

Infectie, verwekker	Incubatielijd en symptomatologie	Diagnostiek	Behandeling*	Nacontrole en partner waarschuwing
<b>Neurosyfilis</b> Infectie met <i>Treponema pallidum</i> ssp. <i>pallidum</i> .	Vroege neurosyfilis: hersenzenuw uitval (gehoorverlies, tinnitus, visus stoornissen, faciale paresen), neuropathie, gedragsveranderingen.  Late neurosyfilis: dementia paralytica, tabes dorsalis, neuro-psychiatrische beelden.  Oculaire syfilis: vooral in secundaire en tertiaire stadium. Uveïtis, pijn, roodheid, fotofobie, mouches volantes, visusdaling, fotopsien.	Indicaties lumbaalpunctie: - Klinische verdenking neurosyfilis; - Oculaire syfilis met uveïtis; - Aanwijzingen therapie falen: re-infectie uitgesloten en opnieuw klachten of uitblijven 4-voudige VDRL/RPR titerdaling 12-24 m na behandeling; - Tertiaire syfilis; - Congenitale syfilis en kinderen > 1 jaar; - Neurosyfilis met pleiocytose: liquoronderzoek herhalen na 6-12 m en daarna elke 6 m tot normalisatie celgetal.  Bepalingen liquor cerebrospinalis: TPHA/TPPA, VDRL/RPR, leukocyten.  Oculaire syfilis: op indicatie voorste oogkamerpunctie NAAT Tp. NB hiv serologie.	Klinisch: waterige kristallijne benzylpenicilline G iv 6 maal 3-4 milj IE dd of continue infusie gedurende 10-14 d.  Penicilline allergie: - IgE gemedieerd: penicilline desensibilisatie gevolgd door behandeling met penicilline G. - Niet-IgE gemedieerd: ceftriaxon 2.000 mg iv 1 dd 14 d.  Poliklinisch: ceftriaxon 2.000 mg iv 1 dd 14 d.  Oculaire syfilis: via oogarts.	<b>Partnerwaarschuwing:</b> Zie advies afhankelijk van stadium syfilis.  <b>Controle:</b> Liquoronderzoek 6 en 12 m na behandeling en daarna elke 6 m tot normalisering. Dit schema geldt zowel voor neurosyfilis als oculaire syfilis.
<b>Congenitale syfilis</b> Infectie met <i>Treponema pallidum</i> ssp. <i>pallidum</i>	Kraakbeen- (zadelneus), bot-, cardiale en neurologische afwijkingen, intra-uteriene vrucht dood.	- Serologie neonat en moeder: TPHA/TPPA, EIA immunoblot IgG en IgM (bevestiging), RPR / VDRL; - Lumbaalpunctie; - Evt. echo onderzoek neonat; - Zie ook draaiboek prenatale screening infectieziekten en erythrocytenimmunisatie.	Klinisch (door kinderarts –infectioloog): waterige kristallijne benzylpenicilline G 100.000-150.000 IE per kg/dag, dosis van 50.000 IE/kg/dag iv om de 12 u eerste 7 d, daarna elke 8 u 10 d.	<b>Controle:</b> - Positieve VDRL/RPR: na 3 en 6 maanden controleren. De titer in de non-treponemale serologie moet na 3 maanden gedaald zijn en na 6 maanden negatief. Indien dat niet het geval is, raadpleeg een kinder-infectioloog.  - Negatieve VDRL/RPR: verdere follow-up niet nodig.
<b>Hepatitis A</b> Infectie met Hepatitis A Virus (HAV).	<b>Incubatielijd:</b> 2-7 w (gem. 28 d).  Algehele malaise, koorts, misselijkheid, buikklachten, icterus, licht gekleurde ontlasting.	Anti-HAV IgM, NAAT bloed en/of faeces.	Symptomatisch. Bij ernstig beloop: verwijzing internist- / kinderarts-infectioloog of MDL-arts.	Hepatitis A is meldingsplichtig. Bron- en contactopsporing wordt uitgevoerd door GGD.
<b>Hepatitis B</b> Infectie met Hepatitis B Virus (HBV).	<b>Incubatielijd:</b> 2 w – 6 m (gem. 2-3 m).  Vaak asymptomatisch. Moeheid, verminderde eetlust, algehele malaise, koorts, griepigerig, buikklachten en icterus.	Screening anti-HBc, bij positieve screening doortesten HBsAg, anti-HBs, HBeAg en anti-HBe.  PM Bij immunosuppressie overleg met arts-microbioloog voor aanvullende diagnostiek.	Indien HBsAg positief: verwijzen naar MDL-arts/infectioloog.  Behandeling vindt plaats na evaluatie HBV parameters, leverfunctie en mate van leverfibrose.  - MSM; - Personen die seks hebben voor geld; - Seksuele partner(s) / huisgenoten van HBsAg positieve personen (dragers); - iv drugsgebruikers (via verslavingszorg).	Hepatitis B is meldingsplichtig. Bron- en contactopsporing wordt uitgevoerd door GGD.  Vaccinatie adviseren aan risicogroepen:  - MSM; - Personen die seks hebben voor geld; - Seksuele partner(s) / huisgenoten van HBsAg positieve personen (dragers); - iv drugsgebruikers (via verslavingszorg).  <b>Controle:</b> HBsAg + personen: door internist/huisarts.

Infectie, verwekker	Incubatielijd en symptomatologie	Diagnostiek	Behandeling*	Nacontrole en partner waarschuwing
<b>Hepatitis C</b> Infectie met Hepatitis C Virus (HCV). Als soa is HCV geassocieerd met MSM, ulceratieve soa en hiv.	<b>Incubatielijd:</b> 2-26w (gem. 7w).  Vaak asymptomatisch. 30-50% moeheid, griepigerig, misselijk, donkere urine / verkleurde ontlasting, pijn rechter bovenbuik, <10% icterus.	Bij verdenking chronische HCV-infectie: anti-HCV ELISA en confirmatie indien niet eerder bekend. Bij recent risicocontact met positieve partner en om actieve infectie uit te sluiten: NAAT HCV.  PM bij immunosuppressie en/of hiv overleg met arts-microbioloog voor aanvullende diagnostiek.	Indien anti-HCV positief: verwijzing internist- / kinderarts-infectioloog of MDL-arts voor verder beleid.  Primaire infecties: valaciclovir 1.000 mg po 2 dd 5 d OF aciclovir 400 mg po 3 dd 5 d OF famciclovir 250 mg 3 dd 5 d.  Recidieven: Indrogende therapie (bv zinkoxide of zinksulfaat crème) OF medicatie als bij primaire infectie, start <48 u bij prodromale verschijnselen.  Frequente recidieven: overweeg korte kuur.  Zeer frequente recidieven (>6/j): overweeg onderhoudsmedicatie.	Hepatitis C is meldingsplichtig indien recent opgelopen (<1 jaar geleden). Bron- en contactopsporing wordt uitgevoerd door GGD.  HSV infectie is niet te genezen, alleen symptomatisch te behandelen.  <b>Partnerwaarschuwing:</b> Niet zinvol, informeren van seksuele partners wel.
<b>Herpes genitalis</b> Infectie met humaan HSV type 2 of 1.	<b>Incubatielijd:</b> 2 - 12 d.  Vaak asymptomatisch. Blaasjes met helder vocht, pijnlijke erosies, soms met korstvorming en pussig beslag.  Primo-infectie meestal heftiger dan reactivatie.  Prodromale verschijnselen: koorts, malaise, spierpijn, lokale pijn, jeuk, dysurie, vaginale afscheiding, urethritis en regionale Lymfadenopathie.  Regelmatige reactivatie gedurende vele jaren is mogelijk.  HSV in zwangerschap, bij neonat of immuunecompromitteerden: zie tekst MDR.	NAAT HSV1/2 op materiaal uit blaas/erosie/korst.  HSV-type specifieke serologie heeft geen waarde in de routine diagnostiek (mogelijk wel een hulpmiddel bij vaststellen primo-infectie in het laatste trimester v/d zwangerschap).  DD syfilis, LGV, chancroid en granuloma inguinale (verwijzing soa-deskundig dermatoloog).	Primair infecties: valaciclovir 1.000 mg po 2 dd 5 d OF aciclovir 400 mg po 3 dd 5 d OF famciclovir 250 mg 3 dd 5 d.  Recidieven: Indrogende therapie (bv zinkoxide of zinksulfaat crème) OF medicatie als bij primaire infectie, start <48 u bij prodromale verschijnselen.  Frequente recidieven: overweeg korte kuur.  Zeer frequente recidieven (>6/j): overweeg onderhoudsmedicatie.	HSV infectie is niet te genezen, alleen symptomatisch te behandelen.  <b>Partnerwaarschuwing:</b> Niet zinvol, informeren van seksuele partners wel.
<b>Condylomata acuminata</b> (anogenitale wratten) Infectie met HPV type 6 of 11.	<b>Incubatielijd:</b> 1-8 m (gem. 3 m).  Wratten met bloemkoolachtige structuur, soms keratotisch oppervlak. Soms jeuk, pijn, brandend gevoel of afscheiding.	Diagnose o.b.v. kliniek. Zo nodig: biopt (histologie en HPV immunohistochemische kleuring).  Aanbevolen wordt ook: - soa diagnostiek (incl. speculumonderzoek bij vrouwen en proctoscopie bij perianale wratten). - Syfilisserologie (onderscheid van condylomata lata).	In alfabetische volgorde: - Imiquimod (crème 5%): 3x / w, om de dag, max 16 w; - Podofylotoxine (crème 0,15%, vloeistof 0,5%): 2 dd gedurende 3 achtereenvolgende dagen per week, max 5 w; - Sinecathechine (zalf 10%): 3 dd max 16 w.  Poliklinische ablatieve behandeling (via dermatoloog) o.a. bij inwendige wratten: zie tekst MDR.	<b>Controle:</b> Na 3 m. Bij lokalisatie op interne plaatsen ook speculumonderzoek, urethroscopie of proctoscopie.  <b>Partnerwaarschuwing:</b> Niet zinvol, informeren van vaste seksuele partners wel.
<b>Scabiës (schurft)</b>	<b>Incubatielijd:</b> 2-6 w. Herbesmetting: 1-4 d.  Erythematosquameuze uitslag, gangetjes interdigitaal en rond de tepels bij vrouw of penis en scrotum bij man (niet obligaat). In de tijd toenemende jeuk op plekken waar mijten zitten, en secundair gegeneraliseerde jeuk.	Klinisch beeld. Directe microscopie: KOH 20% preparaat.  Scabiës crustosa: hyperkeratose, papels, noduli. Ernstige infestatie, hoge besmettelijkheid. Verwijzing dermatoloog.	Permetrine 5% crème eenmalig overnacht op huid laten (niet op hoofd) EN hygiënische maatregelen: kleding en beddengoed wassen op 60° C, niet wasbare kledingstukken ≥ 72 u in gesloten plastic zak.	<b>Partnerwaarschuwing/meebehandeling (gelijktijdig):</b> - Alle partners uit voorafgaande 6 w; - Alle gezinsleden / huisgenoten (>15 min frequent huidcontact).
<b>Pediculosis pubis</b> (schaamluis, platjes)	Jeuk, parasiet zichtbaar op huid schaamstreek, neten (eieren) zichtbaar, geklit aan haarschacht	Klinisch beeld. Directe microscopie (kleine vergroting).	Permetrine 5% crème, gedurende 10 min, daarna uitwassen OF malathion 0.5% lotion op droog haar gedurende 12 u. Na 1 w herhalen.	<b>Partnerwaarschuwing en meebehandeling:</b> Alle partners uit de voorafgaande 2 m.

Infectie, verwekker	Incubatielijd en symptomatologie	Diagnostiek	Behandeling*	Nacontrole en partner waarschuwing
<b>Hiv infectie</b>	50-70% van geïnfecteerden ontwikkelt binnen 2-4 w acuut retroviraal syndroom met griepachtig verloop en huiduitslag.  Incubatielijd: AIDS: 0- >15 jaar (gem. 8-10 jr). Window periode voor serologische test: ≤3 m na laatste risicocontact.  AIDS: opportunistische infecties, neurologische ziektebeelden en neoplasieën.	Combi-test (serologie hiv 1 en 2 inclusief p24 antigeen). Hiv sneltest (NB minder sensitief dan combi-test in window periode). Confirmatie: Western Blot of RNA bepaling.	Antiretrovirale behandeling door hiv behandelcentrum.	<b>Partnerwaarschuwing:</b> Alle partners uit het leven of alle partners vanaf de laatste bekende negatieve hiv-serologie.
<b>Mycoplasma genitalium</b>	Mg geassocieerd met NGU bij mannen. Onvoldoende bewijs voor associatie met fluorklachten, PID, epididymitis, infertilititeit, overige complicaties.	Mg wordt NIET routinematig getest. Bij mannen met (persisterende) NGU testen op Mg overwegen.	- 1e keus: azitromycine 500 mg po op dag 1, dag 2-5 250 mg po 1dd. - 2e keus: moxifloxacin 400 mg po 1 dd 7-10 d.	<b>Meebehandeling:</b> Seksuele partner van iemand met Mg in 58% van de gevallen ook positief. Daarom vaste partner altijd testen en partner kan evt. meebehandeld worden.

Partnerwaarschuwing en meebehandeling: zie tekst MDR en draaiboek Partnermanagement RIVM.  
Seksueel misbruik (met name bij kinderen) en acute zorg na seksaccident: zie tekst MDR en draaiboek Seksaccidenten RIVM.  
Handvatten voor gespreksvoering in het soa consult: zie tekst MDR.

\* voor meer alternatieve behandelopties: zie tekst MDR  
◇ Vanwege relevantie voor soa-bestrijding toegevoegd, gebaseerd op LCI-richtlijn, niet behandeld in tekst MDR

Afkortingen: BV, bacteriële vaginose; Ct, Chlamydia trachomatis; EIA, Enzyme Immuno Assay; EUG, extra-uteriene graviditeit; FTA-abs, Fluorescent Treponemal Antibody absorbed; HPV, Humaan papillomavirus; HSV, Herpes simplex virus; LGV, Lymphogranuloma venereum; Mg, Mycoplasma genitalium; MSM, mannen die seks hebben met mannen; NAAT, Nucleic Acid Amplification Test; Ng, Neisseria gonorrhoeae; NGU, niet-gonorrhoeische urethritis; PID, Pelvic inflammatory disease; HBV, Infectie met Hepatitis B Virus; RPR, Rapid Plasma Reagin; SARA, sexually acquired reactive arthritis; Tp, Treponema pallidum; TPHA, Treponema pallidum haemagglutination assay; TPPA, Treponema pallidum Partical Agglutination; Tv, Trichomonas vaginalis; VDRL, Venereal Disease Research Laboratory test.

Dit overzicht is gebaseerd op HJC de Vries, AP van Dam, CJ Bax, et al.: Multidisciplinaire Richtlijn Seksueel Overdraagbare Aandoeningen, Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) en Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM), 2018: www.nvdv.nl. De richtlijn is geautoriseerd door de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie, Nederlandse Internisten Vereniging (NIV), Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN), Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), Nederlandse Vereniging voor HIV behandelen (NVHB), Nederlandse Oogheelkundig Genootschap (NOG), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlandse Vereniging Infectieziektebestrijding (NVIB) en Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU). Het overzicht pretendeert niet volledig te zijn. De redactie was in handen van Soa Aids Nederland en de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI).



**SOAIDS**

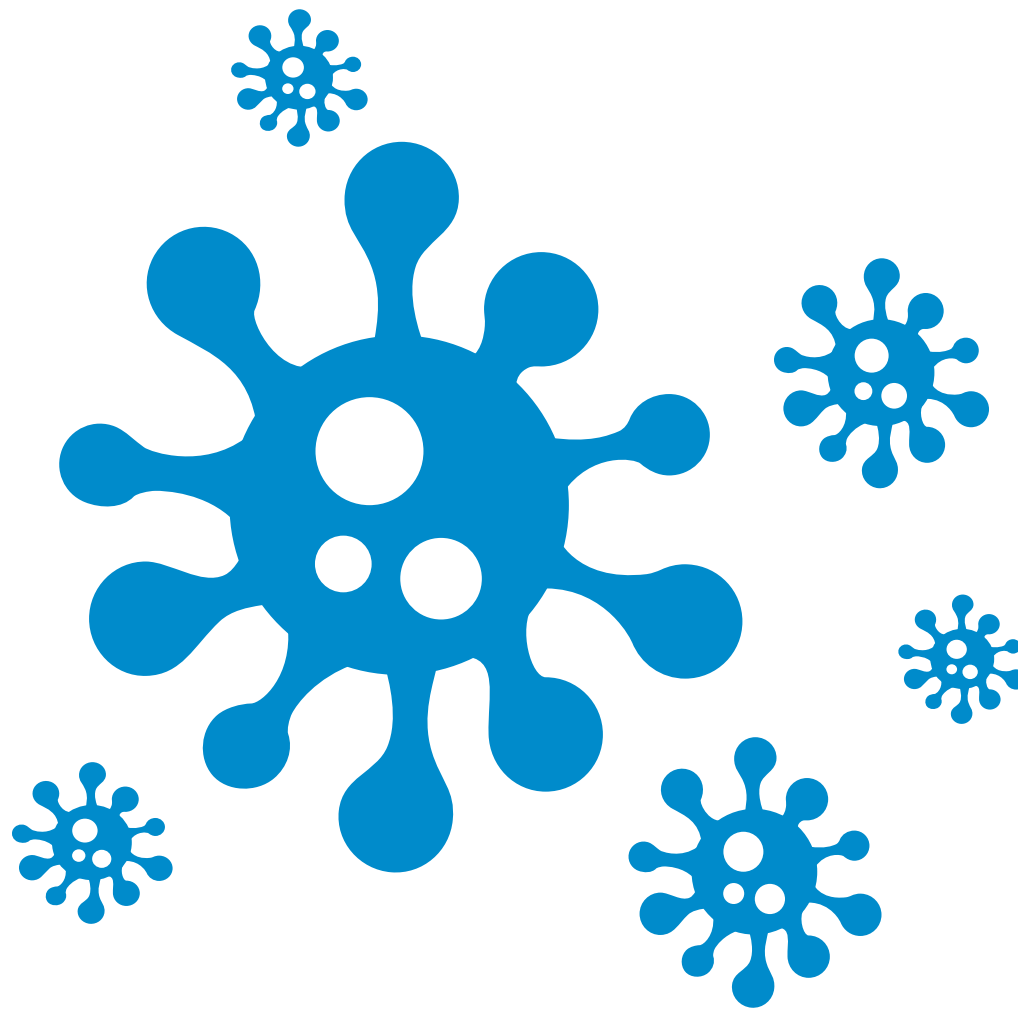
MDR  
SOA  
APP

**DOWNLOAD NU DE MDR SOA APP via de app store en google play.\* De MDR is online beschikbaar op soaids.nl/mdr**

\* Dit is de laatste papieren versie van deze samenvattingskaart. Updates en volgende versies zullen beschikbaar zijn via de MDR soa APP

# Diagnostiek en behandeling van seksueel overdraagbare aandoeningen (soa)

## Gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn (mdr) soa 2018



**SOAIDS**



Syndromen	Symptomatologie	Diagnostiek	Behandeling*	Controle en partner waarschuwing
<b>Urethritis bij de man</b>  Oorzaken: Ng, Ct, Mg, HSV.	Dysurie, irritatie van de urethra en/of jeuk i.c.m. afscheiding uit de urethra.	Lichamelijk onderzoek: Inspectie genitaliën, afscheiding (mucoid/purulent), palpatie scrotum en liezen, rood oog.  Aanvullend onderzoek: • Urethritis zonder afscheiding: eerststraaals urine, bepaal leucocyten in sediment of leucocyten esterase test (dip stick). • Urethritis met leukocyturie/ afscheiding: - NAAT Ct en Ng op 1e straaal urine. Indien mogelijk sneldiagnostiek Ng m.b.v. methyleenblauwkleuring of gramkleuring. - N.a.v. seksuele technieken of klachten elders: uitstrijk van locatie (bv rectum, keel, conjunctiva).	Syndroomaal: - 1e keus: azitromycine 1.000 mg po eenmalig; - 2e keus: doxycycline 100 mg po 2 dd 7 d. - Alternatief: ofloxacin 400 mg po 2dd 7 d.  Indien grote kans op gonorrhoe, diplococci bij lichtmicroscopie en/of groot risico dat patiënt niet voor follow-up verschijnt. Ceftriaxon 500 mg eenmalig i.m. PLUS syndromale behandeling.	<b>Controle:</b> - Indien aanhoudende klachten: opnieuw evaluatie. - Overweeg Mg diagnostiek en behandeling bij persisterende NGU. - Bij een bewezen gonorrhoe-infectie: kweek met resistentiebepaling (gezien mogelijkheid van multiresistente gonokok), of als deze al was afgenomen nagaan wat de uitslag is en beleid hier op afstemmen.  <b>Partnerwaarschuwing:</b> - Alle partners uit 4-6 weken voorafgaand aan het begin van de klachten. Ook zonder labuitslag waarschuwen laatste sekspartner. - Zie verder specifieke verwekkers.

<b>Fluor klachten</b>  Oorzaken: Candida albicans, BV, Tv, Groep A-streptokokkeninfecties (GAS), Ct, Ng.	Vaginale afscheiding: volgens patiënte afwijkend van gebruikelijke samenstelling wat betreft hoeveelheid, kleur, geur, al dan niet gepaard met jeuk of irritatie.  - Candida: jeuk, niet-riekende witte afscheiding, rode/gezwollen vulva/vaginawand, witte brokkelige fluor. - BV: riekende, dunne, homogene fluor. - Tv: jeuk, geelgroene afscheiding, rode vaginawand. - Ct/Ng: zie infecties.	Lichamelijk onderzoek: - Inspectie vulva en speculum-onderzoek. - Indien verdenking opstijgende infectie: vaginaal toucher, onderzoek buik. - LO kan achterwege blijven bij klachten identiek aan eerdere aangetoonde candida of BV.  Aanvullend onderzoek: Overbodig bij wrsch candida of recidief BV. Alle andere gevallen: pH fluor & aminetest. Indien 3 positieve amselcriteria: BV. Zo niet, gericht vervolgonderzoek: - Microscopisch onderzoek (fysiologisch zoutpreparaat, KOH preparaat); - Gistkweek; - Nugent-score (labonderzoek); - Specifieke kweek of NAAT Tv; - soa onderzoek NAAT Ct/Ng.  Evaluatie diagnostiek: - Candida: positieve gistkweek, KOH-preparaat met schimmel-draden. - BV: ≥3 positieve amselcriteria óf ≥7 Nugent-score criteria. - Tv: positieve NAAT of kweek of trichomonaden bij lichtmicroscopie. - Ct/Ng: zie infectie.  Amselcriteria: dunne homogene fluor, pH fluor > 4.5, positieve aminetest, 'clue'-cellen in fysiologisch zoutpreparaat.	• Candida: - Vaginaal: miconazol 1200 mg capsule intravaginaal eenmalig. - Systemisch oraal: fluconazol 150 mg po eenmalig. • BV: metronidazol 500 mg ovule intravaginaal 1 dd 7 d. • Tv: metronidazol 2000 mg po eenmalig. • Ct/Ng: zie infecties.  Bij zwangerschap, lactatie, recidieven en voor alternatieve behandelingen, zie MDR.	<b>Controle:</b> bij aanhoudende klachten: afspraak na 2 w.  <b>Partnerwaarschuwing/ meebehandeling:</b> Niet zinvol bij BV en candida, wel bij Tv. Tv: alle partners van voorafgaande 4 w waarschuwen. Vaste partner testen en meebehandelen.
---	--	---	---	--

Syndromen	Symptomatologie	Diagnostiek	Behandeling*	Controle en partner waarschuwing
<b>Acute epididymitis bij volwassenen</b>  Oorzaken: soa opstijgend uit urethra, uro-pathogenen uit urinewegen, niet-infectieus (zie tekst MDR).	Veelal (sub)acuut optredende (<6 w), eenzijdige scrotale pijn en zwelling. Mogelijk dysurie, toegenomen mictiefrequentie, koorts, malaise. Cave torsio testis (peracuut begin): spoedconsult uroloog	Lichamelijk onderzoek: malaise, temperatuur, inspectie genitaliën, afscheiding, palpatie scrotum, liezen. Epididymis is dik, vast en zeer gevoelig.  Aanvullend onderzoek: - Nitriettest, leukocyten test; - Banale urinekweek met resistentiebepaling of dipslide; - Indien seksueel actief: NAAT Ct; - Indien verhoogd risico op gonorrhoe: ook NAAT Ng; - Bij twijfel over diagnose: echo scrotum.	Levofloxacin 500 mg po 1 dd 14 d OF ofloxacin 400 mg po 2 dd 14 d.  Indien verhoogd risico op gonorrhoe: tevens behandeling Ng.  Contra-indicatie chinolonen: - Meest wrsch UWI: cotrimoxazol 960 mg po 2 dd 14 d. - Meest wrsch soa: doxycycline 100 mg po 2 dd 14 d.	<b>Controle:</b> - Klachten moeten verbeteren binnen 72 u. - Na 1 w uitslagen bespreken, evt. behandeling aanpassen. - Opnieuw evaluatie indien persisterende klachten na 4 w.  <b>Partnerwaarschuwing/ meebehandeling:</b> Ct en Ng: alle partners uit 4-6 w voorafgaand aan klachten en partner meebehandelen.

<b>PID</b>	Overweeg diagnose PID bij vrouwen met één of meer van onderstaande symptomen: 1. Niet-acute pijn onder in de buik; 2. Abnormale fluor; 3. Koorts > 38 °C of CRP>10; 4. Diepe dyspareunie; 5. Slinger / opdrukpijn van de cervix bij vaginaal toucher; 6. Gevoelige adnexa bij vaginaal toucher; 7. Intermenstrueel vaginaal bloedverlies en contactbloedingen.	Lichamelijk onderzoek: mate van ziek zijn, temperatuur, palpatie abdomen, vaginaal toucher, speculumonderzoek.  Aanvullend onderzoek, afhankelijk van seksuele partners en type seksueel contact: - Altijd EUG uitsluiten d.m.v. zwangerschapstest of d.m.v. bepaling serum-hCG en transvaginale echo; - NAAT Ct, Ng (cervix of buikvocht) en kweek plus resistentiebepaling Ng; - Transvaginale echo; - Twijfel diagnose: CT of MRI; - Bij bewezen soa: aanbieden hiv, syfilis en HBV diagnostiek; - Urine onderzoek; - Gouden standaard PID: laparoscopie.	Poliklinisch: - Milde vorm of indien Ng is uitgesloten: ofloxacin 400 mg po 2 dd 14 d PLUS metronidazol 500 mg po 2 dd 14 d. - Ernstige vorm of Ng of persisterende klachten > 72 h: PLUS ceftriaxon 500 mg i.m. eenmalig.  Klinisch: Ceftriaxon 2 g iv 1 dd eenmalig PLUS ofloxacin 400 mg po 2 dd 14 d PLUS metronidazol 500 mg po 2 dd 14 d. Indien Ng uitgesloten: idem, maar dan zonder ceftriaxon.	<b>Controle:</b> - Poliklinisch: na 2-3 d evaluatie effect. - Klinisch: bij verbetering na 24 u parenterale therapie naar oraal. Bij verslechtering: opnieuw evaluatie. Bij gelijkblijvend beeld: na 72 u opnieuw evaluatie.  <b>Partnerwaarschuwing:</b> Indien soa aangetoond: alle partners van de 2 m voor het begin van de klachten. Zo niet: alleen meest recente partner(s).
------------	---	---	---	---

<b>Balano- posthitis</b>	Ontsteking van glans penis en voorhuid, acuut of chronisch.	Lichamelijk onderzoek: - Acuut: erytheem, zwelling, erosies, pusvorming, foetor, phimosis. - Chronisch: erytheem, papels, schilfering, erosies, rhagaden, phimosis.  Aanvullend onderzoek: Indien pus/erosies/ulcera: soa uitsluiten. Evt. KOH preparaat, gistkweek en/of banale kweek.	Bij verminderde hygiëne: wassen met ruim lauw water of fysiologisch zout opl. (geen zeep). • Candida: miconazol-crème 2% 1 - 2 dd tot de klachten weg zijn.	<b>Partnerwaarschuwing:</b> Zie onder specifieke verwekkers.  Niet-infectieuze oorzaken: overweeg verwijzing naar dermatoloog
--------------------------	---	--	--	--

<b>Proctitis</b>	Ontsteking van het rectum. Jeuk, pijn, krampen, obstipatie en afscheiding in en rond anus.	Lichamelijk onderzoek: Inspectie en palpatie van buik en liezen, inspectie van perianale regio en proctoscopie (op indicatie uitbreiden met sigmoidoscopie).  Aanvullend onderzoek: - Grampreparaat; - NAAT rectale swab Ct en Ng; - TPHA ter uitsluiting van syfilis; - Bij ulcera en erosies: NAAT HSV en NAAT syfilis en syfilis serologie.  PM: - bij Ct pos rectaal in MSM: genotypering Ct om LGV uit te sluiten. - Bij Ng pos: kweek met resistentiebepaling.	- Symptomen van proctitis (en >10 polymorfe leucocyten en negatief grampreparaat voor gonorrhoe): doxycycline 100 mg po 2 dd 7 d.  - Positief grampreparaat (intracellulaire gram-negatieve diplokokken): ceftriaxon 500 mg i.m. eenmalig PLUS doxycycline 100 mg po 2 dd 7 d.	<b>Partnerwaarschuwing:</b> Zie onder specifieke verwekkers.
------------------	--	--	--	---

Syndromen	Symptomatologie	Diagnostiek	Behandeling*	Controle en partner waarschuwing
<b>Genitale ulcera en inguinale lymfadenitis</b>  Oorzaken: Syfilis, genitale herpes, LGV, chancroid, granuloma inguinale.	Genitale ulcera: defecten, erosies, rhagaden in de huid en slijmvliezen, in en rond de genitaliën en anus. Inguinale lymfadenitis: pijnlijke, gezwollen lymfeklieren in de lies.	Lichamelijk onderzoek: Inspectie anogenitale gebied en mond op defecten, erosies, rhagaden. Hele huid: rosoelen (syfilis stadium 2), schietschijf laesies (erythema exsudativum multiforme).  Aanvullend onderzoek (zorg voor schoon ulcus) - Directe diagnostiek syfilis middels donkerveldmicroscopie; - NAAT ulcusuitstrijk op herpes en Tp (op indicatie op H ducreyi en Ct genovar LGV); - Uitsluiten syfilis middels serologie (TPPA, FTA of EIA); - Evt. aspiratie pus voor NAAT Ct/ Ng.	Syfilis, LGV, genitale herpes: zie betreffende infectie.  Behandeling Donovanosis en chancroid: zie MDR  Verricht diagnostiek voor start behandeling.  Bij verdenking Donovanosis en chancroid, LGV of dermatologische niet-infectieuze oorzaak: verwijzing soa deskundig dermatoloog.	<b>Controle:</b> Herhalen syfilis serologie na 3, 6 en 12 w.  Bij verdenking Donovanosis en chancroid, LGV of dermatologische niet-infectieuze oorzaak: verwijzing soa deskundig dermatoloog.

Infectie, verwekker	Incubatielijd en symptomatologie	Diagnostiek	Behandeling*	Nacontrole en partner waarschuwing
<b>Chlamydia trachomatis infectie incl. LGV</b>  <b>Ct:</b> Infectie met Ct-genotypen D-K.  <b>LGV:</b> Infectie met Ct-genotypen L1-L3.	<b>Incubatielijd:</b> Ct: 1-3 w. LGV: ±5 w.  <b>Ct:</b> Vaak asymptomatisch. ♀: veranderde fluor, contactbloedingen, onderbuikspijn, intermenstrueel bloedverlies endometritis, cervicitis urethritis, proctitis. ♂: urethritis, proctitis.  LGV: - Anorectale LGV: proctitis met purulente/bloedige afscheiding, pijn, jeuk, krampen en obstipatie. Hoger gelegen infecties (proctocolitis): diarree, koorts, gewichtsverlies. - Inguinale LGV: pijnlijke, fluctuerende en abcederende lymfeklierzwellingen.	<b>Standaard:</b> ♀: - 1e keus: NAAT Ct diep vaginale uitstrijk, kan door patiënte zelf afgenomen (zelfswab). - 2e keus: NAAT in eerststraaal-urine. ♂: NAAT Ct eerststraaal-urine of urethra swab.  <b>Op indicatie:</b> - Bij klachten: lichamelijk/inwendig onderzoek. - N.a.v. seksuele technieken of klachten elders: uitstrijk van locatie (bv rectum, keel, conjunctiva).  Anorectale infectie bij MSM: LGV uitsluiten middels NAAT Ct en Ct genotypering. Indien proctitis en ulcera: weefselbiopten. Indien fluctuerende lymfeklieren: aspiratie van pus. Andere gevallen: NAAT Ct anorectale uitstrijk. Cave: incisie geeft kans op fisteling.  Voor Ct serologie is beperkt plaats.	Cervicale en/of urethrale Ct-infecties: 1e keus: azitromycine 1.000 mg po eenmalig. 2e keus: doxycycline 100 mg po 2 dd 7 d.  Rectale Ct-infecties: Doxycycline 100 mg po 2 dd 7 d.  Zwangeren met Ct: Azitromycine 1.000 mg po eenmalig of amoxicilline 500 mg po 3 dd 7 d.  LGV: - 1e keus: doxycycline 100 mg po 2 dd 21 d. - Alternatief: erytromycine 500 mg po 4 dd 21 d.	<b>Controle:</b> - Test of cure: bij zwangeren en bij afwijkende therapie-keuze: na 3-6 w. - Advies hertesten na 3-6 maanden i.v.m. hoog risico op herinfectie.  <b>Partnerwaarschuwing:</b> Symptomatische Ct en LGV: alle partners uit de 4-6 w voorafgaand aan het begin van de klachten.  Asymptomatische Ct: alle partners van de laatste 6 m.

<b>Gonorrhoe (druiper)</b>  Infectie met Neisseria gonorrhoeae.	<b>Incubatielijd:</b> 2 d tot 3 w (gem. 5 d).  ♀: 30-60% asymptomatisch toegenomen fluor, tussentijds bloedverlies, pijn en branderigheid bij plassen (dysurie), faryngitis, proctitis. ♂: - NAAT diep vaginaal door patiënte zelf afgenomen (zelfswab) of cervix plus urethra (swab door onderzoeker). - 2e keus: NAAT in eerststraaal-urine  ♂: ca. 10% asymptomatisch urethritis, branderig gevoel, pijn bij plassen en pussende afscheiding (druiper), faryngitis, proctitis.	- NAAT (zie hieronder); - Kweek plus resistentiebepaling; - E-swab (NAAT en kweek); - Grampreparaat of methyleenblauwkleuring (mannen).  ♀: - NAAT diep vaginaal door patiënte zelf afgenomen (zelfswab) of cervix plus urethra (swab door onderzoeker). - 2e keus: NAAT in eerststraaal-urine  ♂: NAAT eerststraaal-urine of NAAT urethra uitstrijk. - 2e keus: kweek urethra uitstrijk.	Ceftriaxon 500 mg i.m. Enmalig. Indien Ct-infectie nog niet is uitgesloten: PLUS azitromycine 1.000 mg po eenmalig.  Alternatief: op geleide van gevoeligheidsbepaling (kweek): ciprofloxacin 500 mg po eenmalig OF amoxicilline 3.000 mg po eenmalig.  Gedissemineerde gonorrhoe: ceftriaxon 50 mg/kg/24 uur iv 7 d.	<b>Controle:</b> Test of cure, 3 w na beëindigen therapie: - Faryngeale gonorrhoe. - Indien niet met ceftriaxon behandeld. - Bij persisterende klachten, dan ook kweek afnemen! - Bij re-expositie aan onbehandelde partner (dan ook testen op andere soa's).  <b>Partnerwaarschuwing:</b> Man met symptomatische gonorrhoe: alle partners
---	---	--	---	--

<b>Syfilis, vroeg</b> <1 jr tevoren geacquireerd: primaire, secundaire en vroeg latente syfilis (syfilis latens recens).  Infectie met Treponema pallidum ssp. pallidum.  Algemeen advies: verwijs patiënten met syfilis naar soa-poli of dermatoloog.  Cave bij exanthem: denk ook aan acute hiv-infectie.	<b>Complicaties:</b> epididymitis, prostatitis, bij chronische infectie urethrale stricturen.  ♀ en ♂: n.a.v. seksuele technieken of klachten elders: uitstrijk van locatie (bv rectum, keel, conjunctiva).  Bij verdenking op primaire syfilis: - NAAT Tp; - Directe fluorescentietest; - Serologie: TPHA/TPPA of EIA gevolgd door FTA-abs of IgG western-blot. Indien negatief en klinische verdenking of gevaarschuld: test na 2-4 weken herhalen; - Indien positief: bepaling activiteit m.b.v. VDRL/RPR.  NB hiv-serologie.  DD ulcus LGV, herpes chancroid en granuloma inguinale (zie genitale ulcera).  Secundaire syfilis: maculopapuleus, meestal niet jeukend exanthem op romp en extremiteten (70% op handpalmen en voetzolen), slijmvlies afwijkingen.  Vroeg latente syfilis: latente periode binnen 1 jaar na besmetting.  <b>Complicaties:</b> (in het bijzonder bij hiv+) neurosyfilis met uveïtis en facialis parese, sudden deafness, nefritis en hepatitis, in zwangerschap kans op prematuriteit, perinatale sterfte, congenitale syfilis.	MSM: routinematig NAAT urethra, orofarynx, rectaal.  ♀ en ♂: n.a.v. seksuele technieken of klachten elders: uitstrijk van locatie (bv rectum, keel, conjunctiva).  Bij verdenking op primaire syfilis: - NAAT Tp; - Directe fluorescentietest; - Serologie: TPHA/TPPA of EIA gevolgd door FTA-abs of IgG western-blot. Indien negatief en klinische verdenking of gevaarschuld: test na 2-4 weken herhalen; - Indien positief: bepaling activiteit m.b.v. VDRL/RPR.  NB hiv-serologie.  DD ulcus LGV, herpes chancroid en granuloma inguinale (zie genitale ulcera).  Secundaire syfilis: maculopapuleus, meestal niet jeukend exanthem op romp en extremiteten (70% op handpalmen en voetzolen), slijmvlies afwijkingen.  Vroeg latente syfilis: latente periode binnen 1 jaar na besmetting.  <b>Complicaties:</b> (in het bijzonder bij hiv+) neurosyfilis met uveïtis en facialis parese, sudden deafness, nefritis en hepatitis, in zwangerschap kans op prematuriteit, perinatale sterfte, congenitale syfilis.	Incubatielijd: 10 tot 90 d (gem. 3 w voor ontstaan van primaire laesie). 6 w - 12 m voor ontstaan secundaire syfilis (4 - 8 w na primaire laesie). Primaire syfilis: genitaal, anorectaal of oraal solitair, pijnloos ulcus durum met / zonder necrotisch beslag, met / zonder palpabele lymfadenitis. Ulcus verdwijnt ook zonder behandeling binnen 3-6 w. Secundaire syfilis: maculopapuleus, meestal niet jeukend exanthem op romp en extremiteten (70% op handpalmen en voetzolen), slijmvlies afwijkingen. Vroeg latente syfilis: latente periode binnen 1 jaar na besmetting.  <b>Complicaties:</b> (in het bijzonder bij hiv+) neurosyfilis met uveïtis en facialis parese, sudden deafness, nefritis en hepatitis, in zwangerschap kans op prematuriteit, perinatale sterfte, congenitale syfilis.	4 - 6 w voorafgaand aan de klachten. Man met asymptomatische gonorrhoe en bij vrouwen: alle partners van de laatste 6 m.  <b>Partnerwaarschuwing:</b> - Primaire syfilis: alle partners van afgelopen 3 m. - Secundaire syfilis: alle partners van afgelopen 6 m. - Vroeg latente syfilis: alle partners van de afgelopen 12 m.  <b>Controle:</b> VDRL/RPR PLUS klinisch (mn huid en neurologisch) vervolgen na 6 en 12 m.  Indien neurologische klachten of afwijkingen of uitblijven 4-voudige VDRL/RPR daling na 12 m of eerdere 4-voudige VDRL/RPR stijging: neurosyfilis uitsluiten d.m.v. liquoronderzoek.  Zwangeren: VDRL/RPR vervolgen tijdens zwangerschap niet zinvol.
<b>Syfilis, laat latent</b> (syfilis latens tarda) en syfilis van onbepaalde duur  Infectie met Treponema pallidum ssp. pallidum	Besmetting > 1 jaar geleden.  Syfilis van onbekende duur: klinisch beschouwen als laat latente syfilis.	- Serologie: TPHA/TPPA of EIA gevolgd door FTA-abs of IgG western-blot. - Indien positief: bepaling activiteit m.b.v. RPR.  Controle therapie: RPR/VDRL-titer (teken van activiteit).  Uitsluiten: neurosyfilis en cardiovasculaire syfilis.  NB hiv-serologie.	Benzathine benzylpenicilline 2,4 milj IE i.m. op dag 1, 8 en 15.  Penicilline allergie bij zwangeren: penicilline desensibilisatie en indien succesvol alsnog behandeling met benzathine benzylpenicilline overwegen.	<b>Partnerwaarschuwing:</b> bij langdurige relatie de partner en eventuele kinderen van vrouwelijke patiënten.  <b>Controle:</b> VDRL/RPR PLUS klinisch (mn huid en neurologisch) vervolgen na 6 en 12 m.  Indien neurologische afwijkingen of uitblijven 4-voudige VDRL/RPR daling <24 m of eerdere 4-voudige VDRL/RPR stijging: neurosyfilis uitsluiten d.m.v. liquoronderzoek.
<b>Tertiaire syfilis</b> (syfilis stadium III)  Infectie met Treponema pallidum ssp. pallidum	2 - 30 jaar na besmetting.  Symptomen: gummata: tuberculoid, nodeuze of ulcererende afwijkingen in huid, slijmvliezen, botten en vrijwel elk inwendig orgaan.	- Serologie: TPHA/TPPA of EIA gevolgd door FTA-abs of IgG western-blot. - Indien positief: bepaling activiteit m.b.v. RPR.  Controle therapie: RPR/VDRL-titer (teken van activiteit).  Uitsluiten: neurosyfilis en cardiovasculaire syfilis.  NB hiv-serologie.	Benzathine Benzylpenicilline 2,4 milj IE i.m. op dag 1, 8 en 15.	<b>Partnerwaarschuwing:</b> Bij langdurige relatie de partner en eventuele kinderen van vrouwelijke patiënten.  <b>Controle:</b> VDRL/RPR jarenlang vervolgen. Screening op neurosyfilis en orgaanafwijkingen voorafgaande aan behandeling.