

Problematika preventive spolno prenosljivih okužb med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi

Doc. dr. sci. Boštjan Mlakar, dr. med.

SLOVENIJA ŠE VEDNO SODI MED DRŽAVE Z NIZKO prevalenco okužb s HIV (virus humane imunске pomanjkljivosti) in spolno prenosljivih okužb (SPO) v Evropi.^{1,2} Razlogov za optimizem ni, saj je delež testiranj za HIV in druge SPO v Sloveniji zelo majhen. Internetna anketa³ v letu 2006, opravljena na slovenskem Mavričnem forumu je pokazala, da se 35 % homoseksualnih in 53 % anketiranih biseksualnih moških ni še nikoli testiralo za SPO (vključno s HIV). Ker moški, ki imajo spolne odnose z moškimi (MSM), sodijo tako v Evropi kot pri nas med najrizičnejšo skupino za okužbo s HIV,⁴ lahko sklepamo, da mnogo okuženih svojega statusa ne pozna in je delež okuženih s HIV bistveno višji od uradnih števil. MSM so zelo heterogena populacija moških, od gejevskih aktivistov do poročenih moških, ki se le izjemoma odločijo za priložnostni seks z drugim moškim. Izvajati organizirano zdravstveno varstvo, predvsem pa preventivo HIV-a in SPO pri tako heterogeni populaciji je velik izziv. Večina zdravnikov se izogiba vprašanjem o spolnih tehnikah in/ali spolni usmerjenosti svojih bolnikov, saj menijo, da teh podatkov ne potrebujejo, če jih dobijo, pa so pogosto v zadregi, kaj naj s podatkom počnejo. V nadaljevanju so zato predstavljena nekatera področja zdravstvenega varstva MSM, ki jim moramo zdravniki različnih strok, tudi v smislu preprečevanja širjenja HIV-a in SPO, nameniti več pozornosti.

ANALNO ZDRAVJE

Ker so nezaščiteni receptivni analni spolni odnosi najpogostejši vzrok za okužbo s HIV in drugimi SPO med MSM, je skrb za analno zdravje te skupine zelo pomemben del preventive. Bolezenske spremembe anorektuma (vnetja, hemoroidna bolezen, fistule, kondilomi) bistveno povečajo tveganje za krvavitev in posledično za okužbo s HIV med analnim spolnim odnosom. Okužba s humanimi virusi papiloma (HPV) je najpogostejša SPO, še posebej analna okužba pri MSM, in je nedvomno povezana tudi z razvojem analnega karcinoma.^{5,6} Palefsky s sod.⁷ poroča o analni okužbi s HPV pri 93 % HIV-pozitivnih MSM in 61 % HIV-negativnih MSM. Visoko prevalenco analne okužbe s HPV in analnih displazij

Glej članek na strani 67.

Naslov: Kirurški center Zdrav splet, Maribor; Kirurški sanatorij Rožna dolina, Ljubljana; Medicinska fakulteta Ljubljana.

so dokazali pri vseh starostnih skupinah HIV-negativnih MSM, zato je precejšen delež MSM izpostavljen riziku razvoja analnega karcinoma.⁸ Dokazana je klinična in stroškovna koristnost presejanja z uporabo analnega testa Papanicolaou (PAP) vsako leto pri HIV-pozitivnih MSM⁹ in na dve leti do tri leta pri HIV-negativnih MSM.¹⁰ S študijo, ki jo še izvajamo, ugotavljamo, da je breme analne okužbe s HPV in posledične patologije pri slovenski populaciji MSM povsem primerljivo z bremenom v tujih študijah. Proktologu bo torej potrebno zagotoviti sredstva in pogoje za izvajanje programa analnega zdravja za MSM, podobno kot ga ginekologu, ki skrbi za ginekološko in reproduktivno zdravje žensk. Delež analnega karcinoma med HIV-pozitivnimi MSM je namreč že primerljiv z deležem raka materničnega vratu pri ženskah v obdobju pred pričetkom presejalnega testiranja s PAP¹¹. Populaciji MSM je potrebno predstaviti problematiko okužbe s HPV in koristnost cepljenja s štirivalentnim cepivom, ki neokužene zaščiti pred štirimi najpogostejšimi tipi HPV (6, 11, 16, 18). Dolgoročno bi se gotovo obrestovalo cepljenje vseh fantov pred pričetkom spolnega življenja, kot so se že odločili v Avstraliji.

Ob kliničnih znakih proktitisa pri MSM moramo v prvi vrsti pomisliti na rektalno gonorejo ali okužbo s klamidijo in šele nato na morebitno Chronovo bolezen ali ulcerozni proktitis. Avstralske smernice za zdravstveno varstvo MSM¹² priporočajo presejalni analni test s polimerazno verižno reakcijo (PCR) za gonorejo in klamidijo pri vseh, ki prakticirajo receptivne analne spolne odnose, pri osebah z analnimi simptomi, pri HIV-pozitivnih, pri tistih, ki so občevali z okuženimi partnerji, pri gonoreji ali klamidijski okužbi v preteklosti, test pa izvedejo tudi na željo zavarovanca. Presejanje vključuje tudi testiranje za HIV, sifilis in hepatitis B.¹³

Določene oblike zdravljenja proktoloških bolezni (podvezovanje hemoroidov z elastično ligaturo, sklerozacije, ...) so povezane s povečanim rizikom krvavitve med analnim spolnim odnosom v krajšem obdobju po posegu, zato moramo bolnika na to opozoriti in priporočati abstinenco. Operacijo hemoroidov s krožnim mehničnim spenjalnikom (PPH) pa moramo pri osebah, ki prakticirajo receptivne analne spolne odnose, odsvetovati, saj lahko delno odprte kovinske sponke še leta po posegu najdemo na anastomozni liniji in lahko poškodujejo kondom ali celo penis insertivnega partnerja.¹⁴

Odsvetovati je potrebno klistiranje nekaj ur pred analnim odnosom, saj s klistirjem izperemo tudi varovalno sluznično plast v danki. Podobno velja za britje ali depilacijo kože zadnjika, mošnje in penisa, saj vedno nastanejo vsaj mikro-poškodbe kože, s tem pa se bistveno poveča riziko okužbe z nekaterimi SPO.

GENITALNO ZDRAVJE

Incidenca spolno prenosljivih okužb med MSM narašča,¹³ najpogostejši sta gonoreja in klamidijska okužba sečnice. Avstralske smernice za zdravstveno varstvo MSM¹² že priporočajo presejanje za klamidijo iz urina, saj je klinična slika pogosto neizrazita ali pa gre za asimptomatsko okužbo, pri gonoreji pa je simptomatika izrazitejša. Vnetje ustja sečnice, preozek prepucij ali glivične okužbe glansa lahko predstavljajo povečano tveganje za okužbo s HIV zaradi večje ranljivosti in posledično mikrotravmatskih poškodb. Dokazano je, da imajo obrezani heteroseksualni moški manjše tveganje za okužbo s HIV, sifilisom, klamidijo in genitalnim ulkusom,^{15,16,17} pri MSM takšnega pozitivnega preventivnega učinka ni bilo moč dokazati.¹⁸ Ker smo želeli vedeti, ali bi se slovenski MSM odločili za obrezovanje, če bi bilo dokazano, da to zmanjšuje možnost okužbe s HIV in drugimi SPO, smo v dveh dneh marca 2009 opravili anketo na Mavričnem forumu. Od 92 sodelujočih jih je z »da« odgovorilo le 22 %. Anketa je pokazala relativno majhno pripravljenost na obrezovanje, kar ima gotovo kulturno-sociološko ozadje, verjetno pa se odraža tudi dvom o koristnosti takšnega posega, saj spolna vloga pri populaciji MSM ni strogo deljena. Obrezovanje bi morebiti imelo zaščitno vlogo pred HIV in drugimi SPO le pri izključno insertivnem partnerju. Verjetno bi bilo smiselno spodbujati obrezovanje pri MSM, ki imajo probleme s prepucijem, bodisi kot parafimozo, pogosta vnetja prepucija, poškodovano in lihenizirano kožo in podobno.

Ker je erektilna disfunkcija lahko vzrok za neuporabo kondoma, je potrebno ta problem obravnavati v sklopu preventivne HIV-a in drugih SPO. Problem erektilne disfunkcije navajajo MSM pogosteje kot heteroseksualni moški.¹⁹ Še pogosteje navajajo težave z erekcijo HIV-pozitivni MSM, pri katerih je erektilna disfunkcija lahko posledica psihogenih, nevrogenih ali iatrogenih vzrokov. Angleška študija²⁰ navaja visok delež (69 %) HIV-pozitivnih MSM z eno seksualno težavo ali več. Eretilno disfunkcijo je navedlo 38 % vključenih v študijo, ob uporabi kondoma pa je delež narasel na 51 %. Nezdravljena erektilna disfunkcija je torej lahko posredno vzrok za tvegane nezaščitene spolne odnose in širjenje okužbe s HIV in drugimi SPO. Pred predpisom zdravila za erektilno disfunkcijo se je potrebno z bolnikom pogovoriti o spolnem vedenju, saj Cachay s sod.²¹ ugotavlja, da je uporaba sildenafil (Viagra), tako kot uživanje drog in alkohola med spolnim odnosom, napovedni dejavnik možnega tveganega spolnega vedenja. HIV-pozitivnim moškim, ki jemljejo proteazne inhibitorje, lahko med tremi znanimi zdravili za erektilno disfunkcijo predpišemo le tadalafil (Cialis). K celoviti obravnavi MSM torej zagotovo sodi tudi anamneza o erektilni disfunkciji ter izogibanje zdravilom, ki jo povzročajo.

MENTALNO ZDRAVJE

Delež depresij, anksioznosti in samomorilnega vedenja je bistveno višji med MSM v primerjavi s heteroseksualnimi moškimi.^{22,23,24,25} Prepoznavanje duševne stiske in ustrezno ukrepanje sodi k širši preventivi okužb s HIV in SPO, saj sta prisotnost depresije in/ali anksioznosti povezani z bolj rizičnim spolnim obnašanjem MSM.^{26,27} MSM so v primerjavi s heteroseksualnimi moškimi tudi bolj podvrženi zlorabi neprepovedanih in prepovedanih poživil. King²⁵ navaja, da je uporaba »rekreativnih drog« (ekstazi ...) večja med MSM kot med heteroseksualnimi moškimi. Uporabniki rekreativnih drog sodijo v bolj tvegano skupino MSM, saj imajo več moških partnerjev, več nezaščitene analnih spolnih odnosov in so pogostejši obiskovalci barov, klubov itd.²⁸ Uporaba marihuane, kristalnega metamfetamina, ekstazija in ketamina je pogosteje povezana z nezaščitene analni spolni odnosi.²⁹ Opozarja se tudi na pomen nitratov za inhaliraje (poppers), ki jih povezujejo z rizičnim obnašanjem in posledično serokonverzijo.³⁰

ORALNO ZDRAVJE

Spolno prenosljive okužbe v ustni votlini so pogosto asimptomatske in v določenih primerih izvenijo spontano (npr. klamidijska okužba). Avstralske smernice za zdravstveno varstvo MSM priporočajo presejanje v obliki žrelnega brisa za gonorejo.¹² Pozorni moramo biti na morebitni sifilitični čankar ali glivične okužbe pri imunokompromitiranih itd. Mikro-poškodbe in krvavitve v ustni votlini povečajo riziko okužbe s hepatitisom B, prenos HIV-a je manj verjeten. Nekaj ur pred oralnim odnosom je potrebno odsvetovati popravljanje, čiščenje in nitkanje zob.

ZAKLJUČEK

Izjemen porast odkritih okužb s HIV v lanskem letu v Sloveniji, med katerimi so bili številni MSM z že razvitim AIDS-om, potrjuje potrebo po razvoju dodatnih in drugačnih pristopov in programov preventive. Prijazen način obravnave MSM v proktoloških ambulantah Kirurškega centra Zdrav splet v Mariboru in Kirurškega sanatorija Rožna dolina v Ljubljani, kjer opravljamo tudi presejalne teste za anorektalne SPO in HIV, je že pokazal pozitivne rezultate na področju preventive in kurative analnega zdravja. Zaradi takšnega načina obravnave in presejalnega testiranja smo odkrili približno 15 % vseh novoodkritih HIV in sifilitičnih okužb v Sloveniji v zadnjih dveh letih. Zmotno prepričanje, da gre pri MSM za marginalno skupino v slovenski družbi, je gotovo eden od vzrokov, da odgovorni na Ministrstvu za zdravje preslišijo pozive o organiziranem zdravstvenem varstvu MSM in podpori delovanju takšnih ambulant.

Širjenje HIV-a in SPO med MSM lahko omejimo le z multidisciplinarnim pristopom in razumevanjem vsestranske problematike zdravstvenega varstva MSM, z ustreznim financiranjem, novimi programi in s sodelovanjem nevladnih organizacij GLBT. Optimalno bi bilo organizirati od države financirane centre za zdravstveno varstvo MSM, kjer bi bilo moč brez napotnice opraviti vsa testiranja, vključno s prokto-

loškimi in urološkimi pregledom, psihološko podporo itd. Iskati je namreč potrebno nove rešitve, ki bodo prijaznejše do rizičnih skupin in bodo spodbujale testiranja za HIV in SPO. Razviti je potrebno programe izobraževanja spolno aktivne populacije o SPO in poudariti pomen analne preventive pri osebah, ki prakticirajo receptivne analne spolne odnose, saj so dosedanje kampanje usmerjene predvsem v preventivo HIV-a. Ponovno je potrebno uvesti spolno vzgojo kot obvezni del šolskega kurikulumuma v osnovnih in srednjih šolah. Zdravstveni delavci moramo s profesionalnim in nediskrimi-

natornim odnosom do pacientov GLBT (geji, lezbijke, biseksualni in transseksualni) krepiti njihovo zaupanje v zdravstveni sistem, da se bodo pogosteje odločali za preventivna testiranja, da ne bodo prikrivali svoje spolne usmerjenosti oz. rizičnih spolnih odnosov in da bodo pravočasno poiskali pomoč ob zdravstvenih težavah ali duševni stiski. Po drugi strani je nujno v izobraževalne programe zdravstvenih delavcev vključevati vsebine, ki obravnavajo specifične zdravstvene potrebe populacije GLBT. Izobraževalni in zdravstveni programi so namreč še vedno izključno heteronormativni.

LITERATURA

1. Klavs I., Bergant N., Kustec T., Kastelic Z. *HIV okužbe v Sloveniji; letno poročilo 2008*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
2. Klavs I., Kustec T., Bergant N., Kastelic. *Spolno prenosljive okužbe v Sloveniji; letno poročilo 2008*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
3. Mlakar B. Premajhen delež HIV-testiranj moških, ki imajo spolne odnose z moškimi (MSM) v Sloveniji. *ISIS*. 2007;16(5):56–58.
4. Hamers F. F., Devaux I., Alix J., Nardone A. HIV/AIDS in Europe: Trends and EU-wide priorities. *Eurosurveillance*, 11. Retrived Jul 16, 2007, iz <http://www.eurosurveillance.org/ew/2006/061123.asp#1>
5. Melbye M. and Sprogel P. Aetiological parallel between anal cancer and cervical cancer. *Lancet*. 1991;338(8768):657–659.
6. Palefsky J.M., et al. Detection of human papillomavirus DNA in anal intra-epithelial neoplasia and anal cancer. *Cancer Res*. 1991;51(3):1014–1019.
7. Palefsky J.M., et al. Prevalence and risk factors for human papillomavirus infection of the anal canal in human immunodeficiency virus (HIV)-positive and HIV-negative homosexual men. *J Infect Dis*. 1998;177(2):361–367.
8. Chin-Hong P. V., et al. Age-Specific prevalence of anal human papillomavirus infection in HIV-negative sexually active men who have sex with men: the EXPLORE study. *J Infect Dis*. 2004;190(12):2070–2076.
9. Goldie S. J., et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of screening for anal squamous intraepithelial lesions in homosexual and bisexual HIV-positive men. *JAMA*. 1999; 1822–1829.
10. Goldie S. J., et al. Cost-effectiveness of screening for anal squamous intra-epithelial lesions and anal cancer in HIV-negative homosexual and bisexual men. *Am J Med*. 2000; 108:634–641.
11. Jemal A., et al., Cancer statistics. 2003. *CA Cancer J Clin*. 2003; 53(1): 5–26.
12. Couldwell D. L. Management of unprotected sexual encounters. *MJA*. 2005; 183:525–528.
13. Marcus U., et al. Understanding recent increases in the incidence of sexually transmitted infections in men having sex with men: changes in risk behavior from risk avoidance to risk reduction. *Sex Transm Dis*. 2006;3311–17.
14. Mlakar B. Should we avoid stapled hemorrhoidopexy in males and females who practice receptive anal sex? *Dis Colon Rectum*. 2007;50(10):1727.
15. Auvert B., Taljaard D., Lagarde E., et al. Randomized controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 trial. *PLoS Med*. 2005;2(11):298.
16. Bailey R. C., Moses S., Parker C. B., et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2007;369(9562):643–656.
17. Weiss H. A., Thomas S. L., Munabi S. K., et al. Male circumcision and risk of syphilis, chancroid, and genital herpes: a systematic review and meta-analysis. *Sex Trans Infect*. 2006;82(2):101–110.
18. Millett G. A., Flores S. A., Marks G., Reed J. B., Herbst J. H. Circumcision Status and risk of HIV and sexually transmitted infections among men who have sex with men. *JAMA*. 2008;300(14):1674–1684.
19. Bancroft J., Carnes L., Janssen E. Unprotected anal intercourse in HIV-positive and HIV-negative gay men: The relevance of sexual arousability, mood, sensation seeking, and erectile problems. *Archives of Sexual Behavior*. 2005;299–305.
20. Cove J., Petrak J. Factors associated with sexual problems in HIV-positive gay men. *Int JSTD AIDS*. 2004;15:732–736.
21. Cachay E., Mar-Tang M., Mathews W. C. Screening for potentially transmitting sexual risk behaviors, urethral sexually transmitted infection, and sildenafil use among males entering care for HIV infection. *AIDS Patient Care STD*. 2004;18:349–354.
22. Hershberger S. L., et al. The impact of victimisation on the mental health and suicidality of lesbian, gay and bisexual youths. *Developmental Psychology*. 1995;67:65–74.
23. Fergusson D. M., et al. Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry*. 1999; 56:876–880.
24. Cochran SD, Mays V. Lifetime prevalence of suicide symptoms and effective disorders among men reporting same-sex sexual partners: results from NHANES III. *American Journal of Public Health*. 2000;90:573–578.
25. King M., et al. Mental health and quality of life of gay men and lesbians in England and Wales. *Br J Psych*. 2003;183:552–558.
26. Hart T. A., James C. A., Purcell D. W., Ferber E. Social anxiety and HIV transmission risk among HIV-seropositive male patients. *AIDS Patient Care STDS*. 2008;22(11):879–886.
27. Perdue T., Hagan H., Thiede H., Valleroy L. Depression and HIV risk behavior among Seattle-area injection drug users and young men who have sex with men. *AIDS Educ Prev*. 2003;15(1):81–92.
28. Klitzman R. L., et al. MDMA (ecstasy) use, and its association with high risk behaviors, mental health, and other factors among gay/bisexual men in New York City. *Drug Alcohol Depend*. 2002;66:115–125.
29. Rusch M., Lampinen T. M., Schilder A., Hogg R. S. Unprotected anal intercourse associated with recreational drug use among young men who have sex with men depends on partner type and intercourse role. *Sex Transm Dis*. 2004;31:492–498.
30. Research show »poppers« use in connected with infection among MSM. Little is done to address problem (neznani avtor). *AIDS Alert*. 2004;19:63–64.