

**VLAAMS
INFECTIEZIEKTEBULLETIN**

ARTIKELN

Syfilis terug van weggeweest	Lars Petersen	p. 3 - 7
Syfilis in de zwangerschap en congenitale syfilis	Lars Petersen	p. 8 - 9
Syfilis terug van weggeweest, ook in Vlaanderen	Ruud Mak	p. 9 -15
Prenatale testen voor syfilis: zinvol in België?	Ruud Mak, Stefaan Vandecasteele	p. 15 - 16

Hoofdredacteur

Koen De Schrijver (GI)

Redactie

Annemie Forier (GI)
Ludo Mahieu (UA)
Ruud Mak (GI)
Emmanuel Robesyn (GI)
Geert Top (GI)
Viviane Van Casteren (WIV)
Pierre Van Damme (UA)

Grafiek

Dany Smet (GI)

Redactiesecretariaat

Riek Idema (GI)

Gezondheidsinspectie Antwerpen
Copernicuslaan 1, bus 5
2018 Antwerpen
Tel.: +32-3-224 62 04
Fax: +32-3-224 62 01
e-mail: epidemiologischbulletin@vlaanderen.be
url: <http://www.wvc.vlaanderen.be/epibul>

Verantwoordelijk uitgever

Dirk Dewolf (MVG)

Het Vlaams Infectieziektebulletin is een uitgave van het ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. Artikelen kunnen variëren van outbreakverhalen en guidelines, algemene aan infectieziekten verwante onderwerpen tot surveillance-overzichten. Het redactiecomité bestaat uit leden van de Gezondheidsinspectie, leden van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid en academici.

Dit bulletin is eveneens beschikbaar op internet (<http://www.wvc.vlaanderen.be/epibul>).

De verantwoordelijkheid voor de artikelen berust bij de auteurs. Overname van artikelen is mogelijk na contactopname met de redactie, mits bronvermelding en na toestemming van de auteur.

Voor het indienen van artikelen vindt u "richtlijnen voor auteurs" op de website van dit bulletin.

Outbreaksurveillancerapportage op Europees niveau gebeurt via het tijdschrift Eurosurveillance; zie internetadres: www.eurosurveillance.org

Syfilis: terug van weggeweest?*

Lars Petersen¹

Samenvatting

Syfilis is een zeer veelzijdige ziekte die vele facetten van de moderne geneeskunde bestrijkt. Na een forse daling van het aantal gevallen in de loop van de vorige eeuw, wordt, sinds halverwege de jaren '90, zowel nationaal als internationaal weer een sterk stijgende incidentie waargenomen. Hierdoor is er steeds meer aandacht voor deze ziekte, met veel nieuwe publicaties en richtlijnen. In dit achtergrondartikel worden de ontstaanstheorieën, de epidemiologie, het ziektebeeld en bestaande en mogelijke preventieve maatregelen beschreven. Voor een effectieve bestrijding van syfilis is condoomgebruik en partnerwaarschuwing van groot belang en wellicht is herinvoering van de meldingsplicht wenselijk.

"He who knows syphilis, knows medicine"

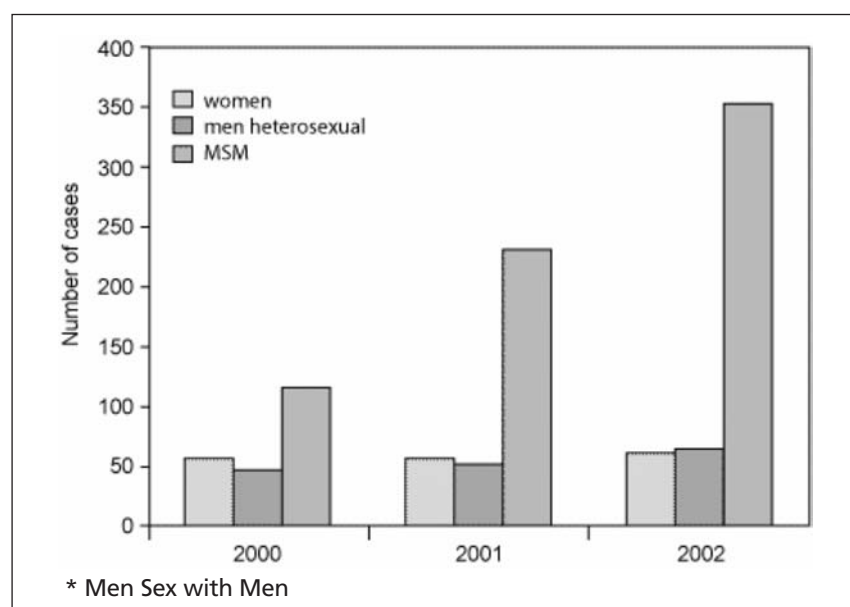
Sir William Osler

Inleiding

Syfilis is een fascinerende ziekte met een zeer wisselend verloop. De symptomen kunnen zeer veelzijdig zijn en de gevolgen, mits onbehandeld, vaak invaliderend of zelfs letaal. De ziekte wordt soms 'the great imitator' genoemd, omdat veel van de karakteristieken overeenkomen met andere ziektebeelden. Syfilis komt wereldwijd voor en ondanks de hoop in vooral de VS om de ziekte te kunnen eradiceren, neemt de incidentie in de (Westerse) wereld de laatste jaren weer toe (2,3,4,5,6,7,8,9,10). Zowel in Nederland als in andere delen van de wereld komen nog regelmatig outbreaks voor (2,8,9,11). Onlangs werd uitgebreid

aandacht besteed aan de casuïstiek rondom syfilis (12). Het lijkt opportuun om opnieuw stil te staan bij de geschiedenis, de achtergronden, de epidemiologie en de preventie van dit opnieuw opkomende, oude ziektebeeld. Voor de ingewikkelde diagnostiek en de therapie wordt verwezen naar het in mei 2004 verschenen LCI-protocol (zie www.infectieziekten.info) en een in december 2004 verschenen NHG-standaard SOA.

Figuur 1 Syfilis in Nederland (Bron: SOA-registratie en GG&GD Amsterdam; Infectieziekten Bulletin 2003)



* Overname van artikel: gepubliceerd in Infectieziekten Bulletin, Nederland, 2005; 3: 96-100.

¹ L. Petersen, huisarts en soa consulent Stichting SOA/AIDS Nederland, Gezondheidscentrum Vaillantplein, Den Haag, e-mail: lars.petersen@wanadoo.nl

Ontstaanstheorieën

Er zijn veel ontstaanstheorieën over syfilis. De meest gangbare is dat de ziekte in 1493 werd meegenomen uit de "Nieuwe wereld" door de manschappen van Columbus, toen deze terugkeerden uit Amerika (1,13,14,15). Door de vele oorlogen en verplaatsingen van legers en vluchtelingen in Europa kon de ziekte zich snel verspreiden en endemische vormen aannemen. Andere ontstaanstheorieën beweren juist dat syfilis ontstond in Centraal Afrika en langzaam Europa bereikte, of dat syfilis niets anders is dan een variant op de non-venerische trepanomatosen (1,13,15). Eerst werd het de 'great pox' genoemd, in tegenstelling tot 'smallpox'. De huidige benaming stamt uit het gedicht van Fracastoro uit 1530, over de besmette herder Syphilis (1,13). Lang werd gedacht dat syfilis en gonorrhoe dezelfde ziekte was. Pas in 1838 toonde Ricord aan dat het om twee verschillende ziekten ging. Ricord maakte tevens de indeling in primaire, secundaire en tertiaire syfilis. Boerhaave beschreef syfilis als mogelijke oorzaak van cardiovasculaire symptomen en Fournier beschreef voor het eerst neurosyfilis. In 1905 konden Schaudinn en Hoffman de spirocheet *Treponema pallidum* aantonen als veroorzaker van syfilis. Von Wasserman legde in 1906 de basis voor de serologische testen. Nadat behandeling eerst bestond uit soms levensgevaarlijke stoffen als kwik, arsenicum (een effectieve, maar dodelijke behandeling) en bismut, kwam in 1943 de grote doorbraak met de introductie van penicilline (1,13,14). De kennis over de symptomatologie en het natuurlijke verloop van de ziekte is afkomstig uit drie belangrijke studies. Ten eerste is er de 'Oslo-studie' uit Noorwegen uit 1978 waarin onbehandelde patiënten tussen 1890 en 1910 gevolgd werden, met een follow-up van 50 jaar. Ten tweede is er de 'Tuskegee-studie' uit Alabama (VS) die 412 mannen onderzocht in 1932. Dit onderzoek werd later fel bekritiseerd omdat het uitsluitend zwarte mannen betrof en er zonder 'informed consent' gewerkt werd, maar vooral omdat penicilline, dat inmiddels gemeengoed was geworden, bewust niet aan de studiepopu-

Figuur 2 Primaire syfilis: pijnloze ulcera -
Bron: www.ftoonline.nl (Stichting Soa aids)



latie werd gegeven. Tenslotte is er de 'Roahn-studie' door de Yale University (VS) waarin de resultaten zijn beschreven van een retrospectief onderzoek naar circa 4000 obducties tussen 1917 en 1941 (1,13).

Epidemiologie

Syfilis komt wereldwijd voor. De WHO schat het aantal nieuwe gevallen wereldwijd per jaar op 12 miljoen (16). Vooral in ontwikkelingslanden is syfilis nog altijd een van de belangrijkste oorzaken van genitale ulcera (13). De meeste gevallen komen voor in Sub-Sahara Afrika, waar bij zwangere vrouwen incidenties tussen 4% en 15 % worden beschreven (1). In Oost-Europa, vooral in Rusland, is er de laatste jaren een explosieve stijging geweest. Tussen 1988 en 1997 steeg de incidentie van 4,2 per 100.000 inwoners tot 277 per 100.000 inwoners (1,3,13). In Nederland zijn er dezelfde trends als in de rest van West-Europa. Tot midden jaren '90 was er een geleidelijke daling van het aantal nieuwe syfilisgevallen, maar sinds 1997-1998 is er een forse stijging van het aantal syfilisgevallen bij zowel de drempelvrije SOA-polikliniek als bij de GGD'en (5,6,14). In 2001 werden bij de drempelvrije poliklinieken in totaal 274 gevallen van infectieuze syfilis gezien wat een stijging is van 471% sinds 1994. De meerderheid van deze gevallen zijn mannen met homoseksuele contacten (6,14). Volgens de jaarlijkse RIVM-rapporten en de verslagen van de SOA-poliklinieken zet deze trend zich tot op heden voort.

Klinisch beeld

Klinische syfilis wordt als volgt ingedeeld:

- Primaire syfilis (lues I): symptomatisch, primaire laesie.
- Secundaire syfilis (lues II): symptomatisch, generaliseerd.
- Latente syfilis: asymptomatische latentieperiode tussen secundaire en tertiaire syfilis.
- Tertiaire syfilis: symptomatisch, omvat orgaansyfilis, neurosyfilis en cardiovasculaire syfilis.

Primaire syfilis

De klassieke laesie van primaire syfilis is een solitair, pijnloos, schoon ulcus op de plaats van inoculatie, meestal de genitalia, maar soms ook anorectaal of in de mond. Ook op de vingers en andere plaatsen op de huid kunnen laesies voorkomen, afhankelijk van de primaire introductie van spirocheten. De laesies bevatten spirocheten en zijn besmettelijk. Ook zonder behandeling verdwijnt het ulcus na 3 tot 6 weken (13).

Secundaire syfilis

Dit is een resultaat van hematogene verspreiding van treponemen (de verwekker van syfilis) (13). Meest prominent is een maculopapuleus (kleine, fijne papels), niet jeukend exantheem op de romp en extremiteiten, handpalmen en voetzolen. Soms verschijnen ook parelgrijze, verheven vlezige laesies aan de anus of genitaliën: de zogenaamde condylomata lata. Deze bevatten zeer veel spirocheten en zijn uitermate besmettelijk. Ook de slijmvliezen kunnen laesies vertonen. Berucht is ook de zogenaamde 'moth-eaten'-alopecia (kaalheid) van de hoofdhuid (1). Alle laesies bevatten spirocheten en zijn dus infectieus. Vaak komen ook algemene symptomen voor als malaise, koorts, spieren gewrichtspijnen en lymfadenopathie (lymfeklierzwellings) (1,13). Zeldzaam is syfilitische hepatitis met icterus, nierafwijkingen, syfilis van de maag, ogen en het vestibulaire apparaat (1). Nog zeldzamer is lues maligna, een soort gedissemineerde laesies lijkend op de primaire sjanker (zweer) (1,13).

Latente syfilis

Na de infectieuze periode met lues I en II volgt een periode van latentie zonder klinische verschijnselen.

Tertiaire syfilis

Twee tot vier jaar na besmetting kan 'vroeg' tertiaire orgaansyfilis ontstaan met als kenmerk tuberculoïde, nodeuze of ulcererende (zwerende) afwijkingen van de huid, de slijmvliezen, de botten en in vrijwel elk inwendig orgaan, de zogenaamde gummata. Het zijn chronisch proliferatieve ontstekingsprocessen. De symptomen variëren afhankelijk van de getroffen organen.

Neurosyfilis kan zich op verschillende manieren uiten. Asymptomatische neurosyfilis met een verandering in het liquor ontstaat 12 tot 18 maanden na infectie (1,13). Deze vorm kan spontaan verdwijnen, persistenten of veranderen in symptomatische neurosyfilis (13). Acute aseptische meningitis treedt op binnen 1 jaar na besmetting (dus vlak na secundaire syfilis). Verschijnselen zijn hoofdpijn, nekstijfheid, misselijkheid, maar geen koorts. Vaak zijn de hersenzenuwen aangetast met klachten aan het gehoor of aan het evenwichtsorgaan. Soms zijn er symptomen van verhoogde hersendruk (1,13).

Meningovasculaire syfilis ontstaat binnen 5 jaar na de primaire infectie. Er zijn wisselende neurologische symptomen, waaronder nekstijfheid, verminderd bewustzijn, hemiparese (verlamming/eenzijdige verlamming) en toevallen. Het ziektebeeld ontstaat door vasculaire veranderingen, waaronder endarteriitis met infarcering in de cerebrale circulatie (1,13).

Parenchymateuze syfilis ontstaat na 5 tot 25 jaar, met tabes dorsalis: pupillomotore symptomen met de typische Argyll-Robertson-pupil (klein, irregulier en lichtstijf, maar wel met accommodatie, vaak bilateraal) en achterhoornsymptomen als ataxie, heftige pijnscheuten in de benen en gestoorde positie- en vibratiezin en trofische afwijkingen aan gewrichten (Charcotgewrichten) (1,13).

Paresis treedt op met een progressief dementerend beloop en vaak ook met symptomen van psychose, waardoor het een psychiatrisch ziektebeeld lijkt (1). Ook komen pupilveranderingen voor, onder andere de Argyll-Robertson-pupil en toevallen en slaapstoornissen (13). Cerebrale gummata met symptomen afhankelijk van de lokalisatie.

Cardiovasculaire syfilis is een zeer late vorm van tertiaire syfilis, symptomen ontstaan 20 tot 30 jaar na de besmetting. Het belangrijkste verschijnsel is een aneurysma van het ascenderende deel van de aorta door endarteriitis obliterans van de vasa vasorum (binnenlaag van de aorta) en destructie van de aortaklep (1,13).

Tabel 2 Overzicht luesdiagnostiek

Type syfilis	Diagnostiek
Primaire syfilis:	Donkerveldmicroscopie (Syfilis PCR) (Fluorescerende antilichaamtest)
Screening overige vormen van syfilis:	TPHA/TPPA (antistoffen tegen Treponema) Bevestigen met FTA-abs
Vervolgen therapie:	VDRL-titer
Neurolues:	Onderzoek op liquor
Syfilis in zwangerschap:	TPHA/FTA-abs Evt. foetale IgM Evt. echo op foetale afwijkingen
Congenitale syfilis:	Serologie moeder Donkerveldmicroscopie IgM-immunoblot
Overige (orgaanlues):	Biopsie thorax

Diagnostiek en therapie

Zoals eerder in dit artikel vermeld, wordt voor de diagnostiek en de behandeling verwezen naar het LCI-

protocol (17). Hier volstaat een kort, schematisch overzicht van luesdiagnostiek (tabel 1). Daarnaast is in een tabel een overzicht van de behandeling opgenomen (tabel 2).

Tabel 2 Overzicht behandeling

Type syfilis	Soort behandeling	Follow-up
Vroege syfilis (lues I & II, lues latens recens)	Benzathine benzylpenicilline 2,4 miljoen IE i.m. op dag 1 Zwangere vrouwen: idem op dag 1, 8 en 15	VDRL 1e jaar driemaandelijks tweede jaar zesmaandelijks HIV-positieven: idem + Screening neurolues na 2 jaar
Lues latens tarda of lues latens van onbekende duur	Benzathine benzylpenicilline 2,4 miljoen IE i.m. op dag 1, 8 en 15	VDRL 1e jaar driemaandelijks tweede jaar zesmaandelijks Screening op orgaanlues (RX-thorax) en neurolues (neurologisch onderzoek en eventueel liquoronderzoek) voor start behandeling of een jaar erna
Orgaanlues	Benzathine benzylpenicilline 2,4 miljoen IE i.m. op dag 1, 8 en 15	VDRL jarenlang vervolgen
Neurolues	Waterige benzylpenicilline G 150.000 IE/kg/dag i.v., 6 doseringen per dag, 10-14 dagen	Liquoronderzoek na drie maanden, daarna zesmaandelijks tot normaal. VDRL jarenlang vervolgen
Congenitale syfilis	Waterige benzylpenicilline G 150.000 IE/kg/dag i.v., 6 doseringen per dag, 10-14 dagen	VDRL driemaandelijks gedurende twee jaar

Preventieve maatregelen

De behandeling van een patiënt met syfilis is pas compleet als er ook contactonderzoek en partnerwaarschuwing plaatsvindt (1,13,18). Dit is relevant voor het (verder) tegengaan van de verspreiding van de infectie. In een groot Amerikaans onderzoek is het nut van partnerwaarschuwing onlangs nog overtuigend aangetoond. In dit onderzoek (12.927 patiënten met vroege syfilis) noemde 55% van alle patiënten tenminste een sekspartner. Van deze sekspartners werd 78% onderzocht op syfilis en bleek 41% geïnfecteerd (4). Geïnfecteerde partners moeten uiteraard volgens het LCI-protocol behandeld worden. Over het algemeen kan men, gezien de incubatietijd, het volgende stellen: bij primaire syfilis (lues I) is het zinvol de partners van de afgelopen 3 maanden te waarschuwen, bij secundaire syfilis (lues II) is het zinvol de partners van de afgelopen 6 maanden te waarschuwen, bij lues latens recens is het zinvol de partners van de afgelopen 12 maanden te waarschuwen, bij lues latens tarda en tertiaire lues is het zinvol om in een langdurige relatie de partner en eventuele kinderen te waarschuwen en bij een bewezen geval van syfilis is het in ieder geval zinvol alle partners met een positieve testuitslag ook te behandelen (1,4).

Bij seksueel contact is condoomgebruik (ook bij orale seks) zeer effectief. Net als bij andere soa geldt voor syfilis dat vroeg opsporen en behandelen (indien mogelijk), gekoppeld aan goede voorlichting over veilig vrijen, vooral voor specifieke doelgroepen, de meest gewenste strategie is. Tot slot wordt aanbevolen alle patiënten met syfilis ook te testen op andere soa, vooral op HIV (1,9,13,14,20). Profylaxe geven aan sekspartners heeft weinig zin, testen en behandelen is beter. Een uitzondering hierop is om bepaalde 'core'-groepen (bijvoorbeeld prostituees) tijdens uitbraken mogelijk blind te behandelen (31). Sinds de invoering van de nieuwe Infectieziektenwet op 1 april 1999, is syfilis niet meer meldingsplichtig in Nederland uit privacy-overwegingen. Wellicht is een deel van de stijgende incidentie de prijs die we moeten betalen voor onze behoefte aan privacy. Ter vergelijking: in Rusland is de incidentie met duizenden procenten gestegen sinds het uiteenvallen van de Sovjetunie en het niet meer verplicht behandelen van patiënt en partner. Uit epidemiologische - en volksgezondheidsoverwegingen zou een terugkeer van syfilis op de lijst van meldingsplichtige ziekten zeer wenselijk zijn.

Conclusie

Concluderend kan ik stellen dat syfilis een bijzonder boeiend ziektebeeld is, met een rijke geschiedenis. Het ziektebeeld van syfilis komt met veel andere ziektebeelden overeen en syfilis bestrijkt daarom grote delen van de geneeskunde, zoals Sir William Osler zegt (zie kader). Door de complexe klinische beelden en de ingewikkelde diagnostiek deïnen veel artsen terug voor de ziekte, terwijl syfilis zeer goed en gemakkelijk te behandelen is. Door het dramatische verloop van onbe-

handelde syfilis is vroeg opsporen en behandelen essentieel. Omdat de ziekte terug is van weggeweest, is het goed om weer aandacht aan syfilis te besteden. Hierdoor kunnen zowel beleidsmakers als artsen weer vertrouwd raken met het ziektebeeld. Preventie is goed mogelijk en absoluut nodig om de nu opkomende epidemie te stoppen. Wellicht zou herinvoering van de meldingsplicht hierin ook een rol kunnen spelen.

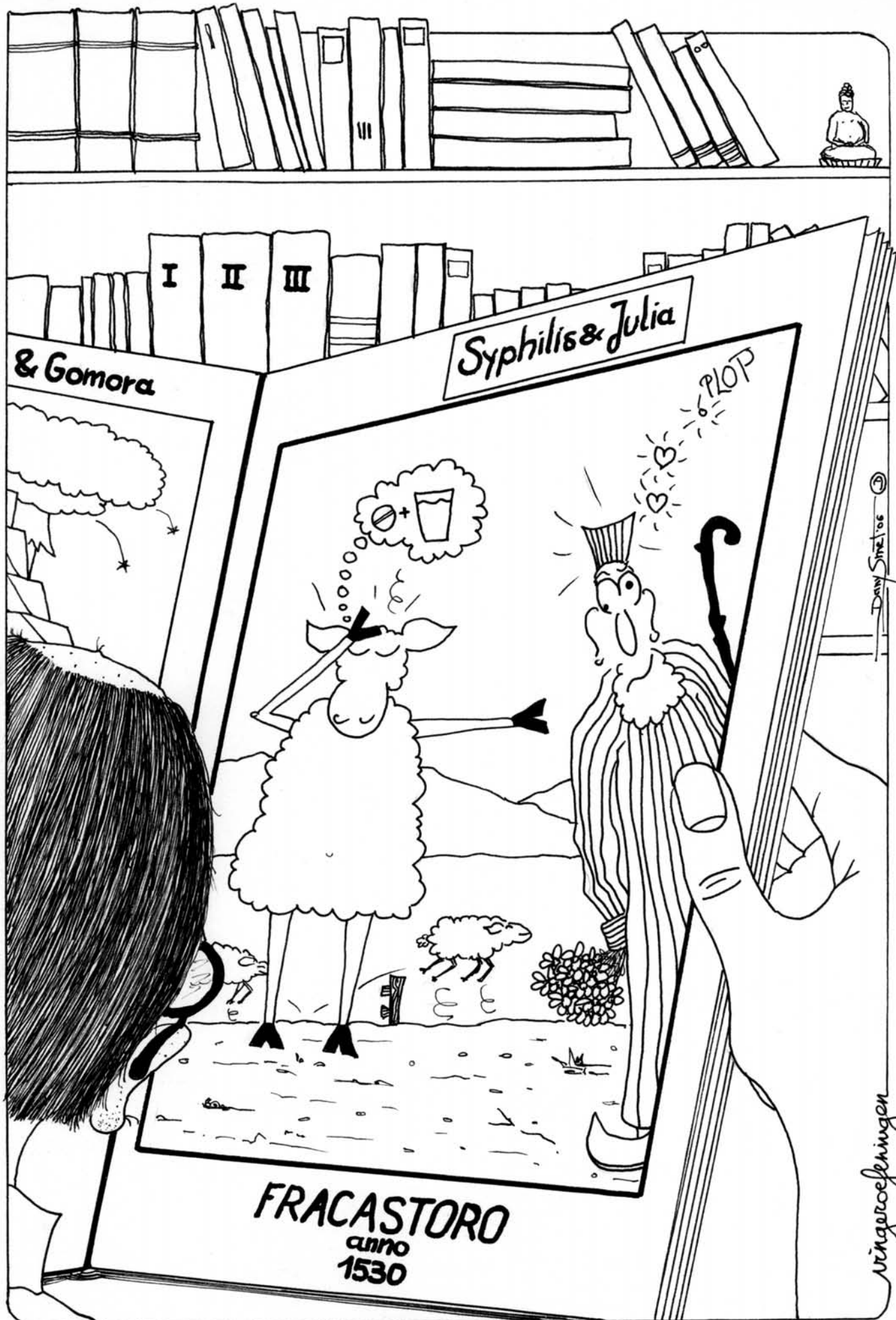
Literatuur

1. Singh AE, Romanowski B. Syphilis: Review with emphasis on clinical, epidemiological, and some biological features. *Clin Microbiol Rev.* 1999; 12(2): 187-209.
2. Finelli L, Levine WC, Valentine J, St Louis ME. Syphilis outbreak assessment. *Sex Transm Dis* 2001; 28(3): 131-5.
3. Fennema J, Wolters EC, Van Voorst Vader PC van. Syfilis SOA bulletin 1999; 20 (jubileumnummer): 84- 7.
4. Kohl KS, Farley TA, Ewell J, Scioneaux J. Usefulness of partner notification for Syphilis control. *Sex Transm Dis.* 1999; 26 (4): 201- 7.
5. Van de Laar MJJ, Haks K, Coenen AJJ. Weer sterke toename van seksueel overdraagbare aandoeningen in 2001, SOA bulletin 2002; 3: 14 -6.
6. Cairo I. Consulten en diagnoses van dermatologische SOA-poliklinieken 1991-2001. SOA bulletin 2002; 3: 18-22.
7. Nicoll A, Hamers FF. Are trends in HIV, gonorrhoea and syphilis worsening in western Europe? *BMJ* 2002; 324: 1324-7.
8. Fenton KA, Nicoll A, Kinghorn G. Resurgence of syphilis in England: time for more radical and nationally coordinated approaches. *Sex Transm Infect.* 2001 Oct; 77 (5): 309-10.
9. Blocker ME, Levine WC, St Louis ME. HIV prevalence in patients with syphilis, United States. *Sex Transm Dis* 2000; 27(1): 53-9.
10. Vlasblom R, van Bergen J, van Veen M, van de Laar M. Toename gediagnosticeerde soa zet door. Soa bulletin 2003; 3: 4-6.
11. Bosman A, De Zwart O, Schop WA, Schoots B, van der Meijden WI, Chin-A-Lien RAM. Toename van vroege syfilis in een tippelzone in Rotterdam (1995-1997) en profylactische behandeling. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1999; 143(46): 2324-8.
12. Schippers EF, van Dam AP, Lavrijsen APM. Sterke toename van het aantal syfilispatienten in Nederland: vroegtijdige herkenning en behandeling van groot belang. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2004; 25: 1221-6.
13. Holmes KK, Mardh PA, Sparling Pf, et al. Eds. Sexually transmitted diseases, 3rd edition McGraw-Hill 1999.
14. Van Bergen J, Fennema H. HIV en syfilis: een synergie met slechte uitkomst. SOA bulletin 2002; 2: 20-2.
15. Morton RS, Rashid S. The syphilis enigma: the riddle resolved? *Sex Transm Infect* 2001; 77: 322-4.
16. Gerbase AC, Rowley JT, Mertens TE. Global epidemiology of sexually transmitted diseases. *Lancet* 1998; 351(suppl III): 2-4.
17. LCI-protocollen: www.infectieziekten.info/protocollen
18. SOA-diagnostiek en therapierichtlijnen, NVDV&NVOG&NVMM 2e editie 1997, Update 2002.
19. Workowski KA, Levine WC. Sexually Transmitted Diseases Treatment guidelines 2002. *MMWR* 10. 2002;52 (RR-6); 18-30.
20. Rothenberg RB, Wasserheit JN, St. Louis ME et al. The effect of treating sexually transmitted diseases on transmission of HIV in dually infected persons. *Sex Trans Dis* 2000; 27: 411-6.

Summary

Syphilis- a disease returning

Syphilis is a complex disease covering different aspects of modern medicine. After a steady decrease in incidence during the last century, the incidence has strongly increased since the mid-'90's, both internationally and in the Netherlands. As a result of this, the attention for the disease increased considerably, resulting in several publications and guidelines. This forms the background for this overview, discussing the origine of syphilis, the epidemiology, clinical picture and preventive measures. As preventive measures the use of condoms and partner notification are essential. A decision to reintroduce syphilis as a notifyable disease could be useful in the fight against syphilis.



Danny Simelios ©

vingercoelingen

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.

Syfilis: terug van weggeweest, ook in Vlaanderen

Ruud Mak¹

Samenvatting

De verplichte meldingen van infectieziekten, het peilnetwerk van laboratoria microbiologie, het netwerk van HIV-referentielaboratoria en het SOA-peilnetwerk van klinici leveren in Vlaanderen de gegevens over epidemiologie van SOA. Voor syfilis stellen ze een toename vast in Vlaanderen vanaf 2001. Die stijging neemt men ook elders in Europa waar. De rol van iedere arts om verdere verspreiding te voorkomen is belangrijk. Vroegtijdige opsporing, correcte behandeling en bron- en contactopsporing zijn hierbij essentiële elementen.

Informatiebronnen

De informatiebronnen die gegevens opleveren over de epidemiologie van seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) in Vlaanderen zijn divers van aard en hebben elk hun eigen beperkingen en sterktes (1).

Verplichte melding van infectieziekten

De verplichte melding van infectieziekten heeft op de eerste plaats een operationeel doel, namelijk de indijking van en de controle op bestaande infecties (bron- en contactopsporing, vroegtijdige behandeling en case finding). Secundair kunnen ook ziekten geregistreerd worden. Op die manier wordt ook syfilis in Vlaanderen geregistreerd. Omdat niet iedere arts altijd meldt, is er sprake van onderrapportage. Resultaten zijn te vinden op het internetadres: <http://www.vlaanderen.be/epibul> en <http://www.wvc.vlaanderen.be/infectieziekten>.

In tabel 1 vinden we de gehanteerde definities voor syfilis bij de verplichte melding.

Peilnetwerk laboratoria microbiologie

Sinds 1983 bestaat er in België een registratie via een netwerk van laboratoria, gecoördineerd door de Afdeling Epidemiologie van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV). Aan het peilnetwerk neemt nu 65% van de erkende laboratoria microbiologie deel. Binnen dat netwerk worden gonorrhoe, syfilis en chlamydia-infecties geregistreerd. De problemen zijn representativiteit (niet alle laboratoria doen mee), onvolledige gegevens zoals geen klinische informatie en validiteit van de diagnostiek (er kunnen verschillende gevalsdefinities gehanteerd worden).

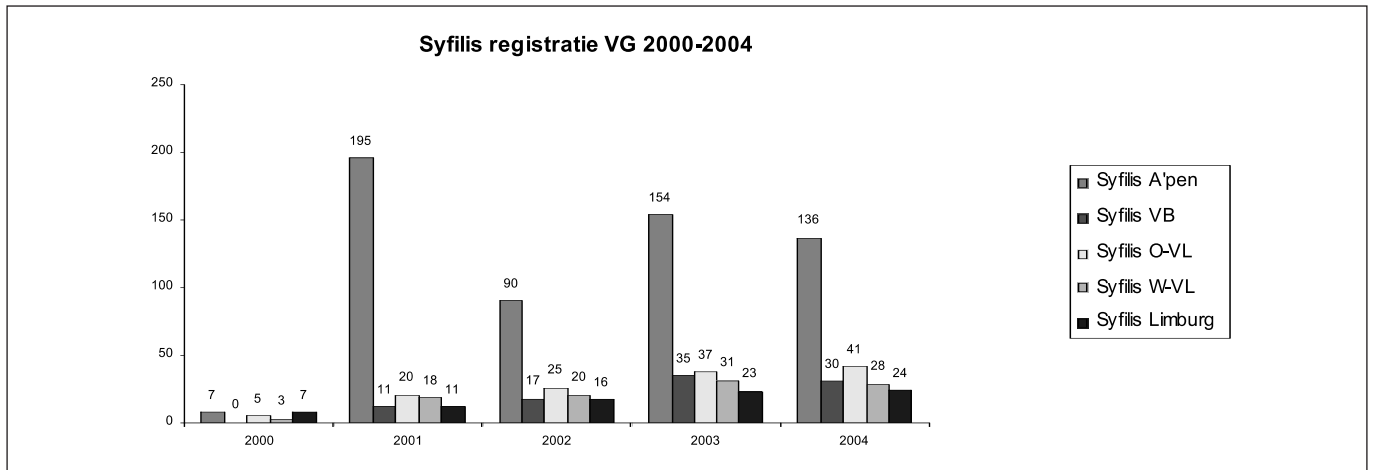
Tabel 1 Gehanteerde definities voor syfilis (verplichte melding van infectieziekten)

Klinisch	Laboratorium
<ul style="list-style-type: none">- Vermoedelijk<ul style="list-style-type: none">• patiënt met verdacht ziektebeeld* dat epidemiologisch gelinkt is aan een bewezen geval en met een positieve syfilistest (niet-treponemaal)- Geconfirmeerd<ul style="list-style-type: none">• patiënt met een verdacht ziektebeeld of een verdacht klinisch beeld in anamnese en met een vermoedelijk of geconfirmeerd labobeeld	<ul style="list-style-type: none">- Vermoedelijk<ul style="list-style-type: none">• Niet-treponemale testen, bijvoorbeeld Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) $\geq 1/8$en<ul style="list-style-type: none">• Treponemale testen, bijvoorbeeld Treponema pallidum haemagglutinatie assay (TPHA) of Fluorescent treponemal antibody (FTA) +- Geconfirmeerd<ul style="list-style-type: none">• T. pallidum via donkerveldmicroscopie of een directe immunofluorescentie antibody van weefsel

* sjanker, maculopapuleus exantheem, condylomata lata, gummata

¹ Gezondheidsinspecteur Oost- en West-Vlaanderen, e-mail: ruud.mak@wvc.vlaanderen.be

Figuur 1 Aantal nieuw geregistreerde gevallen in Vlaanderen 2000-2004 (2)



Resultaten zijn te vinden op het internetadres: <http://www.iph.fgov.be/epidemie/epin/plabnl/plabannl/index04.htm>

Netwerk HIV-referentielaboratoria

Voor HIV-diagnostiek beschikt België over het netwerk van HIV-referentielaboratoria die als enige HIV-bevestigingstesten mogen doen, waardoor ze een volledig beeld geven van de nieuw gediagnosticeerde gevallen van HIV-infectie in België.

De resultaten zijn te vinden op het internetadres: http://www.iph.fgov.be/epidemie/epin/aidsnl/rap_sem.pdf

SOA-Peilnetwerk van medici

Sinds oktober 2000 beschikken we over een netwerk van medici die de nieuwe gevallen van SOA aan het WIV doorgeven. Het gaat om een lijst van acht SOA (samen met een categorie "andere"), waaronder syfilis. Er doen ongeveer 60 medici of centra mee. Resultaten kan men vinden op het internetadres: http://www.iph.fgov.be/epidemie/epin/aidsnl/mst05_nl.pdf

Verdere informatie over sommige SOA kan gevonden worden door screening van bloeddonoren, registratie in specifieke SOA-polikliniek (-en) zoals die van het Instituut voor Tropische Geneeskunde en door rapportage via diverse projecten en studies (abortusklinieken, prostitutie- en vaccinstudies e.a.).

Syfilis

Gegevens voor Vlaanderen

Uit de gegevens van de Vlaamse Gemeenschap blijkt dat syfilis duidelijk in opmars was in 2001 (Figuur 1).

Opvallend is het grote aantal registraties in Antwerpen. Dit kan deels verklaard worden door een betere aangifte, maar het kan ook veroorzaakt worden door het

feit dat SOA meer voorkomen in een grootstedelijk milieu.

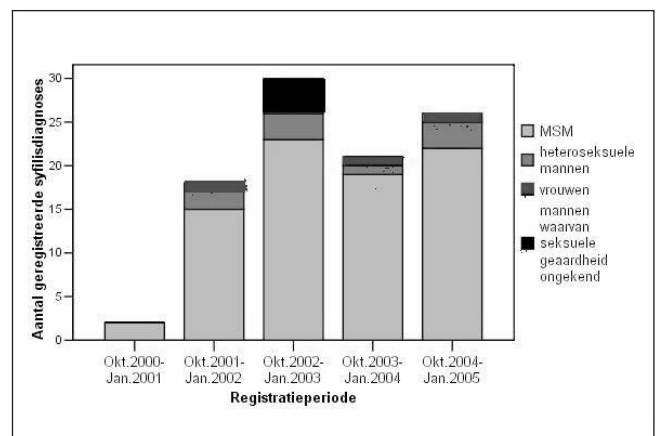
Wanneer we onderzoeken bij wie syfilis het meest voorkomt, constateren we dat het grootste overwicht bij mannen ligt die seks hebben met mannen (MSM) (Figuur 2). Er was ook een hoog percentage mannen met syfilis en HIV.

Bij het aantonen van de stijgende trend in Vlaanderen blijkt de betrouwbaarheid van de aangifte uit de parallelle stijging van meldingen in beide systemen (aangifte Vlaanderen en peillabo's) (Figuur 3).

Gegevens op wereldniveau

Als we de toestand in de wereld beschouwen, dan constateren we dat syfilis net als HIV vooral een probleem is in de ontwikkelingslanden (figuur 4). Dat heeft zeker implicaties voor ons. Zolang syfilis niet verdwenen is uit de wereld, moeten wij er op bedacht blijven. De opening van de grenzen met Oost-Europa bezorgde ons ook heel wat nieuwe gevallen van syfilis.

Figuur 2 Risicogroepen voor syfilis (SOA-peil) (3)



De rol van de arts in de bestrijding van infectieziekten in het algemeen en in het bijzonder van syfilis

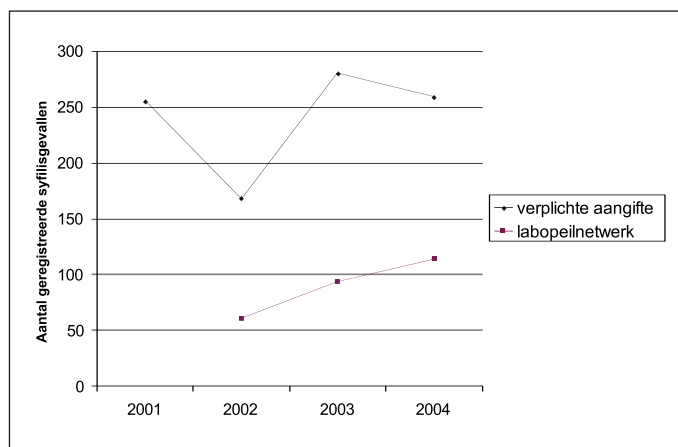
Bij het vermoeden van een infectieziekte en dus ook bij een vermoeden van syfilis, moet een arts zich de volgende vragen stellen: waar komt deze ziekte vandaan? Waar gaat ze naartoe? Wat moet ik doen om verdere transmissie te voorkomen?

Uiteraard is een adequate seksuele anamnese nodig om die vragen te kunnen beantwoorden. De redenen die huisartsen in een recent onderzoek aanhaalden om dat niet te doen, waren taalproblemen, culturele verschillen, onvoldoende training, tijdgebrek, de aanwezigheid van de partner of de moeder van de patiënt, een eerste contact met de patiënt, de angst de patiënt in verlegenheid te brengen of het feit dat een patiënt geen symptomen had (6).

Veel artsen bleken ook geen counseling te doen bij asymptomatische patiënten met risicogedrag. Informatie over veilige seks ter gelegenheid van het eerste anticonceptieconsult werd blijkbaar ook niet vaak gegeven.

Op de vraag waar de infectie naartoe gaat, weten we het antwoord: potentieel naar iedere seksuele partner die seksueel verkeer met de patiënt heeft gehad nadat die infectieus werd. Heel logisch is het dan ook samen met de patiënt partnerwaarschuwing te organiseren. De meeste patiënten doen dat liever zelf (7), maar soms geven ze er de voorkeur aan de arts in te schakelen. De arts kan een verwijfsbriefje maken dat de patiënt aan de partner geeft, waarmee de partner dan naar een collega gaat. Op het briefje staat genoeg informatie voor de arts om de partner adequaat te behandelen.

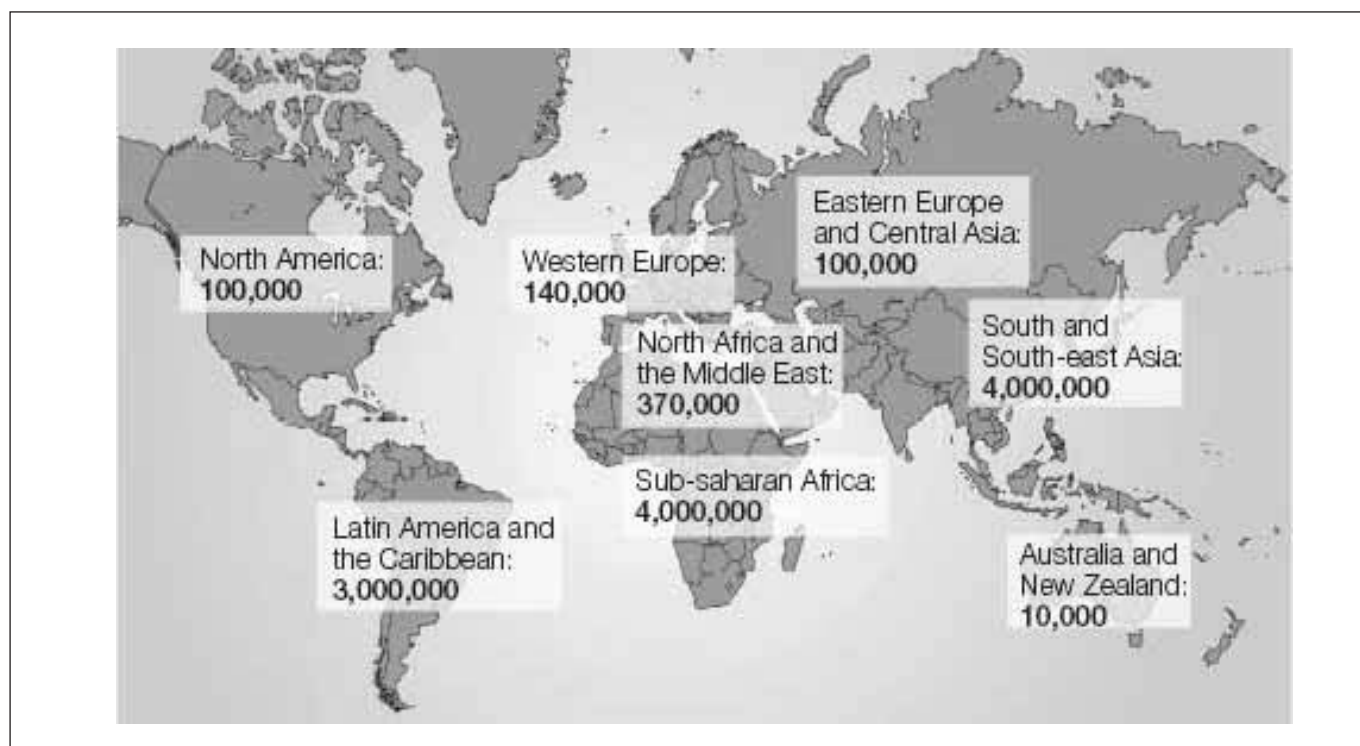
Figuur 3 Aantal nieuwe gevallen van syfilis in Vlaanderen via verplichte melding en via het peilnetwerk laboratoria microbiologie 2000-2004 (4)



Een probleem dat in veel artspraktijken rijst, is dat de meeste SOA en ook syfilis, (gelukkig) niet in die mate voorkomen dat ze tot de dagelijkse praktijk behoren. Stel dat er 500 nieuwe gevallen van syfilis in Vlaanderen zijn, hoe groot is dan de kans dat een arts die treft? En als de diagnose wordt gesteld, is de arts dan voldoende op de hoogte van de laatste behandelingswijze?

De ontwikkeling van internet geeft ons tegenwoordig de mogelijkheid snel informatie te vinden. Voor de meeste infectieziekten werden er richtlijnen opgesteld. Het probleem hiervan is, dat iedere zichzelf respecterende instelling richtlijnen publiceert. Zie door de bomen dan maar weer het bos. Verschillende voorbeelden van richtlijnen voor SOA zijn te vinden op het internetadres: http://www.soaids-professionals.nl/richtlijnen/richtlijnen_internationaal

Figuur 4 Geschat aantal nieuwe gevallen van syfilis bij volwassenen, 1999 (5)



Conclusie

Wat ook kan, is contact opnemen met de infectieziektearts van de gezondheidsinspectie van de regio. Door de aard van zijn werk is de infectieziektearts dagelijks bezig met infectieziekten, alsook met het volgen van recente ontwikkelingen op dat terrein. Trouwens, de opdracht van de gezondheidsinspectie is juist de verdere uitbreiding van infectieziekten bij de bevolking te helpen voorkomen. De adressen van de gezondheidsinspecteurs zijn te vinden op het internetadres: www.wvc.vlaanderen.be/infectieziekten

Syfilis in Vlaanderen anno 2005 blijft onze aandacht vragen: er is immers een recente toename merkbaar. Ook moeten we rekening houden met internationale ontwikkelingen. Grenzen houden SOA niet tegen. Toenemende migratie en toenemend toerisme zijn bevorderende factoren voor de verspreiding van SOA. De rol van de huisarts als eerstelijnsarts is belangrijk. Vroegtijdige opsporing, correcte behandeling en bron- en contactopsporing zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Moeten we met zijn allen niet meer ons best doen om de theorie ook in de praktijk om te zetten?

Summary

Syphilis a returning disease in Flanders too

The mandatory notification system of infectious diseases, the network of sentinel laboratories, the network of HIV-reference laboratories and the STI sentinel network of practitioners provide data to describe the epidemiology of infectious diseases in Flanders. All demonstrated an increase of syphilis in Flanders since 2001, observed elsewhere in Europe as well. The role of each doctor to prevent further spread is important, with early detection, correct treatment and source and contact tracing as essential elements.

Literatuur

1. De Schrijver K. De epidemiologie van seksueel overdraagbare aandoeningen in België. Epidemiologisch bulletin van de Vlaamse Gemeenschap 2003; 3:1-7.
2. De Schrijver K. Surveillance van SOI door GI (MVG). Mondelinge presentatie. 1e seminarie over SOA-surveillance in België, Brussel, 29 september 2005.
3. Defraye A, Sasse A. Recent results of STI sentinel surveillance by a network of physicians in Belgium. Poster presentation. 16th Biennial meeting of the ISSTD, Amsterdam, 10-13 July 2005.
4. Defraye A. SOA in de wereld, SOA in België. Mondelinge presentatie. SOA-transmissiedag Gezondheidsinspectie Vlaamse Gemeenschap, Brussel, 13 mei 2005.
5. Gerbase AC, Rowley JT, Mertens TE. Lancet 1998; 351 Suppl 3:2-4.
6. Verhoeven V, Bovijn K, Helder A, Peremans L, Hermann I et al. Discussing STIs: doctors are from Mars, patients from Venus. Fam Pract 2003; 20:11-5.
7. Gorbach PM, Aral SO, Celum C, Stoner BP, Whittington WL et al. To notify or not to notify: STD patients' perspectives of partner notification in Seattle. Sex Transm Dis 2000; 27: 193-200.

Prenatale testen voor syfilis: zinvol in België?

Ruud Mak¹, Stefaan Vandecasteele²

Samenvatting

*Syfilis is het gevolg van een besmetting met *Treponema pallidum*, die een congenitale infectie kan veroorzaken bij de pasgeborene. Er zijn indicaties om aan te nemen dat er thans in ons land, in tegenstelling tot vroeger, in mindere mate gescreend wordt op de aanwezigheid van syfilismerkers bij zwangere vrouwen. Op basis van een patiëntencasus wordt ingegaan op die problematiek. Zowel in de Amerikaanse richtlijnen van de Centers for Disease Control and Prevention (CDC) als in de Belgische richtlijnen wordt gepleit voor een systematische screening van elke zwangere vrouw in het eerste trimester van de zwangerschap. Bij vrouwen met een hoog risico moet de screening in het derde trimester opnieuw uitgevoerd worden. De recente toename van syfilis in ons land en in het buitenland is een bijkomend argument voor die aanpak.*

Inleiding

Syfilis bestaat al eeuwen, maar was sinds de introductie van penicilline in 1943 zo goed als volledig verdwenen uit de westerse wereld. Syfilis kenmerkt zich door de verschillende stadia waarin de ziekte tot uiting komt. Een primaire syfilis wordt gekenmerkt door een sjanker, die ook zonder behandeling na enkele dagen tot enkele weken volledig verdwijnt. Na een paar weken tot een paar maanden treedt een secundaire syfilis op, die meestal gekenmerkt wordt door een diffuse maculaire rash. Na een latente fase die jaren kan duren, evolueert syfilis naar een ziekte met belangrijke orgaanaantasting zoals osteoarticulaire gummata, hersenaantasting met dementie als gevolg, vasculaire aneurysmata of cardiomyopathie. Een van de eigenschappen van *Treponema pallidum*, de verwekker van syfilis, is dat de bacterie door de placentabarière heen breekt en schade kan berokkenen aan de ongeboren vrucht. Congenitale syfilis leidt in ruim twee derde van de gevallen tot mors in utero of perinatale sterfte, vroeggeboorte of aangeboren afwijkingen, vooral als de moeder een recente primaire of secundaire syfilis heeft (1). Dat is de belangrijkste reden om zwangere vrouwen zo snel mogelijk te screenen op syfilis, vooral omdat de behandeling nog steeds eenvoudig en doeltreffend is en ook mogelijk is tijdens de zwangerschap (2). Sinds 2001 is er ook in Vlaanderen een toename van het aantal nieuwe gevallen van syfilis, vooral bij mannen die seks hebben met mannen (MSM). De aanleiding van dit artikel is de melding van een secundaire syfilis bij een elf weken zwangere vrouw. Uit een kleine rondvraag bleek dat gynaecologen in België niet meer systematisch screenen op syfilis, in tegenstelling tot wat de internationale richtlijnen aanbevelen. Veel artsen nemen immers aan dat syfilis zo zeldzaam geworden is in onze contreien dat het de moeite niet meer loont om te screenen op syfilis. Het is evenwel de vraag of dit een verstandige keuze is.

Casus

Een eenendertigjarige, elf weken zwangere patiënte werd doorverwezen door de huisarts omdat er bij screening een positieve syfilisserologie werd vastgesteld. Behalve vermoeidheidsklachten die toegeschreven werden aan de zwangerschap was de patiënte volledig klachtenvrij.

Uit de seksuele anamnese bleek dat de patiënte sinds zeventien maanden een relatie had met haar huidige partner, een 40-jarige bouwvakker. De patiënte zou daarvoor nooit een seksuele relatie gehad hebben. De partner van de patiënte werd ongeveer twintig jaar geleden adequaat behandeld voor een syfilisinfectie. Initieel vertelde de man dat hij sinds twee jaar geen nieuwe seksuele relaties meer had gehad. Bij verdere navraag bleek hij de laatste jaren wel een belangrijk heteroseksueel (?) risicogedrag vertoond te hebben. Bij initiële presentatie vertoonde de patiënte een discrete zalmroze rash op de romp met enkele letsels op de ledematen en de handpalmen. Ze had een

Treponema Pallidum Particle Agglutination test (TPPA) van 1/20480 en een Rapid Plasmin Reagin test (RPR) van 1/32. Het prenatale onderzoek was geruststellend. De patiënte werd veertien dagen lang behandeld met penicilline G 6 x 4 ME IV op aanraden van de afdeling Infectieziekten van de KULeuven. Er werden ook eenmalig steroïden toegediend ter preventie van een Jarisch-Herxheimerreactie, die heviger is bij zwangeren (3). Met veel moeite werd ook de partner overtuigd om zich te laten behandelen. De patiënte had een viervoudige daling van de RPR-titer (1/8) tijdens de zwangerschap. De patiënte is uiteindelijk bevallen van een zoontje zonder tekenen van syfilis. De TPPA bedroeg 1/2560 en de RPR 1/32. Door de onzekere context van de partner werd het zoontje postnataal twee weken behandeld met IV-penicilline.

Bespreking

In de recente aanbeveling van de U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) blijft de richtlijn van kracht om elke zwangere vrouw te screenen (4). Er bestaat voldoende bewijs dat die actie leidt tot vermindering van het aantal kinderen dat geboren wordt met klinische of serologische congenitale syfilis. Het is aangeraden vrouwen te testen bij hun eerste prenatale consult omdat verticale transmissie meestal plaatsvindt na het eerste trimester van de zwangerschap. Bij vrouwen uit hoogrisicogroepen (sekswerkers, druggebruikers en gedetineerden) kan men overwegen opnieuw te testen in het derde trimester en bij de bevalling.

Alle economische analyses wijzen erop dat prenatale screening niet alleen in landen met een hoge prevalentie tot een gunstige kosten-batenverhouding leidt, maar ook in landen met een zeer lage prevalentie zoals België. Een geval van congenitale syfilis kan levenslange behandeling in een instelling met zich meebrengen en bovendien kan de patiënt dan zelf geen economische bijdrage leveren aan de maatschappij. Het RIZIV-tarief voor een VDRL-test bedraagt 0,54 euro en voor een TPHA 1,70 euro (5).

We beschikken niet over een betrouwbaar cijfer van prevalentie van syfilis bij zwangere vrouwen in België. De prevalentie bij zwangere vrouwen wordt in Europa geschat op 0,02-4,5% (6). Voor België wil dat zeggen dat er 20 tot 4500 seropositieve vrouwen zijn per 100.000 zwangerschappen. In België zijn er ongeveer 100.000 zwangerschappen per jaar. Een onderzoek in het Verenigd Koninkrijk heeft aangetoond dat een universele screening even kosteneffectief is als een programma dat gericht is op risicogroepen, maar dat een universele screening eenvoudiger en aanvaardbaarder is (7).

In de Europese richtlijnen van 2001 is er weinig duidelijkheid over de doeltreffendheid van prenatale screening qua kosten en wordt de beslissing overgelaten aan de verschillende landen zelf (8).

¹ Gezondheidsinspectie Oost- en West-Vlaanderen, e-mail: ruud.mak@wvc.vlaanderen.be

² Dienst Inwendige Ziekten en Infectieziekten, AZ Sint-Jan, Ruddershove 10, 8000 Brugge

In België verdient het volgens het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg aanbeveling om alle vrouwen voor of in het begin van de zwangerschap te testen op syfilis aan de hand van een treponemale test omdat een behandeling gunstig is voor de prognose van zowel de moeder als de foetus (graad van aanbeveling A, hoogste bewijsniveau) (9). Men vermeldt wel dat het ontbreken van gegevens over de juiste prevalentie bij zwangere vrouwen in België een genuanceerd oordeel in de weg staat.

Na een jarenlange daling na de Tweede Wereldoorlog nam syfilis in België de laatste jaren weer toe (10). In 2001, 2002, 2003 en 2004 werden in Vlaanderen respectievelijk 255, 168, 280 en 259 gevallen van syfilis geregistreerd door de Gezondheidsinspectie, terwijl het aantal aangiftes voordien rond de 20 gevallen lag (11). Hoewel de meeste gevallen voorkwamen bij mannen die seks hadden met mannen, vaak samen met HIV, werd elders in Europa ook een toename bij hetero-

seksuelen waargenomen. Vooral in Oost-Europa en Rusland (12) is de prevalentie van syfilis zorgwekkend.

Conclusie

Ook in België wordt aanbevolen eenmaal een syfilis-screenings-test uit te voeren bij het eerste prenatale consult. Door de toenemende prevalentie van syfilis op wereldschaal en de toegenomen mobiliteit van burgers is dat van steeds groter belang voor de preventie van congenitale syfilis. Deze casus illustreert dat niet iedere vrouw op het eerste gezicht beantwoordt aan een klassiek risicoprofiel. Universele screening verdient daarom de voorkeur. Een degelijke registratie van de resultaten van prenatale screening in België zou erg bruikbaar zijn voor de evaluatie van het nut van universele screening.

Summary

Prenatal testing for syphilis: useful in Belgium?

Syphilis is caused by Treponema Pallidum and may lead to congenital infection of the newborn. The practice of prenatal screening for syphilis markers seems to be on the decline in Belgium. This issue is discussed in relation to a recent case of syphilis in a pregnant woman. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) guidelines as well as Belgian guidelines recommend systematic screening of first trimester pregnant women. An additional third trimester screening should be offered to high risk women. The recent increase in the number of cases of syphilis in Belgium and in other countries supports this approach.

Literatuur

1. Walker DG, Walker JA. Forgotten but not gone: the continuing scourge of congenital syphilis. *Lancet Infectious Diseases* 2002; 2:432-6.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. *MMWR* 2002; 51 (No. RR-6): 1-78.
3. Tramont EC. Treponema pallidum (syphilis). In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds., Principles and Practice of Infectious Diseases. 5th ed., vol. 2. New York: Churchill Livingstone, 2000: 2474-90.
4. Screening for Syphilis Infection: Recommendation Statement. USPSTF. *Ann Fam Med* 2004; 2: 362-5.
5. <http://www.cri.be/b/letters/1035099565.htm>, gelezen 9 juni 2005.
6. Mehmet G, Ledger WJ. Syphilis in pregnancy. Review. *Sex Transm Inf* 2000;76: 73-9.
7. Connor N, Roberts J, Nicoll A. Strategic options for antenatal screening for syphilis in the United Kingdom. *J Med Screen* 2000; 7: 7-13.
8. Goh BT, van Voorts Vader PC. European STD guidelines. European guideline for the management of syphilis. *Int J STD&AIDS* 2001;12,3: 14 -26.
9. Lodewyckx K, Peeters G, Spitz B, Blot S, Temmerman M, Zhang WH, et al. Nationale richtlijn prenatale zorg: een basis voor een klinisch pad voor de opvolging van zwangerschappen. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2004. KCE reports 6A.
10. De Schrijver K. De epidemiologie van seksueel overdraagbare aandoeningen in België. *Epidemiologisch Bulletin van de Vlaamse Gemeenschap* 2003; 45: 1-7.
11. Gezondheidsinspectie. Registraties van infectieziekten 2005. Brussel: Ministerie van de Vlaamse gemeenschap 2005.
12. Tichonova L, Borisenko K, Ward H, Meheus A, Gromyko A, Renton A. Epidemics of syphilis in the Russian Federation: trends, origins, and priorities for control. *Lancet* 1997; 350: 210-3.

Publicaties Epidemiologisch Bulletin 2004/2005

47	Een epidemie van gastro-enteritis door Norwalk-like virussen in een geriatrische eenheid Uitbraak van Lymphogranuloma venereum in Antwerpen en Rotterdam	J. Dierick, P. Taelman, e.a. M. Vandenbruaene
48	Tuberculose in Vlaanderen in 2002 Multiresistente Enterobacter aerogenes: een probleem in Belgische ziekenhuizen	A. Aerts B. Jans, C. Suetens, e.a.
49	Hepatitis A-clusters in de provincies Antwerpen en Vlaams - Brabant Invasieve infecties met Streptococcus Pyogenes van Groep A Hepatitis B-cluster bij bewoners van een Antwerps bejaardentehuis	K. De Schrijver, E. Robesyn, e.a. A. Vergisson, Coördinatieplatform infectieziekten K. De Schrijver, I. Maes, e.a.
50	Pneumokokken, een onderschatte ziekte? Preventie van pneumokokken door middel van vaccinatie	L. Mahieu L. Mahieu
51	Biomonitoring: een waardevol instrument bij de surveillance van mogelijke milieueffecten op de volksgezondheid (Deel I) Biomonitoring een waardevol instrument bij de surveillance van mogelijke milieueffecten op de volksgezondheid (Deel II) Biomonitoring bij jonge moeders en pasgeborenen	D. Wildemeersch D. Wildemeersch
52	Tinea capitis, een niet over het hoofd te zien probleem in de schoolgeneeskunde Microsporum canis-infecties bij scholieren na een bezoek aan een kinderboerderij	M. de Tandt, P. Van Rooij, e.a. K. De Schrijver, I. Maes, L. Verbeeck
53	Een voedselintoxicatie met Bacillus cereus na het eten van een koude pasta Cutane anthrax na een verblijf in Botswana	A. Forier E. Van den Enden, K. De Schrijver
54	Griepvaccinatie in België en in Vlaanderen: een registratie door de huisartsenpeilpraktijken in de periode 2002 tot 2004 Overzicht van de geregistreerde infectieziekten in Vlaanderen-cijfermateriaal 2004 Legionellose bij een zwembadtechnicus	P. Jonckheere, V. Van Casteren K. De Schrijver, R. Mak, E. Robesyn, A. Forier, G. Top K. De Schrijver

REGISTRATIES INFECTIEZIEKTEN - VLAAMSE GEMEENSCHAP - VLAANDEREN

okt/nov/dec 2005

Provincie	ANT- WERPEN	VLAAMS BRABANT	LIMBURG	OOST- VLAANDEREN	WEST- VLAANDEREN	TOTAAL VLAANDEREN	TOTALEN			
Aantal inwoners (in miljoen)	1,67	1,03	0,80	1,37	1,13	6,01				
INFECTIEZIEKTEN							okt/nov/dec 2005	okt tm dec 2004	okt tm dec 2003	jan tm dec 2005
GROEP I										
Botulisme										
Febris recurrens										
Hemorragische koorts ¹										
Legionellose	3	1		1	1	6	17	3	29	
Malaria (inheems)									1	
Meningococcose	9	7	2	3	6	27	25	36	108	
Pest										
Poliomyelitis										
Rabies										
Vlektyfus										
GROEP II										
Brucellose							1		1	
Buiktyfus		1		2		3	2	2	4	
Cholera									6	
Difterie										
Gele koorts										
Gonorrhoe	46	8	10	12	9	85	89	83	274	
H. influenzae type b ²	1	1				2	3	1	6	
Hantavirose								1	8	
Hepatitis A	16	8	6	11	7	48	94	58	198	
Hepatitis B	12	12	39	8	37	108	117	114	371	
Hepatitis C	77	20	17	1	60	175	148	123	629	
Kinkhoest	24	3	1	7	1	36	31	21	89	
Leptospirose							1		1	
Listeriose	3	1		2	4	10	18	8	25	
Miltvuur									1	
Protozoaire besm. c.z.s ³										
Psittacose	1				1	2	1	4	3	
Rickettsiose (Q - fever) ⁴									10	
Scabies	8	10	17	26	18	79	96	73		
Shigellose	12	13	5	6	5	41	39	50	198	
Syfilis	36	10	5	12	11	74	77	81	163	
Tetanus	1					1		1	278	
Trichinose									3	
Tuberculose	50	24	17	24	27	142	163	128	498	
Gastro-enteritis ⁵	5	2	1	1	1	10	18	15	66	
Collectieve aandoeningen										
Collectieve VTI ⁶	2	2		2	1	6	3	9	18	
Collectieve Scabies	7	4	2	14	10	37	13	16	61	

DECREET VAN 5 APRIL 1995
Indeling in functie van afnemende urgentiemaatregelen

Groep I: onmiddellijk aan te geven door elke arts en elk laboratorium binnen 24 uur.

Groep II: aan te geven door elke arts en elk laboratorium binnen 48 uur.

- (1) Hemorragische koortsen zoals Ebola-, Lassa- en Marburgkoorts e.a.
- (2) Meningitis door Haemophilus influenzae serotype b.
- (3) Protozoaire besmettingen van het centrale zenuwstelsel.
- (4) Rickettsiosen, andere dan vlektyfus.
- (5) Elk gastro-enteritisincident, dat ten minste 3 gevallen telt binnen één-zelfde leefgemeenschap en in de tijdspanne van één week wordt veroorzaakt door éénzelfde kiem.
- (6) Voedselintoxicatie en voedselinfectie.

WETENSCHAPPELIJK INSTITUUT VOLKSGEZONDHEID

Dienst Epidemiologie
 Germaine Hanquet
 Geneviève DUOFFRE

Fax: 02 642 54 10
 e-mail: germaine.hanquet@iph.fgov.be
 Tel.: 02 642 57 77

PEILLABORATORIA NETWERK

Aantal gediagnosticeerde gevallen gedurende de observatieperiode (weken 40-52) voor 2005 en vergelijking tussen het cumulatief aantal sinds begin 2005 (weken 01-52) en begin 2004 (weken 01-53)

kiemen	BRUSSEL ^a			VLAANDEREN ^a			WALLONIE ^a			ONBEKEND ^a			TOTAAL		
	2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004	2005		2004
	40-52	01-52	01-53	40-52	01-52	01-53	40-52	01-52	01-53	40-52	01-52	01-53	40-52	01-52	01-53
Adenovirus	17	274	342	82	333	397	18	55	196	6	23	20	123	685	955
B. pertussis	4	32	--	17	92	--	4	52	--	0	4	--	25	180	--
B. burgdorferi ^{i+j}	2	46	59	201	1194	1194	57	297	269	4	28	9	264	1565	1531
Campylobacter	106	425	576	943	4417	4503	304	1363	1302	18	119	73	1371	6324	6454
C. psittaci	0	0	0	1	6	12	0	1	0	0	0	0	1	7	12
C. trachomatis	94	519	508	237	923	793	49	229	265	15	72	52	395	1743	1618
Cryptococcus ^f	0	0	0	0	1	6	0	0	1	0	1	1	0	2	8
Cryptosporidium	3	15	19	79	237	174	13	51	61	5	7	9	100	310	263
Cyclospora ^d	0	5	2		15	16	4	8	3	0	0	1	4	28	22
E. histolytica ^d	7	49	55	27	124	152	6	40	40	3	17	3	43	230	250
Enterovirus ^h	5	59	73	10	43	45	2	7	4	0	1	3	17	110	125
E. coli (VTEC + EHEC)	0	10	10	6	30	23	2	15	11	1	3	16	9	58	60
Giardia	27	105	161	222	848	835	61	225	229	9	35	18	319	1213	1243
H. influenzae ^g	0	2	7	4	9	23	2	7	19	0	0	1	6	18	50
Hantavirus ^d	2	9	2	4	24	2	33	310	30	11	22	0	50	365	34
Hepatitis A	4	43	63	23	115	263	4	37	35	1	3	3	32	198	364
Hepatitis B	3	62	--	56	210	--	6	40	--	3	13	--	68	325	--
Hepatitis C ⁱ	30	615	--	101	473	--	4	151	--	20	104	--	155	1343	--
Influenza A	1	200	--	104	427	--	16	78	--	0	16	--	121	721	--
Influenza B	0	54	--	0	61	--	6	29	--	0	6	--	6	150	--
L. pneumophila (bact. + serol.)	1	22	22	6	34	8	4	24	22	1	5	2	12	85	54
L. pneumophila (urine)	0	0	1	1	1	13	0	1	1	0	0	0	1	2	15
Listeria ^d	0	3	4	6	26	53	6	22	21	1	3	3	13	54	81
Morbillivirus	0	4	6	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	5	8
M. pneumoniae	76	267	147	1102	3134	1184	504	1212	673	22	70	25	1704	4683	2029
N. gonorrhoeae	15	97	57	56	226	204	7	37	48	0	10	6	78	370	315
N. meningitidis ^d	2	17	23	15	85	80	10	64	57	0	1	2	27	167	162
Parainfluenza	11	298	222	36	177	83	20	109	202	2	42	23	69	626	530
Parvovirus B19	0	16	11	2	14	3	4	17	19	0	1	1	6	48	34
Plasmodium ^d	12	55	55	29	111	133	11	38	67	1	9	3	53	213	258
RSV	427	708	851	2525	3373	2104	956	1557	1113	33	80	48	3941	5718	4116
Rotavirus	49	462	--	301	4588	--	150	1838	--	11	110	--	511	6998	--
Rubivirus	4	18	19	1	20	9	4	22	12	0	0	1	9	60	41
S. enteritidis ^f	18	123	452	173	1379	3368	61	415	1408	43	285	818	295	2202	6046
S. hadar ^f	0	0	6	6	23	19	0	4	13	0	2	10	6	29	48
S. typhimurium ^f	16	69	99	239	1079	1515	57	278	458	36	199	367	348	1625	2439
Salmonella andere ^f	20	84	97	100	569	549	36	200	167	23	137	143	179	990	956
Shigella	9	40	34	30	138	111	2	25	29	1	5	6	42	208	180
S. pneumoniae ^k	4	56	153	10	114	625	43	172	289	0	1	31	57	343	1098
S. pyogenes ^c	0	26	16	3	13	82	2	9	45	0	0	3	5	48	146
Y. enterocolitica	4	10	19	41	188	216	18	62	69	2	7	5	65	267	309
TOTAAL	973	4899	4171	6799	24875	18797	2486	9101	7179	272	1441	1707	10530	40316	31854
aantal laboratoria ^e		15	14		59	61		37	38					111	113
% deelname ^b	80	91	95	93	98	98	83	93	94				90	95	96

a verdeling volgens de locatie van de patiënt
 b deelnamepercentage van de peillaboratoria: (aantal opgestuurde formulieren / aantal verwachte formulieren) x 100
 c diepe isolaties
 d referentielaboratorium + peillaboratoria
 e verdeling volgens de locatie van het laboratorium
 f referentielaboratorium
 g diepe isolaties behalve ooretter
 h alleen CSV
 i nieuwe + oude gevallen
 j verdachte + bevestigde gevallen
 k diepe isolaties behalve ooretter 2005

OVERZICHT VAN DE WETTELIJK TE MELDEN INFECTIEZIEKTEN⁽¹⁾

Groep I	Groep II	
Botulisme Febris recurrens Hemorragische koorts Legionellose Malaria (inheems) Meningococcose Pest Poliomyelitis Rabies Vlektyfus Elke ernstige besmettelijke ziekte die een epidemisch karakter dreigt aan te nemen.	Brucellose Buiktyfus Cholera Difterie Gastro-enteritis (>2 gevallen) ⁽²⁾ Gele koorts Gonorrhoe H. influenzae type b meningitis Hantavirose Hepatitis A Hepatitis B Hepatitis C Kinkhoest	Leptospirose Listeriose Miltvuur Protozoaire infecties c.z.s. ⁽³⁾ Psittacose Rickettsiose ⁽⁴⁾ Scabies Shigellose Syfilis Tetanus Trichinose Tuberculose
Onmiddellijk telefonisch te melden ziektes door het lab en door de arts, schriftelijk te bevestigen binnen 24 uur	Te melden binnen 48 uur na de diagnose door lab en arts	

1 Vermoedelijke en geconfirmeerde gevallen.

2 Elke gastro-enteritis met meer dan 2 gevallen uit dezelfde groep, met dezelfde kiem, binnen één week.

3 Protozoaire infecties van het centrale zenuwstelsel (amoebenmeningitis).

4 Rickettsiosen andere dan vlektyfus.

GEZONDHEIDSINSPECTIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP*

Coördinatie infectieziekten

Markiesstraat 1, 1000 BRUSSEL
 tel.: 02-553 35 35 fax: 02-553 36 16

Antwerpen

Copernicuslaan 1 bus 5, 2018 ANTWERPEN
 tel.: 03-224 62 04 fax: 03-224 62 01
 e-mail: gezondheidsinspectie.antwerpen@vlaanderen.be

Limburg

Koningin Astridlaan 50, Bus 7, 3500 HASSELT
 tel.: 011-74 22 40 fax: 011-74 22 59
 e-mail: gezondheidsinspectie.limburg@vlaanderen.be

Oost-Vlaanderen

Elf Julistraat 45, 9000 GENT
 tel.: 09-244 83 60 fax: 09-244 83 70
 e-mail: gezondheidsinspectie.oostvlaanderen@vlaanderen.be

Vlaams-Brabant

Brouwersstraat 1 bus 4, 3000 LEUVEN
 tel.: 016-29 38 58 fax: 016-29 37 69
 e-mail: gezondheidsinspectie.vlaamsbrabant@vlaanderen.be

West-Vlaanderen

Spanjaardstraat 15, 8000 BRUGGE
 tel.: 050-44 50 70 fax: 050-34 28 69
 e-mail: gezondheidsinspectie.westvlaanderen@vlaanderen.be

Permanentienummer meldingen infectieziekten: 02-512 93 89 (buiten de kantooruren)

* De Gezondheidsinspectie staat in voor de bron- en contactopsporing en het coördineren van de profylactische maatregelen.