

Zapalenie odbytnicy – opis przypadku

Proctitis – case report

Department of General Surgery, BCM Hospital in Bielsko-Biała

Streszczenie

Termin *proctitis* obejmuje zapalenie odbytnicy, które może mieć charakter ostry lub przewlekły. Objawy kliniczne to: krwawienia z odbytu, wydzielina śluzowo-krwista z odbytu, ból i parcie na stolec. Zapalenie odbytnicy może występować w przebiegu nieswoistych chorób zapalnych jelit (NChZJ), takich jak wrzodziejące zapalenie jelita grubego i choroba Leśniowskiego-Crohna. W diagnozowaniu etiologii należy wziąć też pod uwagę zakaźne przyczyny zapalenia odbytnicy, m.in. choroby przenoszone drogą płciową (STI), ponieważ mogą one przypominać objawy i patologię NChZJ. W artykule przedstawiamy przypadek pacjenta MSM leczonego w Poradni Proktologicznej z powodu krwawień z odbytu i biegunek. W wykonanej kolonoskopii postawiono rozpoznanie wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Jednak po otrzymaniu dodatkowych wyników badań laboratoryjnych w kierunku zakażenia kiłą i rzeżączką zmieniono rozpoznanie. Pacjent był leczony skutecznie doksycykliną, z całkowitym ustąpieniem dolegliwości. Przypadek ten podkreśla znaczenie przeprowadzenia wywiadu dotyczącego preferencji seksualnych i uwzględnienia STI jako przyczyny zapalenia odbytnicy. Pozwoli to zaplanować odpowiednie badania diagnostyczne i szybkie leczenie, a potencjalnie także uniknąć niepotrzebnych badań endoskopowych i medycznych, które mogłyby opóźnić rozpoznanie.

Summary

The term *proctitis* refers to inflammation of the rectum, which may be acute or chronic in nature. Clinical symptoms include rectal bleeding, mucous-bloody discharge from the rectum, pain, and urgency to defecate. Proctitis may occur in the course of inflammatory bowel diseases (IBD), such as ulcerative colitis and Crohn's disease. When diagnosing the etiology of proctitis, infectious causes – including sexually transmitted infections (STIs) – should be considered, as they can mimic the symptoms and pathology of IBD. This article presents a case of an MSM patient treated at a proctology outpatient clinic for rectal bleeding and diarrhea. Ulcerative colitis was initially diagnosed during colonoscopy. However, after additional laboratory test results confirmed syphilis and gonorrhea infections, the diagnosis was revised. The patient was effectively treated with doxycycline, resulting in complete resolution of symptoms. This case highlights the importance of taking a thorough sexual history and considering STIs as a potential cause of proctitis. This approach allows for planning appropriate diagnostic tests and prompt treatment, potentially avoiding unnecessary endoscopic and medical procedures that could delay diagnosis.

Słowa kluczowe

zapalenie odbytnicy, rzeżączka, kiła

Keywords

proctitis, gonorrhea, syphilis

WSTĘP

Zapalenie odbytnicy może występować w przebiegu wielu chorób: nieswoistych zapaleń jelit (NChZJ), radioterapii, a także chorób infekcyjnych, bakteryjnych, wirusowych i grzybiczych. Poniżej przedstawiono przypadek pacjenta z zapaleniem odbytnicy na tle kiły i rzeżączki.

OPIS PRZYPADKU

Pacjent MSM (ang. *man who have sex with men*), lat 46, HIV-dodatni, zgłosił się do Poradni Proktologicznej na początku grudnia 2022 roku. W wywiadzie podawał trwające od września 2022 roku problemy z wypróżnianiem – pojawiła się śluzowa wydzielina z odbytu, czasem niezależnie od wypróżnienia, z uczuciem parcia na stolec i dolegliwościami bólowymi. Chory zgłaszał luźne wypróżnienia, do kilku na dobę, czasem oddawał sam śluz, sporadycznie śluz z krwią. Negował gorączkę i stany podgorączkowe, występowały poty nocne. Dolegliwości same się zmniejszyły, bez leczenia. Następnie pacjent w październiku 2022 roku przebywał za granicą – kraje trzeciego świata

Po powrocie wykonał diagnostykę – badania w kierunku kiły oraz wymaz z odbytu w kierunku rzeżączki oraz kolonoskopię. W badaniach z 8 listopada 2022 roku wykazano: wymaz z odbytu w kierunku rzeżączki – PCR dodatni, VDRL ujemny, FTA dodatni, TPHA wysoko dodatni.

Dnia 18 listopada 2022 roku wykonano kolonoskopię do kątnicy, Boston 2/3/3, w którym uwidoczono: krucha błona śluzowa bańki odbytnicy, w odbytnicy okrężny naciek zapalny – brak widocznej siatki naczyniowej, miejscami błona śluzowa wybujała, o nierównej powierzchni, widoczne liczne owrzodzenia, w części dolnej dwa duże owrzodzenia pokryte włóknikiem i treścią ropną – podejrzenie wrzodziejącego zapalenia odbytnicy, *proctitis*, wrzód samotny? Pobrano wyinki do badania histopatologicznego. Wyniki otrzymano w grudniu 2022 roku: obraz mikroskopowy przemawia za rozpoznaniem aktywnej fazy *colitis ulcerosa* (CU) – konieczna korelacja z obrazem klinicznym i endoskopowym.

Po otrzymaniu wyników badań bakteriologicznych pacjent zgłosił się do lekarza rodzinnego, który od około 20 listopada 2022 roku włączył antybiotykoterapię doustną – doksyklicyna 2 x 100 mg na 30 dni oraz probiotyk.

Po tym leczeniu pacjent odczuwał poprawę – zmniejszyły się liczba wypróżnień oraz dolegliwości bólowe, ustąpiło uczucie parcia na stolec. Nadal obecny był śluz z wypróżnieniami, ale już bez krwawień.

Mężczyzna pozostawał pod stałą opieką Poradni Chorób Zakaźnych, leczony przewlekłe Biktarvy (biktegrawir + emtricytabina + tenofovir), obecnie wiramia niewykrywalna, prawidłowy poziom limfocytów CD4. Negował inne choroby przewlekłe.

W wywiadzie podawał kontakty seksualne analne bez prezerwatywy.

W badaniu *per rectum* i anoskopii widoczna była rozpulchniona błona śluzowa odbytnicy, miejscami krucha, bez widocznych owrzodzeń, wydzielina śluzowa, ale bez krwi; guzki hemoroidalne II stopnia, prawidłowe napięcie zwieraczy, okolica odbytu bez zmian.

INTRODUCTION

The development of proctitis can be associated with multiple underlying conditions, such as inflammatory bowel diseases (IBD), radiation therapy, or infectious diseases caused by bacteria, viruses, or fungi. The following case report describes a patient with proctitis associated with syphilis and gonorrhea.

CASE REPORT

A 46-year-old MSM (*men who have sex with men*) patient, HIV-positive, presented to the Proctology Outpatient Clinic in early December 2022. The medical history revealed defecation problems persisting since September 2022 – including mucous discharge from the rectum, occasionally occurring independently of bowel movements, accompanied by a sensation of rectal urgency and pain. The patient reported loose bowel movements, up to several times a day, sometimes passing only mucus, and occasionally mucus with blood. He denied having fever or low-grade fever, but experienced night sweats. The symptoms subsided on their own, without treatment.

Subsequently, in October 2022, the patient stayed abroad – in third-world countries. Upon returning, the patient underwent diagnostic testing, including serologic tests for syphilis, a rectal swab for gonorrhea, and a colonoscopy. Tests performed on 8 November 2022 revealed the following: rectal swab for gonorrhea (PCR): positive; VDRL: negative; FTA: positive; TPHA: strongly positive.

On 18 November 2022, a colonoscopy up to the caecum was performed (Boston score 2/3/3), which revealed the following findings: friable mucosa of the rectal ampulla, circumferential inflammatory infiltrate in the rectum with loss of visible vascular pattern, areas of mucosal hypertrophy with an uneven surface, numerous ulcers present, and in the lower part, two large ulcers covered with fibrin and purulent discharge – suspicion of ulcerative proctitis, proctitis, solitary rectal ulcer (?). Biopsy samples were taken for histopathological examination. The results were obtained in December 2022: the microscopic findings support a diagnosis of active-phase ulcerative colitis (UC); correlation with clinical and endoscopic findings is required.

After receiving the bacteriological test results, the patient consulted his primary care physician, who initiated oral antibiotic therapy around 20 November 2022: doxycycline 100 mg twice daily for 30 days, along with a probiotic.

Following this treatment, the patient experienced improvement – the frequency of bowel movements and pain decreased, and the sensation of urgency to defecate resolved. Mucus was still present in the stool, but there was no longer any bleeding.

The man remained under regular care at the Infectious Diseases Outpatient Clinic and was undergoing chronic treatment with Biktarvy (biktegravir + emtricitabine + tenofovir). His current viral load is undetectable, and his CD4 lymphocyte count is within the normal range. The patient denied any other chronic illnesses. However, in his medical history, he reported unprotected anal sexual contacts.

Zalecono kontynuowanie antybiotykoterapii, dodatkowo włączono czopki z mesalazyną 1 g na noc, oznaczenie kalprotektyny oraz kontrolę po ok. miesiącu.

Pacjent nie poinformował endoskopisty wykonującego badanie, że jest w trakcie diagnostyki chorób przenoszonych drogą płciową (ang. *sexually transmitted infection* – STI). Ze względu na wątpliwości co do prawidłowego rozpoznania CU (szybka poprawa dolegliwości po antybiotykoterapii, brak wszystkich danych klinicznych dla patologa) poproszono Zakład Patomorfologii o ponowną ocenę preparatów, uwzględniając możliwość chorób zakaźnych.

W ponownym badaniu histopatologicznym: całość obrazu przemawiała za owrzodzeniem z aktywnym zapaleniem jelita grubego. Według patomorfologa raczej można było wykluczyć wrzodziejące zapalenie jelita grubego, bardziej prawdopodobne było owrzodzenie samotne (na tle infekcji lub antybiotykoterapii).

Pacjent zgłosił się na wizytę kontrolną w styczniu 2023 roku. Zakończył antybiotykoterapię, nie zużył wszystkich czopków z mesalazyną, nie oznaczył kalprotektyny. Wszystkie uprzednio podawane dolegliwości ustąpiły – wypróżnienia regularne, bez biegunkę, bez śluzu i krwi. W anoskopii znaczna poprawa – śluzówka odbytnicy nieco zaczerwieniona, bez owrzodzeń, bez śluzu, krwi, widoczna treść wodnista, ale pacjent wykonał wlewkę przed badaniem.

Uwzględniając całość obrazu klinicznego i nowy wynik badania histopatologicznego, ustalono rozpoznanie infekcyjnego zapalenia odbytnicy o etiologii kiłowej i chlamydowej.

W razie nawrotu dolegliwości pacjent miał wykonać badanie kalprotektyny i zgłosić się na rektoskopię z ponownym pobraniem wycinków. Pouczono go o konieczności stosowania prezerwatywy przy kontaktach seksualnych.

W kolejnej kontroli, ok. 6 miesięcy później, pacjent nie zgłaszał żadnych dolegliwości, nie było odchyień w badaniu przedmiotowym, w tym proktologicznym. Potem nie zgłosił się do Poradni.

OMÓWIENIE I DYSKUSJA

Chociaż homoseksualiści stanowią mniejszość populacji męskiej, zapadalność na STI w tej grupie jest procentowo znacznie wyższa niż wśród mężczyzn o orientacji heteroseksualnej. Ważnymi przyczynami szerzenia się STI w tym środowisku były i nadal są późne zgłaszanie się do lekarza i ukrywanie swojej orientacji seksualnej (1, 2).

W 2021 roku ukazały się wytyczne European Academy of Dermatology and Venereology dotyczące diagnostyki i leczenia pacjentów z objawami żółdkowo-jelitowymi i podejrzeniem STI (3). Chociaż większość badań nad tymi zakażeniami koncentrowała się na mężczyznach uprawiających seks z mężczyznami, kobiety uprawiające seks analny również mogą być narażone.

Proctitis jest definiowane jako stan zapalny kanału odbytu i/lub odbytnicy. Może być przenoszone drogą płciową poprzez kontakt błony śluzowej narządów płciowych z odbytem i odbytnicą. Niektóre zakażenia mogą być nadal łatwo przenoszone do kanału odbytu poprzez dotykanie palcami, zabawki seksualne, a u kobiet poprzez zakażenie narządów

On digital rectal examination and anoscopy, the rectal mucosa appeared edematous and friable in places, without visible ulcerations; mucous discharge was present, but no blood; grade II hemorrhoids were noted; sphincter tone was normal; the perianal area showed no abnormalities.

Continuation of antibiotic therapy was recommended. Additionally, mesalazine suppositories 1 g (at bedtime) were introduced, and fecal calprotectin testing was ordered. A follow-up examination was scheduled in approximately one month.

The patient did not inform the endoscopist performing the procedure that he was undergoing diagnostic evaluation for sexually transmitted infections (STIs). Due to doubts regarding the accuracy of the UC diagnosis (rapid symptom improvement after antibiotic therapy, lack of complete clinical data for the pathologist), the Department of Pathomorphology was asked to re-evaluate the specimens, taking into account the possibility of infectious diseases.

In the repeat histopathological examination, the overall picture was consistent with ulceration associated with active colitis. According to the pathologist, ulcerative colitis could rather be ruled out; a solitary ulcer (related to infection or antibiotic therapy) was considered a more likely diagnosis.

The patient presented for a follow-up visit in January 2023. He had completed the course of antibiotic therapy but had not used all the mesalazine suppositories or had fecal calprotectin levels checked. All previously reported symptoms had resolved: bowel movements were regular, with no diarrhea, mucus, or blood. Anoscopy showed significant improvement – the rectal mucosa was slightly reddened, with no ulcerations, no mucus or blood. Watery content was visible, but the patient had administered an enema prior to the examination.

Considering the overall clinical picture and the new histopathological findings, a diagnosis of infectious proctitis of syphilitic and chlamydial etiology was established.

In case of symptom recurrence, the patient was instructed to undergo a fecal calprotectin test and schedule a rectoscopy with repeat biopsy. He was advised of the necessity of using condoms during sexual activity.

At the next follow-up visit, approximately six months later, the patient reported no complaints, and physical evaluation – including the proctological examination – revealed no abnormalities. He did not report back to the outpatient clinic.

DISCUSSION

Although homosexual men constitute a minority of the male population, the incidence of STIs in this group is proportionally much higher than among heterosexual men. Important factors contributing to the spread of STIs in this community have been – and continue to be – delayed medical consultations and concealment of sexual orientation (1, 2).

In 2021, the European Academy of Dermatology and Venereology published guidelines on the diagnosis and treatment of patients with gastrointestinal symptoms and suspected STI (3). Although most research on these infections has focused on men who have sex with men, women who engage in anal sex may also be at risk.

Tab. 1. Czynniki etiologiczne zapaleń jelita grubego związane z aktywnością seksualną

<i>Proctitis</i>	<i>Proctocolitis</i>	<i>Enteritis</i>
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i> : genotypy D-K genotypy L1-3 (LGV) <i>Treponema pallidum</i> <i>Herpes simplex virus</i> <i>Mycoplasma genitalium</i> Urazowe (zabawki erotyczne, irygacja)	<i>Shigella</i> spp. <i>Campylobacter</i> spp. <i>Salmonella</i> spp. <i>Escherichia coli</i> <i>Entamoeba histolytica</i> <i>Cryptosporidium</i> spp. <i>Cytomegalovirus</i> Spirochetoza jelitowa	<i>Giardia lamblia</i> <i>Cryptosporidium</i> spp. <i>Microsporidia</i> <i>Hepatitis A virus</i>

Tab. 1. Etiological factors of colitis associated with sexual activity

<i>Proctitis</i>	<i>Proctocolitis</i>	<i>Enteritis</i>
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i> : genotypes D-K genotypes L1-L3 <i>Treponema pallidum</i> <i>Herpes simplex virus</i> <i>Mycoplasma genitalium</i> Traumatic (sex toys, irrigation)	<i>Shigella</i> spp. <i>Campylobacter</i> spp. <i>Salmonella</i> spp. <i>Escherichia coli</i> <i>Entamoeba histolytica</i> <i>Cryptosporidium</i> spp. <i>Cytomegalovirus</i> Intestinal spirochetosis	<i>Giardia lamblia</i> <i>Cryptosporidium</i> spp. <i>Microsporidia</i> <i>Hepatitis A virus</i>

Tab. 2. Objawy kliniczne

<i>Proctitis</i>	<i>Proctocolitis</i>	<i>Enteritis</i>
Wydzielina śluzowo-ropna z odbytu Krwawienie z odbytu Ból odbytu i ból przy wypróżnianiu Świąd odbytu Zaparcia Uczucie bolesnego parcia na stolec Uczucie pełności lub niepełnego wypróżnienia Obecność śluzu w stolcu	Biegunka o małej objętości Krwisty stolec Ból brzucha Krwawienie z odbytu Uczucie niepełnego wypróżnienia Uczucie bolesnego parcia na stolec	Wodnista biegunka o dużej objętości Krwisty stolec Skurczowe bóle brzucha Nudności z wymiotami lub bez Złe samopoczucie Gorączka Utrata masy ciała

Tab. 2. Clinical presentation

<i>Proctitis</i>	<i>Proctocolitis</i>	<i>Enteritis</i>
Mucopurulent discharge from the rectum Rectal bleeding Anal pain and pain during defecation Anal itching Constipation Painful urge to defecate Feeling of fullness or incomplete evacuation Presence of mucus in stool	Low-volume diarrhea Bloody stool Abdominal pain Rectal bleeding Feeling of incomplete bowel movement Painful urge to defecate	High-volume watery diarrhea Bloody stool Cramping abdominal pain Nausea with or without vomiting General malaise Fever Weight loss

płciowych ze względu na bliskość pochwy. Zakażenia te mogą prowadzić do: objawowego zapalenia odbytnicy (*proctitis*), zapalenia odbytnicy i okrężnicy (*proctocolitis*) lub zapalenia jelit (*enteritis*), ale mogą również przebiegać bezobjawowo (tab. 1).

Objawy kliniczne tych zakażeń nie są swoiste dla wywołującego je patogenu, nie pomagają zatem w diagnostyce różnicowej (tab. 2). Co więcej, część infekcji może występować wspólnie (4).

Takie dolegliwości zgłaszają również pacjenci z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego. Pierwszymi, a zarazem najczęstszymi, jego objawami są biegunka i domieszka krwi w kale. W aktywnym zapaleniu całej okrężnicy krwawienie jest znaczne, a liczba wypróżnień może sięgać nawet 20 na dobę. Często występują osłabienie i zmniejszenie masy

Proctitis is defined as inflammation of the anal canal and/or rectum. It can be sexually transmitted through mucosal contact between the genitals, anus, and rectum. Some infections can also be easily transmitted to the anal canal via fingers, sex toys or – in women – through the spread of infection to the genital organs due to the proximity of the vagina. These infections can lead to symptomatic inflammation of the rectum (proctitis), inflammation of the rectum and colon (proctocolitis), or inflammation of the intestines (enteritis), but they can also be asymptomatic (tab. 1).

The clinical symptoms of these infections are not pathogen-specific and therefore do not aid in differential diagnosis (tab. 2). Moreover, some infections may occur concurrently (4).

These symptoms are also reported by patients with ulcerative colitis. The initial and most common manifestations

ciała. U chorych ze zmianami ograniczonymi do odbytnicy (*proctitis ulcerosa*) rytm wypróżnień może być prawidłowy, a nawet występują zaparcia. Jedynym objawem choroby jest wówczas krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego, czyli krew w stolcu.

Ze względu na podobny obraz kliniczny, wyniki badań endoskopowych i histopatologicznych obu diagnoz, należy podkreślić, że w przypadku podejrzenia zapalenia odbytnicy u MSM (zwłaszcza u osób zakażonych wirusem HIV) należy wykonać wymazy z odbytu w kierunku *C. trachomatis* i *N. gonorrhoeae*, a także serologię w kierunku kiły (2, 4). Najważniejszą wskazówką co do STI był fakt, że choroba wystąpiła u MSM uprawiających seks analny bez zabezpieczenia.

Istnieje kilka badań wskazujących, że błędne diagnozy NChZJ zostały postawione przez doświadczonych gastroenterologów, którzy nie brali pod uwagę diagnozy zapalenia odbytnicy związanego z STI (4). Co ciekawe, nie ma zaleceń diagnostycznych ani terapeutycznych dla pacjentów z koinfekcją HIV/NChZJ. Wytyczne European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) zalecają jedynie wykonanie testu na HIV u każdego pacjenta z NChZJ przed rozpoczęciem leczenia sterydami. Ponadto nie ma konkretnych wytycznych dla gastroenterologów dotyczących przesiewowego wykrywania STI w każdym przypadku zapalenia odbytnicy i okrzężnicy, szczególnie przy podejrzeniu NChZJ (5).

W rzeczywistości bycie MSM, nosicielem wirusa HIV i praktykowanie niezabezpieczonego stosunku analnego z udziałem innych osób to najczęstsze rozpoznane czynniki ryzyka związane z zapaleniem odbytnicy i okrzężnicy nabytym drogą płciową (5). W związku z drastycznym wzrostem w ciągu ostatniej dekady częstości występowania STI i niedawnym wprowadzeniem PrEP (profilaktyki przedekspozycyjnej) w wielu częściach USA i Europy, lekarze rodzinni, gastroenterolodzy i proktolodzy powinni być świadomi możliwości wystąpienia zapalenia odbytnicy i okrzężnicy spowodowanego STI.

Pacjenci zdiagnozowani w poradni gastroenterologicznej/proktologicznej z STI powinni zostać zbadani przez specjalistę w zakresie zdrowia seksualnego i powiązanych infekcji (w przypadku Polski – wenerologa), a jasne informacje dotyczące ich diagnozy powinny zostać przekazane pacjentom i ich partnerom seksualnym. Należy powiadomić partnera i przeprowadzić badania przesiewowe (partnerów w ciągu ostatnich 3 miesięcy w przypadku kiły pierwotnej, chlamydii, LGV lub rzeżączki odbytu oraz 2 lat w przypadku kiły wtórnej lub utajonej) (4-7).

MSM z zapaleniem odbytnicy powinni zostać przebadani pod kątem STI, w tym HIV, ponieważ szacuje się, że prawie 20% MSM żyjących z HIV w USA nie jest świadomych swojego zakażenia. Departament Obrony USA wymaga, aby wszyscy członkowie służby byli badani co 2 lata, chociaż w przypadku MSM z wieloma partnerami seksualnymi zaleca się badanie przesiewowe na HIV, wraz z badaniem w kierunku *T. pallidum*, *C. trachomatis* i *N. gonorrhoeae* co 3 do 6 miesięcy (8).

Podstawowym elementem badań przesiewowych w kierunku zakażenia *Ch. trachomatis* i *N. gonorrhoeae* u MSM jest badanie zakażenia układu moczowo-płciowego poprzez próbkę moczu lub wymaz z cewki moczowej. W ciągu

include diarrhea and blood in the stool. In active pancolitis, bleeding can be substantial, with bowel movement frequency reaching up to 20 per day. Weakness and weight loss are common. In patients with ulcerative proctitis, where lesions are confined to the rectum, bowel habits may remain normal or even present with constipation. In such cases, the sole manifestation of the disease is lower gastrointestinal bleeding, evidenced by blood in the stool.

Given the similar clinical presentation as well as endoscopic and histopathological findings associated with both diagnoses, it is important to emphasize that in cases of suspected proctitis in MSM (especially individuals living with HIV), rectal swabs for *C. trachomatis* and *N. gonorrhoeae* should be performed, along with serological testing for syphilis (2, 4). The strongest indicator of STI was the patient's status as an MSM engaging in unprotected anal intercourse.

There are several studies indicating that incorrect diagnoses of IBD were made by experienced gastroenterologists who did not consider proctitis associated with STIs in their differential diagnosis (4). Interestingly, there are no diagnostic or therapeutic guidelines for patients with HIV/IBD coinfection. The European Crohn's and Colitis Organization (ECCO) guidelines recommend HIV testing only for every patient with IBD prior to starting steroid therapy. Moreover, there are no specific guidelines for gastroenterologists regarding screening for STIs in every case of proctitis and colitis, especially when IBD is suspected (5).

In clinical practice, the most frequently identified risk factors for sexually acquired proctocolitis include MSM status, HIV positivity, and engaging in unprotected anal intercourse with multiple partners (5). Given the dramatic increase in the incidence of STIs over the past decade and the recent introduction of PrEP (pre-exposure prophylaxis) in many parts of the US and Europe, primary care physicians, gastroenterologists, and proctologists should maintain clinical awareness of STI-induced proctitis and proctocolitis.

Patients diagnosed with an STI in a gastroenterology/proctology outpatient clinic should be evaluated by a specialist in sexual health and related infections (in Poland, a venereologist). Clear, comprehensible information about their diagnosis should be provided to both the patients and their sexual partners. Partner notification and screening should be conducted for sexual partners from the past 3 months in cases of primary syphilis, chlamydia, LGV, or anal gonorrhea, and from the past 2 years in cases of secondary or latent syphilis (4-7).

MSM with proctitis should undergo STI screening including HIV, as it is estimated that nearly 20% of MSM living with HIV in the USA are unaware of their infection. The Department of Defense requires all service members to be tested every 2 years, although for MSM with multiple sexual partners, HIV screening along with testing for *T. pallidum*, *C. trachomatis*, and *N. gonorrhoeae* is recommended every 3 to 6 months (8).

The primary component of screening for *Ch. trachomatis* and *N. gonorrhoeae* infections in MSM is testing for genitourinary infection using a urine sample or a urethral swab. Over the past decade, various studies from the USA and Australia have emphasized the importance of testing samples from

ostatniej dekady różne badania z USA i Australii podkreśliły znaczenie badania próbek z jamy ustnej, gardła i odbytu (w zależności od miejsca kontaktu seksualnego) oprócz badań układu moczowo-płciowego u MSM (9).

W celu zapobiegania dalszemu przenoszeniu patogenów bakteryjnych drogą płciową należy przekazać pacjentowi następujące zalecenia (3):

1. Myj ręce po skorzystaniu z toalety, przed przygotowaniem lub spożywaniem posiłków oraz po aktywności seksualnej.
2. Unikaj seksu analnego, seksu oralnego i analnego (rimming) w okresie występowania objawów i do czasu, aż badanie na obecność zakażenia wykaże jego ustąpienie.
3. Podczas seksu należy używać prezerwatyw, rękawiczek i koferdamów; należy zachęcać do używania rękawiczek podczas fistingu.
4. Unikaj dzielenia się sprzętem do irygacji pochwy, lewatyw i zabawkami seksualnymi.
5. Unikaj basenów i ośrodków SPA podczas choroby i przez 2 tygodnie po wyzdrowieniu.
6. Unikaj seksu podczas nawracającej infekcji HSV.
7. Szczepienie przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu A i B, jeśli pacjent nie jest uodporniony.
8. Zaoferuj doradztwo w zakresie rozpoczęcia PrEP wobec MSM.

Profilaktyka przed narażeniem na zakażenie i po narażeniu na zakażenie HIV ma kluczowe znaczenie w walce z HIV, ponieważ może zmniejszyć ryzyko transmisji HIV nawet o 74%, jeśli jest stosowana prawidłowo. Istnieją jednak nowe dane sugerujące, że stosowanie profilaktyki przed narażeniem może w rzeczywistości zwiększać liczbę kontaktów seksualnych bez zabezpieczenia, a w efekcie predysponować osoby stosujące PrEP przeciwko HIV do zwiększonej liczby zachorowań na STI (10, 11). To podniosło kwestię stosowania antybiotyków jako profilaktyki przed narażeniem na bakteryjne STI (10, 12, 13).

Doxy-PEP znacząco zmniejsza liczbę nowych przypadków chłamydii i kiły i jest potencjalnie skuteczny w leczeniu rzeżączki, na którą wpływają lokalne wzorce oporności. Jest to zatem obiecujące narzędzie w zapobieganiu bakteryjnym chorobom przenoszonym drogą płciową. Doxy-PrEP to interwencja zapobiegawcza, w ramach której osoba z wysokim ryzykiem bakteryjnych STI przyjmuje 100 mg doksycykliny dziennie, podczas gdy Doxy-PEP obejmuje pojedynczą dawkę 200 mg doksycykliny po seksie bez prezerwatywy w ciągu 24-72 godzin (10, 13). Chociaż strategia ta może potencjalnie pomóc w zmniejszeniu odsetka zakażeń kiłą, chłamydią i ewentualnie rzeżączką, nadal istnieją poważne wątpliwości co do sposobu realizacji takiej interwencji w praktyce oraz wpływu tej strategii na powstawanie i rozprzestrzenianie się oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention) opracowało projekt wytycznych zalecających stosowanie Doxy-PEP w celu zapobiegania bakteryjnym STI w określonych populacjach, rekomendując lekarzom, aby doradzali wszystkim MSM i TGW (*transgender women*), u których w ciągu ostatnich

the oral cavity, throat, and rectum (depending on the site of sexual contact), in addition to urogenital testing in MSM (9).

To prevent further transmission of sexually transmitted bacterial pathogens, patients should be given the following recommendations (3):

1. Wash your hands after using the toilet, before preparing or eating meals, and after sexual activity.
2. Avoid anal sex, oral sex, and rimming during the period of symptoms and until testing confirms that the infection has cleared.
3. During sexual activity, use condoms, gloves, and dental dams for protection; gloves should be used during fisting.
4. Avoid sharing equipment for vaginal irrigation, enemas, and sex toys.
5. Refrain from using swimming pools and spa facilities and for two weeks following recovery.
6. Avoid sex during recurrent HSV infection.
7. Report for hepatitis A and B vaccinations (if not previously immunized).
8. Seek counseling services for guidance on initiating PrEP for MSM.

Pre-exposure and post-exposure prophylaxis for HIV are crucial in combating the virus, as they can reduce the risk of transmission by up to 74% when used correctly. However, new evidence suggests that pre-exposure prophylaxis (PrEP) may actually increase the frequency of unprotected sexual encounters, thereby predisposing users to a higher incidence of STIs (10, 11). This has brought attention to the use of antibiotics as prophylaxis against bacterial STIs (10, 12, 13).

Doxy-PEP significantly reduces new cases of chlamydia and syphilis and may also be effective against gonorrhea, depending on local resistance patterns. Therefore, it represents a promising strategy for the prevention of bacterial sexually transmitted infections. Doxy-PrEP is a preventive intervention where individuals at high risk of bacterial STIs take 100 mg of doxycycline daily, while Doxy-PEP involves a single 200 mg dose of doxycycline within 24-72 hours after condomless sex (10, 13). While this strategy could potentially help reduce the incidence of syphilis, chlamydia, and possibly gonorrhea infections, serious concerns remain regarding the practical implementation of such an intervention and its impact on the emergence and spread of antimicrobial resistance.

The CDC (Centers for Disease Control and Prevention) has developed draft guidelines recommending the use of Doxy-PEP to prevent bacterial STIs in specific populations. The guidelines advise physicians to counsel all MSM and TGW (*transgender women*) who have had at least one bacterial STI in the past 12 months on the potential benefits and risks of taking doxycycline within 72 hours after oral, vaginal, or anal sex, and to offer doxycycline as part of a shared decision-making process (13).

The International Union against Sexually Transmitted Infections (IUSTI) Europe also agrees that there is evidence of the beneficial effect of Doxy-PEP at the individual level in reducing the risk of certain bacterial STIs in specific situations. However, it acknowledges that substantial uncertainties

12 miesięcy wystąpiło co najmniej jedno bakteryjne zakażenie STI, w zakresie korzyści i szkód wynikających ze stosowania doksycykliny w ciągu 72 godzin po seksie oralnym, waginalnym lub analnym, a także aby oferowali doksycyklinę w ramach wspólnego podejmowania decyzji (13).

Również IUSTI Europe (International Union against Sexually Transmitted Infections) zgadza się, że istnieją dowody na korzystne działanie Doxy-PEP na poziomie indywidualnym, w celu ograniczenia ryzyka zakażenia niektórymi bakteryjnymi STI w niektórych sytuacjach. Natomiast zauważa, że nadal istnieją znaczne niepewności co do długoterminowych korzyści, wpływu na populację, pojawienia się oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe i różnic w systemach opieki zdrowotnej, w których dotychczas Doxy-PEP był intensywnie badany (11).

PODSUMOWANIE

Podsumowując, identyfikacja zakaźnych przyczyn zapalenia odbytnicy w połączeniu z zebraniem wywiadu seksualnego u nowych pacjentów ma kluczowe znaczenie, ponieważ pomoże to zmniejszyć liczbę błędnych diagnoz, zagwarantować właściwe badania przesiewowe i lepsze wyniki opieki nad pacjentem.

persist concerning the long-term benefits, population-wide effects, the development of antimicrobial resistance, and the variability in healthcare systems in which Doxy-PEP has been most intensively studied to date (11).

CONCLUSIONS

In summary, identifying infectious causes of proctitis while taking a sexual history from new patients is essential, as it helps prevent misdiagnoses, ensures proper screening, and leads to better patient care outcomes.

Konflikt interesów Conflict of interest

Brak konfliktu interesów
None

Adres do korespondencji Correspondence:

*Agnieszka Białas
Beskidzkie Centrum Medyczne
ul. Młodzieżowa 21,
43-300 Bielsko-Biała
bialas@o2.pl

Piśmiennictwo/References

1. Mroczkowi T (red.): Choroby przenoszone drogą płciową. Tom II. Wyd. IV. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2022: 269-287.
2. Levy I, Gefen-Halevi S, Nissan I et al.: Delayed diagnosis of colorectal sexually transmitted diseases due to their resemblance to inflammatory bowel diseases. *Int J Infect Dis* 2018; 75: 34-38.
3. de Vries HJC, Nori AV, Kiellberg Larsen H et al.: 2021 European Guideline on the management of proctitis, proctocolitis and enteritis caused by sexually transmissible pathogens. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2021; 35(7): 1434-1443.
4. Lourtet Hascoet J, Dahoun M, Cohen M et al.: Clinical diagnostic and therapeutic aspects of 221 consecutive anorectal *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* sexually transmitted infections among men who have sex with men. *Int J Infect Dis* 2018; 71: 9-13.
5. Siwak E, Suchacz MM, Cielniak I et al.: Inflammatory Bowel Disease in Adult HIV-Infected Patients-Is Sexually Transmitted Infections Misdiagnosis Possible? *J Clin Med* 2022; 11: 5324.
6. Lamb CA, Lamb EIM, Mansfield JC et al.: Sexually transmitted infections manifesting as proctitis. *Frontline Gastroenterol* 2013; 4: 32-40.
7. O'Byrne P, MacPherson P, Orser L: Approach to sexually transmitted infection testing for men who have sex with men. *Can Fam Physician* 2024; 70(7-8): 449-455.
8. Oliver L, Pak K, Maier A, Sadowski B: Chlamydial Proctitis Mimicking Inflammatory Bowel Disease in a Young Active Duty Sailor With Undiagnosed Human Immunodeficiency Virus Infection: A Case Report. *Mil Med* 2025; 190(1-2): e426-e428.
9. Peters RP, Verweij SP, Nijsten N et al.: Evaluation of sexual history-based screening of anatomic sites for chlamydia trachomatis and neisseria gonorrhoeae infection in men having sex with men in routine practice. *BMC Infect Dis* 2011; 11: 203.
10. Szondy I, Meznerics FA, Lőrincz K et al.: Doxycycline prophylaxis for the prevention of sexually transmitted infections: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Infect Dis* 2024; 147: 107186.

nadesłano/submitted:

9.04.2025

zaakceptowano do druku/accepted:

30.04.2025

11. IUSTI Europe Position Statement on use of DoxyPEP: June 2024.
12. Close E, Jones A, Noggle W: Doxycycline Postexposure Prophylaxis for Sexually Transmitted Infection Prevention. J Am Board Fam Med Nov 2024; 37(6): 1140-1142.
13. Bachmann LH, Barbee LA, Chan P et al.: CDC Clinical Guidelines on the Use of Doxycycline Postexposure Prophylaxis for Bacterial Sexually Transmitted Infection Prevention, United States, 2024. MMWR Recomm Rep 2024; 73(2): 1-8.