

13. Wiler Hausarzt-Symposium der SRFT

Fortbildung und Austausch



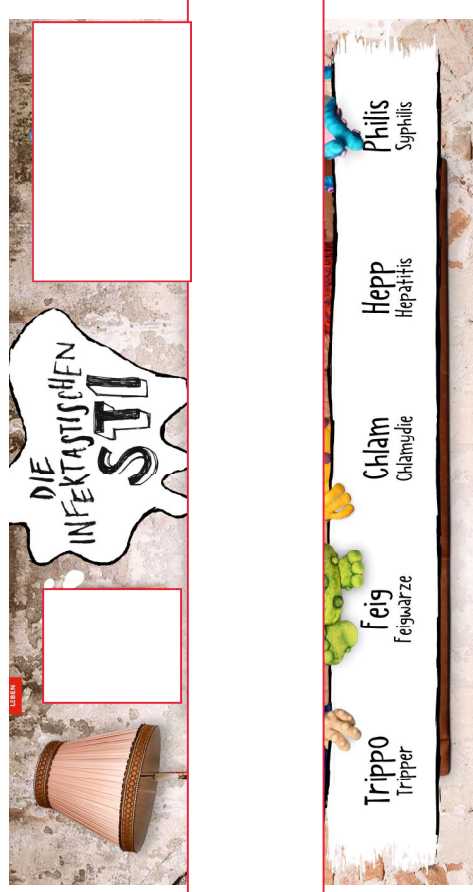
1

3

Programm

- > Vorstellungsrunde
- > Welche Geschlechtskrankheiten sehen Sie in Ihrer Praxis?
- > Wo sehen Sie Probleme?
- > Was erwarten Sie von diesem Workshop?
- > Fallbeispiel
- > Was genau sind sexuell übertragbare Erkrankungen (STI)?
- > Diagnostik von STI
- > Updates STI - aktuelle Leitlinien und Schemata
- > Fazit

3



2

4



Fallbeispiel

- > 27-jährige Patientin
- > Seit zwei Monaten rezidivierende erythematöse Urtikaria-ähnliche Plaques
- > Antihistaminika und systemische Steroide ohne Erfolg
- > Biopsie: *perivaskuläre Infiltration mit Entzündungszellen, keine Plasmazellinfiltration*
- > Direkte Immunfluoreszenz: *Ablagerung von Komplement und Fibrinogen um die Blutgefässe und in der dermo-epidermalen Junctionszone, vereinbar mit Urtikaria-Vaskulitis*
- > Urtikaria? Urtikariavaskulitis?

4

Fallbeispiel

- > Labor: unauffällig
- > Keine Bindegewebs-Autoantikörper
- > HIV, Hep. B und Hep. C unauffällig
- > Treponema pallidum Hämagglutinations-Assay reaktiv
- > Immunohistochemie mit Anti-Treponema Antikörper zeigte Invasion von Treponemen in die Dermis
- > Diagnose: **sekundäre Syphilis, die eine Urtikariavaskulitis simuliert!**



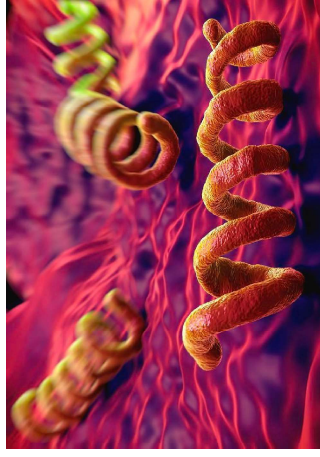
5

7

7

Fallbeispiel - Fazit

- > Syphilis kann viele Dermatosen simulieren
- > Syphilitische Exantheme:
 - > Arzneimittelexanthem
 - > Psoriasis vulgaris
 - > Infektiöse Exantheme
 - > Pityriasis rosea
 - > Scabies
- **Daran denken!**



6

8

8

Was sind Geschlechtskrankheiten?

Archiv für Dermatologie u. Syphilis. Berichtteil.
Bd. CXXII, Heft 6.

Verhandlungsberichte.

Jahresversammlung der British Medical Association.
Sektion für Dermatologie und Syphilologie.

Juli 1914.

Nach den üblichen Begrüßungsworten durch den Präsidenten der Sektion (Alfred Eddowes) hielt *Norman Walker* einen Vortrag: „Über die Notwendigkeit einer systematischeren Behandlung des Lupus vulgaris und der Tinea“ (= Epidermidomykosen des Capillitium). Während

STI – «Alles im Fluss»!

- > Neue Diagnosen (z.B. mpox)
- > Erweiterung des Erregerspektrums
- > Neue Diagnostische Optionen
- > An die aktuelle Resistenzsituation angepasste Therapie
- immer möglichst aktuelle Leitlinie anwenden!



Sexually Transmitted Infections (STI)

- > Gruppe von Infektionskrankheiten, früher als Geschlechtskrankheiten (Venerea) bezeichnet, die überwiegend - aber nicht ausschließlich durch den Geschlechtsverkehr übertragen werden.
- > Die Gruppe der STI wird heute relativ breit gefasst:
 - > Viren
 - > Bakterien
 - > Pilze
 - > Protozoen
 - > parasitische Arthropoden

9

9

11

«neue» STI

- > HIV-Virus (HIV-Infektion und AIDS)
- > HTLV-1 (Humanes T-Zell-Leukämie-Virus)
- > Hepatitis-A-Virus (Hepatitis A)
- > Hepatitis-B-Virus (Hepatitis B)
- > Hepatitis-C-Virus (Hepatitis C)
- > Adenoviren (Nichtgonorrhöische-Nicht-Chlamydien-Urethritis)
- > HSV Typ I und Typ II (Herpes simplex genitalis)
- > Humanes Herpesvirus Typ 8 (Angiotumoren der Haut)

11

«Klassische» STI

- > *Treponema pallidum* (Syphilis)
- > *Neisseria gonorrhoeae* (Gonorrhoe)
- > *Hämophilus ducreyi* (Ulcus molle)
- > *Chlamydia trachomatis* (Lymphogranuloma venereum)
- > *Klebsiella trachomatis* (Granuloma inguinale; Donovanosis)

10

10

12

«neue» STI

- > Epstein-Barr-Virus-Infektionen (Mononukleose, Ulcus vulvae acutum, orale Haarleukoplakie u.a.)
- > Zytomegalievirus (Mononukleose-artige Exantheme)
- > *Chlamydia trachomatis* (Infektionen mit Chlamydien, Urethritis, Prostatitis, Epididymitis, Zervizitis u.a.)
- > *Trichomonas vaginalis* (Infektionen mit Trichomonaden; vaginale Trichomoniasis)
- > *Giardia lamblia* (Lambliasis v.a. bei MSM)

12

«neue» STI

- > Pediculosis pubis (Filzlausbefall)
- > Skabies
- > HPV (Infektionen mit Humanen Papillomviren; Condylomata acuminata, Larynxpapillome, Bowenoides Papulose, Karzinome der Vulva, Vagina, Zervix)
- > Infektionen mit Mykoplasma genitalium
- > Candida spp (Balanitis, Vulvovaginitis)
- > Mpox (Affenpocken)

13

13

15

15

Updates STI - aktuelle Leitlinien und Schemata

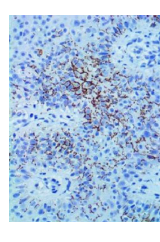
Diagnostik von STI

- > Wann sollte man an eine STI denken?
 - > Anamnese!
 - > Dysurie mit oder ohne urethralen Fluor
 - > Lymphknotenschwellung im Hals- und/oder Leistenbereich
 - > Exanthem, Erythem
 - > vermehrter vaginaler Fluor, ggf. verbunden mit Brennen, Jucken und Fötör
 - > Akute oder chronische Unterbauchschmerzen bei Frauen
 - > vaginale Blutungen, Kontaktblutungen
 - > orale oder anogenitale Ulzera, Paraphimose
 - > skrotale Schwellung, rektale Blutung oder Sekretion,
 - > Defäkationsschmerz, Halsschmerzen und Schluckbeschwerden

14

14

16



Syphilis (Treponema pallidum)

- > **Historie**
 - > 1495 zum ersten Mal bei der Belagerung Neapels beschrieben
 - > Innerhalb von fünf Jahren Syphilis-Epidemie in ganz Europa:
 - > Italien: französische oder keltische Krankheit
 - > Frankreich: italienische oder neapolitanische Krankheit
 - > Deutschland: französische Krankheit
 - > Japan: chinesisches Himmelsstrafengeschwür.
- > **Typen**
 - > Syphilis connata
 - > erworbene Syphilis (Syphilis acquisita)
 - > Frühsyphilis (Syphilis I und Syphilis II)
 - > Spätsyphilis (Syphilis III - Tertiärstadium)
 - > Neurosyphilis (Spätsyphilis des ZNS)

«Chamäleon»



Tabelle 2:
Syphilisstadien (Adaptiert nach Clement et al. JAMA-Reviewartikel)

Stadium	Zeitliches Auftreten	Symptome	Bemerkungen
Frühsyphilis			
Primär	2-4 Wochen bis maximal 12 Wochen nach Infektion (Median 21 Tage)	Schmerzloses Ulkus häufig genital, auch rektal, oral, anal	Ulkus heilt spontan
Sekundär	6-8 Wochen nach Abheilen des Ulkus	Große Variation von Symptomen, häufig makulopapulöses Exanthem, Fieber, Kopfschmerzen, Myalgien, Arthralgien, Otitis externa, Uveitis	Exanthem häufig stammspezifisch, oft auch an Hand- und Fußsohlen
Frühlatent	Infektion < 1 Jahr	Keine	Serologisches Diagnose durch Serokonversion oder > 4-facher Anstieg von nicht-Treponemen spezifischen Antikörpern (RPR oder VDRL)
Spätsyphilis			
Spätilatent	Infektion > 1 Jahr oder von unbestimmter Dauer	Keine	Wenn der Infektionszeitpunkt unbekannt ist, gilt dies aus therapeutischen Gründen als spätlatente Syphilis
Tertiär	> 1 Jahr bis Jahrzehnte nach Infektion	Aortenaneurysma (Menaortitis luetica), Gummata	
Neurosyphilis			
Frühe Neurosyphilis	< 1 Jahr nach Infektion	Visusverlust, plötzliche Taubheit, Meningitis, grosse Variator neurolog. Symptome	Kann zugleich mit Symptomen der primären oder sekundären Syphilis auftreten
Späte Neurosyphilis	> 1 Jahr nach Infektion	Tabes dorsalis, progressive Paralyse	Selten

> Alle folgenden Übersichtstabellen sind aus den 2023/2024-Leitlinien der Deutschen STI-Gesellschaft entnommen
 > https://www.dstig.de/DSTIG-Leitfaden_Auflage_04_2023-2024.pdf

Diagnostik der Syphilis

- > **Direktnachweis**
 - > Dunkelfeldmikroskopie aus Sekret der Ulzera
 - > NAAT (bei Epithelläsionen früher Infektionen)
 - > Nucleic Acid Amplification Technology (PCR)
- > **Antikörpernachweis**
 - > Treponema-pallidum-Hämagglutinations-Test, TPHA-Test
 - > Treponema-pallidum-Partikelagglutinations-Test, TPHA-Test
 - > Polyvale Immunoassays
- > **Zeitlicher Verlauf**
 - > Screeningtest etwa 6 bis 14 Tage nach der Infektion bzw. nach Auftreten des Primäraffektes positiv, ggf. Re-test falls Anamnese passt
 - > Finaler Ausschluss erst nach 8 bis 10 Wochen!

Möglicherweise bald nicht mehr verfügbar

Abklärung weilerer STI

Erkrankung	Béi...	Standardtherapie	Alternativen	Diagnose
Syphilis <i>Treponema pallidum</i>	Erwachsene Frühsyphilis (<1 Jahr)	Benzathin-Penicillin G 2,4 Mio. 1x i.m. (gluteal) (je je 1,2 Mio. IE)	Ceftriaxon* 2 g (gl. i.v. 1x d) Kurzinfusion 30 min (1x/d) Doxycyclin 100 mg 2x (gl. p.o. 4 d (Nur bei Penicillin-Allergie, kontraindiziert bei SSW 16 (15-9), Stillen möglich)	Serologie (Material, Serum) Suchtest: TPHA/TPPA/TPLA oder polyvalenter Immunoassay*** Bestätigung (alternatives Antigenkonzept): z.B. FTA-Aus, IgM/GC Elisa oder (IgM/GC) Western-Blot (IgM/GC) Antikörper (qualitativ), treponemenspezifisches IgG NAAT (bei Epithelläsionen früher Infektionen)
Erwachsene Tertiäre Infektionszeitpunkt	Erwachsene Spätsyphilis (>1 Jahr)	Benzathin-Penicillin G 2,4 Mio. 3x i.m. (gluteal) an den Tagen 1, 6 und 15; gluteal (je je je 1,2 Mio. IE)	Ceftriaxon* 2 g (gl. i.v. 1x d) Kurzinfusion 30 min (1x/d) Doxycyclin 100 mg 2x (gl. p.o. 28 d (Nur bei Penicillin-Allergie, kontraindiziert bei SSW 16 (15-9), Stillen möglich)	Western-Blot (IgM/GC) Antikörper (qualitativ), treponemenspezifisches IgG NAAT (bei Epithelläsionen früher Infektionen) Material: Abstrich, Gewebe aus Epithelläsion Dunkelfeldmikroskopie (bei Epithelläsionen früher Infektionen). Material: Reizestrich aus Ulkus, das Primäraffektes oder aus nasserien Condylomata lata
Kindern		Wie bei Erwachsenen mit angepasster Benzathin-Penicillin G-Dosis: 50.000 IUI/KG Applikation i.m. (maximal Erwachsenen dosis 2,4 Mio. pro Applikation) Bei Penicillinallergie: Doxycyclin oder Erythromycin* Cave: unter 8 Jahren kein Doxycyclin!		Erste Kontrolle nach 3-4 Wochen, da AK nach Therapie noch ansteigen können; Follow-up Serologie nach 3, 6, 9 und 12 Monaten!
HIV - Koinfektion		Stadiengerechte Therapie wie bei Nicht-HIV-infizierten Ab Sekundärsyphilis erhöhtes Risiko einer Neurosyphilis (<300 CD4-Zellen/µl beachten!) Bei Verdacht auf Neurosyphilis (auch ohne Lumbalpunktion); we Neurosyphilie behandeln		Bei neurologischen/psychiatrischen Symptomen und/oder schwerer Immundefizienz (i.h. <200 CD4-Zellen/µl): Lumbalpunktion
Schwangere		Stadiengerechte Therapie wie bei Nicht-Schwangere. Ceftriaxon nur bei Penicillinallergie (ggf. spezifische Immuntherapie). Kein Doxycyclin Cave: wegen möglicher Kreuzsensibilisierung Ceftriaxon nur ausnahmsweise**		1,0.

* Cave: Intrathekal-Nachinjektion; Ab Serumstatusdynamik kein zur Prophylaxe Penicillin 1mg/kg p.o. oder i.v. 1x/1 Stunde vor erster Penicillingabe gegeben werden
 ** Cave: Kreuzallergie der β -Lactame
 *** Test demnach nicht mehr verfügbar

Erkrankung	Bel...	Standardtherapie	Alternativen	Diagnose
Gonorrhoe Neisseria gonorrhoeae Partner/Inzestherapie empfohlen! *Test of Cure (TOC) 4 Wochen nach Therapie	Erwachsene Unkomplizierte Infektion Oral, Rektal, Pharyngeal Vor Therapiebeginn Kultur einlegen!	Bei unkomplizierter Erregersensitivität: • Ceftriaxon* 1-2 g i.v. oder i.m., einmalig plus • Azithromycin 1,5 g p.o. einmalig Bei unklarer Erregersensitivität: • Ceftriaxon* 1-2 g i.v. oder i.m., einmalig plus • Azithromycin 1,5 g p.o. einmalig Bei isoliertem Nachweis von N. gonorrhoeae, ausschließlicher Empfindlichkeitstestung, Ausschluss einer Begleitinfektion (z.B. mit C. trachomatis oder M. genitalium) und schmerzhaftem Urogenitaltrakt: • Ceftriaxon* 1-2 g i.v. oder i.m., einmalig	Nur bei nachgewiesener Empfindlichkeit und Ausschluss von Kontraindikation: • Azithromycin 2 g p.o., einmalig • Wenn eine i.m.-Verabreichung von Ceftriaxon kontraindiziert und eine i.v.-Verabreichung nicht möglich ist, kann ein statisches Gefäß 800 mg p.o. einmalig (oder 2x400 mg p.c. im Abstand von 8-12 Std.) verwendet werden. Bei „inklarer Patienten-Adhärenz“: plus • Azithromycin 1,5 g p.o. einmalig • Cefixim ist für den Pharynx nicht ausreichend und wird daher bei pharyngealer Gonorrhoe nicht empfohlen. • Hier muss vorrangig parenteral behandeln • Ceftriaxon* 1-2 g i.v. oder i.m., einmalig • Alternative Therapieempfehlung nur nach Empfindlichkeitstestung Nur bei Kontraindikation gegen Ceftriaxon und nachgewiesener Empfindlichkeit: • Azithromycin 2 g p.o., einmalig	• NAAT (Material: Abstrich Urethra, zervikal, vaginal, rektal, pharyngeal, etc.) • Multiplex-PCR zum Ausschluss weiterer STI Pharyngeal pos. NAAT Ergebnisse mit 2. Test bestätigen (NAAT mit anderem Target oder mittels Kultur) • Kultur (Spezialmedium, 5-10% CO ₂ , 35-37°C, 70-80% rel. Luftfeuchtigkeit) • plus ggf. biochemische, molekulare oder massenspektrometrische Identifizierung • Empfindlichkeitstestung (Material: Abstrich Urethra, vaginal, zervikal, anal, konjunktival, pharyngeal) • Mikroskopie (Material: Abstrich) nur bei Männern mit sympt. Urethritis sinnvoll Therapiekontrolle erforderlich (Klinik/Kultur nach 3-7 Tagen (persist. Symptome), NAAT nach 2 Wochen) Vor Therapie sollte Gonokokken-Diagnostik (NAAT und möglichst Kultur) erfolgen (Kultur, wenn während der Regelabgabe Abstrich entnommen wird).
Syphilis connata	Neugeborenen	Penicillin G kristalline Lsg. i.v.: 100.000 bis 200.000 IE/kg KG Tagesdosis, über 10-14 d in 2-4 Einzelgaben Über 10-14 d in 2-4 Einzelgaben ab 1. Lebenswoche: 100.000 IE/kg KG i.v. ab 2. Lebenswoche: 100.000 IE/kg KG i.v. ab 5. Lebenswoche: 100.000 IE/kg KG i.v. kein Doxycyclin!	Alternativen	Diagnose
Neurosyphilis auch bei adulten Syphilis Osteosyphilis oder Manifestationen in anderen Organen	Erwachsene	Penicillin G kristalline Lsg. i.v.: • 1 Mio. 5 x tgl. ≥ 14 d • 1 Mio. 4 x tgl. ≥ 14 d • 10 Mio. 3 x tgl. ≥ 14 d Penicillin G kristalline Lsg. i.v.: 150.000 bis 200.000 IE/kg KG Tagesdosis, über ≥ 14 d, in 3-4 Einzelgaben, ± 50.000 IE/kg KG, 5	Alternativen	Diagnose
Abklärung weiterer STI				

CS-Ordnung: In Hochrisikogruppen (z.B. P=DF) kann die Infektion mit **Chlamydia trachomatis** sekundär angesprochen werden
<https://www.thelancet.com/journal/lan/series/PHIS1473-3099/2019/05-04/fulltext>
 Abanz, 2022, Lancet, Effectiveness Serogroup B outer-membrane vesicle-meningo-Gonorrhoea.pdf
 * Care Kreuzallergie der β-Lactame
 Modifiziert nach AWMF S2k-Gonorrhoe-Leitlinie Stand Dezember 2018:
https://register.awmf.org/assets/guidelines/059-009_S2k_Gonorrhoe-Diagnostik-Therapie_2019-03.pdf

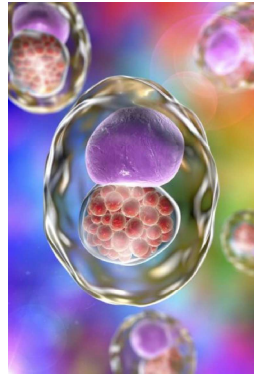


Gonorrhoe

- > weltweit häufigste STI
- > Erreger: Neisseria gonorrhoeae
- > Symptomatik beim Mann
 - > Infektion der Pars anterior der Harnröhre, Brennen bei der Harnentleerung, Rötung des Meatus der Harnröhre, gelbgrünliger, rahmiger, eitrigiger Fluor, Entwicklung einer Balanitis
- > Symptomatik bei der Frau
 - > Urethritis gonorrhoea acuta mit serösem eitrigem Fluor, Brennen und Schmerzen bei der Harnentleerung. Irritation der Scheimhäute im Bereich der kleinen und großen Labien: Rötung, Schwellung, Impetiginisation, Erosionen, oberflächliche Ulzerationen Bei > 50% der infizierten Frauen gering symptomatisch oder asymptomatisch.

Chlamydien

- > Chlamydiaceae bilden eine Familie von pathogenen, obligat intrazellulären, gramnegativen Bakterien, die akute und chronische Krankheiten bei Tieren und Menschen verursachen
- > Chlamydia psittaci (Ornithose)
- > Chlamydia trachomatis
 - > Trachom, chronische Konjunktivitis
 - > Lymphogranuloma venereum, v.a. MSM in tropischen Ländern
- > Chlamydia pneumoniae (atypische Pneumonien)



Erkrankung	Bei...	Standardtherapie	Alternativen	Diagnose
Chlamydien Chlamydia trachomatis Partner/innentherapie empfohlen! Test of Cure (TOC) 8 Wochen nach Therapie	Erwachsene ungetragener, anorektaler oder oropharyngealer Infektion Schleimhautschädigung und Stillzeit	Doxycyclin 100 mg 2x tgl. p.o. 7 d bei gleichzeitiger Vorliegen einer Gonorrhoe; Ceftriaxon 1-2 g i.v./i.m. in Kombination mit Azithromycin 1x 1,5 g • Doxycyclin** 1,5 g p.o. einmalig (15-tägige Stillzeit ab SSW 16 (off-label))	• Azithromycin** 1,5 g p.o. einmalig • Erythromycin** 500 mg 4 x tgl. p.o. 7 d oder • Erythromycin** 500 mg 2 x tgl. p.o. 14 d	NAAT, Material: • Männer: Erststrahlurin; Abstrich anal, perianal • Frauen: Abstrich (vulvovaginal, zervikal, Trans* und Uter* je nach Anatomie) • Abstrich konjunktival Therapiekontrolle mittels NAAT Folgestests 6 Wochen nach Therapiebeginn!
Kindern	• Kinder mit <45 kg Körpergewicht: Erythromycin 10 mg/kg KG 4x tgl. p.o. 14 d • Kinder mit >45 kg Körpergewicht: Doxycyclin 1 mg/kg KG 1x tgl. p.o. 14 d Tag 2-7: 100 mg • Azithromycin 1,5 g p.o. einmalig • Azithromycin 500 mg/ Tag p.o. 3 d			
Konjunktivitis Erwachsene Bei langwierigen Infektionen Therapie nach SAFE-Kriterien**	Neugeborenen: • Erythromycin als Ethylenacetat in Sirup 30-40 mg/kg KG oral pro Tag für 14 d (bei Epididymitis 14 d) • Doxycyclin 100 mg 2x tgl. p.o. 7 d (bei Epididymitis 14 d) • Doxycyclin 100 mg 2x tgl. p.o. 2x 1 d (Doxycyclin kontraindiziert ab SSW 16 (15-tägige Stillzeit möglich, dann Azithromycin 1,5 g p.o. Tag 1, 8, 15))		• Levofloxacin 500 mg 1x tgl. p.o. 7 • Azithromycin 1,5 g p.o. Tag 1, 8, 15 • Erythromycin 500 mg 4x tgl. p.o. 21 d Inzision bei inguinaler Abszessentfernung	
Prostatitis, Vesikulitis, Epididymitis Lymphogranuloma venereum (blumorrhagische) Proktokolitis				• NAAT mit Genotypbestimmung bzw. Differenzierung von LGV- und non-LGV Stämmen (Material: Erststrahlurin, Abstrich, Gewebe, Punktat) Therapiekontrolle unbedingt erforderlich!

Abklärung weiterer STI

- Care-Konzultage der β-Lactame
- Care-Konzultage der Tetracycline
- Care-Konzultation Erythromycinacetat in der Schwangerschaft wegen Herabdosierung, Inzise eventuell über die internationale Apotheke bestellt werden.
- ** Surgery, antibiotics, face washing, environmental improvements (insbesondere Chirurgie der Leber, Gesichtshygiene zur Verhinderung von Spermieninfektionen)
- *** Sundry, antibiotics, face washing, environmental improvements (insbesondere Chirurgie der Leber, Gesichtshygiene zur Verhinderung von Spermieninfektionen)

Modifiziert nach MMRV/DSTG-SK Leitlinie: Infektionen mit *Gamlylia trachomatis* Stand August 2016:
https://register.nstwi.org/assets/guidelines/059-005_S26_Chlamydia-trachomatis_Infektionen_2016-12-abgeleitet.pdf
Die Daten für eine STI-PEP mit Doxycyclin sind z. B. nicht ausreichend.

Weitere STI

- > **Granuloma inguinale (Donovanosis)**
- > Klebsiella granulomatosa
- > In tropischen und subtropischen Gebieten endemisch vorkommende, niedrig kontagiöse, sexuell übertragene, chronische granulomatöse Infektionskrankheit der Genital- und Perigenitalregion.
- > **Trichomoniasis**
- > Zählen zu den häufigsten STI-Erregern
- > 70% der Frauen mit einer gonorrhöischen Infektion sind durch Trichomonaden kolonisiert

Weitere STI

- > **Epididymitis:** Meist von einer Urethritis fortgeleitete Infektion der Nebenhoden, häufig bei Gonorrhoe.
- > **Ulcus molle:** STI durch *Hämophilus ducreyi*
- > Inkubationszeit: 2-5 Tage
- > Initial rasch zerfallende Papeln
- > mit Ausbildung weicher, schmierig belegter, schmerzhafter Ulzera mit unterminierten Rändern
- > Tendenz zur eitrig-eitrige Einschmelzung der Lymphknoten
- > Autoinkulation der Ulzera auf angrenzende Hautbereiche möglich



36

* Das Therapiechema kann zusätzlich mit Metronidazol kombiniert werden, um eine gute Anseher- Wirksamkeit zu erreichen bzw. diese noch zu verstärken.
Doxycyclin kann durch Azithromycin ersetzt werden; 1,5-2,0 g p.o. einmalig.
** Die Dauer der Therapie sollte für diese Medikamente von der Keim abhängig gemacht werden.
*** Fastregler, Abszenzen oder i.v.-Behandlung fühlens 24 h nach zureichender Besserung; Behandlungsdauer mind. 7, in der Regel nicht mehr als 14 Tage.
**** häufig Komplexion mit GD, in diesem Fall Ceftriaxon 1-2 g

Abklärung weiterer STI

Erkrankung	Bei...	Standardtherapie	Alternativen	Diagnose
Epididymitis Bei Erregernachweis muss eine gezielte Erregerspezifische Therapie erfolgen	Erwachsene Männer jüngere Männer (Dyspareunie, Hämorrhoiden, Hemorrhoiden)	• Doxycyclin 100 mg 2x tgl. p.o. 14 d Bei schweren Fällen: • Cotrimoxazol 960 mg 2x tgl. für min. 7 d, plus • Azithromycin 1,5 g p.o. 1x, plus • Wenn GGO als Erreger vermutet wird: • Cotrimoxazol 2 g/Tag i.v. für min. 7 d, plus • Azithromycin 1,5-2,0 g p.o. einmalig	Bei Allergien: Moxifloxacin, STI-Verdacht: • Levofloxacin 500 mg 1x tgl. p.o. 7	• Gonokokkenkultur; NAAT für C trachomatis, N. gonorrhoeae und B. Hämorrhoiden >33 Jahre); Hämokultur, Therapie nach Reistogramm
Ulcus molle <i>Hämophilus ducreyi</i>	Erwachsene	• Azithromycin 2 g p.o. einmalig (Therapieversagen bei HIV- und HSV-Begleitinfektionen bei Azithromycin 1,0 g dreimal häufiger) • Cotrimoxazol 960 mg 2x tgl. p.o. 21 d (1 Tabl. = 160 mg TMP + 800 mg SMO)	• Ceftriaxon*** 500 mg i.m. einmalig	• Kultur (Spezialmedien) • NAAT • Material: Abstrich/ Gewebe
Granuloma inguinale (Donovanosis) <i>Klebsiella granulomatis</i>	Erwachsene	• Doxycyclin 100 mg 2x tgl. p.o. 21 d oder • Metronidazol über 3 Wochen 1,0g/woche p.o. Tag 1, 8, 15	• Doxycyclin 100 mg 2x tgl. p.o. 21 d • Mikroskopie (Giemsa-Färbung) • Material: Abstrich/ Gewebe	
Trichomoniasis vaginalis Partner/innentherapie erforderlich!	Erwachsene Vaginitis, Urethritis	• Metronidazol 2x 500 mg p.o. pro Tag über 7 d oder • einmalig 2 g p.o., insbesondere zur Partner/innenbehandlung Schwangerschaft: • Metronidazol 2x 500 mg tgl. p.o. 10 d (off-label) Bei Allergie: Hyposensibilisierung oder • Metronidazol 2x 500 mg p.o. pro Tag 1,5 mg/kg KG, Care bei Typ-1-Allergien!	Dosisreduktion bei Therapieversagen: • Metronidazol oder Tinidazol 2 g p.o. pro Tag über 7 d (Tinidazol in Deutschland nicht verfügbar, aber aus dem Ausland zu besorgen)	• NAAT • Material: Urogenitaler Abstrich • Anigen-Schnelltest • Kultur • Mikroskopie (Nativpräparat, Dunkelfeld oder Phasenkontrast)

Erkrankung	Bei...	Standardtherapie	Alternativen	Diagnose
Candida vulvovaginale Candidose Balanitis circinata Candidomykose <i>Partner/innen-</i> <i>behandlung (nicht bei</i> <i>asymptomatischem</i> <i>Partner*in)</i>	Erwachsene	Lokale Therapie der Erreg. • Clotrimazol 500 mg einmalig • Clotrimazol 200 mg Vaginaltableten 1x tgl. abends 3 d oder 500 mg einmalig oder 100 mg für 6 d • Nystatin 1-2 Vaginaltableten 1 x tgl. • Ibuterol 0,1% Creme Applikationsfüllung Vaginalcreme (Eg) 1 x tgl. 6 d Lokale Therapie beim Mann: • Nystatin-Paste 2 x tgl. 5-7 d • Clotrimazol 2 x tgl. 7 d • Clotrimazol-Creme 1-3 x tgl. 5-7 d	Systemische Therapie: • Fluconazol 200 mg p.o. einmalig (propranal) • Probiotika ggf. bei und nach Therapie als Prophylaxe Bei C. krusei: • Voriconazol 2 x tgl. 7 d (Lokaltherapie) • Voriconazol 1, Tag 200 mg, 2-14. Tag 100 mg, insg. 14 d <i>oder</i> • Voriconazol 1, Tag 400 mg, 2+3. Tag 200 mg, insg. 3 d Bei C. glabrata (seltener symptomatisch): • Posaconazol 300 mg t.d. (nicht bei Nieren- oder Leberfunktionsstörungen) • Posaconazol 400 mg t.d. (symptomatisch-wirksam. Für schwere Fälle Einzelfallentscheidung Miatung (off-label Use: cave: Kosten!) • Dauersuppression z.B. mit Fluconazol 150 mg p.o./Woche für 6 Monate • Oder 200 mg im depressiven Dosis-reduzierenden Schema nach Donders* 2 Monate lang je 200mg Fluconazol 1-mal pro Woche, Plätkultur s.o. • 1. Woche: 200mg Fluconazol 1-mal pro Woche, Plätkultur s.o. • 2. Woche: 100mg Fluconazol 1-mal pro Woche, Plätkultur s.o. • 3. Woche: 50mg Fluconazol 1-mal pro Woche, Plätkultur s.o. Bei Rückfall: neue Initialtherapie wie 1. Woche	• Klinisch-mikroskopischer oder kultureller Nachweis von Hefen (Sabouraud Agar, Anilinfarbstich) • Differenzierung mittels CHROMagar, API-Test oder MALDI-TOF (Identifikation primär resistenter Candida-Spezies)
Candida albicans Vulvovaginitis chronisch rezidivierend (= 3 und mehr Episoden/Jahr)	Erwachsene	• Fluconazol 150 mg p.o./Woche für 6 Monate • Oder 200 mg im depressiven Dosis-reduzierenden Schema nach Donders* 2 Monate lang je 200mg Fluconazol 1-mal pro Woche, Plätkultur s.o. • 1. Woche: 200mg Fluconazol 1-mal pro Woche, Plätkultur s.o. • 2. Woche: 100mg Fluconazol 1-mal pro Woche, Plätkultur s.o. • 3. Woche: 50mg Fluconazol 1-mal pro Woche, Plätkultur s.o. Bei Rückfall: neue Initialtherapie wie 1. Woche	• Mikroskopischer Nachweis von Pflanzpilzen (seltener symptomatisch): • Posaconazol 300 mg t.d. (nicht bei Nieren- oder Leberfunktionsstörungen) • Posaconazol 400 mg t.d. (symptomatisch-wirksam. Für schwere Fälle Einzelfallentscheidung Miatung (off-label Use: cave: Kosten!) • Prädispositionen ausschließen: • Diabetes, Steroidtherapie bei rheumablogischer Grunderkrankung, HIV etc.	
Trichophyton mentagrophytes	Erwachsene genital, perianal	• Terbinafin 250 mg 1x tgl. • Itraconazol 200 mg 2x tgl. • Itraconazol 200 mg 2x tgl. <i>Therapiedauer: 4-7 Wo., in Abhängigkeit von der Klinik</i>	• Fluconazol 200 mg 2x tgl. <i>Therapiedauer: 4-7 Wo., in Abhängigkeit von der Klinik</i>	• Kultur oder PCR (nach Möglichkeit kombiniert)

Abbildung weibler STI

Scabies

- > parasitäre Hautinfektion durch Sarcoptes scabiei hominis
- > Charakteristische Eigenschaften
- > starker, vor allem nächtlich einsetzender Juckreiz
- > Manchmal gewundene, millimeterlange, deutlich tastbare Milbengänge
- > Kratzeffekte, Ekzematisation und bakterielle Sekundärfokte



Erkrankung	Bei...	Standardtherapie	Alternativen	Diagnose
Scabies Sarcoptes hominis <i>Behandlung aller Kontaktpersonen (Wohnmitteil) und Sexualpartner/innen</i>	Erwachsene	• Permethrin 1% 5%ige Creme zur Lokaltherapie über ind. ESOE Therapieendeholung nach 14d • Ivermectin 200 µg/kg p.o. Wiedereholung nach 8 d (off-label Use) <i>Ivermectin nicht in der Schwangerschaft und bei Kindern</i>	• Bei Rapidik Wiederkühlung der Therapie: Cradlelin Sabbe 1x täglich über 3-5 Tage dünn auftragen <i>Cradlelin nicht in der Schwangerschaft und bei Kindern</i>	• Klinisches Bild, Nachweis der Milben (Dermataskop), evtl. Histologie
Pediculosis pubis, Phthiriasis (Fitzläuse) Phthirus pubis	Erwachsene	• 1. Wahl Dimeticon Einwirkzeit 10-20 Minuten • Permethrin 1x 5%-ige Creme: 10 min. Einwirkzeit <i>oder</i> • Permethrinlösung (Anschleifend Auskämmen der Nissen) <i>oder</i> • Lindanlösung (Anschleifend Auskämmen der Nissen) <i>Indikationsstellung:</i>	• Ivermectin 200 µg/kg p.o. einmalig <i>Nicht in der Schwangerschaft</i>	• Nachweis von Eizläusen und deren Nissen (peripärl. evtl. auch außen, an Barthaaren und Wimpern (Inspektion evtl. mit Lupe), evtl. mikroskopische Untersuchung des Materials

Abbildung weibler STI

https://register.awmf.org/assets/guidelines/029_006_sxx_Sexuell_ubertragbare_injektionen_Berichtung_Diagnostik_Therapie_STI_2019_09.pdf

Erkrankung	Bei...	Standardtherapie	Alternativen	Diagnose
HPV Humane Papillomviren <i>Herpesähnliche, nicht umhüllte, DNA-Viren, Neoplasten oder Karzinome verursachend</i>	Erwachsene genitalien Warzen bei	• Podophyloxin 0,5 % Lösung oder Gel, 0,15 % Creme; 2 x tgl. über 3 d, dann 4 d Pause (4 Zyklen) • Imiquimod 5 % Creme 3 x pro Wo. bis zu 16 Wo. • Sinecatechine- oder Grünlee-Catechine 10 % Salbe 3 x tgl. bis zu 16 Wo. • Kryotherapie • Trichloressigsäure 80-90 % • Exzision, Kürettage, Elektrochirurgie/ Lasertherapie	• Podophyloxin 0,15 % Creme; 2 x tgl. über 3 d, dann 4 d Pause (4 Zyklen) • Imiquimod 5 % Creme (off-label) • 5-Fluorouracil 5 % Creme (off-label) • Interferon alpha (topisch, intraläsional) (off-label) <i>Bei Schwangerschaft:</i> • Trichloressigsäure, Kryotherapie oder Lasertherapie, chirurgische Abtragung	• Klinisch (Condylomata acuminata, Koiloposie, Essigsäuretest (1-5%), Ausschluss Condylomata acuminata durch histologische Untersuchung (NAAT: Hybrid Capture (Material: Abstrich, Gewebe))
Analytisch <i>Für genetisch vererbte, elektrokautische Abtragung, ggf. Lasertherapie, alternative Laserabtragung</i>	Analytisch epitheliale Neoplasien (AIN)	• Topische Therapie: • Perianal: Imiquimod 5 % Creme 3 x pro Wo. bis zu 16 Wo. (off-label) oder 3,75 % Creme (off-label) • Genital: Imiquimod 5 % Creme (off-label), 3 x pro Wo. bis zu 16 Wo. (off-label), 3 x pro Wo. bis zu 16 Wo. (off-label), 85 % Trichloressigsäure (z.B. Woche 0, 4, 8, 12) • Applikation von 5 % 5-FU 2x tgl. bis zu 16 Wo. (off-label); NW-Rate jedoch höher als bei Kryotherapie	• Topische Therapie: • Perianal: Imiquimod 5 % Creme 3 x pro Wo. bis zu 16 Wo. (off-label) oder 3,75 % Creme (off-label) • Genital: Imiquimod 5 % Creme (off-label), 3 x pro Wo. bis zu 16 Wo. (off-label), 85 % Trichloressigsäure (z.B. Woche 0, 4, 8, 12) • Applikation von 5 % 5-FU 2x tgl. bis zu 16 Wo. (off-label); NW-Rate jedoch höher als bei Kryotherapie	• Digitale rektale Untersuchung • Analytische (analog d. Cervix-Zylogie, bei allen hochrisiko-Patient*innen für AIN) als Basis-Screening 3e) ASCUS-ASC-H, LSIL, HSIL 1. Applikation von 5% Essigsäure oder Lugol'sche Lösung zur Identifizierung von LSIL 2. Entfernen eines Anoskops, Essigsäure- oder Koilopos (Abstand ca. 30 cm), langsame Fokussierung 3. Untersuchung, Beginn in distalem Rektum (bis Nabelhöhe) Detailliert d. Linea dentata (Transformationszone), des Verlaufs der Krypten 4. ggf. Fotodokumentation der erhabenen Befunde
Analytisch <i>Für genetisch vererbte, elektrokautische Abtragung, ggf. Lasertherapie, alternative Laserabtragung</i>	Analytisch epitheliale Neoplasien (AIN)	• Exzision bei operablen Befunden (in der Regel <2cm) • Kombinierte Radio- und Chemotherapie: Radikal mit 50 Gy (1,8 Gy tgl.) 5-FU (1000 mg/m ² KO, Tag 1-5 und Tag 29-33) und Mitomycin-C (10 mg/m ² , Tag 1, 29)	• Radio-Chemotherapie bei sehr großen, inoperablen Tumoren • Primäre Exzision bei sehr kleinen, operablen Tumoren (<2 cm Durchmesser)	• Immer obiotische Abklärung aller suspekten Areale (Histopathologie)

Erkrankung	Bei...	Standardtherapie	Alternativen	Diagnose
Herpes genitalis Herpes simplex 1/2	Erwachsene (Urethritis, Vaginitis, Proktitis, Gingivostomatitis, Balanoposthitis)	• Aciclovir 400 mg 3x tgl. p.o. 7-10 d • 800 mg 3x tgl. p.o. 3 d. anstichl. 400 mg 3x tgl. für 7-10 d* • Famciclovir 250 mg 3x tgl. p.o. 7-10 d • Valaciclovir 500 mg 2x tgl. p.o. 7-10 d <i>In schweren Fällen: Aciclovir: 3x 5 mg/kg KG i.v. 5-7 d (10 d bei Immunsuppression)</i>	• NAAT (Materiel: Abstrich, Gewebe) HSV 1 und HSV 2 differenzier bestimmen, ergänzende Serodiagnostik nur bei vermehrter Primärinfektion (IGM)	• Klinik • NAAT
	Erwachsene Reaktivierung, Interventionell	• Aciclovir 800 mg 2x tgl. p.o. 5 d oder 400 mg 3x tgl. p.o. 5 d oder 800 mg 3x tgl. p.o. 2 d • Famciclovir 125 mg 2x tgl. p.o. 5 d oder 1,0 g 2x tgl. p.o. (einmalig) • Valaciclovir 500 mg 2x tgl. p.o. 3 d oder 1,0 g 1x tgl. p.o. 5 d • ggf. auch Lokalthherapie mit Aciclovir oder Foscarnet/Vitamin (insbesondere i.d. Schwangerschaft nicht ausscheidend!)	• Antigen-Test (schnell, aber weniger sensitiv) (Materiel: Abstrich)	• Material: Abstrich der Hautläsionen oder Vesikelflüssigkeit, ggf. Schleimhautabstrich (z.B. Reiben, Rektum, Vagina) vor Auftreten der ersten Hautveränderungen.
Erwachsene Dauer-suppression	• Aciclovir 800 mg 2x tgl. p.o. (eff. bis auf 1x tgl. 400 mg reduziert) • Famciclovir 250 mg 2x tgl. p.o. • Valaciclovir 500-1000 mg 1x tgl. p.o. <i>Dauer-suppressionstherapie über mehrere (max. 12) Monate, danach Reevaluation, ggf. erneute Therapie (Indiv. Dosisanpassung)</i>			• Differenzialdiagnose: u.a. Syphilis, Herpes genitalis, Herpes Zoster/Varizellen, Kryptokokken
Schwangere Primärinfektion	• Aciclovir 200 mg 5x tgl. p.o. 10 d			
Schwangere Reaktivierung	• Aciclovir 400 mg 3x tgl. p.o. 10 d			
Schwangere Prophylaxe	• Aciclovir 400 mg 3x tgl. p.o. ab der 36. SSW bis zur Geburt • Valaciclovir 250 mg 2x tgl. p.o. ab der 36. SSW bis zur Geburt			
Immunsuppression (z.B. HIV)	• 2-3-fach höhere Dosierung und evtl. längere Zeiträume, ggf. i.v. <i>Cave: Nephrotoxizität!</i>			

Affenpocken (mpox)

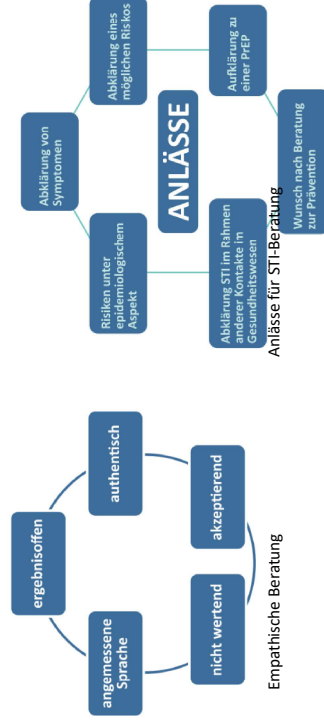
- > Werden zunehmend als STI betrachtet
- > Es gibt einen starken Zusammenhang zwischen sexueller Aktivität und mpox
- > Erreger: Orthopoxvirus
- > Übertragung durch direkten Kontakt oder durch Aerosol

Erkrankung	Bei...	Standardtherapie	Alternativen	Diagnose
Monkeypox (MPXV) Affenpocken	Erwachsene mit ausgeprägter Klinik	• Tecovirimat 2 x 600mg für 4 d	• Ocdoovir oder Brincidofovir** Bei einzelnen Hautläsionen • Ocdoovir 1% Creme • Ocdoovir 1% in Beleibasis*** • Ocdoovir 1% in Beleibasis***	• Klinik • NAAT
	Kinder (ab 13 kg KG)	• Symptomatisch z.B. topische Anwendung von Zink-Schüttelmixturen • Tecovirimat 13-25 kg 2 x 200mg für 14 d 25-40 kg 2 x 400mg für 14 d >40kg 2 x 600mg für 14 d		• Material: Abstrich der Hautläsionen oder Vesikelflüssigkeit, ggf. Schleimhautabstrich (z.B. Reiben, Rektum, Vagina) vor Auftreten der ersten Hautveränderungen. • Differenzialdiagnose: u.a. Syphilis, Herpes genitalis, Herpes Zoster/Varizellen, Kryptokokken

Ablklärung weiterer STI

- * zur Zi. nicht frei verfügbar (Stand Nov.2023) RQL-STAKOB
- ** in USA für MPXV zugelassen
- *** in UK für MPXV (bei Impfstoff: CAME-Nieren- und Hepatotoxizität)

Empfehlungen zur STI-Beratung



Untersuchung

ART DER UNTERSUCHUNG	FRAU	MANN heterosexuell	MSM	TRANS*
Inspektion				
Vulva, Perineum	✓	-	-	je nach Anatomie
Skrotum und Penis (mit Retraktion des Präputium)	-	✓	✓	je nach Anatomie
Perianale Region	✓	✓	✓	✓
Mund, Rachen	✓	✓	✓	✓
Haut	✓	✓	✓	✓
Leistenlymphknoten	✓	✓	✓	✓
Skrotum	-	✓	✓	je nach Anatomie
Inneres Genital (bimanuell)	✓	-	-	je nach Anatomie
Weitere Untersuchungen				
SpekulumEinstellung zur Inspektion von Vagina und Portio (ggf. Kolposkopie)	✓	-	-	je nach Anatomie
Rektale Untersuchung	✓	✓	✓	✓

Bei Infektionen der Reproduktionsorgane sollten neben STI auch immer andere Erreger (Gram-neg./-pos., Pilze etc.) mitbedacht werden

Diagnostik von STI

- > Klinische Untersuchung
 - > richtet sich nach dem Geschlecht, den sexuellen Praktiken und den berichteten Symptomen
 - > Inspektion der Genitalien, der Analregion, des Rachens und der Haut
 - > Gegebenenfalls weiterführende Untersuchungen wie Proktoskopie, Sonographie oder SpekulumEinstellung der Portio.
 - > Labor
 - > HIV-Serologie; Hepatitisserologie, Syphilisserologie sowie Nukleinsäureamplifikationstest (NAAT) zum Ausschluss einer Chlamydia trachomatis-, Neisseria gonorrhoeae-, Mycoplasma genitalium- und Trichomonas vaginalis-Infektion (aus Urin bzw. Abstrichen).
 - > erregerspezifische Diagnostik richtet nach Symptomen und klinischem Befund

FAQ

- > Wann empfiehlt sich die Abklärung weiterer STI?
 - > Immer wenn eine STI festgestellt wird, sollten andere STI (z.B. HIV, Syphilis serologisch und Gonorrhoe, Chlamydien und M. genitalium per NAAT (falls etabliert, Multiplex-PCR mit genotypischer Resistenzbestimmung), sowie klinisch HPV) abgeklärt werden.
 - > Ist Kontrolle nach Behandlung (test of cure) notwendig?
 - > Der Therapieerfolg sollte immer überprüft werden, weil neben Resistenzen auch andere Faktoren den Therapieerfolg beeinflussen, so dass ein Test nach einer Therapie durchgeführt werden sollte.
 - > Wann ist eine Partner:innenbehandlung indiziert?
 - > ist wichtig und sollte individuell empfohlen werden. Bei Gonokokken-, Trichomonaden- und Chlamydieninfektionen ist sie obligat.

Tab. 1 Leitsymptome von STI/sexuell übertragbaren Infektionen und häufige Differenzialdiagnosen. (Adaptiert nach [1])

Leitsymptom	Möglicher Erreger	Häufige Differenzialdiagnosen
Dysurie mit oder ohne urethralen Fluor	CT, <i>L. urealyticum</i> , GO, TV, HSV 1 und 2	Hämorrhagische externe Dysurie bei Herpesinfektionen (s. auch atypische Herpes), oder mechanischer Reizung, <i>Candida</i> spp., Hämorrhagidienkomplexe
Vermehrter vaginaler Fluor	CT, GO, TV, MG	Bakterielle Vaginose, hormonal bedingt vermehrter Fluor, vaginale <i>Candida</i> -Infektionen, Kolpitis und Zervizitis durch andere Erreger, vaginale Fremdkörper, Ektopie, genitale Malignome
Angrenzendes Ulcus, Paraphimose	CT, <i>H. ducreyi</i> , <i>T. pallidum</i> , HSV 1 und 2	Verletzungen, Katzenkratze, chronische Anal fissur, Morbus Behçet oder andere ulzerierende Dermatosen
Sporadige Hautveränderungen in der Anogenitalregion (angenitale Warzen, vesikuläre Effloreszenzen, Ekorationen)	<i>T. pallidum</i> , HSV 1 und 2, HPV, <i>M. contagiosum</i> -Virus, Katzenmilben (<i>Sarcoptes scabiei</i>), Filizlaus (<i>Phthirus pubis</i>)	Chronische Ekzeme, Mykosen, Lichen ruber, Penosis (mit Rhagade), Impetigo contagiosa, atopische Dermatitis, Lichen sclerosus, fixe Arzneimittelallergien, sonstige Dermatosen, Menseken, Präkanzerosen und Tumoren
Ausschlag (Erythem und Erythema) an der Leistengegend	<i>T. pallidum</i> , HIV, Katzenmilben (<i>Sarcoptes scabiei</i>)	Virusinfektionen, Arzneimittelallergien, sonstige Dermatosen
Lymphknotenschwellung (Hals, Leiste)	CT, <i>H. ducreyi</i> , GO, <i>T. pallidum</i> , HSV 1 und 2, HIV	Lymphome, andere Malignome, Infektionen und Tumoren im Bereich der unteren Extremität, infektiöse Mononukleose (inguinale Mitbeteiligung)
Skrotale Schwellung	CT, GO, Enterobakterien	Hämatochrome Orchitis, Hodentumor
Azyklische vaginale Blutung/Kontaktblutung	CT, TV, MG	Hormonell bedingte dysfunktionale Blutung, Kolpitis und Zervizitis durch andere Erreger, vaginale <i>Candida</i> -Infektion, vaginale Fremdkörper, Ektopie, genitale Malignome
Unterbauchschmerzen mit und ohne Dyspareunie	CT, MG, GO	PID („Pelvic inflammatory disease“) durch andere Erreger, Adhäsionen, benignere Neubildungen, genitale Malignome, Extragenitalerandrit, Endometriose, Appendizitis, andere extragenitale Erkrankungen, psychosomatische Erkrankung
Anorektales Syndrom (rektale Blutung, Dehkatatenschmerz, Sekretion)	CT, GO, <i>T. pallidum</i> , HPV	Anal fissur, anale Verletzung, Hämorrhoiden, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Malignom, Endometriose

CT Chlamydia trachomatis, GO Gonokokken, MG Mycoplasma genitalium, TV Trichomonas vaginalis, HPV humane Papillomviren, HSV Herpes-simplex-viren, L. urealyticum Ureaplasma urealyticum, H. ducreyi Haemophilus ducreyi, T. pallidum Treponema pallidum, M. contagiosum Molluscum contagiosum, PH Phthirus pubis, HIV human immunodeficiency virus

Sexuelle Abstinenz nach Therapie

Erkrankung	Abstinenz	Partner*innenbeschränkung und -untersuchung	Partner*innen-Mitbehandlung	Therapieerfolgskontrolle/ToC
Gonorrhoe	Bis min. 1 Wo. nach Abschluss der Behandlung, besser bis zur Therapieerfolgskontrolle	Ja, Partner*innen der letzten 6 Monate	Ja	4 Wo. nach Therapieende, Kultur + NAAT
Chlamydien	Während der gesamten Behandlungsdauer	Ja, Partner*innen der letzten 6 Monate	Ja, bei positivem Befund und, falls Testung nicht möglich, auch ohne Labornachweis	Frühestens 6 Wo. nach Therapieende
Syphilis	Bei Frühstadium: 7 Tage Bei Spätstadium: 21 Tage	Ja, bei primärer Syphilis; Partner*innen bei sekundärer Syphilis; Partner*innen der letzten 12(-24) Monate	Ja, bei positivem Befund und, falls Testung nicht möglich, auch vorsorgliche Therapie	3-4 Wo. nach Beginn der Therapie Nur bei anhaltender Symptomatik oder Rezidiv empfohlen!
Trichomoniasis	1 Wo. nach Abschluss der Behandlung und bei Symptomfreiheit	Ja, Partner*innen der letzten 4 Wo. vor Infektion	Ja, unabhängig von möglichen Testergebnissen	
M. genitalium	Bis zur Therapieerfolgskontrolle	Ja, Partner*innen der letzten 6 Monate	Ja, bei positivem Befund	Ja, frühestens 4 Wo. nach Therapieende

41

41

43

43

Quellen und weitere Informationen

- > Sexuell übertragbare Infektionen, BAG
 - > <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/sexuell-uebertragbare-infektionen.html>
- > AIDS-Hilfe Schweiz
 - > <https://aids.ch/de/was-wir-tun/aktivitaeten/kampagnen/love-life-kampagne/>
 - > <https://lovelife.ch/de/hiv-co/>
- > Sexuell übertragbare Infektionen (STI) medix
 - > <https://www.medix.ch/wissen/guidelines/sexuell-uebertragbare-infektionen-sti/>
- > Leitlinien der Deutschen STI-Gesellschaft
 - > <https://www.dstig.de/leitlinien/>
- > Leitfaden für die Kitteltasche
 - > https://www.dstig.de/DSTIG-Leitfaden_Auflage_04_2023-2024.pdf

Fazit für die Praxis

- > Sexuell übertragbaren Infektionen (STI) verlaufen je nach Erreger und Infektionsort in unterschiedlicher Häufigkeit symptomatisch.
- > Bei der Diagnostik sollte die Sexualanamnese berücksichtigt und die häufigsten STI (auch oral und anal) sollten ausgeschlossen werden.
- > Bei positivem Befund soll eine Partnertherapie zur Unterbrechung von Infektionsketten durchgeführt werden.
- > Die Leitlinien zur Beratung bei STI und Therapie von STI werden ständig der aktuellen epidemiologischen Lage angepasst. Immer die neueste Leitlinie nutzen!

42

42