

Herziening Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van seksueel overdraagbare aandoeningen

H.J.C. de Vries, G.J.J. van Doornum

Samenvatting

In dit artikel wordt een kort overzicht gegeven van de *Multidisciplinaire richtlijn SOA voor de 2^e lijn*, die op initiatief van de NVDV en NVMM in 2012 tot stand is gekomen. De richtlijn begint met een deel over de soagerelateerde syndromen. Het deel 'Speciële verwekkers en aandoeningen' volgt de indeling van de LCI-richtlijnen. Het laatste deel behandelt de procedures voor partnerwaarschuwing en soascreening bij seksueel misbruik van kinderen en minderjarige jongeren.

De nadruk is in dit overzicht gelegd op de laboratoriumdiagnostiek en de behandeling van soa's.

Trefwoorden

Soa, Multidisciplinaire richtlijn voor de 2^e lijn

Inleiding

In 2013 heeft een herziening van de *Multidisciplinaire richtlijn Seksueel Overdraagbare Aandoeningen voor de 2^e lijn* zijn beslag gekregen. De laatste multidisciplinaire richtlijn betreffende seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) en herpes neonatorum dateert uit 2002 en was dringend aan herziening toe. De richtlijn is bedoeld voor klinisch werkende medisch specialisten die in het bijzonder te maken hebben met de complicaties van deze infecties. De primaire diagnostiek en behandeling wordt veelal verricht door huisartsen en in de publieke gezondheidszorg op de GGD-SOA-poliklinieken. De richtlijn is tegelijkertijd afgestemd op de LCI-richtlijnen voor de dagelijkse praktijk van GGD-artsen en de NHG-richtlijn voor huisartsen. Om dit te bereiken is uitgegaan van de opbouw van de LCI-richtlijnen waarin speciële verwekkers en de daarbij horende ziektebeelden worden behandeld.

De richtlijn valt uiteen in drie delen: deel A 'Soagerelateerde syndromen', deel B 'Speciële verwekkers en aandoeningen' en deel C 'Procedures'. In deel A komen de klachten aan de orde die passen bij urethritis, fluor en vaginitis, epididymitis, pelvic inflammatory disease, balanopostitis, proctitis, genitale ulcera en inguinale lymfadenitis. Onder het thema 'genitale ulcera' zijn in deel

A ook de in Nederland weinig voorkomende infecties zoals chancroid en granuloma inguinale opgenomen. In deel B worden de specifieke verwekkers van soa's behandeld: *Chlamydia trachomatis* (Ct) verdeeld over de non-LGV en de serotypen die lymphogranuloma venereum (LGV) veroorzaken, te weten *Neisseria gonorrhoeae* (Ng, gonorrhoe), *Treponema pallidum* (Tp, syfilis), herpes simplexvirus (HSV, herpes genitalis) en humaanpapillomavirussen (HPV, anogenitale wratten). Hepatitis B- en hiv-infecties zijn buiten beschouwing gelaten omdat hiervoor al uitgebreide richtlijnen voor de tweede lijn zijn beschreven door de desbetreffende wetenschappelijke verenigingen, respectievelijk de Nederlandse Vereniging van HIV Behandelaren (NVHB) en de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL). Ten slotte zijn twee procedurele hoofdstukken omtrent partnerwaarschuwing, seksueel misbruik en soa's bij kinderen opgenomen vanwege het belang dat ook in de tweede lijn aan deze onderwerpen wordt toegekend.

Soagerelateerde syndromen

In deel A zijn voor de arts-microbioloog en medisch-moleculair bioloog de rubrieken Oorzaak, Aanvullend Onderzoek en Behandeling van belang. Voor de in de differentiaaldiagnose opgenomen infecties, die overigens geen soa hoeven te zijn, zijn ook therapieadviezen opgenomen. Hieronder volgt een beknopte samenvatting van de laboratoriumdiagnostiek en behandeladviezen bij de beschreven syndromen.

Prof. dr. H.J.C. de Vries, dermatoloog, afdeling Dermatologie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam, tevens SOA-polikliniek, cluster Infectieziekten, GGD Amsterdam, Amsterdam.

Correspondentieadres: prof. dr. G.J.J. van Doornum, arts-microbioloog, voorheen afdeling Virologie, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam, namens de werkgroep Multidisciplinaire richtlijn SOA voor de 2^e lijn, e-mail: g.vandoornum@erasmusmc.nl.

Urethritisklachten bij de man

Voor een urethritis wordt geadviseerd een behandeling te starten met azitromycine die is gericht op *C. trachomatis*, pas nadat materiaal voor microbiologisch onderzoek is afgenomen. Indien verdenking op of bewijs voor gonorrhoe aanwezig is, wordt geadviseerd dit te behandelen met ceftriaxon 500 mg i.m. eenmalig.

Fluor vaginalis en vaginitisklachten

Bij verdenking op een chlamydia-infectie, gonorrhoe of trichomonasinfectie wordt geadviseerd laboratoriumonderzoek te verrichten met behulp van nucleïnezuuramplificatietechnieken (bijvoorbeeld PCR) of kweekafhankelijk van wat het laboratorium aan diagnostiek te bieden heeft. Voor de laboratoriumdiagnose van bacteriële vaginose is tot nu toe geen algemeen erkende standaard voorhanden, behalve de door Amsel geformuleerde klinische criteria en de beoordeling van grampreparaten volgens Nugent. In de richtlijn wordt niet ingegaan op de vraag welke combinatie van gerichte kweken of welk moleculair-microbiologisch onderzoek de voorkeur heeft.

Epididymitis

Bij verdenking op een infectieuze oorzaak van epididymitis wordt in navolging van de NVU-richtlijn als laboratoriumonderzoek geadviseerd een urinekweek af te nemen inclusief een grampreparaat en onderzoek te doen naar Ct en Ng.

Bij de aanbevolen behandeling van epididymitisklachten wordt onderscheid gemaakt tussen die bij mannen jonger dan 35 jaar en bij mannen met verhoogd risico op soa (heteroseksuele mannen met wisselende contacten en MSM) enerzijds, en de behandeling bij mannen van 35 jaar en ouder. De onderbouwing voor dit onderscheid is niet overtuigend. Het is in ieder geval raadzaam altijd de risicofactoren voor een soa na te vragen.

Bij verdenking op een soa (Ct en/of Ng) wordt een empirische behandeling aanbevolen in afwachting van onderzoeksresultaten. Ofschoon azitromycine in deel B als eerstekeusmiddel voor de behandeling van een chlamydia-infectie wordt gezien, zijn er weinig tot geen referenties te vinden waarin de resultaten van een behandeling van een epididymitis met azitromycine worden beschreven. Daarom is in deze richtlijn het advies omtrent de empirische therapie uit de urologierichtlijn voorlopig gehandhaafd. Voor de behandeling van een acute epididymitis bij mannen jonger dan 35 jaar of bij mannen met een verhoogd risico op een soa wordt behandeling met doxycycline plus ceftriaxon geadviseerd; bij mannen van 35 jaar of ouder of met een urologische voorgeschiedenis wordt levofloxacin of ofloxacin geadviseerd.

Pelvic Inflammatory Disease (PID)

In ongeveer 60% van de gevallen wordt PID veroorzaakt door seksueel overdraagbare micro-organismen (Ct, Ng,

T. vaginalis). In de overige gevallen is sprake van een infectie met endogene facultatief-pathogene bacteriën zoals anaeroben (*Bacteroides*-species en peptostreptokokken), maar ook aeroben (*Escherichia coli*, *G. vaginalis*, *Haemophilus influenzae*, streptokokken) en mycoplasma. Naarmate de verschijnselen van een PID ernstiger zijn en de duur ervan langer, is het risico op complicaties, zoals infertiliteit, extra-uteriene graviditeit, tubo-ovarieel abces, pelveoperitonitis en perihepatitis groter. Het afnemen van materiaal (cervixuitstrijk of buikvocht) voor diagnostiek op Ct, Ng en *T. vaginalis* (nucleïnezuurtechnieken, NAAT) wordt aanbevolen en bij een bewezen soa wordt het aanbieden van hiv-test, HBV- en syfilisserologie geadviseerd.

Vanwege de kans op complicaties is het wenselijk bij verdenking op PID direct een antibiotische behandeling in te stellen, nog voordat de uitslag van het microbiologisch onderzoek bekend is. De behandeling moet in ieder geval gericht zijn tegen Ct, Ng en anaerobe bacteriën. Bij de overwegingen voor de behandeling van PID is in deze richtlijn meer gewicht gegeven aan de resistentie-ontwikkelingen van de *Neisseria gonorrhoeae* en het onmiddellijk behandelen van een mogelijke gonokokkeninfectie dan in de *Richtlijn Pelvic inflammatory disease en het tubo-ovarieel abces (2012)* van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). In de voorliggende richtlijn wordt voor de poliklinische behandeling van PID aanbevolen orale behandeling met ofloxacin en metronidazol plus ceftriaxon i.m. Indien gonorrhoe is uitgesloten, kan worden volstaan met ofloxacin en metronidazol. Het verschil tussen een klinische behandeling en poliklinische behandeling van PID is dan alleen gelegen in het intraveneus toedienen van de eerder oraal en intramusculair toegediende therapie met ofloxacin, metronidazol en ceftriaxon.

Aanbevelingen worden gegeven voor behandeling bij overgevoeligheid, zwangerschap/lactatie en alternatieve behandelingen bij allergie voor de eerstekeusmiddelen.

Indien geen ofloxacin i.v. beschikbaar is, kan levofloxacin 500 mg tweemaal daags i.v. worden toegediend. Aangezien oraal ofloxacin even werkzaam is als intraveneus toegediend ofloxacin, heeft orale toediening van ofloxacin de voorkeur, mede vanuit kostenoverwegingen.

Acute balanitis

Acute balanitis kent vele oorzaken en in veel gevallen is sprake van een combinatie van factoren. Groep A- en B-streptokokken behoren tot de meest voorkomende verwekkers. Andere oorzaken zijn *Candida albicans*, andere *Candida*-species en diverse anaerobe bacteriën zoals *Gardnerella vaginalis* en *Bacteroides melaninogenicus* en niet-venerische spirocheten. Verder kunnen de micro-organismen die seksueel overdraagbaar zijn, acute balanitis veroorzaken. Dat zijn vooral *Trichomonas vaginalis*,

Chlamydia trachomatis, *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum* en herpes simplexvirus type 1 en 2.

Chronische balanitis kent vele oorzaken die meestal niet infectieus zijn met als uitzondering candida-infecties, die vaker voorkomen bij mannen met diabetes mellitus of mannen die een verstoorde weerstand hebben.

De laboratoriumdiagnostiek kan stapsgewijs zijn gericht op detectie van bovengenoemde micro-organismen en de aanbevolen therapie is afhankelijk van de geïsoleerde micro-organismen.

Proctitis

Van de seksueel overdraagbare verwekkers van proctitis zijn Ng, Ct (inclusief LGV), *T. pallidum* en HSV de meest voorkomende.

Het stellen van de diagnose LGV gebeurt in de regel in twee stappen. Eerst wordt het monster getest op de species Ct. Bij een positief resultaat wordt vervolgens diagnostiek naar LGV verricht met behulp van LGV-specifieke NAAT. Als er geen LGV-specifieke NAAT voorhanden is, kan met behulp van Ct-specifieke serologie de diagnose LGV waarschijnlijker worden gemaakt. Het is ook mogelijk een LGV-waarschijnlijkheidsdiagnose te stellen op basis van het klinische beeld (ernstige proctitis, ulcera en/of bubo's).

Aanbevolen behandeling bij klachten van proctitis

Bij symptomen van proctitis en geen aanwijzingen voor gonorrhoe kan worden gestart met een behandeling met doxycycline 100 mg p.o., tweemaal daags gedurende zeven dagen of azitromycine 1000 mg p.o., eenmalig. Bij gonorrhoe wordt aanbevolen ceftriaxon 500 mg i.m. eenmalig plus voor een tegelijkertijd voorkomende Ct-infectie doxycycline 100 mg p.o., tweemaal daags gedurende zeven dagen (of als tweede keuze azitromycine 1000 mg eenmalig).

Bij verdenking op een LGV-proctitis wordt doxycycline 100 mg p.o. geadviseerd, tweemaal daags gedurende 21 dagen of erytromycine 500 mg p.o., viermaal daags gedurende 21 dagen. Bij een negatieve uitslag van LGV-genotypering en/of lage anti-Ct IgA-titer kan worden volstaan met doxycycline 100 mg p.o., tweemaal daags gedurende zeven dagen.

Ongeveer 13 procent van de anorectale Ct-infecties bij MSM wordt veroorzaakt door een LGV-type (RIVM, 2013).

Genitale ulcera

Voor de diagnostiek van genitale ulcera is het advies meerdere diagnoses op basis van de prevalentie in de geografische regio waar de aandoening is opgelopen te overwegen.

In de Nederlandse situatie worden syfilis en herpes genitalis relevant geacht voor elke presentatie van een genitaal ulcus. Indien de patiënt echter seksueel contact buiten Europa heeft gehad, zijn ook de overige soa's (chancroïd, granuloma inguinale) mogelijke diagnoses.

Er zijn NAAT's ontwikkeld voor een aantal infectieuze verwekkers die genitale ulcera kunnen veroorzaken, zoals herpes simplexvirus-1 en -2, *T. pallidum*, *H. ducreyi* en Ct-genovar LGV. Een NAAT kan voor elke agens apart worden uitgevoerd. Bij elk genitaal ulcus dient syfilis te worden uitgesloten, mede met behulp van serologische diagnostiek. Indien de eerste serologische bepaling negatief is, dient de test na 3, 6 en 12 weken te worden herhaald, gerekend vanaf het moment van ontstaan van het ulcus, vanwege een mogelijke late seroconversie. Elk genitaal ulcus met de verdenking op een soa rechtvaardigt het uitvoeren een hiv-test.

Speciële verwekkers en aandoeningen

In deel B zijn voor de arts-microbiologen en medisch-moleculair biologen de rubrieken Ziekte, waarin verwekker en pathogenese worden behandeld, Diagnostiek, Behandeling en Preventie van belang.

Chlamydia trachomatis non-LGV

Microbiologische diagnostiek bij Ct-infecties

De meest gangbare diagnostische testen zijn nucleïnezuurtechnieken (NAAT). Deze testen kunnen worden gebruikt op urine en bij cervix- en vagina-uitstrijkjes. Dit heeft als voordeel dat diagnostiek ook kan worden verricht op zelf afgenomen eerstegraadsurine (mannen) en diepvaginaal uitstrijkjes (vrouwen).

Indien er anamnestic (op basis van seksuele technieken of op basis van klachtenpresentatie) een risico is voor een Ct-infectie elders (rectum, conjunctiva, orofarynx), moet ook van deze locatie een uitstrijkje worden gemaakt.

Indien nacontrole is gewenst, is dit binnen vier weken niet zinvol omdat NAAT's in deze periode positieve uitslagen kunnen geven ten gevolge het nog aanwezige niet-infectieuze genetisch materiaal.

Bij verdenking op Ct-conjunctivitis kan een ooguitstrijkje worden verricht.

Uitvoerig is gediscussieerd over de diagnostiek van Ct-infectie bij pasgeborenen en kinderen; voor deze diagnostiek wordt verwezen naar de richtlijn zelf.

Serologische diagnostiek kan behulpzaam zijn bij de diagnostiek van invasief verloopende, ernstige Ct-infecties zoals bij LGV, maar ook bij PID is meestal wel sprake van hoge antistofproductie. Op dit moment is er nog geen plaats in de diagnostiek voor point of care-Ct-sneltesten wegens de teleurstellend lage sensitiviteit tussen de 12-27%.

De aanbevolen behandeling van cervicale en/of urethrale Ct-infecties bestaat uit azitromycine 1000 mg p.o. eenmalig of doxycycline 100 mg p.o., tweemaal daags gedurende zeven dagen. Een overzicht van de tweedekesbehandelingen wordt gegeven. Bij gebruik van tweede-

keuspreparaten is een 'test of cure' om therapiefalen uit te sluiten geïndiceerd.

Voor de behandeling van rectale Ct-infecties wordt aanbevolen doxycycline 100 mg p.o., tweemaal daags gedurende zeven dagen, wat bij bewezen LGV-infecties kan worden gecontinueerd tot een totale duur van drie weken.

Lymphogranuloma venereum

De uitbraak van anorectale lymphogranuloma venereum (LGV) onder MSM sinds 2004 duurt voort en er is nu sprake van endemische aanwezigheid van LGV in Nederland. Zie verder deel A over de genitale ulcera en proctitis.

Gonorroe

Nucleïnezuuramplificatietest van de eerste straal urine is de eerste keus om urogenitale gonorroe bij de man aan te tonen of uit te sluiten. Als alternatief kan worden gekozen voor NAAT van een urethra-uitstrijk. De tweede keus is een kweek van de urethra. Bij de vrouw is het eerste keus laboratoriumonderzoek en NAAT van ofwel door de onderzoeker afgenomen materiaal van de cervix plus de urethra (swab door onderzoeker), ofwel van door de vrouw zelf diepvaginaal afgenomen materiaal (zelfswab). Bij zwangere vrouwen met verdenking op gonorroe en bij patiënten met PID dient gonorroe altijd te worden uitgesloten middels NAAT. Bij blootstelling (passief anale en/of orale seks) en/of klachten wordt zowel bij mannen als bij vrouwen een uitstrijk van keel en/of proctum en/of conjunctiva voor NAAT afgenomen. De tweede keus is een kweek. De sensitiviteit van de NAAT is hoger dan die van de kweek, waarbij wordt aangetekend dat de sensitiviteit van NAAT's onderling kunnen verschillen en de sensitiviteit van een specifieke NAAT afhankelijk is van het te onderzoeken materiaal. De specificiteit van de huidige generatie NAAT's ligt bij urogenitale monsters hoog en benadert voor sommige NAAT's 100%.

Aanbevolen behandeling van gonorroe

Geadviseerd wordt om behandeling te starten als een van de onderstaande diagnostische testen positief is: een positieve NAAT, een positieve kweek, dan wel een positief urethraal grampreparaat bij mannen (cave fout-positieve testuitslag ten gevolge van aanwezigheid van andere *Neisseria*-species). Eveneens kan behandeling worden gestart na afname van materiaal voor diagnostiek bij syndroommanagement (behandeling instellen op basis van klachten) en bij vaste seksuele partners (met onbeschermd seksueel contact) van patiënten met gonorroe.

Aanbevolen behandeling van gonorroe: ceftriaxon 500 mg i.m. eenmalig. Indien Ct-infectie niet is uitgesloten, plus azitromycine 1000 mg p.o. eenmalig.

Met de toenemende ongevoeligheid van *N. gonorrhoeae* voor de eerstekeusantibiotica, de extended-spectrumcefalosporinen (7% in 2012, RIVM SOA rapport 2013), dreigt

de behandeling van gonorroe op termijn problematisch te worden. Daarom is resistentie-surveillance belangrijk en moet zo veel mogelijk een antibiogram op een kweek worden ingezet bij aangetoonde gonorroe-infecties. Alleen als bewezen gevoeligheid middels kweek is aangetoond, kan een alternatieve behandeling van gonorroe worden toegepast. In het licht van de resistentieontwikkeling en voor een aantal bijzondere situaties wordt in de richtlijn een overzicht gegeven van alternatieve behandelingen.

Cefuroxim-axetil, dat in de NVDV-richtlijn 2011 nog wel wordt geadviseerd als tweede keus, wordt ontraden, enerzijds omdat er geen goede studies mee zijn verricht en omdat de farmacokinetiek van dit middel onvoorspelbaar is, anderzijds vanwege de toenemende frequentie van verhoogde MIC's voor cefalosporines.

Syfilis

Bij primaire syfilis was donkerveldmicroscopisch onderzoek voorheen de enige mogelijkheid voor snel laboratoriumonderzoek, omdat antistoffen pas vier tot acht weken na infectie aantoonbaar zijn. Met een NAAT kan tegenwoordig *T. pallidum*-DNA in ulcusuitstrijken worden aangetoond, waarmee de diagnose primaire syfilis gesteld is.

Bij verdenking op primaire syfilis, screening op de overige vormen van syfilis, neurosyfilis en congenitale syfilis is de serologie echter onontbeerlijk. Voor de serologische diagnostiek op liquor cerebrospinalis, is de VDRL de standaardtest, en deze is, in tegenstelling tot VDRL op serum, zeer specifiek maar weinig sensitief. Het gebruik van de indices bij liquoronderzoek geeft dikwijls niet meer inzicht en een geïsoleerde abnormale TPHA- of TPPA-index zonder andere aanwijzingen voor neurosyfilis is onvoldoende om de diagnose neurosyfilis te stellen.

De aanbevolen behandeling bij syfilis bestaat uit toediening van penicilline G (benzylpenicilline) i.m., afhankelijk van het stadium eenmalig of driemaal met intervallen van een week.

Resistentieproblemen zijn tot op heden niet gerapporteerd. Een lage en continue serumspiegel voor penicilline gedurende enkele weken is voldoende voor een succesvolle behandeling.

Alternatieve behandeling van syfilis

Bij (goed gedocumenteerde) overgevoeligheid voor penicilline wordt als alternatieve behandeling van syfilis doxycycline 100 mg p.o., tweemaal daags gedurende 14 dagen aanbevolen. Dit geldt echter niet voor zwangere vrouwen, hiv-patiënten en voor de behandeling van neurosyfilis. Bij hiv-positieve patiënten is met alternatieve middelen anders dan penicilline goede nacontrole noodzakelijk omdat therapiefalen in deze groep vaker wordt gerapporteerd. Hier blijft penicilline het middel van voorkeur.

Verhoogde kans op ernstig beloop van syfilis

Twee belangrijke patiëntengroepen kennen mogelijk een ernstiger en/of afwijkend beloop van syfilis: hiv-positieve patiënten en zwangere vrouwen.

Met de introductie van effectieve antiretrovirale therapie gaat men er van uit dat het verloop van syfilis bij patiënten met een goede afweer (CD4-getal > 350 cellen/mm³) niet afwijkt van dat bij hiv-negatieve patiënten. De behandeling van syfilis bij hiv-positieve patiënten is gelijk aan de behandeling bij hiv-negatieve patiënten. Volgens de laatste inzichten van het CDC verbetert het standaard verrichten van liquoronderzoek de klinische uitkomst van syfilis bij hiv-patiënten niet. Alleen bij aanwezigheid van neurologische afwijkingen is nu liquoronderzoek geboden. Dit vereist wel regelmatige follow-up van hiv-patiënten na de behandeling van syfilis, inclusief screening op neurologische afwijkingen. Omdat de kans op asymptomatische neurosyfilis niet verwaarloosbaar is, staan sommige behandelaars op het standpunt liquoronderzoek te verrichten bij hiv-patiënten met syfilis, ook zonder neurologische verschijnselen. De richtlijn geeft op dit punt geen unaniem standpunt weer.

In Nederland wordt sinds de screening van alle zwangere vrouwen in het eerste trimester zelden congenitale syfilis meer gezien. Van groot belang is de taak van arts-microbioloog in de overdracht van informatie van verloskundige naar gynaecoloog, kinderarts en huisarts bij positieve syfilisserologie tijdens de zwangerschap en aangevraagde diagnostiek bij de neonataat.

Herpes genitalis

De eerste keus voor het aantonen van het virus is een NAAT op materiaal van de bodem van de laesie of vocht van een blaasje en voor het onderzoek van liquor bij verdenking op HSV-meningitis. Bij een gegeneraliseerde of orgaanherpesinfectie, zoals hepatitis is het HSV-viral-loadbepaling in bloed (serum of plasma) aangewezen.

Bij patiënten met afweerstoornissen of ernstige therapieresistente recidieven kan het van belang zijn om resistentiebepalingen uit te voeren.

Het bepalen van HSV-typespecifieke antistoffen kent voor individuele diagnostiek weinig toepasbaarheid. Wel kan de serologie van nut zijn in sero-epidemiologische studies en kan men er gebruik van maken om vast te stellen of de klinische verschijnselen berusten op een primaire infectie of op een recidief, op basis van aantoonbaar specifiek IgG en IgM.

Voor de aanbevolen diagnostiek bij herpes neonatorum en herpes genitalis in de zwangerschap en rondom de geboorte wordt verwezen naar de richtlijn zelf.

Anogenitale HPV, geen high risk HPV (hrHPV), vaccinatie en screening

Vaccinatiestrategieën ter primaire preventie van baarmoederhalskanker en/of anogenitale wratten worden in de richtlijn niet besproken. In het algemeen kan de diagnose

condylomata acuminata (genitale wratten door HPV type 6 of 11) klinisch worden gesteld. Bij twijfel tussen condylomata acuminata of condylomata lata (syfilis) moet ook diagnostiek in die richting worden uitgevoerd. HPV detectie kan worden gedaan op een uitstrijk van de laesie of een biopsie. Bij een laesie verdacht voor een anuscarcinoom zal een biopsie worden genomen dat histologisch wordt onderzocht en waarop HPV-onderzoek met behulp van een NAAT wordt uitgevoerd. Een overzicht van de diagnostiek en de aanbevolen behandeling van AGW kan in de richtlijn worden gevonden.

Procedures

Het deel C over partnerwaarschuwing en seksueel misbruik mag minder belangrijk lijken voor de in het laboratorium werkzame medisch specialist, maar juist bij aanvragen voor onderzoek binnen het kader van regelingen en afspraken is het goed om op deze informatiebron te kunnen terugvallen.

Belangenconflict en financiële ondersteuning

Geen gemeld.

Zie voor gebruikte afkortingen en referenties de richtlijn via www.huidarts.info.

Samenstelling van de werkgroep

In de werkgroep waren vertegenwoordigd de dermatologen (NVDV), gynaecologen (NVOG), artsen-microbioloog (NMMM), internisten (NIV, NVHB), kinderartsen (NVK), neurologen (NVN) en urologen (NVU). De multidisciplinaire werkgroep bestond uit vertegenwoordigers van diverse wetenschappelijke verenigingen en adviseurs afkomstig uit het Cib/RIVM, GGD'en, NHG, Soa Aids Nederland, V&VN, HIV Vereniging Nederland. Door deze samenstelling en het gebruikmaken van het formaat van de LCI-richtlijnen is getracht zo veel mogelijk overeenstemming te bereiken tussen de eerstelijns SOA-richtlijn voor huisartsen en de richtlijnen die worden gehanteerd bij de GGD-Soa-poliklinieken. Daarnaast werd commentaar gegeven door Nederlandse Vereniging voor Reumatologie, de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen, de Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied, en het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap. Bij een volgende versie van de richtlijn kan worden overwogen de werkgroep uit te breiden met meer aangrenzende specialisten. Ondersteuning werd gegeven door het bureau van de NVDV en met name door dr. J.J. van Everdingen. Alle zeven achterliggende wetenschappelijke beroepsverenigingen hebben de richtlijn geautoriseerd. Financiële steun werd verleend door de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

Naam	Functie	Affiliatie	Vertegenwoordiging
Prof. dr. H.J.C. de Vries	Dermatoloog, voorzitter werkgroep	AMC, GGD Amsterdam	NVDV
Prof. dr. G.J.J. van Doornum	Arts-microbioloog	Erasmus MC, emeritus	NVMM
Dr. C.J. Bax	Gynaecoloog	AMC	NVOG
Prof. dr. J.E.A.M. van Bergen	Huisarts, epidemioloog, public health arts	Soa Aids Nederland	Soa Aids Nederland
Drs. J. de Bes	Arts-onderzoeker richtlijnontwikkeling	NVDV	NDVD
Dr. A.P. van Dam	Arts-microbioloog	OLVG	NVMM
Dr. J.J.E. van Everdingen	Directeur NVDV	NVDV	NVDV
Dr. H. Götz	Arts infectieziekten	GGD Rotterdam-Rijnmond	GGD
Drs. A.G.W van Hulzen	Verpleegkundig specialist	Isala klinieken	V&VN
Dr. S.H. Kardaun	Dermatoloog	UMC Groningen	NVDV
Dr. E. Lanjouw	AIOS dermatologie	Erasmus MC	NVDV
Dr. E. van Leeuwen	Gynaecoloog	AMC	NVOG
Drs. M.T.W. Lock	Uroloog	UMC Utrecht	NVU
Prof. dr. P. Portegies	Neuroloog	OLVG Amsterdam, AMC	NVN
Dr. K.D. Quint	AIOS dermatologie	LUMC	NVDV
Dr. B.J.A. Rijnders	Internist	Erasmus MC	NVHB
Dr. G.I.J.C. Rours	Kinderarts, klinisch epidemioloog	Erasmus MC	NVK
Dr. M.A.B. van der Sande	Arts-epidemioloog	RIVM	RIVM
Dhr. L. Schenk	Patiënt-vertegenwoordiger	Poz&Proud, Hiv Vereniging Nederland	Hiv Vereniging Nederland
Dr. H.J. Scherpbier	Kinderarts	AMC, Emma kindziekenhuis	NVK
Dr. V. Sigurdsson	Dermatoloog	UMC Utrecht	NVDV
Drs. R. Soetekouw	Internist	Kennemer Gasthuis	NIV
Dr. J. van Steenberghe	Arts-epidemioloog	RIVM	RIVM
Dr. H.T. Tjhie	Arts-microbioloog	Stichting PAMM	NVMM
Drs. L. Verlee	Huisarts/wetenschappelijk medewerker	NHG	NHG

Referenties

- Haarst EP van. Epididymitis. Ned Tijdschr Urol. 2009;17:112-6.
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Richtlijn Pelvic inflammatory disease en tubo-ovarieel abces, 2012.
- Nederlandse Vereniging voor Urologie. Richtlijn Bacteriële urineweg-infecties bij adolescenten en volwassenen. Etiologie, diagnostiek, behandeling en profylaxe, 2009.
- Soetens et al. Sexually Transmitted Infections including HIV, in the Netherlands in 2012. RIVM, 2013.
- STI's including HIV, in the Netherlands in 2012. RIVM report 2013.
- Vries HJ de, Smelov V, Ouburg S, Pleijster J, Geskus RB, Speksnijder AG, Fennema JS, Morré SA. Anal lymphogranuloma venereum infection screening with IgA anti-*Chlamydia trachomatis*-specific major outer membrane protein serology. Sex Transm Dis. 2013;37:789-95.
- Wasley GD, Wong HHY. Syphilis Serology, Principles and Practice. Oxford Medical Publications, 1988:103.

De samenvattingskaart is te downloaden via xx of te bestellen via xxx.