

Sex auf Reisen

Urlaubsflirt mit Folgen

Sexuelle Begegnungen im Urlaub hat etwa jeder fünfte Reisende – mit teils unangenehmen Folgen: Tropische Geschlechtskrankheiten. Wie lassen sich diese erkennen?

Bei den sexuell übertragbaren Infektionen (STI) liegt allein die Inzidenz für Chlamydien-Infektionen, Gonorrhö, Syphilis und Trichomoniasis bei weltweit geschätzt 500 Millionen Fällen pro Jahr, berichtet Dr. Christoph Bendick vom Preah Kossamak-Krankenhaus in Phnom Penh, Kambodscha. Drei Viertel dieser Infektionen entfielen auf tropische Länder in Lateinamerika, Subsahara-Afrika sowie Süd- bzw. Südostasien.

Unter tropischen Geschlechtskrankheiten werden die bakteriellen Infektionen *Ulcus molle*, *Lymphogranuloma venereum* (LGV) und *Granuloma inguinale* (GI) zusammengefasst. Primäre Symptome dieser drei Erkrankungen sind Ulzera, die auch das Risiko für die Übertragung von HIV und anderen STI erhöhen. „Das erhöhte HIV-Risiko wird für Frauen auf 10–50%, für Männer auf 50–300% geschätzt“, so Bendick.

Ulcus molle

Ulcus molle ist eine hochkontagiöse Erkrankung mit Ausbildung sehr schmerzhafter, genitaler Ulzera mit unterminierten Rändern. Der Grund der Ulzera ist häufig mit übel riechendem, schmierig-grauem Material bedeckt und blutet leicht. Ausgelöst wird das Geschwür durch den ausschließlich humanpathogenen *Kokkobazillus Haemophilus ducreyi*.

Die Infektion erfolgt beim Sexualverkehr durch direkte Inokulation, die Inkubationszeit liegt bei 5–7 Tagen. Die Läsionen heilen unbehandelt nach Wochen von selbst ab, allerdings können durch Autoinokulation weitere Ulzera entstehen. Bei 60% der unbehandelten Infizierten kommt es nach Abheilung zu einer ausgeprägten Lymphadenopathie.

Diagnostischer Standard beim Erregernachweis ist die Polymerase-Kettenre-

aktion (PCR). Die Therapie erfolgt bevorzugt mit Ceftriaxon 250 mg i.m. oder Azithromycin 1 g p.o. als Einmaldosis, berichtet Bendick. Empfohlen wird zudem, Personen, die in den zehn Tagen vor Krankheitsbeginn sexuelle Kontakte mit dem Patienten hatten, mitzubehandeln.

Lymphogranuloma venereum

Dem LGV sind schätzungsweise 2–10% aller genitalen Ulzerationen in den Tropen zuzuschreiben. Seit 2003 habe es auch in westlichen Ländern mehrere Gruppen LGV-bedingter Proktitisfälle unter homosexuellen Männern gegeben. Tropische Geschlechtskrankheiten sind also nicht notwendigerweise auf ihre Ursprungsorte begrenzt, so Bendick.

Erreger ist das strikt humanpathogene Bakterium *Chlamydia trachomatis*, die Erkrankung verläuft unbehandelt in drei Stadien: Im Stadium I entstehen schmerzlose Bläschen, die nach 2–3 Tagen ulzerieren und nach 1–2 Wochen abheilen.

Im Stadium II tritt nach 2–6 Wochen eine meist einseitige Schwellung der femoralen und / oder inguinalen Lymphknoten auf. Schließlich schmilzt der hochentzündliche Lymphknoten unter Nekrose, Fistulation und Höhlenbildung ein. Im Stadium 3 setzt bei ausbleibender Behandlung nach 5–10 Jahren eine das Rektum und die Genitoanalregion befallende, granulomatöse Entzündung ein. Eine Hyperplasie der betroffenen Lymphknoten führt zu Lymphorrhoiden.

Später kann eine Verengung des Darmlumens bis zur kompletten Stenose auftreten. Nach teils jahrzehntelangem Krankheitsprozess kann der Patient letztlich durch Darmperforation mit konsekutiver Peritonitis sterben. „Seit dem vermehrten Auftreten der LGV in Europa stehen mit Amplifikationsverfah-

ren (LCR, PCR) neue diagnostische Möglichkeiten zur Verfügung“, schreibt Bendick. Dafür eigneten sich Abstriche von Ulzera, Zervix und Urethra oder Urinproben. Standardtherapie ist Doxycyclin zweimal 100 mg/d über drei Wochen. Fluktuierende Lymphknoten sollten aspiriert, Abszesse inzidiert werden.

Granuloma inguinale

Auslöser der serpininösen Ulzera beim GI ist das gramnegative Stäbchenbakterium *Klebsiella granulomatis*. Die chronisch-progressiv und destruktiv verlaufende Erkrankung ist von niedriger Infektiosität, neben der Übertragung beim Geschlechtsverkehr sind einige wenige Fälle von oral-fäkaler und perinataler Übertragung bekannt.

Am häufigsten ist die ulzerovegetative Verlaufsform: „Primär manifestieren sich eine oder mehrere entzündliche, juckende, subkutane Papeln am Genitale, die sich zu ausgedehnten serpininösen Plaques und Ulzera entwickeln“, so Bendick. Diese zeigen sich als granulomatöse Läsionen mit „rindfleischrotem“ Grund und aufgerolltem Rand.

Fieber und Arthralgien sind Frühsymptome, später können schlechtes Allgemeinbefinden und Anämie dominieren. Eine Lymphadenopathie ist selten. Diagnostisch wegweisend sind mikroskopische intrazellulär gelegene „Donovan-Körperchen“ im Gewebeaufstrich, die nach bipolarer Anfärbung im Cytoplasma von Makrophagen sichtbar werden. Als Therapie empfiehlt Bendick Azithromycin 1 g einmal pro Woche. Die Medikamente müssen mindestens drei Wochen bis zur vollständigen Reepithelisierung der Ulzera verabreicht werden.

Anne Bäurlé

Christoph Bendick, Zbl Arbeitsmed 2019;69:43–58