

Agnieszka Beata Serwin¹, Marta Koper¹, Magnus Unemo^{2,3}

KLINICZNA I EPIDEMIOLOGICZNA CHARAKTERYSTYKA MĘŻCZYŹN LECZONYCH Z POWODU KIŁY W OŚRODKU BIAŁOSTOCKIM W LATACH 2008-2013

¹Klinika Dermatologii i Wenerologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

²WHO Collaborating Center for Gonorrhoea and other STIs, National Reference Laboratory for Pathogenic Neisseria, Örebro University Hospital, Örebro Szwecja

³Department of Laboratory Medicine, School of Medicine, Örebro University Örebro, Szwecja

STRESZCZENIE

WSTĘP. Mężczyźni orientacji homoseksualnej (ang. *men who have sex with men* – MSM) przyczyniają się w dużym stopniu do epidemii zakażeń przenoszonych drogą płciową w Europie i innych krajach rozwiniętych. **CELEM PRACY** była analiza i porównanie cech epidemiologicznych i klinicznych mężczyzn homo- i heteroseksualnych (ang. *men who have sex with women* – MSW) leczonych z powodu kiły w ośrodku białostockim w latach 2008-2013.

MATERIAŁ I METODY. Analizowano wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, zawód, liczbę partnerów seksualnych, charakter kontaktu będącego źródłem zakażenia, okres kiły w chwili zdiagnozowania, współistniejących innych zakażeń przenoszonych drogą płciową (zdpd) w tym zakażenia HIV, skuteczność badania partnerów oraz zgłaszalność do wyznaczonych kontroli.

WYNIKI. Wśród 49 mężczyzn 19 (38,8%) było orientacji homo-lub biseksualnej. Średni wiek MSM i MSW wynosił odpowiednio 31,9 i 31,3 lat ($p>0,05$), większość pacjentów w obu grupach była mieszkańcami miast i była stanu wolnego. Ponad pięciu partnerów seksualnych w ciągu całego życia miało 47,4% MSM i 16,7% MSW ($p<0,05$), 73,7% i 60,0% pacjentów ($p>0,05$) miało tylko kontakty przygodne lub, mając stałego partnera, utrzymywało kontakty przygodne. Schorzenie było diagnozowane najczęściej w okresie kiły wczesnej objawowej: u 84,2% MSM i 56,7% MSW ($p>0,05$). Inne, poza kiłą, zdpd zdiagnozowano u 26,3% MSM i 10,0% MSW ($p>0,05$), a zakażenie HIV – odpowiednio u 15,8% i 3,0% ($p>0,05$). U 31,6% MSM i 23,3% MSW ($p>0,05$) nie udało się zbadać żadnych kontaktów seksualnych a 21,1% MSM i 40,0% MSW ($p>0,05$) nie zgłosiło się do żadnej z wyznaczonych kontroli.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI. MSM stanowili znaczną proporcję wśród mężczyzn z kiłą, mieli znacznie większą liczbę partnerów seksualnych, w tym kontaktów przygodnych niż MSW, mieli również więcej współwystępujących innych zdpd, w tym zakażenia HIV niż mężczyźni heteroseksualni. Kontrola po leczeniu oraz skuteczność badania kontaktów są niezadowalające u MSM i MSW. Ze względu na istotną rolę grupy mężczyzn homoseksualnych w szerzeniu się kiły i innych zdpd istnieje potrzeba kontynuacji badań oraz ich przeprowadzenia w skali całego kraju.

Słowa kluczowe: kiła, mężczyźni homoseksualni, mężczyźni heteroseksualni, zakażenia przenoszone drogą płciową, HIV, Białystok

WSTĘP

W Europie oraz w innych krajach rozwiniętych homoseksualni mężczyźni (ang. *men who have sex with men* – MSM) w szczególnie dużym stopniu przyczyniają się do szerzenia zakażeń przenoszonych

drogą płciową (zdpd)(1). Przyczyniają się do tego głównie czynniki behawioralne (w tym promiskuitym, szukanie anonimowych partnerów poprzez internet, stosowanie substancji odurzających przed i podczas kontaktów seksualnych) (1,2). Wprowadzenie w 1996 r. złożonego leczenia antyretrowirusowego przyczyniło

się do nasilenia ryzykownych zachowań seksualnych w tej grupie, co spowodowało epidemie zakażeń przenoszonych drogą płciową, w tym kiły wśród MSM, obserwowane od końca lat 90. szczególnie w dużych aglomeracjach miejskich (1,3). Pierwsze epidemie kiły wśród homoseksualnych mężczyzn w Europie miały miejsce w Niemczech (Hamburg) w 1997 r. a następnie w Wielkiej Brytanii w 1999 r. (Brighton i Manchester) (4,5). Od 2000 r. odnotowano epidemie kiły lub znaczący wzrost zapadalności na kiłę w innych krajach Europy Zachodniej: Irlandii Północnej, Danii, Belgii, Szwecji, Norwegii, Hiszpanii i Francji a homoseksualni mężczyźni stanowili do 75% osób zakażonych (1,6-9).

W 2012 r. w krajach Unii Europejskiej i Europejskiej Strefy Ekonomicznej MSM stanowili 48% wszystkich pacjentów z kiłą (4 489 przypadków), 41% - z rzeżączką (15 091 przypadków) i 40,4% (11 877) wszystkich zakażonych HIV i chorych na AIDS (10,11).

Szczególny niepokój budzi częste współistnienie kiły z innymi zakażeniami przenoszonymi drogą płciową, w tym zakażeniem HIV w tej grupie osób. Odsetek homoseksualnych mężczyzn z kiłą jednocześnie z infekcją retrowirusową wynosił, w badaniach przeprowadzonych w krajach Europy Zachodniej, od 10% do blisko 60% a z rzeżączką 0,9-25% (1,6-8)

W 2012 r. zapadalność na kiłę w Polsce wynosiła 2,5 przypadków na 100 000 ludności – zgłoszono 754 przypadki kiły wśród mężczyzn i 207 – wśród kobiet (4,10). W piśmiennictwie anglojęzycznym niemal nie ma danych z Polski na temat aktualnej sytuacji epidemiologicznej w zakresie kiły wśród homoseksualistów w naszym kraju. Również w Polskiej Bibliografii Lekarskiej prace są nieliczne, skoncentrowane głównie na problemie zakażeń HIV, a ostatnie publikacje na ten temat pochodzą z lat połowy lat dziewięćdziesiątych (12-16).

CEL

Celem pracy było przedstawienie i porównanie cech socjodemograficznych, klinicznych i epidemiologicznych pacjentów, mężczyzn orientacji homo-/biseksualnej (MSM) oraz heteroseksualnej (ang. *men who have sex with women* - MSW) leczonych z powodu kiły w Klinice Dermatologii i Wenerologii UMB oraz Wojewódzkiej Poradni Dermatologiczno-Wenerologicznej w Białymstoku w latach 2008-2013.

MATERIAŁ I METODY

Rozpoznanie kiły stawiano zgodnie z definicją przypadku potwierdzonego, która jest zgodna z definicją stosowaną w Unii Europejskiej i Europejskiej Strefie Ekonomicznej (17).

Przeanalizowano dane mężczyzn leczonych z powodu kiły z uwzględnieniem: wieku, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, wykonywanego zawodu, liczby dotychczasowych partnerów seksualnych, charakteru kontaktu seksualnego, w wyniku którego najprawdopodobniej doszło do zakażenia (przygodny lub ze stałym partnerem), okresu kiły w chwili zdiagnozowania, współistniejących innych zakażeń przenoszonych drogą płciową w tym zakażenia HIV, zgłaszalności do wyznaczonych kontroli oraz skuteczności badania kontaktów.

Analizę statystyczną przeprowadzono przy pomocy testu t-Studenta oraz testu dla dwóch wskaźników struktury (program Statistica 9.0 PL, StatSoft, Kraków), przyjmując poziom istotności statystycznej $\alpha=0,05$.

WYNIKI

Wśród 49 mężczyzn leczonych w analizowanym okresie z powodu kiły 19 (38,8%) było orientacji homo- lub biseksualnej. Najwyższy ich odsetek odnotowano w latach 2009 (53,4%), 2011 (50,0%) i 2013 (44,4%). W tym samym czasie leczono z powodu kiły 20 kobiet.

Dane socjodemograficzne pacjentów obu grup przedstawiono w tabeli I.

Średni wiek MSM wynosił 31,9 roku (mediana – 28 lat; od 18 do 54), a MSW 31,3 roku (mediana – 29 lat; od 17 do 64) ($p>0,05$; tabela I). W grupie mężczyzn heteroseksualnych było dwóch obcokrajowców: Białorusin i jeden uchodźca z Czeczenii. Najczęstszym zawodem wśród MSM był handlowiec a wśród MSW – kierowca.

Dane z wywiadu dotyczącego kontaktów seksualnych przedstawiono w tabeli II. Jeden z pacjentów MSM zgłosił 40 partnerów seksualnych w ciągu całego życia, największą liczbą partnerów u pacjenta heteroseksualnego było 15. Znacząco więcej pacjentów homo- niż heteroseksualnych miało ponad pięciu partnerów seksualnych w ciągu całego życia ($p=0,01$).

Główne dane dotyczące okresu kiły oraz współistniejących innych zakażeń przenoszonych drogą płciową przedstawiono w tabeli III. W obu grupach najczęściej pacjenci zgłaszali się w okresie kiły wczesnej objawowej, a kiłę późną zdiagnozowano tylko u mężczyzn heteroseksualnych. Innymi zakażeniami przenoszonymi drogą płciową były: zakażenie *Chlamydia trachomatis* (u dwóch MSM i dwóch MSW), kłykciny kończyste (u dwóch MSM i jednego MSW) oraz rzeżączka u jednego homoseksualisty. Zakażenie HIV występowało częściej wśród MSM niż MSW ($p>0,05$; tab. III). Wszystkie zakażenia HIV były zdiagnozowane przed zachorowaniem na kiłę.

Badanie kontaktów było kompletne u jedynie trzech (15,8%) MSM i 10 (33,3%) mężczyzn heteroseksualnych ($p>0,05$). U 10 (52,6%) pacjentów homoseksualnych i 13 (43,3%) heteroseksualnych badanie

rozpoczęto, ale było niekompletne, a odpowiednio - u 6 (31,6%) i 7 (23,3%) nie udało się zbadać żadnych kontaktów ($p > 0,05$).

Do wyznaczonych badań kontrolnych zgłosiło się i zakończyło je siedmiu (36,8%) MSM i 13 (43,3%) pacjentów heteroseksualnych ($p > 0,05$). Czterech (21,1%) pacjentów homoseksualnych i 12 (40,0%) heteroseksualnych nie zgłosiło się do wyznaczonych kontroli ($P > 0,05$). Pozostali pacjenci są w trakcie badań kontrolnych.

DYSKUSJA

Średnia zapadalność na kiłę w krajach Unii Europejskiej w 2012 r. wynosiła 5,1 przypadków na 100 000, a blisko połowę przypadków zdiagnozowano wśród homoseksualnych mężczyzn (10). Ich odsetek wśród pacjentów różnił się znacznie w poszczególnych krajach: od poniżej 10% przypadków (np. Litwa, Rumunia) do ponad 70% (np. we Francji, Holandii, Danii i Irlandii) (10). Zapadalność na kiłę wczesną w Polsce w XXI wieku, według oficjalnych danych, była niska i wahała się od 1,6 (w 2005 r.) do 2,6 (w 2009 i 2013 r.) na 100 000 mieszkańców (18). W województwie podlaskim zapadalność była stale mniejsza (w latach 2001-2013 około 2,5 raza, z wyjątkiem roku 2011 r., w którym była ponad 20-krotnie niższa) niż średnia zapadalność w kraju (Fig. 1). W krajach sąsiadujących z Polską współczynnik zapadalności w 2012 r. był wyższy i wynosił od 3,1 w Republice Czeskiej, 5,4 w Niemczech, poprzez 7,6 (w Słowacji i Litwie) aż do 10,3 na Białorusi, 11,2 na Ukrainie i 42,35 w Obwodzie Kaliningradzkim (10,19).

Do lipca 2013 r. na formularzu zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zachorowania na chorobę przenoszoną drogą płciową nie identyfikowano drogi nabycia zakażenia, dlatego nie możliwe było poznanie problemu kiły u mężczyzn homoseksualnych w skali kraju. Dopiero Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 10 lipca (Dz. U. 13.848, 26 lipca 2013) wprowadziło nowy wzór formularza (załącznik 4 Rozporządzenia), w którym uwzględniono drogę nabycia zakażenia, pomijając jednak dane dotyczące kontaktów (20).

Niniejsza praca jest pierwszą w międzynarodowym piśmiennictwie i pierwszą od wielu lat w polskim, dotyczącą problemu zachorowań na kiłę wśród homo- i heteroseksualnych mężczyzn w Polsce. Odsetek homoseksualnych mężczyzn wśród mężczyzn z kiłą był znaczny, a w dwóch latach wynosił co najmniej 50%. W latach 1967-1978 w Klinice Dermatologii Akademii Medycznej w Krakowie homo- i biseksualni mężczyźni stanowili jedynie 4,7% wszystkich mężczyzn leczonych na kiłę, co mogło wynikać z nieujawniania orientacji seksualnej. Podobnie jak w obecnym badaniu najczęściej zdiagnozowana była kiła wczesna objawowa

(72,6% przypadków), a zakażenie było nabyte głównie w drodze przygodnego kontaktu (12). W badaniu przeprowadzonym w kolejnych latach (1978-1982) w Jeleniej Górze homoseksualni mężczyźni stanowili już 16,3% mężczyzn z kiłą wczesną i ich odsetek wzrastał od 7,1 (1978) do 33,3 (1980) (13). W obu badaniach nie analizowano występowania innych zakażeń przenoszonych drogą płciową u tych pacjentów. Wśród HIV-dodatnich pacjentów leczonych z powodu kiły w Instytucie Wenerologii w latach 1988-1995, 21 (72,4%) było orientacji homo-lub biseksualnej (14). Również w obecnym badaniu 75% mężczyzn z kiłą zakażonych HIV stanowili MSM. W latach 1990-1995 wśród HIV-dodatnich pacjentów diagnozowanych w Poradni Profilaktyczno-Lecniczej Centrum Diagnostyki i Terapii AIDS tylko 95 (13%) było orientacji homo-/biseksualnej a spośród nich 54,2% leczyło się również z powodu kiły i (lub) rzeżączki (15). Wśród HIV-dodatnich MSM diagnozowanych w Poradni Instytutu Wenerologii w Warszawie 36% chorowało na kiłę aktualnie lub w przeszłości (16).

Średni wiek mężczyzn MSM i MSW był podobny i analogiczny do danych z badań innych autorów (4,7,8,12), proporcja mężczyzn heteroseksualnych w wieku powyżej 34 lat była niemal dwukrotnie większa niż homoseksualnych. Większość pacjentów w obu grupach pochodziła ze środowisk miejskich i była stanu wolnego. Homoseksualni mężczyźni przyznawali się do znacznie większej liczby partnerów seksualnych niż mężczyźni heteroseksualni.

Zwraca uwagę ponad dwukrotnie częstsze występowanie innych, poza kiłą, zakażeń przenoszonych drogą płciową, a zwłaszcza wielokrotnie częstsze – zakażenia HIV. Jest to zgodne z obserwacjami innych autorów (1,3,6-8). W Polsce w 2012 r. mężczyźni orientacji homoseksualnej stanowili największą grupę osób z nowo wykrytym zakażeniem HIV (70% wśród pacjentów o znanej drodze zakażenia), ich liczba wrosła o 9% w stosunku do roku 2011 i trzykrotnie w stosunku do średniej z lat 2006-2010, należy zaznaczyć, że wśród nowych przypadków HIV aż w 55,4% przypadków droga zakażenia nie była znana (21).

Niepokojącym zjawiskiem jest niedostatecznie kompletne badanie kontaktów, szczególnie w grupie mężczyzn homoseksualnych – u niemal 1/3 spośród nich nie udało się zbadać żadnych kontaktów, co wynikało z ich przygodnego, często anonimowego charakteru a także niechęci pacjentów do ujawniania danych personalnych partnerów. Podobne trudności w ustalaniu i dotarciu do kontaktów seksualnych, opisywali inni autorzy (22,23).

Niezadowalająca była również kontrola po leczeniu w obu grupach – znaczący odsetek mężczyzn, zwłaszcza heteroseksualnych, w ogóle nie zgłosiło się do wyznaczonych kontroli.

Ograniczeniem niniejszego badania jest nieduża grupa analizowanych przypadków (co uniemożliwiło, mimo wyraźnych różnic, wykazanie istotności statystycznej pomiędzy nimi). Nie udało się również zebrać danych na temat prawdopodobnego miejsca zakażenia (Polska czy kraj zagraniczny). Badania będą kontynuowane zatem liczba pacjentów będzie większa.

WNIOSKI

Homoseksualni mężczyźni stanowili istotną proporcję wśród ogółu mężczyzn leczonych z powodu kiły w naszym ośrodku. Pacjenci cechowali się znacznie większą liczbą kontaktów seksualnych, także przygodnych niż mężczyźni heteroseksualni, mieli również więcej współwystępujących innych zakażeń przenoszonych drogą płciową, w tym zakażenia HIV niż MSW. Kontrola po leczeniu oraz skuteczność ba-

dania kontaktów były niezadowolające u mężczyzn homo- i heteroseksualnych. Ze względu na istotną rolę grupy mężczyzn homoseksualnych w szerzeniu się kiły i innych zakażeń przenoszonych drogą płciową w Polsce i innych krajach Unii Europejskiej istnieje potrzeba kontynuacji badań oraz ich przeprowadzenia w skali całego kraju.

Otrzymano: 3.11.2014 r.

Zaakceptowano do publikacji: 17.12.2014 r.

Adres do korespondencji:

Dr hab. med. Agnieszka B. Serwin
Klinika Dermatologii i Wenerologii
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Ul. Żurawia 14
15-540 Białystok
e-mail. agabser@umb.edu.pl
Tel. 85 7409572, fax. 85 7409416