



Zahl der HIV-Erstdiagnosen bei homosexuellen Männern weiter ansteigend

Die zum Ende des Jahres 2004 vorliegenden Meldungen zu neu diagnostizierten HIV-Infektionen (Nachmeldungen für 2004 sind noch zu erwarten) deuten darauf hin, dass bei einer insgesamt nur geringen Änderung gegenüber den Vorjahreszahlen (2003) eine weitere Zunahme von HIV-Erstdiagnosen vor allem bei Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten (MSM) verzeichnet werden muss. Die deutlichsten Zuwächse sind in Berlin, NRW, Niedersachsen und Sachsen zu beobachten. Beunruhigend ist vor allem die Entwicklung in Berlin, wo die Zahl der Erstdiagnosen bei homosexuellen Männern und Männern ohne Angabe des Infektionsrisikos in den letzten Jahren besonders deutlich zugenommen hat (Abb. 1).

Faktoren, die bei der Zunahme von HIV-Infektionen eine wichtige Rolle spielen, sind eine erhöhte Risikobereitschaft, hohe Partnerzahlen und ein gestiegenes Risiko, sich mit weiteren sexuell übertragbaren Erregern zu infizieren. Eine vom RKI vorgenommene Analyse des Zusammenhangs von Syphilis- und HIV-Diagnosen bei MSM zeigt, dass aktuell bei ca. 15-20% von bis dahin HIV-negativen oder ungetesteten Männern, bei denen eine frische Syphilis diagnostiziert wird, zeitgleich (± 3 Monate) eine HIV-Infektion erstdiagnostiziert wird. Von den HIV-negativen Patienten mit einer Syphilis infizieren sich in den Folgezeit etwa 10% pro Jahr neu mit HIV.

Prävention durch Beratung

In der Schwerpunktversorgung von HIV- und STD-Patienten sollte daher der Beratung zur Verminderung sexuellen Risikoverhaltens größere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Sexuell aktiven MSM mit wechselnden Partnern sollten, gemäß den gemeinsamen Empfehlungen von RKI, DAIG, DAGNÄ, Deutscher STD-Gesellschaft und Deutscher AIDS-Hilfe, auch wenn keine akuten Beschwerden vorliegen, regelmäßig Kontrolluntersuchungen auf Syphilis (serologisch), Gonorrhö (rektal und pharyngeal) und Chlamydien (urethral, rektal, pharyngeal) angeboten werden. ■

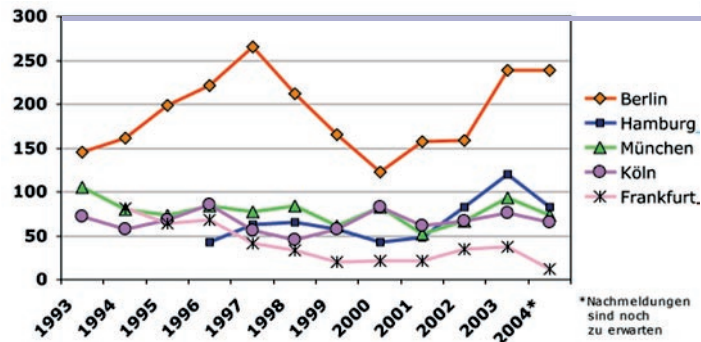


Abb. 1: HIV-Erstdiagnosen bei MSM und Männern ohne Angabe des Risikos

An Lymphogranuloma venerum-Infektion denken!

Seit Ende 2003 werden in Nachbarländern wie den Niederlanden, Belgien und Frankreich Ausbrüche von Lymphogranuloma venerum (LGV) bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), berichtet. Viele der betroffenen Männer haben eine Vielzahl von Sexualkontakten im Ausland, darunter auch in Deutschland, angegeben. In Deutschland wurden ebenfalls einige Fälle diagnostiziert, z.B. in Hamburg und Berlin. Da die Erkrankung in Europa in den letzten Jahren sehr selten vorkam und bei ausschließlich anorektalen Symptomen nicht primär an eine LGV gedacht wird, ist anzunehmen, dass es auch in Deutschland viele bisher unerkannte LGV-Erkrankungen unter MSM gibt. Für LGV-Infektionen besteht auch keine Meldepflicht, so dass das Ausmaß der Verbreitung von LGV in Deutschland derzeit nicht abschätzbar ist.

Auch atypische Verläufe möglich

Nach Infektion zeigt sich anfänglich eine schmerzlose Papel im Bereich der Eintrittspforte. In der Folge schwellen die Leistenlymphknoten an, schmelzen eitrig ein und neigen zur Fistel- und Abszessbildung. Je nach Infektionsort können die Läsionen genital, rektal oder oral auftreten. In den oben genannten Ausbrüchen wurde meist ein anorektaler Befall festgestellt, der sich in anorektalen Schmerzen und Brennen, analem Ausfluss, Blut und Eiterauflagen auf dem Stuhl, Tenesmen und Unterbauchschmerzen manifestiert. Bei der endoskopischen Untersuchung fallen Ulzeratio-

nen auf, rektale Strikturen, Fisteln, perirektale Abszesse und chronische Obstruktion der Lymphkapillaren sind häufige Komplikationen. Bei einer zugleich bestehenden HIV-Infektion sind untypische Verläufe möglich.

LGV wird durch eine Infektion mit Chlamydia trachomatis der Serotypen L1, L2 und L3 verursacht. Eine Infektion gilt als gesichert, wenn einer dieser drei Serotypen festgestellt wird und sowohl spezifische PCR als auch Serologie (mit hohem Titer) auf Chlamydia trachomatis positiv sind. Ein Verdacht auf LGV besteht, falls eine typische klinische Symptomatik vorliegt und PCR und Serologie positiv auf Chlamydien (ohne Serotypendifferenzierung) sind. Zur Behandlung wird eine dreiwöchige Therapie mit Doxycyclin 200 mg/Tag empfohlen. Alternativ kann auch Erythromycin eingesetzt werden.

Um ein genaueres Bild über bereits diagnostizierte Fälle von LGV in Deutschland zu erhalten, bitten wir Sie, das RKI zu kontaktieren, falls Sie innerhalb der letzten 12 Monate in Ihrer Einrichtung Fälle von LGV festgestellt haben. ■

LGV bitte melden

Bitte teilen Sie uns Fälle von **Lymphogranuloma venerum** getrennt für Verdachts- und bestätigte Fälle – Anzahl, Zeitraum (Monat), Geschlecht und Betroffenengruppe – am besten per Fax mit Absenderangabe, an folgende Faxnummer mit: **01888 - 754 35 35**

Autor: Ulrich Marcus · Robert Koch-Institut · Seestr. 10
D-13353 Berlin · Phone: +49-(0)1888-754 34 67
Fax: +49-(0)1888-754 35 22 · E-Mail: marcusu@rki.de