

02
2016

HIVreport.de

Syphilis: Hintergründe zur Zunahme der Diagnosen

- 3 Epidemiologie
- 5 HIV-positive MSM und Syphilis
- 6 Diagnostik
- 8 Empfehlungen zur Prävention
- 9 Interview (HIV-Arzt C. Schuler)

Syphilis

Hintergründe zur Zunahme der Diagnosen

Liebe Leserin, lieber Leser,

seit 2012 beobachtet das Robert-Koch-Institut einen steigenden Zuwachs an Syphilis-Infektionen in Deutschland. Im Jahr 2015 wurden dem RKI 6.834 Syphilis-Fälle gemeldet. Bundesweit lag die Syphilis-Inzidenz im Jahr 2015 bei 8,5 Fällen pro 100.000 Einwohner.

Der größte Anteil der Infektionen betreffen Männer, die Sex mit Männern haben. In diesem HIVreport findet sich eine ausführlichere Analyse der Fallzahlen. Im Weiteren greifen wir die Frage auf, ob und wenn ja wie Medizin und Prävention auf die steigenden Zahlen reagieren kann.

Mit freundlichen Grüßen

Armin Schafberger, Steffen Taubert

Berlin, 12.05.2016

Inhaltsverzeichnis

Epidemiologie	3
Die Top Ten: Städte, in denen Syphilis am häufigsten vorkommt	3
Zunahme der Neudiagnosen bei MSM... 3	
HIV-positive MSM und Syphilis.....	5
Diagnostik	6
Sexualanamnese/Beratung.....	7
Syphilitest: wohin am besten?.....	7
Empfehlungen zur Prävention.....	8
Interview.....	9
Anhang: Übertragungswege.....	11
Anhang: Krankheitsverlauf	12
Quellen.....	13
Impressum	13

Epidemiologie

Nach dem Infektionsschutzgesetz müssen in Deutschland alle neu diagnostizierten Syphilisinfektionen von den Laboren nicht-namentlich (anonym) an das Robert-Koch-Institut (RKI) gemeldet werden.

Bisher ist Syphilis neben HIV und den Hepatitiden die einzige der klassischen STIs, die bundesweit gemeldet werden muss.

Syphilis in Stadt und Land

Die höchste Syphilisinzidenz findet sich nach wie vor in den großstädtischen Ballungsräumen. Rund ein Drittel aller Syphilisdiagnosen stammt jedoch aus Kleinstädten mit einer Einwohnerzahl unter 100 000. So nehmen auch die Diagnosen in Flächenbundesländern wie Bayern, Brandenburg oder Baden-Württemberg zu (siehe Abb. 3).

Die Top Ten: Städte, in denen Syphilis am häufigsten vorkommt

Stadt	Zahl neuer Syphilisdiagnosen auf 100 000 Einwohner
Köln	31,9
Berlin	31,0
Rostock	27,5
München	27,2
Leipzig	21,8
Düsseldorf	20,4
Trier	17,7
Hamburg	19,7
Osnabrück	17,3
Frankfurt/M.	16,0

Die zehn deutschen Großstädte mit den höchsten Inzidenzraten; zum Vergleich die bundesweite Inzidenz 2014: 6,2 %. Quelle: Epidemiologisches Bulletin Nr. 49/2015 des RKI

Zunahme der Neudiagnosen bei MSM

Seit 2010 registriert das RKI eine kontinuierliche Zunahme der Syphilisdiagnosen. Im Jahr 2015 wurden dem RKI 6834 Syphilisfälle gemeldet. Bundesweit lag die Syphilisinzidenz im Jahr 2015 bei 8,5 Fällen pro 100 000 Einwohner. Die Zahl der gemeldeten Fälle lag um 19 % höher als im Vorjahr.

Relativ stabil blieb die Verteilung¹ nach Geschlechtern: Syphilis ist in Deutschland eine Infektion unter Männern; der Frauenanteil lag in den letzten Jahren stabil bei ca. 6 %.

Die meisten neuen Syphilisinfektionen finden sich in der Gruppe der Männer zwischen 30 und 39 Jahren, dicht gefolgt von den Altersgruppen 25–29 und 40–49.

Die meisten Männer infizieren sich durch schwulen Sex; in 85 % der Meldungen wurden homosexuelle Kontakte als Infektionsrisiko angegeben. Bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), stieg die Zahl der Meldungen gegenüber 2014 in zwölf Bundesländern deutlich an.

Besonders starke Zunahmen gab es bei MSM in Berlin (von 812 auf 1064), Hessen (von 198 auf 300) und Nordrhein-Westfalen (von 726 auf 927).²

Sexarbeiter_innen nicht so häufig betroffen

Eher gering sind die Syphilismeldungen im Kontext von Sexarbeit. Gleichwohl gab es aber auch hier eine Zunahme der Meldungen.

- Diagnosen bei Sexarbeiter_innen: + 24 % (insgesamt 93 Meldungen)
- Diagnosen bei Kund_innen: + 25 % (insgesamt 146 Meldungen)

¹ Quellen: Daten des letzten Epidemiologischen Bulletin, Nr. 49/2015, des RKI zu Syphilis; Jansen, 2016

² Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2015. Bei 75 % der Meldungen lag laut RKI eine Angabe zum Infektionsrisiko vor.

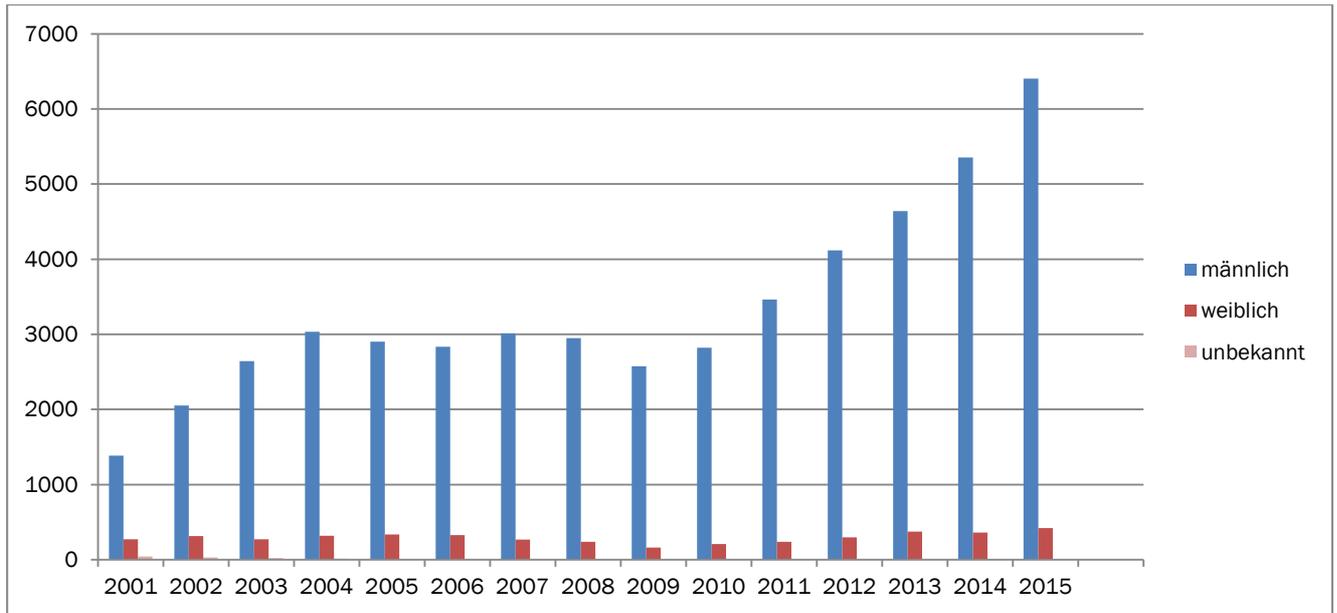


Abb. 1: Verteilung der Syphilisdiagnosen nach Geschlechtern; Abfrage SurvStat, <http://www3.rki.de/SurvStat> Datenstand: 03.05.2016

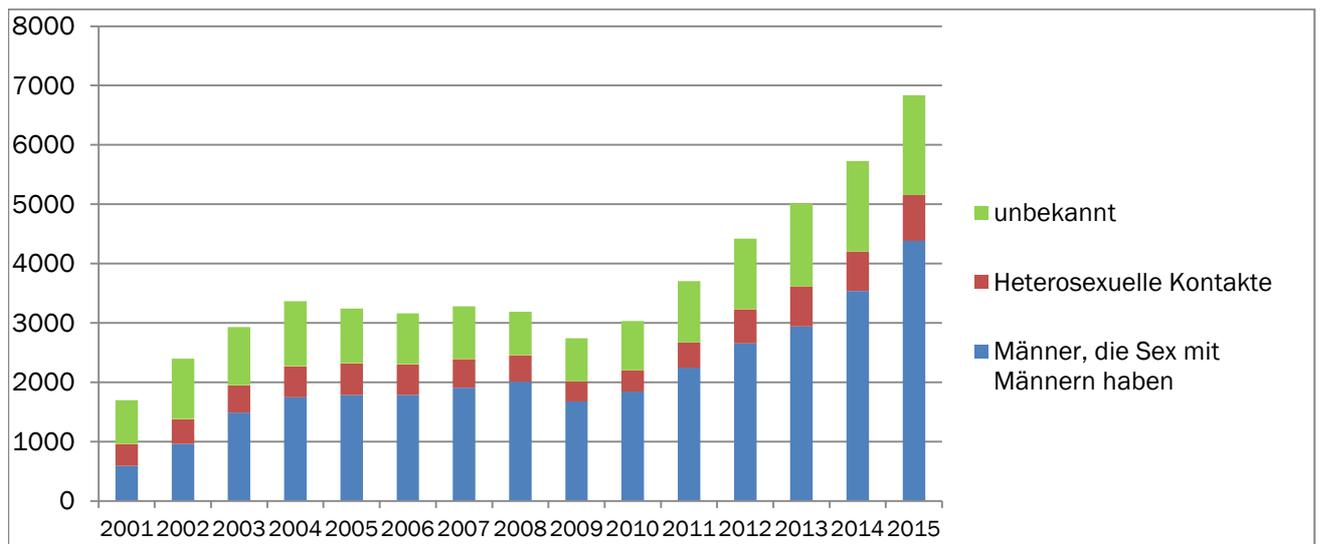


Abb. 2: Verteilung der Syphilisdiagnosen nach Gruppen (MSM, Heteros, Mutter-Kind-Übertragung); Abfrage SurvStat, <http://www3.rki.de/SurvStat> Datenstand: 03.05.2016

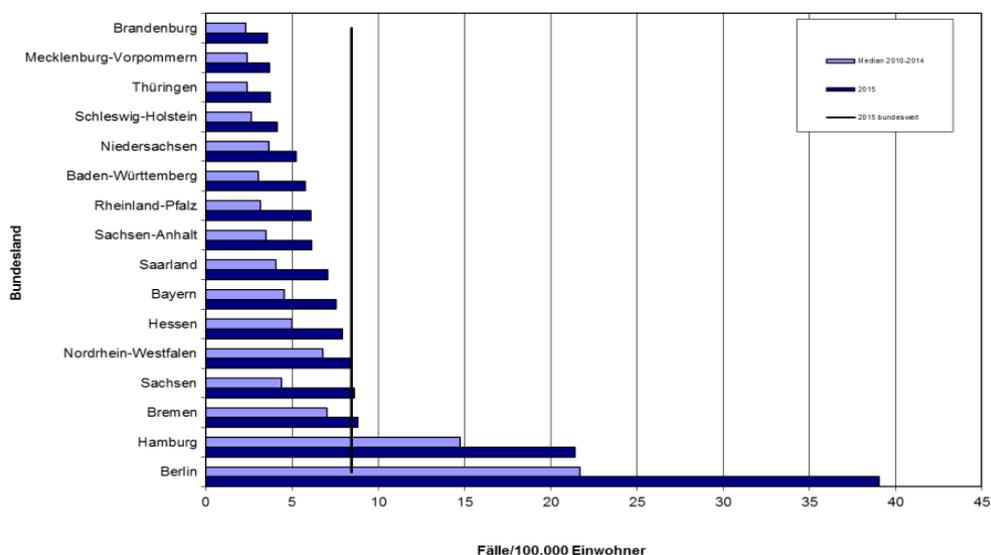


Abb. 3: Gemeldete Syphilisfälle pro 100 000 Einwohner nach Bundesländern, Deutschland 2015 (n = 6834) im Vergleich mit den Vorjahren; Jansen, 2016

Vielfach späte Diagnose

Bei rund drei Vierteln aller Meldungen wurde das Krankheitsstadium miterfasst. Die Daten zeigen, dass bei vielen Erkrankten, bei Frauen noch mehr als bei Männern, die Infektion eher spät entdeckt wurde. Nur 36 % der Diagnosen wurden zu Beginn der Infektion ([Primärstadium](#)) entdeckt.

Dies liegt vermutlich daran, dass die Betroffenen die Symptome des Primärstadiums (kleines Geschwür, geschwollene Lymphknoten) häufig nicht mit Syphilis in Verbindung bringen. Aber auch Ärzt_innen können einen Primäraffekt, also ein kleines Syphilisgeschwür, übersehen, zum Beispiel wenn er im Rektum oder im Mund ist.

Im [Sekundärstadium](#) können Hautausschläge, Fieber, Kopfschmerzen und Muskelschmerzen auftreten. 27 % aller Infektionen werden im Sekundärstadium entdeckt.

Da die Symptome der Syphilis nicht eindeutig sind, erscheint beim Vorliegen entsprechender Risikosituationen eine Diagnostik auf Verdacht sinnvoll (→ [siehe Diagnostik](#)).

Jede dritte Infektion ist eine Reinfektion

Der Anteil der Syphilisreinfektionen hat sich in der Gruppe der MSM seit 15 Jahren mehr als verdreifacht. Jede dritte Syphilisdiagnose bei MSM ist eine Reinfektion.



Wegen der sehr unterschiedlichen Symptome und Verläufe wird Syphilis oft mit anderen Krankheiten verwechselt und als Chamäleon der Medizin bezeichnet. Foto: Kurt F. Domnik/pixelio.de

HIV-positive MSM und Syphilis

Da bei der Meldung der Syphilis bisher nur wenige ergänzende klinische oder sogar soziodemografische Daten übermittelt werden, ist wenig darüber bekannt, welche MSM sich besonders häufig mit Syphilis anstecken. Es gibt jedoch Indizien, dass HIV-positive MSM überproportional häufig betroffen sind.

Das Meldesystem im Vereinigten Königreich erfasst mehr Daten als das RKI, und dort stieg der Anteil HIV-positiver MSM bei bakteriellen STIs in den letzten Jahren stetig an (Malek et al., 2015).

Auch in der letzten Befragungsstudie der BZgA, „Schwule Männer und HIV/AIDS“ aus dem Jahr 2013 (Drewes & Kruspe, 2016), gab es hierfür Anzeichen.

20 % der HIV-positiven Teilnehmer berichteten, in den zwölf Monaten vor der Befragung an einer von drei bakteriellen STIs (Syphilis, Gonorrhö oder Chlamydieninfektion) erkrankt gewesen zu sein. Zum Vergleich: Bei HIV-negativen/ungetesteten Männern waren es 3 %.

Über die Gründe gibt es nur Thesen. Denkbar ist, dass positive Männer weniger häufig Kondome nutzen, zum Beispiel wenn sie mit anderen positiven Männern Sex haben oder mit der Viruslast unterhalb der Nachweisgrenze sind. Vielleicht werden sie aber auch durch ihre regelmäßigen Arztbesuche einfach schneller diagnostiziert als andere.

Um die Zusammenhänge besser erklären zu können, enthält der Erfassungsbogen des RKI seit Anfang dieses Jahres zusätzlich zur Syphilismeldung auch Angabenfelder zu Koinfektionen wie HIV, Hepatitis B/C, Chlamydien oder Gonorrhö. Somit lassen sich die Zusammenhänge zukünftig besser darstellen.

Diagnostik

In der Regel erfolgt die Syphilisdiagnose serologisch, also durch eine Blutserumuntersuchung.

Suchtest

Die Syphilis löst eine starke und frühe Antikörper-Reaktion aus. Bereits nach zwei bis drei Wochen können in der Regel Antikörper nachgewiesen werden, spätestens aber nach zwei bis drei Monaten.

Es gibt zwei Sorten von Antikörpern: IgM-Antikörper erscheinen als erste, verschwinden aber meist nach einem Jahr. Die IgG-Antikörper können lebenslang nachweisbar sein, man spricht dann von einer sog. Serumnarbe.

Für den Antikörpernachweis kommen Labortests oder Schnelltests in Frage. Alle suchen sowohl IgM³ als auch IgG⁴ Antikörper.

Ausnahmen

- Bei sehr früh behandelter Syphilis kann der Antikörpernachweis wieder negativ werden, weil die Syphilis bereits therapiert wurde, bevor es zu einer nennenswerten Antikörperbildung kam (zum Beispiel bei einer prophylaktischen Partner_innen-Behandlung).
- Bei Immunschwäche (HIV-Infektion) kann die Bildung von Syphilisantikörpern verzögert sein.

³ Immunglobulin M (IgM) sind Antikörper, die bei Erstkontakt mit einem Antigen (z.B. einem Bakterium) gebildet werden.

⁴ Immunglobulin G (IgG) sind Antikörper, die etwas verzögert in der Abwehrphase gebildet werden, meist nach ca. 3 Wochen. Sie bleiben oft lebenslang nachweisbar. Bei einer erneuten Infektion werden diese Antikörper früher gebildet, denn der Körper „kennt“ die Infektion bereits.

Die Folge-Blutuntersuchung

Ist der Schnelltest positiv, wird die Blutprobe verwendet um das Ergebnis zu überprüfen.



Mittlerweile gibt es auch kombinierte HIV/Syphilis-Schnelltests. Aber auch hier gilt: Der Test kann nicht zwischen einer frischen und einer ausgeheilten Infektion unterscheiden. Dies kann zurzeit nur eine Laboruntersuchung leisten. Foto: tau

fen. Es könnte sein, dass eine akute Syphilis-Infektion vorliegt. Es kann aber auch sein, dass der Suchtest auf Grund einer ausgeheilten oder behandelten Infektion angeschlagen hat.

Nur die Folgeuntersuchung kann klären, ob eine akute Infektion vorliegt und eine Behandlung nötig ist.

Hinweis zu den Kosten

Während der Suchtest mit wenigen Euros relativ günstig ist, kosten die Tests der Folgeuntersuchung meist zwischen 20-35 Euro. Testprojekte, bei denen viele Klient_innen bereits eine Syphilis hatten, sollten dies – sofern sie auch Bestätigungstests anbieten – in ihrer Kostenkalkulation berücksichtigen.

Sexualanamnese/Beratung

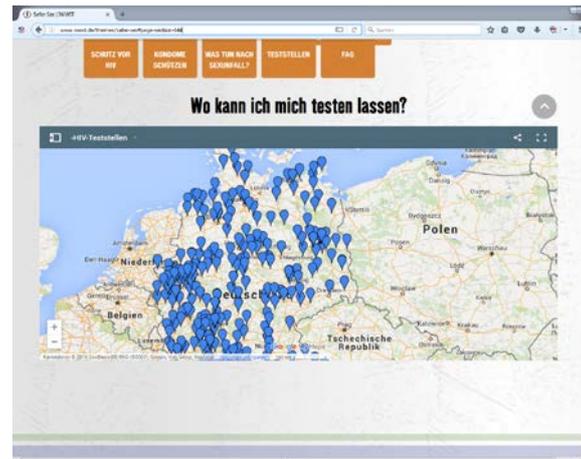
Vor einem Syphilitest steht eine Sexualanamnese, in der Folgendes geklärt wird:

- *Zeitpunkt der möglichen Übertragung.* Hinweis: Sehr frische Infektionen werden von einem Antikörpertest noch nicht erfasst. Bei Verdacht auf eine frische Infektion kann nach Bakterienbestandteilen gefahndet werden, z.B. Abstrich aus Primäraffekt und Test auf Bakterien-Nukleinsäure (PCR).
- *Frage nach früheren Syphilisinfektionen.* Ein Schnelltest ergibt keinen Sinn, wenn früher schon einmal eine Syphilisinfektion vorlag und ausgeheilt ist oder behandelt wurde. Er würde positiv reagieren. Hier sollte auf einen klassischen Labortest verwiesen werden – damit neben dem Suchtest auch gleich die Folgetests durchgeführt werden.

Nach der Diagnose einer behandlungsbedürftigen Infektion sollten die Betroffenen ihre Partner_innen informieren. Das RKI empfiehlt, dass bei Menschen mit Syphilis im Stadium 1 alle Sexualpartner_innen der letzten drei Monate informiert werden sollten; bei sekundärer oder früh latenter Syphilis sollten die Sexualpartner_innen der letzten zwei Jahre informiert werden (RKI, 2007).

Syphilitest: wohin am besten?

Viele Testprojekte und Gesundheitsämter bieten neben dem HIV- auch einen Syphilis-Schnelltest, mitunter auch einen Labortest an. Die Tests sind anonym und kostengünstig. Eine Übersicht über alle Testprojekte findet sich auf der [Safer-Sex-Seite von IWWIT.de](#) (Stichwort: Teststellen).



Einen nicht anonymen Test können niedergelassene Haus- und Fachärzte durchführen.

Auch wenn Ärzt_innen gelegentlich versuchen, die Kosten für die Diagnostik auf ihre Patient_innen abzuwälzen: Wenn eine Risikosituation vorlag, erstatten die Krankenkassen die Kosten für die Diagnostik. Denn: Syphilis ist – genau wie HIV – eine meldepflichtige Erkrankung. Die Kosten für die Labordiagnostik meldepflichtiger Erkrankungen können die Ärzt_innen sogar gesondert abrechnen, ohne ihr allgemeines Laborbudget zu belasten (EBM-Nummer 32006).

Empfehlungen zur Prävention

Da die Symptome der Syphilis leicht zu übersehen sind, empfiehlt sich für Menschen, die ein erhöhtes Risiko haben, sich mit Syphilis anzustecken, ein regelmäßiges Screening.

Besonders gefährdet sind MSM, die häufiger ihre Partner wechseln.

- Sexuell aktive schwule Männer/MSM sollten sich, je nach Partnerfrequenz und Risiko, ein- bis zweimal jährlich auf Syphilis untersuchen lassen. (Das RKI empfiehlt, risikoadaptiert, ein Screening alle drei bis zwölf Monate).
- HIV-positive MSM sollten überprüfen, ob ihr behandelnder Arzt regelmäßig auf Syphilis testet, und ihn im Zweifelsfall darauf ansprechen.
- Hat ein Klient häufiger Syphilisinfectionen, sollten Berater_in, bzw. Ärzt_in überprüfen, ob beim Klienten ausreichend Wissen um die Möglichkeiten einer Risikoreduktion vorhanden ist. Eine amerikanische Studie zeigte, dass bei MSM in San Francisco das HIV-Risiko um den Faktor 8,8 erhöht war, wenn in den vergangenen zwei Jahren mindestens zweimal eine rektale Gonokokken- oder Chlamydieninfektion aufgetreten war (Bernstein, 2010).

Kondome können einen recht guten Basischutz bieten. Da Syphilis aber auch durch Oralverkehr oder Schmierinfektion übertragen werden kann, können Kondome eine Übertragung nicht gänzlich ausschließen.

In der Präventionsberatung kann geklärt werden, ob sich der Klient eigentlich gern mit Kondomen schützen würde, es aber bei der Kondomanwendung Barrieren gibt, die sich medizinisch oder beratend klären lassen (Erektionsprobleme, falsche Kondomgröße, Anwendungsfehler, ...).

Deutsche AIDS-Hilfe

Eine LATTE an Problemen?

Hab ich nicht.
Ich lass mich regelmäßig auf Syphilis & Co. testen.

Die Syphilis ist tückisch: Symptome werden nicht bemerkt oder verschwinden von selbst wieder. Doch im Verborgenen wirken die Erreger weiter und können schwere Schäden anrichten. Und weil man eine Syphilis – wie viele andere Geschlechtskrankheiten – nicht immer sofort erkennt, ist es gut, regelmäßig zum Check zu gehen.

Mehr Infos unter:
www.iwwit.de/geschlechtskrankheiten

ICH WEISS WAS ICH TU
www.iwwit.de

Anzeige der **DAH-Kampagne „Ich weiß was ich tu“**, um schwule Männer und MSM zu regelmäßigen STI-Checks zu motivieren

Eine Syphilisübertragung kann durch Kondomgebrauch oder andere verhaltensbezogene Strategien (wie zum Beispiel die Beschränkung auf Oralverkehr) nicht vollständig verhindert werden. Aus diesem Grund gelten regelmäßige STI-Screenings als wichtige Empfehlung.

Interview

**„Jede Woche einen neuen Fall“
Interview mit Schwerpunktarzt
Christoph Schuler**



Dr. Christoph Schuler (Foto: privat)

Wie erlebt ein HIV-Schwerpunkt Arzt die Zunahme von Syphilis-Infektionen unter schwulen Männern. Axel Schock interviewte den Allgemeinmediziner und Infektiologen Dr. Christoph Schuler. Das Interview erschien April 2016 auf magazin.hiv.

Herr Schuler, zu Ihrem Patientenstamm gehört auch ein großer Prozentsatz schwuler Männer. Inwieweit spielt Syphilis in Ihrem Praxisalltag eine Rolle?

Wir haben sicherlich im Schnitt jede Woche einen neuen Fall in unserer Praxis, und das bereits seit einigen Jahren. Die Zahl der Fälle ist in den letzten Monaten nicht unbedingt gestiegen, aber sie hält sich schon über einen langen Zeitraum sehr konstant auf hohem Niveau.

Können Sie aus Ihrer Erfahrung Patientengruppen ausmachen, die besonders betroffen sind?

Wir entdecken sehr viele Syphilis-Infektionen bei unseren HIV-Patienten, allein schon deshalb, weil diese regelmäßig auf sexuell übertragbare Infektionen gescreent werden.

Das heißt, dadurch werden neue Infektionen automatisch und bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt entdeckt.

Richtig. Zum anderen sind da aber viele nichtpositive Patienten, die wegen verdächtiger Symptome zu uns kommen oder von sich aus einen STI-Routinetest machen lassen. Manche haben sich auch anderswo testen lassen, zum Beispiel in schwulen Beratungseinrichtungen, und haben uns dann nach der Diagnose aufgesucht. Und nicht zuletzt gibt es auch Männer, die von ihrem Sexpartner erfahren haben, dass bei diesem Syphilis diagnostiziert wurde, und sich deshalb nun selbst auch untersuchen lassen wollen.

Kommt es auch vor, dass dieselben Patienten sich immer wieder infizieren?

Das gibt es in der Tat, allerdings ist es gerade bei Syphilis sehr schwer zu unterscheiden, ob es sich um eine Neuinfektion oder um das Wieder-aufflammen einer unzureichend behandelten Infektion handelt.

Könnte der Anstieg der Syphilis-Fälle womöglich auf ein verändertes Sexualverhalten zurückzuführen sein? Nämlich dass schwule Männer wieder mehr Sex ohne Kondom haben?

Ich sehe da keine direkte Verbindung. Natürlich wird häufiger auf das Kondom verzichtet, weil die HIV-Behandlung effektiv ist ...

... und deshalb das HI-Virus nicht mehr übertragen werden kann.

Aber auf der anderen Seite ist Safer Sex mit Kondom keine Praxis, mit der man eine Syphilis-Infektion gänzlich ausschließen kann. Man kann sich eben auch beim Küssen oder beim Oralverkehr infizieren. Es gibt aus unserer Erfahrung in der Praxis aber sicherlich Szenen, in denen Syphilis-Infektionen eher auftreten, zum Beispiel bei Männern, die sexuell aktiver sind oder auf Sexpartys gehen. Wenn hier neue Infektionen auftreten, werden diese dann auch schnell weitergegeben. Umso wichtiger ist es, dass man seine Sexpartner darüber informiert, wenn bei einem selbst eine Infektion festgestellt wurde, damit der Partner mitbehandelt werden kann.

Syphilis scheint moralisch belastender zu sein als andere sexuell übertragbare Infektionen. Fällt es den Patienten tatsächlich leichter, zum Beispiel wegen eines Trippers um Arzt zu gehen?

Das ist in der Tat so. Gerade Patienten, die zuvor noch nie mit einer STI zu tun hatten und nur gelegentlich sexuelle Kontakte haben, fühlen sich ziemlich vor den Kopf gestoßen und sind manchmal auch ein wenig schockiert. Das ist eindeutig auf den stigmatisierenden Charakter zurückzuführen, den die Syphilis nach wie vor hat. Auch wenn die Syphilis behandelt wird: die Infektion bleibt im Blut ein Leben lang sichtbar. Aber auch die Behandlung unterscheidet sich von der vieler anderer STIs: Die Spritzen können durchaus schmerzhaft sein und müssen – je nachdem, wie spät die Infektion entdeckt wurde – gegebenenfalls im Wochenabstand wiederholt werden. Wenn man Allergien hat, sind möglicherweise auch tägliche Infusionen oder eine mehrwöchige Tabletteneinnahme notwendig.

Die Behandlung eines Trippers oder von Chlamydien ist dagegen weitaus einfacher und unkomplizierter.

Anders als etwa bei Hepatitis A ist man nach einer ausgestandenen Syphilis nicht automatisch vor einer neuen Infektion geschützt. Wie gehen Leute damit um, wenn es sie nicht nur einmal erwischt?

Ich erlebe in letzter Zeit immer häufiger den Fall, dass Patienten deshalb sehr frustriert sind und sagen: „Ich mach jetzt nichts mehr.“ Denn nicht nur die Zahl der Syphilis-Fälle ist angestiegen, sondern auch Gonorrhö und Chlamydien sind weiter verbreitet. Manchen ist deshalb ganz offensichtlich die Lust am Sex vergangen, zumindest was den Sex in öffentlichen Räumen angeht.

Axel Schock



Die Syphilis leicht erklärt“. DAH-Film (2016) auf „[Youtube](#)“ und www.iwwit.de/geschlechtskrankheiten

Anhang: Übertragungswege

Der Syphiliserreger (*Treponema pallidum*) wird in Deutschland fast ausschließlich⁵ beim Sex übertragen. Für die Ansteckung reichen wenige Bakterien aus, die beim Sex über kleine, oft nicht sichtbare Verletzungen in die Schleimhaut (zum Beispiel von Eichel, Vorhaut, Schamlippen, Mund oder Enddarm) oder in verletzte Haut eingerieben werden.

Statistisch führt jeder dritte Sexualkontakt mit einem Syphilisinfizierten zu einer Infektion.

Ansteckend sind sämtliche Haut- und Schleimhautveränderungen der infizierten Person und im zweiten Stadium auch Blut.

Treponema pallidum benötigt zur Übertragung beim Sex Reibung und Druck! Denn die Syphilis-Bakterien sind gewebeständig⁶ und müssen für eine Übertragung aus dem Geschwür oder den syphilitischen Hautveränderungen mit dem Gewebewasser „herausgerieben“ werden.

Die bei der HIV-Übertragung relevanten „Körperflüssigkeiten“ wie Sperma, Vaginalflüssigkeit oder der Flüssigkeitsfilm auf der Darmschleimhaut sind für die Syphilisübertragung nicht relevant.⁷

Syphilis lässt sich vor allem durch Anal-, Vaginal- und Oralverkehr, aber auch bei

oral-analem Kontakt und beim Fisten übertragen – und wenn Blut im Spiel ist.

Möglich sind ferner Schmierinfektionen (zum Beispiel bei gemeinsamer Verwendung von Sexspielzeug) und Infektionen bei intensivem Küssen (zum Beispiel wenn der Primäraffekt an der Lippe auftritt).

Die meisten Syphilisgeschwüre finden sich an der Vorhaut/Eichel, den Lippen oder der Zunge, um den oder im Anus und bei Frauen an den großen Schamlippen und in der Vagina. Sie können jedoch auch an der Haut des Penis, an der Peniswurzel oder (zum Beispiel nach dem Fisten) an den Fingern oder der Hand auftreten.

Am ansteckendsten sind beim Sex:

- Das Geschwür (erstes Stadium)
- Hautausschläge und Schleimhautveränderungen/Kondylome (zweites Stadium)
- Blut (zweites Stadium)
- Im dritten Stadium besteht trotz oft schwerwiegender Krankheitszeichen in der Regel keine Infektiosität mehr.

Der einfache Kontakt mit syphilitischen Hautausschlägen scheint kein relevantes Übertragungsrisiko darzustellen. Beim Händeschütteln kann man sich nicht anstecken.

Eine chinesische Arbeitsgruppe (Long, 2012) hat drei Fälle von Syphilisübertragungen von Pflegepersonen auf Kleinkinder veröffentlicht. Sexueller Missbrauch scheint hierbei sicher ausgeschlossen worden zu sein.

Erklärt werden die Übertragungen durch Greifen (und Drücken) der Kleinkinder in den Mund des Erwachsenen, Küssen / Beißen auf syphilitische Hautveränderungen und Vorkauen der Nahrung im Mund des Erwachsenen.

Fazit: Eine Übertragung benötigt sehr intensiven Kontakt; einfache Berührungen reichen nicht aus.

⁵Weitere Übertragungswege bleiben im HIVreport unberücksichtigt. In Deutschland gibt es aufgrund der Syphilisdiagnostik in der Schwangerschaft und der geringen Prävalenz bei Heterosexuellen kaum noch Mutter-Kind-Übertragungen. 2015 wurden lediglich drei Fälle konnataler Syphilis gemeldet. Auch bei Bluttransfusionen spielt Syphilis keine Rolle (mehr), weil kein Frischblut übertragen wird und Blutkonserven zuverlässig getestet werden.

⁶Die Treponemen vermehren sich im Gewebe, zum Beispiel in der Haut, der Schleimhaut oder den Gefäßwänden.

⁷Abgesehen vom Treponemen-haltigen Gewebewasser, das aus einem Syphilisgeschwür oder einer syphilitischen Schleimhautveränderung herausgerieben wird.

Anhang: Krankheitsverlauf

Unbehandelt verläuft Syphilis typischerweise in Stadien; allerdings treten die Symptome nicht regelhaft auf.

Stadium 1 (Primärstadium)

Geschwür an der Eintrittsstelle

Meist drei Wochen nach der Infektion beginnt der sogenannte Primäraffekt.

An der Eintrittsstelle der Bakterien (zum Beispiel an der Eichel, der Vorhaut oder den Schamlippen, den Lippen, im Mund und Rachen, am Anus oder im Enddarm, seltener auch an den Fingern oder anderen Stellen) kann sich ein hirsekorngroßes Knötchen bilden, das sich zu einem meist münzgroßen Geschwür mit hartem Randwall ausweitet (daher auch „Harter Schanker“ oder „Ulcus durum“).

Das in der Regel schmerzlose oder schmerzarme Geschwür sondert nach Reibung und Druck eine klare, hochansteckende Flüssigkeit ab. Nach ungefähr ein bis zwei Wochen schwellen auch die benachbarten Lymphknoten an. Das Geschwür heilt nach zwei bis sechs Wochen von selbst wieder ab. Oft bleibt dieses Stadium un bemerkt.



Makulöser Hautausschlag im Sekundärstadium der Syphilis. Foto: Dr. Christoph Mayr, Berlin

Stadium 2 (Sekundärstadium)

Krankheitsgefühl, Hautausschlag

Das zweite Stadium beginnt meist vier bis zehn Wochen nach der Infektion. Die Syphilisbakterien breiten sich in dieser Phase über Blut und Lymphe im ganzen Körper aus. Es treten unspezifische Symptome auf, zum Beispiel Fieber mit Müdigkeit, Appetitlosigkeit, Kopf- und Gelenkschmerzen, nächtliche Schweißausbrüche oder Lymphknotenschwellungen. Oft fühlen sich die Patient_innen „irgendwie krank“.



Der Hautausschlag im Sekundärstadium kann auch dezent sein. Foto: Dr. Christoph Mayr, Berlin

Charakteristisch sind die Haut- und Schleimhautveränderungen: ein juckender, manchmal schuppender, fleckiger Ausschlag, insbesondere an Rumpf, Handflächen und Fußsohlen.

Häufig sind auch Beläge auf der Zunge und in der Mundhöhle sowie nässende, warzenförmige Stellen, zum Beispiel an den Genitalien oder am Anus, die an Feigwarzen erinnern. In manchen Fällen tritt Haarausfall auf („Mottenfraß“).

Danach tritt eine Ruhephase ein; in dieser sogenannten Latenzphase können erneut Krankheitsschübe auftreten, die aber immer schwächer werden und spätestens nach zwei bis drei Jahren verschwinden. Dann kann der (falsche) Eindruck entstehen, die Syphilis sei ausgeheilt.

Spontanheilungen sind möglich. Wahrscheinlich heilt Syphilis nach Stadium 1 oder 2 in einem Drittel bis der Hälfte der Fälle von selbst aus.

Stadium 3 (Tertiärstadium):

Organschäden

Ohne Behandlung oder Ausheilung folgt die „tertiäre Syphilis“. Sie kann Aorta, Haut, Schleimhäute, Skelett, Augen, Gehör und das zentrale Nervensystem betreffen. Der zeitliche Abstand zur Ansteckung beträgt bis zu zehn Jahre, meist jedoch drei bis vier Jahre.

Typisch sind überall am und im Körper auftretende, oft gummiartig verhärtete Knoten (Gummen), die beim Aufbrechen das umgebende Gewebe zerstören.

Eine Neurosyphilis (Befall des Gehirnes und der Nerven) kann – insbesondere bei einer HIV-Koinfektion – auch in früheren Stadien auftreten. Frühe Symptome sind nächtliche Kopfschmerzen, spätere sind Nervenschmerzen, Lähmungen und psychiatrische Veränderungen. Späte Syphilisstadien kommen heute nur noch selten vor.

Quellen

Bernstein KT, Marcus JL, Nieri G, Philip SS, Klausner JD. Rectal Gonorrhoea and Chlamydia Reinfection is Associated with Increased Risk of HIV Seroconversion. JAIDS, Bd. 53; Nr. 4; 01.04.2010.

Drewes J, Kruspe M. Schwule Männer und HIV/AIDS 2013: Schutzverhalten und Risikomanagement in den Zeiten der Behandelbarkeit von HIV. Deutsche AIDS-Hilfe. AIDS-Forum DAH, 2016; Bd. 61; 23.

Jansen, K. Vorabinformation aus dem Infektionsepidemiologischen Jahrbuch 2015 des RKI. 04.05.2016 (Medium erscheint 2016).

Malek R, Mitchell H, Furegato M, Simms I, Mohammed H, Nardone A, Hughes G. Contribution of Transmission in HIV-Positive Men who have Sex with Men to Evolving Epidemics of Sexually Transmitted Infections in England: An Analysis Using Multiple Data Sources 2009–2013. Euro Surveill 16.04.2015; 20 (15), pii: 21093.

RKI. Weiterer starker Anstieg der Syphilis bei MSM in Deutschland im Jahr 2014. Epid Bull 2015; 49: 515–527.

RKI. Syphilis: Ratgeber für Ärzte (online). 2007.

Impressum

Herausgeber

Deutsche AIDS-Hilfe e. V., Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin
Fon: 030 690087-0, Fax: 030 690087-42, www.aidshilfe.de

V. i. S. d. P.

Steffen Taubert (tau), Armin Schafberger (sch)
hivreport@dah.aidshilfe.de

Texte

Armin Schafberger, Axel Schock, Steffen Taubert

Lektorat

Martin Heiderich

Bestellung

www.hivreport.de

Spendenkonto der Deutschen AIDS-Hilfe e. V.

IBAN: DE27 1005 0000 0220 2202 20 – BIC: BELADEVXXX

Hinweis

Die genannten Verfahren, Medikamente, Inhaltsstoffe und Generika werden ohne Rücksicht auf die bestehende Patentsituation mitgeteilt. Geschützte Warennamen (Marken) sind nicht immer als solche gekennzeichnet; es darf daher nicht angenommen werden, dass es sich bei den verwendeten Bezeichnungen um freie Warennamen handelt.

Die Deutsche AIDS-Hilfe übernimmt keine Gewähr für die Richtigkeit der Angaben und haftet nicht für Schäden durch etwaige Irrtümer. Wir raten unseren Leserinnen und Lesern, auf die Fachinformationen und Beipackzettel der Hersteller zurückzugreifen.