

Czy seks oralny grozi zakażeniem HIV?

Seks oralny jest jedną z bezpieczniejszych form aktywności seksualnej, jednakże ryzyko zakażenia HIV w takich kontaktach **nie** równa się zeru [1]. Ryzyko to można zmniejszyć poprzez używanie prezerwatyw smakowych, produkowanych specjalnie do seksu oralnego.

Mimo ponad 25 lat trwania epidemii HIV/AIDS ciągle jest niewiele wiarygodnych informacji na ten temat. Może dlatego, że trudno zidentyfikować osoby uprawiające wyłącznie seks oralny. W jednym z doniesień przedstawiono 20 mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami, którzy w ankiecie podawali, iż w ciągu 6 – 9 miesięcy poprzedzających serokonwersję dokonywali wyłącznie seksu oralnego, ale w późniejszych bezpośrednich rozmowach 11 z nich przyznało, iż w tym czasie utrzymywali też kontakty analne, bez zabezpieczenia[2].

W pierwszych latach epidemii AIDS kontakty oralne uważano za bezpieczne. W badaniach 135 osób, które dokonały 19 000 wyłącznie oralnych kontaktów z zakażonym HIV partnerem (partnerką) nie stwierdzono żadnego nowego przypadku infekcji HIV[3]. Od roku 1987 do 1993r. opisano 42 przypadki zakażeń tą właśnie drogą[4], co potwierdza, że prawdopodobieństwo zakażenia HIV w konsekwencji kontaktów oralnych jest niewielkie, jeśli zostaną wykluczone inne czynniki ryzyka.

Jednakże w początkach lat pięćdziesiątych XX wieku zaczęły się pojawiać doniesienia o zakażeniach HIV i innymi chorobami przenoszonych podczas takich kontaktów[5]. Opisano – między innymi – przypadek infekcji HIV mężczyzny, który krótko po usunięciu migdałków i płastyce podniebienia, dokonanych z powodu przewlekłego bezdechu sennego, angażował się w kontakty oralne bez zabezpieczenia z zakażonymi HIV partnerami[6].

Samo określenie „seks oralny” nie dla wszystkich znaczy to samo. W Punktach Konsultacyjno-Diagnostycznych, w których testy w kierunku obecności przeciwciał anti-HIV wykonywane są bezpłatnie, bez skierowania i anonimowo, heteroseksualni mężczyźni pytając o ryzyko zakażenia HIV związane z kontaktami oralnymi mają zwykle na myśli fellatio. Ale możliwe są jeszcze inne formy:

Fellatio - jest określeniem sytuacji, w której męskie narządy płciowe mają kontakt z ustami partnerki/partnera.

Cunnilingus – czyli sytuacja, w której dochodzi do kontaktu narządów płciowych kobiety z ustami partnera/partnerki.

Anilingus – to kontakt ust z okolicą odbytu.

Błona śluzowa jamy ustnej jest wrażliwa na zakażenie HIV. Szczególnie niebezpieczny jest jej kontakt z nasieniem i/lub krwią. Z badań na zwierzętach wiadomo, że możliwe jest zakażenie HIV w następstwie bezpośredniego kontaktu wirusa z nieuszkodzoną błoną śluzową jamy ustnej[7,8]. W badaniach migdałków podniebiennych ludzi wykazano, iż mogą być one wrażliwe na zakażenie HIV[9,10].

W badaniach doświadczalnych wykazano, że etanol (alkohol) ułatwia zakażenie HIV komórek nabłonka jamy ustnej[11]. Tak więc choć alkohol, zwłaszcza wysokoprocentowy,

inaktywuje HIV, to w **przypadku kontaktu błony śluzowej jamy ustnej z materiałem zakaźnym (nasienie, krew) nie jest wskazane płukanie jej alkoholem**. Eksperci niemieccy w razie kontaktu nasienia z błoną śluzową jamy ustnej zalecają natychmiastowe wyplucie ejakulatu, a następnie kilkakrotne przepłukanie (4 - 5 x) jamy ustnej wodą[12].

Badacze kanadyjscy sugerują, że ryzyko przeniesienia zakażenia, także HIV, w kontaktach oralnych jest większe, kiedy penetrujący mężczyzna dokonywał wcześniej piercingu genitaliów, gdyż obecność metalowego kolczyka może powodować przebiegający niezauważalnie stan zapalny, zwiększający ryzyko przeniesienia zakażenia, sugerują także, by stomatolodzy ostrzegali pacjentów o zwiększonym ryzyku zakażenia poprzez seks oralny po inwazyjnych procedurach dentystycznych, jak na przykład wyrwanie zęba[13].

Wiele zależy od tego, czy jest się stroną „czynną” czy „bierną” takiej relacji. Opisano przypadki zakażeń mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami, którzy utrzymywali wyłącznie kontakty oralne, z wytryskiem w usta. Zakażeniu ulegali mężczyźni, których jama ustna miała kontakt z nasieniem partnera[14,15]. W kontaktach heteroseksualnych ryzyko jest większe dla kobiety, której usta mają kontakt z narządami płciowymi partnera. Jednakże spośród rozmaitych aktywności seksualnych seks oralny jest znacznie mniej ryzykowny, niż seks analny[16].

Eksperci szwajcarscy przestrzegają przed kontaktami oralnymi z wytryskiem nasienia do jamy ustnej partnera (partnerki), a także z kobietami podczas miesiączki. W roku 2005 pojawiły się w Szwajcarii bilbordy przypominających o tym ryzyku, które w kontaktach heteroseksualnych dotyczą przede wszystkim kobiet, ale także i mężczyzn. Bilbordy można obejrzeć http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/00833/00839/02631/index.html?lang=en ; napisy mówią „1. Nie dla stosunków bez prezerwatywy, 2. Nasienie lub krew – nigdy do ust”.

Ryzyko przeniesienia zakażenia HIV w następstwie kontaktów usta – narządy płciowe kobiety (cunnilingus) jest szacowane jako ekstremalnie małe.

W pojawiających się w ostatnich latach publikacjach więcej uwagi poświęca się zakażeniom innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową podczas kontaktów oralnych. W 2004 r. wykazano, że 13,7% przypadków kiły w Chicago (USA) zostało nabytych właśnie poprzez takie kontakty[17]. Zmiana pierwotna pojawiała się po 10 – 90 dniach od zakażenia (średnio po 21 dniach) na wargach, języku lub błonach śluzowych jamy ustnej. Kiła nabyta w następstwie kontaktów oralnych często przebiega bezobjawowo lub z niewielkimi objawami (subklinicznie), bywa także błędnie traktowana jako zmiany opryszczkowe, co przyczynia się do opóźnienia rozpoznania i włączenia właściwego leczenia.

Możliwe jest zakażenie także innymi chorobami: opisano przypadek mężczyzny, u którego kontakt oralny spowodował zakażenie HIV, a w wymazie z gardła stwierdzono obecność dwoinek rzeżączki[18].

Mimo istnienia nielicznych doniesień o znajdowaniu DNA HIV w pre-ejakulacie[19], ryzyko zakażenia HIV w wyniku kontaktu pre-ejakulatu i wydzielin pochwy z błoną śluzową jamy ustnej jest szacowane jako niezwykle małe.

W dalszym ciągu seks oralny uważany jest, zwłaszcza przez młodych ludzi, za bezpieczne zachowanie. W badaniach 16 – 18-latków prowadzonych w latach 2003-2005 w Wielkiej

Brytanii wykazano, iż 56% ankietowanych uprawiało kontakty oralne, w tym 22% nie angażujących się dotąd w seks z penetracją[20]. W ostatnich latach w USA edukacja seksualna sponsorowana przez władze federalne odbywała się pod hasłem „tylko abstynencja” (ang. abstinence only). Uznano, że młodzieży wystarczy zalecenie abstynencji seksualnej do czasu zawarcia związku małżeńskiego, a później wzajemnej wierności.

Tyle tylko, że abstynencja seksualna może być różnie rozumiana. Większość osób, nie tylko nastoletnich, uważa za seks wyłącznie kontakty waginalne (słynnym stało się zdanie zeznającego przed Komisją Kongresu USA Billa Clintona: „nigdy nie utrzymywałem stosunków seksualnych z tą kobietą”)[21]. Inne rodzaje aktywności seksualnej, nie zagrażające nieplanowanej ciąży, uważane są często za bezpieczne, łatwiejsze do zaakceptowania. Młodzi ludzie nie wiedzą, że kontakty oralne, a zwłaszcza analne mogą prowadzić do zakażeń chorobami przenoszonymi drogą płciową, w tym HIV. W roku 2006 kampanię „abstinence only” rozszerzono na osoby od 12 do 29 roku życia. Nastolatki amerykańskie nie uważają seksu oralnego za kontakty seksualne dlatego, że nie powoduje on utraty dziewictwa, zatem nie sądzą, że pociąga za sobą ryzyko zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową, a dokonujący kontaktów oralnych czują się mniej winni łamania zakazów[22]. Spośród 580 badanych dziewcząt i chłopców 20% miało już za sobą tego rodzaju kontakty, a 33% planowało ich podjęcie w ciągu najbliższych 6 miesięcy (kontakty waginalne miało już 14% badanych, 25% planowało ich podjęcie w ciągu najbliższych 6 miesięcy). Autorzy badań sugerują, że amerykańska kampania edukacyjna skupiająca się na nakłanianiu do zachowaniu abstynencji od kontaktów seksualnych do czasu zawarcia związku małżeńskiego i później wzajemnej wierności może mieć wpływ na zwiększenie częstości dokonywania takich właśnie, nie pozbawionych ryzyka, zachowań[23]. Podobnie badania 16 – 18-latków z Wielkiej Brytanii wykazały, że 56% ankietowanych doświadczyło fellatio lub cunnilingus, 22% z nich nie angażowało się wcześniej w kontakty seksualne z penetracją, przy czym tylko 17% używało w kontaktach oralnych prezerwatyw, a jedynie 2% używało ich stale[24]. **Anilingus, czyli kontakty oralno-analne** wiążą się z możliwością nabycia różnych chorób zakaźnych, nie tylko HIV. Przypadek zakażenia HIV w następstwie kontaktu oralno-analnego opisano w Wielkiej Brytanii[25]. Wielokrotnie opisywano przypadki przeniesienia tą drogą zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu A (HAV). W 2005 r. zakażenia tym wirusem opisano w Kopenhadze, wśród mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami[26].

Publikowane są doniesienia, że kontakty oralno-analne stwarzają także ryzyko zakażenia bakteriami Shigella, powodujących czerwonkę (wystarczy tylko 10 żywych bakterii do spowodowania klinicznych objawów infekcji), a zakażenie HIV wydaje się zwiększać wrażliwość na zakażenie[27].

Seks oralny jest znacznie mniej ryzykownym rodzajem aktywności seksualnej, niż analny i waginalny, jednak nie jest pozbawiony ryzyka przeniesienia zakażenia HIV. Ryzyko jest największe dla strony „czynnej”, której błona śluzowa jamy ustnej ma kontakt z nasieniem męskim. Ryzyko to można zmniejszyć poprzez używanie prezerwatyw smakowych, produkowanych specjalnie do seksu oralnego.

oprac. dr n. med. Dorota Rogowska-Szadkowska

data aktualizacji: luty 2009 r.

[2009-02-EDU-0925]

1. Baggale RF, White RG, Boimy MC. Systematic review of orogenital HIV-1 transmission probabilities. *Int J Epidemiol* 2008;17:1255-68.
2. Keet IP, Albrecht van Lent N, Sandfort TG, Coutinho RA, van Griensven GJ. Orogenital sex and the transmission of HIV among homosexual men. *AIDS* 1992;6:223-6.
3. del Romero J, Marcinovich B, Castilla J i wsp. Evaluating the risk of HIV transmission through unprotected orogenital sex. *AIDS* 2002;16:1296-7.
4. Rottenberg B, Scarlett M, del Rio C, Reznik D, O'Daniels C. Oral transmission of HIV. *AIDS* 1998;12:2095-105.
5. Lifson AR, O'Malley PM, Hessol NA i wsp. HIV seroconversion in two homosexual men after receptive oral intercourse with ejaculation: implications for counseling concerning safe sexual practices. *Am J Public Health* 1990;80:1509-11.
6. Berrey MM, Shea T. Oral sex and HIV transmission. *J AIDS Hum Retrovirol* 1997;14:475.
7. Baba TW, Trichel AM, An L i wsp. Infection and AIDS in adult macaques after nontraumatic oral exposure to cell-free SIV. *Science* 1996;272:1486-9.
8. Milush JM, Kosub D, Marthas M i wsp. Rapid dissemination of SIV following oral inoculation. *AIDS* 2004;18:2371-80.
9. Moutsopoulos NM, Vazquez N, Greenwell-Wild T i wsp. Regulation of the tonsil cytokine milieu favors HIV susceptibility. *J Leukoc Biol* 2006;80:1145-55.
10. Kumar RB, maher DM, Herzberg MC, Southern PJ. Expression of HIV receptors, alternate receptors and co-receptors on tonsillar epithelium: implications for HIV binding and primary oral infection. *Virol J* 2006;3:25.
11. Zheng J, Yang OO, Xie Y i wsp. Ethanol stimulation of HIV infection of oral epithelial cells. *J AIDS* 2004;37:1445-53.
12. Deutsch-Österreichische Empfehlungen. Postexpositionelle prophylaxe der HIV-Infektion. 2002. www.rki.de.
13. Richters J, Grulich A, Ellard J, Hendry O, Kippax S. HIV transmission among gay men through oral sex and another uncommon routes: case series of HIV seroconverters, Sydney. *AIDS* 2003;17:2269-71.
14. Lifson AR, O'Malley PM, Hessol NA i wsp. HIV seroconversion in two homosexual men after receptive oral intercourse with ejaculation: implications for counseling concerning safe sexual practices. *Am J Public Health* 1991;81:1509-11.
15. Lane HC, Holmberg SD, Jaffe HW. HIV seroconversion and oral intercourse. *Am J Public Health* 1991;81:658.
16. Page-Shafer K, Shiboski C, Osmond D i wsp. Risk of HIV infection attributable to oral sex among men who have sex with men and in the population of men who have sex with men. *AIDS* 2002;16:2350-2.
17. CDC. Transmission of primary and secondary syphilis by oral sex: Chicago, Illinois, 1998-2002. *MMWR* 2004;53:966-8.
18. Murray AB, Greenhouse PRDH, Nelson WLC i wsp. Coincident acquisition of *Neisseria gonorrhoeae* and HIV from fellatio. *Lancet* 1991;338: 830.

19. Ilaria G, Jacobs JL, Polsky B i wsp. Detection of HIV-DNA sequence in pre-ejaculatory fluid. *Lancet* 1992;340:1469.
20. Stone N, Hatherall B, Inham R, McEachran J. Oral sex and condom use among young people in the United Kingdom. *Perspect Sex Reprod Health* 2006;38:6-12.
21. Donovan B, Ross MW. Preventing HIV: determinants of sexual behaviour. *Lancet* 2000;355:1897-901.
22. Sanders SA, Reinisch JM. Would you say you "had sex" if...? *JAMA* 1999;281:275-7.
23. Halpern-Fleisher BL, Cornell JL, Kropp RY, Tockann JM. Oral versus vaginal sex among adolescents: participations, attitudes and behaviour. *Pediatrics* 2005;115:845-51.
24. Stone N, Hatherall, Ingham R, McEachran J. Oral sex and condom use among young people in the United Kingdom. *Perspect Sex Reprod Health* 2006;38:6-12.
25. Gill SK, Loveday C, Gilson RJC. Transmission of HIV-1 infection by oroanal intercourse. *Genitourin Med* 1992;68:254-7.
26. Mazick A, Howitz M, Rex S i wsp. Hepatitis A outbreak among MSM linked to casual sex and gay saunas in Copenhagen Denmark, *Euro Surveill* 2005;10:112-4,
27. Aragon TJ, Vugia DJ, Shallow S i wsp. Case-control study of Shigellosis in San Francisco: the role of sexual transmission and HIV infection. *Clin Infect Dis* 2007;44:327-34.