

Nieuwe aanbevelingen voor de aanpak van seksueel overdraagbare infecties in de eerste lijn

T. CORNELISSEN¹, N. DEKKER^{2, 5}, M. GOOSSENS^{2, 3}, V. JESPERS⁴, P. VAN ROYEN^{2, 5, 6}

Samenvatting

Het aantal seksueel overdraagbare infecties (soi's) stijgt wereldwijd, ook in onze contreien. Een correcte en tijdige detectie en behandeling van soi's kan verdere besmetting en eventuele complicaties voorkomen. In 2019 verschenen twee nieuwe richtlijnen over de aanpak van soi's in de eerste lijn: de richtlijn *Diagnose en aanpak van gonorrhoe en syfilis* van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) en de *Richtlijnen voor de diagnose, behandeling, opvolging en verwijzing van infecties met Chlamydia trachomatis (CT) in de eerste lijn* ontwikkeld door de Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn. Als implementatieproject werd een online consultatietool voor huisartsen ontworpen (www.soa.kce.be).

Dit artikel is een samenvatting van de recent verschenen richtlijnen en licht de belangrijkste aanbevelingen toe inzake de detectie, de diagnose, de behandeling en de opvolging van syfilis, chlamydia en gonorrhoe. Daarnaast geeft het ook praktijkadviezen, criteria voor doorverwijzing en aanbevelingen in geval van soi's bij zwangerschap.

Inleiding

Sinds de eeuwwisseling wordt wereldwijd een stijging vastgesteld van het aantal diagnoses van seksueel overdraagbare infecties (soi's) (fig. 1). De sterkste stijgers zijn chlamydia, gonorrhoe en syfilis (1).

Chlamydia trachomatis (CT) is de meest voorkomende soi in België. Het aantal geregistreerde gevallen in ons land is gestegen van 984 in 2002 tot 6.788 in 2016 (2). Dit komt overeen met een stijging van het aantal gerapporteerde gevallen van 9,5 per 100.000 inwoners in 2002 tot 60,1 per 100.000 inwoners in 2016. In 2016 was het aantal gerapporteerde gevallen het hoogst bij vrouwen tussen 15 en 29 jaar; bij mannen is er sinds 2011 een stijgende trend te bemerken, voornamelijk vanaf 20 jaar.

Gonorrhoe is de tweede meest voorkomende soi in België met een stijgend aantal geregistreerde gevallen: van 275 in 2002 tot 1.515 in 2016, hetzij een toename van 2,6 per 100.000 inwoners in 2002 tot 13,4 per 100.000 inwoners in 2016. Gonorrhoe komt voornamelijk voor bij mannen die seks hebben met mannen (MSM) tussen 20 en 39 jaar.

Syfilis komt op de derde plaats. Ook hier is er in België een stijgende trend te bespeuren: van 46 meldingen in 2002 (0,4 per 100 000 inwoners) naar 943 in 2016 (8,3 per 100.000 inwoners). Syfilis wordt voornamelijk gemeld bij MSM tussen 20 en 59 jaar.

Deze soi's blijven vaak lange tijd onopgemerkt en kunnen ernstige complicaties, onvruchtbaarheid of miskramen veroorzaken. Ze zijn behandelbaar met antibiotica, maar de toenemende antibioticaresistentie maakt dat ze hoe langer hoe moeilijker onder controle te houden zijn. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) dringt aan om nationale praktijkrichtlijnen op te stellen, met aandacht voor de monitoring van de antibioticaresistentie en voor de lokale resistentiepatronen (3).

In 2019 verschenen twee nieuwe richtlijnen over de aanpak van soi's in de eerste lijn. De richtlijn *Diagnose en aanpak van gonorrhoe en syfilis* van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) en de

¹ Huisarts.

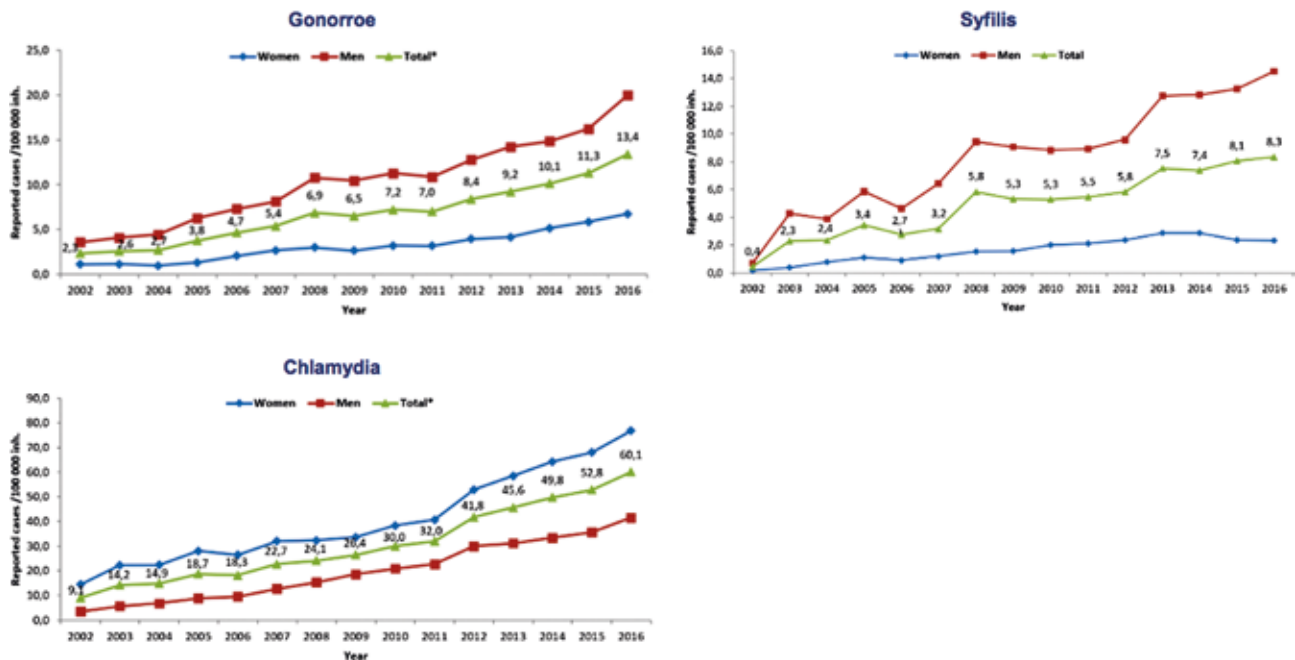
² Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn, Ebractinet.

³ Belgisch Centrum voor Evidence Based Medicine.

⁴ Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).

⁵ Centrum voor huisartsgeneeskunde, Eerstelijns- en interdisciplinaire zorg, faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen, Universiteit Antwerpen.

⁶ Correspondentieadres: prof. dr. P. Van Royen;
e-mail: paul.vanroyen@uantwerpen.be



Bron: Vanden Berghe et al. *Sciensano* 2018² *inclusief gevallen waarvoor geen geslacht werd vermeld; 'Men' betreft heteromannen en MSM

Fig. 1: Evolutie van de gemelde gevallen van gonorrhoe, syfilis en chlamydia per 100.000 inwoners, per geslacht (2002-2016) (1).

Richtlijnen voor de diagnose, behandeling, opvolging en verwijzing van infecties met Chlamydia trachomatis (CT) in de eerste lijn ontwikkeld door de Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn (2, 4). Het KCE ontwikkelde op basis van beide richtlijnen en andere wetenschappelijke informatie over soi's (hiv, hepatitis A, B, C) een online interactieve tool die artsen in de praktijk ondersteunt tijdens een soi-consultatie (www.soa.kce.be) (5). Deze tool helpt de zorgverlener aan de hand van enkele richtvragen om een soi-gesprek met de patiënt aan te gaan en een risico-inschatting te maken om te bepalen of en op welke soi de patiënt getest moet worden. Vervolgens biedt de tool een testprotocol en de correcte opvolging ervan aan.

Soi-gesprek en risicobeoordeling

Wanneer een patiënt zich aanmeldt met banale klachten of met een vraag voor een „check-up”, besteden artsen niet altijd aandacht aan de mogelijkheid van een soi. Vele artsen vinden het overigens moeilijk om de seksuele gezondheid van de patiënt ter sprake te brengen (6). Patiënten daarentegen hebben het er minder moeilijk mee dan zorgverleners zelf (7). Deze „schroom” is vaak een obstakel voor het opportunistische testen

van soi's. De meeste soi-consultaties gebeuren weliswaar op vraag van de patiënt, behalve in het kader van de standaardscreening bij een zwangerschap.

Er zijn verschillende manieren om een gesprek over soi's te initiëren. De online tool van KCE formuleert per profiel en reden van aanmelding richtvragen om een gesprek over soi op gang te brengen. Zo kan een consultatie over reisgeneeskunde, vaccinaties, relationele vragen..., ongeacht de aanmeldreden, drempelverlagend zijn om de seksuele gezondheid van bijvoorbeeld jongeren en MSM te bevragen. Eens het gesprek op gang is geraakt, is het belangrijk om het soi-risico in te schatten. Dit risico bepaalt immers het testprotocol.

Er werden zeven groepen bepaald met een eventueel verhoogd risico op een soi, ofwel omdat ze tot een gekende epidemiologische risicogroep behoren, ofwel wegens hun mogelijk seksueel risicogedrag: (1) adolescenten en jongeren, (2) zwangere vrouwen, (3) heteroseksuelen (m/v) en vrouwen die seks hebben met vrouwen (VSV), (4) MSM, (5) personen met een migratieachtergrond, in een rondreizende populatie of reizigers, (6) personen die seks hebben in ruil voor geld of voordelen en (7) druggebruikers die materiaal delen.

Het is ook belangrijk om het seksuele risicogedrag zo accuraat mogelijk (onder andere anatomische plaats van contact) na te vragen. Bij bepaalde groepen

kan het tevens behulpzaam zijn om na te gaan of ze op de hoogte zijn van preventieve hiv-behandelingen (PrEP).

Bij (vermoeden van) een risico op soi, kan de arts aan de patiënt voorstellen om zich te laten testen.

Testen

Chlamydia en gonorrhoe

Gezien het doorgaans asymptomatische karakter van een CT-infectie blijven de meeste gevallen onder de radar. De detectie en de juiste behandeling blijven daarom een belangrijke uitdaging. De symptomen en tekenen die kunnen wijzen op een CT-infectie zijn weergegeven in tabel 1. Een CT-infectie kan ook extra-genitaal voorkomen, ter hoogte van de keel of de anus. CT-infecties ter hoogte van de keel geven weinig klachten, in tegenstelling tot deze ter hoogte van de anus die aanleiding kunnen geven tot proctitisklachten, vooral bij MSM. Tabel 2 lijst de symptomen en tekenen op die kunnen wijzen op gonorrhoe (8, 9). Zowel bij CT als gonorrhoe kunnen er symptomen en

tekenen zijn van een ontsteking ter hoogte van de keel (na orale seks) of de anus (na anale seks).

De eerstekeuzetest voor gonorrhoe en chlamydia is een gecombineerde nucleïnezuuramplificatietest (NAAT-test). Deze test wordt zowel bij symptomatische als asymptomatische mannen en (zwangere) vrouwen afgenomen. Afhankelijk van het seksuele gedrag wordt op elk van de anatomische locaties een staal afgenomen. Tabel 3 geeft een overzicht van de gebruikte techniek per anatomische locatie. Bij een seksueel risico in de laatste twee weken is het mogelijk dat de NAAT-test nog negatief is. In dat geval wordt de test na twee weken herhaald. Bij sterk vermoeden van symptomatische gonorrhoe neemt men ook een kweek af voor het begin van de behandeling en dit om de surveillance van antibioticaresistentie uit te voeren.

Bij een positieve anorectale CT-test, bij MSM ongeacht de symptomatologie of de hiv-status en bij vrouwen met proctitisklachten, wordt een bijkomende bepaling voor lymphogranuloma venereum (LGV) aangevraagd bij het laboratorium.

Er zijn beperkingen in de terugbetaling van de diagnostische tests voor chlamydia en gonorrhoe. De terugbetalingsvoorwaarden worden momenteel door

TABEL 1

Symptomen en tekenen die kunnen wijzen op een CT-infectie.

	Symptomen	Klinische tekenen
Vrouwen	<ul style="list-style-type: none"> – Verhoogde vaginale fluor – Tussentijds of postcoitaal bloedverlies – Dysurie – Pijn in de onderbuik – Diepe dyspareunie 	<ul style="list-style-type: none"> – Mucopurulente cervicitis met/zonder bloeding bij contact – Bekkenpijn – Slingerpijn
Mannen	<ul style="list-style-type: none"> – Dysurie of verlies uit urethra, in sommige gevallen vergezeld van testiculaire pijn 	<ul style="list-style-type: none"> – Verlies uit urethra
Pasgeborenen	<ul style="list-style-type: none"> – Oogafscheiding en gezwollen oogleden – Iets versnelde ademhaling – Droge hoest 	<ul style="list-style-type: none"> – Conjunctivitis – Nasofaryngeale infectie – Pneumonie

TABEL 2

Symptomen en tekenen die kunnen wijzen op gonorrhoe (8, 9).

	Symptomen	Klinische tekenen
Vrouwen	<ul style="list-style-type: none"> – Verhoogde vaginale fluor – Tussentijds of postcoitaal bloedverlies – Dysurie – Pijn in de onderbuik – Diepe dyspareunie 	<ul style="list-style-type: none"> – Mucopurulente cervicitis met/zonder bloeding bij contact – Bekkenpijn – Slingerpijn
Mannen	<ul style="list-style-type: none"> – Dysurie of verlies uit urethra, in sommige gevallen vergezeld van testiculaire pijn 	<ul style="list-style-type: none"> – Verlies uit urethra

TABEL 3

Eerstekeuzeafnametechniek voor gonorrhoe en chlamydia NAAT volgens anatomische locatie.

Anatomische locatie	Afnametechniek
Keel	Wisser afgenomen door de clinicus (enkele malen wrijven over de achterste neuskeelholte en de amandelbogen zonder de mond aan te raken)
Urogenitaal	– Man: eerstestraalsurine (minimaal 1 uur na vorige mictie) OF wisser bij vermoeden van symptomatische gonorrhoe (2-3 cm in de urethra inbrengen, waarna 2-3 keer roteren) – Vrouw: zelfafgenomen* vulvovaginale wisser (5-8 cm in de vagina inbrengen, roteren gedurende 10-20 seconden) OF eerstestraalsurine ¹
Anaal	Zelfafgenomen* wisser (4 cm inbrengen, net voorbij de sfincter ani, gedurende 30 seconden roteren tegen de zijwand van het rectum)

* mag ook door een clinicus gebeuren

¹ voor chlamydia bij vrouwen heeft een vaginaal staal de voorkeur op een urinestaal (hogere NAAT-gevoeligheid)

het RIZIV herbekeken; allereerst voor een gonorrhoe/chlamydia NAAT-combinatietest (volgens de richtlijnen altijd aanbevolen) en voor de uitvoering van een gonorroetest samen met een kweek voor de nationale surveillance van resistentie.

Syfilis

Syfilis komt in de eerste lijn niet vaak voor; de symptomen zijn niet goed gekend. Syfilis kent drie stadia met specifieke symptomen (tabel 4). Het eerste stadium wordt gekenmerkt door een ulcus of zweer ('sjanker') waarin de bacterie kan worden opgespoord met behulp van een polymerasekettingreactie (PCR). Er wordt steeds bloed afgenomen om op basis van serologische tests een diagnose te stellen. De definitieve

diagnose wordt gesteld op grond van het klinisch beeld samen met de laboratoriumresultaten. Het laboratorium moet daarom beschikken over alle relevante informatie over de ziektegeschiedenis van de patiënt en de klinische diagnose (symptomen, infectiestadium, eerdere infectie, hiv-status, zwangerschap en risicogedrag).

Voor de serologische diagnose van *Treponema pallidum* is het resultaat van een enkele test niet voldoende. Het laboratorium gebruikt een algoritme van treponemale en niet-treponemale serologische tests om een actieve infectie (primair, secundair of tertiair) vast te stellen en het stadium ervan te bepalen. Het eindresultaat (positief, negatief) is dus de uitslag van meerdere tests die zijn uitgevoerd op eenzelfde staal. Elk laboratorium moet duidelijk aangeven welke combinatie van tests het gebruikt.

TABEL 4

Symptomen van syfilis per stadium.

Beschouw elke zweer of anogenitaal ulcus die eruitziet als een sjanker, als syfilis, tot het tegendeel bewezen is.

Primair syfilitisch anogenitaal of oraal ulcus (sjanker):

- regionale lymfadenopathie
- een enkel pijnloos, hard ulcus met schone basis, helder serum en zonder blaarvorming
- atypisch, meervoudig, pijnlijk, diep, niet te onderscheiden van herpes

Symptomatische **secundaire** syfilis:

- niet-jeukende huiduitslag (roseolen, maculopapuleuze syfilis)
- mucocutane laesies - condylomata lata
- koorts, gegeneraliseerde lymfadenopathie, hepatitis, splenomegalie, periostitis, artritis en glomerulonefritis
- meningitis, hersenzenuwverlamming
- auriculaire en oftalmische afwijkingen (zoals uveïtis, retinitis, otitis en papiloedeem)

Symptomatische **tertiaire** syfilis:

- gummateuze syfilis: knobbeltjes/plaques of ulcera (huid, slijmvliezen, visceraal)
- vroege of late neurosyfilis: beroerte, myelitis, meningitis, hersenzenuwverlamming, algemene parese, tabes dorsalis, onverklaard plots visusverlies, onverklaarde plotse doofheid
- cardiovasculaire syfilis: aortaklepinsufficiëntie, stenose van het coronaire ostium, aorta-aneurysma (voornamelijk thoracaal)

De interpretatie van de testresultaten is niet gemakkelijk voor de microbiologen noch voor de arts, ook al omdat de infectie weinig voorkomt in de eerste lijn. Zijn de resultaten moeilijk te interpreteren, dan kan een collega met kennis van syfilis om uitleg worden gevraagd en/of kan de patiënt worden doorverwezen naar een referentiecentrum.

Behandeling

Medicamenteuze strategie

Chlamydia en gonorrhoe

Tabel 5 geeft een overzicht van de eerstekeuzebehandeling van gonorrhoe en chlamydia. Nieuw in de richtlijnen is het behandelingsschema per anatomische locatie (keel, urogenitaal, anaal), de behandeling van lymphogranuloma venereum (LGV) en een behandeling van een gonorrhoe-chlamydia co-infectie.

Doxycycline en azithromycine (hoge dosis van 2 g) kunnen aanleiding geven tot gastro-intestinale bijwerkingen (waaronder braken), maar inname met voedsel kan deze klachten beperken. De patiënt moet hiervan op de hoogte worden gebracht. Doxycycline kan ook een fototoxische reactie veroorzaken.

De WHO meldt de opkomst van gonokokken die resistent zijn aan de eerstekeuzebehandeling (ceftriaxone en azithromycine) (3). In België volgt Sciensano deze resistentie op via het Nationaal soa-referentiecentrum (4). Daarom is het bij de behandeling van gonorrhoe belangrijk om ceftriaxon en azithromycine

tegelijkertijd toe te dienen onder toezicht van de zorgverlener. Bij patiënten met een vermoedelijke of bevestigde gonorrhoe na een reis naar Zuidoost- en Oost-Azië moet men extra waakzaam zijn voor resistentie (zie opvolging na behandeling).

Voor chlamydia gelden volgende aandachtspunten:

- Indien chlamydia op meer dan een anatomische locatie voorkomt, is het aanbevolen om doxycycline te gebruiken in plaats van azithromycine aangezien dit de eerstekeuzebehandeling is voor een infectie op alle anatomische plaatsen.
- De behandeling van chlamydia is dezelfde voor personen met een hiv-besmetting, behalve bij een anale CT-infectie met onbekende LGV-status. In dat geval is de behandelingsduur standaard 21 dagen. Bij een negatieve LGV-status (geen infectie aanwezig) volstaat een behandeling van zeven dagen.

De behandeling voor syfilis, gonorrhoe en chlamydia is dezelfde voor mannen en niet-zwangere vrouwen (inclusief adolescenten). Voor deze drie infecties hoeft men geen rekening te houden met de hiv-status van de patiënt. Voor zwangere vrouwen vereisen de behandeling en de opvolging extra waakzaamheid (zie verder).

Syfilis

Voor syfilis is de eerstekeuzebehandeling benzylpenicilline G (BPG). Bij vroege syfilis (primaire, secundaire en vroege latente syfilis tot een jaar) wordt eenmalig 2,4 miljoen eenheden BPG intramusculair in een keer toegediend. Bij late syfilis (syfilis langer dan een jaar) geeft men 2,4 miljoen eenheden BPG intramusculair per week, en dit gedurende drie opeenvolgende weken

TABEL 5

Behandeling van mannen, niet-zwangere vrouwen en adolescenten.*

	Chlamydia	Gonorrhoe	Co-infectie (chlamydia én gonorrhoe)
Urogenitaal of keel	Doxycycline 100 mg 2 x/dag p.o. (7 dagen) OF Azithromycine 1 g p.o. (1 inname)	Eenmalig: 500 mg ceftriaxon i.m. EN 2 g azithromycine p.o.	Eenmalig: 500 mg ceftriaxon i.m. EN 2 g azithromycine p.o.
Anaal (non-LGV) ¹	Doxycycline 100 mg 2x/dag p.o. (7 dagen)	Eenmalig: 500 mg ceftriaxon i.m. EN 2 g azithromycine p.o.	Eenmalig: 500 mg ceftriaxon i.m. EN Doxycycline 100 mg 2 x/dag p.o. (7 dagen)
LGV ¹	Doxycycline 100 mg 2x/dag p.o. (21 dagen)		Eenmalig: 500 mg ceftriaxon i.m. EN Doxycycline 100 mg 2 x/dag p.o. (21 dagen)

* ongeacht de hiv-status van de patiënt

¹ bij een patiënt met hiv en ongekende LGV-status: dezelfde behandeling als een LGV-infectie

i.m.: intramusculair; LGV: lymphogranuloma venerum; p.o.: per os

(op dag 1, op dag 8 en op dag 15). BPG wordt afgeleverd in 1,2 miljoen eenheden. Er moeten dus twee injecties worden gegeven op hetzelfde moment, één in elke bil. Deze injecties zijn pijnlijk voor de patiënt. De pijn kan worden verlicht door eenzelfde deel oplosmiddel (zonder lidocaïne) te vervangen door 1% lidocaïneoplossing (bijvoorbeeld 1 ml lidocaïne en 4 ml oplosmiddel in plaats van 5 ml). De patiënt krijgt het advies om na de injectie 30 minuten te bewegen zodat het geneesmiddel goed in de spier wordt opgenomen. De behandeling wordt het best zo snel mogelijk opgestart, liefst nog dezelfde dag. Is BPG lokaal niet in voorraad, dan wordt een beroep gedaan op een instelling gespecialiseerd in de behandeling van soi's om de behandeling op te starten. De terugbetaling is beperkt tot jaarlijks maximaal zesmaal 1,2 miljoen BPG-eenheden.

De tweedekeuzebehandeling van syfilis is doxycycline 100 mg oraal tweemaal per dag. Ook hier hangt de duur van de behandeling af van het stadium. Voor vroege syfilis is dat 14 dagen, voor late syfilis is dat 28 dagen.

Niet-medicamenteuze strategie

De behandeling van soi's bestaat niet alleen uit een medicamenteuze strategie. Om de verdere verspreiding te voorkomen, is counseling belangrijk. De patiënt en zijn partners krijgen het advies om zich te

onthouden van alle seksueel contact (oraal, genitaal, anaal) gedurende zeven dagen vanaf de dag na de opstart van de behandeling en die van de partner tot het verdwijnen van de symptomen. Wil de patiënt toch seksueel actief zijn, wordt aangedrongen om een condoom te gebruiken. Bij vrouwen kan doxycycline de werking van de anticonceptiepil verminderen. Het is daarom aanbevolen om bijkomend een condoom te gebruiken om zwangerschap te voorkomen. Een ongecompliceerde genitale CT-infectie is geen indicatie voor het verwijderen van een (hormoon)spiraal.

Iedereen die gediagnosticeerd is met een soi, moet worden getest op andere soi's, waaronder chlamydia, gonorrhoe, syfilis en hiv. Ook de vaccinatiestatus van hepatitis B wordt nagegaan en bij bepaalde groepen wordt tevens getest op hepatitis A en C (tabel 6).

Patiënten (en hun sekspartners) krijgen informatie over hun infectie, waaronder details over de overdracht, de preventie en de complicaties. Deze mondelinge informatie wordt aangevuld met schriftelijk materiaal of videomateriaal, zoals links naar wetenschappelijke websites of naar relevante organisaties, flyers of folders. Zowel de online tool als de richtlijnen zelf bevatten links met meer info voor zorgverleners en patiënten.

Het is belangrijk dat de sekspartner(s) van de patiënt op de hoogte worden gebracht van een soi-diagnose (partnertificatie) en dat ze worden

TABEL 6

Overzicht van de soi-tests per groep.

	Chlamydia/ gonorrhoe	Syfilis	Hiv	Hepatitis A	Hepatitis B	Hepatitis C
Stalen	Vagina/urine en/of keel en/of anus	Bloed en/of ulcus	Bloed	Bloed	Bloed	Bloed
Adolescenten	●	●	●		●	●
Heteroseksuelen/VSV	●	●	●		●	
Zwangere vrouwen	●	●	●		●	
Migranten, mobiele populatie of reizigers	●	●	●	●	●	●
MSM	●	●	●		●	●
Seks voor geld	●	●	●		●	●
Druggebruikers	●	●	●		●	

● Test uit te voeren in alle risicosituaties; ● Test alleen uit te voeren als de patiënt niet immuun is; ● Bijkomende tests bij specifieke factoren: hoogrisicopartners, afkomstig uit Sub-Saharaans Afrika of uit endemische regio's, personen die pre-exposure profylaxe (PrEP) nemen of personen met hiv, traumatische seksuele contacten.

VSV: vrouwen die seks hebben met vrouwen; MSM: mannen die seks hebben met mannen.

getest en behandeld. Daarom wordt geadviseerd om de laatste vijf sekspartners te identificeren of, als ze te talrijk zijn, die van de laatste maand. De online tool geeft de verschillende mogelijkheden voor partnernotificatie.

Ook tijdens latere consultaties of bij een negatief resultaat kan het zinvol zijn om de seksuele gezondheid ter sprake te brengen, nl. seksueel gedrag, soi's, sekspartner(s), testmomenten, al dan niet met hulp van de online tool.

Opvolging na de behandeling

Chlamydia

Bij een ongecompliceerde urogenitale of keel CT-infectie is er geen routinematige controletest nodig. De controletest is wel aanbevolen bij patiënten met een anale CT- of LGV-infectie, bij patiënten die een behandeling volgen die afwijkt van de richtlijn en bij slechte therapietrouw (of braken na inname van de medicatie) of persisterende klachten. De controletest, via een NAAT, wordt bij voorkeur afgenomen minstens vier weken na het beëindigen van de behandeling.

Gonorrhoe

Een controletest is aanbevolen bij vermoeden van therapiefalen (of hevig braken na inname), bij een gonorrhoe-infectie in de keel, een behandeling die afwijkt van de nieuwe richtlijn (bv. monotherapie), bij de behandeling van een co-infectie met chlamydia en na een reis naar Zuidoost- en Oost-Azië.

Bij aanhoudende symptomen wordt drie tot zeven dagen na het beëindigen van de behandeling op alle relevante anatomische locaties een kweek van de

gonokok afgenomen in het kader van antibioticagevoeligheidsbepalingen. Als de gonokok niet kan worden opgekweekt, wordt veertien dagen na beëindiging van de behandeling een NAAT uitgevoerd.

Indien er geen symptomen meer zijn, wordt een NAAT afgenomen vier weken na beëindiging van de behandeling. Is deze NAAT opnieuw positief, dan wordt van alle relevante anatomische locaties een kweek van de gonokok afgenomen voor gevoeligheidsbepalingen, alvorens door te verwijzen naar de tweede lijn voor verdere behandeling.

Syfilis

Syfilis vereist na de behandeling een nauwe opvolging van de kliniek en de serologie (niet-treponemale tests via „rapid plasma reagin” (RPR)). Bij positieve serologie vóór de opstart van de behandeling van vroege syfilis, is het belangrijk om de kliniek en de serologie op drie en zes maanden na behandeling te evalueren. Bij late syfilis gebeurt de evaluatie van de kliniek en de serologie standaard op drie, zes en twaalf maanden. Het is mogelijk dat bij vermoeden van een syfilis-infectie de serologische of PCR-test nog negatief is. Tabel 7 licht toe hoe de opvolging bij voorkeur verloopt.

Doorverwijzing

Bij syfilis, gonorrhoe en chlamydia kan de patiënt zowel vóór als na een behandeling worden doorverwezen. Overleg met een specialist (infectioloog, gynaecoloog, ...) kan ook altijd.

„Pelvic Inflammatory Disease” (PID) is een complicatie die kan optreden bij vrouwen met een CT-infectie. Bij vrouwen in goede algemene toestand met (een vermoeden van) PID wordt de correcte

TABEL 7

Serologische opvolging bij vermoeden van syfilis en negatieve serologie en PCR-test

A. Bij een symptomatische patiënt met een of meerdere ulcera en die voor syfilis wordt behandeld

- Herhaal de serologische tests zes weken na het verschijnen van het ulcus om syfilis uit te sluiten
- Voer twee weken na het verschijnen van het ulcus eventueel serologische tests uit om een definitieve diagnose te stellen (ter bevestiging of uitsluiting)

B. Bij een asymptomatische patiënt die werd blootgesteld aan syfilis na een periode met hoogrisicocontacten

- Herhaal de serologische tests na zes weken (in alle gevallen)
- EN
- (Optioneel) twaalf weken na behandeling volgens de laboratoriumprocedures

antibioticabehandeling zo snel mogelijk (ambulant) opgestart. Voor de behandeling, de opvolging of de verwijzing kan advies worden gevraagd aan de gynaecoloog. BAPCOC geeft de meest recente aanbevelingen voor de ambulante behandeling van PID (10). Het is aangewezen om een zieke patiënte met PID dringend door te verwijzen naar het ziekenhuis voor opname en behandeling.

Bij gonorroe gebeurt de doorverwijzing naar een specialist die werkzaam is in een soi- of hiv-kliniek, en die dus beschikt over een uitgebreide expertise ter zake. De beslissing hiertoe wordt genomen rekening houdend met de patiënt en de ernst van zijn symptomen. Zo zal men zwangere vrouwen sneller verwijzen.

Tabel 8 geeft een overzicht van de criteria voor verwijzing bij syfilis, gonorroe en chlamydia (vóór of na behandeling).

Aanpak van een soi tijdens de zwangerschap

De eerstekeuzebehandeling van gonorroe en chlamydia tijdens de zwangerschap wordt weergegeven in tabel 9. Alle zwangere vrouwen met een CT- en/ of gonorroe-infectie krijgen minimaal vier weken na de behandeling een controletest. Een positieve chlamydia- en/of gonorroe-test wordt genoteerd in het zwangerschapsdossier en later ook in het dossier van de pasgeborene. Dit laat toe eventuele complicaties bij moeder en kind op te volgen.

Bij zwangere vrouwen bij wie een CT- en/of gonorroe-infectie wordt vastgesteld, wordt de gynaecoloog op de hoogte gebracht in het kader van de verdere opvolging. In geval van klachten die een ongunstige invloed hebben op de zwangerschap wordt de zwangere vrouw dringend doorverwezen. Het is belangrijk

TABEL 8

Criteria voor doorverwijzing naar de tweede lijn.

Aandoening	Doorverwijscriteria
Syfilis	<p>Voor de opstart van de behandeling, in geval van:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klinisch beeld van symptomatische late syfilis - neurologische symptomen of vermoeden van neurosyfilis - vermoeden van oculaire syfilis - cardiovasculaire symptomen - complicaties - zwangerschap <p>Na start van de behandeling en op basis van serologische resultaten, in geval van:</p> <ul style="list-style-type: none"> - moeilijke interpretatie van serologische tests, wat de behandelingsduur kan beïnvloeden, - herinfecties, - heroptreden van tekenen of symptomen - als er GEEN viervoudige daling is van de non-treponemale RPR-titer binnen zes maanden vanaf de eerste dag van de behandeling, voor vroege syfilis (primair, secundair en vroeg latent < 1 jaar) - als er GEEN viervoudige daling is van de non-treponemale RPR-titer binnen twaalf maanden vanaf de eerste dag van de behandeling voor late syfilis (> 1 jaar).
Chlamydia	<ul style="list-style-type: none"> - bij aanhoudende klachten na behandeling van een CT-, LGV-infectie - bij complicaties - indien positieve „controletest” na een eerstekeuzebehandeling - bij optreden van artritis („SARA”) - bij fertiliteitsvragen of -problemen - bij vrouwen met (een vermoeden van) PID met een slechte algemene toestand
Gonorroe	<p>Voor de opstart van de behandeling, in geval van:</p> <ul style="list-style-type: none"> - het niet beschikbaar zijn van een eerstelijnsbehandeling of intolerantie aan een eerstelijnsbehandeling in het verleden - gekende of gedocumenteerde cefalosporineallergie - gecompliceerde gonorroe <p>In geval (van vermoeden) van therapiefalen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wanneer de eerstelijnsbehandeling faalt - omdat de patiënt nog steeds symptomen heeft - wanneer de laboratoriumtests na behandeling nog steeds positief zijn - als er resistentie is tegen ceftriaxon en/of azithromycine

CT : Chlamydia trachomatis ; LGV: lymphogranuloma venereum; PID: „pelvic inflammatory disease” ; RPR: „rapid plasma reagin”; SARA: „sexually acquired reactive arthritis”

TABEL 9

Behandeling van zwangere vrouwen.

Infectie	Urogenitaal, anaal, keel
Chlamydia*	Azithromycine 1 g oraal, in een inname
Gonorrhoe	Ceftriaxone 500 mg i.m. in een injectie
Co-infectie (chlamydia én gonorrhoe)	Ceftriaxone 500 mg i.m. in een injectie EN 1 g azithromycine oraal in een enkele dosis

*en tijdens borstvoeding

om een zwangere in het derde trimester opnieuw te testen om postnatale complicaties bij de moeder en infectie bij de pasgeborene te voorkomen.

Wanneer tijdens de zwangerschap syfilis wordt vastgesteld, wordt aanbevolen om de patiënte altijd door te verwijzen naar de tweede lijn (gespecialiseerde setting, infectioloog en gynaecoloog). Een goede afstemming tussen de huisarts, de gynaecoloog en de infectioloog draagt bij tot een goed verloop van de zwangerschap en adequate opvolging van de pasgeborene.

Mededeling

Geen belangenconflict en geen financiële ondersteuning gemeld.

De volledige richtlijnen zijn terug te vinden op de websites van KCE en de nationale Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn: <https://kce.fgov.be/nl/diagnose-en-aanpak-van-gonorrhoe-en-syfilis> en <http://www.ebp-guidelines.be/home>.

Abstract

New recommendations for the management of sexually transmitted infections in primary care

The number of sexually transmitted infections is increasing worldwide, including in Belgium. Correct and timely detection and treatment can prevent further infection and possible complications. Two new guidelines on the treatment of sexually transmitted infections in primary care were published in 2019: the guideline „Diagnosis and management of gonorrhoea and syphilis” by the Belgian Health care Knowledge Centre (KCE) and the „Guidelines for the diagnosis, treatment, follow-up, and referral of infections with Chlamydia

trachomatis (CT) in primary care” developed by the Working Group development of primary care guidelines. Based on these two guidelines and adding HIV, hepatitis A, B, and C evidence, an online interactive tool to assist physicians during a sexual health consultation was created (www.sti.kce.be).

This article summarises the recently published guidelines and highlights key recommendations for the detection, diagnosis, treatment and follow-up of syphilis, chlamydia and gonorrhoea. Besides, it also provides practical advice, criteria for referral and recommendations for pregnancy.

Literatuur

- VANDEN BERGHE W, CRUCITTI T, DE BAETSELIER I. Surveillance van seksueel overdraagbare aandoeningen, 2002-2018. Tussentijds rapport. Brussels: Sciensano, 2019: p. 62 (<https://www.sciensano.be/en/health-topics/sexually-transmitted-disease-std>)
- JESPERS V, STORDEUR S, DESOMER A, et al. Diagnose en aanpak van gonorrhoe en syfilis. KCE-Rapport 310As. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2019. (<https://kce.fgov.be/nl/diagnose-en-aanpak-van-gonorrhoe-en-syfilis>)
- WORLD HEALTH ORGANISATION. WHO Guidelines for the Treatment of Neisseria gonorrhoeae. Geneva: World Health Organization, 2016.
- CORNELISSEN T, GOEMAES R, VAN ROYEN P, et al. Richtlijn voor de diagnose, behandeling, opvolging en verwijzing van infecties met Chlamydia trachomatis (CT) in de eerste lijn. Gevalideerde versie 15 november 2019 (<http://www.ebp-guidelines.be/home> EN)
- JESPERS V, STORDEUR S, DESOMER A, et al. Sexually transmitted infections in primary care consultations: development of an online tool to guide healthcare practitioners. Good Clinical Practice (GCP). KCE Reports 321. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2019.
- VERHOEVEN V, COLLIERS A, VERSTER A, AVONTS D, PEREMANS L, VAN ROYEN P. Collecting data for sexually transmitted infections (STI) surveillance: what do patients prefer in Flanders. BMC Health Services Research 2007; 7: 149.

7. BAKER JR, ARNOLD-REED DE, BRETT T, HINCE DA, O'FERRALL I, BULSARA MK. Perceptions of barriers to discussing and testing for sexually transmitted infections in a convenience sample of general practice patients. *Aust J Prim Health* 2013; 19: 98-101.
8. Agentschap Zorg en Gezondheid. Richtlijn infectieziekten Vlaanderen – gonorroe. 2017. (<https://www.zorg-en-gezondheid.be/richtlijn-gonorroe>)
9. BIGNELL C, UNEMO M. 2012 European guideline on the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults. *Int J STD AIDS* 2013; 24: 85-92.
10. Bapcoc. Richtlijnen voor anti-infectieuze behandeling in ziekenhuizen. Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCOC), 2017. (https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/bapcoc_guideline-shospi_2017_sbimc-bvikm_nl_v1.pdf)