

Sexuell übertragbare Infektionen: Update 2012

Stadtspital Triemli Zürich

Dermatologisches Ambulatorium
des Stadtspitals Triemli

Prof. Dr.med. Stephan Lautenschlager
Zürich

Erfahrungen sind leicht gestiegen von 21 auf 26 Prozent im Schnitt, wobei vor allem Nicht-Schweizer mehr kiffen (von 10 auf 22 Prozent). Warum ausländische Jugendliche offenbar mehr saufen und kiffen, konnte Steffen nicht erklären. Migrationshintergrund sei ein unscharfer Faktor angesichts verschiedener Herkunftskulturen, hiess es. Die gestellten Fragen hätten dazu nicht sehr in die Tiefe gehen können. Der Ausländeranteil der Befragung lag bei 40 Prozent; Balkanländer und die Türkei machten je 10 Prozent aus. Zur Sexualität fielen gefährliche Wissenslücken auf: Obwohl sich 87 Prozent für gut bis sehr gut informiert halten, gehen doch 30 Prozent fälschlicherweise davon aus, dass man sich gegen Aids impfen kann, bei Syphilis erliegen gar 79 Prozent diesem Irrtum. Mit Präventionserfolgen erodiere das Wissen, erklärte Steffen. Da zeige sich Handlungsbedarf.

Sexuell übertragbare Infektionen

➤ Weltweit > 30 sexuell übertragbare Erreger

- Viren, Bakterien, Pilze, Protozoen, Ektoparasiten
- Seit 1975: 12 neue Erreger entdeckt

➤ Bedeutung

- Häufigkeit:
- Komplikationen:
 - Tw. ausgeprägte Morbidität / Mortalität
 - Aufsteigende Infektion
 - Infertilität, Extrauterin gravidität
 - Intrauterine Übertragung / Übertragung auf Neugeborene
 - Erleichterte HIV Übertragung
- Kosten

S. Lautenschlager. J Deutsch Dermatol Ges 2006;4:1058-75

Swiss Med Wkly 2011;141:w13178 .

www.smw.ch

SMW Established in 1871
Swiss Medical Weekly
Formerly: Schweizerische Medizinische Wochenschrift
The European Journal of Medical Sciences

Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish?

Giovanna Meystre-Agustoni^a, André Jeannin^a, Kim de Heller^b, Alain Pécoud^c, Patrick Bodenmann^c, Françoise Dubois-Arber^a

^a Institute of Social and Preventive Medicine (IUMSP), University Hospital Centre and University of Lausanne, Switzerland

^b Vidy-Source Outpatient Clinic, Lausanne, Switzerland

^c Department of Ambulatory Care and Community Medicine, University Hospital of Lausanne, Switzerland

Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish?

Studien-Design

Prospektive, anonyme Erhebung mittels Fragebogen in 2 Ambulatorien (Innere Medizin, Notfallmedizin, Reisemedizin, HIV-Abklärung, Zahnmedizin) in Lausanne bei 18 – 70 jährigen Männern.

- Ziel:
- Erwartung der Pat. bez. Sexualanamnese
 - Bisherige Erfahrungen
 - Sexualverhalten



Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish?

Antworten von 1452 Pat. (53%)

➤ Erwartungen der Patienten bez. Sexualanamnese:

- 95% beurteilten dies als „normal“
- 91% erwünschten sich diese Fragen
- 60% waren der Meinung, dies sollte anlässlich der 1. Konsultation erfolgen
- 15% wären verlegen
 - 2/3 wünschen Diskussion dennoch

Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish?

Antworten von 1433 Pat. (52%)

Table 1: Proportion of patients ever having discussed sexual issues with a physician (n = 1433*).

Topics discussed	%
Your sexual life in general	40.5
Protection against sexually transmitted diseases	39.6
Previous history of sexually transmitted diseases	26.6
The number of sexual partners	19.5
Protection against unwanted pregnancy	19.3
The gender of your partners	18.4
At least one of these topics	61.0
None of these topics	39.0

*19 patients with no response to the six topics were excluded.

Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish?

Schlussfolgerungen der Studie

- Diskrepanz bei der STI-Präventionsberatung zwischen aktueller Praxis bei GPs und der Patientenerwartung
- Integration der Sexualanamnese in Routineuntersuchung bei GPs

STI und assoziierte Erreger: 1. Bakterien

- Syphilis *Treponema pallidum*
 - Ulcus molle *Haemophilus ducreyi*
 - Lymphogranuloma ven. *Chlamydia trachomatis* L1-L3
 - Donovanose *Klebsiella granulomatis*
 - Gonorrhoe *Neisseria gonorrhoeae*
-
- 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* (?)

STI und assoziierte Erreger: 2. Viren

- Condylomata acuminata Humane Papillom V.
- Herpes genitalis Herpes simplex V. 1 + 2
- Molluscum contagiosum MCV (Poxviren)
- Hepatitis Hepatitis A-,B- und C-V.
- Mononucleose Epstein-Barr Virus,
Zytomegalie Virus,
- Kaposi Sarkom Humanes Herpes V. 8
- AIDS HIV

HPV Infektionen

Epidemiology

ORIGINAL ARTICLE

The near disappearance of genital warts in young women 4 years after commencing a national human papillomavirus (HPV) vaccination programme

Tim R H Read,¹ Jane S Hocking,² Marcus Y Chen,¹ Basil Donovan,³
Catriona S Bradshaw,⁴ Christopher K Fairley¹

¹Department of Public Health,
Melbourne Sexual Health
Centre, Alfred Hospital and
School of Population Health,
University of Melbourne,
Melbourne, Australia

ABSTRACT

Background Australia provided free quadrivalent human papillomavirus vaccines to 12–18-year-old girls and women aged ≤ 26 years from mid-2007 until the end of 2009. After this time, only girls aged 12–13 years had

access to the free vaccine and were not seen in non-residents.² By the end of 2009, however, the decline in younger women had slowed substantially raising doubts as to whether the programme had

STI, online published oct 2011

HPV Infektionen

- Quadrivalente Impfung von Frauen (12-26 J.) von Mitte 2007 bis Ende 2009, danach nur noch von 12/13-Jährigen
- Rückgang der *C. acuminata* (2007 vs. 2010)
 - bei Frauen < 21 J. von 18.6% auf 1.9%
 - bei Männern < 21 J. von 22.9% auf 2.9%
 - keine Reduktion bei Frauen und Männern > 30 J.
 - Keine Reduktion bei MSM

STI, online published oct 2011

STI und assoziierte Erreger: 3.

Protozoen

- Trichomoniasis, NGU *Trichomonas vaginalis*
- Giardiasis *Giardia lamblia*
- Amöbiasis *Entamoeba histolytica*

Ektoparasiten

- Pediculosis pubis *Phthirus pubis*
- Scabies *Sarcoptes scabiei*

Pilze

- Vulvovaginitis, Balanitis *Candida spp*
- NGU

32-jähriger Patient

- Morgendlicher Fluor seit 14 Tagen
- Keine Besserung unter Doxycyclin 200mg/d für 7 d
- Ungeschützter GV mit Gelegenheitspartnerin vor 3 Wochen
- Unauffällige PA

32-jähriger Patient

- TPPA und HIV: neg.
- Direktpräparat: Keine Diplokokken
- PCR / Kultur *N. gonorrhoeae*: neg.
- PCR *C. trachomatis*: neg.
- Allgemeine Bakteriologie: neg. (inkl. *Candida* spp.)
- Kultur *M. hominis* / *U. urealyticum*: neg.
- Urinsediment: **Keine Hinweise für *T. vaginalis***

Mycoplasma genitalium

- 1981 isoliert, in mehreren Studien als Erreger der akuten Urethritis nachgewiesen
- Zunehmend dokumentiert bei chronischer Urethritis, Zervizitis, Endometritis, Infertilität
- Biologisches Verhalten ähnlich *C. trachomatis* (inkl. Übertragungsraten)
- Diagnostische Problematik:
 - Kultur extrem schwierig
 - Keine kommerziell erhältliche PCR

Mycoplasma genitalium

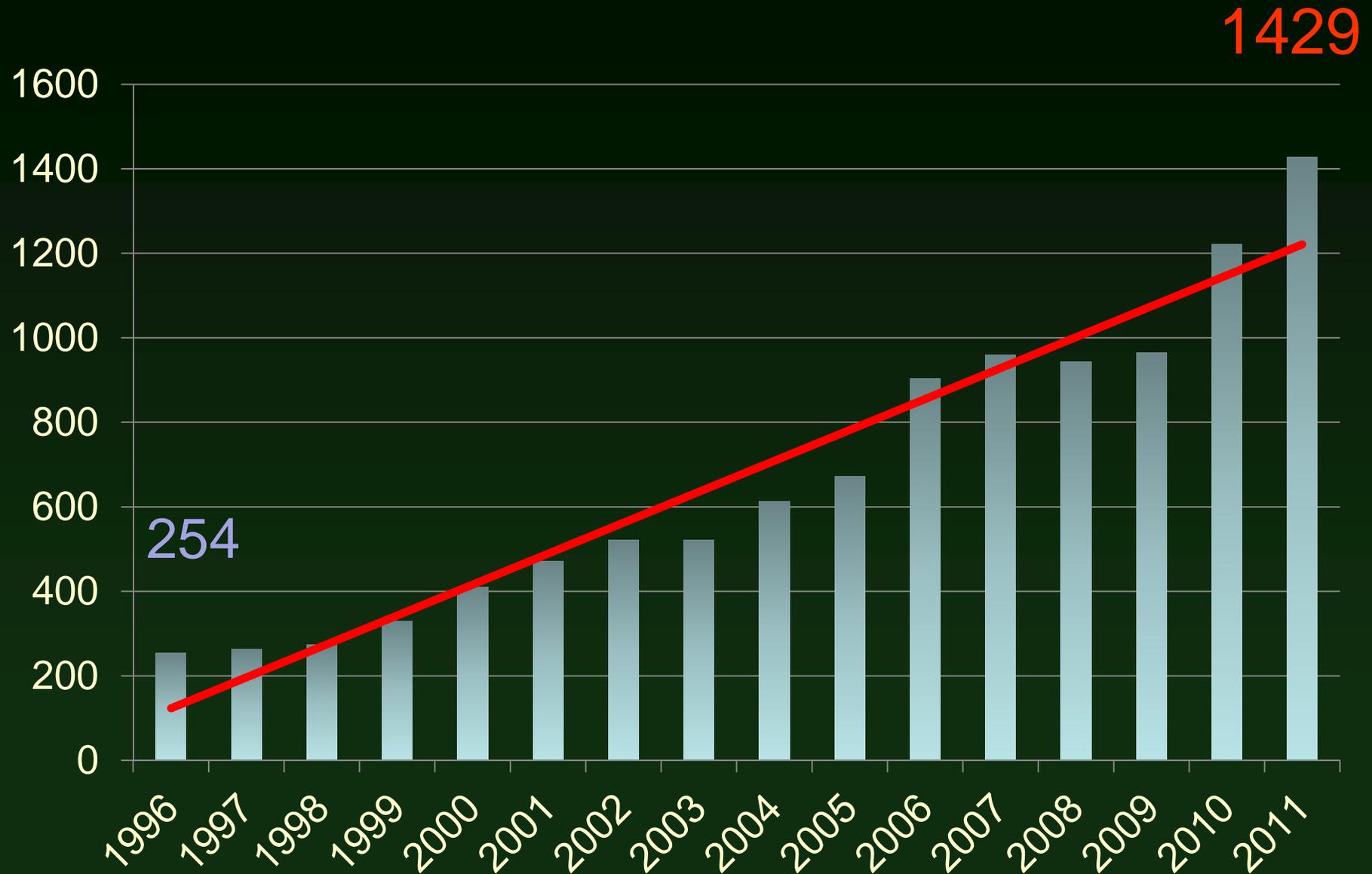
- Ursächlich für 20-40% persistierender / rezidivierender Urethritiden
- Gepoolte Abheilungsraten aller verfügbaren Studien unter:
 - Azithromycin: 80%
 - Doxycyclin: 42%

Mycoplasma genitalium

- Azithromycin 500 mg und 250 mg für 4d
(Höhere Abheilungsrate 96%)
- Moxifloxacin 400mg /d für 7-10 d
(Abheilungsrate 100%)
- Kontrolle nach 3-4 Wochen

Manhart LE et al. CID 2011;53: S129-S142
IUSTI 2009 European Guidelines on the Management
of Male Urethritis. Int J STD AIDS 2009;20:458-64

Gonorrhoe in der Schweiz



Gonokokken-Urethritis beim Mann

Klinik

- Inkubationszeit 2-5 Tage (1-14, selten länger)
- Abrupter Beginn mit eitrigem Fluor
 - 25% diskrete Sy.
 - seltener
asymptomatisch

Gonokokken-Urethritis beim Mann

Komplikationen

- Balanoposthitis
- Tysonitis
- Paraurethritis
- Periurethralabszess
- Cowperitis
- Lymphangitis
- Penisödem
- Strikturen
- Epididymitis
- Vesikulitis
- Prostatitis

Gonokokken-Urethritis bei der Frau

Klinik

- Inkubationszeit: grössere Variation als beim Mann
- 50% asymptomatisch
- Unspezifische Klinik:
 - 80% nur vaginaler Fluor
 - Dysurie
 - Metro- / Menorrhagie
- Häufig multianatomische Infektion
 - Zervizitis 90%, Urethritis 75%, Proktitis 40%

Gonokokken-Urethritis bei der Frau

Komplikationen

- **Vulvitis**
- Skenitis /
Periurethralabszess
- Bartholinitis (28%)
- Salpingitis (10 -20%)
- PID
- DGI

Gonokokken-Infektion

Diagnostik

- Kein Test mit 100% Sensitivität / Spezifität
- Direktpräparat: Beim Mann, ev. bei Cervicitis
(nicht anorektal / pharyngeal)
- NAATs: Hohe Sensitivität (>96%)
Erststrahlurin beim Mann (oder Abstrich)
Vaginalabstrich oder Cervix-Abstrich
Pharyngeal und anal (Testkontrolle!)
- Kultur: Resistenzprüfung!

Therapie der unkomplizierten Gonokokken-Infektion

- Schnell wachsende Resistenzproblematik von Ciprofloxacin
- Zithromax[®] (Azithromycin) alleinig nicht empfohlen
- Cephalosporine: Einzige Gruppe als 1. line tx:
 - Aktuell zunehmende Resistenzen auf perorale Formen
 - bis 30% auf Cephoral[®] (Cefiximin) in Japan
 - bis 4.5% in Kalifornien
 - Sporadisch: Reduz. Sensitivität auf Rocephin[®] (Ceftriaxon)

Unkomplizierte Gonokokken-Infektion

Therapie

Rocephin[®] (Ceftriaxon) 1x250 mg i.m.

CDC-Guidelines . MMWR 2010;59:06;55:1-114

IUSTI Guidelines. Int J STD & AIDS 2009; 20: 453–457

Rocephin[®] (Ceftriaxon) 1x250 mg i.m.

und Zithromax[®] (Azithromycin) 1x1g p.o.

CDC. MMWR 2011; (July 8) 60:873-7

Rocephin[®] (Ceftriaxon) 1x500 mg i.m.

und Zithromax[®] (Azithromycin) 1x1g p.o.

Bignell C, FitzGerald M. Int J STD & AIDS 2011;22:541-7

Syphilis: Trends in der CH

- Kontinuierlicher Rückgang von 1989 – 1997
- Aufhebung der Labormeldepflicht 1998 beim BAG
- Dermatologische Polikliniken:
 - 1998-2000: Tiefststände mit durchschnittlich 23 Fällen/J.
 - 2002: Verdoppelung der Meldungen
 - 2003: Knapp Verdreifachung der Meldungen
 - 2004: Dermatologisches Amb. STZ: 48 Fälle
Dermatologische Uniklinik Genf: 24 Fälle
 - 2005-9: Dermatologisches Amb. STZ: 1/Woche
Lautenschlager S. Dermatology 2005;210:134-42
Abraham S et al. Dermatology 2006;212:41-6

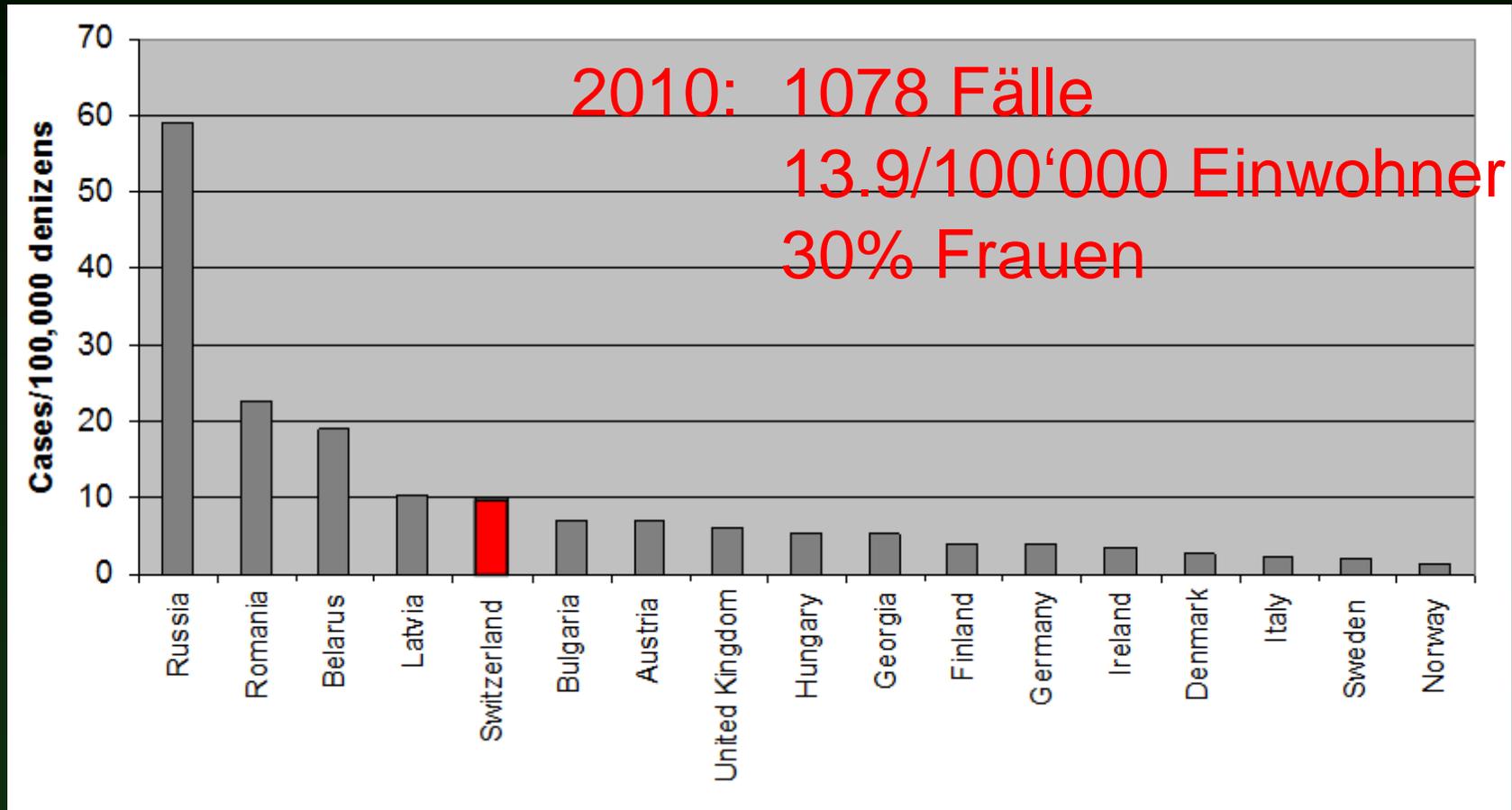
Syphilis

Epidemiologie nach Wiedereinführung der Labormeldepflicht

- 2006: 649 Fälle
 - 2007: 586 Fälle, 23% Frauen
 - 2008: 762 Fälle, 28% Frauen
 - 2009: 861 Fälle, 31% Frauen
 - 2010: 1078 Fälle, 30% Frauen
 - 24% Zürich
 - 17% Genf
 - 14% Waadt
 - 12% Bern
- Am häufigsten in der 4. und 5. Lebensdekade
 - 12% in der 7. Lebensdekade oder älter

BAG 2011

Epidemiologie der Syphilis in Europa



RKI. Epidemiol Bull 2009;49:503-12

Meyer-Sauteur PM et al. Swiss Med Wkly, 2012

Primäre Syphilis

- Meist schmerzloses Ulkus am Ort der Inokulation:
 - Derb
 - Schmierig belegte Basis
 - 5 - 14% extragenital
 - Gelegentl. atypisch
(multipel, knotig, fehlend)
- Nach wenigen Tagen:
 - Schmerzlose beidseitige Lymphadenopathie
- Abheilung nach durchschnittlich 6 Wochen

Holmes KK et al. Sexually transmitted diseases 3. ed. New York: McGraw-Hill, 1999
Lautenschlager S et al. Dermatology 2006;212:200-2



Stadium bei Diagnose in der CH:

- 30% primäre S.
- 46% sekundäre S.
- 24% latente S.

Lautenschlager S. Dermatology 2005;210:134-42

Primäre Syphilis

1. Atypische Klinik
2. Extragenitale Lokalisation
3. Atypische Symptome
4. Vollständig fehlende PA

Extragenitale Primäraffekte (5-14%)

➤ Anal / rectal:

- häufig nicht diagnostiziert
- gelegentlich nur Induration / Fissur
- Indolente inguinale LK (bei analem PA)

➤ Prinzipiell ganzes Integument:

Therapie der Syphilis

Frühsyphilis

- 1. Wahl: (CDC, Europ. Guidelines)
1 x 2.4 ME Benzathin-Penicillin i.m.
(ev. 2. Dosis nach 1 Woche)
- 2. Wahl:
1 x 1.2 Mio E Procain Penicillin G i.m. / d
während 10 - 14 Tagen
- Penicillinallergie: - Doxycyclin 2 x 100 mg / d für 14 d
- Ceftriaxon 250 - 1000 mg / d für 10 d
- (Azithromycin 500 mg / d für 10 d)

Parkes R et al. Int J STD & AIDS 2004;15:73-88

Lautenschlager S. Am J Clin Dermatol 2006;7:291-304

Lymphogranuloma Venereum (*C. trachomatis* serovars L1-L3)

➤ 2003 / 2004: 92 bestätigte Erkrankungen in Holland

- Alles MSM
- 77% HIV+
- Atypische klinische Präsentation

Van de Laar MJW et al. MMWR 2004;53:985-8

Nieuwenhuis RF et al. Sex Transm Infect 2003;79:453-5

➤ Weitere Ausbrüche in Paris, Antwerpen, Stockholm, Hamburg, UK and USA

Van der Bij et al. CID 2006;42:185-94

Lymphogranuloma Venereum

Atypisches rektales Syndrom

- Proktitis und anorektale Ulzera
- Rektale Schmerzen
- Blutiger / purulenter Ausfluss
- Obstipation
- Fehlen inguinaler LK

Nieuwenhuis RF et al. CID 2004;39:996-1003

Van der Bij AK et al. CID 2006;42:185-94

Blank S et al. Lancet 2005;365:1607-8

Therapie des LGV

- Spärliche Datenlage
 - Doxycyclin 2 x 100mg/d für 3 Wochen
 - Erythromycin 4 x 500mg/d für 3 Wochen
 - Ev. Azithromycin 1g/Woche für 3 Wochen?
- Gleiche Therapie für HIV+ Patienten
- Klinische Kontrollen bis zur Abheilung

McLean CA et al. CID 2007;44:S147-52

Schlussfolgerungen

- Für eine individuelle Beratung ist das Erheben der Sexualanamnese zwingend!
- An STIs auch bei geringfügigen Symptomen denken.
- *M. genitalium* muss in die Abklärung v.a. der rez. und chronischen Urethritis einbezogen werden.
- Die Resistenzlage von *N. gonorrhoeae* beachten!
- Aktuelle Guidelines benutzen (u.a. CDC, IUSTI, BASHH)

GUIDELINE

Int J STD AIDS 2011;22:241-4

European guideline for the management of chancroid, 2011

M Kemp MD PhD*, **J J Christensen** MD PhD†, **S Lautenschlager** MD PhD‡, **M Vall-Mayans** MD PhD§ and **H Moi** MD PhD**

GUIDELINE

Int J STD AIDS 2011;22:1-10

European guideline for the management of genital herpes, 2010

R Patel MB FRCP*, **S Alderson** BA†, **A Geretti** MD PhD‡, **A Nilsen** PhD§, **E Foley** FRCOG FRCP*, **S Lautenschlager** MD**, **J Green** PhD††, **W van der Meijden** MD PhD‡‡, **M Gomberg** MD PhD§§ and **H Moi** MD PhD***

www.iusti.org