

2. Fachtag **Sexualität und Substanzkonsum** über Generationen hinweg

HIV und Infektiologie

Prävention

Mykoplasmen

Substanzkonsum

Schlussfolgerung

Diskussion



DAIG
Deutsche AIDS-Gesellschaft e.V.

ÖSTERREICHISCHE
AIDS
GESELLSCHAFT



	VOR PrEP Beginn	Während PrEP	Zum Ende der PrEP
HIV-Serologie (4. Generationstest)	X	Initial + einmalig zusätzlich nach 4 Wochen, dann alle 3 Monate	6 Wochen nach letzter Einnahme
Hepatitis B*- und HCV-Serologie	X	HCV Ak alle 6-12 Monate bei HCV- seronegativen Nutzern	
Lues-Serologie	X	Alle 3 Monate	X
Gonorrhoe-NAAT**	X	Alle 3-6 Monate	
Chlamydien-NAAT** <i>**pharyngeal, anorektal, genital</i>	X	Alle 3-6 Monate	

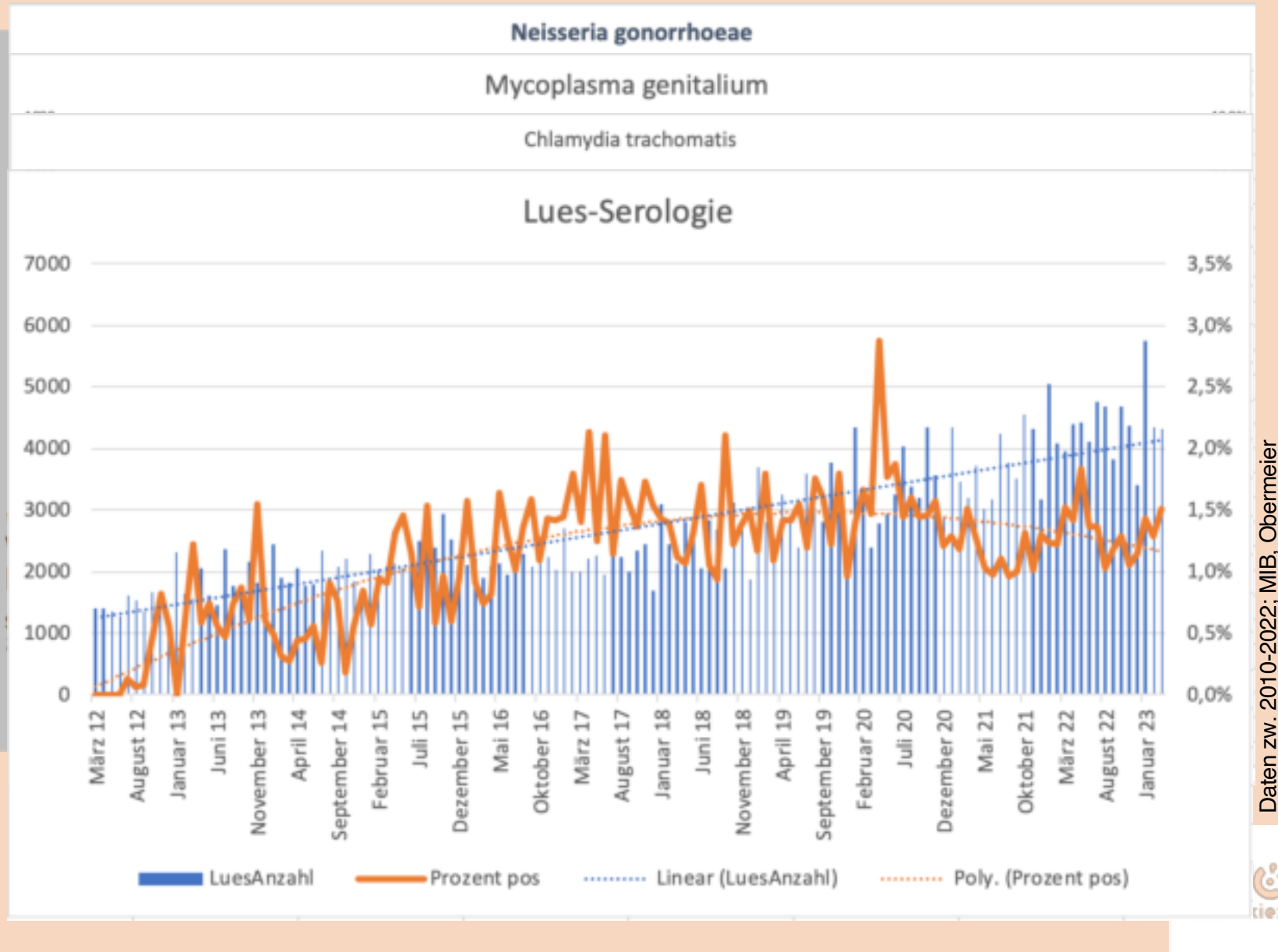
vire
schillerkiez

Aktuelle Testverfahren (NG und CT) im

Was sind unsere **Ziele** beim Screenen/Therapieren von **asymptomatischen** Personen?

Individuum

- Bei Menschen ohne Gebärmutter sind bei **ASYMPTOMATISCHER Infektion** Spätfolgen eher **unwahrscheinlich**
 - CT --- Spontanheilung spätestens nach 1 Jahr.
 - Keine Evidenz über klinische Auswirkungen und Langzeitkomplikationen bei MSM (Dukers-Muijters, 2022).
- Erhöhung des HIV Ansteckungsrisikos → wenig relevant da PrEP



Neue Ziele definieren...

- mehr **Krankheitskontrolle** (Vermeidung von Komplikationen) als **Infektionskontrolle** (Vermeidung von Infektionen). Unemo M, Bradshaw CS, Hocking JS, de Vries HJC, Francis SC, Mabey D, et al. Sexually transmitted infections: challenges ahead. Lancet Infect Dis. 2017;17(8):e235–79.
- Wir brauchen **klinische Daten**, die den Nutzen der Früherkennung und Behandlung dieser Infektionen für das Individuum und für die öffentliche Gesundheit belegen. Dukers-Muijrers et al. BMC Infectious Diseases (2022) 22:255

Schiller/Klecz

Mycoplasma genitalium Persistenz und Spontanclearance

Widersprüchliche Studienlage zur Persistenz:

Wie lange?

- Persistenz bis zu 24 Monate (GB), vermutlich viel länger
- Median 134 Tage (21-228) (USA)

Persistenzrate:

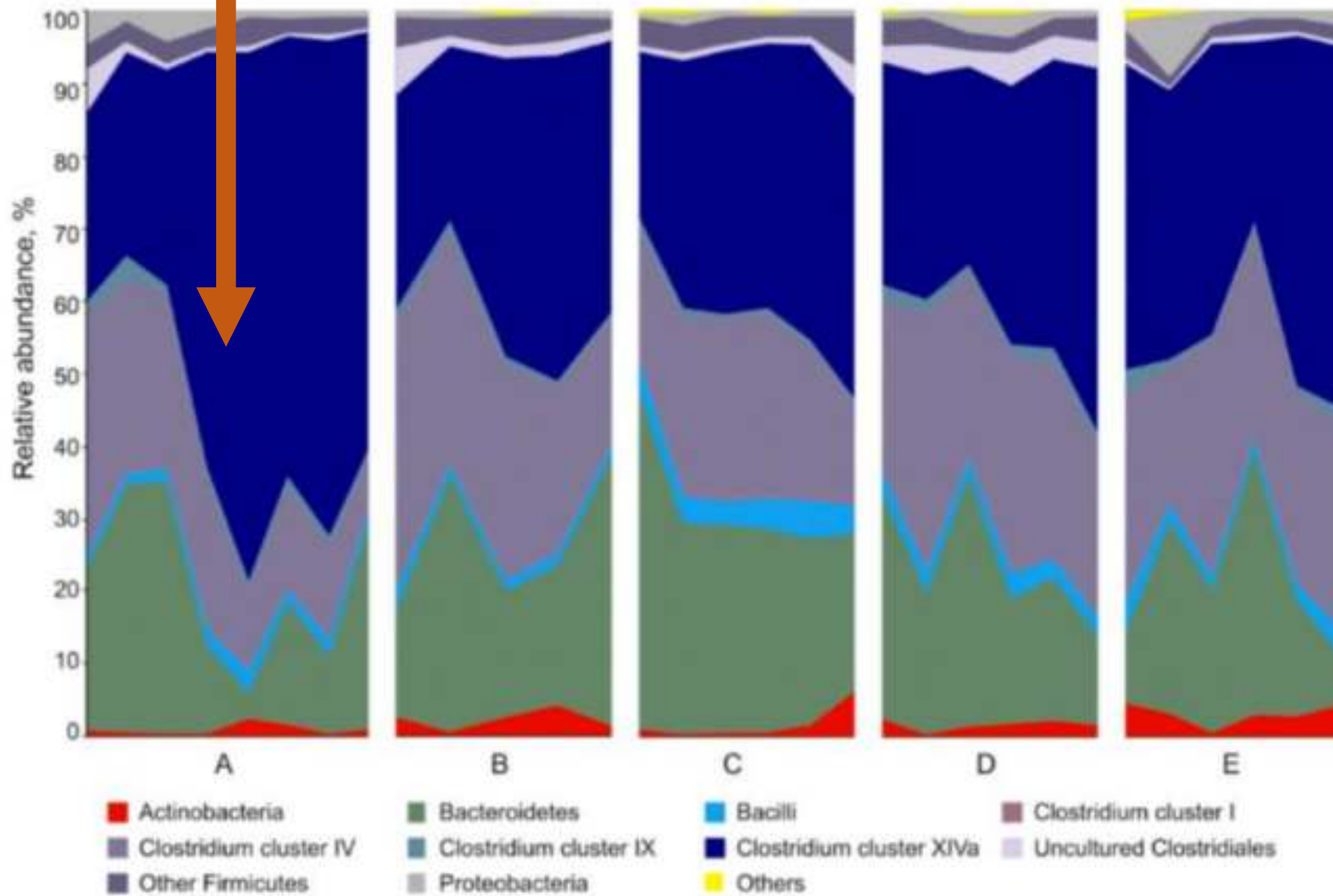
- 42% (9-52%) Persistenz nach 12 Monaten (USA)
- 41% nach Doxycyclin Therapie

Spontanclearance:

- 55% nach 3 Monaten, 83% nach 6 Monaten, 93% nach 12 Monaten (Uganda)

Gnanadurai R, Filler H. *Mycoplasma genitalium*: A Review.
Microbiology (Reading). 2020 Jan;166(1):21-29







DSTIG

Erkrankung	Bei...	Standardtherapie	Alternativen	Diagnose
Mykoplasma genitalium	Urethritis pos. in NAAT für M. genitalium	35-85% Resistenzen in MSM Review Azithromycin initial: 1 g p.o. Tag 1, 500 mg Tag 2-5 (bei Makrolidempfindlichkeit); Doxycyclin 100 mg 2x tgl. p.o. für 7 d oder Azithromycin 1,5 - 2 g p.o. einmalig (bei Makrolidempfindlichkeit); ggf. gleichzeitig Doxycyclin 100 mg 2x tgl. p.o. für 7 d <i>Therapiekontrolle!</i> <i>Cave: De novo-Resistenzbildung</i>	- Moxifloxacin 400 mg 1x tgl. p.o. für 7-10 d (bei Azithromycinresistenz) <i>Wegen möglicher schwerer UAW sorgfältige Überprüfung des Einsatzes von Fluorquinolonen erforderlich</i> - oder - Pristinamycin 1 g 4 x tgl. p.o. für 10 d (bei Therapieversagen unter Moxifloxacin) <i>Pristinamycin sollte aufgrund begrenzter Erfahrungen in der Schwangerschaft vermieden werden</i>	NAAT (Material: Abstrich (wie Kultur), Erststrahlurin) <i>Therapiekontrolle 4-6 Wochen nach Therapiebeginn!</i>
Mykoplasma hominis¹	Symptomen ohne anderweitigen Erregernachweis	Doxycyclin 200 mg einmalig	Azithromycin 1,5 g einmalig	NAAT/Multiplex-PCR²

STI-Therapie und -Prävention

Diskussion

Offenbar gibt es Umstände mit krassen Symptomen

Ab wann macht MP solche Symptome?

Welche Umstände führen dazu? Können wir diese mildern?

Wie viele davon sind human made?

Wie sah deren Mikrobiom, AB-Verbrauch, Sexual-Kultur etc. vorher aus?

Sind unsere Überlegungen und Herangehensweisen mit den bislang vorhanden Diagnostik-tools hinreichend? Sehen wir unter dem Schirm von ABS weit genug?

- **Untersuchung asymptomatischer** Patient*innen auf MG?
- **Untersuchung symptomatischer** P* direkt mit Multiplex oder im „2. Gang“?
- **Behandlung** asymptomatischer pos. Befunde MG?
- Wenn Untersuchung asymptomatischer Patient*innen nicht empfohlen, warum dann diese behandeln?
- Untersuchung und Behandlung asymptomatischer **Sexualpartner*innen**?
- Diagnostische Möglichkeiten – **Kultur**/Resistenzen
- **Resistenzen** – was kommt nach Moxifloxacin/Pristinamycin?
- **Probiotika**?
- Verantwortung für **Mikrobiom**?
- **Zeitaufwendige Aufklärung** über Kommensale und Opportunisten!





**BUNDESINITIATIVE FÜR SEXUALISIERTEN
SUBSTANZKONSUM**

<https://www.biss-chemsex.com>

vire
schillerkiez

1. Konditionierung einer Subkultur zum asymptomatischen Testen und Behandeln
2. Möglichst zeitnah wieder „funktionsfähig sein“ (CAVE: Sexarbeit und Pornografie)
3. Selbst unklare, fragliche Symptome und Keime eher behandeln
4. Leistungsgesellschaft mit hohem Optimierungsdruck, Performancedrange, Zugehörigkeitsbedürfnis, Identifikationsgefühl, Pseudointimität, Eskapismus, early autonomy, Unsicherheit
5. Damit Amplifikation und Aggravation vom Wunsch nach bequemen und instant Lösungen
6. Sowohl auf Seiten der Patient*innen als auch der Seite der medical professionals

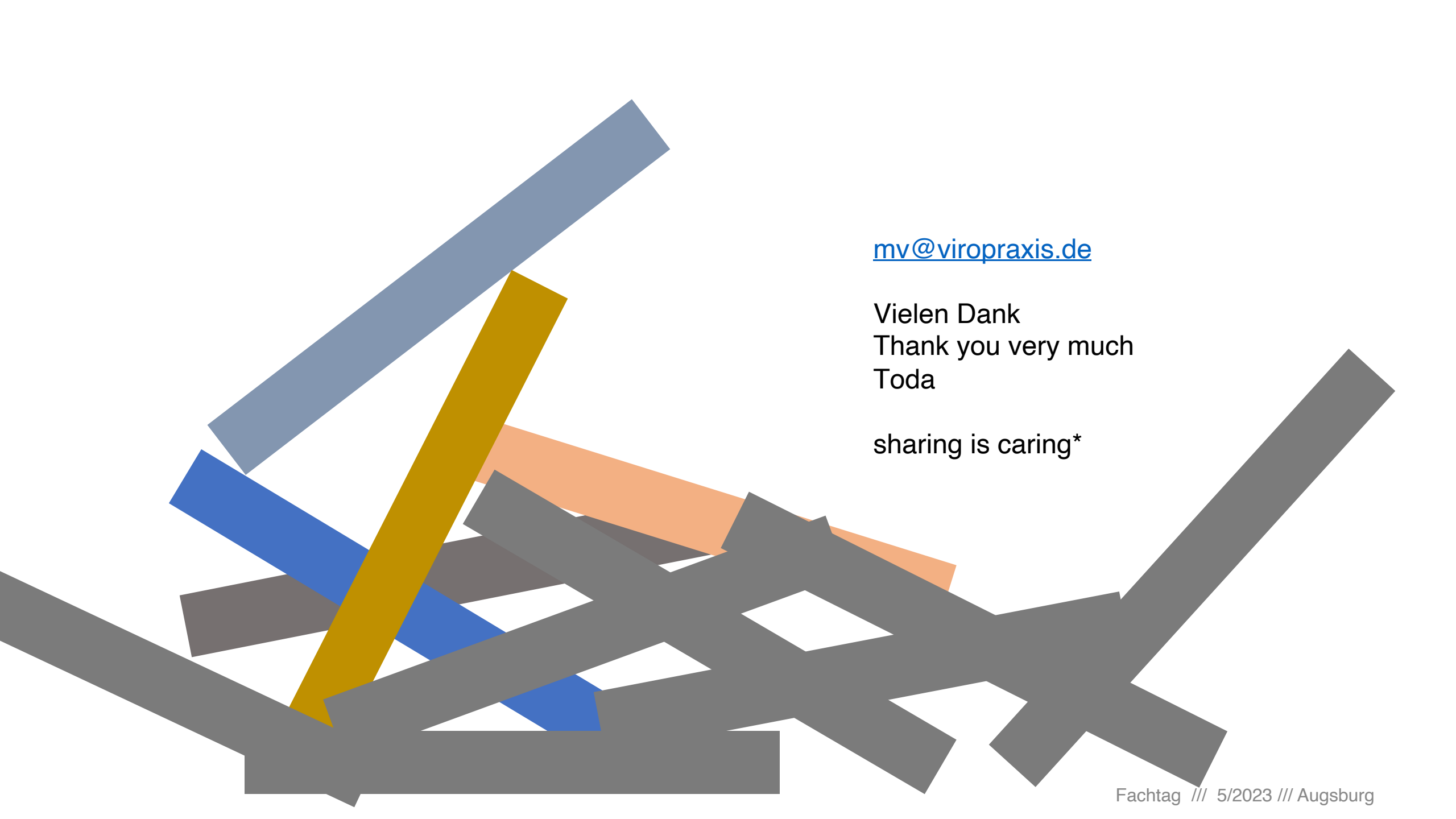
02.07.21, 16:06



Der Schwerpunkt der ViRo-Praxis hat sich rumgesprachen im Kiez, im Bezirk und in ganz Berlin. Die Medien berichten, wir berichten, über etwas das **eigentlich selbstverständlich** sein sollte. „Viele Menschen kommen zu uns, weil sie sich stärker verordnet, erkannt und angenommen fühlen“, sagt Martin*.

Quelle: Newsletter Bu90/Grüne 7/21

ViRo
schillerkiez



mv@viropraxis.de

Vielen Dank
Thank you very much
Toda

sharing is caring*