

„Ein heikles Thema“:
Sexuell übertragbare Krankheiten- was müssen
Hausärzte darüber wissen?"

HFH- Hausärztliche Fortbildung Hamburg

Dr. Michael Sabranski, Dr. Knud Schewe

Mögliche Interessenskonflikte

- Dr. Knud Schewe

- Beratertätigkeit, Kongresssponsoring und Vortragstätigkeit für Gilead Sciences, ViiV Healthcare, Abbvie, MSD, Janssen Cilag, Hexal
- Selbstständig niedergelassen in einer BAG, 2008-2018, Sprecher des Vorstands der dagnä, Mitgliedschaft der dagnä, DAIG, DGIM, DGI

ICH Hamburg-Stendal



www.ich-hamburg.de

Let's go! Kasuistik 1

40 Jahre
Einzelhandelskaufmann
Single, Hypertonie
Sonst gesund

Woran denken Sie?



Input der Teilnehmer

Ulzeröse Genitalveränderung

- Trauma (sexuelle Praktiken wie Abbinden)
- Herpes simplex
- Chronisches Ekzem
- Karzinom
- Lues

Wie kommen wir weiter: Let's talk about sex

- Professionelle und vollständige Anamnese
- Sexualität ist Lebensqualität
- Erkrankungen und Medikamente können sexuelle Funktionen beeinflussen
- Wichtige, weil seltene, Möglichkeit für Information, Aufklärung und Prävention.
- Gezielte Untersuchungen und Behandlungen durch bessere Information möglich
- Erkennen persönlicher Risiken

Barrieren der Kommunikation

- Einstellungen zur Sexualität
 - z.B. Sexualität, als „Privatsache“, „darüber spricht man nicht“
- Unsicherheit bezüglich der Grenzen beim Anderen
- Fehlende Worte für die Kommunikation über Sexualität
- Normative Vorstellungen:
 - Monogamie, Dominanz des Vaginalverkehrs und von Heterosexualität, „im Alter oder mit Behinderung hat man keinen Sex (mehr)“, Unsicherheiten bezüglich Homo- und Transsexualität...

Reflexion der eigenen Haltung

- Umgang mit Scham, Moral, Gewissen, „Tabuthemen“...
- Offenheit für andere Lebenswelten und fremdartig anmutende Konzepte von Gesundheit und Krankheit
- Haltung zu fremdartig anmutenden Sexualpraktiken
- Umgang mit dem eigenen (Präventions-) Anspruch und möglichem Scheitern
- Bedeutung der eigenen Körpersprache

Eine akzeptierende Grundhaltung stellt die Basis einer Beratung um STI oder andere Erkrankungen und Störungen im Bereich der Sexualität dar.

STI Risikoanamnese: 3 P Fragen

■ Partner/in

„Um Ihre Gesundheitsrisiken richtig einschätzen zu können, wäre es hilfreich für mich zu wissen, ob Sie im vergangenen Jahr mehrere Sexpartner oder Sexualpartnerinnen hatten.“

„Leben Sie in Partnerschaft, mit einem Mann oder einer Frau?“

„Haben Sie (in letzter Zeit) Sex mit Männern, Frauen oder beiden?“

STI Risikoanamnese: 3 P Fragen

■ Praktiken

„Welche sexuellen Praktiken üben oder übten Sie aus?“

Vaginalverkehr, Oralverkehr, Analverkehr? Andere Praktiken?

... ausschließlich Vaginalverkehr...?; ... aktiven oder passiven Analverkehr?...

„Sie wünschen einen HIV-Test, weil Sie meinen, ein Risiko gehabt zu haben. Was ist denn genau passiert?“

„Was meinen Sie mit ‚nur ein bisschen rumgemacht‘?“

STI Risikoanamnese: 3 P Fragen

■ Prävention

„Wie gut kennen Sie sich mit dem Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen aus?“

„Was macht es Ihnen schwer, Kondome zu verwenden?“

„Haben Sie schon einmal von der PrEP gehört?“

„Haben Sie Fragen zum Schutz vor HIV oder anderen sexuell übertragbaren Infektionen, die wir besprechen könnten?“

Das Gespräch zur Sexualität

- Lassen Sie es zu Routine werden
- Versuchen Sie Vorannahmen zu vermeiden
- Setzen Sie Fragen in einen (klinischen) Kontext
- Sichern Sie Vertraulichkeit zu

Kasuistik 1: Sexualanamnese

- Sex mit Männern
- Fester Partner
- „Offene Beziehung“
- In der Partnerschaft keine Kondombenutzung
- Ca. 2x im Monat teils anonyme Sexualkontakte mit anderen Männern
- Analverkehr immer mit Kondom, Oralverkehr ohne

Syphilis in Deutschland

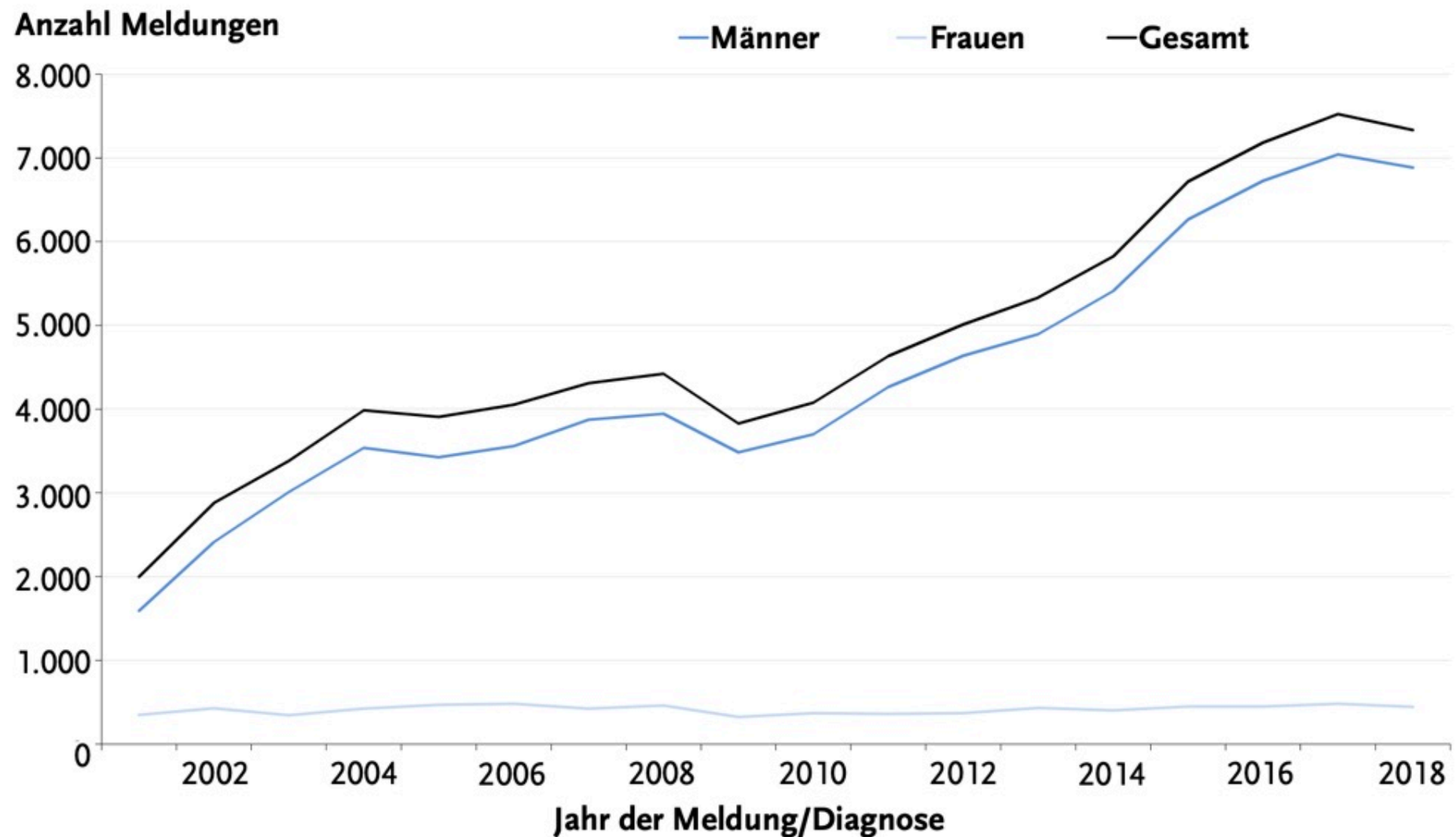


Abb. 1: Syphilis in Deutschland: Anzahl der gemeldeten Fälle nach Geschlecht und Jahr der Diagnose, IfSG-Meldezahlen 2001–2018

Syphilis in Deutschland

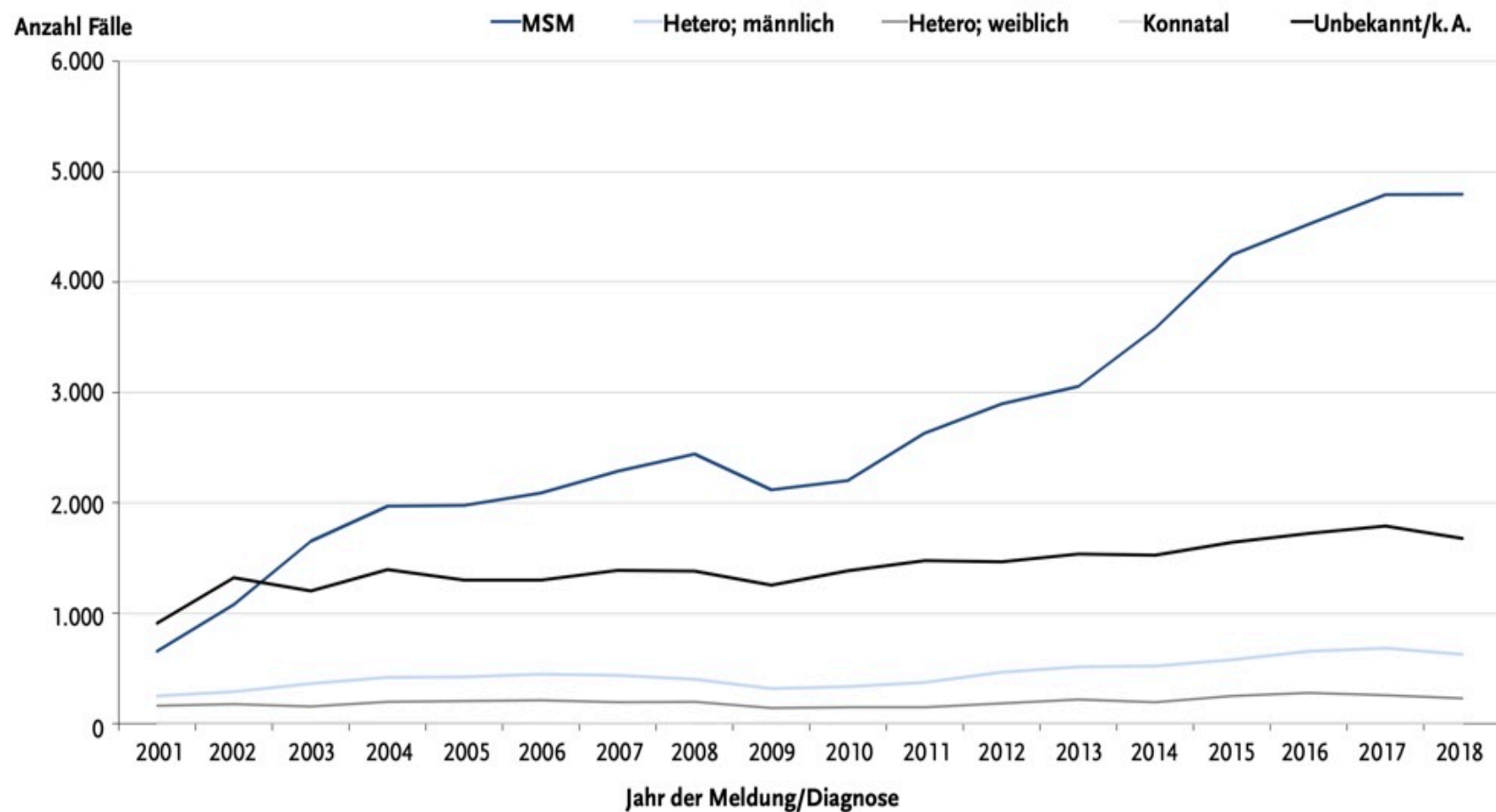


Abb. 5: Anzahl gemeldeter Syphilis-Infektionen nach Infektionsweg; Deutschland, IfSG-Meldezahlen 2001–2018 (n = 86.342)

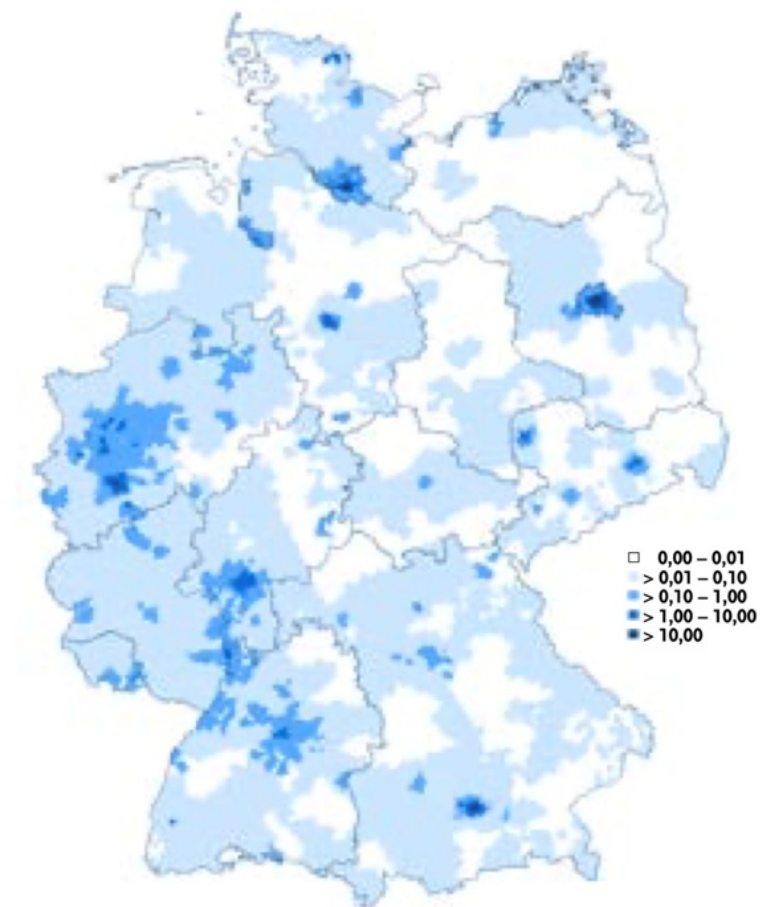


Abb. 3: Gemeldete Syphilis-Fälle pro 100.000 Einwohner nach Postleitzahlenbereich (geglättet), Deutschland, IfSG-Meldezahlen 2018 (n = 7.305)

Sexuell übertragbare Erkrankungen

- Dr. Michael Sabranski

Mögliche Interessenskonflikte

- Dr. Michael Sabranski
 - Beratertätigkeit, Kongresssponsoring und Vortragstätigkeit für Gilead Sciences, ViiV Healthcare, Abbvie, MSD, Janssen Cilag
 - Selbstständig niedergelassen in einer BAG seit 2011
 - Vorstandsmitglied der dagnä
 - Mitgliedschaft der dagnä, DAIG, BDI, DGI

Sexuell übertragbare Erkrankungen (STIs)

Gruppe	Erreger	Erkrankung
Bakterien	Treponema pallidum	Syphilis (Lues)
	Gonokokken	Gonorrhoe (Tripper)
	Chlamydia trachomatis D-K	Urethritis
	Chlamydia trachomatis L1-3	Lymphogranuloma Venereum
	Mycoplasma genitalium	Mycoplasmen-Urethritis
	Calymmatobacterium granulomatis	Granuloma inguinale
	Haemophilus ducreyi	Ulcus molle (Chankroid)
Viren	HSV 1 und 2	Herpes simplex Infektion
	HPV (>100 Typen)	Condylomata accuminata
	Hepatitis A Virus	Hepatitis A
	Hepatitis B Virus	Hepatitis B
	Hepatitis C Virus	Hepatitis C
	HIV 1 und 2	HIV-Infektion
	Molluscum-contagiosum-Virus	Mollusca contagiosa
	Ektoparasiten Phthirus pubis	Pediculosis pubis (Filzläuse)
	Sarcoptes scabiei	Skabies (Krätze)
	Protozoen	Trichomonas vaginalis
Pilze	Candida albicans	Mykose

Sexuell übertragbare Erkrankungen (STIs)

„The sores and the drips“

„The sores and the drips“

	Ulcus „sore“	Ausfluss „drip“
Lues	+++	-
Herpes simplex	+++	-
Gonorrhoe	-	+++
Chlamydieninfektion	+ (bei LGV)	++

- **schmerzhaftes Ulcus: V.a. Herpes simplex**
- **schmerzloses Ulcus: V.a. Lues**

Fall 2: „The sore“



- 35 jähriger Mann, MSM
- bekannte HIV-Infektion
- schmerzlose Läsion am Penis

V.a. Primäraffekt, DD: HSV

Welcher Test ?

bei schmerzhaftem Ulcus immer an HSV-Infektion denken !

Fall 2: „The sore“



- PCR Abstrich: **Lues pos**
- TPHA negativ
- VDRL negativ
- Lues-IgM: negativ

Diagnose: primäre Syphilis (Lues I)

„Ulcus durum“

Tardocillin® 2,4 Mio I.E. i.m. einmalig

Ulcus klingt nach 4-6 Wochen spontan ab – Übergang zur Lues II möglich

Fall 3:



- 45jähriger Mann, MSM
- seit ca. 4 Tagen fleckiger Ausschlag
- nicht juckend
- keine weiteren Symptome

DD: Lues Pityriasis rosea, HIV Infektion

Arzneimittlexanthem, Psoriasis

Welcher Test ?

Fall 3:



- TPHA 1: 10240
- VDRL 1:8
- Lues-IgM: 1,8

Diagnose: Sekundäre Syphilis (Lues II)

„makulöses Syphilid“

Tardocillin® 2,4 Mio I.E. i.m. einmalig

Fall 4:



- 72 jähriger Mann, verheiratet MSM
- neu diagnostizierte HIV-Infektion
- Exanthem der Handinnenflächen und Fußsohlen

Welcher Test ?

Fall 4:



- TPHA 1: 20480
- VDRL 1:8
- Lues-IgM: 0,8

Diagnose: Sekundäre Syphilis (Lues II)

„Palmoplantarsyphilide“

„Clavi syphilitici“

Noch nie vorher Lues getestet

Tardocillin® 2,4 Mio I.E. i.m. d 1,8,15

Einsatz diagnostischer Tests bei Syphilis

Serologie:

Suchtest:	TPPA, TPHA (2-3 Wochen nach Infektion positiv)
Bestätigungstest:	FTA-ABS Test (2-3 Wochen nach Infektion positiv)
Behandlungsbedürftigkeit: positiv)	Cardiolipin, VDRL, IgM (4-6 Wochen nach Infektion positiv)

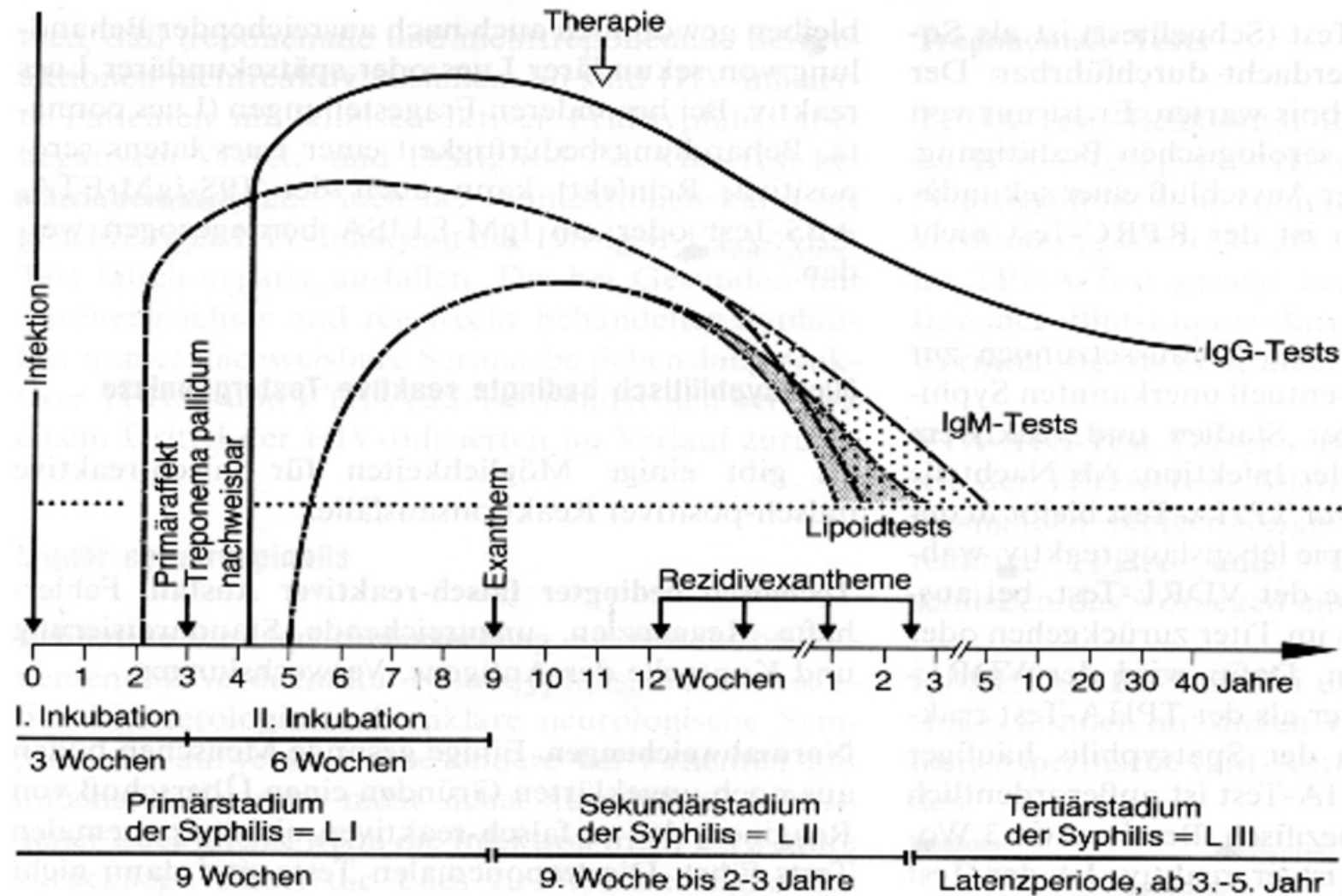
Abstrich:



- Trockener Tupfer ohne Medium
- Nukleinsäureamplifikation (NAAT, PCR)

Treponema pallidum nicht kultivierbar !

Verlauf der Lues-Serologie:



- Verlaufskontrolle nach 2-4 Wochen + 3,6, und 12 Monaten
- Kriterium der Ausheilung: VDRL o. Cardiolipin-Abfall um 4 Titerstufen / 12m

Stadieneinteilung der Syphilis

Frühsyphilis < 1 Jahr	Stadium I, Primärstadium (2-3 Wochen)	<ul style="list-style-type: none">• Primäraffekt• Ulcus durum
	Stadium II, Sekundärstadium (Monate)	„Hämatogene Aussaat“ <ul style="list-style-type: none">• Fieber, Kopfschmerzen, Hautausschlag, Hepatitis !• Meningitis
	Frühe Latenzphase („early latent“)	<ul style="list-style-type: none">• Keine Symptome
Spätsyphilis < 1 Jahr	Späte Latenzphase („late latent“)	<ul style="list-style-type: none">• Keine Symptome (25% klin. Reaktivierung)
	Stadium III, Tertiärstadium	<ul style="list-style-type: none">• Gummen• Aortenaneurysma
	Stadium IV (Neurosyphilis) (cave: bei HIV auch früher)	<ul style="list-style-type: none">• Tabes dorsalis• Meningitis

Therapie der Syphilis (1)

Frühsyphilis (< 1 Jahr)

Empfehlung	Benzathin-Benzylpenicillin, (Pendysin®, Tardocillin®)	2,4 Mio I.E. i.m. einmalig
Alternative	Ceftriaxon (Rocephin®*)	2 g/d i.v. 10 Tage
Penicillinallergie	Doxycyclin	2x 100 mg/d p.o. 14 Tage od.
	Erythromycin	4x 0,5 g/d p.o. 14 Tage

Generationszeit von *Treponema pallidum* 30-33h !

Leitlinie der Deutschen STD-Gesellschaft (2019)

Therapie der Syphilis (2)

Spätsyphilis (> 1 Jahr)

Empfehlung	Benzathin-Benzylpenicillin, (Pendysin®, Tardocillin®)	2,4 Mio I.E. i.m. Tag 1,8,15
Alternative	Ceftriaxon (Rocephin®*)	2 g/d i.v. 10-14 Tage
Penicillinallergie	Doxycyclin	2x 100 mg/d p.o. 28 Tage od.
	Erythromycin	4x 0,5 g/d p.o. 28 Tage

Leitlinie der Deutschen STD-Gesellschaft (2019)

Bei neu diagnostizierter Syphilis :

- Partnernotifikation
- Transmissionsrisiko senken (7d nach Therapie „safer sex“)
- Koinfektionen ? (HIV, HCV, HBsAK, Gonorrhoe, Chlamydien)
- Bei negativem HIV-Test PrEP anbieten

Exkurs: Herpes simplex- Therapie

Primärinfektion (genital, anal, oral):

- Aciclovir 400mg 3x tgl. 7-10 Tage o. 200mg 5xtgl. 7-10 Tage
- Valacyclovir 1g 2x tgl. 7-10 Tage
- Famciclovir 250mg 3xtgl. 7-10 Tage

- Aciclovir-Resistenz < 1%
- bei HIV-Koinfektion bis 7%

Reaktivierung:

- Aciclovir 400mg 3x tgl. 5 Tage o. 800mg 2xtgl. 5 Tage
- Valacyclovir 500mg 2x tgl. 3 Tage o. 1g tgl. 5 Tage
- Famciclovir 125 2xtgl. 5 Tage

Neu:

- HDIT 101, monoklonaler Antikörper, Phase 2 Studie

Dauersuppression (genital):

- Aciclovir 400-800mg 2x tgl.
- Valacyclovir 500mg 1x tgl. (Kosten !)

- Rezidivrate: von 1,7/Jahr auf 0,8/Jahr¹
- keine Nebenwirkungen

Fall 5: „The drip“



- 25jähriger Mann, MSM
- Milchiger Ausfluss
- Dysurie

Diagnose: Urethritis

DD: Gonorrhoe, Chlamydienurethritis

Welcher Test ?

Fall 5: „The drip“



Duplex PCR Harnröhrenabstrich:
Gonorrhoe positiv
Chlamydien negativ

Dg: Urogenitale Gonorrhoe („Tripper“)

Therapie: Ceftriaxon 1g 1x i.m. oder iv.

Diagnostische Tests bei Gonorrhoe

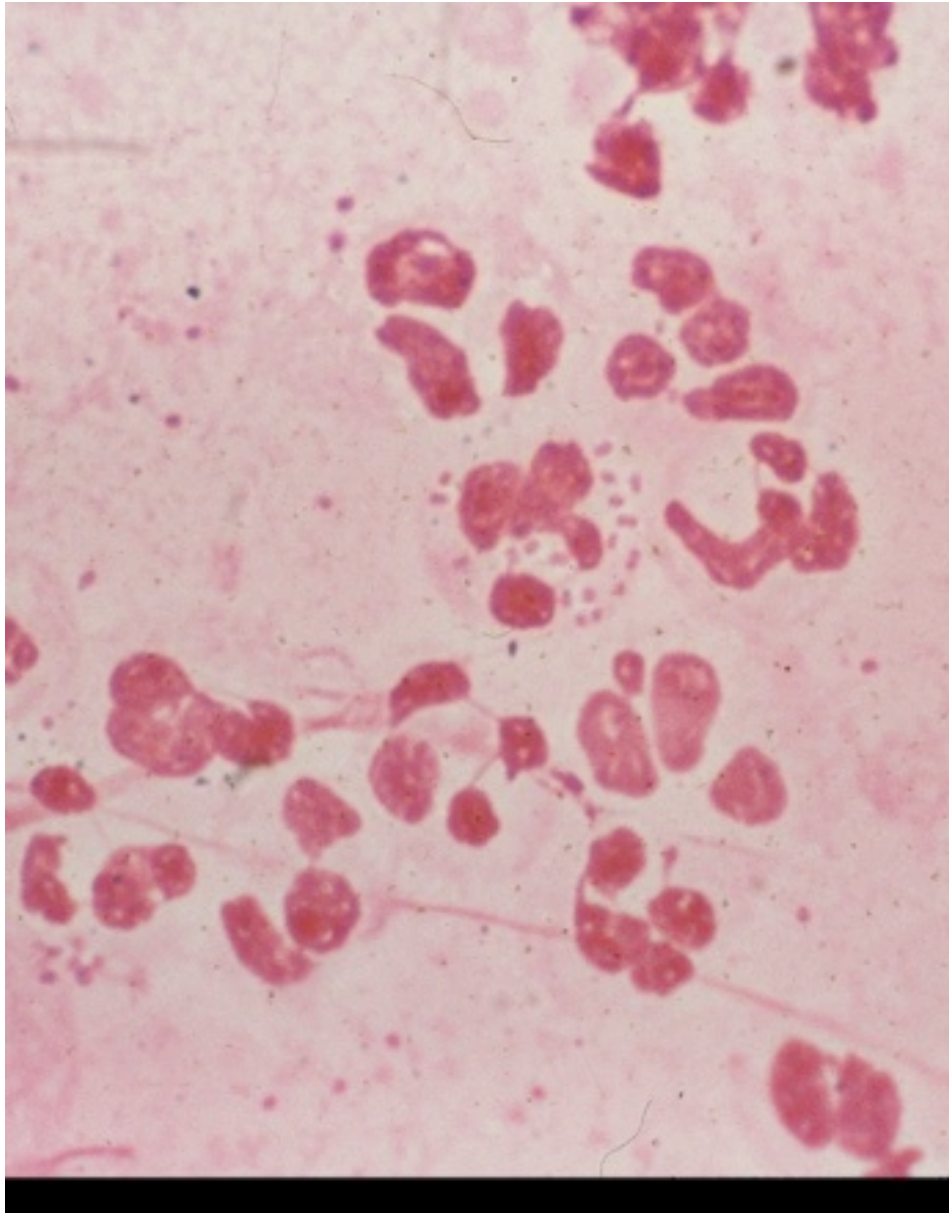


- Trockener Tupfer ohne Medium
- Nukleinsäureamplifikation (NAAT, PCR)
- Immer zusätzlich Chlamydiendiagnostik
- **mit Medium: Kultur möglich**

Alternative: NAAT (PCR) im Urin

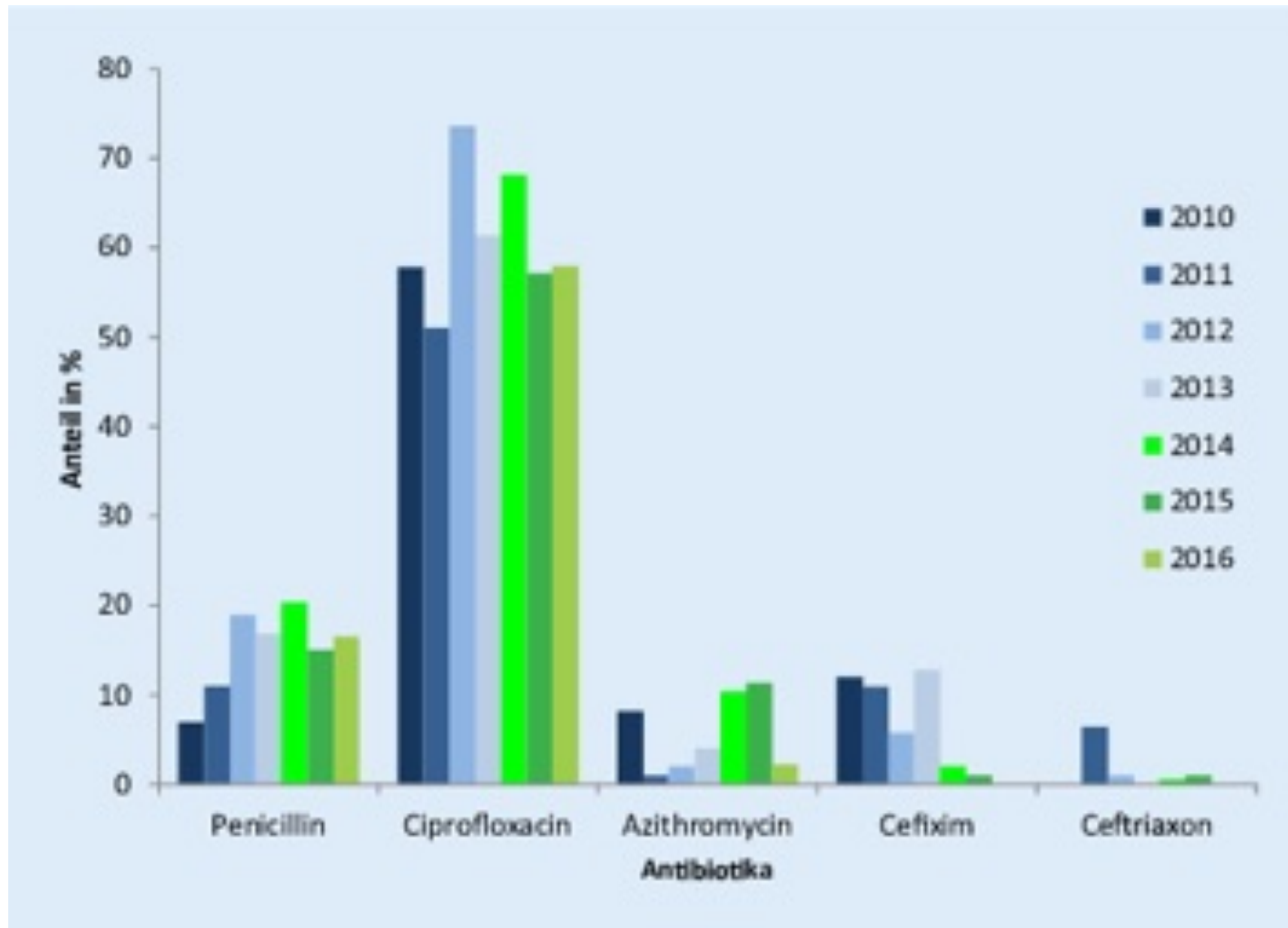
- wichtig: erste Portion, max. 10ml
- kein Erststrahlurin erforderlich
- keine ausreichende Sensitivität bei Frauen

Gonorrhoe: einige Fakten



- gramnegative Diplokokken
- weltweit ca. 80 Mio. Infektionen (2012)
- bei Frauen häufig asymptomatisch
(Cave: ektope SS, Sterilität)
- anale und pharyngeale Infektionen
- Inkubationszeit 2-6 Tage
- resistente Erreger sind meldepflichtig !

Gonorrhoe: Resistenzraten in Europa



<https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/NRZ/Konsiliar/Gonokokken/fachinformationen.html>

Therapie der Gonorrhoe (1):

Ceftriaxon (Rocephin®) 1-2g 1x i.m. oder i.v + Azithromycin 1,5g oral

Ceftriaxon (Rocephin®) 1-2g 1x i.m. oder i.v. (bei Monoinfektion)

(Cefixim (Cephoral®) 800 mg 1x p.o. + Azithromycin 1,5g oral)

- cave: nur nach Kenntnis der Resistenzlage und nicht bei pharyngealer Gonorrhoe

Neu:

- Dosiserhöhung auf 1-2g Ceftriaxon i.v.
- Gepotidacin, Phase III Studie (neue Substanzklasse Triazaanvenaphthylene)
- Meningokokken B – Impfung wahrscheinlich partiell protektiv

AWMFS2k-Leitlinie 2019

Therapie der Gonorrhoe (2):

- Therapiekontrolle nach 4-6 Wochen empfohlen
- Keine Azithromycin-Monotherapie (Resistenzen bis 10% in D)
- Kein Ciprofloxacin !
- Ofloxacin bei Kenntnis der Resistenzlage möglich
- Andere STD berücksichtigen: Chlamydien, Mykoplasmen
- HIV-Test anbieten, ggf. PrEP anregen

Fall 4: „The drip and the sore“

- 27 jähriger Patient, MSM
- seit 6 Wochen Durchfall und Verstopfung, Blut auf dem Stuhl, gelegentlich Schleim
- Proktologe: Proktitis Ulcerosa, Mesalazin ohne Erfolg – lokales Budenosid
- Was fragen Sie den Patienten? Woran denken Sie? Welche Diagnostik veranlassen Sie?

Fall 4: „The drip and the sore“

- Differenzialdiagnose:
- therapierefraktäre Proktitis Ulcerosa
 - lokale Irritation Fremdkörper, Spülung
 - CMV Colitis bei Immundefekt
 - LGV Chlamydien
 - rektale Syphilis

Diagnostik: analer PCR Abstrich Triplex:

Chlamydien: positiv, Subtyp L2, Gonokokken: negativ, Lues: negativ

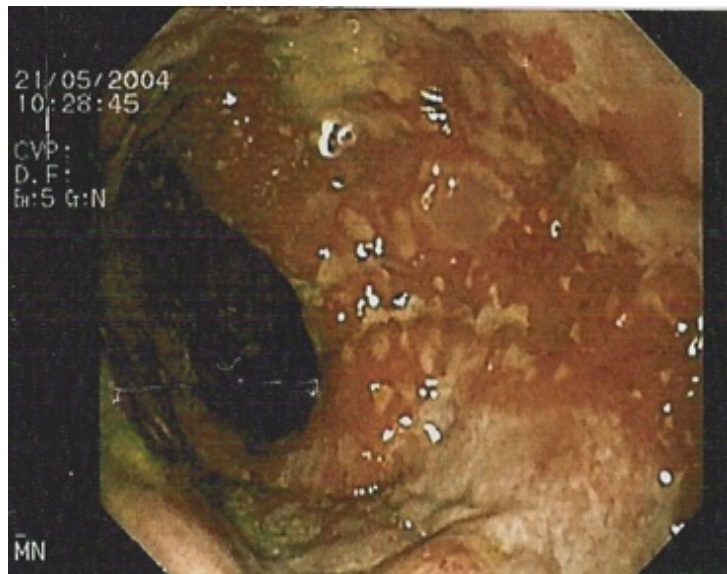
Dg: Chlamydienproktitis, Lymphogranuloma venereum

Therapie: Doxycyclin 100mg 2x tgl. 21 Tage

Lymphogranuloma venereum (LGV)

„Durand-Nicolas-Favre-Krankheit“

Serovare L1-3 (Labortest muss extra angefordert werden)



Proktitis



schmerzhaftes Ulkus mit inguinaler Lymphknotenvergrößerung

- 2/3 der Chlamydienproktitiden Serovar L1-3: Lymphogranuloma venereum (LGV)
- Cave: keine topischen Steroide
- HIV-Test erwägen

Hoffmann Deutsches Ärzteblatt 2017

Chlamydien: häufigste STD weltweit

- gramnegative Bakterien, weltweit ca. 89 Mio. Infektionen (2001)
- in Deutschland bis zu 20% Prävalenz bei jungen Frauen
- Nicht gonorrhöische Urethritis (NGU), Proktitis, LGV
- Inkubationszeit der Erstinfektionen 1-3 Wochen
- bei Frauen in 80% der Fälle asymptomatisch
 - (Cave: Salpingitis, ektope SS, Sterilität)
- bei Männern in 50% der Fälle asymptomatisch
 - (Cave: Prostatitis, Sterilität)
- häufig Koinfektionen mit Gonokokken (15%)

Therapie der Chlamydieninfektion:

Doxycyclin 100mg 2x tgl. 7 Tage oder Azithromycin 1,5g p.o. einmalig

- Schwangere/Stillzeit Azithromycin: 1,5g p.o. einmalig
(Doxycyclin kontraindiziert!)
- Lymphogranuloma venereum (LGV) Doxycyclin 100mg 2x tgl. **21 Tage**
alternativ: Azithromycin 1,5g Tag 1,8,15

STI Leitfaden 2019

Mollicutes - Kleinstbakterien als STD-Erreger

Mykoplasmen: **M. genitalium**, M. Hominis

Ureaplasmen: U. urealyticum, U. parvum

M. genitalium:

- Nicht gonorrhoeische Urethritis (NGU)
- Cervitiden, PID

Diagnostik:

- Abstrich/PCR (Pharynx, Anus, Vagina)
- Erststrahlurin
- Kultur schwierig

Therapie:

- Azithromycin 500mg d1, 250mg d2-5
- Moxifloxacin 400mg d1-10

Raskolat et al. HIV and more 2019

Sexuell übertragbare Erkrankungen (STIs)

Warum wird bei jeder STD ein HIV-Test empfohlen?

Risiko der Infektion bei ungeschütztem GV

rezeptiver Analverkehr	2:100
insertiver Analverkehr	6:10000
rezeptiver Vaginalverkehr	1:1000
insertiver Vaginaverkehr	6:100000

zusätzliche **STD** (kein Ulcus): Risiko steigt um das 2 bis 5-fache

zusätzliche **STD** (Ulcus): Risiko steigt um das 5 bis 10-fache

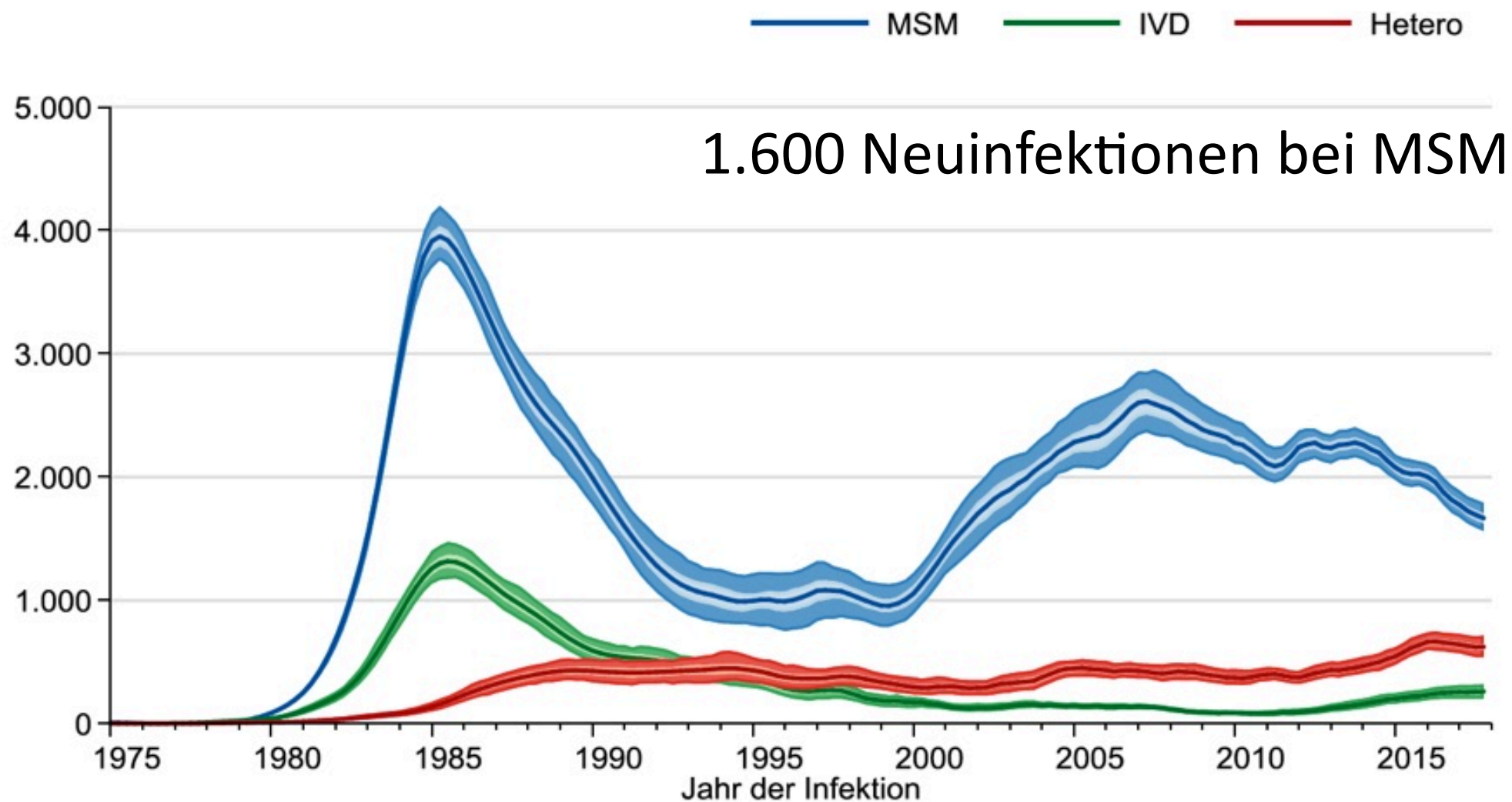
Weller SC, Davis-Beatty K: Cochrane Reviews:
<http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab003255.html>

STD sind HIV- Indikatorerkrankungen:

- AIDS-definierende Erkrankungen
- Erkrankungen/Zustände bei denen eine nicht bekannte HIV- Infektion nachteilige Auswirkungen auf die Prognose hat
- Erkrankungen, die mit einer nicht diagnostizierten HIV-Prävalenz von $> 0,1\%$ einhergehen

HIV-Präexpositionsprophylaxe

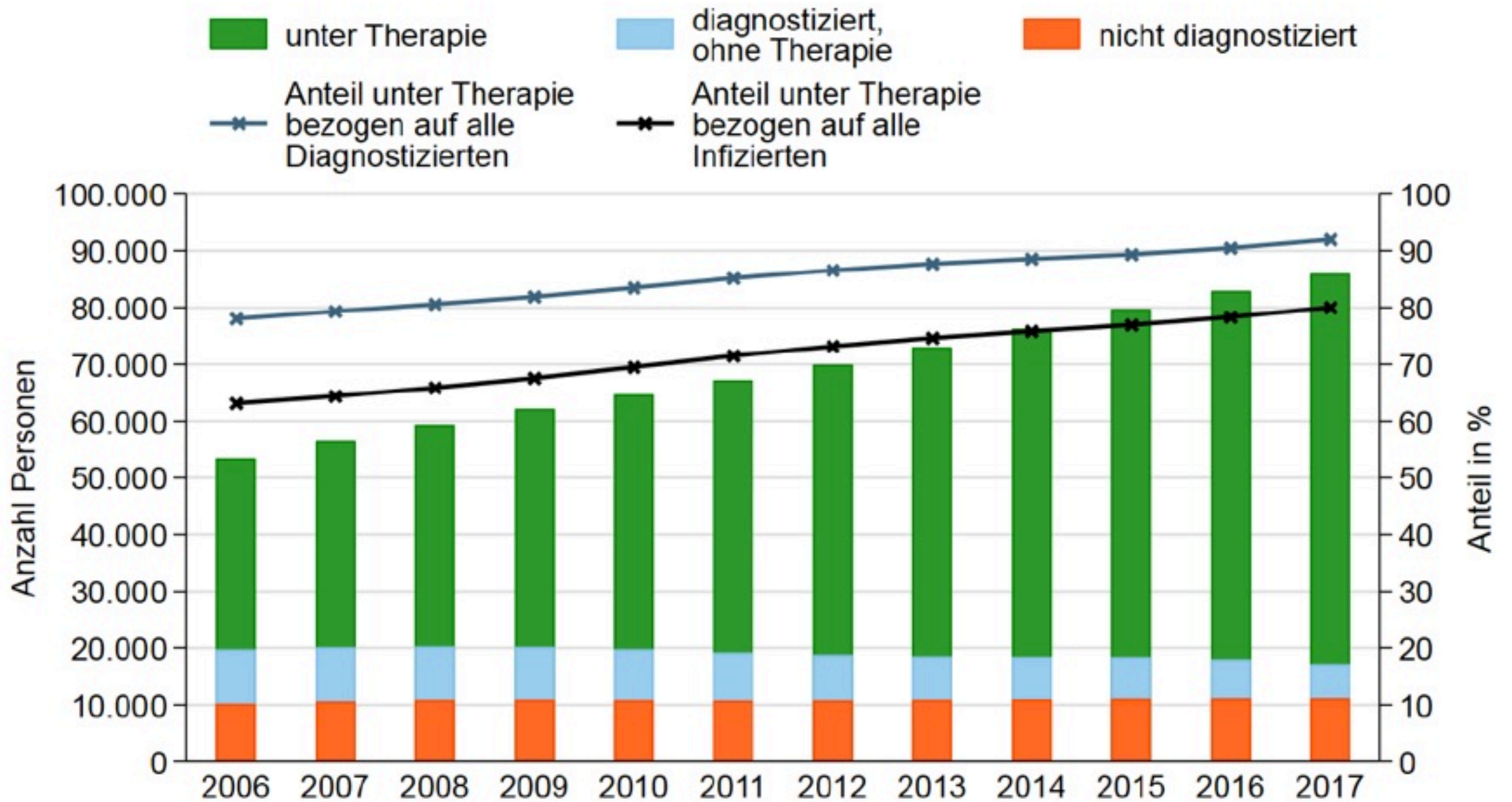
Geschätzte HIV Neuinfektionen nach Infektionsjahr und Transmissionsgruppe 1990-2018



* in Deutschland oder von Menschen deutscher Herkunft im Ausland erworbene HIV-Infektionen

** MSM: Männer, die Sex mit Männern haben; IVD: Personen mit i.v.-Drogenkonsum; Hetero: heterosexuelle Übertragung

Diagnose- und Therapiestatus HIV-Infizierter in Deutschland



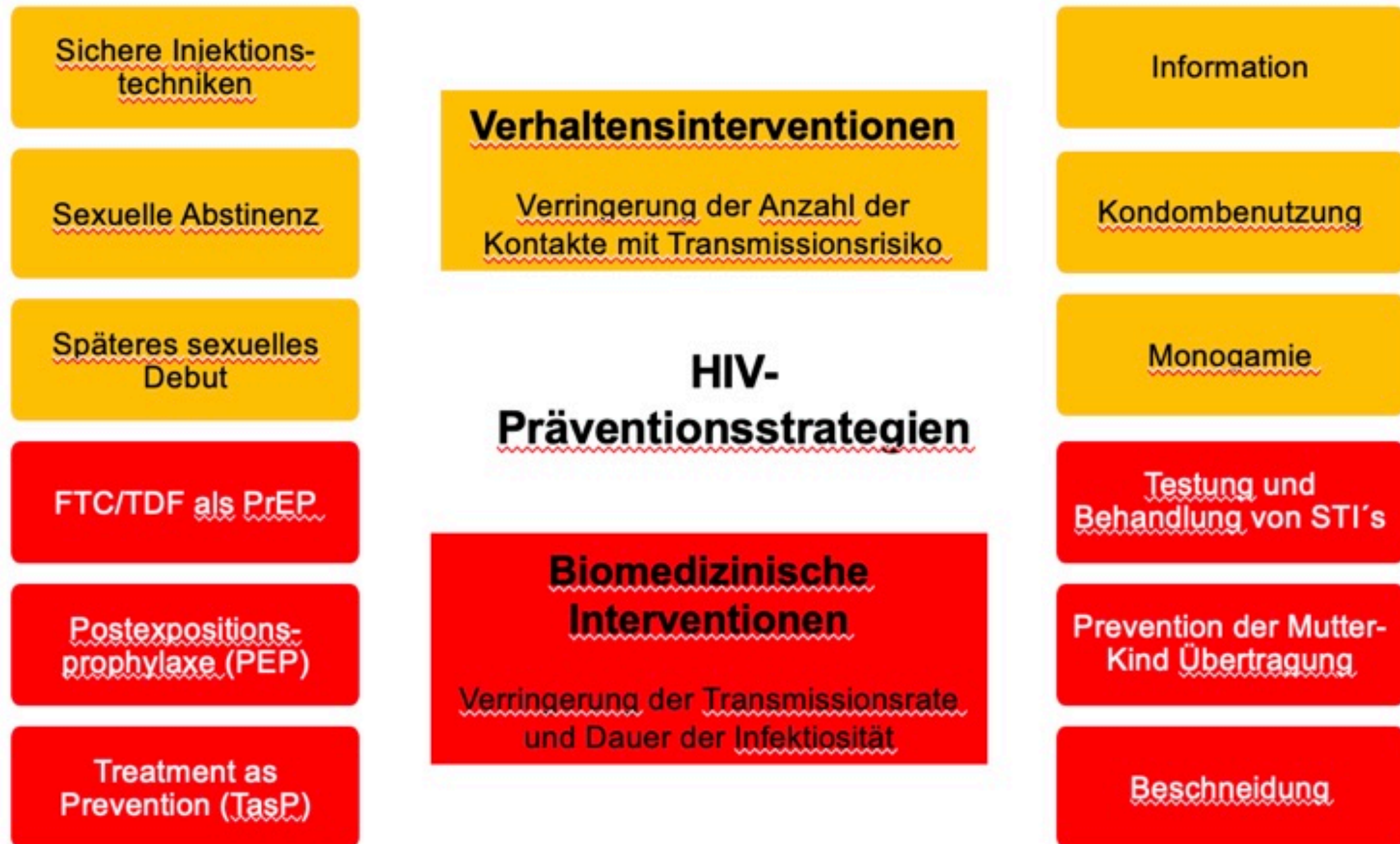
Warum brauchen wir eine HIV-PrEP?



55

- Effektivität von Kondomen zur Verhinderung der HIV-Transmission: 60-70%
- Bei korrekter Nutzung: 95%

HIV-Prävention ist mehr als nur Promotion von Kondombenutzung



Cohen M, et al. *J Int AIDS Soc.* 2008;11:4. (adapted)

Cohen M, et al. Sexual HIV Transmission and Its Transmission. www.medscape.org/viewarticle/416415. Accessed March 10, 2016.

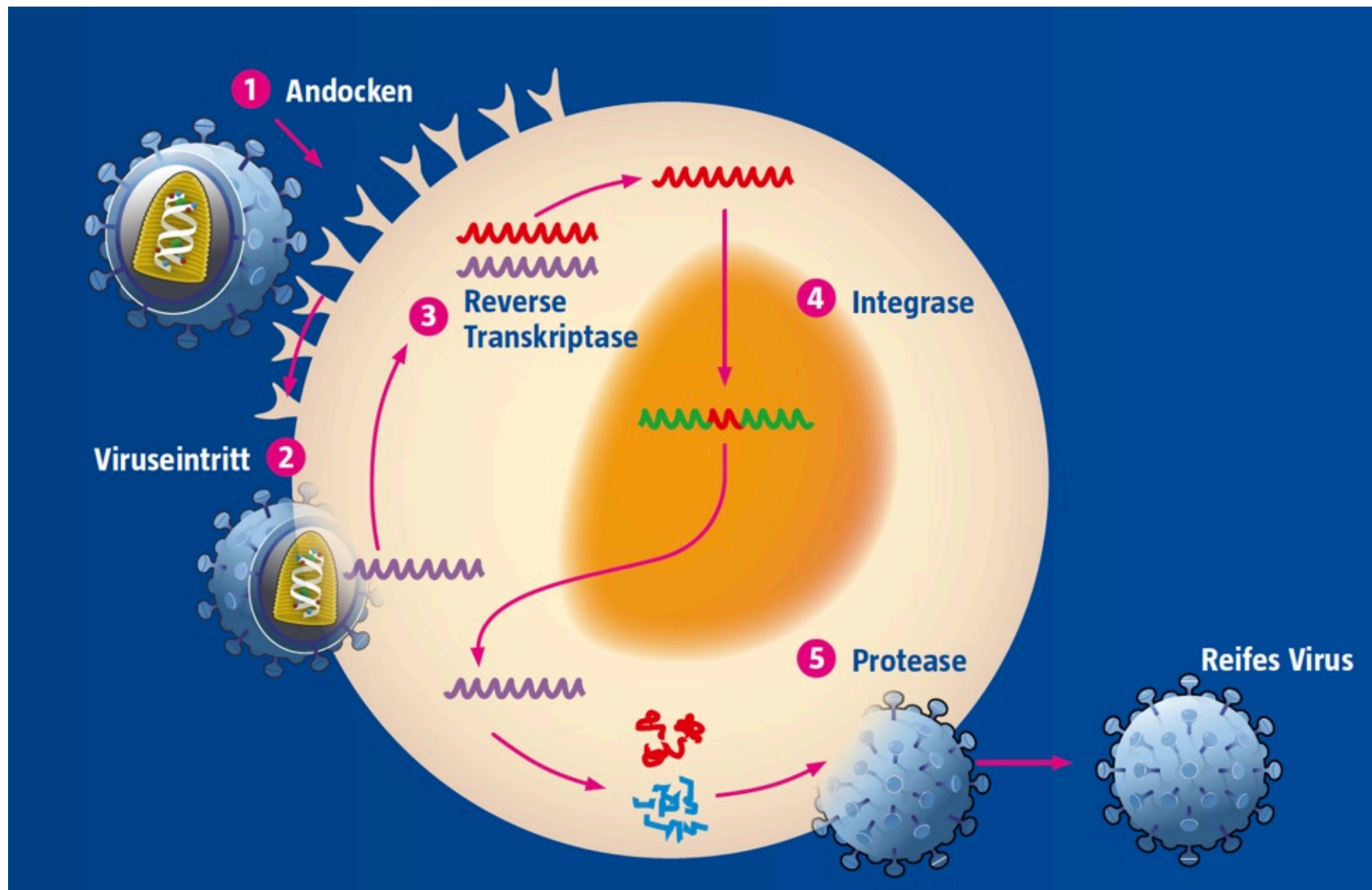
EMA Truvada SmPC, February 2018

HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP)

- Hemmer eines viralen Enzyms, der Reversen Transkriptase (NRTIs, „falsche Bausteine“)
- Nukleotidanalogue (TDF) + Nukleosidanalogue (FTC)
- Zusammen seit > 15 Jahren als „Truvada“ vermarktet, inzwischen gibt es viele Generika
- Weitere Substanzen und Applikationsformen in klinischer Entwicklung

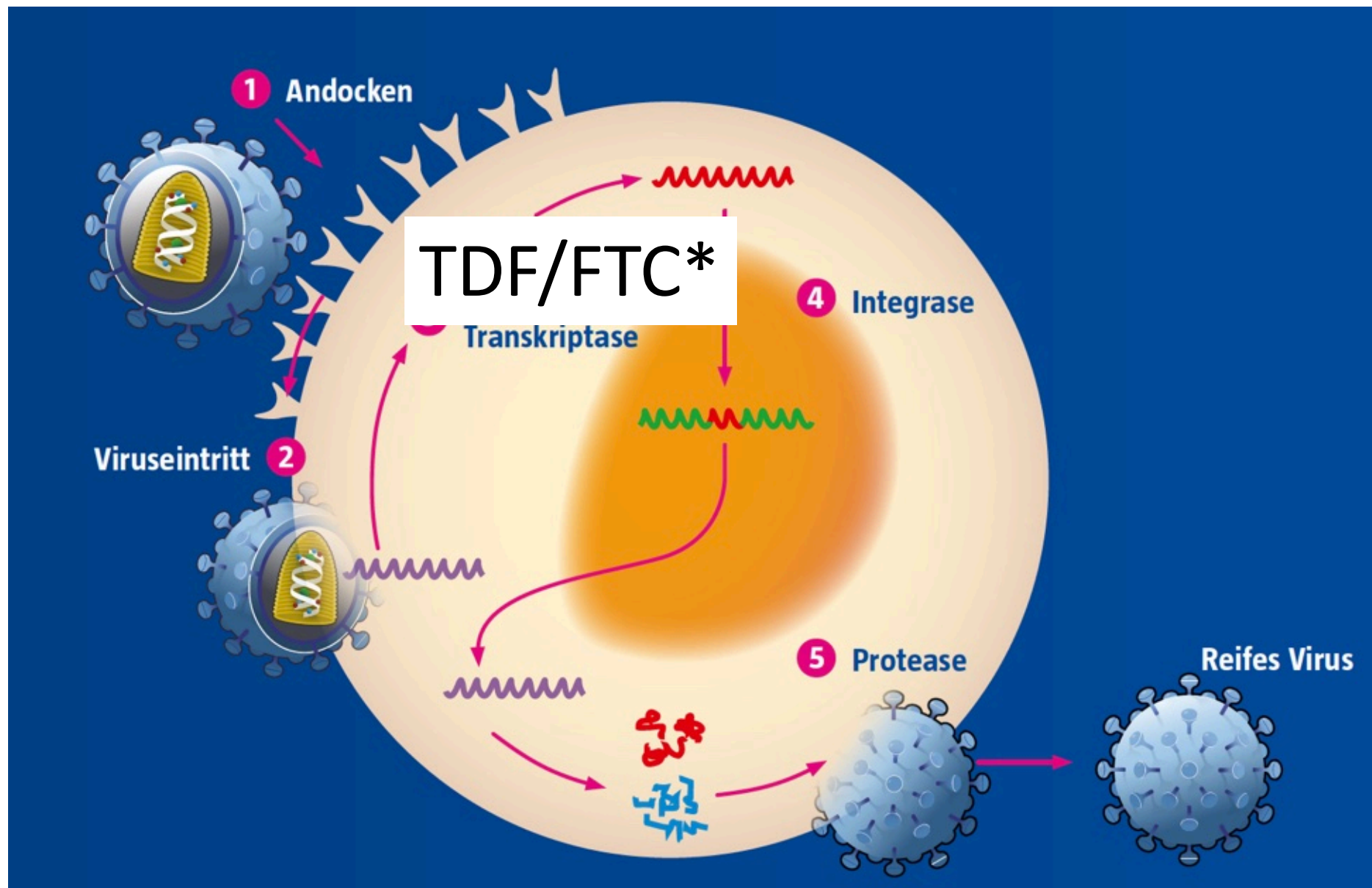
Wie funktioniert die HIV-PrEP

HIV-Replikationszyklus



Wie funktioniert die HIV-PrEP

HIV-Replikationszyklus



*TDF/FTC: Tenofoviridisoproxylfumarat/Emtricitabin

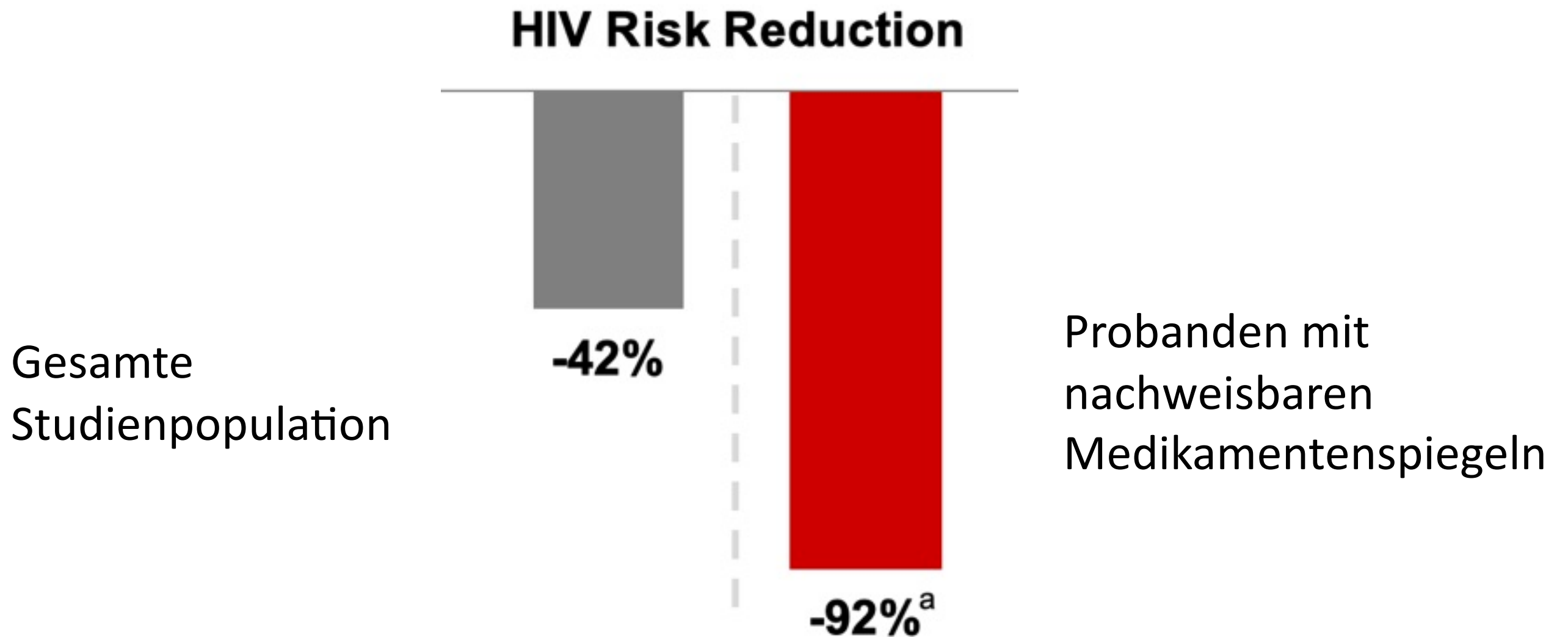
Nebenwirkungen: TDF/FTC ist kein Plazebo

- „Therapie von Gesunden“:
Höhere Ansprüche an Sicherheit, zielgenaue Indikation!
- Sehr gut verträglich, gelegentlich gastrointestinale Nebenwirkungen, Allergien extrem selten
- Nebenwirkungen (TDF): Niere und Knochen!
- Renale NW die zum Abbruch führen: 4-8/1.000/Jahr
- meist moderat und reversibel, proximaler Tubulus betroffen, akutes Nierenversagen möglich

=> Kreatinin-Kontrollen unabdingbar!

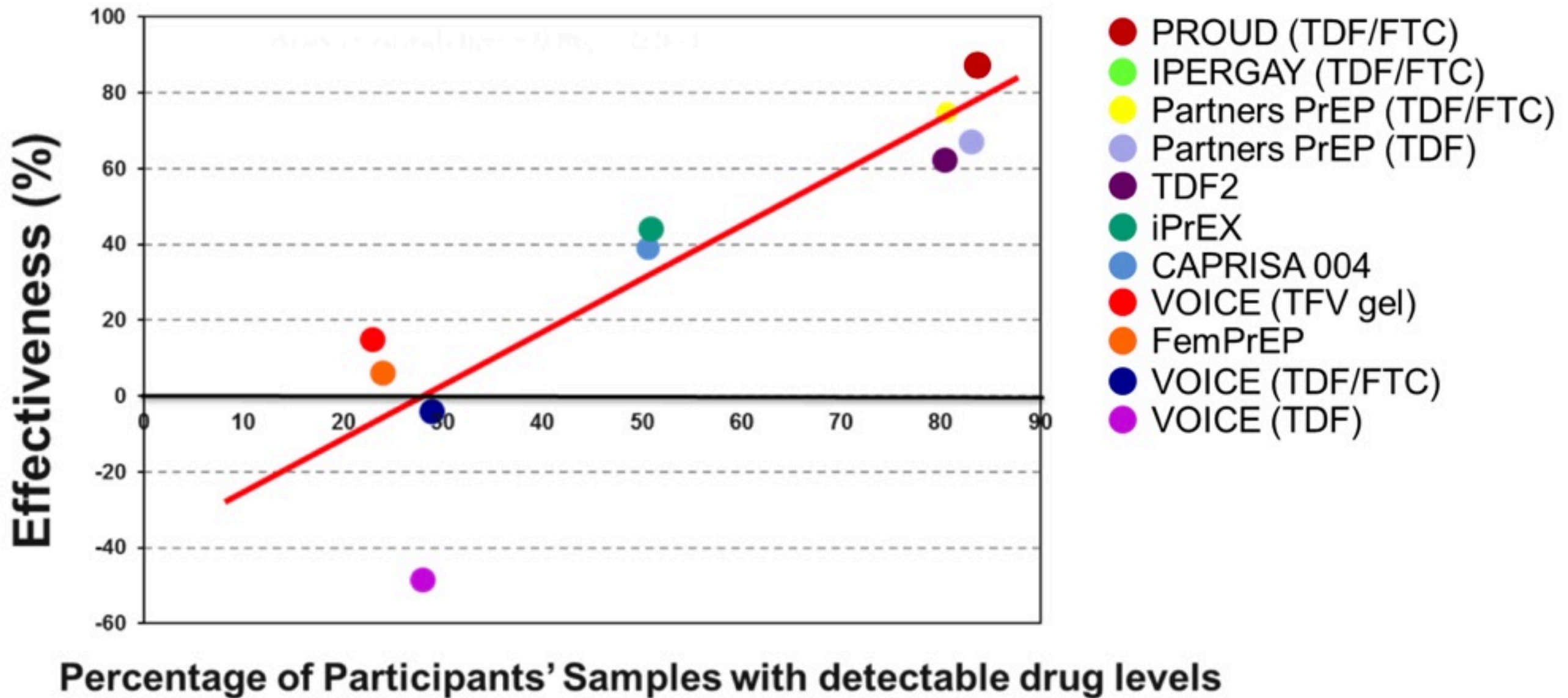
Wie Wirksam ist die PrEP?

iPrEX Studie: TDF/FTC, randomisiert, Plazebo-kontrolliert,
2499 MSM* und TGW**

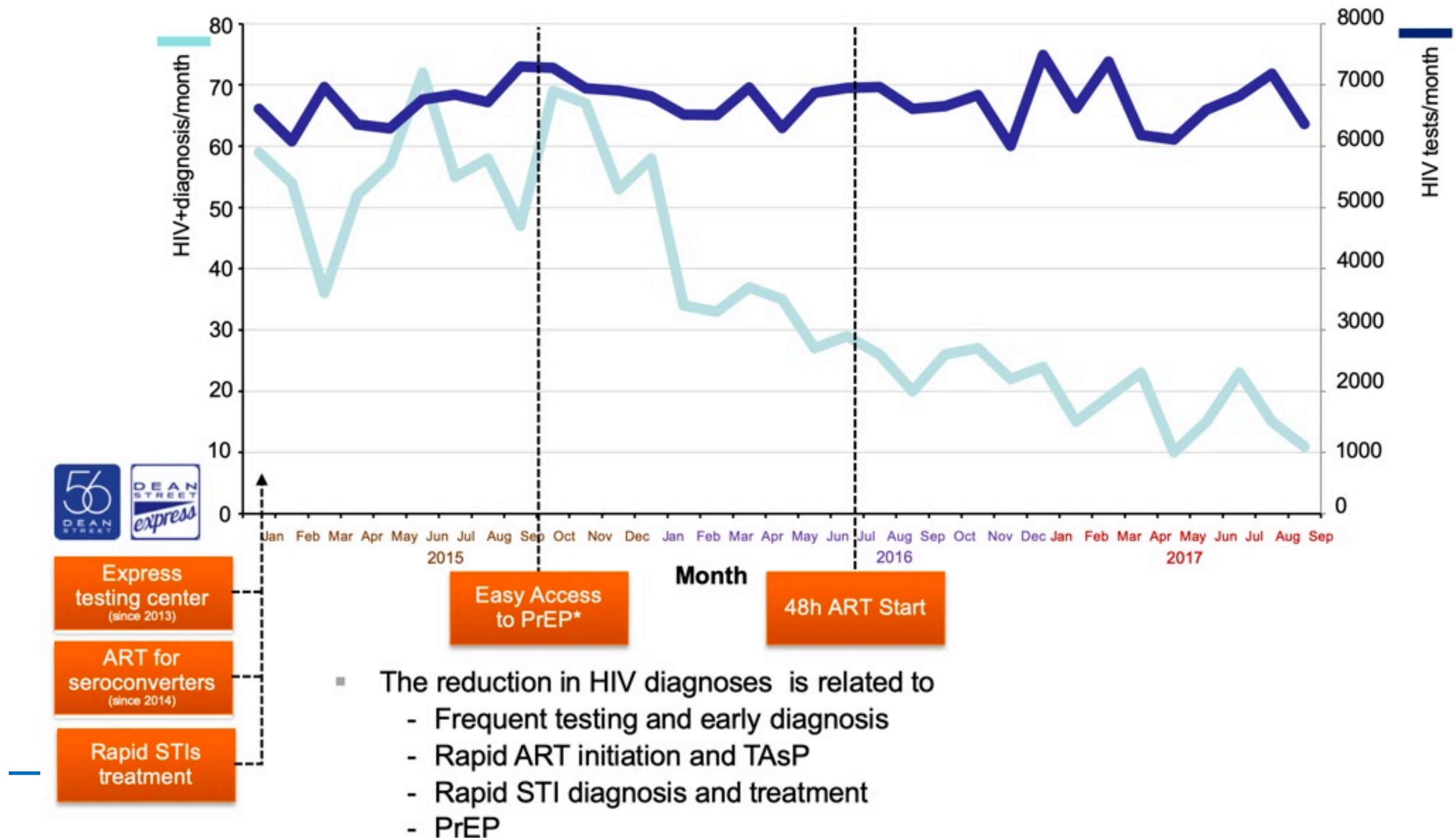


*MSM: Men who have sex with men **TGW: Transgender women

Effektivität von TDF/FTC zur PrEP in Abhängigkeit der Therapietreue



HIV-Neudiagnosen bei Verfügbarkeit von PrEP und Co bei MSM in London



- The reduction in HIV diagnoses is related to
 - Frequent testing and early diagnosis
 - Rapid ART initiation and TAsP
 - Rapid STI diagnosis and treatment
 - PrEP

Terminservice und Versorgungsgesetz: TSVG

§ 20j SGB V (neu):

Versicherte mit einem substantziellen HIV-Infektionsrisiko, die älter als 16 Jahre sind, haben Anspruch auf ärztliche Beratung, Untersuchungen und PrEP-Arzneimittel.

Wer ist anspruchsberechtigt

- Männer die Sex mit Männern haben und kondomlosen Sex praktizieren oder in den letzten 12 Monaten eine sexuell übertragbare Erkrankung hatten
- Serodiskordante Paar-Konstellationen
- Intravenös Drogen-gebrauchende
- Personen mit kondomlosen Sexualverkehr mit Partnern, die ein hohes Risiko für eine HIV-Infektion haben

Wie ist der Versorgungsumfang

- Beratung unter besonderer Berücksichtigung von Safer-Sex-Praktiken
 - Laborchemische Untersuchungen: Krea, HIV-Serologie
 - Verordnung von TDF/FTC.
- risikoadaptierte Untersuchung auf Lues, Gonorrhoe und/oder Chlamydien

Wer darf PrEP anbieten

HIV-Schwerpunktärzte:

Qualitätssicherungs-
vereinbarung HIV/AIDS
nach § 135 SGB V

„sonstige“ Vertragsärzte“:

Allgemeinmedizin

Innere Medizin

Kinder- und Jugendmedizin

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Urologie

Haut- und Geschlechtskrankheiten

Weitere Voraussetzungen:

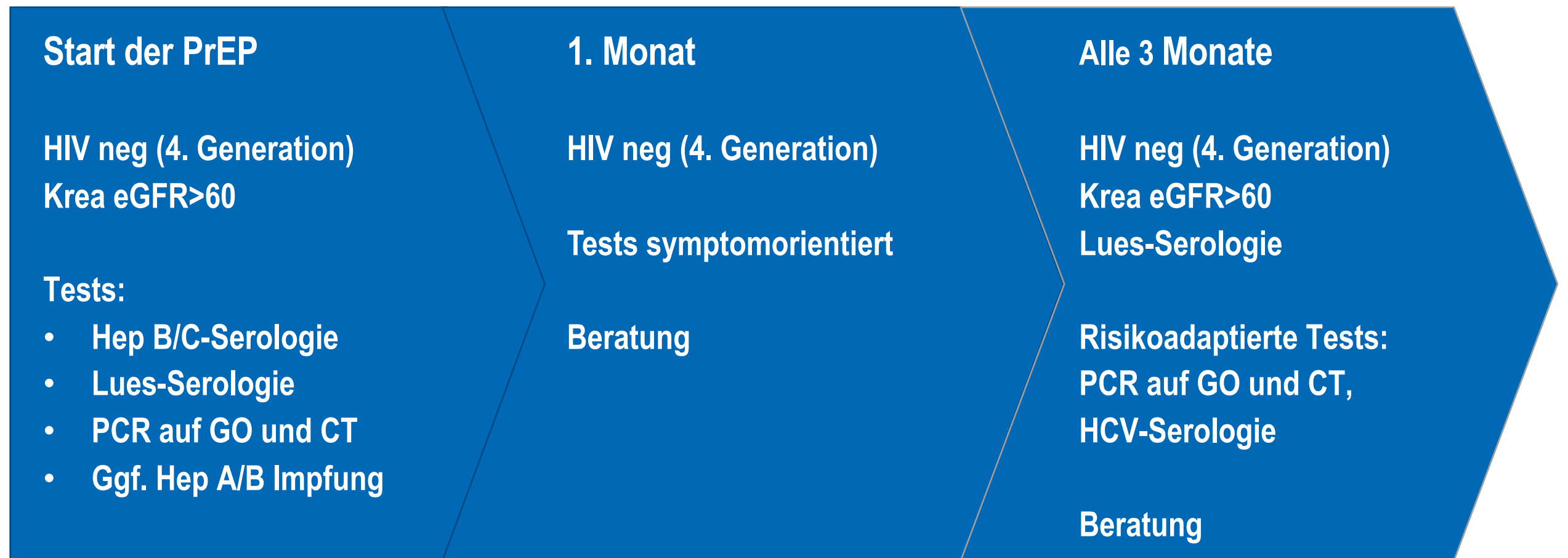
Hospitation in HIV-Schwerpunkt* (min.16 Stunden)

Präsenz bei HIV/PrEP-Behandlung (min. 15 Personen)

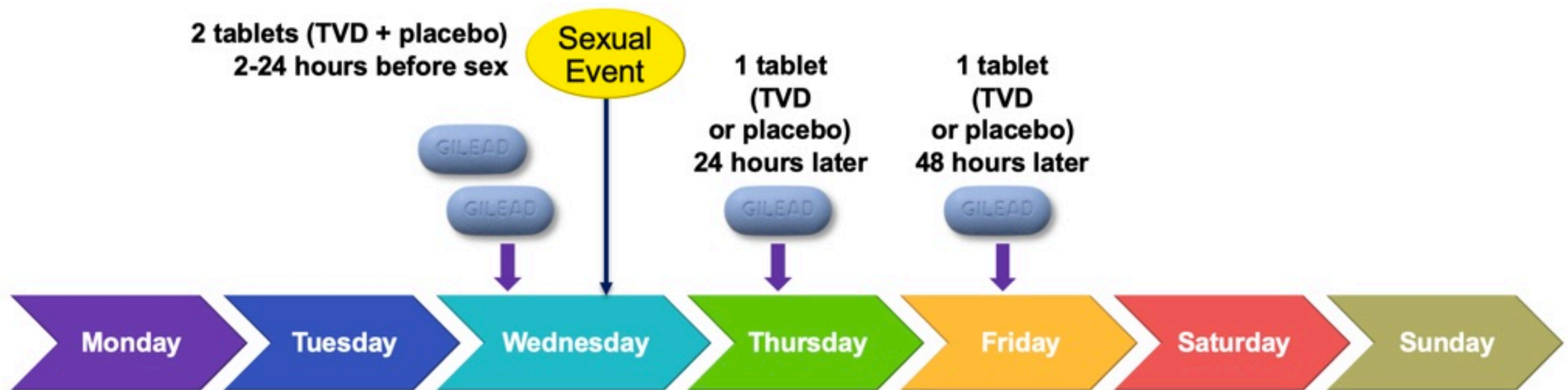
Theoretische Kenntnisse im Bereich HIV/Aids/STI

(8 Fortbildungspunkte)**

PrEP Abläufe in der Praxis



IPIRGAY: Anlassbezogene PrEP mit TDF/FTC*



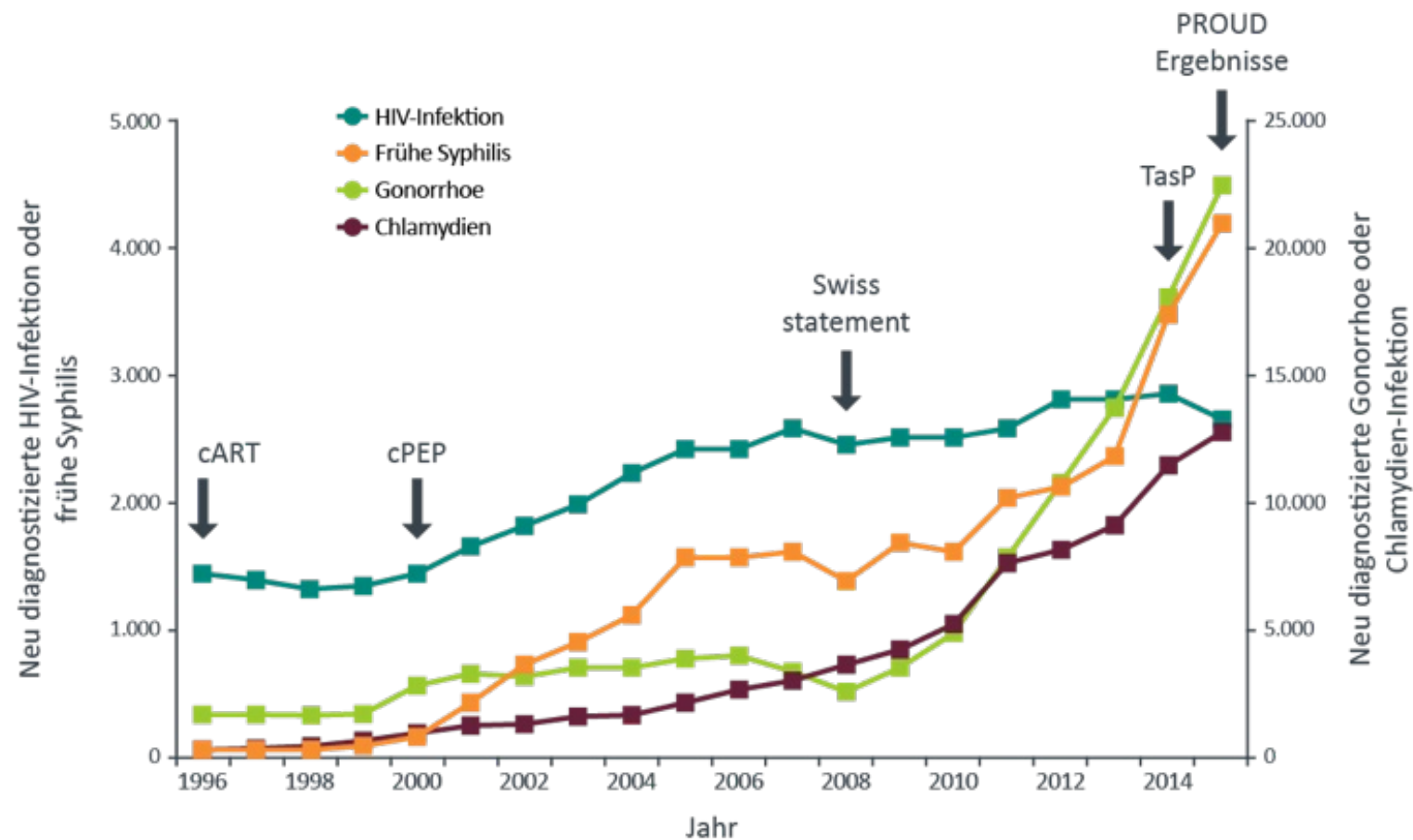
69

- 400 MSM, randomisiert, Plazebo kontrolliert
- Risikoreduktion: 86%
- NNT um eine HIV-Infektion zu verhindern: 18

* Keine Zulassung in der EU, von der WHO für MSM empfohlen

Führt die PrEP zu mehr STI's?

- Prävalenz von asymptomatischen STI's bei MSM 5-10%
- Prävalenz in PrEP Studien vor Beginn der PrEP: 24%
- Inzidenz von STI's in PrEP Studien: 72/100 Patientenjahre



PrEP: Quo vadis?

- Neue Substanzen:
 - Tenofovir-Alafenamid als Weiterentwicklung von TDF
 - nanoformuliertes Cabotegravir als im-Injektion
 - monoklonale Antikörper
- Neue Formulierungen:
 - Depot-Injektionen
 - Implantate
 - Topisch anwendbare Präparate

Zusammenfassung 1

- Denken Sie differenzialdiagnostisch an sexuell übertragbare Erkrankungen
- Trauen Sie sich, Patienten nach ihren sexuellen Gewohnheiten zu befragen
- Sexuell übertragbare Erkrankungen (Lues, GO, Chlamydien, Hepatitis C) nehmen bei MSM zu

Zusammenfassung 2

- GO, Chlamydien, (Lues) sind einfach und zuverlässig mittels PCR Testung zu diagnostizieren
- Aufgrund der Resistenzentwicklung bei Gonokokken ist die Behandlung nur mit Ceftriaxon zuverlässig möglich
- Wegen häufiger Koinfektion GO/Chlam sollte die empirische Therapie der Urethritis mit Ceftriaxon **und** Azithromycin durchgeführt werden
- Die Syphilis ist das Chamäleon der Medizin
- Die Diagnostik der Syphilis ist eine Herausforderung

Zusammenfassung 3

- Durch PrEP wird eine wichtige HIV-Präventionslücke geschlossen
- Potenzial zur Senkung der HIV-Neuinfektionsraten bei MSM, dabei kostensparend
- Implementierung stellt bestehendes Netzwerk von Schwerpunktpraxen vor große Herausforderungen
- Effektivität, Nebenwirkungen (STI) sowie PrEP Versagen mit Resistenzen werden evaluiert

Zusammenfassung 4

- Optimierung der biomedizinische Prävention notwendig
 - Weniger Toxizität, weniger Monitoring
 - Auswahl verschiedener Applikationsmethoden und Präparate
 - Echte on demand PrEP
 - Vermeidung von Resistenzentwicklung
 - Vereinfachung der Beschaffung (Drogerie!)
- Ziel:
Individualisierung und Flexibilität bei der Auswahl der Präventionsmethoden nach den Bedürfnissen der Nutzer

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Diskussion