

Journal für

# Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Sexually Transmitted Diseases  
(STD, Geschlechtskrankheiten im  
weiteren Sinn)**

Turek TD

*Journal für Urologie und*

*Urogynäkologie 2001; 8 (Sonderheft*

*3) (Ausgabe für Österreich)*

Homepage:

[www.kup.at/urologie](http://www.kup.at/urologie)

Online-Datenbank mit  
Autoren- und Stichwortsuche

Indexed in Scopus

Member of the



[www.kup.at/urologie](http://www.kup.at/urologie)

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

# SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES (STD, GESCHLECHTSKRANKHEITEN IM WEITEREN SINN)

SEXUALLY  
TRANSMITTED  
DISEASES (STD,  
GESCHLECHTS-  
KRANKHEITEN IM  
WEITEREN SINN)

## ALLGEMEINES

STDs sind eine interdisziplinär betreute Krankheitsgruppe mit Infektion vorwiegend oder nur fakultativ beim sexuellen Zusammensein. Bei Erregerart, Inkubationszeit, Infektiosität und Klinik bestehen große Unterschiede. In den 1990ern kam es vor allem durch HIV-Infektionsängste zu einem Rückgang, doch brachten in den letzten Jahren die Migrationen, der Sextourismus, die Unliebe zum Kondom und die verfeinerte Diagnostik wieder Zuwachsraten [1]. Gonorrhoe und genitale Chlamydiose sind weltweit die häufigsten STDs, es folgen genitale Candidosen, Herpes und HPV-Infektionen.

In der Diagnostik ist der spezifische Erregernachweis aus Läsionen und Sekreten / Exkreten am bedeutsamsten (vom Nativpräparat über Färbung und Kultur bis zur hochsensiblen PCR-Technik), dazu kommen der Nachweis spezifischer Antikörper und fallweise die Histologie (Ulcus molle, Lymphogranuloma venereum, HPV-Papillomatosen).

## EINTEILUNG AUS PRAKTISCH-KLINISCHER SICHT

### A) Ulkus-Krankheiten

In unserem Krankengut hat sich die Syphilis seit 1998 verdreifacht, aber die erregerreichen Ulzera und Condylomata lata der Frühsyphilis sieht man dennoch selten [2]. Die Patienten kommen meist im Stadium der Latenz, und

die Diagnostik erfordert hier Serotests (TPHA, FTA-Abs, IgM-ELISA, VDRL). Das Ulcus molle (Chancroid) wird vereinzelt bei Migranten diagnostiziert, aber alle Verdachtsfälle auf Lymphogranuloma venereum (LGV) oder Donovanosis (Granuloma inguinale) blieben unbestätigt. Die genitale Herpes simplex-Infektion (Virustyp 1 oder 2) verläuft oft atypisch oder asymptomatisch [3]. Ein Verdacht wird durch den Virusnachweis vom Bläschengrund / Erosion mittels direkter Immunfluoreszenz oder PCR bestätigt. Ein Rezidiv (überwiegend bei Virustyp 2) erleiden 85 % der Patienten zumindest einmal. Sie sind dann – auch ohne Klinik – über die lokale Virusausscheidung infektiös.

### B) Fluorkrankheiten

Gonorrhoe, Chlamydien- und Mykoplasmen-Infektionen sind dem Urologen wohl bekannt, Mehrfachinfektionen eine diagnostische Herausforderung. Die Trichomoniasis ist selten geworden. Frauen überwiegen und der Flagellennachweis gelingt mittels phasenkontrastmikroskopischer Untersuchung des Vaginalflurs. Das Keimreservoir sind oft asymptomatische Männer und die Erregersuche im Harnsediments ist erforderlich. Bei Frauen tritt bevorzugt auch die genitale Candidose auf, 75 % von ihnen erkranken einmal im Leben, bei 5 % folgen chronisch-rezidivierende Verläufe, die Ursachen sind umstritten, eine Partnermitbehandlung ist anzustreben [4]. Subjektiv wird lokales Brennen und Juckreiz angegeben, klinisch imponieren vulvär Erytheme und Schuppenkrusten, und vaginal der weiße Fluor. Die Diagnosebestätigung

soll durch den kulturellen Nachweis von Candida albicans erfolgen, andere Candidaspezies sind sehr selten. Bei Männern kommt es zur Balanoposthitis, selten zur Begleiturethritis. Die bakterielle Vaginose mit dem „fischigen“ Fluor einschließlich Schlüsselzellen und pH wird zwar durch den Geschlechtsverkehr ausgelöst, aber nicht sicher übertragen [5].

### C) Sonstige STDs

Die meisten urogenitalen HPV-Infektionen verlaufen unerkannt asymptomatisch oder subklinisch. Vor allem im 3. Lebensjahrzehnt erzeugen HPV 6 und 11 benigne Warzen, HPV 16, 18, 31, 33 und 35 werden regelmäßig in den intraepithelialen Neoplasien (CIN, VIN, PIN, AIN, bowenoide Papulose, Erythroplasie) nachgewiesen, selten auch in invasiven Zervix-Karzinomen [6]. Die Epizoonosen Pediculosis pubis und Scabies sind oft Sex-assoziiert. Der Nachweis von Sarcoptes scabiei gelingt aus den parallel zur Hautoberfläche verlaufenden Milbengängen und typisch ist der exzessive Juckreiz bei Bettwärme [7]. Die Hepatitis B wird in 60 % sexuell übertragen und ist fast 1000-fach infektiöser als die HIV-Infektion, welche eigentlich auch der STD-Definition entspricht.

## GESETZLICHE REGELUNGEN

Als „Geschlechtskrankheiten“ bezeichnet das Gesetz nur Gonorrhoe, Syphilis, Ulcus molle und LGV. Es verpflichtet einerseits den Patienten zur Untersuchung, Behandlung und Verlaufskontrolle, andererseits den Arzt zur Beleh-

rung und zur Meldung an das Gesundheitsamt (Fallzahlen, unzugängliche Kontaktpersonen). Die HIV-Infektion wird sonderbehandelt durch das AIDS-Gesetz. Dieses reguliert bei einer frischen HIV-Infektion die Stufen-Diagnostik (HIV-Elisa, RT-PCR; Western blot) und die Patientenaufklärung, beim Vollbild AIDS das Meldungsverfahren. Bei Prostitution wird vom Gesundheitsamt ein Arbeitsausweis ausgestellt und wöchentlich auf Gonorrhoe untersucht, zusätzlich erfolgen regelmäßig Serotests auf Syphilis und HIV.

## STD PLUS HIV-INFektion

Diese Kombination begünstigt schwere, atypische STD-Verläufe (Herpes simplex vegetans) und STD-Mehrfachinfektionen, diagnostische Serotests können unverwertbar werden (Syphilis).

## THERAPIE / REMEDIA [8]

siehe **Tabelle 1**.

### Literatur:

1. Petzold D, Gross G. Diagnostik und Therapie sexuell übertragbarer Krankheiten. Springer, Berlin, 2001.
2. Haustein U, Blatz R. Klinische und serologische Diagnostik der Syphilis. In: Plettenberg A, Meigel WN, Moll I (eds). Dermatologie an der Schwelle zum neuen Jahrtausend. Springer, Berlin, 2000.
3. Mahler V, Schuler G. Therapie von Varizella-Zoster- und Herpes simplex-Virus-bedingten Erkrankungen, Teil 2. Hautarzt 2001; 52: 554–74.
4. Spitzbart H. Vulvovaginalcandidose. Gynäkol Praxis 2001; 25: 463–8.
5. Morris MC, Rogers PA, Kinghorn GH. Is bacterial vaginosis a sexually

transmitted infection? Sex Transm Inf 2001; 77: 63–8.

6. Gross G. Anogenitale Warzen und papillomvirusassoziierte Krankheitsbilder. Hautarzt 2001; 52: 6–17.

7. Fölster-Holst. Die Scabietherapie. Hautarzt 2000; 51: 7–13.

8. Sary A et al. Richtlinien zur Therapie der klassischen Geschlechtskrankheiten und Sexually Transmitted Diseases. Pfizer, Wien, 2000.

### Korrespondenzadresse:

Oberrat Dr. Theo-Dieter Turek  
Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie  
A-8036 Graz, Auenbruggerplatz 8

Tabelle 1: Therapie von STDs

Doxycyclin	Urogenitale Chlamydia trachomatis-, Mykoplasmen- / Ureaplasmen-Infektionen: p.o. 2 x 100 mg / 7–10 Tage Lymphogranuloma venereum: p.o. 2 x 100 mg / 21 Tage
Benzathinpenicillin	Frühsyphilis: i.m. 2,4 Mio Spätsyphilis: i.m. 2,4 Mio am Tag 1, 8 und 15
Cefixim	Gonorrhoe: p.o. 400 mg
Metronidazol	Trichomoniasis: p.o. 2 g; bakt. Vaginose: p.o. 2 g/Tag 1 u. 3
Azithromycin	Ulcus molle: p.o. 1 g
Imidazol	Candidose: Creme, Vaginaltabletten; p.o.
Valaciclovir	Herpes genitalis: p.o. 2 x 500 mg / 5 Tage
Podophyllotoxin 0,5%, Imiquimod	HPV-Papillome (für lokale Selbsttherapie)
Trichloressigsäure, Laser, Kryo/Kaustik	HPV-Papillome (für ärztliche Therapie)
Lindan, Permethrin	Ektoparasitosen (Scabies, Pediculosis pubis)

# Mitteilungen aus der Redaktion

## Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

## Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)