



## 38. Interdisziplinäres Forum der Bundesärztekammer "Fortschritt und Fortbildung in der Medizin" 9. bis 11. Januar 2014

---

### Sexuell übertragene Infektionen (STI)

Prof. Dr. med. Norbert Brockmeyer, Bochum

Dr. med. Anja Potthoff, Borkum

Dr. med. Heinrich Rasokat, Köln

Prof. Dr. med. Helmut Schöfer, Frankfurt/Main

Dr. med. Petra Spornraft-Ragaller, Dresden

### Beantwortung der Zielfragen des Interdisziplinären Forums:

#### 1. Was ist neu?

##### a) Epidemiologie:

Erhebliche Zunahme sexuell übertragener Infektionen in den vergangenen zehn Jahren. Bei der Syphilis bis zu 700%; inzwischen mehr Syphilisneueinfektionen als HIV-Neueinfektionen. Infektionen in erster Linie bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM). Sehr geringe bis fehlende Zunahme bei Frauen. Bei Jugendlichen / jungen Erwachsenen stehen Chlamydien- und Genitalherpesinfektionen im Vordergrund, ebenso nach Daten aus Sachsen die Gonorrhoe. Bei letzterer zeigte sich in den letzten Jahren vor allem bei MSM eine nachlassende Empfindlichkeit gegen Drittgenerations-Cephalosporine, die aktuell letzte noch verbleibende Option zur ungezielten Therapie. Das Screening auf asymptomatische STIs sollte risikoadaptiert ausgeweitet werden (z.B. LGV bei MSM, AIN bei Immunsuppression).

##### b) Diagnostik:

Mit Ausnahme der Syphilis, deren Diagnostik sich noch immer auf serologische Nachweistechniken stützt, etablieren sich bei einer Mehrzahl der STI hochspezifische Nukleinsäuren amplifizierende Testverfahren (NAAT) als Goldstandard der Diagnostik. Für einige Infektionen (z.B. HIV) sind die zur Verfügung stehenden Schnellteste nahezu gleichwertig. Bei der Gonorrhoe sollte allerdings wegen der Resistenzproblematik die kulturelle Diagnostik dringend re-etabliert werden.

##### c) Therapie:

Therapieleitlinien der DSTIG/AWMF wurden oder werden gerade aktualisiert für Gonorrhoe, Syphilis, Chlamydien und humane Papillomviren (HPV-Impfung!).

##### d) Resistenzen:

Infektionen mit multiresistenten Gonokokken, Azithromycin-Resistenzen bei der Syphilis, zunehmend erschwerte Behandelbarkeit bei Chlamydien, Mykoplasmen und Ureaplasma.

**2. Was hiervon ist für die praktische Medizin wichtig?**

Zunahme der STI bedeutet, dass diese wieder in die tägliche Differentialdiagnose einbezogen werden müssen. Kenntnis wesentlicher Symptome. Dabei risikoadaptierte Diagnostik. Kenntnisse über die wichtigsten serologischen Tests. Bei der Syphilis Prophylaxe der Jarisch-Herxheimer Reaktion. Regelmäßige Kontrollen des Therapieerfolges über 12 Monate (klinische Abheilung und serologischen Therapieerfolg überwachen). Gonorrhoe und Chlamydieninfektionen bei Urethritiden und bei Proktitis (Lymphogranuloma venereum!) in die Differenzialdiagnose einbeziehen; bei entsprechendem Verdacht keine ungezielte Therapie mit Chinolonen! Impfung von Jungen und Mädchen gegen HPV vor dem ersten Sexualkontakt.

**3. Ist Prävention möglich?**

Zur Prävention und zur Beratung Diagnostik und Therapie haben Untergruppen der Sektion Sexuelle Gesundheit\* der DSTIG Hinweise und Empfehlungen erarbeitet und unter [www.DSTIG.de](http://www.DSTIG.de) online veröffentlicht. Eine Wiedereinführung der Meldepflicht für die Gonorrhoe und erstmals auch für Chlamydien wäre zur Einleitung spezifischer Präventionsmaßnahmen sinnvoll. Aufklärung der Bevölkerung mittels Ausstellungen (z.B. „Große Freiheit“, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA), oder über die Ansteckungsgefahr und Gefahr der malignen Entartung bei analen intraepithelialen Neoplasien) oder Merkblätter (BZgA, oder Deutsche AIDS-Hilfe).

**4. Welche Methoden sind diagnostisch/therapeutisch obsolet?**

Die Standards für Diagnostik und Therapie der STI sind einem enorm raschen Wechsel unterworfen. Aus diesem Grund sind die Informationen jeweils kurzfristig aktualisierter Leitlinien zu beachten. Insbesondere keine Monotherapie der Gonorrhoe ohne Resistenztest.

**5. Welche alten Methoden sind zu Unrecht vergessen?**

Die Direktmikroskopie bei den venerologischen Urethritiden und die Dunkelfeldmikroskopie zum Treponemennachweis sind in den Händen des erfahrenen Venerologen noch immer wertvolle, schnelle Tests für eine rechtzeitige Therapieindikation. Die kulturelle Diagnostik der Gonorrhoe wurde mit Verfügbarkeit der PCR verdrängt und ist aktuell wichtiger denn je.

**6. Welche Fehler werden erfahrungsgemäß häufig gemacht?**

Versäumnis einer risiko- und symptom-adaptierten Diagnostik; z.B. keine Anamnese und entsprechend keine Diagnostik anal oder pharyngeal. Fehler in der klinischen Differentialdiagnose einschlägiger Symptome (von genitalen Ulzera über nicht-juckende Exantheme bis zu granulomatösen Läsionen der Spätsyphilis, Missdeutung einer rektalen STI als entzündliche Darmerkrankung). Fehlinterpretationen der Syphilisserologie (→ Antibiotische Behandlung auch von Seronarben). Weglassen der Herxheimerprophylaxe mit anschließendem Problem der Unterscheidung dieser

Reaktion von einer Penicilliallergie vom Soforttyp. Obsolete Monotherapie (Chinolone, Azithromycin) der Gonorrhoe und Nichtanlegen einer Kultur zur Resistenzprüfung.

**7. Möglichkeiten (Stand) der Qualitätssicherung?**

Aktualisierte und aufgewertete Leitlinien zur Diagnostik und Therapie. Weiterbildungskurse der Deutschen STI Gesellschaft (Infos und Leitlinien auf [DSTIG.de](http://DSTIG.de)), Mikrobiologisch-infektiologische Qualitätsstandards in der Labordiagnostik (aktuell MIQ 16, 2. Auflage 2012; [www.dstig.de](http://www.dstig.de)). Leitfaden STI-Therapie der DSTIG ([www.dstig.de](http://www.dstig.de)).

**8. Über welche nicht-praxisrelevanten neuen Entwicklungen muss der niedergelassene Arzt trotzdem informiert werden?**

Durchführung der Penicillin-Desensibilisierung bei bekannter Penicillinallergie (v.a. bei schwangeren Frauen mit Syphilis und bei Neurosyphilis) Neue therapeutische und präventive polyvalente HPV Impfstoffe befinden sich in der Entwicklung.

**9. Wie ist das Kosten-Nutzen-Verhältnis der empfohlenen beziehungsweise verglichenen Diagnostik- und Therapie-Verfahren?**

Generell ist die Kosten-Nutzen-Relation bei der Diagnostik und Therapie venerischer Infektionen vorteilhaft. Dies gilt nach aktuellen australischen und britischen Datenerhebungen vor allem auch für eine flächendeckende HPV-Impfung.

**10. Was muss deshalb dringend über die Fortbildung weitergegeben werden?**

„Die klassischen venerischen Infektionen sind wieder da!“ und damit sehen wir auch wieder vermehrt die anderen STIs und HIV-Neuinfektionen. Risiko- und Symptom-adaptierte Diagnostik. Partnertherapie bei entsprechender Exposition. HIV-Therapie bei weniger als 500 CD4-Zellen pro  $\mu$ l. Die Abklärung einer STI erfordert unbedingt den Ausschluss weiterer STIs (gleicher Übertragungsweg, gleiches Infektionsrisiko!). Besonders hoch ist die Inzidenz bei MSM. Bei zusätzlicher HIV-Infektion wird wie bei HIV-Negativen behandelt, es besteht jedoch bei der Syphilis ein erhöhtes Risiko für eine Neurosyphilis. Impfung von Kindern und Jugendlichen gegen HPV, möglichst vor dem ersten Sexualkontakt; dies gilt ausdrücklich auch für Jungen (Empfehlung der Sächsischen Impfkommision). In der Ordination gezielt das Gespräch über Sexualität und STI suchen, risikoadaptiert gezielt auf Möglichkeiten der Prävention (z.B. Kondome) hinweisen. Aktuelle Informationen zu den STI (Weiterbildung, Standards, diagnostische und therapeutische Leitlinien usw.) finden sich auf der Homepage der DSTIG ([www.dstig.de](http://www.dstig.de)).