

## CBO-richtlijn 'Seksueel overdraagbare aandoeningen en herpes neonatorum' (herziening)

O.P.BLEKER, W.I.VAN DER MEIJDEN, J.WITTENBERG, J.E.A.M.VAN BERGEN, A.J.P.BOEKE, G.J.J.VAN DOORNUM, C.J.M.HENQUET, J.M.D.GALAMA, M.J.POSTMA, J.M.PRINS EN P.C.VAN VOORST VADER\*†

In 1993 stond in dit tijdschrift een samenvatting van de consensus over curatieve bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) van het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (thans: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO).<sup>1</sup> In de daaropvolgende jaren verschenen soa-richtlijnen van diverse wetenschappelijke verenigingen<sup>2</sup> en verschillende verwante standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).<sup>3-7</sup> Ook het aantal soa-richtlijnen van internationale wetenschappelijke organisaties is aanzienlijk toegenomen.<sup>8-10</sup>

De prevalentie van allerlei soa's leek na 1993 af te nemen, behalve die van de HIV-infectie. Vrij recent is echter een toename van *Chlamydia trachomatis*-infecties en ook van andere soa's vastgesteld.<sup>11-13</sup> Er zijn belangrijke ontwikkelingen geweest ten aanzien van de diagnostische mogelijkheden bij soa's, zoals de polymerasekettingreactie- en ligasekettingreactietest. Er zijn ook nieuwe therapeutische mogelijkheden ter beschikking gekomen, zoals de eenmalige behandeling met azitromycine, waardoor de therapietrouw wordt bevorderd. Tenslotte

\*Namens de leden van de werkgroep, die aan het eind van dit artikel staan vermeld.

†Dit artikel wordt afgedrukt met meer dan 6 auteurs; naar het oordeel van de redactie voldoen allen aan de criteria voor auteurschap.

Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam.  
Afd. Verloskunde en Gynaecologie: prof.dr.O.P.Bleker, gynaecoloog.  
Afd. Interne Geneeskunde: dr.J.M.Prins, internist-infectioloog.  
Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam.  
Afd. Dermatologie en Venereologie: dr.W.I.van der Meijden, dermatovenereoloog.  
Afd. Virologie: dr.G.J.J.van Doornum, arts-microbioloog.  
Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Postbus 20.064, 3502 LB Utrecht.  
Mw.drs.J.Wittenberg, epidemioloog.  
Stichting SOA-bestrijding, afd. Kwaliteitsbeleid en Deskundigheidsbevordering, Utrecht.  
J.E.A.M.van Bergen, huisarts-epidemioloog.  
Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht.  
Dr.A.J.P.Boeke, huisarts.  
Academisch Ziekenhuis, afd. Dermatologie en Venereologie, Maastricht.  
C.J.M.Henquet, dermatovenereoloog.  
Universitair Medisch Centrum St Radboud, afd. Medische Microbiologie, Nijmegen.  
Prof.dr.J.M.D.Galama, arts-viroloog.  
Groningen University Institute for Drug Exploration, Groningen.  
Dr.M.J.Postma, farmaco-econoom.  
Academisch Ziekenhuis, afd. Dermatologie en Venereologie, Groningen.  
Dr.P.C.van Voorst Vader, dermatovenereoloog.  
Correspondentieadres: mw.drs.J.Wittenberg (mwr@cbo.nl).

### SAMENVATTING

- In de herziene CBO-richtlijn 'Seksueel overdraagbare aandoeningen en herpes neonatorum' wordt de actuele wetenschappelijke stand van zaken weergegeven aangaande diagnostiek en behandeling van een groot aantal seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) en herpes neonatorum.
- Symptomatische behandeling van mogelijke *Chlamydia trachomatis*-infectie en gonorrhoe zonder voorafgaande diagnostiek wordt ontraden. Na afname van materiaal kan direct met de behandeling begonnen worden.
- Risicogroepen die in aanmerking komen voor screening of proactief testen op *C. trachomatis*-infectie zijn: partners van *C. trachomatis*-positieve personen, bezoekers van soa-poliklinieken, vrouwen die een abortus ondergaan, moeders van pasgeborenen met conjunctivitis of pneumonitis, jonge personen van Surinaamse of Antilliaanse afkomst, jonge vrouwen met nieuwe relaties en personen bij wie de anamnese wijst op risikant seksueel gedrag.
- Als interval tussen een risicocontact en de HIV-test kan een periode van 3 maanden gehanteerd worden (vroeger was dat 6 maanden), tenzij postexpositieprofylaxe is toegepast.
- Bij behandeling van vroege syfilis hoeft geen onderscheid gemaakt te worden tussen wel- en niet-HIV-geïnfecteerden.
- Onderzoek op herpes-simplexvirus durante partu bij vrouwen die bekend zijn wegens herpes genitalis wordt niet langer aanbevolen. Virologisch onderzoek van de neonatus wordt alleen nog geadviseerd als er durante partu aanwijzingen zijn voor een manifestatie van herpes genitalis bij de moeder.

hebben de nieuwe diagnostische en therapeutische mogelijkheden gevolgen voor de discussie over de noodzaak om een actievore/proactieve screening te beginnen.

Dit alles was reden om opnieuw een CBO-werkgroep in te stellen op het terrein van soa's en herpes neonatorum. Deze werkgroep was multidisciplinair en werkte volgens de 'evidence-based' methode van richtlijnontwikkeling van het CBO.<sup>14</sup> De aanpak van de werkgroep hield in dat telkens een bepaald micro-organisme centraal stond en dat men een antwoord trachtte te vinden op één of meerdere vragen die belangrijk zijn voor de dagelijkse praktijk. De herziene richtlijn werd als concept voorgelegd aan betrokkenen bij de soa-zorg in Nederland. Aan de hand van de gevoerde discussie stelde de werkgroep de definitieve richtlijn op.<sup>15</sup>

In dit artikel vatten wij de belangrijkste aanbevelingen van de richtlijn samen. Voor alle nuances en overwegingen die tot een bepaalde aanbeveling hebben geleid, verwijzen wij naar de volledige richtlijntekst.<sup>15</sup>

De symptomatische behandeling van mogelijke *C. trachomatis*-infectie en gonorroe zonder voorafgaande diagnostiek wordt ontraden. Wanneer er wordt afgezien van laboratoriumonderzoek kan de diagnose 'soa' niet met zekerheid worden gesteld; dit vergroot het risico dat onvoldoende of geen voorlichting wordt gegeven over de mogelijkheden van preventie van soa's en over andere aspecten van soa-zorg, zoals partnerwaarschuwing en bronopsporing in samenwerking met soa-verpleegkundigen van de Gemeentelijke Geneeskundige Dienst (GGD). Bij alle patiënten met een urethritis en ook bij patiënten bij wie een salpingitis ('pelvic inflammatory disease'; PID) wordt vermoed, wordt daarom afname van materiaal voor diagnostisch onderzoek geadviseerd, waarna de behandeling met antibiotica onmiddellijk kan worden begonnen.

**Diagnostiek.** Voor de diagnostiek van een *C. trachomatis*-infectie wordt aanbevolen een nucleïnezuuramplificatietest uit te voeren op materiaal van de urethra of op eerstestraalsurine bij de man en op materiaal van de cervix uteri en de urethra bij de vrouw. Eerstestraalsurine is bij vrouwen geen gelijkwaardig alternatief omdat er in de urine factoren aanwezig kunnen zijn die de test verstoren.

Voor screening op *C. trachomatis*-infecties is, zowel bij mannen als bij vrouwen, de uitvoering van een nucleïnezuuramplificatietest op urine de aangewezen techniek (deze screening komt verderop aan de orde).

Voor de diagnostiek van gonorroe is de kweek van materiaal uit de urethra bij de man en uit de cervix en urethra bij de vrouw nog steeds de aangewezen techniek. Indien men de nucleïnezuuramplificatietest gebruikt voor de diagnostiek van gonorroe, dient men overleg te plegen met de microbioloog aangaande het vaststellen van resistentie. De werkgroep adviseert uit-

drukkelijk de handhaving van een nationaal surveillancesysteem voor epidemiologische gegevens en een op laboratoriumuitslagen gebaseerd systeem voor de surveillance en de bepaling van de resistentieontwikkeling van gonokokken.

**Behandeling.** De behandeling van *C. trachomatis*-infectie, PID, urethritis en gonorroe is samengevat in tabel 1.

**Screening.** Volgens de werkgroep is een bevolkingsonderzoek op *C. trachomatis*-infecties in Amsterdam aangewezen. Hiervan is een gunstige kosteneffectiviteit aangetoond.<sup>16</sup> Voor andere gebieden in Nederland is eerst prevalentieonderzoek nodig. Er is een verband tussen seksuele gedragskenmerken – zoals wisselende seksuele contacten en onveilig vrijen – enerzijds en *C. trachomatis*-infectie anderzijds.<sup>17</sup> In een onderzoek in Amsterdam werden 'jonge leeftijd', 'Surinaamse of Antilliaanse afkomst' en 'recente nieuwe seksuele relatie' als risicofactoren voor *C. trachomatis*-infectie geïdentificeerd.<sup>18</sup> Partners van personen met een *C. trachomatis*-infectie en moeders van neonaten met een *Chlamydia*-conjunctivitis of -pneumonie zijn in meer dan 50% van de gevallen geïnfecteerd.<sup>19 20</sup>

Risicogroepen die in aanmerking komen voor screening of proactief testen op *C. trachomatis*-infectie zijn: partners van *C. trachomatis*-positieve personen, bezoekers van soa-poliklinieken, vrouwen die een abortus ondergaan, moeders van pasgeborenen met conjunctivitis of pneumonitis, jonge personen van Surinaamse of Antilliaanse afkomst, jonge vrouwen met nieuwe relaties en personen bij wie de anamnese wijst op riskant seksueel gedrag.

**Controletest.** Een routinematige controletest na behandeling wordt voor zowel een *C. trachomatis*-infectie als gonorroe niet meer aanbevolen. Een controletest wordt wel geadviseerd bij persistieren van de klachten, bij mogelijke herinfectie, bij zwangeren die behandeld

TABEL 1. Behandeling van *Chlamydia trachomatis*-infectie, salpingitis ('pelvic inflammatory disease'; PID), urethritis en gonorroe

aandoening	therapie
<i>C. trachomatis</i> -infectie ongecompliceerde infectie	azitromycine 1 g eenmalig p.o. (2e keus: doxycycline 100 mg 2 dd p.o. 7 dagen)
patiënt zwanger	amoxicilline 500 mg 3 dd p.o. 7 dagen
PID	meteen beginnen met (syndroombestrijding; 'syndromic management'): ofloxacin 400 mg 2 dd p.o. én metronidazol 500 mg 2 dd p.o., beide 14 dagen
urethritis	meteen beginnen met (syndroombestrijding; 'syndromic management'): azitromycine 1 g eenmalig p.o. (2e keus: doxycycline 100 mg 2 dd p.o. 7 dagen)
bij een positief grampreparaat of vermoeden van gonorroe toevoegen	ciprofloxacine 500 mg eenmalig p.o. óf ceftriaxon 250 mg i.m.
gonorroe	meteen bij vermoeden beginnen met: ciprofloxacine 500 mg eenmalig p.o. óf ceftriaxon 250 mg i.m.
toevoegen:	azitromycine 1 g eenmalig p.o. (in verband met 10-50% dubbelinfecties met <i>C. trachomatis</i> )

werden vanwege een *C. trachomatis*-infectie en bij gonorrhoe met een in vitro gebleken resistentie tegen het gebruikte antibioticum. Ook bij een patiënt zonder symptomen kan een controletest overwogen worden (ter geruststelling van de patiënt). Een controletest biedt daarnaast de mogelijkheid om opnieuw de preventie van soa's te bespreken.

**Partnerwaarschuwing.** De terugrekenperiode voor partnerwaarschuwing bij een gediagnosticeerde *C. trachomatis*-infectie of een infectie met *Neisseria gonorrhoeae* is in de nieuwe richtlijn uitgebreid tot 6 maanden.

#### INFECTIE MET HUMAAN PAPILLOMAVIRUS

Bij patiënten met typische condylomata acuminata is onderzoek naar premaligne afwijkingen van vulva, vagina en cervix, bijvoorbeeld met de azijnzuurtest, niet aangewezen. Bij condylomen vindt men namelijk veelal andere subtypen van humaan papillomavirus (HPV) dan bij de intra-epitheliale maligniteiten die met HPV in verband zijn gebracht. Bij patiënten met condylomata acuminata wordt een cervixuitstrijk mede daarom niet geadviseerd. Ook partnerwaarschuwing wordt niet aanbevolen. Condoomgebruik ter preventie van condylomata acuminata wordt bij een vaste relatie niet geadviseerd, maar bij een nieuwe seksuele relatie wel. De reden hiervoor is dat de seksuele partner bij een vaste relatie waarschijnlijk al a priori geïnfecteerd is met HPV.

Bij alle kinderen met anogenitale condylomata acuminata wordt zorgvuldig dermatologisch en kindergeneeskundig onderzoek aanbevolen, waarbij aandacht besteed dient te worden aan de mogelijkheid van seksueel misbruik. De interpretatie van een geconstateerde anogenitale HPV-infectie moet zorgvuldig plaatsvinden op grond van zowel klinische als sociale informatie. Bij vermoeden van seksueel misbruik of bij twijfel dient men te overleggen met de huisarts en de vertrouwensarts.

#### INFECTIE MET HERPES-SIMPLEXVIRUS

Voor de diagnostiek van genitale infecties met herpes-simplexvirus (HSV) gaat de voorkeur uit naar nucleïnezuuramplificatietechnieken. Indien deze niet beschikbaar zijn, kan een virusweeek worden ingezet. Serologische technieken zijn niet geschikt als middel om in de dagelijkse praktijk de diagnose 'herpes genitalis' te stellen.

#### INFECTIE MET HEPATITIS-B-VIRUS

De werkgroep meent dat het verdedigbaar is om bezoekers van soa-poliklinieken routinematig vaccinatie tegen hepatitis-B-virus (HBV) aan te bieden en ze vindt dat deze vaccinatie door de ziektekostenverzekeraar vergoed zou moeten worden. Overigens beveelt ze wel nader onderzoek naar de kosteneffectiviteit aan. Een dergelijke HBV-vaccinatie van personen die tot risicogroepen behoren, onder wie soa-polikliniekbezoekers, is in 2002 projectmatig opgestart vanuit de GGD Nederland. Ook is het gewenst dat de kosteneffectiviteit van vaccinatie tegen hepatitis A wordt onderzocht bij homoseksuele mannen met risicovol seksueel gedrag. Dit gedrag creëert een situatie waarin de hepatitis-A-virusinfectie mogelijk seksueel wordt overgedragen.

Tenslotte heeft de werkgroep een voorstel geformuleerd voor doorverwijzing van patiënten met chronische hepatitis B naar de specialist; dit voorstel is restrictiever dan dat van de NHG-standaard,<sup>21</sup> doordat een uitgebreider serologisch onderzoek als basis wordt genomen. De standaard beveelt aan patiënten naar de specialist te verwijzen als men chronische hepatitis B vermoedt. De werkgroep adviseert verwijzing voor eventuele behandeling met antivirale middelen bij een positieve hepatitis-B-e-antigeen(HBeAg)-uitslag of bij een negatieve HBeAg-uitslag met verhoogde serumtransaminasewaarden.

#### INFECTIE MET HIV

De werkgroep adviseert in de grote steden aan alle zwangeren de HIV-test aan te bieden. Buiten de grote steden geldt als indicatie voor het aanbieden van de test dat de zwangere 'behoort tot een groep met een verhoogd risico op HIV-infectie'.<sup>22</sup>

De werkgroep heeft een overzicht gemaakt van indicaties voor HIV-postexpositieprofylaxe (PEP) bij onveilig anaal of vaginaal seksueel contact (tabel 2). Bij laagrisico-exposities wordt terughoudendheid bepleit, om iatrogene schade ten gevolge van deze profylaxe te voorkomen.<sup>23</sup>

De werkgroep adviseert om als interval tussen een risicocontact en de HIV-test een periode van 3 maanden te hanteren (vroeger was dat 6 maanden). Als PEP is

TABEL 2. Indicaties voor HIV-postexpositieprofylaxe (PEP) na onveilig anaal of vaginaal seksueel contact

*hoogrisico-incident: PEP sterk overwogen*  
onbeschermd receptief anaal of vaginaal seksueel contact met  
– een bekende HIV-positieve bronpersoon  
– een mogelijk/waarschijnlijk HIV-positieve bronpersoon\* én risicoverhogende omstandigheden, zoals slijmvlieslaceratie, bloedbijmenging, gelijktijdig bestaan van een soa en een hoge HIV-viremiteter

*laagrisico-incident: PEP met terughoudendheid overwogen*  
onbeschermd receptief anaal of vaginaal seksueel contact met een mogelijk/waarschijnlijk HIV-positieve bronpersoon\* zonder risicoverhogende omstandigheden, zoals slijmvlieslaceratie, bloedbijmenging, gelijktijdig bestaan van een soa en een hoge HIV-viremiteter

*incident met verwaarloosbaar klein risico: PEP afraden*  
– onbeschermd receptief anaal of vaginaal seksueel contact met een bronpersoon van wie de HIV-status onbekend maar waarschijnlijk niet positief is, met of zonder risicoverhogende omstandigheden zoals slijmvlieslaceratie, bloedbijmenging, gelijktijdig bestaan van een soa en een hoge HIV-viremiteter  
– andere seksuele handelingen met een laag risico met een bronpersoon van wie al dan niet bekend is of deze HIV-positief is (bijvoorbeeld oraal seksueel contact met of zonder ejaculatie)

Soa = seksueel overdraagbare aandoening.

\*Mogelijk/waarschijnlijk HIV-positieve bronpersoon = bronpersoon met een a-priorikans op HIV-positiviteit > 10% (de achtergrondprevalentie van de HIV-infectie).

toegepast, is een follow-upperiode van 6 maanden geïndiceerd, omdat na gebruik van PEP de ontwikkeling van antistoffen en van de virushoeveelheid in het bloed kan worden vertraagd.

Bezoekers van soa-poliklinieken dienen een HIV-test aangeboden te krijgen. Omdat patiënten eventueel vroegtijdig kunnen worden behandeld, zodat verdere verspreiding van HIV mogelijk wordt voorkomen, is dit een potentieel kosteneffectieve interventie.<sup>24</sup>

#### CYTOMEGALOVIRUSINFECTIE

Volwassenen lopen een cytomegalovirus (CMV)-infectie voornamelijk als soa op via speeksel en via genitaal en receptief anaal contact. CMV is een belangrijke oorzaak van congenitale en perinatale infecties, maar het bepalen van CMV-antistoffen tijdens de zwangerschap is niet zinvol aangezien de uitslag vaak geen invloed heeft op het verder te voeren beleid. Wel verdient het aanbeveling om het eerste serummonster dat tijdens de zwangerschap wordt afgenomen (voor de bepaling van onder meer bloedgroep, resusfactor en luesreacties) te bewaren tot een maand na de bevalling. Met dit monster kan men dan later nagaan of een opgetreden CMV-infectie recent is of niet.

Het bewaren van het serummonster is ook van belang voor onderzoek naar andere mogelijke oorzaken van congenitale infecties. De werkgroep bepleit daarom dat de Coördinatiecommissie Prenatale en Postnatale Screening van het College voor zorgverzekeringen het bewaren van dit eerste monster als voorwaarde hanteert bij het verlenen van contracten aan laboratoria voor de uitvoering van het pre- en postnataal onderzoek.

#### SYFILIS

Bij de behandeling van vroege syfilis hoeft men geen onderscheid te maken tussen HIV-geïnfekteerden en niet-HIV-geïnfekteerden. De behandeling bestaat in beide gevallen uit benzylpenicilline  $2,4 \times 10^6$  E i.m. Alleen bij HIV-patiënten met een ernstige immuundeficiëntie wordt herhaling van de behandeling op dag 8 en 15 aanbevolen. HIV-geïnfekteerden dienen na behandeling van vroege syfilis extra zorgvuldig gecontroleerd te worden, met een afsluitend onderzoek van de liquor cerebrospinalis na 2 jaar.

Screening van zwangeren op syfilis lijkt nog steeds kosteneffectief en dient te worden voortgezet. Vroege syfilis bij zwangeren wordt behandeld met benzylpenicilline in een dosering zoals eerder genoemd, maar dan op dag 1, 8 en 15.

#### HERPES NEONATORUM

*Preventie.* De werkgroep heeft zich gebogen over de vraag of de preventie van herpes neonatorum in ons land verder kan worden verbeterd en of het mogelijk is die preventie te vereenvoudigen. Een aantal achtergrondgegevens is daarbij van belang:

- Ongeveer driekwart van de met herpesvirus geïnfekteerde kinderen wordt geboren uit moeders die niet bekend zijn wegens herpes genitalis.<sup>25</sup>
- Sinds 15 jaar is de incidentie van herpes neonatorum

in Nederland onveranderd laag: 2,5 per 100.000 levendgeborenen.<sup>26 27</sup>

– Herpes-simplexvirus type 1 (HSV-1) was in de periode 1992-1998 in Nederland verantwoordelijk voor 73% van de neonatale herpesinfecties en het aandeel daarvan lijkt toe te nemen.<sup>27</sup>

– Een onbekend deel van de neonatale infecties in Nederland berust op postnatale besmetting met HSV. Gezien het grote aandeel van HSV-1, dat met name verband houdt met herpes labialis (koortslip), neemt postnatale overdracht mogelijk een belangrijke plaats in.

De werkgroep is na uitvoerige discussie, ook met vertegenwoordigers uit het veld (onder wie verloskundigen), uiteindelijk tot de conclusie gekomen dat er in ons land zeer beperkte mogelijkheden zijn om neonatale HSV-infecties te reduceren, behalve dan door preventie van postnatale infecties. De werkgroep beveelt aan bij een (vermoedelijk) primaire anogenitale HSV-infectie in de laatste 4-6 weken van de zwangerschap een sectio caesarea uit te voeren, conform de eerdere consensus-tekst.<sup>26</sup> Bij vermoeden van een herpesrecidief is een vaginale baring acceptabel.

Ten aanzien van de behandeling van zwangeren met herpes genitalis wordt nu een minder terughoudend beleid voorgestaan dan voorheen. De werkgroep adviseert om zwangeren met een uitgebreide en veel klachten veroorzakende, al dan niet primaire, herpes genitalis met aciclovir te behandelen.

*Diagnostiek.* Ten aanzien van de diagnostiek van HSV-infectie bij zwangeren en pasgeborenen stelt de werkgroep een minimalistisch beleid voor: bij zwangeren moet materiaal voor HSV-onderzoek alleen worden afgenomen ter vaststelling van de diagnose 'herpes genitalis'. Onderzoek durante partu bij vrouwen die bekend zijn wegens herpes genitalis wordt niet langer aanbevolen. Virologisch onderzoek van de neonatus wordt alleen nog geadviseerd als er durante partu aanwijzingen zijn voor een – al dan niet eerste – manifestatie van herpes genitalis bij de moeder. Bij de neonatus moet dan materiaal worden afgenomen van zowel de orofarynx als de conjunctivae, bij voorkeur 24-48 h post partum.

Dit betekent een duidelijk andere aanpak dan in de VS en een aantal Europese landen wordt voorgestaan. De toekomst zal moeten uitwijzen in hoeverre een nog terughoudender beleid aanbevolen kan worden, namelijk het nalaten van virologisch onderzoek bij herpesrecidieven, ook als deze recidieven zich voordoen ten tijde van de bevalling. Dat zou de verloskundige praktijk een stuk eenvoudiger maken. De werkgroep pleit voor nauwkeurige landelijke registratie van neonatale herpesinfecties en goede voorlichting van het publiek, met name over het potentiële risico van herpes labialis.

Ofschoon in de richtlijn de nadruk ligt op diagnostiek en therapie, zij met klem vermeld dat in een adequaat soa-consult ook uitvoerig aandacht dient te worden besteed aan preventie en partnerwaarschuwing. Deze aspecten komen in deze richtlijn minder expliciet aan de orde, maar ze worden uitgebreid besproken in voorlichtingsmateriaal van de Stichting SOA-bestrijding in Utrecht ([www.soa.nl](http://www.soa.nl)).

De kernwerkgroep werd gevormd door de eerdergenoemde auteurs van dit artikel; prof.dr.O.P.Bleker was voorzitter, dr.W.I.van der Meijden vice-voorzitter en mw.dr.s.J.Wittenberg secretaris. Daarnaast bestond de werkgroep uit: dr.J.M.Ossewaarde, dr.M.F.Peeters en mw.dr.P.M.E.Wertheim, artsen-microbiologen; dr.A.J.C.van den Brule en dr.S.Bruisten, moleculair-biologen; mw.D.Daemers en mw.A.Ruy-sink, verloskundigen; mw.dr.A.M.Dingemans-Dumas en mw.J.W.Dorigo-Zetsma, artsen-virologen; mw.dr.L.Hakkaart, themacoördinator; mw.dr.J.A.R.van den Hoek, arts-epidemioloog; mw.E.Jacobs, arts; mw.E.Keur, sociaal-verpleegkundige; W.J.L.Kitslaar, abortusarts; M.T.W.T.Lock, uroloog; dr.R.A.de Man, internist-hepatoloog; mw.F.Steeghs, consulend deskundigheidsbevordering; dr.J.W.Trum en dr.G.M.Vermeulen, gynaecologen; mw.I.K.Veldhuijzen, epidemioloog; mw.G.A.de Wit, gezondheidswetenschapper/-econoom; dr.Th.F.W.Wolfs, kinderarts.

Mw.K.Rosenbrand, arts, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht, verrichtte literatuuronderzoek.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

De volledige CBO-richtlijn is te bestellen bij Van Zuiden Communications (zuiden@zuidencomm.nl) en staat bovendien op de website van het CBO: www.cbo.nl.

#### ABSTRACT

*Dutch Institute for Health Care Improvement revised guideline, 'Sexually transmitted diseases and neonatal herpes'*

– The Dutch Institute for Health Care Improvement revised guideline, 'Sexually transmitted diseases and neonatal herpes' summarises the current scientific position on the diagnosis and treatment of a great number of sexually transmitted diseases (STD) and neonatal herpes.

– Symptomatic treatment of suspected *Chlamydia trachomatis* infection and gonorrhoea without previous diagnosis is not recommended. Treatment can be started immediately, once samples have been taken.

– Risk groups eligible for screening or proactive testing on *C. trachomatis* infection include: partners of *C. trachomatis*-positive persons, visitors of STD clinics, women who will undergo an abortion, mothers of newborns with conjunctivitis or pneumonitis, young persons of Surinam or Antillean descent, young women with new relationships and individuals whose history indicates risky sexual behaviour.

– A period of 3 months can be adopted between a risky contact and the HIV test (this used to be 6 months), unless post-exposure prophylaxis was used.

– For the treatment of early syphilis no distinction is drawn between HIV-infected and non-HIV-infected persons.

– It is no longer recommended that women in labour with a history of genital herpes are tested for the herpes simplex virus. Virological testing of the neonate is only advised if the mother shows signs of genital herpes during delivery.

#### LITERATUUR

- Huisman J. Consensus therapie van seksueel overdraagbare aandoeningen. Ned Tijdschr Geneesk 1993;137:125-31.
- Voorst Vader PC van, Burger CW, Meijden WI van der, et al., redacteuren. SOA diagnostiek en therapie richtlijnen 1997. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie; 1997.
- Wigersma L, Fokke HE, Malenstein MM van, Bosch AJ, et al. NHG-standaard Urethritis bij mannen. Huisarts Wet 1996;39:177-83.
- Dekker JH, Veehof LJJ, Heeres PH, Hinloopen RJ, et al. NHG-standaard Pelvic inflammatory disease. Huisarts Wet 1995;38:310-6.

- Boeke APJ, Griethuysen JJI van, Versteeg JW, Westerveld MC, et al. NHG-standaard Herpes genitalis. Huisarts Wet 1995;38:576-80.
- Versteeg JW, Westerveld MC, Boeke APJ, Griethuysen JJI van, et al. NHG-standaard Condylomata acuminata. Huisarts Wet 1995;38:581-4.
- Bakker JJ, Bindels PJE, Brouwer J, Dalhuijsen J, Geldrop WJ van, Kolnaar BMG, et al. NHG-standaard Virushepatitis en andere leveraandoeningen. Huisarts Wet 2000;43:268-75.
- Radcliffe KW, Voorst Vader PC van, Ross JDC, Patel R, Gomberg MA, Póder A. European STD Guidelines IUSTI/WHO 2001. Int J STD & AIDS 2001;12(Suppl 3):1-102.
- Radcliffe KW, Ahmed-Jushuf I, Cowan F, et al., editors. UK national guidelines on sexually transmitted infections and closely related conditions. Sex Transm Inf 1999;75(Suppl 1):S2-88.
- Centers for Disease Control and Prevention. 1998 Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. MMWR 1998;47(No. RR-1):1-116.
- Jaarverslag 2000. Amsterdam: Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst; 2001.
- Bergen JEAM van. Toegenomen incidentie van gonorrhoe en van infectie met *Chlamydia trachomatis* in een huisartsenpraktijk in Amsterdam-Zuidoost, 1996-2000. Ned Tijdschr Geneesk 2001;145:1691-3.
- Laar MJW van de, Haks K, Coenen AJJ. Registratie van SOA en HIV consulten bij GGD's en SOA-poliklinieken: jaarverslag 2000. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2001.
- Everdingen JJE van. Van consensus naar CBO-richtlijn. Ned Tijdschr Geneesk 1999;143:2086-9.
- Richtlijn seksueel overdraagbare aandoeningen en herpes neonatorum. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO; 2002.
- Welte R, Kretzschmar M, Jager JC, Leidl R, Hoek JAR van den, Postma MJ. Opportunistische screening op genitale infecties met *Chlamydia trachomatis* onder de seksueel actieve bevolking van Amsterdam. IV. Kosteneffectiviteitsanalyse van screening uitgebreid met het oog op de specifieke dynamiek van een infectieziekte. Ned Tijdschr Geneesk 2002;146:514-7.
- Stamm WE, Holmes KK. *Chlamydia trachomatis* infections of the adult. In: Holmes KK, Sparling PF, Mardh PA, Lemon SM, Stamm WE, Piot P, et al., editors. Sexually transmitted diseases. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1999.
- Valkengoed IGM van, Boeke APJ, Brule AJ van den, Morrè SA, Dekker JH, Meijer CJLM, et al. Systematische opsporing van infecties met *Chlamydia trachomatis* bij mannen en vrouwen zonder klachten in de huisartspraktijk met behulp van per post verstuurd urinemonsters. Ned Tijdschr Geneesk 1999;143:672-6.
- Quinn TC, Gaydos C, Shepherd M, Bobo L, Hook 3rd EW, Viscidi R, et al. Epidemiologic and microbiologic correlates of *Chlamydia trachomatis* infection in sexual partnerships. JAMA 1996;276:1737-42.
- Schachter J, Grossman M, Sweet RIL, Holt J, Jordan C, Bishop E. Prospective study of perinatal transmission of *Chlamydia trachomatis*. JAMA 1986;255:3374-7.
- Zaat JOM, Bavel PC van, Bruin HJ de, Meijer H, Willemsen JMG, Smelee IJM, et al. NHG-standaard Bloedonderzoek bij verdenking op leveraandoeningen. Huisarts Wet 1992;35:78-82.
- Postma MJ, Hoek JAR van den, Beck EJ, Heeg B, Jager JC, Coutinho RA. Farmaco-economische evaluatie van universele HIV-screening in de zwangerschap; een kosteneffectiviteitsanalyse voor Amsterdam. Ned Tijdschr Geneesk 2000;144:749-54.
- Postma MJ, Bos JM, Jong-van den Berg LTW de, Bergen JEAM van. HIV post-exposure prophylaxis: enhancing its pharmacoeconomic profile by discriminate prescribing. AIDS 2002;16:1177-9.
- Bos JM, Fennema JSA, Postma MJ. Cost-effectiveness of HIV-screening of patients attending clinics for sexually transmitted diseases in Amsterdam. AIDS 2001;15:2031-6.
- Whitley RJ, Corey L, Arvin A, Lakeman FD, Sumaya CV, Wright PF, et al. Changing presentation of herpes simplex infection in neonates. J Infect Dis 1988;158:109-16.
- Meijden WI van der, Dumas AM. Consensus preventie van herpes neonatorum. Ned Tijdschr Geneesk 1987;131:2030-4.
- Gaytant MA, Steegers EAP, Cromvoirt PLM van, Semmekrot BA, Galama JMD. De incidentie van herpes neonatorum in Nederland. Ned Tijdschr Geneesk 2000;144:1832-6.

Aanvaard op 19 september 2002