

Sexuell übertragbare Infektionen: die Schweiz und ihr unrühmlicher Spitzenplatz in Europa

Stephan Lautenschlager

Dermatologisches Ambulatorium, Stadtspital Triemli, Zürich



Sexuell übertragbare Infektionen (*Sexually Transmitted Infections*, STI) stellen weltweit und so auch in Europa ein bedeutendes Problem für die Medizin und das öffentliche Gesundheitswesen dar. Sie betreffen überproportional Frauen, Randständige und diejenigen mit einem *high-risk sexual lifestyle*, weshalb die STI seit Jahren im Fokus der europäischen Gesundheitspolitik stehen [1]. Insbesondere in der Dritten Welt gehören die STI zu den häufigsten Krankheits- und Todesursachen und haben nicht nur erhebliche gesundheitliche, sondern auch bedeutende soziale und wirtschaftliche Konsequenzen. Weltweit sind mehr als 30 sexuell übertragbare Erreger bekannt, die Bakterien, Viren, Pilze, Protozoen und Ektoparasiten umfassen. Alleine seit 1975 sind zwölf Erreger neu entdeckt worden, darunter z.B. die unterschiedlichen Mykoplasmen – insbesondere *Mycoplasma genitalium* –, das humane Herpesvirus Typ 8, das Hepatitis-C-Virus und selbstverständlich HIV. Am häufigsten sind Infektionen mit humanen Papillomviren (HPV), Herpesviren und Chlamydien, während Infektionen mit Hepatitis B, HIV, Syphilis oder Gonorrhoe vergleichsweise seltener auftreten.

Gemäss Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2005) erfolgen weltweit 448 Millionen heilbare STI (Syphilis, Gonorrhoe, Chlamydieninfektion und Trichomoniasis) bei 15–49-Jährigen pro Jahr [2]. Bei adäquater Diagnostik und Therapie sind diese Krankheiten mit wirksamen Antibiotika heilbar, mit der Einschränkung der zunehmenden Resistenzproblematik bei der Gonorrhoe [3]. Eine ungenügende Diagnostik und Therapie kann jedoch gravierende Auswirkungen auf Betroffene, aber auch auf Schwangerschaften und Neugeborene haben. Eine unbehandelte Frühsyphilis in der Schwangerschaft führt in über 60% zu einer Übertragung auf das Neugeborene mit Todesfolge bei über einem Drittel und z.T. ausgeprägten stigmatisierenden Veränderungen [4]. Beim Neugeborenen können schwerste neurologische Langzeitfolgen oder Tod auch bei einer Herpes-simplex-Infektion resultieren (Herpes neonatorum). Als wichtigste Komplikationen sind bei der Frau die aufsteigende Infektion, Extrauterin gravidität und Infertilität zu nennen, insbesondere bei einer Chlamydieninfektion. Zusätzlich sind STI (HPV, Hepatitis B) wichtige Kofaktoren bei der Entwicklung von Malignomen. Für alle Geschlechtskrankheiten – in erhöhtem Ausmass gilt dies für die ulzerierenden Formen – ist zusätzlich von Bedeutung, dass sie mit einem erhöhten Risiko der Akquisition und Transmission von HIV einhergehen [5].

In Westeuropa konnte bis Anfang der neunziger Jahre eine deutlich abnehmende Inzidenz klassischer STI

dokumentiert werden. Dies wurde einerseits den AIDS-Präventionskampagnen zugeschrieben, andererseits scheint die anfänglich hohe AIDS-Mortalität bei Hochrisikogruppen zu dieser Entwicklung beigetragen zu haben [6]. Trends in Westeuropa zeigen jedoch seit 1995 wieder ein vermehrtes Auftreten, was durch die zur Verfügung stehenden Überwachungsdaten mit Verzögerung auch in der Schweiz bestätigt werden konnte [7–9]. Aktuell existiert die Labormeldepflicht von Infektionen mit *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum* sowie Hepatitis A, B, C und HIV, weshalb nur zu diesen STI epidemiologische Aussagen gemacht werden können.

Chlamydien und Gonorrhoe

Die Meldungen von Chlamydieninfektionen weisen zwischen 1999 (2132 Fälle) und 2010 mehr als eine Verdreifachung auf, und die Gonorrhoe stieg jährlich praktisch linear seit 1996 (254 Fälle) und wurde im Jahr 2010 über fünfmal häufiger diagnostiziert [10]. Die tatsächlichen Prävalenzen dürften jedoch bei häufig asymptomatischen Verlaufsformen sowohl bei der Frau als auch beim Mann und der nicht selten gewählten syndromalen Vorgehensweise viel höher liegen.

Syphilis in der Schweiz

Jeweils nach den beiden Weltkriegen ist es zu einer ausgeprägten mehrjährigen Zunahme der Syphilis in der Schweiz gekommen. Die Inzidenzen nahmen danach bis 1957 stetig ab, und man glaubte, die Infektion mit der Erfindung von Penicillin endlich besiegt zu haben, bis es im Rahmen der «sexuellen Befreiung» 1962/63 zu einer erneuten unerwarteten Syphilisepidemie kam, die vor allem homosexuelle Männer betraf [11]. Bereits dazumal wurde auf die periodisch auftretenden Epidemien nach Intervallen von durchschnittlich 15 Jahren hingewiesen, und tatsächlich sind wir – nachdem wiederum die Infektion als vermeintlich besiegt angesehen wurde – aktuell seit 1995 mit der Renaissance der Syphilis in der westlichen Welt, und seit 2002 auch in der Schweiz, konfrontiert. Meldungen von Syphilisinfektionen der sechs Schweizer Dermatologischen Polikliniken wiesen knapp eine Verdoppelung im Jahr 2002 auf und stiegen um 174% im Jahr 2003 [7]. In der Folge ist es zu einer stetigen Zunahme der Syphilisfälle gekommen, so dass die nationale Labormeldepflicht per Januar 2006 wieder eingeführt wurde.



Stephan Lautenschlager

Der Autor hat keine finanzielle Unterstützung und keine anderen Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.



Abbildung 1
Oraler syphilitischer Primäraffekt bei einer weiblichen Prostituierten.

Die Schweiz belegt aktuell gemäss einem Vergleich des Robert-Koch-Instituts einen unrühmlichen Spitzenplatz in Europa [12]. Während Nachbarländer wie z.B. Deutschland und Italien bei einem vergleichbaren Meldesystem annualisierte Inzidenzen von 3,87 respektive 2,30 pro 100 000 Wohnbevölkerung aufweisen, beträgt die Rate für die Schweiz ein Mehrfaches mit 10,03. Dies entspricht einer Syphilisinzidenz, die nur von Ländern wie Litauen (10,30), Weissrussland (19), Rumänien (22,69) und Russland (59,10) in Europa übertroffen wird [12]. Der Wert für die letzten 52 Wochen beträgt für die Schweiz sogar 12,8 pro 100 000, während in den USA 2009 mit 4,6 knapp dreimal weniger gemeldet wurden. Gemäss Bundesamt für Gesundheit (BAG) [10] nahm die Zahl der gemeldeten Neuinfektionen seit Wiedereinführung der Meldepflicht 2006 kontinuierlich zu und betraf im Jahr 2010 1070 Fälle; auch die Zahlen der Neuerkrankungen 2011 zeigen noch keine Trendwende. Zwei Drittel aller gemeldeten Fälle stammen aus den Kantonen Zürich, Genf, Waadt und Bern. Mehrheitlich sind Männer betroffen, die Sex mit Männern haben; der Frauenanteil stieg von 2006 mit 4,7/100 000 auf 6,5/100 000 im Jahr 2009 und erreicht nun jedoch knapp ein Drittel der Neuinfektionen [13, 14]. Mehrere Ausbrüche bei jüngeren Heterosexuellen sind aktuell auch in Grossbritannien berichtet worden [15]. Da die überwiegende Mehrheit der Frauen von der Infektion im gebärfähigen Alter betroffen ist, muss insbesondere auch wieder mit der Lues connata gerechnet werden [14]. Die Übertragung der Syphilis während der Schwangerschaft wurde 2010 in elf Fällen dem BAG gemeldet.

Die Ursachen für die im Vergleich zu anderen europäischen Ländern hohen Inzidenzen sind letztlich nicht klar. Die hohe Zahl der gemeldeten Fälle widerspiegelt offensichtlich die hohe Zahl an korrekter Diagnostik-

lung, was für die involvierte Ärzteschaft und das Erkennen der Krankheiten spricht. Jedoch werden grundsätzliche Fragen zur Prävention aufgeworfen. Erfreulicherweise konnte vom BAG ein nationales Programm zu HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (NPHS) 2011–2017 vorgelegt werden. Die Verbindung der Prävention von HIV gemeinsam mit den anderen Geschlechtskrankheiten erweist sich jedoch als schwierig, da sich die Übertragungswege teilweise bedeutend unterscheiden. Mit dem Einhalten der Safer-Sex-Regeln kann weitgehend eine HIV-Infektion vermieden werden, jedoch mit «Sperma und Blut nicht in den Mund» beim Oralsex lassen sich die klassischen Geschlechtskrankheiten nicht verhindern (Abb. 1 [16]). Etwas unglücklich ist auch die neu ergänzte Safer-Sex-Regel «bei Juckreiz, Brennen und Ausfluss zum Arzt», da mit diesen Symptomen die Patienten mit Syphilis, Chlamydieninfektion und Gonorrhoe mehrheitlich nicht angesprochen werden. Bekanntermassen macht eine Syphilis keine dieser Symptome, und 50% der Männer sowie über 70% der Frauen mit Chlamydieninfektionen verspüren gar keine Symptome.

Um Risikopatienten besser identifizieren zu können, muss in der täglichen Praxis auch die Sexualanamnese erhoben werden. Gemäss einer wichtigen aktuellen Patientenbefragung aus Lausanne [16] wünschen sich über 90% der Patienten eine Sexualanamnese, was jedoch in weniger als der Hälfte durchgeführt wurde. Gerade bei der Syphilis sollte insbesondere bei unklaren Exanthemen, bei Patienten mit anderen sexuell übertragbaren Infektionen oder nach Risikokontakten, bei häufig wechselnden Partnern sowie in jeder Schwangerschaft ein Screening durchgeführt werden.

In der täglichen Praxis sollten wir nicht nur bei klassischen Zeichen, sondern ebenfalls bei diffuser oder gering ausgeprägter Symptomatik vermehrt an das Vorliegen möglicher Geschlechtskrankheiten denken und Patientinnen und Patienten individuell über mögliche Risiken informieren sowie gemäss den neu publizierten Algorithmen des BAG [17] oder den gängigen internationalen Guidelines [18, 19] behandeln.

Korrespondenz:

Prof. Stephan Lautenschlager
Chefarzt Dermatologisches Ambulatorium
Stadtspital Triemli
Herman Greulich-Strasse 70
CH-8004 Zürich
[stephan.lautenschlager\[at\]triemli.zuerich.ch](mailto:stephan.lautenschlager[at]triemli.zuerich.ch)

Literatur

Die Literaturliste finden Sie online (www.medicalforum.ch) als Anhang an den Artikel.

Sexuell übertragbare Infektionen: die Schweiz und ihr unrühmlicher Spitzenplatz in Europa /

Infections sexuellement transmissibles: la Suisse et sa triste place de leader en Europe

Literatur (Online-Version) / Références (online version)

- (1) Fenton KA, Lowndes CM. Recent trends in the epidemiology of sexually transmitted infections in the European Union. *Sex Transm Infect* 2004 Aug ;80:255–63.
- (2) World Health Organisation. Sexually transmitted infections. 2011 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>
- (3) Ohnishi M, Golparian D, Shimuta K, Saika T, Hoshina S, Iwasaku K, et al. Is *Neisseria gonorrhoeae* initiating a future era of untreatable gonorrhoea?: detailed characterization of the first strain with high-level resistance to ceftriaxone. *Antimicrob Agents Chemother* 2011 Jul ;55:3538–45.
- (4) Chakraborty R, Luck S. Syphilis is on the increase: the implications for child health. *Arch Dis Child* 2008 Feb ;93:105–9.
- (5) Ward H, Ronn M. Contribution of sexually transmitted infections to the sexual transmission of HIV. *Curr Opin HIV AIDS* 2010 Jul ;5:305–10.
- (6) Chesson HW, Dee TS, Aral SO. AIDS mortality may have contributed to the decline in syphilis rates in the United States in the 1990s. *Sex Transm Dis* 2003 May ;30:419–24.
- (7) Lautenschlager S. Sexually transmitted infections in Switzerland: return of the classics. *Dermatology* 2005 ;210:134–42.
- (8) Abraham S, Toutous-Trellu L, Pechere M, Hugonnet S, Liassine N, Yerly S, et al. Increased incidence of sexually transmitted infections in Geneva, Switzerland. *Dermatology* 2006 ;212:41–6.
- (9) Zwahlen M, Spoerri A, Gebhardt M, Mausezahl M, Boubaker K, Low N. Surveillance systems for sexually transmitted diseases in Switzerland. *Sex Transm Dis* 2007 Feb ;34:76–80.
- (10) Bundesamt für Gesundheit. Meldungen Infektionskrankheiten. www.bag.admin.ch/k_m_meldesystem
- (11) Bohnenblust A. Die Frequenz der Syphilis und der Gonorrhöe an den Schweizerischen Polikliniken für Dermatologie und Venerologie 1917 – 1966. Dissertation aus der Städtischen Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten Zürich (Prof. Dr. W. Burckhardt). Medizinische Fakultät der Universität Zürich; 1967.
- (12) Robert Koch Institut. Syphilis in Deutschland im Jahr 2008. *Epid Bull* 2009 ;49:503–12.
- (13) Bundesamt für Gesundheit. Sexually transmitted infections in Switzerland (STI), 1988–2006. *Bulletin* 2008 ;8:140–9.

- (14) Meyer Sauteur PM, Trück J, Bosshard PP, Moran Cadenas F, Tomaske M, Lautenschlager S, et al. Congenital Syphilis in Switzerland: Gone, Forgotten, on the Return. *Swiss Med Wkly* 2011 ;in press.
- (15) Simms I, Bell G, Hughes G. Infectious syphilis in young heterosexuals: responding to an evolving epidemic. *Int J STD AIDS* 2011 Sep ;22:481–2.
- (16) Meystre-Agustoni G, Jeannin A, de HK, Pecoud A, Bodenmann P, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly* 2011 ;141:w13178.
- (17) Arbeitsgruppe «Sexuell übertragbare Infektionen», im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Empfehlungen zur frühzeitigen Behandlung von sexuell übertragbaren Infektionen (STI) durch erstbehandelnde Ärztinnen und Ärzte: Klinisches Vorgehen bei Beschwerden im Genitalbereich.
www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/02535/index.html?lang=de
- (18) CDC. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. *MMWR* 2010 ;59.
- (19) International Union against STI. European Treatment Guidelines.
www.iusti.org/regions/Europe/euroguidelines.htm