

# Prenatale testen voor syfilis: zinvol in België?

Ruud Mak<sup>1</sup>, Stefaan Vandecasteele<sup>2</sup>

## *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).

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

<sup>2</sup> 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.