

Syfilis in de zwangerschap en congenitale syfilis

Lars Petersen¹

Ontstaanswijze

Syfilis tijdens de zwangerschap is vooral risicovol voor de vrucht. Voor de zwangere vrouw zelf verloopt de ziekte niet ernstiger dan bij niet zwangere vrouwen (1). Verticale transmissie verloopt transplacentair, of durante partu als er actieve laesies aanwezig zijn bij de moeder (2,3,4). Zwangere vrouwen kunnen vanaf het begin van de infectie (en niet pas na enkele weken zoals vroeger werd gedacht) besmettelijk zijn voor de foetus. Deze besmettelijkheid kan jarenlang aanhouden omdat het om een transplacentaire besmetting gaat en de treponemen, ook in de late fase, aanwezig blijven in het lichaam. Wel is het zo dat de verticale transmissiekans geleidelijk aan afneemt en na ongeveer acht jaar vrijwel niet meer aanwezig is (1,2,3). Zo kan dus congenitale syfilis ontstaan, die kan leiden tot abortus of intra-uteriene vruchtdood, of tot ernstige en soms letale congenitale afwijkingen. Borstvoeding is niet besmettelijk, tenzij er actieve syfilitische laesies aan de borst zijn (1).

Congenitale syphilis

Congenitale syfilis wordt onderverdeeld in:

- vroege congenitale syfilis (syphilis congenita praecox) bij een leeftijd onder de twee jaar, met persisterende rhinitis, hepatomegalie, glomerulonefritis, lymfadenopathie, gegeneraliseerd maculopapuleus erytheem, ook op handen en voeten, skeletafwijkingen en soms een acute meningitis (1,2,4);
- late congenitale syfilis (syphilis congenita tarda) bij een leeftijd boven de twee jaar, met interstitiële keratitis, Hutchinson tanden, zadelneus en andere skeletafwijkingen, doofheid en soms neurosyfilis (1,4).

Na behandeling kunnen zwangere vrouwen vaker een Jarisch-Herxheimer reactie (vrijkomen van *T. pallidum* endotoxine-achtige lipoproteïnen met verergering van de laesies, koorts en malaise als gevolg) ontwikkelen, resulterend in vroeggeboorte van de vrucht en foetale nood (2,4,5).

Diagnostiek

De diagnostiek bij zwangerschap verschilt niet van de diagnostiek bij niet zwangere vrouwen. Screening van alle zwangere vrouwen gebeurt nog steeds in Nederland door middel van de TPHA en eventueel FTA-abs in het eerste trimester (6), of bij het eer-

ste bezoek aan de verloskundige. Volgens het CBO en andere auteurs is dit nog steeds kosteneffectief, zeker wegens de recente toename van het aantal syfilisgevallen en moet dus voortgezet worden (1,6). Sommige auteurs pleiten er ook voor om in hoogrisicopopulaties de screening te herhalen bij het begin van het derde trimester en rond de bevalling (5,8).

Bij congenitale syfilis kunnen, naast positieve serologie bij de moeder, intra-uteriene infecties aangetoond worden door het aantonen van IgM in de foetale circulatie. Deze passeren namelijk de placenta niet. Ook kan echo-onderzoek foetale afwijkingen passend bij syfilis aan het licht brengen.

Alle pasgeborenen van een moeder met positieve lues-serologie - al of niet behandeld - moeten onderzocht worden op syfilis.

Bij de pasgeborene is het klinisch beeld samen met een positieve serologie bij de moeder meer informatief dan de vaak vals-negatieve serologie bij het kind. Navelstrengbloed is vaak vals-positief (1,2,). Soms kunnen treponemen uit oppervlakkige laesies aangetoond worden door donkerveldmicroscopie (4).

Het RIVM gebruikt de 19S-IgM-FTA-abs assay en de IgM-Treponema-pallidum-immunoblot voor diagnostiek op congenitale lues (7). Dit is zo nodig te herhalen na vier, acht en twaalf weken.

Behandeling

De behandeling van lues tijdens de zwangerschap is vooral bij primaire syfilis anders dan bij niet zwangere vrouwen. Bij de overige vormen van lues gelden dezelfde richtlijnen als bij niet zwangere vrouwen. Voor vroege syfilis bij zwangere vrouwen is de huidige richtlijn behandeling met benzathine benzylpenicilline 2,4 miljoen IE op dag 1,8,15, omdat een slechts eenmalige behandeling mogelijk een slechtere uitkomst zou hebben voor de neonat. Dit advies is vooral op een studie gebaseerd (1,7). Bij zwangere vrouwen met een penicillineallergie kan desensibilisatie overwogen worden, gevolgd door een behandeling met benzathine benzylpenicilline volgens de richtlijn (2,4,8).

Bij elke zwangere vrouw met syfilis, behandeld of onbehandeld, moet de neonat op congenitale syfilis onderzocht worden (1,2,8). De behandeling van congenitale syfilis is gelijk aan die voor neurosyfilis: waterige benzylpenicilline G 100-150.000 IE/kg/dag i.v. verdeeld over 6 doseringen per dag gedurende 10-14 dagen (4, 8). Bij late congenitale syfilis wordt de dose-

¹ Huisarts en SOA-consulent Stichting SOAAIDS Nederland, Gezondheidscentrum Vaillantplein, Den Haag, e-mail: lars.petersen@wanadoo.nl

ring verdubbeld.

Als de moeder seropositief is, moet het eenmalig benzathine penicilline G 50.000 IE/kg i.m. toegediend worden ook al is er behandeld tijdens de zwangerschap en vertoont het kind geen teken van klinische of serologische lues (8).

Follow-up: driemaandelijke serologie. Dit geldt zowel voor neurolues als voor de volwassene (8).

Internetadressen

-www.sextransinf.com
-www.agum.org.uk
-www.cdc.gov
-www.who.int
-www.soa.nl
-www.iusti.org
-www.soahiv.nl

Literatuur

1. Genç M, Ledger WJ. Syphilis in pregnancy (review). *Sex Transm Infect* 2000; 76 (2): 73-9.
2. Holmes KK, Mardh PA, Sparling Pf, et al. Eds. *Sexually transmitted diseases*. 3rd edition. New York: McGraw-Hill, 1999.
3. Chin NJ, Asher MS. *Control of communicable diseases manual*. American Public Health Association 2000: 340-5.
4. Singh AE, Romanowski B. Syphilis: Review with emphasis on clinical, epidemiological, and some biological features. *Clin. Microbiol Rev*, 1999; 12 (2): 187-209.
5. Voorst Vader PC van. Syphilis management and treatment. *Dermatol Clin*. 1998; 16(4): 699-711.
6. Bont J, Cairo I, Van Doornum GJJ, Coutinho RA, Bleker OP. Het nuttig effect van serologisch screening op syfilis in de zwangerschap in de regio Amsterdam, 1991-1995. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999; 143(46): 2312-5.
7. Fennema JSA, Wolters EC, Voorst Vader PC van. Syphilis. *Soa bulletin*, 1999; 20: 84-7.
8. Workowski KA, Levine WC. *Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2002*. *MMWR* 2002; 52 (RR-6): 18-30.