCV findet kaum statt, hinzukommt, dass der früher recht einfache Nachweis positiver Antikörpertiter gegen HCV mit beweisendem Charakter einer HCV-Infektion durch die o. g. Therapien mit verbleibendem Titer nach Ausheilung lange nicht mehr so einfach ist. Häufig hilft hier nur der direkte Nachweis im Rahmen einer PCR, um eine Unterscheidung zwischen akuter/chronischer HCV-Infektion und therapierter Infektion zu treffen. Nicht jeder Patient weist einen im Rahmen der Anamneseerhebung auch auf eine durchgemachte und ausgeheilte oder therapierte HCV-Infektion hin. Wichtig ist zudem, dass auch das Risiko einer Re-Infektion nicht jedem bewusst ist, sodass es nicht selten relativ rasch zu einer erneuten Infektion kommt. Gerade in der Gruppe der MSM [7]. Neben dem Bewusstsein, an die Möglichkeit einer Hepatitis C zu denken, ist die konsequente Anamnese, insbesondere bei auffälliger Symptomatik oder auffälligen Transaminasewerten zielführend.

HIV

HIV hat sich durch Fortschritte in der Therapie zu einer chronisch-behandelbaren Erkrankung mit nahezu normaler Lebenserwartung gewandelt. „Treatment as Prevention", die rechtzeitige, also spätestens nach den Ergebnissen der „START"-Studie [8] möglichst sofortige Behandlung aller Betroffenen auch zur Vorsorge einer Weiterverbreitung der Infektion führt rasch zur Reduktion der Virusreplikation bis unter die sog. „Nachweisgrenze". Menschen, die mit HIV leben und unter Therapie unter dieser Nachweisgrenze sind, gelten als nicht mehr infektiös, wie auch die Ergebnisse der „PARTNER-2"-Studie [9] bemerkenswert belegen. Dennoch verbleibt die Quote der sog. „Late Presenter", also derjenigen Betroffenen, die erst spät, d. h. mit deutlichem Immundefekt diagnostiziert werden, auf unverändert hohem Niveau von fast 50 %. Eine noch immer erhebliche Stigmatisierung Betroffener, das Unwissen über Verlauf, Behandelbarkeit und Prognose der Infektion auf Seiten von Patienten und Ärzten verhindert eine frühzeitige Diagnosestellung und trägt das Risiko der Weitergabe der Infektion. Typische „Indikatorerkrankungen", wie Herpes Zoster oder orale Candidiasis, werden regelmäßig nicht als solche erkannt, das Gespräch über die Abklärung eines möglichen „Immundefekts" bei Auftreten solcher Erkrankungen wird auf beiden Seiten gescheut. Selbst die Abrechenbarkeit eines HIV-Tests bei konkretem Verdacht über die Krankenkasse wird Patienten häufig nicht angeboten, was eine weitere Hürde aufbaut.

Im Umfeld sexuell übertragbarer Erkranken neu ist die medikamentöse HIV-„Präexpositionsprophylaxe", „PrEP", bei der bei Personen mit besonders hohem Risiko, häufig definiert durch das wiederholte Auftreten von STI und häufigem ungeschützten Verkehr, das Risiko einer HIV-Infektion durch die Einnahme zweier antiretroviraler Substanzen erheblich, d. h. in Studien bis zu 92 % gesenkt werden kann. Wichtig ist die engmaschige Begleitung der Therapie aber auch eine mögliche Risikokompensation durch höhere Raten ungeschützten Verkehrs. Klinische Daten zeigen in unterschiedlichstem Umfeld einen Anstieg anderer STI bei PrEP-Gebrauchern. Erhöhte Aufmerksamkeit ist bei Behandlern notwendig, die die HIV-PrEP nicht verordnen, aber ggf. als „Gelegenheitsbehandler" bei Abwesenheit vom Wohnort mit akuten Symptomen einer STI konfrontiert werden. Auf die leitliniengerechte Therapie einer STI hat die medikamentöse HIV-PrEP im Regelfall keinen Einfluss.

„Chemsex" – Anwendung von Substanzen im sexuellen Kontext

Der Gebrauch psychoaktiver Substanzen im sexuellen Kontext ist nicht neu. In nahezu sämtlichen Kulturen und nahezu sämtlichen Epochen wurde versucht, dem sexuellen Empfinden oder der sexuellen Begierde und Attraktivität mit Substanzen auf die Sprünge zu helfen. Auch unsere Mütter schätzten schon die Wirkung der „Spanischen Fliege" und unsere Väter vertrauten auf den Gebrauch von Yohimbin oder manch anderer Zubereitungen zur Verbesserung der sexuellen Leistungsfähigkeit. Die nahezu dauernde und unbegrenzte Verfügbarkeit sexueller Erlebnisse über „Dating-Apps", wie „Tinder" oder „Grindr", kombiniert mit einem zunehmenden gesellschaftlichen Druck dauernder Verfügbarkeit, Leistungsfähigkeit und einer Körperwahrnehmung, die nach dauernder Perfektionierung strebt, führt fast zwangsläufig zu Überlegungen, diesen Herausforderungen mittels Gebrauch von Substanzen nachzuhelfen. „Klassische" Drogen wie Cannabinoide zur Entspannung oder Substanzen zur Beseitigung evtl. erektiler Schwierigkeiten werden zunehmend durch synthetisch generierte Substanzen ergänzt, deren Wirkung häufig als „entaktogen" beschrieben wird, also die Kontaktaufnahme mit einem vermutlich nur flüchtigen Partner erleichtern oder helfen das sexuelle Erleben, dessen Dauer eher immer kürzer wird, noch intensiver wahrzunehmen. Stimulantien wie Amphetamin („Speed") oder Metamphetamin („Crystal", „Tina") treffen hier auf dissoziative Substanzen wie

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Ketamin („K“, „Vitamin K“) oder Mephedron („Mephisto“) oder ursprünglich als Sedativum gebrauchte Substanzen wie Gammahydroxybutyrat („G“, „GBL“; „GHB“), häufig in diversen Kombinationen. Längst hat sich diese Entwicklung auch aus der „Szene“ der Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), herausentwickelt und stellt ein breites Phänomen auch unter heterosexuellen Patienten dar. Wichtig ist hierbei, dass viele dieser Substanzen zum – oft gewollten – Kontrollverlust führen und damit auch eine Kontrolle der Verwendung üblicher präventiver Strategien wie Kondome entfällt, der Gebrauch also einer weiteren Verbreitung sexuell übertragbarer Erkrankungen Vorschub leisten kann. Wichtig ist, hieran zu denken und das wiederholte Auftreten von STD als Anlass zu nutzen, das gezielte Gespräch mit dem Patienten zu suchen. Viele der Patienten nehmen sich selbst nicht als Drogengebraucher wahr, obwohl die Substanzen teils sogar intravenös verabreicht werden. Klassische Präventionsbotschaften erreichen diese Gruppe nicht [10 – 11].

Interessenkonflikt

Dr. med. Sven Schellberg ist Mitinhaber der Novopraxis Berlin. Er war von 1998 bis 2014 bei folgenden pharmazeutischen Unternehmen angestellt: Novartis Pharma GmbH, Nürnberg; Novartis AG, Basel, Schweiz; H. Lundbeck AS, København, Dänemark; Actelion Pharmaceuticals AG, Allschwil, Schweiz; Gilead Sciences, Martinsried. Er hält Aktien der Firmen NOVARTIS AG (NOVN), Idorsia Pharmaceuticals (IDIA) und Gilead Sciences (GILD). Dr. med. Sven Schellberg erhielt Honorare der Firmen Krewel Meuselbach, Gilead Sciences, Merck Sharp Dohme, Bristol Myers Squibb, Abbvie, Janssen, ViiV, Medothik, GfK, Quintiles, IMS.

Literatur

[1] Robert Koch Institut. Epidemiologisches Bulletin. 19. Dezember 2016/Nr. 50

[2] AWMF Leitlinie 059/002 – S2k-Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Syphilis. 2014

[3] Deutsche STI-Gesellschaft. Leitfaden STI-Therapie. 2014

[4] Robert Koch Institut. Epidemiologisches Bulletin. 12. Januar 2017/ Nr. 2

[5] Werber D, Michaelis K, Hausner M et al. Ongoing outbreaks of hepatitis A among men who have sex with men (MSM), Berlin, November 2016 to January 2017 – linked to other German cities and European countries. Euro Surveill 2017; 22. doi:10.2807/1560-7917.ES.2017.22.5.30457

[6] Ndumbi P, Freidl GS, Williams CJ et al. Hepatitis A outbreak disproportionately affecting men who have sex with men (MSM) in the European Union and European Economic Area, June 2016 to May 2017. Euro Surveill 2018; 23. doi:10.2807/1560-7917.ES.2018.23.33.1700641

[7] Ingiliz P, Martin TC, Rodger A et al. HCV reinfection incidence and spontaneous clearance rates in HIV-positive men who have sex with men in Western Europe. J Hepatol 2017; 66: 282 – 287

[8] The INSIGHT START Study Group, Lundgren JD, Babiker AG et al. Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. N Engl J Med 2015; 373: 795 – 807

[9] Rodger A et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in MSM couples with suppressive ART: The PARTNER2 Study extended results in gay men. AIDS 2018. Amsterdam, Niederlande: WEAX0104LB

[10] Graf N, Dichtl A, Deimel D et al. Chemsex among men who have sex with men in Germany: motives, consequences and the response of the support system. Sex Health 2018; 15: 151 – 156

[11] Giorgetti R, Tagliabracci A, Schifano F et al. When “Chems” Meet Sex: A Rising Phenomenon Called “ChemSex”. Curr Neuropharmacol 2017; 15: 762 – 770

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.