

# **CURATIE VAN SEXUEEL OVERDRAAGBARE AANDOENINGEN**

**SOA**

**DIAGNOSTIEK EN THERAPIE**

**RICHTLIJNEN 1997**

van de

**Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie**

Uitgegeven mede onder auspiciën van de

**Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie**

en

**Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie**

in samenwerking met de

**Stichting SOA-bestrijding**

Tweede editie

Redactie

Dr.P.C.van Voorst Vader, dermatoloog, voorzitter

Dr.W.I.van der Meijden, dermatoloog

Drs.Mw.I.Cairo, dermatoloog

Drs.H.B.Thio, dermatoloog

Dr.C.W.Burger, gynaecoloog, vice-voorzitter

Prof.Dr.O.P.Bleker, gynaecoloog

Prof.Dr.J.M.W.M.Merkus, gynaecoloog

Drs.Mw.M.J.E.Mourits, gynaecoloog

Dr.G.J.J.van Doornum, arts-microbioloog

Dr.J.M.Ossewaarde, arts-microbioloog

Richtlijnen op basis van de Nederlandse CBO Consensus Curatieve Bestrijding van SOA (mei 1992), Centers for Disease Control (USA) Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines (1993), World Health Organization Recommendations for the management of Sexually Transmitted Diseases (1994) en de adviezen van geconsulteerde experts.



# SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

## Inhoudsopgave

Hoofdstuk		pagina
	<b>Deel A. Organisatie</b>	
1	Het SOA-consult: organisatie/stroomschema.....	3
	<b>Deel B. Standaard SOA-onderzoek &amp; standaard directe therapie bij de 1e visite</b>	
2	Standaard SOA-onderzoek bij de (asymptomatische) vrouw ( ).....	12
3	Standaard SOA-onderzoek bij de (asymptomatische) man ( ).....	13
4	Standaard SOA-onderzoek bij de man ( ) met symptomatische urethritis.....	17
5	Standaard directe (“blinde”) therapie bij de 1e visite voor de man ( ) met symptomatische urethritis en de vrouw ( ) met klachten ten gevolge van een mogelijke gonorrhoe en/of <i>Chlamydia trachomatis</i> infectie (“syndromic management”, zie deel D).....	18
	<b>Deel C: Diagnostiek &amp; therapie van specifieke SOA</b>	
	<b>Deel C-1. Bacteriële SOA</b>	
6	Gonorrhoeïsche urethritis en/of cervicitis ( / ).....	19
7	<i>Chlamydia trachomatis</i> urethritis en/of cervicitis ( / ).....	22
8	Non-specifieke urethritis (NSU) bij de man ( ).....	24
9	Syfilis	
9.1	- Serologisch onderzoek .....	26
9.2	- Fout-positieve luesserologie .....	28
9.3	- Therapie: algemeen beleid.....	30
9.4	- Beleid bij positieve luesserologie, type lues latens .....	33
9.5	- Neurosyfilis.....	35
9.6	- Indicaties voor onderzoek van liquor cerebrospinalis.....	37
9.7	- Uveitis luetica .....	38
9.8	- Cardiovasculaire syfilis .....	38
9.9	- Congenitale syfilis.....	38
10	Ulcus molle .....	39
11	Lymfogranuloma venereum .....	39
12	Granuloma inguinale (Donovanosis) .....	40
	<b>Deel C-2. Virale SOA</b>	
13	Condylomata acuminata en subklinische humaan papilloma virus (HPV) infecties	
13.1	- Beleid bij condylomen bij volwassenen.....	41
13.2	- Beleid bij condylomen bij kinderen.....	44
14	Herpes genitalis: herpes simplex virus (HSV) type 1 en 2 infectie.....	45
15	Humaan immunodeficiëntie virus (HIV) infectie: testbeleid .....	48
16	Hepatitis B virus (HBV) infectie: diagnostiek/preventie .....	52
	<b>Deel C-3. Parasitosen</b>	
17	Parasitosen	
17.1	- Scabies .....	56
17.2	- Pediculosis pubis/pediculosis capitis .....	60

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Deel D. “Syndromic management”: (snel)diagnostiek & directe therapie bij specifieke symptomen

18	Fluor vaginalis: bacteriële vaginose, trichomoniasis vaginalis, candidosis vaginalis ( ) .....	63
19	Balanoposthitis ( ) .....	
19.1	- Candida balanoposthitis .....	67
19.2	- Erosieve bacteriële balanoposthitis .....	67
19.3	- Humaan papilloma virus (HPV) balanoposthitis .....	67
20	Proctitis .....	69
21	Ulcus ano(oro)genitalis .....	70
22	Gecomplieerde genitale infecties .....	
22.1	- Pelvic Inflammatory Disease (PID, ) .....	72
22.2	- Bartholinitis ( ) .....	74
22.3	- Epididymitis ( ) .....	75
22.4	- Arthritis: Sexually Acquired Reactive Arthritis (SARA) .....	76

### Deel E. Seksueel geweld tegen kinderen / volwassenen

23	Seksueel misbruik van kinderen (verdenking van): algemeen beleid/indicatoren seksueel misbruik .....	77
24	Seksueel geweld tegen vrouwen/meisjes en mannen/jongens: algemeen beleid/protocol eerste opvang .....	82

### Deel F. Dermatologische differentiaal diagnose

25	Non-SOA in het anogenitale gebied .....	87
----	---	----

### Deel G. Geneesmiddelen

26	Lijst van geneesmiddelen .....	89
----	--------------------------------	----

### Deel H. Wettelijke aangifteplicht

27	Aangifteplichtige SOA .....	91
----	-----------------------------	----

### Deel I. Voorlichtingsmateriaal

28	Voorlichtingsmateriaal SOA/AIDS (Stichting SOA-bestrijding) .....	92
----	---	----

### Deel J. Adreslijsten

29	SOA-zorg: adressen en telefoonnummers .....	
29.1	Drempelvrije/Academische Laagdrempelige SOA-poliklinieken .....	95
29.2	Sociaal Verpleegkundigen voor SOA/AIDS Bestrijding (GGD) .....	98
29.3	Streeklaboratoria voor Volksgezondheid .....	119
29.4	HIV-confirmatie Laboratoria .....	120
29.5	AIDS-infolijn & Ziekenhuizen met AIDS-centrumfunctie .....	121
29.6	Regionale Huisarts HIV Consulents .....	124
29.7	Seksueel geweld tegen kinderen: Bureaus Vertrouwensartsen / Kindertelefoon: informatie voor hulp-verleners/zoekers .....	127
29.8	Seksueel geweld tegen vrouwen/meisjes & mannen/jongens: informatie voor hulp-verleners/zoekers .....	129
29.9	Bureaus Rutgers Stichting, Seksuologie Poliklinieken en SAD/Schorer Stichting .....	131
29.10	Stimezo-abortusklinieken .....	132
29.11	Regionale Tolkencentra .....	133
	Lijst redactieleden en “invited experts” .....	134
	Besteladres, procedures wetenschappelijke verenigingen .....	136

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Deel A. Organisatie

#### Hoofdstuk 1

#### Het SOA-consult: organisatie/stroomschema

#### Checklist organisatie/stroomschema SOA-consult (zie Figuur 1.1: Stroom-Diagram SOA-Consult)

1. Introductie/inschrijving
- P 2. 2e lijn: routing/wijze van komst via huisarts of buiten huisarts om? Via GGD?
- P 3. Kostenvergoeding/verzekering (gratis/anoniem op drempelvrije SOA-polikliniek of bij dermatoloog via sociaal-verpleegkundige voor SOA/AIDS van de regionale/lokale GGD?)
4. Klacht/Reden van komst
5. Anamnese t.a.v. de klacht/reden van komst, SOA in verleden, medicatie, etc.
6. Manier van seksueel contact
7. Inschatting risicoprofiel/relatiepatroon
8. SOA-consult bij prostitué(e)s
9. Slachtoffers seksueel geweld
10. Seksuologische problematiek
11. Lichamelijk onderzoek
12. Laboratorium diagnostiek\*
- P 13. HIV-serologie test: counseling/informed consent/testlokatie
- P 14. Hepatitis B diagnostiek/preventie
15. Diagnose vaststellen en meedelen aan patiënt (zie deze checklist ad 18)
- P 16. Mondelinge en schriftelijk informatie (patiënteninformatiefolders)
17. Behandeling
- P 18. Advies m.b.t. seksueel contact tijdens therapie en tot de eventuele nacontrole
- P 19. Contactonderzoek: waarschuwing/opsporing, SOA-onderzoek/behandeling contact(en)
- P 20. Counseling ten behoeve van risico-reductie
- P 21. Condoompromotie
- P 22. Anticonceptieadvies en SOA
- P 23. Het beantwoorden van vragen van de patiënt
24. Vervolgafpraak/nacontrole (organisatie tolk)
25. Door- of terugverwijzing/intercollegiaal consult
26. Seksuologisch consult
27. Rapportage aan verwijzer
- P 28. Aangifte SOA bij Hoofdinspecteur Volksgezondheid
- P 29. Jaarverslag curatieve en preventieve sector (SOA-polikliniek en GGD)

\* Na afname van materiaal voor laboratoriumdiagnostiek kan men, bij ontbreken van een diagnose door sneldiagnostiek, met name bij mannen met een symptomatische urethritis en vrouwen verdacht van PID, besluiten tot directe ("blinde") therapie bij de 1e visite ("syndromic management"; zie Hoofdstuk 5) plus een vervolgafpraak voor de afhandeling van de overige punten op de checklist.

**NB Deze checklist is makkelijker te hanteren door constructieve samenwerking van de curatieve met de preventieve sector, d.w.z. van de behandelend arts met de sociaal verpleegkundige voor SOA/AIDS van de regionale/lokale GGD. P = punten waar de preventieve sector een essentiële bijdrage kan leveren aan de SOA-zorg.**

#### Inleiding

Het onderzoek op seksueel overdraagbare aandoeningen kan op zeer veel verschillende manieren uitgevoerd worden. Naast de SOA Diagnostiek & Therapie Richtlijnen 1997 van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV), de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en de Nederlandse vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM) is het opstellen van een protocol voor de organisatie (het stroomschema) van het SOA-consult een volgende stap ter ondersteuning van de (huis)arts en specialist, die SOA-onderzoek verricht. Zie bovenstaande "Checklist organisatie/stroomschema SOA-consult".

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Hoofdstuk 1 (vervolg)

#### A. Organisatie SOA-zorg in Nederland

In Nederland kan men voor soa-onderzoek terecht bij:

- huisarts
- dermatovenereoloog (indien gewenst, in overleg met de sociaal verpleegkundige voor SOA/AIDS van de regionale GGD: gratis, anoniem)
- gynaecoloog
- drempelvrije SOA-poliklinieken in Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Den Haag (gratis/anoniem)\*
- laagdrempelige SOA-poliklinieken op de dermatologische poliklinieken van de Academische Ziekenhuizen in Groningen, Nijmegen, Leiden, Maastricht en Amsterdam (indien gewenst, in overleg met de sociaal verpleegkundige voor SOA/AIDS van de regionale GGD: gratis, anoniem)\*
- een aantal GGD-en met een SOA-polikliniek, met name voor prostituées
- Rutgers Stichting (bureaus van de Rutgers Stichting in Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht, Eindhoven, Arnhem en Groningen): centra voor geboorteregeling en sexuologische adviezen; SOA-onderzoek moet door patiënt zelf bekostigd worden\*
- Stichting Aanvullende Dienstverlening (SAD)/Schorer Stichting: weekendpolikliniek bij SOA-polikliniek GG & GD voor SOA/AIDS ten behoeve van mannen met homoseksuele contacten\*
- Consultatiebureaus voor Alcohol & Drugs (CAD): voor drugverslaafden
- Huiskamer Aanloop Projecten (HAP): instellingen voor drugverslaafde prostitué(e)s bij een GGD of in een aparte huisvesting
- clubartsen, die soa-spreekuur houden in seksclubs of privé-huizen.

\* Adressen/telefoonnummers etc.: zie Hoofdstuk 29

Aanspreekpunt voor vragen aangaande geïndividualiseerde, op de klacht van de persoon toegesneden SOA-zorg (waar kan die patiënt of arts met dat probleem het beste terecht, keuze voor mannelijke/vrouwelijke arts):

- sociaal-verpleegkundige voor SOA/AIDS van de regionale/locale GGD (coördinerende taak preventieve sector).

#### B. Basisvoorwaarden voor een gunstig kwaliteitsprofiel van het SOA-consult

Het kwaliteitsprofiel van het SOA-consult wordt bepaald door de vier centrale aandachtspunten vermeld in Tabel 1.1.

<b>Tabel 1.1 Het kwaliteitsprofiel van een SOA-consult: de vier C's.</b>
* Competentie in Risicoanamnese, Diagnostiek en Therapie
* Contactonderzoek: waarschuwing (zo nodig opsporing), SOA-onderzoek en -behandeling
* Counseling ten behoeve van risico-reductie
* Condoompromotie

Voor SOA-onderzoek is het noodzakelijk dat de arts de beschikking heeft over:

1. Een behandelkamer die voorzien is van:
  - \* gynaecologische stoel en/of onderzoektafel en (onderzoeks)verlichting;
  - \* instrumentarium, bestaande uit verschillende maten specula, een proctoscoop en handschoenen;
  - \* materiaal voor het afnemen van materiaal voor laboratoriumdiagnostiek;
  - \* eventuele laboratoriumoutillage voor sneldiagnostiek (bij fluor vaginalis en urethritis bij de man en bij verdenking op gonorrhoe, herpes genitalis, primaire syfilis en scabies/pediculosis);
  - \* de mogelijkheid van (verwijzing voor) bloedafname;
  - \* formulieren voor de verschillende laboratoriumonderzoeken.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Hoofdstuk 1 (vervolg)

2. Een afsluitbare kast voor het opbergen van registratiegegevens, patiëntendossiers of diskettes.
3. Het verdient aanbeveling dat aanwezig zijn:
  - de SOA Diagnostiek & Therapie Richtlijnen 1997 van de N.V.D.V./N.V.O.G./NVMM, inhoudende de richtlijnen voor diagnostiek en therapie van SOA en het adressenbestand van: de regionale GGD-en (sociaal-verpleegkundige SOA/AIDS, HIV-test plaatsen), drempelvrije en laagdrempelige SOA-poliklinieken, Streeklaboratoria Volksgezondheid, HIV-confirmatie laboratoria, regionale huisarts HIV consulenten, Bureaux Vertrouwensartsen, Bureaux van de Rutgers Stichting, Stimezo/abortus-klinieken, regionale tolkencentra, landelijke telefonische opvang- en informatienummers en tenslotte de lijst aangifteplichtige SOA en een lijst met voorlichtingsmateriaal over SOA/ AIDS.
  - de belangrijkste patiëntenfolders over SOA/AIDS (via de GGD of de Stichting SOA-bestrijding verkrijgbaar; zie C, checklist punt 16 en Hoofdstuk 28)).

### C. Procedure SOA-consult

De check-list/het stroomschema van het SOA-consult omvat de volgende onderdelen (zie bovenstaande "Checklist/stroomschema organisatie SOA-consult" en "Stroomdiagram SOA-consult"):

1. **Inschrijving/introductie**  
Naam arts (man/vrouw) bekend maken en gegevens van cliënt verifiëren.  
PM Bij aanwezigheid van een stagiaire en/of assistent dient aan elke patiënt toestemming gevraagd te worden.
2. **Routing/Wijze van komst**  
Met/zonder verwijzingskaart van huisarts, verwezen door sociaal-verpleegkundige voor SOA/AIDS van de GGD voor gratis/anonieme SOA-zorg, verwezen door medisch specialist, door Bureau Rutgers Stichting, op eigen initiatief of via waarschuwing.
3. **Kostenvergoeding/Verzekering**  
Ziekenfonds, particulier verzekerd, niet verzekerd, illegaal.  
Zie Hoofdstuk 1A: gratis/anonieme SOA-zorg bij drempelvrije SOA-poliklinieken (financiering: Ziekenfondsraad) en in overleg met een sociaal-verpleegkundige voor SOA/AIDS van de GGD bij dermatoloog/laagdrempelige SOA-poliklinieken (zgn. VOMIL-kaart, financiering 1997: Ministerie van WVC; overgang financiering naar Ziekenfondsraad gepland)
4. **Klacht/Reden van komst**  
Vanwege klachten, risico gelopen hebben, na waarschuwing, voor alle zekerheid, voor periodiek SOA-onderzoek, voor onderzoek op SOA inclusief HIV-test, alleen voor HIV-test, partner HIV-positief, risicogedrag partner, begin nieuwe relatie, na seksueel geweld, na prikaccident, wegens een verzekering, kinderwens of om andere redenen.
5. **Anamnese t.a.v. klacht/reden van komst**
  - Reden komst/klachten:  
Indien klachten, wat voor soort klachten, sinds wanneer? Therapie (antibiotica) gehad? Seksueel contact gehad? Wanneer verdachte contact? Klachten bij seksuele partner(s)? Door seksuele partner gewaarschuwd dat er (mogelijk) SOA in het spel is? SOA bij seksuele partner bewezen, waar zijn die gegevens op te vragen?
  - Voorgeschiedenis:  
Ooit eerder een soa gehad? Zo ja, welke en wanneer en waar behandeld? Huidige medicatie? Drug-gebruik, i.v.?  
Bij vrouwen gynaecologische anamnese: anticonceptie (OAC/IUD), "spotting", contactbloeding, tampongebruik; eventueel: abortus, noodzaak morning-after-pill, zwangerschap, menstruatiecyclus, eerste dag laatste menstruatie; indien >30 jaar: baarmoederhalsuitstrijkje (zo ja, wanneer?).

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Hoofdstuk 1 (vervolg)

6. **Manier van seksueel contact**  
Heteroseksueel/homoseksueel/lesbisch: genito-genitaal, orogenitaal (receptief/actief), anogenitaal (receptief/actief), oro-anaal (receptief/actief)?
7. **Inschatting risicoprofiel/relatiepatroon**
  - Seksueel contact gedurende de afgelopen 3 maanden, onbeschermd/beschermd contact (condoomgebruik/risicogedrag), relatiepatroon (monogaam/serieel monogaam en/of losse partners/vreemd gaan, andere contacten wel of niet buiten medeweten van de vaste partner, contacten met prostitué(e)s/prostituanten)?
  - Werkzaam in de prostitutie?
  - Confrontatie met seksueel geweld, psychosociale problematiek?
  - Kennis van SOA/HIV-infectie, asymptomatisch dragerschap, condoomgebruik en soorten condooms, veilig vrijen versus risicohandelingen?
8. **SOA-consult bij prostitué(e)s**  
Zie "Richtlijnen SOA-onderzoek bij prostitué(e)s", verkrijgbaar bij de Stichting SOA-bestrijding te Utrecht (tel. 030 - 23 43 700; zie ook pagina 136). Een aantal GGD-en heeft speciale projecten lopen in het kader van preventieve en curatieve SOA-zorg voor prostitués.
9. **Slachtoffers seksueel geweld**
  - Volwassen vrouwen:\* op de afd. gynaecologie van een aantal (academische) ziekenhuizen is structurele opvang georganiseerd. Ook zijn er telefonische landelijke opvangcentra. Zie Hoofdstukken 24 en 29.8.
  - Volwassen mannen:\* er is een landelijk telefonisch opvangcentrum. Zie Hoofdstukken 24 en 29.8.
  - Kinderen (meisjes/jongens):\* bureaus vertrouwensartsen kunnen ondersteuning geven aan de hulpverlener (zie Hoofdstukken 23 en 29.7). Denk ook aan de kindertelefoon en andere landelijke telefonische opvangcentra voor kinderen (zie Hoofdstuk 29.7 en 29.8).

\* Gecombineerd SOA-onderzoek, start medische begeleiding en forensisch onderzoek door gynaecoloog/dermatoloog en GGD-arts is mogelijk. Zie Hoofdstukken 24 en 29.8.
10. **Seksuologische problematiek**  
Problemen t.a.v. seksueel functioneren (libido, potentie, vaginisme, etc.), seksuele identiteit, transseksualiteit, etc. Zie checklist punt 26: seksuologisch consult.
11. **Lichamelijk onderzoek c.q. afname materiaal voor laboratoriumonderzoek**  
Uitleg geven over lichamelijk onderzoek en laboratorium onderzoek: op welke SOA onderzocht wordt en waarom, op welke plaatsen en hoe materiaal voor laboratoriumonderzoek afgenomen wordt.
  - Uitwendig onderzoek:  
Inspectie van de anogenitale regio (bij de vrouw: labia, vulva/urethramond; bij de man: penis, glans penis, preputium, scrotum; bij man en vrouw: regio inguinalis, perineum, anus en bilploo) en zonodig de mondholte en overige huid. Palpatoire inspectie van inguinale lymfeklieren, eventueel elders op microlymfadenopathie, van de epididymis bij mannen.
  - Inwendig onderzoek:  
Bij vrouwen in speculo inspectie van vaginale fluor, vaginawand en cervix. Op indicatie (insertief anaal contact met klachten bij man of vrouw): proctoscopie.
12. **Laboratoriumdiagnostiek**
  - Sneldiagnostiek, indicaties: fluor vaginalis (pH, amine test, fys. zout- en KOH-preparaat), urethritis bij de man (2-glazen proef, Gram- of methyleenblauw-preparaat op *N. gonorrhoeae*), verdenking op gonorrhoe (Gram- of methyleenblauw-preparaat), herpes genitalis (directe IF/Tzanck-preparaat), primaire lues (donkerveld-microscopie) en scabies/pediculosis (KOH-preparaat; directe "naturel" microscopie);
  - Routine laboratorium onderzoek: *Chlamydia trachomatis* en *Neisseria gonorrhoeae* infectie diagnostiek, syfilisserologie, hepatitis-B-serologie;

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Hoofdstuk 1 (vervolg)

- Op indicatie: herpes genitalis diagnostiek, HIV-serologie (alleen na informed consent, afspraak maken over meedelen uitslag), HPV-typing en/of histologisch onderzoek van condyloom/intraepitheliale neoplasië.

Argumenten voor laboratoriumdiagnostiek:

- a. Diagnose: geobjectiveerd, verifieerbaar; NB Diagnose van asymptomatische SOA
- b. Uitleg aan patiënt/beleid arts: specifieker;
- c. Therapie: gerichte therapie mogelijk;
- d. Controle-test: negatieve test na therapie mogelijk;
- e. Contact-onderzoek: waarschuwing/opsporing van bron en eventuele andere contacten via sociaal verpleegkundige SOA/AIDS van de GGD alleen mogelijk na exacte diagnose bij index-patiënt; algemeen: heldere informatie naar partner(s) door exacte diagnose bij index-patiënt (epidemiologie);
- f. Aangifteplicht t.a.v. infectieziekten bij Inspectie Volksgezondheid (via GGD).

NB Na afname van het materiaal voor laboratoriumdiagnostiek kan men, bij ontbreken van een diagnose door sneldiagnostiek en afhankelijk van de klachten, besluiten tot "blinde therapie" (zie Hoofdstuk 5) plus een vervolgspraak voor de afhandeling van de overige punten op de checklist, voor zover noodzakelijk.

13. **HIV-serologie test: counseling/informed consent/testlokatie**
  - a. Counseling (bewaken indicaties en implicaties van de test; mondelinge en schriftelijke informatie): door de arts of een sociaal-verpleegkundige voor SOA/AIDS van de GGD
  - b. Informed consent: schriftelijke verklaring, bij voorkeur ook met afspraak t.a.v. meedelen uitslag
  - c. Testlokatie: informatie over anonieme test op HIV-infectie (kleine vergoeding) is bij GGD verkrijgbaar.
14. **Hepatitis B diagnostiek/preventie**

Diagnostiek t.a.v. hepatitis B virus infectie overwegen bij risicogedrag (met name bij homoseksuele mannen met risicogedrag). Vaccinatie adviseren aan personen met risicogedrag die nog niet besmet zijn. Hoofdstuk 16: Rapport Gezondheidsraad anno 1996 (voorstellen voor vergoeding van vaccinatie).
15. **Diagnose vaststellen en meedelen aan patiënt**

De diagnose op grond van het lichamelijk en/of laboratorium-onderzoek wordt door de arts meegedeeld aan de patiënt, waarna de arts of de sociaal verpleegkundige voor SOA/AIDS van de GGD tijdens dezelfde visite van de patiënt met de patiënt overlegt over de checklist punten 13-21.  
Tevens wordt uitleg gegeven over de redenen van het wachten op eventuele nakomende uitslagen (syfilisserologie, hepatitis-B-serologie, HIV-serologie).
16. **Mondelinge en schriftelijke informatie**

De gevonden SOA en eventuele (mogelijke) complicaties daarvan worden besproken, hetgeen ondersteund wordt door schriftelijke informatie: patiënteninformatiefolders (verkrijgbaar bij de Stichting SOA-Bestrijding en bij sociaal verpleegkundigen voor SOA/AIDS van de GGD).
17. **Behandeling**

De behandelingsmogelijkheden, direct bij de 1e visite in geval van klachten ("syndromic approach") of om epidemiologische redenen of later n.a.v. de uitslag van het laboratoriumonderzoek, met/zonder nacontrole op de effectiviteit daarvan, worden besproken.
18. **Advies m.b.t. seksueel contact tijdens de therapie en tot de eventuele nacontrole**

Besproken worden:

  - a. tot wanneer de besmettelijkheid van patiënt en partner(s) blijft voortduren en seksueel contact vermeden moet worden (incubatietijd bij de partner);
  - b. welke sekstechnieken veilig zijn totdat patiënt en partner(s) genezen zijn;
  - c. eventuele noodzakelijke hygiënische maatregelen (bijv. bij scabies).
19. **Contactonderzoek: waarschuwing of opsporing van contact(en), SOA-onderzoek en -behandeling**

Bij contactonderzoek wordt samen met de index-patiënt nagegaan wie de mogelijke bron geweest is van de

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Hoofdstuk 1 (vervolg)

desbetreffende SOA en of er ten tijde van dat contact of daarna nog andere partners (contacten) zijn geweest met risico op besmetting. Vervolgens wordt besproken of men deze bron en eventuele andere contacten zal gaan waarschuwen en wie dat gaat doen: de index-patiënt zelf ("patient-referral") of de arts of sociaal-verpleegkundige voor SOA/AIDS ("provider-referral"). Soms zijn de contacten moeilijk te bereiken en spreekt men van opsporing.

Opties voor het beleid:

- a. Vaste seksuele partner(s): informatie over de desbetreffende SOA (mondeling en/of schriftelijk) via de **index-patiënt** (eventueel met hulp van de sociaal verpleegkundige voor SOA/AIDS) en partner(s) epidemiologisch meebehandelen, bij voorkeur na SOA-onderzoek;
- b. Losse contacten: waarschuwing van bron en eventuele andere seksuele partner(s) door de **index-patiënt** met behulp van een waarschuwingsstrook/contactslip met vermelding van de desbetreffende SOA, uitgegeven door de arts of sociaal-verpleegkundige voor SOA/AIDS; daarmee kan de gewaarschuwde persoon zijn/haar eigen arts informeren en gericht om medische hulp vragen;
- c. Waarschuwing of opsporing van de bron en eventuele andere seksuele partner(s) door de **sociaal-verpleegkundige** voor SOA/AIDS van de GGD (na toestemming van de index-patiënt).

NB Behandeling van seksuele contacten bij voorkeur na SOA-onderzoek, zeker als het een vrouw betreft (PID uitsluiten).

#### 20-21. **Counseling ten behoeve van risicoreductie en condoompromotie (zie Tabel 1.2)**

- op grond van het risicoprofiel/relatiepatroon (zie checklist punt 7) eerst aandacht voor de achtergrond van het eventuele risicogedrag en eventuele acties n.a.v. daarvan;
- informatie over veilige vrijtechnieken, asymptomatisch dragerschap, de mogelijkheid van eventuele hepatitis-B vaccinatie, eventueel SOA-onderzoek bij partnerwisseling, anticonceptieadvies;
- condoompromotie: informatie over condoomgebruik (motivatieversterkend: anderen doen het ook), condoomsoorten en gebruikstechniek.

#### 22. **Anticonceptieadvies en SOA**

Aansluitend op de adviezen t.a.v. condoomgebruik (ter preventie van SOA bij seksuele contacten buiten een langerdurende monogame relatie) informatie aangaande de aanbeveling om gelijktijdig orale anticonceptie (OAC) te gebruiken. Cave risico's inbrengen IUD zonder voorafgaand SOA-onderzoek (PID) bij vrouwen met risicofactoren voor SOA.

#### 23. **Het beantwoorden van vragen van de patiënt**

De NVDV/NVOG/NVMM SOA Diagnostiek & Therapie Richtlijnen 1997 geven richtlijnen voor het handelen van artsen in de curatieve en preventieve sector. De rol van de arts en de sociaal-verpleegkundige voor SOA/AIDS staat dan ook centraal. Factoren van de kant van de patiënt zullen altijd in sterke mate mede het beleid bepalen, vooral het preventieve/epidemiologische beleid. De arts stelt waar mogelijk het curatieve en preventieve/epidemiologische beleid vast in overleg met de patiënt, met inachtneming van de specifieke omstandigheden en met erkenning en bevordering van de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

#### 24. **Vervolgafpraak/nacontrole**

Een vervolgafpraak wordt gemaakt:

- \* om (nogmaals) naar aanleiding van de inschatting van het risicogedrag (1e C) uitleg te geven over en aandacht te geven aan de andere 3 C's (zie Tabel 1.1 en checklist punt 13-21):
  - contactopsporing/waarschuwing en behandeling
  - counseling ten behoeve van risicoreductie
  - condoompromotie;
- \* voor afspraken over welke partners gewaarschuwd zijn of nog moeten worden en door wie;
- \* voor het meedelen van de diagnose voor zover die nog niet bekend was;
- \* voor het meedelen van de nagekomen uitslag van eventueel verder laboratoriumonderzoek, zoals syfilis- en hepatitis-B-serologie en HIV-serologie;
- \* voor het bespreken van het verdere beleid t.a.v. van (preventie van) eventuele hepatitis-B problematiek (verwijzing internist, vaccinatie, hygiënische maatregelen);
- \* voor het herhalen van de syfilisserologie bij verdenking op syfilis;

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Hoofdstuk 1 (vervolg)

- \* voor het controleren van het effect van de behandeling van SOA met voornamelijk/deels klinische parameters voor het effect van de therapie: condylomen, mollusca contagiosa, herpes genitalis, scabies, pediculosis, fluur vaginalis, (verdenking op) PID, ulcus molle, syfilis;
- \* voor nacontrole middels laboratoriumonderzoek (*Chlamydia trachomatis* infectie, gonorrhoe, syfilis) indien behandeling heeft plaatsgehad;
- \* zo nodig bij vrouwen: verder bespreken van het anticonceptie-beleid (cave IUD; bij losse contacten gecombineerd gebruik: OAC + condoom);
- \* bij voortgezet risico-gedrag;
- \* bij een taalprobleem: voor informatie naar de patiënt met behulp van een tolk (al of niet per telefoon).

Indicaties voor nacontrole middels laboratoriumonderzoek (een controle-test) kunnen zijn:

- a. Geruststelling van de patiënt (zekerheid);
- b. Asymptomatische infectie;
- c. Persisteren van de klachten;
- d. Verdenking van therapie-ontrouw;
- e. Mogelijke reïnfectie (ping-pong effect);
- f. Resistentie problematiek;
- g. Na complicaties.

#### 25. **Door- of terugverwijzing/intercollegiaal consult**

Naar aanleiding van een eerste consult, een vervolgsconsult of nacontrole kan de noodzaak bestaan voor (terug)verwijzing naar of een intercollegiaal consult bij:

- huisarts (indien aanwezig);
- specialist (dermatoloog, gynaecoloog, internist, rheumatoloog, neuroloog of andere medische specialist);
- sociaal-verpleegkundige voor SOA/AIDS van de GGD;
- andere specialistische hulpverlening;
- acute opname in ziekenhuis.

#### 26. **Seksuologisch consult**

Dat kan plaats vinden bij een bureau van de Rutgers Stichting of bij die (academische) ziekenhuizen waar bij de afdeling gynaecologie een seksuologie polikliniek functioneert, zoals dat het geval is in alle Academische Ziekenhuizen behalve in Maastricht. Indicaties voor een seksuologisch consult zijn:

- a. Seksuele dysfunctie en seksueel gekleurde relatieproblemen;
- b. Problemen t.a.v. seksuele identiteit;
- c. Aanpassingsproblemen van immigranten aan de Nederlandse situatie op seksuologisch gebied (anticonceptie, seksueel functioneren);
- d. Seksueel misbruik/geweld: traumaverwerking;
- e. Counselling t.a.v. besluitvorming bij ongewenste zwangerschap; eventueel ondersteuning bij verwerking abortus provocatus.

#### 27. **Rapportage aan verwijzer**

Indien de patient naar de behandelaar verwezen is, dient schriftelijke rapportage plaats te vinden. Dit kan zijn aan: huisarts, specialist, de arts van een bureau van de Rutgers Stichting, e.a..

#### 28. **Aangifte SOA aan Inspecteur Volksgezondheid via de GGD\***

Acute hepatitis B en scabies zijn aangifteplichtig in groep B (patiënt op naam). In groep C (anoniem) zijn dat gonorrhoe, het 1e en 2e stadium van syfilis en congenitale syfilis. Zie Aangifteplichtige SOA (Hoofdstuk 27). Deze aangifte kan gerealiseerd worden i.s.m. de sociaal-verpleegkundige voor SOA/AIDS van de GGD.

\* Naschrift: Per 01-01-1999 is bij wet alleen nog een acute HBV-infectie aangifteplichtig.

#### 29. **Jaarverslag curatieve en preventieve sector (SOA-polikliniek en GGD)**

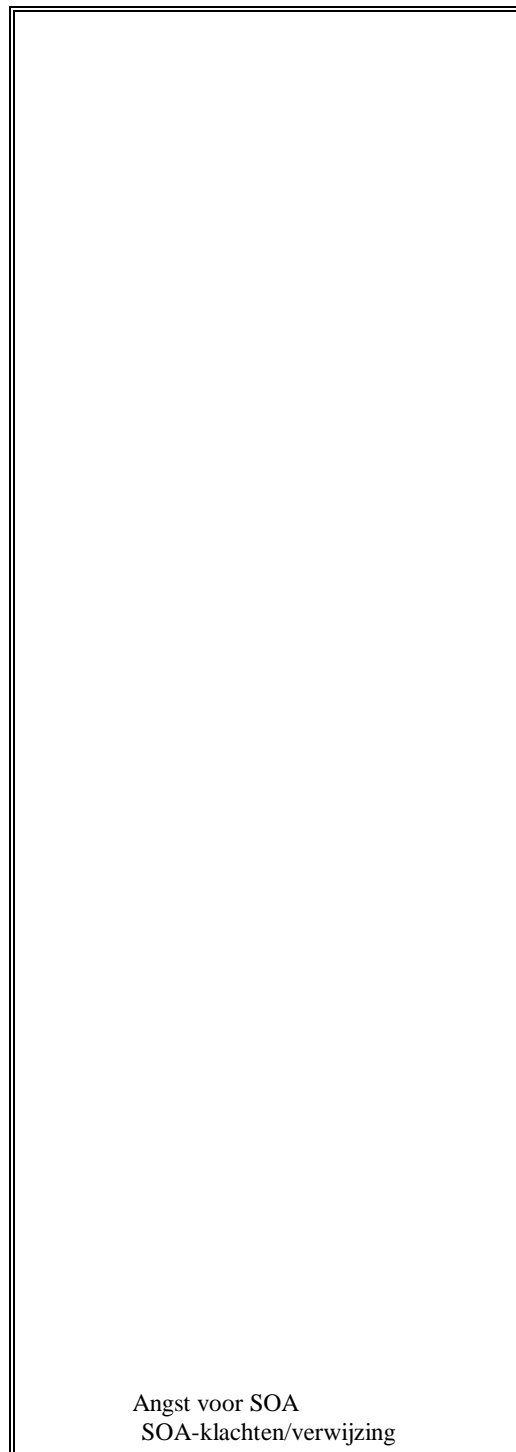
Jaarverslagen van SOA-poliklinieken en GGD-en, die met elkaar samenwerken in het kader van de regionale SOA-zorg, bevorderen de samenwerking, geven epidemiologische informatie en leggen verantwoording af aangaande de besteding van de door de overheid voor SOA-zorg beschikbaar gestelde middelen.

**SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997**

*Hoofdstuk 1 (vervolg)*

**Figuur 1.1**

**STROOM-DIAGRAM SOA-CONSULT**



**Risico-anamnese**

**Lichamelijk/Lab. Onderzoek**

\* Uit- /inwendig onderzoek

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

PM Zwangerschap uitsluiten

- \* Laboratorium
- A. Sneldiagnostiek:
  - direct preparaat fluor \_
  - aminetest/KOH/Fys.zout
  - twee glazenproef dysurie \_
  - Gram-prep. écoulement \_
- B. Routine lab. diagnostiek:
  - Materiaal afnemen uit urethra/cervix \_, urethra \_ (elders op indicatie): Chlamydia en gonorroe
  - Syphilis serologie
  - HIV/HBV serologie op indicatie en na counselling (bijv. wisselende homoseksuele contacten / i.v. druggebruik)

### Beleid/therapie:

1. Curatie: medicatie en instructie op geleide van de bevindingen bij lichamelijk en laboratorium onderzoek.
2. Preventie: advisering "Safe sex" tijdens behandeling en voorlichtingsadvies 'op maat', voor de toekomst (inventarisatie barrières en versterken motivatie tot veilig vrij gedrag).
3. Epidemiologisch beleid/contact-onderzoek: bron/contact(en) waarschuwen via index-patiënt met waarschuwingsstrook of via sociaal-verpleegkundige SOA/AIDS GGD en behandeling van partner(s) bespreken (bij voorkeur na SOA-onderzoek; alternatief: epidemiologische behandeling van partner(s)).

### Na-controle

- \* Geruststelling, vragen?
- \* Controle-test voor Chlamydia, gonorroe of syfilis.
- \* Nabespreken contactwaarschuwing en voorlichtingsadviezen.

### Geen na-controle

Retour indien klachten (Chlamydia geen resistentie).

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Hoofdstuk 1 (vervolg)

Tabel 1.2. Aandachtspunten bij risico-reductie counselling in de praktijk.

PREVENTIE 'OP MAAT'
<b>RANDVOORWAARDEN:</b> Niet betuttelend, moraliserend, maar positief (preventie van SOA en HIV, niet preventie van seksualiteit). Cave eigen normen en waarden. Open vragen. Instemming patient.
<b>INDIVIDUALISEREN</b>
<b>Bespreek motivatie en intentie.</b> Wat vind <i>jij</i> van Veilig Vrijen? Denk <i>jij</i> dat het nodig is condooms te gebruiken indien geslachtsgemeenschap? Inventarisatie voor- en nadelen: 'zowel voor HIV als andere SOA (Chlamydia!) preventie'; 'niet zo'n troep' etc. Niet ontkennen nadelen. Jongeren leren anticiperen op gevoel achteraf: 'hoe zou jij je voelen als achteraf blijkt dat je geen condoom hebt gebruikt ("SPIJT ACHTERAF")'.
<b>Bespreek barrières.</b> Vind je het lastig bespreekbaar? Praten over 'waarom lukt het niet' ipv. 'dat veilig moet'. Norm maakt ook het afwijken van de norm minder makkelijk bespreekbaar.
<b>Risicoprofiel.</b> Individuele LEEFSTIJL en sociale LEEFCONTEXT belangrijker dan 'RISICOGROEP'.
<b>Folder-informatie.</b> "Vrij Veilig" folder en eventueel andere relevante folder aanbieden. KONDOOMS laten zien of meegeven?
<b>Follow-up.</b> Terugkom-mogelijkheid (evt met partner) bieden. PM Telefoonnr. sociaal-verpleegkundige voor SOA/AIDS van GGD geven (verdere informatie over SOA/AIDS aldaar verkrijgbaar)
<b>NB Organisatie:</b> taakverdeling ARTS/PRAKTIJK ASSISTENTE

#### Literatuur ad Hoofdstuk 1:

- Van Bergen JEAM. Preventie van seksueel overdraagbare infecties. De rol van de huisarts. Medisch Contact 1996;51:84-8.
- Mourits MJE, Vonk M, van Voorst Vader PC. SOA-onderzoek bij slachtoffers van seksueel geweld. SOA-bulletin 1995;16(2):10-3.
- Van Lankveld JJDM, Ter Kuile MM, Kenter GG, et al. Seksuele klachten en ervaringen met seksueel en fysiek geweld bij gynaecologische patiënten. Ned Tijdschr Geneesk 1996;140:1903-6.
- Wigtersma L, Bleker OP. Anamnese en onderzoek. In: Wigtersma L, Bleker OP, Coutinho RA, et al., red. Compendium SOA. Utrecht, Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, 1996: 26-36.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Deel B. Basispakket SOA diagnostiek & therapie

#### 2 Standaard SOA-onderzoek bij de vrouw ( )\*

\* Zie ook “Richtlijnen SOA-onderzoek bij prostitué(e)s”, verkrijgbaar bij de Stichting SOA-bestrijding te Utrecht (tel.: 030 - 23 43 700).

#### 2.1 **Indicaties voor *C. trachomatis* en *N. gonorrhoeae* diagnostiek bij de vrouw ( ):[a]**

- SOA-onderzoek
- contact-opsporing
- seksueel misbruik
- verdenking PID
- **IUD inbrengen/verwijderen**
- abortus provocatus
- proctitis
- neonatale conjunctivitis/pneumonie
- *C. trachomatis* conjunctivitis
- (reactieve) artritis

#### NB

a. IUD: Tot circa 6 weken na het inbrengen van een IUD is er een duidelijk verhoogd risico op PID. Alvorens een IUD in te brengen, dient men bij een nullipara infectie met *C. trachomatis* en/of *N. gonorrhoeae* uitgesloten te hebben door diagnostiek en zo nodig therapie of door blinde preventieve antibiotische behandeling (zie Hoofdstuk 5).

b. IVF: In de populatie vrouwen die in Nederland aan een IVF procedure deelneemt is de prevalentie van een actieve infectie met *C. trachomatis* en/of *N. gonorrhoeae* zo laag (0.3%), dat IVF niet opgenomen is in bovenstaande lijst indicaties voor *C. trachomatis* en *N. gonorrhoeae* diagnostiek.

#### 2.2 **Inspectie:**

Inspectie regio anogenitalis inclusief speculum onderzoek.

#### 2.3 **Gynaecologisch onderzoek:**

Bimanueel gynaecologisch onderzoek (routinematig of alleen bij verdenking op PID). Zie Hoofdstuk 22.1.

#### 2.4 **Methodiek bij afname van materiaal voor laboratoriumdiagnostiek op *C. trachomatis* & *N. gonorrhoeae* (volgorde/methode) bij standaard SOA-onderzoek bij de vrouw ( ):**

- a. Materiaal voor *N. gonorrhoeae* diagnostiek afnemen, bij voorkeur (indien aanwezig) uit purulent exsudaat (*N. gonorrhoeae* aantoonbaar in neutrofiële granulocyten) van cervix en urethra, voor kweek of PCR/LCR-test en/of direct preparaat; met wattenstok voor afname *N. gonorrhoeae* diagnostiek materiaal eventuele (purulente) cervixslijmprop verwijderen en cervix schoonmaken.
- b. Vervolgens materiaal voor *C. trachomatis* diagnostiek afnemen door wattenstok 2-3 cm diep endocervicaal en 1-2 cm diep urethraal in te brengen en daar enkele malen te roteren (*C. trachomatis* aantoonbaar in epitheelcellen).

#### 2.5 **Direct preparaat van de cervix en eventueel urethra:**

- Grampreparaat (x1000). Toont cervicitis aan. Kan m.n. bij aanwezigheid van pus direct *Neisseria gonorrhoeae* aantonen (zie Hoofdstuk 4.2.1).  
NB Cave positief Grampreparaat door *Neisseria meningitidis* (zeldzaam bij de vrouw). Bevestiging diagnose gonorrhoe door kweek.
- Methyleenblauwpreparaat (x1000). Practisch makkelijker uitvoerbaar, maar voor gonorrhoe minder specifiek. Bevestiging diagnose door kweek.

#### 2.6 **Onderzoek op *N. gonorrhoeae* bij de vrouw ( ) [a]**

##### 2.6.1 **Locaties materiaalafname (benodigd materiaal: exsudaat met neutrofiële granulocyten):**

- cervix
- urethra

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 2 Standaard SOA-onderzoek bij de vrouw ( ) (vervolg)

- proctum op indicatie: bij proctitis klachten en/of anaal seksueel contact in de laatste 3 maanden, materiaal afnemen m.b.v. proctoscoop.
  - orofarynx op indicatie: bij receptief orogeenitaal contact, met name indien bij partner gonorrhoe bewezen is. PM Urine: zie voetnoot [b]
- 2.6.2 **Diagnostische technieken:** [b]  
a. kweek (plus resistentiebepaling)  
b. PCR/LCR-test
- 2.7 **Onderzoek op *Chlamydia trachomatis* bij de vrouw ( )** [a, c]
- 2.7.1 **Locaties materiaalafname (benodigd materiaal: epitheelcellen):**  
- cervix (na verwijdering slijm/pus, 2-3 cm diep in cervix endocervicaal roteren) [d]  
- urethra (1-2 cm diep endourethraal roteren) [d]  
- proctum op indicatie: bij proctitis klachten en/of anaal seksueel contact, materiaal (voor kweek en/of PCR/LCR-test) afnemen m.b.v. proctoscoop (wattenstok krachtig roteren). [e]  
- oropharynx op indicatie (bij klachten) [e]  
- conjunctiva op indicatie (bij klachten) [e]  
PM Urine: zie voetnoot [f]
- 2.7.2 **Diagnostische technieken, in volgorde van sensitiviteit:**  
a. DNA-amplificatie methoden (PCR, LCR) op materiaal afgenomen uit cervix en urethra  
b. DNA-amplificatie methoden (PCR, LCR) op materiaal uit de urine (urinesediment) [f, g]  
c. kweek, EIA/ELISA, DNA-hybridisatie op materiaal afgenomen uit cervix en urethra
- 2.8 **Fluor vaginalis diagnostiek:**  
Zie Hoofdstuk 18.
- 2.9 **Verdenking op PID:**  
Zie Hoofdstuk 22.1.
- 2.10 **Luesserologie:** [h]  
TPHA; VDRL en FTA abs. test bij positieve TPHA.  
Zo mogelijk herhalen na 3 maanden, bij verdenking op een luetisch infect eerder (cave zwangerschap).
- 2.11 **Hepatitis B virus serologie:** anti-HBc (zie Hoofdstuk 16). Bij vrouwen zelden geïndiceerd.

### 3 Standaard SOA-onderzoek bij de (asymptomatische) man ( )\*

- \* Zie ook "Richtlijnen SOA-onderzoek bij prostitué(e)s", verkrijgbaar bij de Stichting SOA-bestrijding te Utrecht (tel.: 030 - 23 43 700).
- 3.1 **Indicaties *C. trachomatis* en *N. Gonorrhoeae* diagnostiek bij de man ( ):** [a]  
- SOA onderzoek  
- contact opsporing (bijv.: partner PID)  
- seksueel misbruik  
- urethritis  
- proctitis  
- epididymitis  
- (reactieve) arthritis  
- *C. trachomatis* conjunctivitis.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 2 & 3 Standaard SOA-onderzoek bij de vrouw en de (asymptomatische) man ( / ; vervolg)

#### 3.2 **Inspectie:**

Inspectie regio anogenitalis.

#### 3.3 **Methodiek bij afname van materiaal voor laboratoriumdiagnostiek van *C. trachomatis* & *N. gonorrhoeae* (volgorde/methode) bij standaard SOA-onderzoek bij de man ( ):**

- a. Materiaal voor *N. gonorrhoeae* diagnostiek afnemen, bij voorkeur - indien aanwezig - uit (purulent) exsudaat/écoulement van de urethra (*N. gonorrhoeae* aantoonbaar in neutrofiële granulocyten) of door circa 1-2 cm diep inbrengen in urethra en roteren. Met wattenstok voor afname *N. gonorrhoeae* diagnostiek materiaal eventueel exsudaat/écoulement verwijderen voor zover dat mogelijk is.
- b. Vervolgens materiaal voor *C. trachomatis* diagnostiek afnemen door wattenstok circa 1-2 cm diep in de urethra in te brengen en daar enkele malen te roteren (*C. trachomatis* aantoonbaar in epitheelcellen).

#### 3.4 **Direct preparaat van de urethra:**

Grampreparaat (x1000), eventueel methyleenblauwpreparaat, indien sneldiagnostiek d.m.v. urethrale uitstrijk praktisch uitvoerbaar is. Indicatie: gonorrhoe contact.

NB Asymptotisch dragerschap van *N. meningitidis* ter plaatse van de perianale regio is met name bij homoseksuele mannen niet ongewoon (zie literatuur).

#### 3.5 **Onderzoek op *N. gonorrhoeae* bij de man ( ) [a]**

##### 3.5.1 **Locaties materiaalafname (benodigd materiaal: exsudaat met neutrofiële granulocyten):**

- urethra
  - proctum op indicatie: bij proctitisklachten en/of anaal sexueel contact in de laatste 3 maanden, materiaal afnemen m.b.v. proctoscoop.
  - orofarynx op indicatie: bij receptief orogeenitaal contact, met name indien bij partner gonorrhoe bewezen is.
- PM Urine: zie voetnoot [b]

##### 3.5.2 **Diagnostische technieken: [b]**

- a. kweek (plus resistentiebepaling)
- b. PCR/LCR-test

#### 3.6 **Onderzoek op *C. trachomatis* bij de man ( ) [a, i]**

##### 3.6.1 **Locaties materiaalafname (benodigd materiaal: epitheelcellen):**

- urethra (1-2 cm diep endourethraal roteren)
  - proctum op indicatie: bij proctitisklachten en/of anaal sexueel contact, materiaal (voor kweek en/of PCR/LCR-test) afnemen m.b.v. de proctoscoop (wattenstok krachtig roteren). [e]
  - oropharynx op indicatie (bij klachten) [e]
  - conjunctiva op indicatie (bij klachten) [e]
- PM Urine: zie voetnoot [f]

##### 3.6.2 **Diagnostische technieken, in volgorde sensitiviteit:**

- a. DNA-amplificatie methode (PCR, LCR) op materiaal afgenomen uit urethra of DNA-amplificatie methode (PCR, LCR) op materiaal uit de urine (urinesediment) [f]
- b. kweek, EIA/ELISA, DNA-hybridisatie op materiaal afgenomen uit urethra

#### 3.7 **Luesserologie:**

Zie Hoofdstuk 2.10. [h]

#### 3.8 **Hepatitis B virus serologie:**

Anti-HBc (zie Hoofdstuk 16)

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 2 & 3 Standaard SOA-onderzoek bij de vrouw en de (asymptomatische) man ( / ; vervolg)

Voetnoten ad Hoofdstuk 2 en 3:

- [a] Argumenten voor laboratorium diagnostiek:
1. Diagnose: geobjectiveerd, verifieerbaar; NB Diagnostiek asymptomatische SOA
  2. Uitleg aan patiënt/beleid arts: specifiek (diagnose, complicaties, behandeling, risico voor partners)
  3. Therapie: gerichte behandeling mogelijk
  4. Controle-test: negatieve test na therapie mogelijk
  5. Contact-opsporing: heldere informatie naar partner(s) door exacte diagnose index-patiënt (epidemiologie)
  6. Aangifteplicht t.a.v. infectieziekten bij Inspectie Volksgezondheid (zie Hoofdstuk 26)
- [b] Diagnostiek van een *N. gonorrhoeae* infectie met een kweek van materiaal afgenomen uit urethra en/of cervix heeft als voordeel dat resistentiebepaling mogelijk is. Diagnostiek met een DNA-amplificatie methode (LCR/PCR) van materiaal afgenomen uit urethra en/of cervix heeft mogelijk een sensitiviteit in de orde van grootte van een kweek van hetzelfde materiaal, zowel bij mannen als bij vrouwen, mits adequaat materiaal afgenomen is, en stelt geen tijdslimiet aan het transport zoals dat voor de kweek geldt. Indien men standaard een DNA-amplificatie methode gebruikt voor de diagnostiek van *N. gonorrhoeae* infecties, zal men afspraken moeten maken voor het monitoren van de ontwikkeling van resistentie tegen de standaardtherapie.
- Bij een patiënt(e), die afname van diagnostisch materiaal uit urethra en/of cervix weigert, is diagnostiek van *N. gonorrhoeae* met een LCR-test op materiaal uit de 1e urine portie bij mannen een acceptabel alternatief (de sensitiviteit van de LCR-test op de 1e urine portie lijkt bij mannen iets kleiner vergeleken met de LCR-test op materiaal afgenomen uit de urethra), maar bij vrouwen lijkt de sensitiviteit van de LCR-test op de 1e urine portie aanzienlijk kleiner te kunnen zijn vergeleken met de LCR-test op materiaal afgenomen uit de cervix (zie literatuur ad Hoofdstuk 2 & 3: artikel van Buimer et al.). Bij materiaal afgenomen van extragenitale lokaties is mogelijk de sensitiviteit van de LCR-test groter dan van de kweek.
- [c] Risicofactoren voor *C. trachomatis* infecties bij \_\_\_:
1. contact met nieuwe partner
  2. partner met wisselende contacten
  3. gewaarschuwd voor SOA
  4. leeftijd < 27 jaar
  5. sexarche < 17 jaar
  6. gonorrhoe of (verdenking op) andere SOA
  7. mucopurulente cervicitis
  8. positief Grampreparaat cervix (swab test)
  9. contactbloeding
  10. tussentijds bloedverlies: spotting (ook bij OAC)
  11. onderbuikspijn
  12. bovenbuikspijn
  13. OAC gebruik
  14. cervicale ectopie (niet samenhangend met OAC)
- [d] Materiaal cervix/urethra kan samen in één transportmedium, indien de container van het transportmedium het toelaat: twee locaties onderzocht voor prijs van één (in high-risk populatie is ook onderzoek van de urethra aan te raden).
- [e] Materiaal afgenomen uit proctum en oropharynx en van conjunctiva: EIA/ELISA en DNA-hybridisatie niet betrouwbaar, PCR (waarschijnlijk ook LCR) en kweek wel.
- [f] Overweging: *C. trachomatis* DNA-amplificatie diagnostiek op urine toepassen als patiënt(e), man of vrouw, om welke reden dan ook (bijv. slachtoffer seksueel geweld), afname van diagnostisch materiaal uit urethra en/of cervix weigert (wat vrouwen betreft in afwachting van nader onderzoek naar de waarde van afname van materiaal uit de introitus vaginae voor *C. trachomatis* diagnostiek). NB Bij zwangere vrouwen is mogelijk de sensitiviteit van *C. trachomatis* diagnostiek met behulp van DNA-amplificatie methoden op urinemonsters verminderd (zie literatuur ad Hoofdstuk 2 & 3: artikel van Rabenau et al.), een bevinding die later overigens door anderen (Taylor-Robinson) tegen gesproken werd..

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 2 & 3 Standaard SOA-onderzoek bij de vrouw en de (asymptomatische) man ( / ; vervolg)

- [g] Recent onderzoek (zie literatuurlijst) suggereert dat bij vrouwen laboratoriumonderzoek op *C. trachomatis* met behulp van de PCR (waarschijnlijk ook de LCR) op materiaal afgenomen uit de introitus vaginae een alternatief kan zijn. Een voordeel is dat men een dergelijk onderzoek doet in het kader van inspectie van de anogenitale regio, hetgeen niet noodzakelijkerwijs het geval is bij laboratoriumonderzoek van de urine. Zie literatuur ad Hoofdstuk 2 & 3: artikelen van Sary et al., Wiesenfeld et al. en Witkin et al.
- [h] Alle antibiotica behoudens co-trimoxazol en (fluor)quinolonen maskeren de luesserologie (zie Hoofdstuk 6.3.2 en Hoofdstuk 7.3.3). Indien in een bepaalde regio volgens de epidemiologische gegevens vroege syfilis (definitie vroege syfilis: zie Hoofdstuk 9.3.3.1) zeer zeldzaam is, kan overwogen worden bij het standaard SOA-onderzoek bij asymptomatische personen de luesserologie achterwege te laten.
- [i] Risicofactoren *C. trachomatis* infecties bij \_\_\_:
1. leeftijd < 27 jaar
  2. sexarche < 17 jaar
  3. gewaarschuwd voor SOA
  4. contact met een nieuwe partner
  5. urethritis klachten (dysurie en/of écoulement)
  6. positieve 2-glazen proef

#### Literatuur ad Hoofdstuk 2 & 3:

- Buimer M, Van Doornum GJJ, Ching S, et al. Detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* by ligase chain reaction-based assays with clinical specimens from various sites: implications for diagnostic testing and screening. *J Clin Microbiol* 1996; 34:2395-2400.
- Fitzgerald M, Bedford C. National (UK) guidelines: national standards for the management of gonorrhoea. *Int J STD & AIDS* 1996;7:298-300.
- Harry TC, Rashid S, Saravanamuttu KM. Multiple testing of multiple sites in the diagnosis of chlamydial infection in women. *Int J STD & AIDS* 1997;8:139.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg, Chlamydia Werkgroep Nederland. Severijnen AJ, red. Genitale infecties met *Chlamydia trachomatis*. IZG-bulletin, Rijswijk, mei 1996.
- Leeman FWJ, Van Voorst Vader PC, Mulder JG, Tensen A. Besmetting met anogenitale meningokokken infectie: een "nieuwe" SOA? *SOA-bulletin* 1996;17(3):18-20.
- Ossewaarde JM. New methods in diagnostic and epidemiological research of *Chlamydia trachomatis* infections: the tide is turning molecular. *JEADV* 1995;5:111-23.
- Rabenau H, Berger A, Doerr HW, Weber B. Testing for *Chlamydia trachomatis* in urine. *Lancet* 1997;349:1024-5.
- Sary A, Najim B, Lee H. Vulval swabs as alternative specimens for ligase chain reaction detection of genital chlamydial infection in women. *J Clin Microbiol* 1997;35:836-8.
- Van Doornum GJJ, Buimer M, Prins M, et al. Detection of *Chlamydia trachomatis* infection in urine samples from men and women by ligase chain reaction. *J Clin Microbiol* 1995;33:2042-7.
- Wiesenfeld HC, Heine RP, Rideout A, et al. The vaginal introitus: a novel site for *Chlamydia trachomatis* testing in women. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:1542-6.
- Witkin SS, Inglis SR, Polaneczky M. Detection of *Chlamydia trachomatis* and *Trichomonas vaginalis* by polymerase chain reaction in introital specimens from pregnant women. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:165-7.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 4. Standaard SOA-onderzoek bij de man ( ) met symptomatische urethritis

#### 4.1 Inleiding

Urethritiden bij de man t.g.v. genitale infecties:

- gonorrhoeïsche urethritis
- non-gonorrhoeïsche urethritis (NGU):
  - a. *Chlamydia trachomatis* urethritis
  - b. Non-specifieke urethritis (NSU), d.w.z. urethritis non-gonorrhoeïca/non-*Chlamydia*

#### 4.2 Diagnostische criteria c.q. objectivering van symptomatische urethritis bij de man

##### 4.2.1 Écoulement aanwezig (veelal gepaard met mictie klachten/dysurie), dan sneldiagnostiek:

- **Grampreparaat** van uitstrijk van écoulement op intracellulaire Gram-negatieve diplococci (*N. gonorrhoeae*), eventueel methyleenblauwpreparaat (x1000). Cave positief Gram-preparaat door *N. meningitidis*, een zeldzame oorzaak van symptomatische urethritis, met name na orogeen contact (door dragerschap van *N. meningitidis* in de oropharynx; zie ook Hoofdstuk 3).

Voorts afname van diagnostisch materiaal volgens het standaard SOA onderzoek bij de man (Hoofdstuk 3).

NB Afhankelijk van de uitslag van de sneldiagnostiek kan na afname van het materiaal voor verdere SOA diagnostiek direct bij de 1e visite gestart worden met therapie voor gonorrhoeïsche en/of non-gonorrhoeïsche urethritis of, bij ontbreken van sneldiagnostiek, met directe "blinde" therapie (zie Hoofdstuk 5-8).

##### 4.2.2 Écoulement afwezig, maar wel mictie klachten/dysurie, dan objectiverende sneldiagnostiek:

- **Twee glazen proef urine en/of urethra uitstrijk.**

Voorts afname overig diagnostisch materiaal volgens het standaard SOA onderzoek bij de man (Hoofdstuk 3).

NB Na objectivering van de urethritis en afname van het materiaal voor verdere SOA diagnostiek kan direct gestart worden met de therapie (directe "blinde" therapie bij de 1e visite; zie Hoofdstuk 5).

#### 4.3 Diagnostische criteria non-specifieke urethritis (NSU):

- écoulement
- geen écoulement op moment van onderzoek maar bij direct microscopisch onderzoek:
  - a. positieve 2 glazen proef (>10 leucocyten/gezichtsvelde in sediment van het 1e portie van de urine, ook wel eerstegraadsurine genoemd; vergroting x400);  
òf
  - b. positieve uitstrijk (>10 leucocyten/gezichtsvelde in 3 niet aangrenzende velden in Grampreparaat of methyleenblauwpreparaat van de urethra; vergroting x1000);  
plus
- negatief laboratorium onderzoek op *N. gonorrhoeae* en *C. trachomatis*.

#### 4.4 Eventuele aanvullende diagnostiek bij NSU recidief of bij persisteren van de NSU ondanks azithromycine-therapie (zie Hoofdstuk 8):

- kweek banaal (Streptococci en Gram-negatieven)
- kweek *Ureaplasma/Mycoplasma*
- natief preparaat en/of kweek op *Trichomonas vaginalis*
- kweek anaërobe bacteriën (*Bacteroides*).

Literatuur ad Hoofdstuk 4 (zie ook Hoofdstuk 5-8):

- Schmid GP, Fontanarossa PB. Evolving strategies for management of the nongonococcal urethritis syndrome. JAMA 1995;274:577-9.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 5 Standaard directe (“blinde”) therapie bij 1e visite voor de man ( ) met symptomatische urethritis en de vrouw ( ) met klachten ten gevolge van mogelijke gonorroe en/of *Chlamydia trachomatis* infectie (“syndromic management”)

#### 5.1 “Syndromic management”: indicaties voor directe (“blinde”) therapie van urethritis en/of cervicitis

- Symptomatische ongecompliceerde urethritis en/of cervicitis bij man of vrouw, vermoedelijk door een SOA veroorzaakt, na afname van materiaal voor laboratoriumdiagnostiek voor standaard SOA-onderzoek (exclusief Gram-preparaat, zie 5.3);\* NB Behandeling urethritis vermindert risico op HIV-transmissie.
- Symptomatische ongecompliceerde urethritis en/of cervicitis bij man of vrouw, vermoedelijk door een SOA veroorzaakt, terwijl laboratoriumdiagnostiek om welke reden dan ook niet te realiseren is;
- Een ongecompliceerde gonorroe is aangetoond d.m.v. sneldiagnostiek (Gram-preparaat) of door routine laboratorium onderzoek (kweek, PCR/LCR), maar diagnostiek op *C. trachomatis* is niet gerealiseerd;\*\*
- Epidemiologische indicatie bij asymptomatische patiënt.

\* Argumenten voor laboratorium diagnostiek:

1. Diagnose: geobjectiveerd, verifieerbaar; NB Diagnose asymptomatische SOA
2. Uitleg aan patiënt/beleid arts: specifieker (diagnose, complicaties, behandeling, risico voor partners)
3. Therapie: gerichte behandeling mogelijk (determinatie aetiologisch agens, gevoeligheidsbepaling)
4. Controle-test: negatieve test na therapie mogelijk
5. Contact-onderzoek: waarschuwing/opsporing van bron en eventuele andere contacten via sociaal verpleegkundige SOA/AIDS van de GGD alleen mogelijk na exacte diagnose bij index-patiënt; algemeen: heldere informatie naar partner(s) door exacte diagnose bij index-patiënt (epidemiologie)
6. Aangifteplicht t.a.v. infectieziekten bij Inspectie Volksgezondheid (zie Hoofdstuk 26)

\*\* Omdat bij een gonorroe relatief vaak tegelijkertijd een *C. trachomatis* infectie aangetroffen wordt, zal men over het algemeen de behandeling voor gonorroe na 6 uur laten volgen door behandeling voor een *C. trachomatis* infectie (zie ook Hoofdstuk 6), tenzij een dergelijke menginfectie door laboratorium onderzoek uitgesloten is.

NB Bij verdenking op een complicatie (PID, epididymitis) dient men ook direct te starten met de voor die complicatie ge-eigende therapie (directe “blinde” therapie bij de 1e visite: “syndromic management”).

#### 5.2 Directe (“blinde”) therapie bij 1e visite (lab. onderzoek niet verricht of uitslag nog niet bekend):

- ceftriaxon 250 mg i.m. of ciprofloxacin 2 x 250 mg per os (éénmalig, voor eventuele gonorroe)  
plus
- azitromycine 2 x 500 mg (1 g) (éénmalig, voor eventuele *C. trachomatis* infectie en/of non-specifieke urethritis, vanaf 6 uur na toediening therapie voor eventuele gonorroe)  
òf  
doxycycline 2 dd 100 mg 7 dagen (voor eventuele *C. trachomatis* infectie en/of non-specifieke urethritis, kuur starten vanaf 6 uur na toediening therapie voor eventuele gonorroe; optimale therapietrouw vereist)

#### 5.3 Symptomatische urethritis met écoulement bij de man, beleid na sneldiagnostiek:

- **sneldiagnostiek positief** (positief Gram-preparaat):  
therapie als in 5.2 (ceftriaxon of ciprofloxacin plus azithromycine);
- **sneldiagnostiek negatief** (negatief Gram-preparaat):  
alleen therapie met azithromycine.

Literatuur bij Hoofdstuk 5 (zie ook Hoofdstuk 6-8):

- Schmid GP, Fontanarossa PB. Evolving strategies for management of the non-gonococcal syndrome. JAMA 1995;274:577-9.
- Cohen MS, Hoffman IF, Royce RA, et al. Reduction of concentration of HIV-1 in semen after treatment of urethritis: implications for prevention of sexual transmission of HIV-1. Lancet 1997;349:1868-73.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Deel C-1. Bacteriële SOA

#### 6 Gonorrhoeïsche urethritis en/of cervicitis bij /

##### 6.1 **Diagnostische criteria:**

door middel van sneldiagnostiek waarschijnlijk gemaakte of door kweek of PCR/LCR aangetoonde infectie met *N. gonorrhoeae*. Methodiek: zie Hoofdstuk 2, 3 en 4. [a]

NB Mannen, symptomatologie van urethritis gonorrhoeïca in de jaren negentig: zowel écoulement als dysurie bij  $\pm 50\%$  (écoulement bij  $\pm 80\%$ , dysurie bij  $\pm 50\%$ ), asymptomatisch bij  $\pm 10\%$ ; gemiddelde incubatietijd: 8.1 dagen (mediane incubatietijd: 5.6 dagen). Vrouwen: gonorrhoe is bij 30-60% asymptomatisch.

##### 6.2 **Indicaties voor therapie:**

- Op grond van sneldiagnostiek (Grampreparaat/methyleenblauwpreparaat)
- Op grond van positieve kweek of PCR/LCR op *N. gonorrhoeae* (zie voetnoot [b] ad Hoofdstuk 2 & 3)
- Op epidemiologische gronden; indien de partner een aangetoonde infectie met *N. gonorrhoeae* heeft.

NB Directe ("blinde") therapie bij 1e visite: zie Hoofdstuk 5 ("syndromic management").

#### 6.3 **Behandeling van ongecompliceerde urogenitale gonorrhoe**

##### 6.3.1 **Algemeen:\***

1e keus: ceftriaxon 250 mg i.m. [b]

2e keus: ciprofloxacin 2 x 250 mg ineens per os. [c]

NB In regio's waar het percentage patiënten met een infectie met penicillinase producerende *Neisseria gonorrhoeae* (PPNG) <5% bedraagt, kan gekozen worden voor de therapie genoemd in 6.4.1. Een eenduidig landelijk beleid volgens 6.3.1 heeft echter de voorkeur (regionale monitoring onafhankelijk).

\* Omdat bij een gonorrhoe relatief vaak (circa 2-15%) tegelijkertijd een *C. trachomatis* infectie aangetroffen wordt, zal men over het algemeen de behandeling voor gonorrhoe na 6 uur laten volgen door behandeling voor een *C. trachomatis* infectie (zie ook Hoofdstuk 5), tenzij een dergelijke menginfectie door laboratorium onderzoek uitgesloten is.

##### 6.3.2 **Bijzondere omstandigheden:**

- anale gonorrhoe:
  - 1e keus: ceftriaxon 250 mg i.m.
  - 2e keus: ciprofloxacin 2 x 250 mg ineens per os
- pharyngeale gonorrhoe:
  - 1e keus: ceftriaxon 250 mg i.m.;
  - 2e keus: ciprofloxacin 2 x 250 mg ineens per os
  - 3e keus: cefixim 2 x 200 mg per os éénmalig.
- verdenking op syfilis, d.w.z. géén syfilis maskerende therapie:
  - òf ciprofloxacin 2 x 250 mg per os; [c]
  - òf co-trimoxazol 2 dd 4 x 480 mg per os 3 dagen.
- zwangerschap:
  - 1e keus: ceftriaxon 250 mg i.m.
  - 2e keus: erytromycine base of steeraat 4 dd 500 mg of ethylsuccinaat 2 dd 1000 mg per os 7 dagen (evt. base 4 dd 250 mg per os 14 dagen).
- penicilline allergie:
  - 1e keus: ciprofloxacin 2 x 250 mg per os; [c]
  - 2e keus: co-trimoxazol 2 dd 4 x 480 mg per os 3 dagen;
  - 3e keus: doxycycline 2 dd 100 mg per os 7 dagen.
- ciprofloxacin-resistente gonococci : [d]
  - 1e keus: ceftriaxon 250 mg i.m.
  - 2e keus: cefixim 2 x 200 mg per os éénmalig.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 6 Gonorrhoeïsche urethritis en/of cervicitis bij / (vervolg)

#### 6.4 **Mogelijke behandeling van ongecompliceerde gonorrhoe bij bekende kweekuitslag:**

##### 6.4.1 $\beta$ -lactamase negatieve *N. gonorrhoeae* (non-PPNG):

1e keus: procainebenzylpenicilline (Bicilline ®) 4.8 mE i.m. + probenecide 1 g per os ; [e]

2e keus: amoxicilline 3 g per os + probenecide 1 g per os. [e]

##### 6.4.2 $\beta$ -lactamase positieve *N. gonorrhoeae* (PPNG): zie 6.3.1

#### 6.5 **Partner(s), onderzoek en behandeling (zie Hoofdstuk 1 "Het SOA-consult: organisatie/stroomschema"):**

- altijd behandeling, bij voorkeur na afname van materiaal voor SOA onderzoek;
- epidemiologische "blinde" behandeling van partner(s) zonder voorafgaand lichamelijk en laboratorium onderzoek: ceftriaxon 250 mg i.m. of ciprofloxacine 2x250 mg per os gevolgd door azithromycine 1 gram per os (zie Hoofdstuk 5).

#### 6.6 **Controle na therapie**

##### 6.6.1 **Indicaties voor een controle-test na therapie:** [f]

- Verdenking van resistentie
- Monitoren van resistentie
- Geruststellen van de patient (emotionele reden)
- Asymptomatische infectie met *N. gonorrhoeae*
- Persisteren van symptomen
- Verdenking van ontrouw van patient bij innemen van voorgeschreven medicatie
- Mogelijkheid van herinfectie

##### 6.6.1 **Na therapie op grond van sneldiagnostiek (zie Hoofdstuk 5.3):**

Indien uit de inmiddels bekende kweekuitslag blijkt dat de gekweekte *N. gonorrhoeae* gevoelig is voor de gegeven therapie, dan is een controleweek niet strict noodzakelijk.

##### 6.6.2 **Na therapie op grond van de kweekuitslag (6.4):**

Een controleweek is in deze gevallen niet strict noodzakelijk.

#### 6.7 **Complicaties van urogenitale *N. gonorrhoeae* infectie:**

- Pelvic inflammatory disease (PID): zie Hoofdstuk 22.1
- Gedissemineerde gonococce infectie: zie 6.8.1
- Verticale transmissie: neonatale gonorrhoeïsche conjunctivitis (zie leerboeken).

##### 6.7.1 **Gedissemineerde gonococce infectie**

###### 6.7.1.1 **Diagnostische criteria:**

- klinisch: acute arthritis, tenosynovitis, papulopustels, koorts, endocarditis, pericarditis, meningitis.
- microbiologisch: positieve kweken of PCR/LCR-test op *N. gonorrhoeae* van pustels huid, synoviale vloeistof, bloed of liquor cerebrospinalis.

###### 6.7.1.2 **Indicatie voor therapie:**

Verdenking op of aangetoonde gedissemineerde infectie.

###### 6.7.1.3 **Behandeling volgens de richtlijnen uit 1993 van de Centers for Disease Control (CDC):**

Ceftriaxon 1 gram i.m. of i.v. elke 24 uur, cefotaxim 1 gram i.v. elke 8 uur of ceftizoxim 1 gram i.v. elke 8 uur tot 24-48 uur na het verdwijnen van symptomen gevolgd door medicatie per os (cefixim 2 dd 400 mg per os of ciprofloxacine 2 dd 500 mg per os) tot een totale standaard behandelingsduur van 7 dagen. Bij gonococce meningitis echter bedraagt de totale behandelingsduur 10-14 dagen en bij endocarditis 4 wk.

NB Indien uit de resistentie bepaling bij de kweek blijkt dat de *N. gonorrhoeae* gevoelig is voor penicilline kan na aanvang van therapie met cefalosporinen overgestapt worden op ampicilline 1 gram elke 6 uur.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 6 Gonorrhoeïsche urethritis en/of cervicitis bij man ( ) of vrouw ( ) (vervolg)

#### 6.7.1.4 **Partner(s), onderzoek en behandeling:**

Standaard SOA onderzoek, daarna zo nodig behandeling.

#### 6.7.1.5 **Controle na therapie:**

Op geleide van het klinisch beeld, tevens microbiologische controle.

### 6.8 **Aangifteplicht**

Bij elke patiënt geïnfecteerd met *N. gonorrhoeae* is er sprake van een aangifteplichtige ziekte groep C.\*

\* Naschrift: Per 01-01-1999 is die aangifteplicht bij wet vervallen. Epidemiologische registratie blijft een aandachtspunt van degenen die werken in de SOA-zorg.

#### Voetnoten ad Hoofdstuk 6:

- [a] Argumenten voor laboratoriumdiagnostiek: zie voetnoot [a] ad Hoofdstuk 2 & 3.
- [b] Apotheker vragen om i.m. preparaat (cave aflevering i.v. Rocephin® preparaat). De CDC Richtlijnen van 1993 geven aan dat 125 mg i.p.v. 250 mg ceftriaxone i.m. een therapeutische optie is (naast cefixim 400 mg per os, ofloxacin 400 mg per os en ciprofloxacine 500 mg per os). De exacte realisatie van die lagere dosering levert echter problemen op, omdat flacons à 125 mg voor i.m. gebruik niet leverbaar zijn.  
In hoeverre azitromycine oraal geschikt is voor gebruik bij de standaard behandeling van gonorrhoe, zoals bij een *C. trachomatis* infectie, is nog onderwerp van discussie (zie literatuur: Handsfield en Waugh).
- [c] Voor ciprofloxacine-tabletten van 500 mg geldt een bijbetalingsverplichting. Tabletten van 250 mg worden wel vergoed.
- [d] Ciprofloxacine-resistente *N. gonorrhoeae* stammen, al of niet penicillinase-producerend, zijn geïsoleerd in Azië, Australië en Amerika, maar anno 1996 ook in Nederland.
- [e] Probenecide gelijktijdig met de penicilline toe te dienen.  
NB Naschrift: De fabrikant (MSD) heeft in 1996 besloten Benemid® van de markt te halen. Eventueel is de grondstof nog wel verkrijgbaar.
- [f] Onafhankelijk van het in 6.6 besprokene kunnen er andere overwegingen zijn om een controlekweek te verrichten. Deze kunnen o.a. van juridische (gerechtelijke procedure) of microbiologische (uitsluiten dubbelinfectie) aard zijn. Bij patiënten met herhaalde SOA door voortgezet risicogedrag is een herinfectie te bewijzen door tussentijds negatieve kweken. Zie ook Hoofdstuk 7.5.1.

#### Literatuur ad Hoofdstuk 6:

- Cohen MS, Hoffman IF, Royce R, et al. Reduction of concentration of HIV-1 in semen after treatment of urethritis (especially gonococcal): implications for prevention of sexual transmission of HIV-1. *Lancet* 1997;349:1868-73.
- Fitzgerald M, Bedford C. National (UK) guidelines: national standards for the management of gonorrhoea. *Int J STD & AIDS* 1996;7:298-300.
- Handsfield HH. Azithromycin in gonorrhoea. *Int J STD AIDS* 1997;8:472..
- Moran JS. Treating uncomplicated *Neisseria gonorrhoeae* infections: is the anatomic site of infection important? *Sex Tr Dis* 1995;22:39-47.
- Sherrard J, Barlow D. Gonorrhoea in men: clinical and diagnostic aspects. *Genitourin Med* 1996;72:422-6.
- Van Duynhoven YTHP, Van Klingeren B, Van Santen-Verheul MG, Van der Meijden WI, Van de Laar MJW. Molecular epidemiology of infections with *Neisseria gonorrhoeae* among visitors to a sexually transmitted diseases clinic. *Sex Transm Dis* 1997;24:409-17.
- Waugh MA. Azithromycin in gonorrhoea. *Int J STD AIDS* 1996;7(suppl 1): 2-4.
- Waugh MA. Azithromycin in gonorrhoea. *Int J STD AIDS* 1997;8:472-3.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 7 *Chlamydia trachomatis* urethritis en/of cervicitis bij /

#### 7.1 **Diagnostisch criterium:**

Bewezen *C. trachomatis* infectie. Methodiek: zie Hoofdstuk 2 en 3. [a]

NB Mannen: urethrale infectie bij  $\pm 75\%$  symptomatisch (dysurie en/of écoulement); incubatietijd gemiddeld 12 dagen. Vrouwen: urogenitale infectie bij  $\pm 30\%$  symptomatisch.

#### 7.2 **Indicaties voor therapie:\***

- aangetoonde infectie met *C. trachomatis* (ook bij patiënten met een *C. trachomatis* conjunctivitis kan men vaak genitale *C. trachomatis* infecties aantonen, veelal asymptomatisch);
- op epidemiologische gronden: indien bij de partner een *C. trachomatis* infectie is gediagnostiseerd;
- bij aangetoonde gonorrhoe indien *C. trachomatis* diagnostiek om wat voor reden dan ook niet heeft plaatsgevonden (zie Hoofdstuk 5 en 6).

\* Directe ("blinde") therapie bij de 1e visite: zie Hoofdstuk 5 ("syndromic management").

#### 7.3 **Therapie ongecompliceerde uro-ano-genitale *C. trachomatis* infectie**

##### 7.3.1 **Algemeen:**

Azitromycine 2 x 500 mg (1 g) éénmalig per os

òf

Doxycycline 2 dd 100 mg per os gedurende 7 dagen

NB Azitromycine heeft in het algemeen de voorkeur wanneer men verwacht dat de therapietrouw niet optimaal zal zijn. Bij mannen zal men om meerdere redenen veelal azitromycine adviseren (ook effectief bij non-specifieke urethritis). Het is onbekend of doxycycline bij de vrouw met een asymptomatische ("silent") PID effectiever is dan azitromycine. Een symptomatische PID dient uitgesloten te zijn alvorens men een vrouw therapie adviseert.

##### 7.3.2 **Alternatieven voor man én vrouw:**

- erytromycine base of steeraat 4 dd 500 mg of ethylsuccinaat 2 dd 1000 mg per os 7 dagen;
- ofloxacin 2 dd 200 mg per os 7 dagen.

##### 7.3.3 **Bijzondere omstandigheden:**

- zwangerschap: erytromycine base of steeraat 4 dd 500 mg of ethylsuccinaat 2 dd 1000 mg 7 dagen per os (eventueel erytromycine base 4 dd 250 mg 14 dagen);
- verdenking op syfilis, d.w.z. géén syfilis maskerende therapie: co-trimoxazol 2 dd 2 x 480 mg 7 dagen (indien gonorrhoe niet uitgesloten is: eerste 3 dagen 2 dd 4 x 480 mg)  
òf  
ofloxacin 2 dd 200 mg per os 7 dagen;
- allergie voor tetracyclines: erytromycine of ofloxacin (zie 7.3.2)

##### 7.4 **Partner(s), onderzoek en behandeling (zie Hoofdstuk 1 "Het SOA-consult: organisatie/stroomschema"):**

- altijd behandeling, bij voorkeur na afname van materiaal voor SOA onderzoek;
- epidemiologische "blinde" behandeling van partner(s) zonder voorafgaand lichamelijk en laboratorium onderzoek: azitromycine 4 x 250 mg (1 g) éénmalig per os.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 7 *Chlamydia trachomatis* urethritis en/of cervicitis bij / (vervolg)

#### 7.5 Controle na therapie

##### 7.5.1 Microbiologische controle is niet strict noodzakelijk. Indicaties kunnen zijn:

- geruststelling van patient (zekerheid)
- asymptomatische *C. trachomatis* infectie
- persisteren klachten
- verdenking van therapie-ontrouw
- bij mogelijke reïnfectie (ping-pong effect)
- na therapie met erytromycine (meer kans op falen)

##### 7.5.2 Tijdstip controle-test afhankelijk van diagnostische test:

- kweek, EIA/ELISA en DNA-hybridisatie-test:  $\geq 2$  weken na de medicamenteuse therapie;
- DNA-amplificatie methoden (PCR/LCR):  $>2-4$  weken na de medicamenteuse therapie.

#### 7.6 Complicaties van een urogenitale *C. trachomatis* infectie:

- Pelvic inflammatory disease (PID): zie Hoofdstuk 22.1
- Sexually acquired reactive arthritis (SARA): zie Hoofdstuk 22.4
- Verticale transmissie: neonatale *C. trachomatis* conjunctivitis/pneumonie (zie leerboeken)

Voetnoot ad Hoofdstuk 7:

[a] Argumenten voor laboratoriumdiagnostiek: zie voetnoot [a] ad Hoofdstuk 2 en 3.

Literatuur ad Hoofdstuk 7:

- Bowden FJ, Farmer B, Bullen J, Chamberlain V, Bastian I. Azithromycin and syphilis. *Genitourin Med* 1995;71:196-7.
- Fons G, Van Voorst Vader PC, Henquet CJM, Stolz E, Ossewaarde JM, Bleker OP. Azithromycine. SOA-bulletin 1994;15 (4):4-7.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg, Chlamydia Werkgroep Nederland. Severijnen AJ, red. Genitale infecties met *Chlamydia trachomatis*. IZG-bulletin, Rijswijk, mei 1996.
- Magid D, Douglas JM, Schwartz JS. Doxycycline compared with azithromycin for treating women with genital *Chlamydia trachomatis* infections: an incremental cost-effectiveness analysis. *Ann Intern Med* 1996;124:389-99.
- Postema EJ, Remeijer L, Van der Meijden WI. Epidemiology of genital chlamydial infections in patients with chlamydial conjunctivitis; a retrospective study. *Genitourin Med* 1996;72:203-5.
- Thorpe EM, Stamm WE, Hook EW, et al. Chlamydial cervicitis and urethritis: single dose treatment compared with doxycycline for seven days in community based practises. *Genitourin Med* 1996;72:93-7.
- Weber JT, Johnson RE. New treatments for *Chlamydia trachomatis* genital infection. *Clin Inf Dis* 1995;20 (Suppl 1):S66-71.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 8 Non-specifieke urethritis (NSU) bij de man ( )

8.1 **Diagnostische criteria non-specifieke urethritis (NSU) en eventuele aanvullende diagnostiek:**  
zie Hoofdstuk 4.

8.2 **Indicatie voor therapie:**  
Symptomatische NSU.

### 8.3 **Therapie**

#### 8.3.1 **Bij uitsluitend vaginaal of oraal contact:\***

1e keus: azitromycine 2 x 500 mg (1 g) ineens per os

2e keus: doxycycline 2 dd 100 mg per os 7 dagen

3e keus: erytromycine base of steeraat 4 dd 500 mg per os 7 dagen\*\*  
(of: ethylsuccinaat 2 dd 1000 mg)

4e keus: metronidazol 2 dd 500 mg per os 7 dagen\*\*\*

5e keus: ofloxacin 2 dd 200 mg per os 7 dagen\*\*\*\*

#### 8.3.2 **Bij onbeschermd insertief anaal contact:\***

1e keus: ofloxacin 2 dd 200 mg per os 7 dagen\*\*\*\*

2e keus: azitromycine 2 x 500 mg (1 g) ineens per os

3e keus: erytromycine base of steeraat 4 dd 500 mg per os 7 dagen

4e keus: metronidazol 2 dd 500 mg per os 7 dagen\*\*\*

\* Volgorde van keuze bij falen van voorgaande therapie.

\*\* Alternatief voor tetracycline-resistente bacteriën.

\*\*\* In deze dosering effectief tegen *Trichomonas vaginalis* en anaërobe bacteriën.

\*\*\*\* Effectief tegen Gram-negatieve bacteriën.

### 8.4 **Partner(s), onderzoek en behandeling:**

Vrouwelijke of mannelijke partner(s) van man met NSU in principe meebehandelen, bij voorkeur na SOA diagnostiek (met name bij de vrouwelijke partner, NSU is risicofactor voor PID).

### 8.5 **Controle na therapie:**

Alleen bij persisterende klachten.

### 8.6 **Oorzaken van recidief of persisteren van NSU:**

- reinfectie (partnerbehandeling!)
- microorganisme ongevoelig voor ingenomen antibioticum
- protozoaire urethritis (*Trichomonas vaginalis*)
- onvoldoende therapietrouw
- prostatitis (bevestiging: rectaal toucher, 2e portie in 2 glazen proef ook positief)
- mechanische factoren (seksueel contact, soms zelfs coïtus condomatus, of masturberen tijdens herstelperiode, "morning milker", vreemd lichaam of bijv. papilloom in de urethra)

#### Ad 8.6:

Na ééndosis-behandeling met azitromycine kan men bij persisterende of recidiverende NSU-klachten eerst een doxycycline- of erytromycine-kuur geven (bij NSU door *Ureaplasma/Mycoplasma* is tetracycline resistentie beschreven) en vervolgens eventueel metronidazol, in plaats van aanvullend bacteriologisch onderzoek (zie Hoofdstuk 4.4) in te zetten. Bij verdenking van prostatitis kan patiënt voor verdere diagnostiek en behandeling naar de uroloog verwezen worden.

### Literatuur ad Hoofdstuk 8:

- Carlin EM, Barton SE. Azithromycin as the first-line treatment of non-gonococcal urethritis (NGU): a study of follow-up rates, contact attendance and patients' treatment preference. *Int J STD & AIDS* 1996;7:185-9.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 8 Non-specifieke urethritis (NSU) bij de man ( , vervolg)

- David LM, Natin D, Walzman M, Stocker D. Urinary symptoms, sexual intercourse and significant bacteriuria in male patients attending STD clinics. *Genitourin Med* 1996;72:266-8.
- Hudson MMT, Talbot MD. *Ureaplasma urealyticum*. *Int J STD AIDS* 1997;8:546-51.
- Krieger JN. Trichomoniasis in men: old issues and new data. *Sex Tr Dis* 1995;22:83-6.
- NHG-Standaard Urethritis bij de man. *Huisarts en Wetenschap* 1996;39:177-82.
- Schmid GP, Fontanarossa PB. Evolving strategies for management of the nongonococcal urethritis syndrome. *JAMA* 1995;274:577-9.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 9 Syphilis

#### 9.1 Syfilis: serologisch onderzoek\*

\* Alternatieve test voor syphilis: fase-contrast microscopie (donker veld microscopie) voor het aantonen van spirochaeten in het exsudaat van ulceratieve/erosieve lesies ten gevolge van het eerste stadium van syphilis (lues I). Zie Hoofdstuk 21.2.

#### 9.1.1 **Incubatielijd syfilis (kliniek en serologie):**

- Tot ontstaan ulcus durum (lues I): 10-90 dagen (ontstaan lues II: 3-6 weken na lues I);
- Tot positief worden primaire screeningstest (TPHA): 21 - 84 dagen.

#### 9.1.2 **Primaire screeningstest:**

- TPHA (Treponema Pallidum Haem-agglutination Assay), een treponemale IgG/IgM a.l. test.

#### 9.1.3 **Bevestigingstest indien TPHA positief:**

- FTA-abs. test (Fluorescent Treponemal Antibody absorption test), een treponemale IgG/IgM a.l. test.

#### 9.1.4 **Test op serologische activiteit syfilis (indien TPHA positief is) en om effect van therapie te monitoren:**

- VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) test, een non-treponemale IgG/IgM a.l. test, met bepaling van de titer.

NB Prozone fenomeen: VDRL test pas positief bij uittitreren (in hogere titers).

#### 9.1.5 **Overige non-treponemale testen:**

- Cardioline test:  
non-treponemale test op serologische activiteit syfilis, vergelijkbaar met VDRL-test;
- Rapid Plasma Reagin (RPR) sneldiagnostiek test:  
test met beperkte sensitiviteit en specificiteit;

#### 9.1.6 **Specifieke anti-*Treponema pallidum* IgG antilichaam test:**

- IgG-immunoblot op *Treponema pallidum* (R.I.V.M.)

#### 9.1.6.1 **Indicatie IgG-immunoblot op *Treponema pallidum* (referentie-serologie):**

- vermoeden op fout-positieve TPHA en/of FTA-abs. test.

#### 9.1.7 **Specifieke anti-*Treponema pallidum* IgM antilichaam testen:**

- 19S-IgM-FTA-abs. test (R.I.V.M.);
- IgM-immunoblot op *Treponema pallidum* (R.I.V.M.);
- anti-*Treponema pallidum* IgM-antilichaam test volgens EIA methode (Capture ELISA, o.a. op het Streeklaboratorium Groningen uitvoerbaar).

#### 9.1.7.1 **Indicaties IgM test:**

- screening op congenitale lues.

#### 9.1.8 **Luesserologie testen bij HIV-geïnfecteerden:**

Bij de grote meerderheid van HIV-geïnfecteerden lijken de serologische testen voor de diagnose van syphilis en voor de evaluatie van de serologische respons op de behandeling nauwkeurig en betrouwbaar te zijn. Echter, bij HIV-geïnfecteerden kan de luesserologie minder betrouwbaar zijn. Zowel een versterkte als een verminderde humorale immunrespons is mogelijk. Bij HIV-geïnfecteerden met klinische verdenking op syphilis en (herhaalde) negatieve luesserologie is aan te bevelen het onderzoek uit te breiden, d.w.z. door bepaling van de FTA-abs. en VDRL test of door histologisch of immunofluorescentie onderzoek van een klinisch verdachte lesie of door donkerveld microscopie op spirochaeten in het exsudaat van een ulceratieve lues I lesie. Zie ook 9.2.4 (fout-positieve lues-serologie).

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 9.1 Syphilis: serologisch onderzoek (vervolg)

Literatuur ad Hoofdstuk 9.1:

- Hart G. Syphilis tests in diagnostic and therapeutic decision making. *Ann Intern Med* 1986; 104:368-76.
- Jurado RL, Campbell J, Martin PD. Prozone phenomenon in secondary syphilis. *Arch Intern Med* 1993;153:2496-8.
- Larsen SA, Steiner BM, Rudolph AH. Laboratory diagnosis and interpretation of tests for syphilis. *Clin Microbiol Rev* 1995;8:1-21.
- Schöfer H, Imhof M, Thoma-Greber E, et al. Active syphilis in HIV-infection: a multicentre retrospective survey. *Genitourin Med* 1996;72:176-81.
- Van der Sluis JJ. Laboratory techniques in the diagnosis of syphilis. *Genitourin Med* 1992;68:413-9.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 9.2 **Syfilis: fout-positieve luesserologie**

#### 9.2.1 **Inleiding:**

Met de IgG-immunoblot op *Treponema pallidum* (R.I.V.M., zie 9.1.5) kan men fout-positieve luesserologie ontmaskeren, omdat dan het typische bandenpatroon van syfilis ontbreekt. De antistoffen van endemische treponematosen zijn echter op geen enkele manier te onderscheiden van de antistoffen geïnduceerd door *Treponema pallidum*.

#### 9.2.2 **Luesserologie en zwangerschap:**

Fout-positieve non-treponemale én treponemale reacties kunnen in de zwangerschap voorkomen, vaker in de FTA-abs. test dan in de TPHA. Indien een zwangere voorafgaande aan de huidige zwangerschap adequaat behandeld werd voor syfilis zijn er geen rationele argumenten voor een zogenaamde zekerheidsbehandeling met i.m. penicilline therapie. Bij een mogelijke nieuwe luetische infectie echter en ook bij twijfel over het adequaat zijn van eerdere therapie, aarzel men niet vóór de 16e week van de zwangerschap tot behandeling over te gaan.

#### 9.2.3 **Luesserologie en i.v. heroïne gebruik:**

Fout-positieve (non)-treponemale reacties kunnen voorkomen bij i.v. heroïnegebruik.

#### 9.2.4 **Luesserologie bij auto-immuunziekten en infectieziekten:**

Fout-positieve (non)-treponemale reacties zijn mogelijk. Fout-positieve reacties worden frequenter gevonden in de VDRL test dan in de TPHA en FTA-abs. test. In de FTA-abs. test is het percentage fout-positieve testen hoger (tot 10%, o.a. bij Borreliose, HIV-infectie, virale en auto-immuun hepatitis, zwangerschap) dan in de TPHA. Bij een infectie met de spirocheet *Borrelia burgdorferi* kunnen treponemale testen positief zijn, terwijl van syfilis geen sprake is. De fout-positieve luesserologie kan worden verklaard uit antigene verwantschap tussen *T.pallidum* en *B. burgdorferi*, beide zijn immers spirocheten. Meestal wordt de fout-positieve reactie vermeden door de routinematige preincubatie met *Treponema phagedenis* (Reiter). Slechts bij hoge antilichaamtiter tegen *B. burgdorferi* (>1:2000-3000) kunnen (zwakke) fout-positieve treponemale reacties (TPHA, FTA-abs. test) niet vermeden worden.

Lupus erythematodes is een bekende oorzaak van fout-positieve luesserologie. Een persisterende positieve VDRL test met een relatief hoge titer ondanks adequate behandeling van een vroege syfilis kan daardoor veroorzaakt worden.

#### 9.2.5 **Overige oorzaken van fout-positieve non-treponemale testen:**

Ondermeer chronische leverpathologie (chronisch fout-positief), recent hartinfarct (acuut fout-positief).

#### 9.2.6 **Endemische treponematosen**

Naast venerische (gewone) syfilis zijn er de endemische treponematosen: endemische syfilis, framboesia (yaws) en pinta. De treponematosen worden veroorzaakt door een bacterie uit de orde der Spirochaetales, die *Borrelia*, *Spirochaeta*, *Leptospira*, *Cristispira* en *Treponema* omvat, waaronder:

- *T. pallidum* (venerische syfilis en endemische syfilis)
- *T. pertenue* ("yaws"/framboesia tropica)
- *T. carateum* (pinta).

Met serologische testen is er geen onderscheid te maken tussen venerische syfilis en niet-venerische (endemische) treponematosen. Positieve luesserologie bij iemand uit een (sub)tropisch land, hoeft niet het gevolg te zijn van venerische syfilis. Indien eerder geen adequate behandeling voor venerische syfilis gegeven is, d.w.z. niet resulterend in een treponemacide serumspiegel gedurende minimaal 10 dagen, en men niet met zekerheid kan spreken van luetekenserologie door behandelde framboesia, pinta of endemische syfilis, dan dient men alsnog te behandelen (zekerheidskuur).

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 9.2 Syfilis: fout-positieve luesserologie (vervolg)

#### 9.2.6 Vóórkomen van venerische en endemische treponematosen:

Marokko	: venerische + endemische syfilis
Turkije	: venerische + endemische syfilis
Indonesië	: venerische syfilis + framboesia
Ned. Antillen	: venerische syfilis
Suriname	: venerische syfilis + framboesia

#### Literatuur ad Hoofdstuk 9.2:

- Breustedt W, Bitta R, Sönnichsen N. Positive FTA-abs. test in cerebrospinal fluid of non-syphilitic persons infected with HIV. Arch Dermatol 1989;125:1712-3.
- Carlsson B, Hanson HS, Wasserman J, Brauner A. Evaluation of the FTA-abs. test specificity. Acta Derm Venereol (Stockh) 1990;71:306-11.
- Nandwani R, Evans DTP. Are you sure is's syphilis? A review of false positive serology. Int J STD & AIDS 1995;6:241-8.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 9.3 **Syfilis therapie: algemeen beleid**

#### 9.3.1 **Inleiding (zie ook het addendum ad 9.4.6):**

De CDC (1993) adviseert voor vroege syfilis (lues I en II, lues latens <1 jaar tevoren geacquireerd) 1 x 2.4 mE benzathine benzylpenicilline en voor late syfilis (lues III, lues latens >1 jaar geleden geacquireerd) 3 x 2.4 mE benzathine benzylpenicilline. Na i.m. therapie van vroege syfilis volgens 9.3.3.1 van patiënten, die niet door HIV geïnfecteerd zijn, is de kans op symptomatische neurosyfilis te verwaarlozen. Na behandeling met 1 x i.p.v. 3 x 2.4 mE benzathine benzylpenicilline i.m. is er wel enig risico. Vandaar dat in Nederland ook voor vroege syfilis gekozen is voor 3 x 2.4 mE benzathine benzylpenicilline i.m., mede gezien de mogelijkheid van een (nog niet te detecteren) HIV-infectie, al is bij individuele patiënten de keuze voor 1 x 2.4 mE benzathine benzylpenicilline te verdedigen, met name als het primaire syfilis (lues I) betreft. Na i.m. therapie voor late syfilis volgens 9.3.3.2 lijkt het risico op de ontwikkeling van symptomatische neurosyfilis uit een asymptomatische neurosyfilis beperkt.

Er zijn sterke aanwijzingen dat het risico op het ontwikkelen van neurosyfilis bij HIV geïnfecteerden groter is dan bij niet-HIV-geïnfecteerden. Ook lijken de liquorafwijkingen na therapie van neurosyfilis bij HIV-geïnfecteerden langzamer te normaliseren dan bij niet-HIV-geïnfecteerden, afgezien van de verminderde betrouwbaarheid van de luesserologie bij een kleine minderheid van HIV-geïnfecteerden. Wat betreft de cutane symptomen ziet men bij HIV-geïnfecteerden, met name in de latere fasen van de HIV-infectie, in het secundaire stadium van syfilis vaker ulceratieve cutane lesies.

Het is onbekend of bij i.m. behandeling procaine penicilline of benzathine benzylpenicilline de voorkeur verdient. Procaine penicilline geeft in vergelijking met benzathine benzylpenicilline bij een hoger percentage patiënten een aantoonbare liquorspiegel, maar veelal wordt een treponemacide liquorspiegel slechts bereikt door procaine penicilline te combineren met probenecid. Dat is een omstreden combinatie, omdat mogelijk de liquorspiegel verhoogt wordt ten koste van de CZS weefselspiegel.

Behalve het voorgaande is bij de therapiekeuze de kans op daadwerkelijke effectuering van de voorgeschreven therapie van belang. Bij een slechte "patient compliance" kan voor lues I éénmalige i.m. therapie op dag 1, eventueel herhaald op dag 15 in geval van lues II, op grond van praktische overwegingen beschouwd worden als afdoende therapie.

#### 9.3.2 **Indicaties voor therapie:\***

- alle stadia van syfilis indien nog niet behandeld;
- indien er onzekerheid bestaat over de voorgaande behandeling (bij vroege syfilis dient een kuur gegeven te zijn, die gedurende min. 10 dagen een treponemacide serumspiegel geeft);
- zwangeren met positieve luesserologie, waarbij het niet met zekerheid is uit te maken of er sprake is van een nieuw luetisch infect.

\* NB Een serologische **HIV-antilichaam test** dient uitgevoerd te worden in alle patiënten met syfilis, ongeacht het stadium van de syfilis, aangezien de HIV-status het beleid t.a.v. diagnostiek, behandeling en controle van syfilis beïnvloedt.

#### 9.3.3 **Therapie van syfilis bij niet met HIV geïnfecteerden**

##### 9.3.3.1 **Vroege syfilis (lues I/II; lues latens recens, <1 jaar tevoren geacquireerd):**

- benzathinebenzylpenicilline (Penidural®) 2.4 mE i.m. (elke bil 1.2 mE) op dag 1, 8 en 15.
- NB Bij niet-HIV-geïnfecteerden kan men mede op grond van praktische overwegingen (zeeman) besluiten te volstaan met i.m. therapie op dag 1 (cave onderdosering bij zwaarlijvige patiënt).

##### 9.3.3.2 **Lues latens tarda (>1 jaar tevoren geacquireerd), lues latens van onbepaalde duur:\***

- benzathinebenzylpenicilline (Penidural®) 2.4 mE i.m. op dag 1, 8 en 15

\* De diagnose lues latens tarda of lues latens van onbepaalde duur kan alleen gesteld worden na uitsluiting van alle orgaanlues, met name cardiovasculaire lues en neurolyues. Zie voor (therapie) beleid bij patiënten verdacht van lues latens van onbepaalde duur bij wie orgaan-lues nog niet uitgesloten is: 9.4.5.2 met addendum ad 9.4.5.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 9.3 **Syfilis therapie: algemeen beleid (vervolg)**

#### 9.3.3.3 **Neurolues (symptomatisch en asymptomatisch, zie 9.5 en 9.6):**

- 1e keus: waterige benzylpenicilline G 0.15 mE/kg/dag i.v., verdeeld over 6 doses per dag gedurende 10-14 dagen;
- 2e keus: doxycycline 2 dd 200 mg per os 4 weken (bij penicilline overgevoeligheid).

#### 9.3.3.4 **Uveitis luetica (zie 9.7):**

- therapie volgens 9.3.3.2
- indien tevens (a)symptomatische neurosyfilis: therapie volgens 9.3.3.3

#### 9.3.3.5 **Cardiovasculaire syfilis (zie 9.8):**

Idem als bij uveitis luetica.

#### 9.3.3.6 **Congenitale syfilis (zie 9.9):**

Idem als bij neurolues (zie 9.3.3.3)

#### 9.3.3.7 **Penicilline overgevoeligheid:**

- vroege lues:
  - 1e keus: doxycycline 2 dd 200 mg per os 2-4 weken
  - 2e keus: erythromycine base of stearaat 4 dd 500 mg per os 2-4 weken.
- lues latens tarda, lues latens van onbepaalde duur en orgaanlues: idem gedurende 4 weken.

#### 9.3.3.8 **Jarisch-Herxheimer reactie:**

Vermindering van de ernst van de reactie of zelfs preventie kan men proberen te realiseren door:

- antipyretica;
- te starten met lage dosis penicilline;
- de penicilline te combineren met systemische corticosteroid therapie;
- behandeling met antilichamen tegen tumor necrosis factor  $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ).

#### 9.3.3.9 **Partner(s), onderzoek en behandeling:**

Syfilis, met name vroege (infectieuze) syfilis, dient bij de mogelijke bron en eventuele andere partner(s) uitgesloten te worden door (zo nodig herhaald) serologisch onderzoek. Als dit niet mogelijk of haalbaar is of op uitdrukkelijk verzoek van de persoon in kwestie, kan mede ter voorkoming van een eventueel ping-pong effect direct behandeling worden ingesteld.

#### 9.3.3.10 **Controle na therapie**

##### 9.3.3.10.1 **Serologische controle:**

Algemeen wordt serologische controle na behandeling het eerste jaar elke 3 maanden en het tweede jaar elke 6 maanden geadviseerd. De controle kan 2 jaar na behandeling van vroege syfilis (lues I & II; lues latens recens) gestopt worden. In geval van een zekerheidsbehandeling van lues latens tarda (met lage VDRL titer) kan men overwegen deze controle achterwege te laten. Veranderingen in de serologische respons zijn immers niet te verwachten.

##### 9.3.3.10.2 **Liquoronderzoek, beleidsadvies t.a.v. follow-up:**

Zie 9.6.

#### 9.3.4 **Therapie van syfilis bij HIV geïnfecteerden of personen met onbekende HIV status**

De beleidsadviezen zijn over het algemeen dezelfde als aan patiënten van wie zeker is dat ze niet met HIV geïnfecteerd zijn. De meest opvallende uitzondering betreft het advies t.a.v. de liquorcontrole na therapie van vroege syfilis (<1 jaar tevoren geacquireerd).

Adviezen t.a.v. het therapie- en controle-beleid, die afwijken van de adviezen t.a.v. het therapie- en controle-beleid bij niet met HIV geïnfecteerden:

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 9.3 **Syfilis therapie: algemeen beleid (vervolg)**

#### 9.3.4.1 **Neurolues:**

- bij HIV geïnfecteerden met (verdenking op) asymptomatische neurolues is behandeling met doxycycline 2 dd 200 mg per os gedurende 4 weken, gevolgd door controle van de liquor na 1 jaar, een mogelijkheid in plaats van i.v. penicilline;
- bij HIV geïnfecteerden met symptomatische neurolues en penicilline allergie zonder anafylaxie valt behandeling met waterige benzylpenicilline G volgens 9.3.3.3 onder klinische controle te overwegen.

#### 9.3.4.2 **Penicilline overgevoeligheid (onafhankelijk van het stadium van de syfilis):**

- 1e keus: doxycycline 2 dd 200 mg per os 4 weken;
- 2e keus: erythromycine base of stearaat 4 dd 500 mg per os 4 weken.

#### 9.3.4.3 **Controle van de liquor cerebrospinalis na therapie:**

Eén jaar na behandeling van lues latens tarda of lues latens van onbekende duur, indien voorafgaand aan therapie geen liquoronderzoek verricht werd, net als bij niet-HIV-geïnfecteerden, maar ook 2 jaar na therapie van vroege lues (lues I en II; lues latens recens). Zie 9.6., met name 9.6.2.1 en 9.6.2.2

#### 9.3.5 **Aangifte plicht anno 1997:\***

Syfilis in het primaire en secundaire stadium (lues I en II) is een aangifteplichtige ziekte groep C. Dat geldt ook voor congenitale syfilis (zie 9.9).

\* Naschrift: per 01-01-1999 is syfilis geen aangifteplichtige infectieziekte meer. Wel is epidemiologische registratie van syfilis een punt van aandacht bij degenen die in de SOA-zorg werkzaam zijn. Zie Hoofdstuk 27.

#### Literatuur ad Hoofdstuk 9.3:

- Donders GGG, Desmyter J, Hooft P, Dewet GH. Apparent failure of one injection of benzathine penicillin G for syphilis during pregnancy in HIV-seronegative African women. *Sex Transm Dis* 1997;24:94-101.
- Fekade D, Knox K, Hussein K, et al. Prevention of Jarisch-Herxheimer reactions by treatment with antibodies against tumor necrosis factor  $\alpha$ . *N Engl J Med* 1996;335:311-5.
- Marra CM, Longstreth WT, Maxwell CL, Lukehart SA. Resolution of serum and cerebrospinal fluid abnormalities after treatment of neurosyphilis. Influence of concomitant immunodeficiency virus infection. *Sex Tr Dis* 1996;23:184-9.
- Schöfer H, Imhoff M, Thoma-Greber E, et al. Active syphilis in HIV-infection: a multicentre retrospective survey. *Genitourin Med* 1996;72:176-81.
- Van Voorst Vader PC, Wolters EChMJ, Van Eijk RVW, Van Everdingen JJE, Faber WR, Stolz E. Beleid bij syfilis. *Ned Tijdschr Geneesk* 1985;129:1243-45.
- Whiteside Yim C, Flynn NM, Fitzgerald FT. Penetration of oral doxycycline into the cerebrospinal fluid of patients with latent or neurosyphilis. *Antimicrob Agents Chemother* 1985;28:347-8.
- Wolters ECh. Review: treatment of neurosyphilis. *Clinical Neuropharmacol* 1987;10(2):143-54.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 9.4 **Syfilis: beleid bij positieve luesserologie, type lues latens**

#### 9.4.1 **Anamnese uitdiepen:**

- huidafwijkingen passend bij syfilis
- origine (endemische treponematosen; zie 9.2.6)
- congenitale lues
- luesbehandeling: waar, wanneer, hoe en hoelang
- controles na behandeling
- bevindingen bij eventueel eerder liquoronderzoek
- eerder SOA-onderzoek (vanwege: verdenking van SOA, graviditeit, bloeddonorschap)
- neurologische klachten (o.a. hoofdpijn)

#### 9.4.2 **Lichamelijk onderzoek**

##### 9.4.2.1 **Lichamelijk onderzoek:**

- ulcus durum/anale fissuur
- lymfadenopathie
- roseolen (palmoplantair?)
- "moth-eaten" alopecia
- andere afwijkingen van huid en slijmvliezen

##### 9.4.2.2 **Eventueel oriënterend neurologisch onderzoek:**

- reflexen aan armen en benen
- pupilreflexen (Argyll Robertson pupillen)

NB Lues latens kan alleen vastgesteld worden als orgaanlues (bijv. cardiovasculaire syfilis of neurosyfilis) uitgesloten is. Bij positieve luesserologie (lage VDRL titer) en blanco voorgeschiedenis wat betreft syfilis, kan feitelijk alleen op grond van liquoronderzoek met volledige zekerheid bepaald worden of er sprake is van lues latens of van neurolues (asymptomatisch of oligosymptomatisch). Immers, voor de neuroloog kan het bij geringe symptomatologie moeilijk zijn op grond van uitsluitend klinisch neurologische symptomen de diagnose neurolues uit te sluiten.

#### 9.4.3 **Luesserologie:**

Luesserologie herhalen (standaard na 4 weken; zo nodig bij verdenking op lues recens eerder).

#### 9.4.4 **Partner(s), onderzoek en behandeling:**

Overwegen in overleg met patiënt en vaste partner de luesserologie bij de vaste partner te bepalen. Bij (verdenking op) lues latens recens actief contactonderzoek naar de bron en andere mogelijk besmette seksuele partners om die te waarschuwen en te behandelen.

#### 9.4.5 **Indicaties voor bepaling HIV serologie:**

NB Een serologische HIV-antilichaam test dient bij uitgevoerd te worden bij elke patiënt met syfilis, ongeacht het stadium van de syfilis (zie 9.3.2).

Speciale redenen voor het aanvragen van een HIV-antilichaam test:

- i.v.m. het achterwege kunnen laten van de liquorcontrole na therapie van lues latens recens (lues I & II; lues latens recens) bij een non-HIV-geïnfecteerde (zie 9.3.4.3 en 9.6);
- afwijkende bevindingen bij liquor onderzoek (zie 9.5.3 en 9.5.4).

#### 9.4.6 **Beleid bij patient verdacht van lues latens**

##### 9.4.6.1 **Lues latens recens (<1 jr tevoren geacquireerd):**

i.m. therapie volgens 9.3.3.1 (na uitsluiting van grove neurologische klinische afwijkingen);

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 9.4 Syfilis: beleid bij positieve luesserologie, type lues latens (vervolg)

#### 9.4.6.2 **Lues latens tarda (>1 jr tevoren geacquireerd) en lues latens van onbepaalde duur:**

- i.m. therapie volgens 9.3.3.2, na uitsluiting van grove neurologische afwijkingen met liquoronderzoek en X-thorax na één jaar
- òf
- screening op orgaanlues (X-thorax, neurologisch consult inclusief liquoronderzoek) en behandelen aan de hand van de bevindingen\*

\* Bij HIV-geïnfekteerden aanbevolen optie.

Addendum ad 9.4.6 (beleid bij patiënt verdacht van lues latens):

Indien er bij neurologisch onderzoek geen aanwijzingen zijn voor grove neurologische afwijkingen t.g.v. neurolues bij een patiënt die verdacht wordt van lues latens van onbepaalde duur, kan er voor gekozen worden i.m. te behandelen zoals aangegeven in 9.3.3.2 en pas één jaar na deze behandeling liquoronderzoek te verrichten. Een eventuele vroege ontstekingsreactie in de liquor in het kader van een lues latens recens in het eerste jaar na de besmetting kan dan inmiddels verdwenen zijn.

De keuze voor één van de twee opties t.a.v. het beleid bij lues latens tarda of lues latens van onbepaalde duur, beschreven in 9.4.6.2, zal mede bepaald worden door regionale feiten. Immers het percentage patienten met asymptomatische neurosyfilis, dat nog niet lege artis behandeld is, kan per SOA-polikliniek wisselen, afhankelijk van de samenstelling van de patientenpopulatie ter plekke.

Bij 3-9% van patienten verdacht van lues latens, die >1 jaar tevoren geacquireerd is (lues latens tarda), vindt men asymptomatische neurolues. Mocht patient zich één jaar na de i.m. therapie onttrekken aan controle, zodat er geen liquoronderzoek plaats vindt om een asymptomatische neurolues uit te sluiten, dan is het mogelijk dat zich bij patient uit een asymptomatische een symptomatische neurolues ontwikkelt ondanks de i.m. therapie. Hoe groot of klein dat risico is en of het beïnvloed wordt door de HIV status, is onbekend. Bij HIV-seronegatieve patienten lijkt het risico in principe beperkt. Bij HIV-seropositieve patienten wordt uit overwegingen van voorzichtigheid een stringenter beleid t.a.v. de controle van de liquor cerebrospinalis geadviseerd, d.w.z. de tweede optie beschreven in 9.4.6.2 (zie 9.6).

Alleen behandeling met i.v. penicilline volgens 9.3.3.3 geeft een consistente treponemicide liquor spiegel, zodat men aanneemt dat progressie van asymptomatische naar symptomatische neurolues door die therapie voorkomen wordt. Met i.m. penicilline therapie is dat niet te garanderen. Zie ook 9.3.1.

Literatuur ad Hoofdstuk 9.4:

- Wolters EC, Hische EAH, Tutuarima JA, et al. Central nervous system involvement in early and late syphilis: the problem of asymptomatic neurosyphilis. J Neurol Sci 1988;88:229-39.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 9.5 Neurosyfilis

#### 9.5.1 **Inleiding (beloop van de invasie van het centrale zenuwstelsel met *T. pallidum*):**

In het kader van een treponemabacteriëmie treedt frequent een asymptomatische ontstekingsreactie op, die ook zonder behandeling meestal van voorbijgaande aard is. In sommige gevallen echter krijgt deze meningeale perivasculitis een chronisch karakter en treedt een treponemale antilichaamreactie op binnen het centrale zenuwstelsel. Er is dan sprake van neurosyfilis. Deze kan al dan niet symptomatisch zijn. In 7-9% van de gevallen gaat syfilis, indien onbehandeld, over in een symptomatische neurosyfilis (zie literatuur). In eerste instantie is dan sprake van een meningovasculitis, in een later stadium van een parenchymateuse ontsteking met tabes dorsalis of dementia paralytica als uiting.

Bij meningovasculaire symptomatische neurosyfilis zal men bij lumbaalpunctie in de liquor cerebrospinalis een verhoogd aantal mononucleaire cellen vinden, bij parenchymateuse neurosyfilis zal dat niet altijd het geval zijn.

#### 9.5.2 **Klinische diagnostiek van neurosyfilis:**

Bij de diagnostiek van neurosyfilis zijn anamnese, lichamelijk onderzoek, serologisch onderzoek en bevindingen bij liquoronderzoek van essentieel belang (zie 9.6: Indicaties voor liquoronderzoek). Op grond van de kliniek alléén is geen zeker onderscheid te maken tussen asymptomatische neurosyfilis en latente syfilis. Specifieke neurologische verschijnselen zoals hoofdpijn en concentratiestoornissen kunnen voorkomen in het kader van neurosyfilis, maar daarnaast kunnen ook aandoeningen van de N. opticus, N. acusticus of N. facialis voorkomen als uiting.

#### 9.5.3 **Neurosyfilis diagnostiek bij HIV-geïnficeerden:**

Meningitisachtige beelden, meningovasculaire symptomen en liquorafwijkingen (verhoogd aantal mononucleairen, totaal eiwit en immuunglobuline indexen en door transsudatie zelfs positieve treponemale testen, naast mogelijk zelfs een fout-positieve FTA-abs. test) hoeven bij HIV-geïnficeerde patiënten met positieve luesserologie niet persé op neurosyfilis te wijzen, maar kunnen voorkomen in het kader van de HIV-infectie zelf. Bij dergelijke patiënten kan het moeilijk zijn neurosyfilis met zekerheid aan te tonen of uit te sluiten. Zie 9.5.4.

#### 9.5.4 **Laboratoriumonderzoek voor neurosyfilis diagnostiek**

##### 9.5.4.1 **Serumbepalingen:**

TPHA kwantitatief, FTA-abs kwalitatief, VDRL kwantitatief, IgG-gehalte, IgM-gehalte en albuminegehalte.

##### 9.5.4.2 **Liquorbepalingen:**

TPHA kwantitatief, FTA-abs. test kwalitatief, VDRL test kwantitatief, IgG-gehalte, IgM-gehalte, totaal eiwit, albuminegehalte, aantal mononucleaire cellen.

##### 9.5.4.3 **Extra parameters in de liquor cerebrospinalis:**

IgG-index, IgM-index, eventueel albumine ratio.\* De TPHA-index heeft slechts beperkte waarde (zie literatuur). Er is nog onvoldoende bekend aangaande de waarde van de polymerase-kettingreactie.

##### **IgG-index (maat voor intrathecale IgG synthese):**

$$\frac{\text{IgG-gehalte (mg/l) liquor}}{\text{IgG-gehalte (mg/l) serum}} : \frac{\text{albuminegehalte (mg/l) liquor}}{\text{albuminegehalte (mg/l) serum}}$$

\* De IgG-index daalt na adequate therapie, maar kan gestoord blijven, net als TPHA-index en albumine ratio. VDRL test, IgM-index en aantal cellen horen negatief te worden of te normaliseren binnen 1-2 jaar.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 9.5 Neurosyfilis (vervolg)

**IgM-index (maat voor intrathecale IgM synthese):**

$\frac{\text{IgM-gehalte (mg/l) liquor}}{\text{IgM-gehalte (mg/l) serum}}$  :  $\frac{\text{albuminegehalte (mg/l) liquor}}{\text{albuminegehalte (mg/l) serum}}$

**Albumine ratio (maat voor stoornis bloed-liquor barrière):**

$\frac{\text{albumine-gehalte (mg/l) liquor}}{\text{albumine-gehalte (mg/l) serum}} \times 1000$

#### 9.5.4.4 **Criteria voor de diagnose neurosyfilis**

De diagnose neurosyfilis is bij de volgende laboratoriumbevindingen in de liquor cerebrospinalis waarschijnlijk (zie literatuur):

1. TPHA en/of FTA-abs. test positief (in de liquor)  
èn
2. òf: VDRL test positief (in liquor);\*  
òf: IgG-index > 0,70 en/of IgM-index > 0,10 (in liquor)  
én: mononucleaire cellen >10/mm<sup>3</sup> (in liquor).\*\*

\* De VDRL test in de liquor cerebrospinalis kan negatief zijn bij neurosyphilis.

\*\* Het aantal mononucleaire cellen in de liquor cerebrospinalis kan normaal zijn bij parenchymateuse neurosyphilis (tabes dorsalis, dementia paralytica).

NB Bij HIV-geïnfecteerden tevens HIV-p24 Ag in liquor bepalen. Aanwezigheid daarvan pleit voor HIV-infectie van het CZS. Zie 9.5.3.

#### 9.5.4.5 **Therapie neurosyfilis:**

Zie 9.3.3.3.

#### 9.5.4.6 **Partner(s), onderzoek en behandeling:**

Ook bij neurosyfilis dient men aandacht te besteden aan het anamnestic met patiënt vaststellen van de mogelijke bron van de infectie en het fungeren van patiënt als mogelijke bron van transmissie naar anderen, d.w.z. het opsporen en waarschuwen van contactpersonen en, na onderzoek, het zo nodig behandelen daarvan.

Literatuur ad Hoofdstuk 9.5:

- Gjestland T. The Oslo study of untreated syphilis. Acta Derm Venereol (Stockh) 1955;35(S34):1-368
- Van Manen SR, Troost D, Cinque P, Portegies P. Liquor cerebrospinalis-diagnostiek met behulp van de polymerase-kettingreactie. Ned Tijdschr Geneesk 1996;140:1259-63.
- Wolters EC, Hische EAH, Tutuarima JA, et al. Central nervous system involvement in early and late syphilis: the problem of asymptomatic neurosyphilis. J Neurol Sci 1988;88:229-39.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 9.6 **Syfilis: indicaties voor onderzoek van liquor cerebrospinalis\***

\* Zie 9.5.4 voor het laboratorium onderzoek van liquor cerebrospinalis.

#### 9.6.1 **Diagnostische indicaties:**

- Neurologische of psychiatrische beelden bij positieve luesserologie (symptomatische neuro-lues?);
- Beperkte/subtiele klinische neurologische afwijkingen (oligosymptomatische neuro-lues?);\*
- Uveïtis luetica en/of cardiovasculaire syfilis;
- Ter uitsluiting van asymptomatische neuro-lues (met name bij lues latens tarda en bij HIV-geïnfekteerden).

\* Men kan er niet vanuit gaan dat een lage TPHA serum titer (<1:2560) (a)symptomatische neuro-lues onwaarschijnlijk maakt (zie literatuur).

#### 9.6.2 **Follow-up onderzoek indicaties**

##### 9.6.2.1 **Bij non-HIV-geïnfekteerden:**

Eén jaar na behandeling van lues latens tarda of lues latens van onbepaalde duur, indien voorafgaand aan therapie geen liquoronderzoek verricht werd (zie addendum ad 9.4.6).

NB Er is géén indicatie voor een afsluitende lumbaalpunctie na behandeling van vroege lues (lues I & II; lues latens recens, d.w.z. <1 jr tevoren geacquireerd) bij patiënten, die niet met HIV geïnfecteerd zijn.

##### 9.6.2.2 **Bij HIV-geïnfekteerden of patiënten met onbekende HIV status:**

Idem als bij 9.6.2.1, maar ook 2 jaar na therapie van vroege lues (lues I & II; lues latens recens).

##### 9.6.2.3 **Bij patiënten die wegens allergie voor penicilline met een ander antibioticum behandeld zijn:**

Eén jaar na behandeling.

##### 9.6.2.4 **Bij geconstateerde afwijkende liquorwaarden indicatief voor (a)symptomatische neurosyfilis:**

Eén jaar na behandeling en zonodig daarna jaarlijks totdat de parameters voor actieve neurosyfilis in de liquor cerebrospinalis (VDRL test, IgM-index en aantal cellen) genormaliseerd zijn of negatief geworden.

NB Bij HIV-geïnfekteerden kan normalisatie van de liquorafwijkingen na behandeling van neurosyfilis langer duren dan bij niet-HIV-geïnfekteerden.

Addendum: zie 9.5.4 voor laboratoriumonderzoek van liquor cerebrospinalis.

Literatuur ad Hoofdstuk 9.6:

- Marra CM, Longstreth WT, Maxwell CL, Lukehart SA. Resolution of serum and cerebrospinal fluid abnormalities after treatment of neurosyphilis. Influence of concomitant human immunodeficiency virus infection. Sex Tr Dis 1996;23:184-9.
- Wolters EC. Indicatiestelling voor lumbaalpunctie bij syfilispatienten. SOA-bulletin 1991;12(nr 4): 13-4.

### 9.7 **Syfilis: uveïtis luetica**

Er zijn geen specifieke klinische oogheelkundige kenmerken van uveïtis luetica. De diagnose wordt gesteld op grond van de verdere klinische gegevens, het serologisch onderzoek, het liquor onderzoek (geïndiceerd bij uveïtis luetica) en de respons op penicilline therapie.

Therapie: zie 9.3.3.4. Combinatie met systemische steroidtherapie overwegen (cave weefseldestructie).

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 9.8 Cardiovasculaire syfilis

Bij elke patiënt met een aneurysma, met name thoracaal, staat syfilis in de differentiaal diagnose en dient luesserologie aangevraagd te worden. Bij een patiënt met (verdacht van) cardiovasculaire syfilis moet ook (a)symptomatische neurosyfilis uitgesloten te worden i.v.m. de consequenties voor het therapeutisch beleid.

Therapie: zie 9.3.3.5. Cave barsten aneurysma bij starten therapie door Jarisch-Herxheimer reactie: overwegen te starten met lage dosis penicilline (langzaam dosis opvoeren), penicilline te combineren met systemische corticosteroïd therapie of eventuele andere maatregelen te nemen (zie 9.3.3.8).

### 9.9 Congenitale syfilis

#### 9.9.1 **Criteria voor de diagnose congenitale syfilis**

##### 9.9.1.1 **Bewezen congenitale infectie:**

- *Treponema pallidum* aangetoond bij donkerveldmicroscopisch onderzoek of bij immunofluorescentie onderzoek of specifieke kleuringen van materiaal van b.v. huidlesies, navel, placenta of autopsie materiaal. Therapie: zie 9.3.3.6 en 9.3.3.3.

##### 9.9.1.2 **Vermoedelijke congenitale infectie:**

- A. Een positieve treponemale test voor syfilis bij dood-geboorte.
- B. Alle gevallen waarin kinderen een positieve treponemale test voor syfilis hebben in combinatie met een van de volgende items:
  - òf persisterende rhinitis, condylomata lata, osteïtis, periostitis, osteochondritis, ascites, huid- en slijmvlieslesies, hepatitis, hepatosplenomegalie, nephrose, nephritis, hemolytische anaemie;
  - òf röntgenologische afwijkingen van de lange pijp-beenderen passend bij congenitale lues;
  - òf reactiviteit van de VDRL test in de liquor cerebrospinalis;
  - òf een vier- of meervoudig hogere titer van de TPHA in kinderlijk versus moederlijk serum (beide gelijktijdig bij de geboorte afgenomen);
  - òf vier- of meer-voudig hogere titer van een non-treponemale test in kinderlijk versus moederlijk serum (beide gelijktijdig bij de geboorte afgenomen);
  - òf vier- of meer-voudige stijging van de titer van een (non)-treponemale test binnen 3 mnd na de geboorte;
  - òf positieve 19S-IgM-FTA-abs. test en/of IgM-immunoblot op *T. pallidum* (R.I.V.M.) in neonataal serum (vertraagde IgM respons mogelijk: indien negatief bij geboorte, dan na 4, 8 en 12 wk herhalen);
  - òf een moeder bij wie tijdens de zwangerschap syfilis vastgesteld werd, maar die niet adequaat behandeld werd voor of tijdens de zwangerschap.

NB Bij behandeling van de moeder in het laatste trimester van de zwangerschap kan de behandeling voor het kind onvoldoende zijn en kan het kind alsnog congenitale syfilis ontwikkelen.

- C. Een positieve treponemale test bij een kind >12 maanden oud.

NB Belangrijk bij de diagnostiek van congenitale syfilis is het gepaard afnemen (bij de geboorte) van moederlijk en kinderlijk serum voor serologie. Serologische testen dienen niet bepaald te worden uit navelstrengbloed, omdat dit kan leiden tot fout-positieve en -negatieve testresultaten.

#### 9.9.2 **Aangifte plicht van congenitale syfilis and verplichting tot verrichten van luesserologie bij zwangeren**

Congenitale syfilis is anno 1997 een aangifteplichtige ziekte groep C (Naschrift: per 01-01-1999 niet meer; zie Hoofdstuk 27). In principe wordt luesserologie verricht bij iedere zwangere in Nederland.

Literatuur ad Hoofdstuk 9.9:

- Boot JM, Oranje AP, Groot R de, Tan G, Stolz E. Congenital syphilis. Int J STD & AIDS 1992;3:161-7.
- Chabra RS, Brion LP, Castro M, Freundlich L, Glaser JH. Comparison of maternal sera, cord blood and neonatal sera for detecting presumptive congenital syphilis. Pediatrics 1993;91:88-91.
- Chang SN, Chung KY, Lee MG, Lee JB. Seroreversion of the serological tests for syphilis in the newborns born to treated syphilitic mothers. Genitourin Med 1995;71:68-70.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 10 Ulcus molle

#### 10.1 **Diagnostische criteria:**

- klinisch beeld (zie Hoofdstuk 21), vaak pijnlijk (cave associatie met HIV-infectie: facilitatie HIV-transmissie; bij HIV-geïnfekteerden kan groot ulcus ontstaan), bij vrouwen vaak asymptomatische infectie;
- positieve *Haemophilus ducreyi* kweek (speciaal kweekmedium; direct Grampreparaat lage sensitiviteit) of PCR-test (voor zover beschikbaar).

#### 10.2 **Indicaties voor therapie:**

Klinisch beeld (andere oorzaken uitgesloten), bij voorkeur met positieve kweek/PCR-test op *H. Ducreyi* en/of bij-passend Gram-preparaat.

#### 10.3 **Therapie** (cave menginfectie met *T. pallidum* of Herpes simplex virus):\*

1e keus: azithromycine 2 x 500 mg (1 g) ineens per os

òf

ceftriaxon 250 mg i.m.

2e keus: erythromycine base of steeraat 4 dd 500 mg per os 7 dagen;

3e keus: amoxicilline/clavulaanzuur 500/125 mg per os 3 dd 7 dagen;

4e keus: ciprofloxacin 2 dd 500 mg per os 3 dagen.

\* Het therapie advies is identiek aan het CDC advies anno 1993.

#### 10.4 **Partner(s), onderzoek en behandeling:**

Alle personen (inclusief asymptomatische partners, vaak prostituées), waarmee seksueel contact plaats vond in de 2 weken voor het begin van de klachten bij de index-patiënt, meebehandelen, bij voorkeur na SOA onderzoek (incubatie-tijd ulcus molle: 1-14 dagen). NB Bij waarschuwing door de index-patiënt of derden gebruik maken van waarschuwingsstrook.

#### 10.5 **Controle na therapie:**

Op grond van het klinisch beeld.

Literatuur ad Hoofdstuk 10:

- Schulte JM, Schmid GP. Recommendations for treatment of chancroid, 1993. Clin Inf Dis 1995;20(Suppl 1):S39-46.
- Sturm AW. Klinische en bacteriologische aspecten van het ulcus molle. Proefschrift. Amsterdam, Universiteit van Amsterdam, 1981.
- Trees D, Morse S. Chancroid and *Haemophilus ducreyi*: an update. Clin Micr Rev 1995;8:357-75.
- Tyndall MW, Agoki E, Plummer FA, et al. Single dose azithromycin for the treatment of chancroid: a randomized comparison with erythromycin. Sex Transm Dis 1994;21:231-4.
- Webb RM, Currier M, Grillo D, et al. Chancroid detected by polymerase chain reaction. Arch Dermatol 1996;132:17-8.
- West B, Wilson SM, Changalucha J, et al. Simplified PCR for detection of *Haemophilus ducreyi* and diagnosis of chancroid. J Clin Microbiol 1995;33:787-90.

### 11 Lymfogranuloma venereum

#### 11.1 **Diagnostische criteria:**

- klinisch beeld: kleine papulovesikel/pustel overgaand in oppervlakkig pijnloos ulcus, vaak bedekt met grijs beslag, met forse lymfadenopathie (60% éézijdig), al/of niet fistelend;
- laboratorium onderzoek: positieve *C. trachomatis* serologie (hoge titers, LGV type, d.w.z. antilichamen tegen de serotypen L1, L2 of L3 van *Chlamydia trachomatis*) en eventueel *C. trachomatis* kweek van ulcus, urethra en cervix.

#### 11.2 **Indicaties voor therapie:**

Diagnose gesteld op grond van klinisch beeld en aanvullend laboratorium onderzoek.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 11 Lymfogramuloma venereum (vervolg)

#### 11.3 **Therapie:**\*

- 1e keus: doxycycline 2 dd 100 mg per os 21 dagen;  
2e keus: erythromycine 4 dd 500 mg per os 21 dagen.  
\* Het therapie advies is identiek aan het CDC advies anno 1993.

#### 11.4 **Partner(s), onderzoek en behandeling:**

SOA onderzoek (*C. trachomatis* kweek urethra en cervix!) bij alle personen, waarmee seksueel contact plaatsvond in de 6 weken voor het begin van de lymfadenopathie of in de 3 weken voor het ontstaan van de papulovesikel/pustel bij de index-patiënt (incubatietijd tot papulovesikel/pustel: 3-21 dagen, tot lymf-adenopathie stadium: 14-42 dagen). Behandeling op grond van de bevindingen of op epidemiologische gronden. NB Bij waarschuwing door index-patiënt of derden gebruik maken van waarschuwingsstrook.

#### 11.5 **Controle na therapie:**

op grond van het klinisch beeld.

Literatuur ad Hoofdstuk 11:

- Van Damme L, Laga M. Lymphogranuloma venereum. In: Bleker OP, Wigersma L, Coutinho RA, et al., red. Compendium Seksueel Overdraagbare Aandoeningen. Utrecht: Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, 1996: 60-2.

### 12 Granuloma inguinale (Donovanosis)

#### 12.1 **Diagnostische criteria:**

- klinisch beeld: papel/nodulus overgaand in scherp begrensd niet-pijnlijk ulcus met overhangende rand, meestal geen lymfadenopathie (tenzij door secundaire infectie);
- direct microscopisch onderzoek: Donovan bodies intracellulair; laboratorium onderzoek: kweek (kweek van verwekker van Donovanosis, *Calymmato-bacterium granulomatis*, een Gram-negatieve bacterie, is slechts in gespecialiseerde centra mogelijk).

#### 12.2 **Indicaties voor therapie:**

Diagnose gesteld op grond van klinisch beeld en aanvullend laboratorium onderzoek.

#### 12.3 **Therapie:**

- 1e keus: co-trimoxazol 2 dd 2 x 480 mg per os 14 dagen;  
2e keus: doxycycline 2 dd 100 mg per os 14 dagen.  
3e keus: azithromycine 1 gr 1x/week gedurende 4 weken of 1 dd 500 mg 7 dagen.  
NB Bij resistente stammen uit het Verre Oosten:  
erythromycine base of steeraat 4 dd 500 mg per os 14 dagen.

#### 12.4 **Partner(s), onderzoek en behandeling:**

SOA-onderzoek bij alle personen, waarmee seksueel contact plaats vond in de 4 weken voor het begin van de klachten bij de index-patiënt (incubatietijd 3 dagen - 6 maanden, meestal 1-4 weken). Behandeling op grond van de bevindingen bij SOA-onderzoek of op epidemiologische gronden. NB Bij waarschuwing door de index-patiënt of derden gebruik maken van waarschuwingsstrook.

#### 12.5 **Controle na therapie:**

Op grond van het klinisch beeld.

Literatuur ad Hoofdstuk 12:

- Bowden FJ, Mein J, Plunkett C, Bastian I. Pilot study of azithromycin in the treatment of genital donovanosis. Genitourin Med 1996;72:17-9.
- Van Damme L, Laga M. Donovanosis. In: Bleker OP, Wigersma L, Coutinho RA, et al., red. Compendium Seksueel Overdraagbare Aandoeningen. Utrecht: Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, 1996: 63-4.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Deel C-2. Virale SOA

#### 13 Condylomata acuminata en subklinische humaan papillomavirus (HPV) infecties

##### 13.1 Beleid bij condylomata acuminata bij volwassenen ( & )

###### 13.1.1 **Standaard SOA onderzoek:**

onderzoek op andere SOA, m.n. onderzoek op *C. trachomatis*, wat tevens speculum onderzoek bij de vrouw inhoudt.

###### 13.1.2 **Perianale condylomata acuminata:**

proctoscopie overwegen indien er anamnestic sprake is van receptief anaal contact. Veelal is dat bij perianale condylomata acuminata niet het geval.

###### 13.1.3 **Histopathologisch onderzoek van klinisch zichtbare lesies, indicaties:**

- bij immunodeficienten ter uitsluiting van intraepitheliale of invasieve neoplasië;
- bij twijfel aan de diagnose condylomata acuminata.

###### 13.1.4 **Azijnzuurtest (5% azijnzuur aqua dest. 3-5 minuten), indicaties:**

- recidiverende condylomata acuminata (oorzaak veelal endogeen omdat een HPV-infectie veelal multifocaal is, deels subklinisch);
- bij vermoeden op HPV balanitis/vulvitis;
- onbegrepen klachten, mogelijk t.g.v. subklinische HPV infectie (vulvodynie e.d.).

NB Een positieve azijnzuurtest dient gevolgd te worden door histopathologisch onderzoek.

###### 13.1.5 **Indicatie voor cervixuitstrijk op korte termijn en verder onderzoek bij de gynaecoloog:** macroscopisch zichtbare afwijkingen van de portio cervicis.

NB In het algemeen dient een cervixuitstrijk pas afgenomen te worden na behandeling van een eventuele cervicitis.

Addenda ad 13.1.5:

- **Cervixuitstrijk/SOA-onderzoek: in principe behoort de cervix-uitstrijk niet tot het standaard onderzoek op SOA.**
- Condylomata acuminata/cervixuitstrijk: aanwezigheid van klinisch zichtbare "klassieke" condylomata acuminata bij vrouwen, meestal veroorzaakt door non-oncogene HPV-typen, is volgens de huidige inzichten geen indicatie voor een cervix-uitstrijk.
- Immunodeficiente vrouwen: bij vrouwen, die immunodeficient zijn (bijv. door HIV-infectie) en <30 jaar oud, is een cervix-uitstrijk in het kader van SOA-onderzoek aan te raden.
- HPV-typering: het beleid t.a.v. het onderzoek van de cervix cytologie in combinatie met detectie van de aanwezigheid van oncogene HPV-typen is nog in ontwikkeling, ook t.a.v. de SOA-polikliniek populatie.
- Bevolkingsonderzoek: de Ziekenfondsraad heeft t.a.v. het bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom in september 1993 besloten aan alle vrouwen in Nederland 30-60 jaar oud 7x onderzoek van de cervix cytologie te vergoeden.

**NB Bij onderzoek op SOA kan men door voorlichting (bijv. door uitreiken van een folder)\* proberen te bevorderen dat vrouwen t.z.t. deelnemen aan het bevolkingsonderzoek (organisatie: GGD, uitvoering: huisarts). Beschikbare folder: "Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker" (gratis verkrijgbaar bij ZFR, Amstelveen; tel. 020 - 547 89 11).**

\* Of dat deelname aan het bevolkingsonderzoek daadwerkelijk bevordert, is onbekend.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 13.1 **Beleid bij condylomata acuminata bij volwassenen (vervolg)**

#### 13.1.6 **Complicaties anogenitale HPV-infectie:**

- intraepitheliale neoplasie, d.w.z. spinocellulair carcinoma in situ (Bowenoïde papulose, M. Queyrat, erythroplakie; CIN, VIN, VAIN, PIN, AIN, d.w.z. intraepitheliale neoplasie ter plaatse van cervix, vulva, vagina, penis en anus);
- invasief spinocellulair carcinoom (met name ter plaatse van de cervix uteri bij vrouwen >30 jaar oud en bij immuundeficiënte vrouwen);
- reuzencondyloom (Buschke-Löwenstein tumor), een low-grade spinocellulair carcinoom.

#### 13.1.7 **Therapie**

##### 13.1.7.1 **Therapie, algemeen:**

Recent (< 3 maanden geleden) ontstane condylomen reageren beter op therapie dan langer (>3 maanden) bestaande.

##### 13.1.7.2 **Indicaties voor therapie:**

- klinisch zichtbare afwijkingen, al dan niet met klachten;
- subklinische afwijkingen in samenhang met recidief of klachten.

##### 13.1.7.3 **Therapeutische mogelijkheden:**

- wekelijks podophylline 2,5-30% (door arts te appliceren, na max. 4 uur afwassen; indicatie: jonge lesies);
- 0.5% podophyllotoxine applicatie vloeistof 2 dd gedurende 3 opeenvolgende dagen per week, max. 5 weken (door patiënt zelf te appliceren; indicatie: jonge lesies);
- 0.15% podophyllotoxine crème 2 dd gedurende 3 opeenvolgende dagen per week, max. 4 weken (door patiënt zelf te appliceren; indicatie: jonge lesies);
- cryotherapie (indicaties: beperkt aantal lesies of oudere lesies);
- electrocoagulatie en/of excisie (indicatie: oudere lesies);\*
- CO2 laser (indicatie: oudere lesies);
- 5-fluoro-uracil crème (intra-urethraal, -vaginaal, -rectaal; zie ook 13.1.7.6 en 13.1.7.7) of 5-FU i.l.;
- interferon intralesionaal of i.m. (imiquimod crème, nog niet geregistreerd anno 1997, heeft een interferonachtig, immuun-modulerend effect);
- retinoïd per os.

\* PM Lidocaïne/prilocaine crème anaesthesie voorafgaand aan de injectie voor anaesthesie.

##### 13.1.7.4 **Condylomata acuminata en zwangerschap:**

- alleen behandelen bij klachten (jeuk, groot, bloedend, mechanische/cosmetische bezwaren);
- de kans op laryngeale papillomen bij de neonaat wordt niet beïnvloed door grootte of uitgebreidheid van de condylomen bij de moeder; er is geen indicatie voor sectio caesarea;
- zwangerschap vormt een contraïndicatie tegen behandeling met: podophylline, podophyllotoxine, 5-fluoro-uracil, interferon en retinoïd;
- tijdens zwangerschap toegestaan: cryotherapie, electrocoagulatie, excisie, CO2-laser.

##### 13.1.7.5 **Chronisch persisterende condylomata:**

adjuvante therapie met interferon alpha of beta of retinoïden per os te overwegen.

##### 13.1.7.6 **Progressieve groei van condylomen:**

overwogen kan worden dat proces af te remmen door inductie-remissie therapie met 5-fluoro-uracil crème 1-2 dagen/week.

##### 13.1.7.7 **Preventie recidief na complete remissie:**

5-fluoro-uracil crème lokaal 1-2 maal/1-2 weken gedurende 3-6 maanden.

##### 13.1.7.8 **Partner(s), onderzoek en behandeling:**

- klinisch zichtbare afwijkingen behandelen;
- onderzoek van partner(s) op subklinische HPV-lesies met behulp van de azijnzuur test en histologisch onderzoek is niet geïndiceerd;

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 13. Beleid bij condylomata acuminata bij volwassenen (vervolg)

- coïtus condomatus is niet noodzakelijkerwijs geïndiceerd bij een vaste partner (vaste partner is vaak al besmet, hetgeen geen klinische symptomen hoeft te geven: beleid t.a.v. condoomgebruik individualiseren aan de hand van de anamnese), wel bij een nieuwe partner;
- standaard SOA onderzoek, met name op *C. trachomatis*, adviseren.

#### 13.1.7.9 **Controle na therapie:**

op grond van het klinisch beeld. Bij recidiverende condylomata azijnzuurtest verrichten (zie 13.1.4).

#### Literatuur ad Hoofdstuk 13.1:

- Claesson U, Lassus A, Happonen H, Hogström L, Siboulet A. Topical treatment of venereal warts: a comparative open study of podophylotoxin cream versus solution. *Int J STD AIDS* 1996;7:429-34.
- Giard RWM, Coebergh JWW, Wijnen JA. Tegenvallende effectiviteit van bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996;141:317-21.
- Krul MRL, Meijer CJLM, van de Laar MJW. Genitale infecties met humaan papillomavirus (HPV). In: van de Laar MJW, Avonts D, Fokke HE, van Everdingen JJE, red. *SOA Vademecum*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1993: deel B3:1-20.
- Mourits MJE, van Voorst Vader PC, Herbrink P. Humaan-papillomavirus-infectie. In: Bleker OP, Wigersma L, Coutinho RA, et al., red. *Compendium seksueel overdraagbare aandoeningen*. Utrecht: Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, 1996:103-16.
- Strand A, Brinkeborn RM, Siboulet A. Topical treatment of genital warts in men, an open study of podophylotoxin cream compared with solution. *Genitourin Med* 1995;71:387-90.
- Swinehart JM, Skinner RB, McCarty JM, et al. Development of intralesional therapy with fluorouracil/adrenaline injectable gel for management of condylomata acuminata: two phase II clinical studies. *Genitourin Med* 1997;73:481-7.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 13.2 **Beleid bij condylomata acuminata bij kinderen**

#### 13.2.1 **Dermatologisch onderzoek naar klinisch zichtbare HPV-geassocieerde lesies en behandeling:**

- zo precies mogelijk vaststellen van de uitgebreidheid van de condylomata acuminata, eventueel onder narcose, met onderzoek van de genitalia en de anus;
- de huid onderzoeken op de aanwezigheid van wratten;
- therapie (zie 13.1.7): bij kinderen is de reactie op behandeling met podohylline/podophyllotoxine vaak slecht; voorkeursbehandeling, zeker bij grotere condylomen: electrocoagulatie en/of excisie of CO<sub>2</sub>-laserbehandeling. Eventueel expectatief beleid: spontaan verdwijnen na 3-5 jaar is mogelijk.

#### 13.2.2 **Vaststellen infectiebron en overdrachtsmechanisme:**

- bij kinderen jonger dan 2-3 jaar: verticale transmissie het meest waarschijnlijk (de incubatietijd bij deze kinderen kan 12-18 maanden bedragen);
- bij kinderen van 3 jaar en ouder is de verdenking op seksuele transmissie groter en dient seksueel misbruik uitgesloten te worden. Besmetting met HPV's die condylomata acuminata veroorzaken is ook mogelijk via handdoek, washandje en ondergoed (anamnese uitvragen!), terwijl er ook sprake kan zijn van condylomateuse afwijkingen door besmetting met HPV's uit gewone wratten (dermatologisch onderzoek).

#### 13.2.3 **Indien er verdenking is van seksueel misbruik (zie Hoofdstuk 23):**

- overleg met de vertrouwensarts;
- HPV-typering in weefsel van een gewoon in formaline gefixeerd biopt (op indicatie t.z.t HPV-typering met behulp van PCR op standaard paraffine coupes en eventueel bepaling van de DNA-sequentie, hetgeen extra gegevens oplevert al is HPV-typering van de lesies van het kind en van de verdachte persoon nooit bewijzend voor seksueel misbruik door de verdachte persoon);
- onderzoek op overige SOA overwegen;
- aanvullend lichamelijk en psychosociaal onderzoek bij de kinderarts overwegen\*;
- op indicatie (in overleg met de vertrouwensarts): forensisch onderzoek van de ouders en/of andere personen op gewone wratten en condylomata acuminata, eventueel onderzoek op subklinische infecties (azijnzuurtest) en biopten voor HPV-typering.

\* Let op major en minor criteria van sexueel misbruik. Zie Hoofdstuk 23.

#### Literatuur ad Hoofdstuk 13.2:

- Armstrong DKB, Handley JM. Anogenital warts in prepubertal children: pathogenesis, HPV typing and management. Int J STD AIDS 1997;8:78-81.
- Bilo RAC, de Waard-van der Spek FB, Oranje AP, Vuzevski VD. Condylomata acuminata bij kinderen: sexueel overgedragen? SOA-bulletin 1990;11(6):3-6.
- Bilo RAC, Aarsen RSR, Oranje AP. Beleid bij seksueel overdraagbare aandoeningen op de kinderleeftijd. SOA-bulletin 1995;16(3):16-8.
- Oranje AP, Bilo RAC, de Groot R. Kinderen en seksueel overdraagbare aandoeningen. In: Bleker OP, Wigersma L, Coutinho RA, et al., red. Compendium Seksueel Overdraagbare Aandoeningen. Utrecht; Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, 1996:170-82.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 14 Herpes genitalis: herpes simplex virus (HSV) type 1 en 2 infectie

#### 14.1 **Diagnostiek (zie ook Hoofdstuk 21):**

- klinisch beeld (incubatietijd primo-infectie: 2-7 dagen);
- direct microscopisch onderzoek (directe IF, eventueel Tzanck-test; benodigd materiaal: epitheelcellen bodem lesie);\*
- kweek (benodigd materiaal: blaasjesvocht of epitheelcellen bodem lesie);
- serologie (bij primo-infectie twee serummonsters met 2 à 3 weken tussenpoos vereist).\*\*

NB Bepaling Herpes simplex virus (HSV) type met directe IF of kweek is prognostisch relevant (genitale recidiefrequentie HSV-2 > HSV-1). Het percentage patiënten met genitale locatie van een HSV 1 infectie lijkt ook in Nederland te stijgen.

\* Lidocaine sublesionaal voorkomt pijn bij afname materiaal voor directe IF/Tzanck-test.

\*\*De thans in Nederland gebruikte testen zijn niet type-specifiek, maar kunnen met name bij een primo-infectie toch van waarde zijn (met name bij een zwangere: IgM test). Testen op HSV-type-specifieke antilichamen zijn, mondiaal gezien, op sommige plaatsen beschikbaar voor onderzoek maar, ook in Nederland, in de dagelijkse praktijk nog niet operationeel. Seroepidemiologisch steeg de HSV-2 prevalentie in de Verenigde Staten van 1978 tot 1990 met 32%. De seroepidemiologische gegevens verschillen per geslacht en per ethnische groep (SOA-poli Amsterdam, HSV-2 prevalentie 1986-1988: 32%).

#### 14.2 **Indicaties voor specifieke antivirale therapie:**

- ernstig klinisch beeld (pijnlachten, uitgebreidheid; antivirale therapie eventueel starten na sneldiagnostiek m.b.v. directe IF of eventueel Tzanck-test of op grond van klinisch beeld);
  - frequente recidieven (meer dan 6-10 per jaar);\*
  - immuunsuppressie;
  - psychosociale problematiek.
- \* I.v.m. de evaluatie van de onderhoudsbehandeling is voor de start van de therapie bevestiging van de diagnose en HSV typering gewenst.

#### 14.3 **Therapie\***

\* Locale therapie met een specifiek antivirale middel wordt ontraden (zie literatuur: Kroes et al., Whitley en Gnann).

#### 14.3.1 **Specifieke antivirale therapie:**

##### - **herpes genitalis, primo-infectie:**

valaciclovir (Zelitrex®) 2 dd 1 tabl. à 500 mg per os gedurende 5 dagen\*

of

famciclovir (Famvir®) 3 dd 2 tabl. à 125 mg per os gedurende 5 dagen\*

NB Indicaties voor het continueren van de therapie na de eerste 5 dagen gedurende 1-5 dagen extra (duur totale

kuur 6-10 dagen): a. ontstaan nieuwe lesies; b. complicaties.

\* Qua kosten en 'patient compliance' heeft valaciclovir de voorkeur boven famciclovir en aciclovir.

##### - **herpes genitalis, recidief (episodische behandeling):**

valaciclovir (Zelitrex®) 2 dd 1 tabl. à 500 mg per os gedurende 5 dagen

of

famciclovir (Famvir®) 2 dd 2 tabl. à 125 mg per os gedurende 5 dagen

NB Therapie bij voorkeur **door patiënt te initiëren** <6-12 uur na start klachten/symptomen.

##### - **herpes proctitis:**

primo-infectie en recidief: idem als bij herpes genitalis.

##### - **mucocutane HSV infectie bij immungecompromiteerde patiënt:**

herpes genitalis, primoinfectie en recidief: idem als bij **herpes genitalis**.\*

\* Valaciclovir en famciclovir zijn in Nederland anno 1997 niet geregistreerd voor HSV-infecties bij immungeestoornden. Alternatief: aciclovir 5 dd 200 mg per os gedurende 5 dagen.

14 **Herpes genitalis (vervolg)**

NB Opties bij vermoeden partiële resistentie van HSV (met name bij immuungecompromiteerden gezien; te bepalen: serumspiegel, eventueel thymidine-kinase activiteit testen in gevoeligheidsbepaling):\*

- aciclovir 10 mg/kg i.v. elke 8 uur
- valaciclovir (Zelitrex®) 3 dd 1000 mg of 4 dd 2000 mg per os,\*\* waardoor een serumspiegel vergelijkbaar met die door aciclovir 5 of 10 mg/kg i.v. elke 8 uur
- famciclovir (Famvir®) 3-4 dd 1000 mg per os\*\*

\* Lokatie gevoeligheidsbepaling met thymidine-kinase activiteit test: Laboratorium Klinische Virologie, AMC, Amsterdam (contactpersoon: Mw.Dr.P.M.E.Wertheim-van Dillen, tel. 020 - 566. 5619 of 566.9111).

\*\* Aangaande de mogelijke bijwerkingen van valaciclovir en famciclovir per os bij immuungecompromiteerden, met name bij langer durend gebruik (>5-10 dagen) en bij hoge dosering (d.w.z. 8 gram/dag), is anno 1997 nog onvoldoende bekend.

Bij onvoldoende resultaat door verhogen serumspiegel door aciclovir i.v. of hogere dosis valaciclovir of famciclovir per os of bij aantonen van volledige resistentie voor aciclovir in de gevoeligheidsbepaling: foscarnet (Foscavir®) i.v. 40 mg/kg elke 8 uur. PM Interferon additioneel.

- **onderhoudsbehandeling bij frequente recidieven (>6/jaar) bij immuuncompetente volwassenen:**  
valaciclovir (Zelitrex®) 1 dd 1 tabl. à 500 mg per os\*  
of  
famciclovir (Famvir®) 2 dd 2 tabl. à 125 mg per os\*

NB Onderhoudsbehandeling gedurende max. 12 mnd, dan evaluatie.

\* Qua kosten en 'patient compliance' heeft valaciclovir de voorkeur. Bij patiënten met zeer ernstige klachten (≥10 recidieven/jaar) kan 2 x 250 mg of 1 x 1000 mg valaciclovir daags noodzakelijk zijn. In een studie bij immuungecompromiteerde HIV-geïnfecteerde volwassenen bleek valaciclovir 2 dd 500 mg of 1 dd 1000 mg per os even effectief als aciclovir 2 dd 400 mg per os.

Beide geneesmiddelen, valaciclovir en famciclovir, zijn in Nederland anno 1997 nog niet geregistreerd voor de indicatie "onderhoudsbehandeling", noch in immuuncompetente, noch in immuungecompromiteerde volwassenen. Alternatief: aciclovir 2 dd 400 mg per os.

14.3.2 **Locale therapie en hygiënische maatregelen:**

- indrogend (bijv. zitbad, met/zonder desinfectantia of badschuim ter preventie van secundaire infectie; vergemakkelijkt ook eventuele pijnlijke mictie); bij klachten door erosieve laesies overwegen de specifieke antivirale met de locale therapie te combineren.

14.4 **Partner(s), onderzoek en behandeling:**

Onderzoek van en uitleg aan de partner(s) kan medische/psychosociale problematiek voorkomen.

14.5 **Controle na therapie:**

Op geleide van het klinisch beeld. Bij controle (follow-up) kan, mede op grond van HSV typering en risico-inschatting, nader ingegaan worden op het probleem van behandeling en eventuele preventie van recidieven en het beleid tegenover huidige en toekomstige partner(s).

14.6 **Preventie besmetting nieuwe partner:**

Vermijden contact in actieve fase van de infectie, inclusief vermijden van oraal seksueel contact bij actieve orale/genitale herpes.

NB Asymptomatische virus productie (of: voor de patiënt moeilijk herkenbare minimale symptomatologie) komt bij mannen en vrouwen voor, met name bij HSV 2 infecties, de eerste 3-6 maanden na een primo-infectie en gedurende de dagen voor en na een recidief. Dit maakt het bij gebrek aan een HSV-type-specifieke antilichaam test en therapeutische vaccinatie niet eenvoudig patiënt en partner verantwoorde en uitvoerbare adviezen te geven zonder de patiënt onnodig emotioneel te belasten. Cave ook bij AIDS-patiënten.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 14 **Herpes genitalis (vervolg)**

#### 14.7 **Preventie neonatale herpes:\***

- bij een primo-infectie in de laatste twee weken van de zwangerschap: sectio caesarea indien de vliezen niet >4 uur gebroken zijn;
- bij recidiverende genitale herpes kan een vaginale partus plaats vinden.

NB Personen met herpes labialis dienen direct contact met neonaten te vermijden ("kus des doods").

\* Zie Consensus preventie herpes neonatorum (Van der Meijden, 1987 en 1995).

Literatuur ad Hoofdstuk 14:

- Barton SE, Munday PE, Patel RJ. Asymptomatic shedding of herpes simplex virus from the genital tract: uncertainty and its consequences for patient management. *Int J STD & AIDS* 1996;7:229-32.
- Bodsworth NJ, Crooks RJ, Borelli S, et al. Valaciclovir versus aciclovir in patient initiated treatment of recurrent genital herpes: a randomised, double blind clinical trial. *Genitourin Med* 1997;73:110-6.
- Borrego L, Castro I, Frances A, Gimeno C, Soler E. Treatment of acyclovir-resistant perianal herpetic ulceration with intramuscular interferon alfa. *Arch Dermatol* 1996;132:1157-8.
- Brown ZA, Selke S, Zeh J, et al. The acquisition of herpes simplex virus during pregnancy. *N Engl J Med* 1997;337:509-15.
- Christie SN, McCaughey C, McBride M, Coyle PV. Herpes simplex type 1 and genital herpes in Northern Ireland. *Int J STD AIDS* 1997;8:68-9.
- Corey L. HSV type specific antibody tests: patients are ready, are clinicians? *Genitourin Med* 1997;73:235-6.
- Folkers E, Oranje AP. Een snelle diagnostische test (Tzanck test) ter uitsluiting van herpes virus infecties. *Ned Tijdschr Geneesk* 1985;129:241-3.
- Kroes ACM, Kluytmans JAJW, Peeters MF, Spaan WJM. Aciclovir (crème) vrij verkrijgbaar. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996;140:1412-3 & 1997;140:1831-2.
- Pannuti CS, Finck M, Grimbaum RS, et al. Asymptomatic perianal shedding of herpes simplex virus in patients with AIDS. *Arch Dermatol* 1997;133:180-3.
- Patel R, Bodsworth NJ, Woolley P, et al. Valaciclovir for the suppression of recurrent genital HSV infection: a placebo controlled study of once daily therapy. *Genitourin Med* 1997;73:105-9.
- Sacks SL, Aoki FY, Diaz-Mitoma F, et al. Patient-initiated, twice-daily oral famciclovir for early recurrent genital herpes. *JAMA* 1996;276:44-9.
- Spruance SL, Tyring SK, DeGregorio B, et al. A large-scale, placebo-controlled, dose-ranging trial of peroral valaciclovir for episodic treatment of recurrent herpes genitalis. *Arch Int Med* 1996;156: 1729-35.
- Van de Laar MJW, Termorshuizen F, Slomka MJ, et al. Prevalence and correlates of herpes simplex virus type 2 infection: evaluation of behavioural risk factors. In: Van de Laar MJW. *On the epidemiology of sexually transmitted diseases in the Netherlands*. Proefschrift. Universiteit van Amsterdam, 1997: 113-24.
- Van Loon AM, Van der Meijden WI. Herpes genitalis. In: Van de Laar MJW, Avonts D, Fokke HE, van Everdingen JJE, red. *SOA Vademecum*. Houten; Bohn Stafleu Van Loghum, 1994:(B4)1-23.
- Van der Meijden WI, Dumas AM. Consensus preventie van herpes neonatorum. *Ned Tijdschr Geneesk* 1987;131:2030-4.
- Van der Meijden WI. Herzene richtlijnen preventie herpes neonatorum. *SOA-bulletin* 1995;16(5): 20-2.
- Wald A, Koutsky L, Ashley RL, Corey L. Genital herpes in a primary clinic. Demographic and sexual correlates of herpes simplex type 2 infections. *Sex Transm Dis* 1997;24:149-55.
- Whitley RJ, Gnann JW. Aciclovir: a decade later. *N Engl J Med* 1992;327:782-9.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 15 Humaan immunodeficiëntie virus (HIV) infectie: testbeleid

#### 15.1 **Algemene inleiding: SOA-bestrijding en risico HIV-transmissie**

Er zijn aanwijzingen dat HIV transmissie wordt bevorderd door SOA, zowel bij mannen als bij vrouwen. Infecties van de tractus urogenitalis, zoals SOA, lijken geassocieerd te zijn met de aanwezigheid van HIV en met een toename van de hoeveelheid virus in semen en mogelijk ook in cervico-vaginaal secreet. Bestrijding van SOA lijkt dus het risico op HIV transmissie te kunnen verkleinen.

#### 15.2 **Indicaties voor HIV-test op SOA-spreekuur:**

- a. verdenking op acute (primaire) infectie (seroconversiesyndroom);
- b. verdenking op symptomatische HIV-infectie;
- c. verdenking op HIV-besmetting bij zwangerschap of fertiliteitsbehandeling (IVF);
- d. verzoek patiënt/cliënt: b.v. kinderwens, nieuwe relatie, risicocontact (van patiënt/cliënt zelf en/of partner), gewaarschuwd zijn, verkrachting, incest, seksueel geweld, prikaccident, seropositive partner, als voorwaarde voor werk in seksclub, nieuwe baan, afsluiten hypotheek, etc.;
- e. na vaststelling van een SOA, het risico op een HIV-infectie noemen;
- f. onvoldoende reactie op therapie voor een andere SOA;
- g. aanwezigheid van een ongewone vorm van een SOA-besmetting (b.v. chronisch herpes simplex ulcus, herpes simplex disseminata);
- h. geschiedenis van (intraveneuze) drugverslaving;
- i. patiënt/cliënt uit endemisch HIV/AIDS-gebied, die voor SOA-onderzoek komt;
- j. geschiedenis van onbeschermd risicocontacten.

Advies Gezondheidsraad met betrekking tot zwangere vrouwen:

Bij zwangeren uit risicogroepen moet het risico van een HIV-infectie actief ter sprake worden gebracht, inclusief de mogelijkheid van preventie van transmissie van HIV naar het kind door antivirale therapie.

NB Andere testplaatsmogelijkheden noemen, zoals bij huisarts of elders, afhankelijk van de specifieke problematiek.

#### 15.3 **HIV-laboratoriumtest procedure:**

- Beschikbare screeningstest op HIV-infectie: test op specifieke anti-HIV-anti-lichamen (ELISA-test).
- Indien deze test positief is, wordt **met hetzelfde bloedmonster** een bevestigingsprocedure uitgevoerd, waarbij gebruik wordt gemaakt van de immunoblottechniek, die antilichamen tegen individuele HIV-antigenen kan aantonen. Daarmee is ook differentiatie tussen HIV-1 en HIV-2 antilichamen mogelijk. Daaraan voorafgaand bevat de bevestigingsprocedure in eerste instantie het herhalen van de screeningstest op het eerst verkregen bloedmonster, veelal met twee verschillende ELISA-testen.
- Als de bevestigingsprocedure een dubieuze of positieve uitslag geeft, wordt een tweede bloedmonster gevraagd om verwisseling van buizen uit te sluiten. Ook bij een negatieve uitslag en sterke verdenking op een HIV-infectie dient men een tweede bloedmonster te vragen.

NB Vraag de test zo mogelijk **minimaal 6 maanden na het laatste risico-contact** aan of herhaal de test 6 maanden na dat contact (cave windowphase, een sero-negatieve fase). Soms is het noodzakelijk een uitgangswaarde te hebben (b.v. na prikaccident of na een verkrachting).

Addenda ad 15.3:

- Het HIV-p24 antigeen kan doorgaans enige tijd (variërend van enkele dagen tot weken) worden aangetoond gedurende de primaire HIV-infectie. Dus als de verdenking daarop bestaat en de HIV-antistoffentest is (nog) negatief, kan soms een antigeen bepaling de infectie aantonen.
- Ook bij een symptomatische primaire infectie, waarbij seroconversie in het algemeen binnen weken plaats vindt, is een windowfase, waarin HIV-antistoffen noch HIV-antigeen kunnen worden aangetoond, mogelijk.
- In plaats van een HIV-antigeen bepaling kan men ook de moderne PCR techniek toepassen om viraal RNA in het bloed aan te tonen. Deze test is veel gevoeliger en kan ook als parameter ("viral load") bij de therapie gebruikt worden. Een positieve PCR-uitslag moet altijd nader worden geëvalueerd, omdat fout-positieve uitslagen kunnen voorkomen. Ook fout-negatieve uitslagen kunnen voorkomen.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 15 Humaan immunodeficiëntie virus (HIV) infectie: testbeleid (vervolg)

#### 15.4 **Aandachtspunten voorafgaande aan een eventuele HIV-test**

##### 15.4.1 **Algemene aandachtspunten:**

- Zorg voor een goede vertrouwensrelatie met de patiënt/cliënt
- Zorg voor een goede gespreksruimte (privacy).
- Neem nooit een HIV-test af zonder toestemming van de patiënt/cliënt, laat een **informed consent-formulier** tekenen (zie voorbeeld in HIV-wijzer voor hulpverleners anno 1989, uitgave SAD-Schorer Stichting, P.C.Hoofstraat 5, 1071 BL Amsterdam, tel. 020 - 662 42 06; de Stichting is anno 1997 bezig de inhoud van de HIV-wijzer te vernieuwen).
- Leg uit dat de vertrouwelijkheid van de testuitslag gewaarborgd is. Besproken dient te worden dat het in het geval van een positieve uitslag wel belangrijk is dat **behandelende** medici, met name ook de huisarts, op de hoogte worden gebracht.
- Tracht zelf, altijd persoonlijk, de uitslag mee te delen. Nooit telefonisch.
- Spreek af wat te doen ingeval de patiënt/cliënt niet voor de uitslag terugkomt.
- Maak gebruik van een tolk (tolkentelefoon) bij taalbarrière.
- Geef volledige informatie (of schakel hiervoor de sociaal-verpleegkundige van de GGD in) over:
  - \* de mogelijkheid van anoniem testen;
  - \* de testprocedure, inclusief de betekenis van de window-fase (3-6 maanden) en van een negatieve respectievelijk positieve uitslag;
  - \* de voor- en nadelen van testen op HIV-antistoffen.

##### NB Addenda ad 15.4.1:

- Maak voor het meedelen van de uitslag en het nagesprek een afspraak, bij voorkeur niet op een vrijdag (i.v.m. onbereikbaarheid instanties/hulpverleners tijdens het weekend).
- Zorg bij een positieve HIV-test voor psychosociale opvang van de patiënt en zijn omgeving (sexuele contacten).
- Zie verder 15.5.1.

##### 15.4.2 **Verdere aandachtspunten:**

- Bespreek de verschillende risico's en leg uit wat onder safe sex en veilige vrij-technieken wordt verstaan, met name wanneer er sprake is van risicogedrag (ook als er niet getest wordt).
- Geef uitleg over diverse condooms (eventueel aan de hand van demonstratie).
- Bespreek de beperkingen en de bezwaren van veilig vrijen met betrekking tot HIV/ AIDS, maar ook met betrekking tot andere SOA.
- Bespreek de mogelijkheden tot - en behoud van veilig gedrag.
- Verwijs zonodig naar Rutgers Stichting, RIAGG, Stichting Aanvullende Dienstverlening (SAD)/Schorer Stichting of sociaal- verpleegkundige voor SOA/AIDS van de GGD.
- Bespreek de mogelijkheid van overig SOA-onderzoek en motiveer het belang ervan. Geef zo mogelijk uitslag van directe SOA-onderzoeken en/of maak afspraken t.a.v. uitslagen van aanvullend SOA-onderzoek.
- Sluit het gesprek af met informatie over:
  - \* bestaande folders en geef ze mee
  - \* safe sex (veilige vrijtechnieken)

#### 15.5 **Aandachtspunten bij positieve HIV-test-uitslag**

##### 15.5.1 **Algemeen:**

- Geef duidelijk en direct de uitslag. Zorg dat er voldoende tijd en ruimte is voor het laten doordringen van deze slechte tijding: wat het betekent seropositief te zijn.
- Geef uitleg over het verschil tussen seropositief zijn en AIDS hebben.
- Bespreek de prognose aan de hand van de klinische verschijnselen (zie ook 15.6 en 15.7).
- Geef de patiënt in overweging meer prognostische informatie te krijgen door middel van bepaling van het aantal CD4-positieve lymfocyten en de virale belasting ("viral load"), desgewenst via de internist - zie volgende punten - of via de huisarts.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 15 Humaan immunodeficiëntie virus (HIV) infectie: testbeleid (vervolg)

- Geef uitleg over de wenselijkheid van multidisciplinaire opvang (internist, aids-consulent) vanwege de complexiteit van een HIV-infectie, de complicaties en de medische en psychosociale consequenties.
- Geef de patiënt in overweging nadere informatie te verkrijgen omtrent eventuele antiretrovirale behandelingen; benadruk voorts dat profylactische antibiotische behandeling aangewezen is vanaf een bepaalde graad van immuunstoornis (aantal CD4-positieve lymfocyten  $< 200/\text{mm}^3$ ); maak de patiënt duidelijk dat hij voor al deze informatie het best met zijn huisarts kan overleggen indien deze ervaring heeft met HIV-infecties, maar anders bij voorkeur met één der internisten uit de zogenaamde centrumziekenhuizen voor AIDS-zorg.
- Vraag na, welke psycho-sociale opvang de patiënt van zijn omgeving krijgt (partner(s), familie, vrienden).
- Bespreek aan welke partner(s) de uitslag meegedeeld wordt en overleg of er seksuele contacten (uit het verleden) en eventuele huidige seksuele partner(s) door de cliënt ingelicht moeten worden en zo ja, welke ondersteuning hierbij geboden kan worden.
- Bespreek (opnieuw) de mogelijkheden van veilige sex.
- Maak op korte termijn een afspraak voor een vervolgesprek.
- Geef tenslotte schriftelijke informatie mee over de HIV-vereniging Nederland en/of een plaatselijke afdeling ervan en over andere relevante instanties.

#### 15.5.2 **Extra aandachtspunten bij HIV-seropositieve vrouwen:**

- Bespreek de gewenstheid van OAC ter voorkoming van zwangerschap naast de eventuele preventie van HIV-transmissie d.m.v. condooms.
- Bespreek de noodzaak van een gynaecologisch onderzoek c.q. controle(protocol).
- Verwijs eventueel hiervoor naar een gynaecoloog.
- Bespreek de situatie van zwangerschap bij HIV-seropositiviteit en welke risico's er zijn voor het kind en de noodzaak van antiretrovirale therapie om besmetting van het kind te voorkomen.
- Bespreek ingeval van reeds bestaande zwangerschap wat HIV-seropositiviteit voor gevolgen kan hebben t.a.v. het verdere verloop van de zwangerschap, de bevalling en het wel of niet besmet zijn van het kind en bespreek maatregelen ter preventie van transmissie.
- Geef extra informatie mee over vrouwen en SOA/AIDS en over de 'sektie seropositieve vrouwen' van de HIV-vereniging Nederland.

#### 15.6 **HIV-infectie / WHO-classificatie**

Het gaat hierbij om een matrix waarbij een patiënt op twee manieren geklassificeerd wordt: met de letters A, B en C wordt het klinische stadium aangegeven en met de cijfers 1, 2 en 3 het aantal CD4-positieve lymfocyten in het perifere bloed.

CD4-cellen	Asymptotisch, primaire HIV-infectie	"Minor" opportunistische infecties	"AIDS-defining" infecties en maligniteiten
$\geq 500/\text{mm}^3$	A1	B1	C1
$200-499/\text{mm}^3$	A2	B2	C2
$< 200/\text{mm}^3$	A3	B3	C3

In Europa, Afrika en Azië geldt dat een patiënt in de categorie C1, C2 of C3 de diagnose AIDS heeft. In de VS wordt daaraan nog toegevoegd: categorie A3 en B3. In de VS wordt de diagnose AIDS dus niet alleen op de klinische verschijnselen gesteld, maar ook op een laboratorium gegeven als een laag aantal CD4 cellen.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 15 Humaan immunodeficiëntie virus (HIV) infectie: testbeleid (vervolg)

#### 15.7 **HIV-testbeleid, multi-drug therapie en HIV RNA kwantificatie**

Eventuele veranderingen t.a.v. het HIV-testbeleid op grond van de mogelijkheid van “triple-drug therapy”, met HIV RNA kwantificatie als parameter en een waarschijnlijk gunstig effect op de prognose, zijn ten tijde van het opstellen van deze richtlijnen in discussie.

Indicaties voor antiretrovirale therapie (bij voorkeur combinatietherapie):

- symptomatische HIV-infectie;
- aantal CD4+-cellen  $<500 \times 10^6/l$ ;
- $>10.000$  kopieën viraal RNA/ml plasma.

Literatuur ad Hoofdstuk 15:

- BHIVA Guidelines Co-ordinating Committee. British HIV association guidelines for antiretroviral treatment of HIV seropositive individuals. Lancet 1997;349:1086-92.
- Bindels PJE, Henquet CJM, van den Hoek JAR, Leentvaar-Kuypers A, Coutinho RA. Het waarschuwen van huidige en vroegere seksuele partners van HIV-geïnfecteerde personen: is de tijd er rijp voor? Ned Tijdschr Geneesk 1992;136:933-7.
- Bindels PJE, Mulder-Folkerts DKF, Schutte MF, Smit-van Wijk I, Boer K, Coutinho RA. Resultaten van de screening op HIV-antistoffen bij zwangere vrouwen in de Amsterdamse peilstations, 1988-1995. Ned Tijdschr Geneesk 1996;140:2296-8.
- Boer K, Mulder-Kampinga GA, Scherpbier HJ. HIV en zwangerschap. Ned Tijdschr Geneesk 1995;139:970-4.
- Borleffs JCC, Esseveld F, Hoepelman IM, Boucher CAB. AIDS; nieuwe ontwikkelingen. II. Behandeling van HIV-infectie. Ned Tijdschr Geneesk 1997;141:1036-43.
- Coutinho RA. AIDS; nieuwe ontwikkelingen. I. HIV-tests: tijd voor een actiever beleid. Ned Tijdschr Geneesk 1997;141:1034-6.
- Coutinho RA, Prins M, Spijkerman IJB, et al. Summary of track C: epidemiology and public health. Keywords: Epidemiology, public health, sexually transmitted diseases, perinatal transmission, natural history, intervention. AIDS 1996; 10 (suppl 3): S115-S121.
- De Jong MD, Hulsebosch HJ, Lange JMA. Clinical, virological and immunological features of primary HIV-1 infection. Genitourin Med 1991;67:367-73.
- De Wolf F, Goudsmit J. AIDS; nieuwe ontwikkelingen. III. Voorspellende waarde van de hoeveelheid HIV-RNA voor het beloop van de HIV-infectie en het effect van de behandeling. Ned Tijdschr Geneesk 1997;141:1043-50.
- Radcliffe KW, Patel R, Rogstad KE. Feedback from the XIth international conference on AIDS. Keywords: HIV, AIDS, diagnostic tests, treatment. Int J STD & AIDS 1996;7:521-4.
- Van den Hoek JAR, Griensven GJP, Keet IPM, Coutinho RA. HIV-incidentie in een cohort homoseksuele mannen en een cohort injecterende drugsgebruikers in Amsterdam, 1985-1995. Ned Tijdschr Geneesk 1996;140:1692-5.
- Wigersma L. Raad na daad komt te laat; preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen en van HIV-infectie door de huisarts. Ned Tijdschr Geneesk 1996;140:1749-51.
- Wigersma L. AIDS; nieuwe ontwikkelingen. IV. Veranderingen van huisartsgeneeskundige zorg door nieuwe behandelingsmogelijkheden van patiënten met HIV-infectie. Ned Tijdschr Geneesk 1997;141:1051-4.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 16 Hepatitis B virus (HBV) infectie: diagnose/preventie

#### 16.1 Inleiding

Het hepatitis B virus (HBV) is de oorzaak van hepatitis B, een aangifteplichtige ziekte groep B. Van de Nederlandse bevolking heeft  $\pm 5\%$  een HBV infectie doorgemaakt. Ongeveer 10% daarvan (overeenkomend met  $\pm 0.5\%$  van de totale populatie) is chronisch geïnfecteerd en drager van het virus. Er bestaan mogelijkheden tot behandeling van chronische hepatitis B.

De belangrijkste risicogroepen wat betreft HBV besmetting zijn de mensen, die afkomstig zijn uit hoog-endemische gebieden (Azië, tropisch Afrika, Oost-Europa en landen rond de Middellandse Zee) en hun kinderen, spuitende druggebruikers en personen met frequent wisselende seksuele contacten. Op de SOA-polikliniek van het Academisch Ziekenhuis Dijkzigt in Rotterdam waren in 1994 322/1648 (20%) mannen en 160/1228 (13%) vrouwen anti-HBc positief (landelijk  $\pm 5\%$ ) en 35 mannen (2.1%) en 17 vrouwen (1.4%) HBsAg positief (landelijk  $\pm 0.5\%$ ). Risicofactoren voor anti-HBc-positiviteit waren: geslacht, geboorteland, leeftijd, huidig intraveneus druggebruik of druggebruik in het verleden, homoseksuele contacten met mannen, betaalde seksuele contacten, totaal aantal partners, orogeenitaal contact in het laatste halfjaar en een SOA in de voorgeschiedenis.

Besmetting met HBV vindt plaats via bloed en bloedproducten en in mindere mate via genitaal slijm en semen. Transmissie vindt ook plaats via microlaesies van de huid en slijmvliezen. De belangrijkste besmettingswegen zijn parenteraal contact, seksueel contact en moeder-kind transmissie. Uitgangspunt is dat iedere HBsAg-positieve persoon als besmettelijk moet worden beschouwd. Infectiepreventie bij patiënten met risicogedrag met betrekking tot SOA wordt gerealiseerd door profylactische maatregelen: veilig vrijen ("safe sex") en HBV vaccinatie.

Van de andere veroorzakers van virale hepatitis (A, C t/m G) is alleen van het hepatitis A virus bekend dat het via de faeco-orale route in het kader van seksueel contact overdraagbaar kan zijn. Dat soort contact vindt met name tussen homoseksuele mannen plaats. Hoewel aanvankelijk verschillende publicaties poneerden dat hepatitis C ook seksueel overdraagbaar kan zijn, bleek uit latere studies in Nederland, Ierland en Duitsland bij honderden paren, waarvan één partner jarenlang HCV-drager was, dat de kans op HCV transmissie door seksueel contact zeer waarschijnlijk zo klein is, dat men er geen praktische consequenties aan hoeft te verbinden.

#### 16.2 Indicaties voor Hepatitis B vaccinatie

16.2.1 Anti-HBc negatieve personen komen in het kader van de SOA-zorg in aanmerking voor hepatitis B vaccinatie indien zij tot één van de volgende groepen behoren:

- personen met frequent wisselende seksuele contacten\*
- vaste seksuele partner van een HBsAg positieve persoon
- leden van het gezin of de woongemeenschap van een HBsAg positieve persoon
- personen die i.v. drugs gebruiken

\* Bij SOA-onderzoek wordt inzake de indicatie voor hepatitis B vaccinatie aanbevolen met name aandacht te besteden aan homoseksuele mannen met risicogedrag. Er zijn twee andere populaties met een relatief hoge HBV infectie prevalentie: personen die i.v. drugs gebruiken en personen uit landen met een hoge HBV incidentie. De personen die i.v. drugs gebruiken worden, voor zover zij deelnemen aan een opvangprogramma voor druggebruikers, in dat circuit vaak al geadviseerd wat betreft HBV problematiek. Voor immigranten is eventueel HBV-dragerschap het voornaamste probleem. Bij homoseksuele mannen is risicogedrag een veel frequenter probleem dan HBV-dragerschap.

16.2.2 Vaccinatie kan worden verricht door de huisarts of de GGD. Op grond van het advies van de Gezondheidsraad anno 1983 wordt het vaccin door de zorgverzekeraar vergoed voor de volgende risicogroepen:

- hemodialysepatiënten
- hemofiliepatiënten
- bewoners van tehuizen voor zwakzinnigen

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 16 **Hepatitis B virus (HBV) infectie: diagnose/preventie (vervolg)**

- kinderen van HBsAg-positieve moeders
- leden van het gezin of de woongemeenschap van HBsAg-positieve personen (na toestemming zorgverzekeraar)
- vaste seksuele partners van HBsAg-positieve personen (na toestemming zorgverzekeraar)

NB Het advies van de Gezondheidsraad anno 1996 stelt sterke uitbreiding voor van de mogelijkheid tot vergoeding van de vaccinatie door de zorgverzekeraar. Het advies is echter nog niet gerealiseerd. Informatie hierover is verkrijgbaar bij het Landelijk Infocentrum Hepatitis te Utrecht, tel. 030 - 250.2372.

#### 16.3 **Indicatie voor testen op HBV infectie:**

Onderdeel van het standaard SOA-onderzoek (zie Hoofdstuk 2-4).

#### 16.4 **Geadviseerde methodiek bij standaard SOA-onderzoek (1e visite):**

Algemene screeningstest: anti-HBc.

NB Aanbevolen wordt met het laboratorium een beleidsafpraak te maken: indien anti-HBc in het kader van het standaard SOA-onderzoek positief is, wordt automatisch HBsAg en anti-HBs bepaald (alle testen uit te voeren op één bloedmonster).

#### 16.5 **Beleidsadvies n.a.v. testuitslagen bij standaard SOA-onderzoek (zie figuur 1: stappenschema)**

##### 16.5.1 **Beleidsadvies n.a.v. uitslag van anti-HBc test (primaire screeningstest):**

anti-HBc - : geen actie, tenzij vaccinatie geïndiceerd is (zie 16.2.1)

anti-HBc + : HBsAg en anti-HBs bepaling door laboratorium (volgens beleidsafpraak)

##### 16.5.2 **Beleidsadvies n.a.v. overige testuitslagen bij standaard SOA-onderzoek (anti-HBc+/HBsAg-):**

anti-HBc + / HBsAg - / anti-HBs + : geen actie (betrokkene is immuun)

anti-HBc + / HBsAg - / anti-HBs - : verwijzing naar huisarts/internist (immuniteit is niet zeker; advies: jaarlijkse controle HBsAg, ALT\*)

\* ALT = transaminasen (ALAT/ASAT); ↑ = verhoogd; N = normaal

##### 16.5.3 **Beleidsadvies n.a.v. overige testuitslagen bij standaard SOA-onderzoek (anti-HBc+/HBsAg+):**

anti-HBc + / HBsAg + : verwijzen naar huisarts/internist (zie 16.6)

NB Epidemiologisch advies: partner testen op anti-HBc (zie 16.2.1: indicatie voor vaccinatie van partner?)

#### 16.6 **Vervolgbeleid (geen SOA-zorg) n.a.v. testuitslagen: beleidsadvies (zie figuur 1: stappenschema)**

anti-HBc + / HBsAg + : aanvragen van HBeAg / ALT (vervolg: zie 16.6.1 en 16.6.2)

##### 16.6.1 anti-HBc + / HBsAg + / HBeAg - / ALT N : zorgtaak huisarts/internist (asymptomatische HBV drager; advies: jaarlijkse controle HBsAg, HBeAg, ALT plus screening op levercirrhose en hepatocellulair carcinoom)

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 16 Hepatitis B virus (HBV) infectie: diagnose/preventie (vervolg)

anti-HBc + / HBsAg + / HBeAg - / ALT ↑ : zorgtaak huisarts/internist (andere hepatitis?)

#### 16.6.2 anti-HBc + / HBsAg + / HBeAg + : na 6 maanden herhalen

Zes maanden later:

anti-HBc + / HBsAg + / HBeAg + : zorgtaak huisarts/internist, onafhankelijk van ALT (chronische hepatitis B, eventueel antivirale therapie)

anti-HBc + / HBeAg - / ALT N : genezen hepatitis B als HBsAg - ; cave: indien nog steeds HBsAg + : zorgtaak huisarts/ internist (zie 16.6.1: asymptomatische HBV drager; advies: jaarlijkse controle HBsAg, HBeAg, ALT)

anti-HBc + / HBsAg + / HBeAg - / ALT ↑ : zorgtaak huisarts/internist (andere hepatitis?)

#### 16.7 **Aangifteplicht:**

Acute hepatitis B is een aangifteplichtige ziekte groep B (patiënt op naam).

Literatuur ad Hoofdstuk 16:

- Gezondheidsraad: Commissie Hepatitis B. Bescherming tegen hepatitis B. Rijswijk: Gezondheidsraad, 1996; publicatie nr. 1996/15.
- Grosheide PM, Van Loon AM. Hepatitis B. In: Van de Laar MJW, Fokke HE, Avonts D, Van Everdingen JJE, red. SOA-Vademecum. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 1994:B6:1-30.
- Schalm SW. Gezondheidsraad-rapport "Bescherming tegen hepatitis B": een kans op effectieve preventie door samenwerking. Ned Tijdschr Geneesk 1997;141:315-7.
- Van Duynhoven YTHP, Van de Laar MJW, Schop WA, Van Loon AM, Van der Meijden WI, Sprenger MJW. Screening van hepatitis B virus (HBV) op de drempelvrije SOA-polikliniek van het Dijkzigt ziekenhuis Rotterdam. SOA-Bulletin 1996;17(4):26-7.
- Van Everdingen JJE, Hulsebosch HJ, Van Voorst Vader PC. Virale SOA. In: Van Vloten WA, De Greef HJ, Stolz E, Vermeer BJ, red. Leerboek Dermatologie en Venereologie. Utrecht: Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, 1992:334-350.
- Van Hattum J, Avonts D. Geelzucht. In: Van de Laar MJW, Fokke HE, Avonts D, Van Everdingen JJE, red. SOA-Vademecum. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 1994:A18:1-18.
- Van Hattum J. Diagnostiek hepatitis B in SOA-onderzoek. SOA-Bulletin 1996;17(4):4-6.
- Van Steenberghe JE. Behandeling en vaccinatie van virale SOA-hepatitiden. SOA-Bulletin 1996;17(4):12-4.
- Wertheim-van Dillen PME, Van Hattum J. Hepatitis B. In: Bleker OP, Wigersma L, Coutinho RA, et al., red. Compendium Seksueel Overdraagbare Aandoeningen. Utrecht, Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, 1996:136-145.
- Zaaijer HL. Hepatitis A t/m G: transmissie en prevalentie. SOA-Bulletin 1996;17(4):7.

**16 Hepatitis B virus (HBV) infectie: diagnostiek/preventie (vervolg)**

**Figuur 16.1**

**Screening op hepatitis B virus infectie: stappenschema (flow-sheet)**

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Deel C-3. Parasitosen

#### 17 Parasitosen: scabies en pediculosis pubis/capitis

##### 17.1 Scabies

###### 17.1.1 **Diagnostische criteria:**

- Klinisch beeld\* (gangetjes - niet bij alle patiënten aanwezig -, met name interdigitaal en op randen van handen en voeten, op polsen, strekzijde van de elleboog, tepels van de vrouw, penis en scrotum, voorste axillair ploo; papels, papulovesikels, noduli, excoriaties met secundaire pyodermie met crustae en pustels; erythemato-squameuze rash op mediale zijde van de bovenbenen, in de oksels, op de buik, flanken en onderbenen);
- Direct microscopisch onderzoek van een KOH-preparaat van een oppervlakkig epidermaal huidmonster ("skin snip": mijten en eieren van *Sarcoptes scabiei* zitten in het stratum corneum; vrouwtje graaft gangetjes, mannetje graaft "schuttersputje"), afgenomen met een chirurgisch mesje ter plaatse van het eind van een gangetje of van een papel, (papulo)vesikel of nodulus.
- Voor ervaren diagnostici: direct microscopisch onderzoek van materiaal verkregen door met een speld een gangetje (eventueel te visualiseren met een preparatie-microscoop of dermatoscopie) te volgen en het donkere/zwarte materiaal aan het eind van het gangetje op de punt op te delven.

\* Dit betreft "gewone" scabies. Klinisch beeld scabies norvegica: zie 17.1.8

NB Bevestiging van de diagnose bij minimaal de index-patiënt door positieve microscopie is een vereiste alvorens men overgaat tot epidemiologisch beleid op grotere schaal (bijv.: epidemie in een instituut).

###### 17.1.2 **Transmissie:**

- De mijt (*Sarcoptes scabiei*) wordt overgebracht door langer durend direct lichamelijk contact, alleen in geval van scabies norvegica ook door besmette kleding of beddegoed of soms zelfs aërogeen (zie 17.1.8). De mijt kan zich in  $\pm 1$  uur ingraven in het stratum corneum van de contactpersoon.
- Incubatietijd: 2-6 weken; bij herbesmetting al na 1-4 dagen klachten mogelijk.

NB Hoog contactrisico: personen met langdurig of frequent huidcontact (o.a. via de handen). Laag contactrisico: personen met weinig frequent of indirect contact met een patiënt (bijv. beddegoed).

###### 17.1.3 **Indicatie SOA-onderzoek:**

- Bij volwassenen met scabies standaard SOA-onderzoek verrichten afhankelijk van de anamnese (risicogedrag t.a.v. SOA?).

###### 17.1.4 **Indicaties voor therapie:**

- Positief direct preparaat of klinische verdenking (index casus en contactpersonen mét klachten);
- Preventieve medebehandeling op epidemiologische gronden (contactpersonen zònder klachten).

###### 17.1.5 **Therapie**

###### 17.1.5.1 **Volwassenen en kinderen (en contactpersonen) vanaf 3 jaar:**

1e keus: lindaansmeersel 1% FNA (éénmalig gedurende 8-12 uur).

2e keus: permitrine 5% crème (Loxazol crème®; éénmalig gedurende 8-12 uur).\*

###### 17.1.5.2 **Kinderen (en contactpersonen) jonger dan 3 jaar:**

1e keus: permitrine 5% crème (Loxazol crème®; éénmalig gedurende 8-12 uur).\*

2e keus: lindaansmeersel 1% FNA (éénmalig gedurende 8-12 uur)

3e keus: benzylbenzooatsmeersel FNA gedurende 24 uur (na initiële behandeling nog minimaal 2 x herhalen met 24 uur tussenpoos)

\* Permetrine 5% crème is veel duurder dan lindaansmeersel 1% FNA en is anno 1997 uitgesloten van vergoeding krachtens de Ziekenfondswet.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 17.1 Scabies (vervolg)

#### Ad 17.1.5: Gebruiksaanwijzingen:

- A. **Baden/douchen:** Niet baden of douchen voor de behandeling tenzij de patiënt zeer vervuild is, bijv. door secundaire pyodermie. Indien de patiënt zich wel wast voor de behandeling, dan na baden of douchen 1 uur wachten met insmeren en huid eerst goed laten drogen i.v.m. de verhoogde resorptie van linaan opgebracht op vochtige huid.
- B. **Behandelinstructie:** Hele lichaam insmeren vanaf de kaakrand inclusief alle plooien, liezen, navel, uitwendige geslachtsdelen en onder de nagels; bij babies ook het gelaat en het behaarde hoofd (transmissie bij borstvoeding door contact met moeder met scabies). Als de patiënt zichzelf insmeert: de handen niet wassen na het insmeren. Als de patiënt ingesmeerd wordt door iemand zonder scabies: insmeren met (verpleegkundige) "disposable" handschoenen aan.  
NB Schriftelijke patiënteninformatie:  
- voor de FNA receptuur: de geneesmiddeleninformatie voor patiënten, die iedere apotheker bij afgifte van FNA-receptuur dient bij te leveren. Zie gebruiksaanwijzing t.a.v. linaansmeersel 1% FNA en benzylnaansmeersel FNA in "Dermatica op Recept" (FNA receptuur), KNMP, Den Haag, 1995.  
- voor de producten van de farmaceutische industrie: de bijsluiter.
- C. **Benodigde hoeveelheid smeersel/crème voor één applicatie op de gehele huid:**  
Volwassene: permethrinecrème 30-60 gram, linaansmeersel 60-100 ml.  
Kind: permethrinecrème 4-30 gram (kind 2 mnd - 1 jr: 1/8 tube à 30 gram; kind 1-5 jr: 1/4 tube à 30 gram); linaansmeersel 30-60 ml.
- D. **Duur behandeling:** Linaan of permethrine 8-12 uur laten inwerken (veelal gedurende de nacht), daarna douchen met lauwwarm water (niet baden).
- E. **Hygiënische maatregelen:** Na afloop van de behandeling beddengoed en kleren verschoneren. Opties voor decontamineren van mogelijk gecontamineerd materiaal (lakens, dekens, dekbedovertrek, kussensloop, pyjama, ondergoed, kousen/sokken, overhemd/blouse, trui, broek, jurk, sjaal, badjas, trainingspak, colbert, overjas, slijpen/schoenen, handschoenen, etc., gedragen/gebruikt in de 48 uur voorafgaand aan de behandeling): a) in gesloten plastic zak bij kamertemperatuur (18-20°C) gedurende ≥48-72 uur, waarna wasbare kleding gewassen kan worden bij 40°C (niet essentieel onderdeel van de decontaminatie); b) luchten bij kamertemperatuur (18-20°C) gedurende ≥48-72 uur, hetgeen in de zomer ook buitenshuis kan en geschikt is voor materiaal dat men niet in een plastic zak kan/wil stoppen, al of niet gevolgd door wassen van wasbare kleding bij 40°C; c) wassen bij 60°C (mijten dood bij temperatuur >50°C). Het materiaal in de diepvries stoppen wordt afgeraden. Het voordeel van de "plastic zak methode" is, dat het mogelijk gecontamineerde materiaal daardoor duidelijk gemarkeerd is. Bij opties a) en b) verzwakken de mijten door gebrek aan voeding (celinhoud keratinocyten), waardoor ze zich niet meer kunnen ingraven in de humane huid en vanzelf dood gaan.  
Eventueel matras en kussen overdag onopgemaakt laten (bij kamertemperatuur) en pas voor het slapen gaan het bed weer opmaken. Bij scabies norvegica is wegens de zeer grote hoeveelheid mijten extra zorgvuldigheid geboden (ook matras, kussen en dekbed/dekens na behandeling ≥48-72 uur luchten bij kamertemperatuur; kamer 24-72 uur afsluiten, daarna schoonmaken).
- F. **Aantal malen insmeren:** Linaan en permethrine doden mijten en eieren. Bij zorgvuldig insmeren is dus éénmalige behandeling voldoende (NB mondelinge plus schriftelijke instructie). Bestaat er twijfel of er door patiënt zo zorgvuldig gesmeerd zal worden, dat geen enkel stukje huid behalve het hoofd onbehandeld blijft, dan kan men een tweede "zekerheidsbehandeling" adviseren (bij permethrine wegens de kosten voor de patiënt weinig aantrekkelijk), op epidemiologische gronden bij voorkeur snel na de eerste behandeling (bijv. 's avonds de eerste keer, de volgende ochtend de tweede keer). Anderen adviseren om praktische redenen (gezinssituatie) de tweede behandeling één week na de eerste bij het opnieuw verschoneren van het bed uit te laten voeren. Maximaal aantal behandelingen: twee.

#### Ad 17.1.5.1 & 17.1.5.2: Contraïndicaties voor de therapie met linaan bij kinderen:

- Linaan is wegens een verhoogd risico op intoxicatie gecontraïndiceerd bij: a. prematuren; b. zeer magere kinderen (onder het tiende percentiel); c. kinderen met epilepsie; d. kinderen met pre-existente gegeneraliseerde huidafwijkingen, zoals ichthyosis en uitgebreid eczeem.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 17.1 Scabies (vervolg)

#### **Ad 17.1.5.2: Therapiekeuze bij kinderen jonger dan 3 jaar:**

- Indien de kosten van permethrine (kostbaar, niet vergoed) adequate behandeling van scabies op welke manier dan ook hinderen, dan is het ook bij kinderen <3 jaar oud medisch-technisch verantwoord lindaansmeersel 1% FNA als therapie toe te passen, mits gebruikt volgens de hier beschreven adviezen.

#### 17.1.5.3 **Zwangerschap/lactatie:**

Benzylnaatsmeersel FNA gedurende 24 uur (2x herhalen: zie 17.1.5.2).

#### 17.1.6 **Epidemiologisch beleid (waarschuwing, onderzoek en behandeling van contactpersonen):**

Contactpersonen waarschuwen, bij voorkeur via de index-patiënt (alternatief: anoniem via een sociaal verpleegkundige van de GGD). Contactpersonen met klachten na adequate diagnostiek behandelen volgens bovenstaande adviezen. Op epidemiologische gronden contactpersonen zonder klachten (niet alleen bedgenoten, maar ook huisgenoten en andere contactpersonen) gelijktijdig met de index-patiënt meebehandelen: éénmalig gedurende 8-12 uur. Daarbij kan men onderscheid maken tussen een laag en een hoog contactrisico (zie 17.1.2). Kinderen bij voorkeur pas 24 uur na de behandeling weer naar school of het kinderdagverblijf. PM Partner(s)/contactpersonen kunnen informatie en aanvullende adviezen aangaande de therapie krijgen van een sociaal verpleegkundige van de GGD.

#### 17.1.7 **Controle na therapie:**

Bij persisterende klachten. De patiënt dient uitgelegd te worden, dat na behandeling gedurende enige weken nog beperkte jeuk ervaren kan worden, zeker bij patiënten met aanleg voor constitutioneel eczeem. Het kan dan nuttig zijn jeukstillende lokale therapie voor te schrijven, bijv. een lokaal corticosteroid.

#### **Mogelijke oorzaken van het mislukken van de lokale therapie (onvoldoende respons/recidief):**

- onzorgvuldig insmeren, waardoor bepaalde gebieden van de huid onbehandeld blijven (zie punt F ad 17.1.1);
- onvoldoende hygiënische maatregelen;
- reïnfectie door niet adequaat epidemiologisch beleid;
- besmetting van de hoofdhuid (zeldzaam, met name bij babies/peuters beschreven);
- secundaire pyodermie;
- scabies norvegica (grote hoeveelheid mijten);
- resistentie voor lokaal geapliceerd middel (omstreden).

**NB Preventie recidief:** zalf/hygiëne-instructie (eventueel door een sociaal-verpleegkundige van de GGD) of gesuperviseerd insmeren.

#### 17.1.8 **Complicatie: scabies norvegica**

- Scabies norvegica sive crustosa (Engels: “crusted scabies”) wordt gezien bij: a) personen met een gestoorde afweer, o.a. AIDS patiënten; b) personen met gestoorde sensibiliteit en motoriek; c) mentaal geretardeerden; d) personen met Down syndroom; e) ouderen in verpleegtehuizen; f) personen verpleegd in het kader van terminale thuiszorg (bron: persoonlijke mededeling Prof.Dr.Mw.J.E.M.H. van Bronswijk, “invited expert”).
- Klinisch beeld (klassiek): hyperkeratotische/crusteuze plaques, papels en noduli, met name op de handpalmen en voetzolen, maar ook elders op het lichaam, zoals bij de oksels, op de billen en het hoofd. Atypische klinische beelden (niet zeldzaam): psoriasiforme afwijkingen, eczeem-achtige afwijkingen met fijne (“poeder-achtige”) schilfering en roodheid op een veelal droge huid.
- Microscopische diagnostiek: eenvoudig, gezien de grote hoeveelheid mijten en eieren in de schilfers (bij ouderen is op de scalp vaak goed materiaal verkrijgbaar).
- Therapie: lokaal  $\geq 2x$  permethrine 5% crème, eventueel ook maximaal twee maal lindaansmeersel 1% FNA appliceren op gehele huid, ook het hoofd, afgewisseld met een keratolyticum/emolliens en/of baden.  
Combinatie overwegen met orale therapie met ivermectine, flubendazol of mogelijk een ander anthelminthicum dat een goede serumspiegel geeft, effectief is en goed verdragen wordt (zie literatuur; cave: volgens Barkwell en Shields is niet uitgesloten, dat ivermectine bij demente bejaarden een fatale plotselinge verslechtering van de conditie kan veroorzaken; nadere studies zijn vereist).

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 17.1 Scabies (vervolg)

NB Na éénmalige behandeling met ivermectine 200 µg/kg (0.2 mg/kg), een in Nederland niet geregistreerd middel dat na een enkele dosis enige weken in weefsel detecteerbaar is, is waarschijnlijk >95 % van de gewone scabies patiënten in de loop van 2-4 weken genezen. Gezien de minder grote effectiviteit van éénmalige orale therapie met ivermectine bij scabies norvegica en wegens een waarschijnlijk verhoogd risico op het ontstaan van resistentie bij de aanwezigheid van grote hoeveelheden mijten en eieren wordt geadviseerd "multi-drug" therapie toe te passen bij scabies norvegica patiënten, d.w.z. therapie met meerdere middelen (combinatie orale en lokale therapie plus losweken hyperkeratotische crustae; voorbeeld van behandelingsprotocol: dag 1 t/m 3 dagelijks permethrine 5% crème gedurende 18-24 uur op de gehele huid inclusief het hoofd afgewisseld door losweken van hyperkeratotische crustae door dagelijks bad, dag 5 in geval van persisterende aanwezigheid van levende mijten lindaansmeersel 1% FNA gedurende 24 uur op de gehele huid plus éénmalig ivermectin 200 µg/kg). Flubendazol dosering: 2 dd 200 mg 10 dagen.

- Transmissie risico en epidemiologisch beleid: hoge kans op transmissie naar contactpersonen (stricte isolatie tot genezing bereikt is, zelfs aërogene transmissie is mogelijk), dus zeer actief epidemiologisch beleid. Zie 17.1.2 (transmissie), ad 17.1.5 E (hygiënische maatregelen) en 17.1.6 (epidemiologisch beleid).

#### 17.1.9 **Aangifteplicht:**

NB Scabies is een aangifteplichtige ziekte groep B (patiënt op naam).

Literatuur ad Hoofdstuk 17.1:

- Barkwell R, Shields S. Deaths associated with ivermectin treatment of scabies. *Lancet* 1997;349:1144-5.
- Corbett EL, Crossley I, Holton J, et al. Crusted ("Norwegian") scabies in a specialist HIV unit: successful use of ivermectin and failure to prevent nosocomial transmission. *Genitourin Med* 1996;72:115-7.
- Hunter Handsfield H. Acyclovir should not be approved for marketing without prescription. *Sex Transm Dis* 1996;23:171-6.
- Hulsebosch HJ. Scabies. In: Bleker OP, Wigersma L, Coutinho RA, van Klinger B, et al., red. *Compendium Seksueel Overdraagbare Aandoeningen*. Utrecht, Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, 1996: 128-35.
- Meinking TL. Safety of permethrin vs lindane for the treatment of scabies. *Arch Dermatol* 1996;132:959-62.
- Meinking TL, Taplin D, Hermida JL, et al. The treatment of scabies with ivermectin. *N Engl J Med* 1995;333:26-30.
- Nandwani R, Pozniak AL, Fuller LC, Wade J. Crusted ("Norwegian") scabies in a specialist HIV unit (a protocol, bathing included). *Genitourin Med* 1996;72:453-4.
- Nocera T, Huet P, Dandurand M, Guillot B. Value of (oral) flubendazole in the treatment of scabies. *Eur J Dermatol* 1996;6:154-5.
- Rasmussen JE. Lindane. *Arch Dermatol* 1987;123:1008-10.
- Taplin D, Rivera A, Walker JG, Roth WI, Reno D, Meinking T. A comparative trial of three treatment schedules (2, 6 and 12-24 hours) for the eradication of scabies. *Arch Dermatol* 1983;9:550-4.
- Youssef MY, Sadaka HA, El Ariny AF. Topical application of ivermectin for human ectoparasites. *Am J Trop Med Hyg* 1995;53:652-3.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 17.2 Pediculosis pubis/capitis (schaamluis/hoofdluis)

#### 17.2.1 Diagnostische criteria:

- Klinisch beeld (neten/eieren aan haren, eventueel de luizen/platjes, jeukende rode papels en, vooral op onderbuik en dijen, maculae cerulae);
- Zo nodig: microscopisch onderzoek van een neet of de luis van *Phthirus pubis* (schaamluis) of *Pediculus humanis capitis* (hoofdluis).

NB Alleen neten (eieren), die op een haar <7 mm verwijderd zijn van de hoofdhuid kunnen larven produceren. Neten ≥7 mm van de hoofdhuid verwijderd hebben dus geen klinische betekenis meer, alleen diagnostische.

#### 17.2.2 Risicofactoren voor het oplopen van pediculosis capitis (hoofdluis):

- kind (4-12 jaar) > baby of volwassene
- meisje > jongen
- lang haar > kort haar
- sluit haar > krullend haar
- schoon > vies haar
- haren los > haren opgebonden
- veel intiem contact (samen spelen, samen slapen)
- kapstokken te dicht naast elkaar (tenzij jassen consequent in plastic zak)
- grote gezinnen (meer kans voor transmissie, te veel werk om iedereen te behandelen en om al het beddegoed, de kleren en de knuffels schoon te maken?)
- gebrek aan juiste informatie

#### 17.2.3 Indicaties voor therapie:

- Klinische diagnose (eventueel microscopisch bevestigd);
- Epidemiologisch beleid.

#### 17.2.4 Therapie:

- Malathion 0.5% lotion  
of
- Permetrine 1% lotion

Alternatieven:

Pyrethrumextract/piperonylbutoxide (cave contactallergie) en bioalletrine/piperonylbutoxide (geen eerste keus middelen op grond van de ervaringen in Amsterdam bij hoofdluis; zie Infectieziekten Bulletin 1995)

#### Ad 17.2.4: Gebruiksaanwijzingen, keuze voor malathion of permetrine:

##### A. Behandelingsinstructie bij hoofdluis:

- malathion 0.5% lotion (Prioderm lotion®/Noury hoofdwater®): 1 flacon met 110 (Prioderm® lotion) of 100 (Noury® hoofdwater) ml lotion (benodigde hoeveelheid per behandeling van het hoofdhaar: ±10-20 ml), op *droog* haar de waterige lotion één maal appliceren (wegens de geur zo mogelijk in de buitenlucht of in een zeer goed geventileerde ruimte appliceren en niet direct voor het naar bed gaan), na applicatie de lotion 12 uur laten inwerken, haar niet afdekken (chloor inactieveert malathion: tot 1 week na behandeling niet zwemmen);
- permetrine 1% lotion (Loxazol lotion®): 1 flacon met 59 ml lotion (benodigde hoeveelheid per behandeling van het hoofdhaar: de hele flacon!), eerst haar nat maken, op *nat* haar één maal applicatie (lotion heeft shampoo effect), gedurende 10 minuten laten inwerken, daarna uitwassen.

NB Bij lang hoofdhaar is malathion lotion uit behandelingstechnisch oogpunt te prefereren boven permetrine lotion (bij applicatie van de lotion op droog haar is duidelijk het behandelde deel te herkennen).

##### B. Behandelingsinstructie bij schaamluis:

- malathion 0.5% lotion op droog haar, na applicatie 12 uur laten inwerken
- permetrine 1% lotion op nat haar, gedurende 10 minuten laten inwerken, daarna uitwassen

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 17.2 Pediculosis pubis/capitis (vervolg)

#### C. **Hygiënische maatregelen:**

Beddegoed/kleren/speelgoed decontamineren: lakens/wasbare kleren wassen bij 60°C of een week lang bij kamertemperatuur in een afgesloten plastic zak of ≥72 uur laten uithangen (koud weer: ≥48 uur).

#### D. **Herhaling behandeling:**

Behandeling na 1 week en eventueel 2 weken herhalen (geen enkel middel slaagt erin in door éénmaalige behandeling alle neten te doden). Alternatief: na één maal therapie dagelijks kammen met stofkam.

#### E. **Zwangerschap:**

Voor permethrine is er geen contra-indicatie gezien de ervaringen tot op heden bij zwangeren en op grond van verdere toxicologische gegevens. Malathion geeft meer resorptie dan permethrine.

#### F. **Kosten:**

- Anno 1997 zijn malathion, permethrine en de twee alternatieve middelen uitgesloten van vergoeding krachtens de Ziekenfondswet. Landaan, dat wel vergoed wordt, wordt ontraden wegens resistentieproblematiek en toxiciteit bij frequent gebruik.
- Per flacon is permethrine lotion wat duurder dan malathion lotion ( $\pm f16,-/60$  ml vs  $\pm f12,-/110$  ml), maar per flacon zijn voor het hoofdhaar met permethrine slechts twee behandelingen mogelijk en met malathion circa vier behandelingen. Permethrine is dus (veel) duurder dan malathion, maar eenvoudiger toepasbaar.
- Pyrethrumextract/piperonylbutoxide is per behandeling ongeveer even duur als malathion, bioalletrine/piperonylbutoxide is per behandeling duurder, maar wat goedkoper dan permethrine.

### 17.2.5 **Epidemiologisch beleid (contact onderzoek en behandeling van geïnfesteerde personen):**

Besmette contactpersonen altijd meebehandelen (epidemiologie!), gelijktijdig met index-patiënt.

### 17.2.6 **Controle na therapie:**

Na 1 en eventueel 2 weken. Dode eitjes hoeven niet verwijderd te worden (stofkam).

Bij herhaaldelijk recidiveren van pediculosis capitis binnen één gezin is er mogelijk onderliggende sociale problematiek (bijv. overbelasting van de moeder): hulp GG & GD inschakelen.

### 17.2.7 **Preventie recidief (individueel en epidemiologisch):**

- Wekelijks kammen en inspecteren op luizen.
- Dagelijks kammen (makkelijker bij nat, sluit haar) met stofkam of, bij voorkeur, met stalen neten-kam.
- Samen met GGD, scholen en "luizenouders" komen tot helder preventief en therapeutisch beleid.

### 17.2.8 **Complicatie: pediculosis pubis in de wimpers**

- Behandeling: Vaseline oogverband 2 x daags gedurende een aantal dagen (advies CDC: 10 dagen). Eventuele alternatieven: Luizen met een pincet verwijderen en neten met vingernagels; permethrine 1% lotion met wattenstok op wimpers appliceren, na 10 minuten afwassen (permethrine irriteert de ogen niet, niettemin contact met de ogen vermijden door ze al die tijd gesloten te houden).

Literatuur ad Hoofdstuk 17.2:

- Bannenberg W, Emans A. Hoofdluis: een netelig probleem (grondig overzichtsartikel en basis van bovenstaande richtlijn). Infectieziekten Bulletin 1995;6(4):74-80.
- Chosidow O. Pediculus humanus capitis in schoolchildren. Lancet 1995;345:730-2.
- Nguyen VX, Robert P. Treatment of head lice. New Engl J Med 1997;336:734-5.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 17.2 **Pediculosis pubis/capitis (vervolg)**

### 17.3 **Addendum:** **Pediculosis corporis (kleerluis):** zie literatuur ad Hoofdstuk 17.3

Literatuur ad Hoofdstuk 17.3:

- Van der Laan JR, Smit RBJ. Terug van weggeweest: de kleeerluis (Pediculus humanus var. corporis). Ned Tijdschr Geneesk 1996;140:1912-5.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Deel D. Diagnostiek & therapie naar aanleiding van een specifiek symptoom

18. **Fluor vaginalis: bacteriële vaginose, trichomoniasis vaginalis, candidosis vaginalis**
- 18.1 **Diagnostiek**
- 18.1.1 **Macroscopisch aspect** (consistentie, kleur, hoeveelheid, gasvorming); **speculumonderzoek** (snuffelen aan speculum), **pH** (normaal  $\leq 4,5$ )
- 18.1.2 **Direct (microscopisch) onderzoek** (indicatie: onwelriekende fluor en/of andere klachten, met name jeuk/irritatie):
- A. Fysiologisch zout preparaat (x200 of x400):**
- Trichomonas vaginalis
  - clue cells, aantal leukocyten (pathologie: aantal verhoogd), lactobacillen (pathologie: afwezig)
- B. KOH (10%) preparaat:**
- aminetest objectglas (als "snuffeltest" speculumonderzoek negatief)
  - Candida pseudohyphen
- 18.2 **Criteria bacteriële vaginose, trichomoniasis vaginalis, candidosis vaginalis**
- 18.2.1 **Criteria bacteriële vaginose (BV):\***
1. **Homogene wit-grijze fluor (soms gasvorming)**
  2. **pH  $>4,5$**
  3. **Aminetest (objectglas) positief (soms visgeur bij snuffelen aan speculum al duidelijk)**
  4. **Clue cells aanwezig (vergroting: x400)**
  5. Op indicatie (probleemgevallen): Gramkleuring (verstoring lactobacillaire populatie)
- NB Voor de diagnose BV is de aanwezigheid vereist van 3 van de criteria 1-4.**
- \* Hoewel BV in stricte zin geen SOA is, is desalniettemin een groter totaal aantal seksuele partners ("lifetime") een risicofactor voor BV. Een IUD is ook een risicofactor.
- 18.2.2 **Criteria trichomoniasis vaginalis:**
1. **homogene, dunne, gele/geel-groene fluor (vaak gasvorming), vaak erytheem, soms petechiën en "aardbei"-cervix;**
  2. **pH  $>4.5$ ;**
  3. **onwelriekendheid (snuffelen aan speculum);**
  4. **positief fysiologisch zout preparaat (diagnostisch criterium: protozo met flagellen).**
- 18.2.3 **Criteria candidosis vaginalis:\***
1. **niet-homogene, brokkelige witte/wit-gele fluor, soms erytheem vaginawand;**
  2. **pH  $\geq 4.5$ ;**
  3. **reukloos (ook amine test negatief);**
  4. **positief KOH-preparaat (diagnostisch criterium).**
- \* **Predisponerende factoren: breed-spectrum antibiotica, cytostatica, systemische steroiden, immuundeficiëntie (bijv. HIV-infectie), diabetes mellitus, graviditeit,  $>30 \mu\text{g}$  oestrogeen bevattende OAC's. Candidosis vaginalis is geen SOA.**
- 18.3 **Laboratorium diagnostiek bij fluor vaginalis, anders dan het directe preparaat**
- 18.3.1 **Indicaties:**
- recidiverende of persisterende fluor
  - klinisch verdacht voor een bepaalde infectie, maar direkt preparaat is negatief

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 18. **Fluor vaginalis: bacteriële vaginose, trichomoniasis vaginalis, candidosis vaginalis (vervolg)**

#### 18.3.2 **In aanmerking komt laboratorium diagnostiek op:**

- *C. trachomatis* en *N. gonorrhoeae*
- Trichomonas vaginalis (kweek)
- Candida albicans of Candida (*Torulopsis*) glabrata

NB Banale en anaërobe kweken zijn in het algemeen niet zinvol bij fluor vaginalis diagnostiek. Wel echter bij de preventie van een kraambed- of post abortum-infectie met bijv. *Streptococcus pyogenes* en bij verdenking op desquamatieve inflammatoire vaginitis, een veelal chronische, purulent-exsudatieve fluor, vaak geassocieerd met infectie met een streptococ.

Bij 1/3 van de vrouwen die wegens fluor vaginalis klachten de huisarts bezoekt is bij herhaald onderzoek geen infectieus agens aantoonbaar. Cave psychosociale/sexuele problemen.

#### 18.4 **Therapie**

##### 18.4.1 **Therapie Bacteriële vaginose (BV)**

- 1e keus: metronidazol 2 g per os éénmalig\*  
of  
metronidazol 2 dd 500 mg per os 7 dagen\*
- 2e keus: clindamycine vaginale crème 5 g 1 dd 7 dagen\*\*  
of  
clindamycine 2 dd 300 mg per os 7 dagen

\* Cave alcohol gebruik in combinatie met metronidazol. Zwangerschap: 1e trimester contraindicatie, daarna toegestaan (veilig alternatief bij BV: clindamycine).

\*\* Clindamycine vaginale crème is in Nederland wel geregistreerd, maar door de fabrikant per januari 1997 in Nederland om financiële redenen (probleem bijbetaling) weer van de markt gehaald. Het staat nog wel vermeld in het Farmacotherapeutisch Kompas 1997.

##### 18.4.1.1 **Indicaties voor therapie van bacteriële vaginose (BV):**

- klachten;
- positieve bevindingen bij fluoronderzoek met/zonder klachten in de zwangerschap (associatie BV met partus praematurus);
- positieve bevindingen bij fluoronderzoek met/zonder klachten voor abortus provocatus (mogelijk associatie BV met PID);
- optioneel: positieve bevindingen bij fluoronderzoek zonder klachten.

##### 18.4.1.2 **Partner(s), onderzoek en behandeling:**

alleen bij frequente recidieven te overwegen.

##### 18.4.1.3 **Controle na therapie:**

bij persisterende klachten. Cave persisteren bacteriële vaginose door IUD en/of overmatige vulvaire/vaginale hygiëne.

##### 18.4.2 **Therapie trichomoniasis vaginalis**

metronidazol 2 g per os éénmalig\*  
of  
metronidazol 2 dd 500 mg per os 7 dagen\*

\* Zie noot ad 18.5.1

##### 18.4.2.1 **Indicaties voor therapie:**

- klachten



## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 18. Fluor vaginalis: bacteriële vaginose, trichomoniasis vaginalis, candidosis vaginalis (vervolg)

#### 18.4.3.6 **Controle na therapie:** bij persisterende klachten.

Literatuur ad Hoofdstuk 18:

##### Bacteriële vaginose

- Anonymus. Clindamycine vaginale crème bij bacteriële vaginose. GeBu 1995;29:109.
- Easmon CSF, Hay PE, Ison CA. Bacterial vaginosis: a diagnostic approach. Genitourin Med 1992;68:134-8.
- Hauth JC, Goldenberg RL, Andrews WW, DuBard MB, Copper RL. Reduced incidence of preterm delivery with metronidazole and erythromycin in women with bacterial vaginosis. N Engl J Med 1995;333:1732-6.
- Hillier SL, Nugent RP, Eschenbach DA, et al. Association between bacterial vaginosis and preterm delivery of a low-birth-weight infant. N Engl J Med 1995;333:1737-42.
- Lugo-Miro VI, et al. Comparison of different metronidazole therapeutic regimens for Bacterial Vaginosis. JAMA 1992;268:92-5.
- Morales WJ, Schorr S, Albretton J. Effect of metronidazole in patients with preterm birth in proceeding pregnancy and bacteriovaginosis: a placebo controlled, double blind study. Am J Obst Gynecol 1994;171:345-9.
- Thomason JL, Anderson RJ, Gelbart SM, et al. Simplified Gram stain interpretive method for diagnosis of bacterial vaginosis. Am J Obstet Gynecol 1992;167:16-9.
- Van der Meijden. Bacterial vaginosis. Diagnostic, ultra-structural and therapeutic aspects. Proefschrift. Erasmus Universiteit Rotterdam. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1987.

##### Trichomoniasis vaginalis

- Goldsmid JM, et al. Trichomoniasis: some alternate views. Venereology 1991;4:96-8.
- Houang ET, Ahmet Z, Lawrence AG. Successful treatment of four patients with recalcitrant vaginal trichomoniasis with a combination of zinc sulfate douche and metronidazole therapy. Sex Transm Dis 1997;24:116-9.
- Kellock DJ, O'Mahony CP. Sexually acquired metronidazole-resistant trichomoniasis in a lesbian couple. Genitourin Med 1996;72:60-1.
- Nyirjesy P, Weitz MV, Gelone SP, Fekete T. Paromomycin for nitroimidazole-resistant trichomoniasis. Lancet 1995;346:1110.

##### Candidosis vaginalis

- Bisschop MPJM, Merkus JMWM, Scheygrond H, Van Cutsem J. Co-treatment of the male partner in vaginal candidosis: a double-blind randomized study. Br J Obst Gynaecol 1986;93:79-81.
- Kelly SL, Lamb DC, Kelly DE, Loeffler J, Einsele H. Resistance to fluconazole and amphotericin in Candida albicans from AIDS patients. Lancet 1996;348:1523-4.

##### Overig

- Dekker JH, Boeke AJP, van Eijk JThM. Vaginale klachten in de huisartspraktijk. Huisarts en wetenschap 1991;34:439-44.
- Dekker JH, Boeke AJP, Damme D, et al. NHG-Standaard Fluor Vaginalis. Huisarts Wet 1994;37:70-8.
- Priestley CJF, Jones BM, Dhar J, Goodwin L. What is normal vaginal flora? Genitourin Med 1997;73:23-8.
- Sobel J. Vaginitis and vaginal flora: controversies abound. Current Opinion Infect Dis 1996;9: 42-7.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

- 19            **Balanoposthitis**
- 19.1           **Candida balanoposthitis**
- 19.1.1        **Diagnostische criteria:**  
Klinisch beeld met positief KOH onderzoek
- 19.1.2        **Indicaties voor therapie:**  
Klachten (roodheid en jeuk, eventueel rhagaden).
- 19.1.3        **Therapie:**  
Antimycoticum lokaal (eventueel: per os). Cave 'irritant balanitis' door lokale therapie.
- 19.1.4        **Partner(s), onderzoek en behandeling:**  
Niet strikt noodzakelijk. Een candida balanitis is (meestal) geen SOA. Zie Hoofdstuk 18.3.3.
- 19.1.5        **Controle na therapie:**  
Zo nodig.
- 19.1.6        **Recidief:**  
Predisponerende factoren candida overgroei uitsluiten: breed-spectrum antibiotica, cytostatica, systemische steroïden, immunodeficiëntie (bijv. HIV-infectie), diabetes mellitus.
- 19.2           **Erosieve bacteriële balanoposthitis**
- 19.2.1        **Diagnostische criteria:**  
In stricte zin geen SOA: banale menginfectie; klinisch beeld van onwelriekende erosieve balanitis. Bij donkerveldmicroscopisch onderzoek spirochaeten en in het Grampreparaat fusiforme bacteriën aantoonbaar. Differentiaal diagnose: superficiële erosieve balanitis door *Trichomonas*.
- 19.2.2        **Indicaties voor therapie:**  
Klachten (predisponerende factor: slechte hygiëne).
- 19.2.3        **Therapie:**  
Metronidazol 2 dd 1 tabl. à 500 mg per os 7 dagen + antimycoticum crème lokaal.
- 19.2.4        **Partner(s), onderzoek en behandeling:**  
Niet strict noodzakelijk. SOA onderzoek overwegen.
- 19.2.5        **Controle na therapie:**  
Na een week; cave onderliggend ulcus genitalis.
- 19.3           **Humaan papillomavirus (HPV) balanoposthitis**
- 19.3.1        **Diagnostische criteria:**  
Klinisch beeld (vlekkerige of diffuse roodheid) en kenmerkende histopathologie (eventueel HPV detectie en typering).
- 19.3.2        **Indicaties voor therapie:**  
HPV-balanoposthitis met klachten (roodheid, jeuk, branderig gevoel, dyspareunie, fissuur-vorming, eventueel oedeem).

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 19.3 **HPV-balanoposthitis (vervolg)**

#### 19.3.3 **Therapie:**

5-fluoro-uracil crème, 1 dd 1-2 dagen/week.

#### 19.3.4 **Partner(s), onderzoek en behandeling:**

Bij vaste partner niet strikt noodzakelijk, tenzij klinisch zichtbare condylomen. Cave transmissie naar nieuwe partner.

#### 19.3.5 **Controle:**

Klinisch beeld.

#### Addendum ad Hoofdstuk 19:

- Differentiaal diagnose SOA-geassocieerde balanitis: candida balanitis, bacteriële balanitis, protozoaire balanitis (*Entamoeba histolytica*), syfilis balanitis (muceuse plaques), erosieve herpes genitalis balanitis, HPV-balanitis..
- Differentiaal diagnose non-SOA balanitis: zie Hoofdstuk 25.

#### Literatuur ad Hoofdstuk 19:

##### Balanitis

- Edwards S. Balanitis and balanoposthitis: a review. Genitourin Med 1996;72:155-9.

##### Candida balanoposthitis

- Van Voorst Vader PC, Lijcklama à Nijeholt AAB, Voorn TB. Vlekjes op de penis. In: van de Laar MJW, Avonts D, Fokke HE, Van Everdinge JJE, red. SOA Vademecum. Houten; Bohn Stafleu Van Loghum, 1993:A10:1-5.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 20 **Proctitis**

#### 20.1 **Inleiding:**

Een pijnlijke proctitis wijst doorgaans op een infectie, vaak een primo-infectie, met het herpes simplex virus (zie Hoofdstuk 14). Gonorroïsche proctitis gaat vaak gepaard met purulente afscheiding en diarree. Een proctitis als gevolg van een *C. trachomatis* infectie verloopt meestal asymptomatisch. Behandeling kan worden ingesteld op grond van het klinisch beeld of op grond van de bevindingen bij direct microscopisch en/of aanvullend onderzoek.

#### 20.2 **Diagnostische criteria:**

- klinische symptomen: pijn proctum, (purulente) afscheiding uit proctum;
- afwijkende bevindingen bij direct microscopisch onderzoek en/of aanvullend onderzoek (zie "Standaard SOA-onderzoek bij de man met symptomatische urethritis", Hoofdstuk 4).

#### 20.3 **Indicaties voor therapie:**

Klinisch beeld van proctitis en/of afwijkende bevindingen bij laboratorium onderzoek.

#### 20.4.1 **Blinde therapie bij niet pijnlijke proctitis:**

- 1e keus: co-trimoxazol 2 dd 2 x 480 mg per os gedurende 7 dagen, eerste 3 dagen dubbel doseren (2 dd 4 x 480 mg) tenzij gonorroe uitgesloten is;
- 2e keus: doxycycline 2 dd 100 mg per os 7 dagen;
- 3e keus: erythromycine base of steeraat 4 dd 500 mg per os 7 dagen.

#### 20.4.2 **Therapie herpetische proctitis:**

Valaciclovir 2 dd 1 tabl. à 500 mg gedurende 5 dagen, eventueel 6-10 dagen (standaarddosering; zie Hoofdstuk 14).\*

\* Zeker bij pijnlijke proctitis, maar ook om hygiënische redenen (o.a. wondverzorging), is een combinatie met locale therapie met zitbaden met/zonder desinfectantia of badschuim aan te raden.

#### 20.4.3 **Therapie van proctitis op basis van infectie met *N. gonorrhoeae* en/of *C. trachomatis*:**

Zie Hoofdstuk 6 en 7.

#### 20.5 **Partner(s), onderzoek en behandeling:**

Behandeling op geleide van de bevindingen bij SOA onderzoek. Eventueel epidemiologische behandeling.

#### 20.6 **Controle na therapie:**

Op geleide van het klinisch beeld, tevens microbiologische controle overwegen.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 21 Ulcus ano(oro)genitalis: ulcus durum, ulcus molle (chancroid), ulcus herpeticum, banaal ulcus

#### 21.1 **Klinisch beeld:\***

- **Ulcus durum:** vaak geïndureerd (niet altijd!), meestal pijnloos, veelal solitair, scherp begrensd, indolent gedurende 2-8 weken; associatie met regionale lymfadenopathie afhankelijk van anatomische lokatie ulcus (primair affect). Incubatietijd: 10-90 dagen.
- **Ulcus molle (chancroid):** week ulcus met ondermijnde rand, vaak pijnlijk, merendeel bij mannen, snel bloedend na aanraking, "vies-necrotisch", omgeven door een smalle zone van erytheem en oedeem, soms meerdere kleine oppervlakkige ulcera, bij HIV-geïnficeerden kan ulcus zeer groot worden; bij 1/3 van de patiënten lymfadenopathie met centrale verweking, soms cutane perforatie (zie Hoofdstuk 10). Incubatietijd: 1-14 dagen.
- **Ulcus herpeticum:** niet-geïndureerde erosie(s), ontstaan uit elders soms nog intacte vesikels, vaak pijnlijk, polycyclisch, indien geen primo-infectie mogelijk voorgeschiedenis met recidieven; lymfadenopathie soms. Incubatietijd primo-infectie: 2-7 dagen.
- **Ulcus banale (banaal ulcus):** ulcus met negatief onderzoek naar specifieke verwekkers van SOA; aetiologie: veelal trauma en/of infectie met banale microbiologische flora (staphylococ, streptococ).

\* NB Anamnese uitdiepen!

#### **Differentiaal diagnose:**

- **Lymfogranuloma venereum (LGV;** zie Hoofdstuk 11)
- **Granuloma inguinale (Donovanosis;** zie Hoofdstuk 12)
- **Non-SOA ulcera** (zie Hoofdstuk 25)

#### 21.2 **Direct microscopisch onderzoek:\***

- **Ulcus durum:** donkerveldmicroscopie op *Treponema pallidum* (bij oraal ulcus niet betrouwbaar wegens de aanwezigheid van commensale spirochaeten; ook kunnen non-*Treponema pallidum* spirochaeten voorkomen in zwaar secundair geïnficeerde ulcera bij slechte hygiëne en slechte algemene conditie). Zo nodig exsudatie ulcus provoceren door na het verwijderen van pus het ulcus schoon te maken met een gaasje met fysiologisch zout of ether en het ulcus te comprimeren. Bij verdenking op fout-negatief resultaat: eventueel onderzoek herhalen na 12 uur nat verband.
- **Ulcus molle (chancroid):** Grampreparaat (wattenstok met materiaal uit ondermijnde rand ulcus niet vege, maar afrollen op objectglasje): "railroad tracks" van *Haemophilus ducreyi* (test met lage sensitiviteit).
- **Ulcus/erosio herpeticum (soms nog intacte vesikels):** directe IF met monoclonale antilichamen op Herpes simplex virus type I en II, eventueel Tzanck test op herpes virussen (zie Hoofdstuk 14).

\* Cave menginfecties!

#### 21.3 **Kweek/PCR:**

- **Ulcus/erosio (vesicula) herpeticum:** Herpes simplex virus (HSV) kweek met bepaling HSV type (prognostisch relevant).
- **Ulcus molle:** *Haemophilus ducreyi* kweek, eventueel PCR (zie Hoofdstuk 10)
- **Banaal ulcus:** banale kweek (met name op Haemolytische Streptococ).

#### 21.4 **Serologie:\***

- **Ulcus durum niet uitgesloten/verdenking ulcus durum:** luesserologie op dag 0 en, indien negatief, na (3), 6 en 12 weken; snelle test: RPR test (zie Hoofdstuk 9)
- **Ulcus/erosio herpeticum:** bij verdenking genitale primo-infectie met HSV eventueel HSV serologie, met name indien het een zwangere betreft.

\* NB Bij een ulcus altijd luesserologie bepalen en zo nodig herhalen!

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 21 Ulcus ano(oro)genitalis (vervolg)

#### 21.5 **Therapie:**

- Ulcus durum: zie Hoofdstuk 9.
- Ulcus molle: zie Hoofdstuk 10.
- Lymfogranuloma venereum: zie Hoofdstuk 11.
- Granuloma inguinale (Donovanosis): zie Hoofdstuk 12.
- Ulcus/erosio herpeticum: zie Hoofdstuk 14.
- Banaal ulcus:
  - 1e keus: co-trimoxazol 2 dd 2 x 480 mg per os 7 dagen, bij concomitante gonorrhoe eerste 3 dagen dubbel doseren (2 dd 4 x 480 mg)
  - 2e keus: erythromycine base of steeraat 4 dd 500 mg per os 7 dagen.

#### Addenda ad Hoofdstuk 21:

- Bij ulcus durum en molle patiënten HIV-test overwegen (cave associatie met HIV-infectie)!
- Orogenitaal ulcus: cave acute HIV-infectie als oorzaak.
- Verdenking LGV (zie Hoofdstuk 11): *C. trachomatis* serologie.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 22 Gecompliceerde genitale infecties

#### 22.1 Pelvic Inflammatory Disease (PID, ...)

##### 22.1.1 **Inleiding**

Bij 10-30% van de vrouwen met cervicitis is er tevens sprake van een opstijgende ontsteking in het kleine bekken (PID) met uiteindelijk tubaire infertiliteit bij  $\pm 15\%$  en extra-uteriene graviditeit bij  $\pm 9\%$  van de vrouwen na symptomatische PID. Endometritis kan leiden tot tussentijds bloedverlies ("spotting"), ook tijdens OAC gebruik. Bij  $\pm 60\%$  van de vrouwen met PID kan men een associatie aantonen met exogene infectie met *Chlamydia trachomatis* en/of *Neisseria gonorrhoeae*. PID kan ook geassocieerd zijn met infectie met endogene facultatief of obligaet anaërobe bacteriën, die men ook bij bacteriële vaginose ziet. Het is niet uitgesloten dat bacteriële vaginose één van de risicofactoren voor PID is.

Bij verdenking op PID is bij beperkte symptomatologie directe "blinde" poliklinische behandeling na afname van materiaal voor SOA diagnostiek wenselijk. De prognose lijkt dan gunstig te kunnen zijn.

##### 22.1.2 **Risicofactoren PID:**

- jonge leeftijd
- meerdere partners
- SOA in de anamnese bij patiënte of haar seksuele partner (o.a. NSU bij partner)
- abortus provocatus
- IUD inbrengen (tot circa 6 weken erna)
- hystero-salpingografie
- in vitro fertilisatie (IVF) procedure
- endometritis post partum
- bacteriële vaginose

##### 22.1.3 **Diagnostische criteria van PID (1 t/m 4 obligaet):**

1. anamnestic (niet-acute) pijn in de onderbuik
2. druk- en/of loslaatpijn in de onderbuik
3. opstoot- en slingerpijn bij vaginaal toucher
4. pijnlijke adnexen bij bimanueel onderzoek.

Daarnaast tenminste één van de volgende criteria:

5. koorts (temperatuur  $>38^{\circ}\text{C}$ )
6. leukocytose
7. verhoogde bloedbezinking  $>15$  mm/1e uur
8. ontstekingsmassa bij echoscopie.

Gouden standaard: laparoscopische diagnose.

N.B. Zwangerschap dient altijd uitgesloten te worden door het verrichten van een zwangerschapstest.

Addenda ad 22.1.3:

- Pijn in de (rechter) bovenbuik als uiting van perihepatitis in het kader van het Fitz-Hugh-Curtis syndroom komt bij 10-20% van de vrouwen met PID voor en is een indicatie voor gynaecologisch onderzoek en onderzoek op *C. trachomatis* en/of *N. gonorrhoeae*.
- Er zijn aanwijzingen dat ook een subklinische PID ("silent PID") tot infertiliteit kan leiden. *C. trachomatis* zou mogelijk bij  $>40\%$  van de vrouwen naar endometrium en tuba opstijgen, vaak zonder klinische en soms zelfs zonder laparoscopische verschijnselen van PID. Bij een deel van die vrouwen is in de cervix geen *C. trachomatis* meer aantoonbaar.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 22 Gecompliceerde genitale infecties (vervolg)

#### 22.1 Pelvic Inflammatory Disease (PID, ...): vervolg

##### 22.1.4 **Aanvullende diagnostiek:**

Serologisch onderzoek op IgG, IgM en IgA anti-*C. trachomatis* antilichamen kunnen nuttige diagnostische informatie geven bij negatieve routine-testen (PCR-test, kweek, etc.) uit cervix en urethra op *C. trachomatis*. De interpretatie van de test is afhankelijk van de test, die gebruikt wordt..

##### 22.1.5 **Beleid bij verdenking op PID:**

Beperkte symptomatologie:

Poliklinische "blinde" behandeling na afname van materiaal voor laboratoriumonderzoek volgens Hoofdstuk 2.

Opname/gynaecologisch consult heeft de voorkeur bij:

- diagnostische twijfel (laparoscopie overwegen)
- ernstig ziek zijn
- belangrijke peritoneale prikkeling
- vermoeden op een abces in het kleine bekken
- patiënt in de puberteit of op jong volwassen leeftijd  
(therapie-trouw is minder goed en kans op complicaties op lange termijn is groter)
- orale medicatie niet mogelijk
- onvoldoende resultaat na 48-72 uur poliklinische behandeling.

##### 22.1.6 **Therapie**

###### 22.1.6.1 **In Nederland gebruikelijke therapie:**

- ceftriaxon 250 mg i.m. of ciprofloxacin 500 mg per os éénmalig  
na 6 uur gevolgd door
- doxycycline 2 dd 100 mg en metronidazol 2 dd 500 mg per os gedurende 10-14 dagen  
plus
- (bed)rust.

###### 22.1.6.2 **Therapie volgens "outpatient treatment regimen B" van de richtlijnen anno 1993 van de Centers for Disease Control, USA:**

- ofloxacin 2 dd 400 mg per os gedurende 10-14 dagen  
(contra-indicatie: patiënten <16 jaar oud wegens mogelijke kans op groei stoornis kraakbeen)  
plus
- metronidazol 2 dd 500 mg per os gedurende 10-14 dagen  
(cave: geen alcohol tijdens metronidazol kuur)  
of  
clindamycine 4 dd 450 mg per os gedurende 10-14 dagen  
plus
- (bed)rust.

Addendum ad 22.1.6:

Bij PID dient een eventueel aanwezig spiraaltje (IUD) verwijderd te worden. Anticonceptieadvies na behandeling is noodzakelijk. Het toekomstig gebruik van een IUD moet ontraden worden.

N.B. Er is geen consensus t.a.v. therapie met systemische steroïden ter preventie van tubaire infertiliteit.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 22 Gecompliceerde genitale infecties (vervolg)

#### 22.1 Pelvic Inflammatory Disease (PID, ): vervolg

##### 22.1.7 **Partner(s), onderzoek en behandeling:**

Onderzoek van de partner(s) en zo nodig behandeling op geleide van de bevindingen bij SOA onderzoek is noodzakelijk, mede vanwege het gevaar van herbesmetting van de index-patiënt met daardoor een grotere kans op lange-termijn complicaties (tubaire infertiliteit, extra-uteriene graviditeit).

##### 22.1.8 **Controle na therapie:**

Klinische en microbiologische controle is geïndiceerd. Bij poliklinische behandeling dient een eerste controle 3 dagen na instellen van de therapie plaats te vinden.

##### 22.1.9 **Preventie SOA-geassocieerde PID/anticonceptie-advies:**

Advies ter preventie van SOA geassocieerde PID mede vanuit het oogpunt van betrouwbare anticonceptie bij nulligravida met nieuwe partner: OAC + condoom.

N.B. Volledige zekerheid t.a.v. het overbrengen van SOA na staken van het condoomgebruik in een nieuwe relatie is alleen mogelijk na SOA onderzoek (zie Hoofdstuk 2: risicofactoren *C. trachomatis* infectie).

#### Literatuur ad Hoofdstuk 22.1:

- Bleker OP, Smalbraak DJC, Janssens RMJ, Waart MJ de. Salpingitis. SOA-bulletin 1989;10 (nr 3):3-5.
- Bleker OP. Opstijgende infecties. In: Compendium Seksueel overdraagbare aandoeningen. Bleker OP, Wigtersma L, Coutinho RA, et al., red. Utrecht, Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, 1996:162-9.
- Brouwers JRBJ. NHG-standaard "Pelvic inflammatory disease": commentaar. Pharmaceutisch Weekblad 1995;130:1286-9.
- Melgers I, Bleker OP, Burger CW. *C. trachomatis* in de hogere tractus genitalis. SOA-bulletin 1993;14(nr 1):3-5.
- NHG-Standaard Pelvic Inflammatory Disease. Huisarts en Wetenschap 1995;38:310-6.
- Schachter J, Shafer MA, Young M, Ott M. Routine pelvic examinations in asymptomatic young women. New Engl J Med 1996;335:1847-8.
- Scholes D, Stergachis A, Heidrich FE, Andrilla H, Holmes KK, Stamm WE. Prevention of pelvic inflammatory disease by screening for cervical chlamydial infection. New Engl J Med 1996;334:1362-6.
- Tait IA, Duthie SJ, Taylor-Robinson D. Silent upper genital tract chlamydial infection and disease in women. Int J STD & AIDS 1997;8:329-31.
- Wales NM, Barton SE, Boag FC, Booth SJ, Smith JR. An audit of the management of pelvic inflammatory disease. Int J STD & AIDS 1997;8:409-11.
- Weström L, Riduan J, Reynolds G, et al. Pelvic inflammatory disease and infertility. Sex Tr Dis 1992;19:185-92.
- Weström L, Wölner-Hanssen P. Pathogenesis of pelvic inflammatory disease. Genitourin Med 1993;69:9-17.
- Wölner-Hanssen P, Eschenbach DA, Paavonen J, et al. Decreased risk of symptomatic chlamydial pelvic inflammatory disease associated with oral contraceptive use. JAMA 1990; 263:54-9.

#### 22.2 Bartholinitis ( )

##### 22.2.1 **Diagnostiek:**

Standaard SOA onderzoek volgens Hoofdstuk 2 is geïndiceerd, omdat bij een deel van de vrouwen met Bartholinitis een *C. trachomatis* of *N. gonorrhoeae* infectie aangetoond wordt. Onderzoek van de pus op SOA kan aanvullende informatie geven.

##### 22.2.2 **Therapie:**

Chirurgische therapie plus behandeling van eventueel aangetoonde SOA.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 22 Gecompliceerde genitale infecties (vervolg)

#### 22.3 Epididymitis ( )

##### 22.3.1 **Diagnostische criteria:**

1. erytheem/oedeem scrotum aan aangedane zijde
2. zwelling epididymis of ductus spermaticus
3. pijn bij palpatie
4. >38° C koorts (niet obligaats)
5. urethrale afscheiding (niet obligaats).

##### 22.3.2 **SOA onderzoek:**

Standaard SOA onderzoek volgens Hoofdstuk 4 is geïndiceerd (mogelijke oorzaak: SOA).

##### 22.3.3 **Indicatie voor therapie:**

Klinisch beeld van epididymitis.

##### 22.3.4 **Beleid/therapie (mede op basis van de richtlijnen anno 1993 van de CDC, USA):**

Verdenking epididymitis zonder urethritis: consult urologie (diagnostisch probleem, cave maligniteit); verdenking epididymitis bij urethritis: consult dermatologie (SOA uitsluiten). Vooral bij jonge mannen blijkt *C. trachomatis* vaak de verwekker van epididymitis te zijn. Bij een patiënt met epididymitis bij urethritis kan men wegens de klachten direct "blind" behandelen (zie hoofdstuk 5) na afname van materiaal voor SOA onderzoek:

- 1e keus: Doxycycline 2 dd 100 mg per os 14 dagen
- 2e keus: Ofloxacin 2 dd 200 mg per os 14 dagen (zie 22.1.6)
- 3e keus: Co-trimoxazol 2 dd 2 x 480 mg per os gedurende 14 dagen, eerste 3 dagen 2 dd 4 x 480 mg voor eventuele gonorrhoe (Gram-preparaat écoulement).

NB Indien bij aanwezigheid van écoulement door sneldiagnostiek met een Gram-preparaat *N. gonorrhoeae* is aangetoond: ceftriaxon 250 mg i.m. of ciprofloxacin 2 x 250 mg ineens per os + doxycycline 2 dd 100 mg per os 14 dagen (menginfectie met *Chlamydia trachomatis* niet uitgesloten).

Ondersteunende maatregelen:

- suspensoir
- eventueel: - antiflogistica per os
- corticosteroiden per os (bij dreigende afsluiting van beide zaadleiters)

##### 22.3.5 **Partner(s), onderzoek en behandeling:**

Behandeling op geleide van de bevindingen bij SOA onderzoek.  
NB Preventie recidief: behandeling partner absoluut noodzakelijk!

Literatuur ad Hoofdstuk 22.3

- Berger CPAM, Lijcklama à Nijeholt AAB. Epididymitis of testismaligniteit? Ned Tijdschr Geneeskd 1996;140:1669-71.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 22 Gecompliceerde genitale infecties (vervolg)

#### 22.4 Sexually Acquired Reactive Arthritis (SARA)

##### 22.4.1 **Diagnostiek:**

- Bij verdenking op M. Reiter (urethritis, conjunctivitis, arthritis, balanitis circinata, psoriasiforme dermatitis, uveitis) t.g.v. SOA is standaard SOA onderzoek volgens Hoofdstuk 2-4 geïndiceerd, met aanvullend onderzoek naar de titer van de IgG en IgM antilichaam respons in het serum tegen *C. trachomatis*. Bij een *C. trachomatis* infectie geassocieerde M. Reiter is een sterke IgG (en IgM) antilichaam respons aantoonbaar.
- HLA-B27 bepaling: positieve uitslag is prognostisch ongunstig t.a.v. ernst en duur van de klachten, een negatieve uitslag is prognostisch gunstig.

##### 22.4.2 **Therapie:**

- Behandeling van aangetoonde SOA (vaak *C. trachomatis*; behandeling: zie hoofdstuk 7)
- Behandeling (zo nodig) van dermatitis in kader van M. Reiter met tetracycline 3 dd 500 mg per os gedurende 4 weken (remming van neutrofiele chemotaxie) of andere medicatie.

##### 22.4.3 **Partner(s), onderzoek en behandeling:**

- Standaard SOA onderzoek, daarna zo nodig behandeling.
- Indien standaard SOA onderzoek van de partner niet te realiseren is, dan die partner "blind" mee behandelen voor de bij patiënt aangetoonde SOA.

##### 22.4.4 **Preventie recidief:**

Preventie activatie M. Reiter door voorlichting t.a.v. preventie acquisitie SOA (nieuwe partner: condoom en/of preventief antibiotica na SOA diagnostiek).

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Deel E. Seksueel geweld tegen kinderen / volwassenen

#### 23. Seksueel misbruik van kinderen (verdenking van): algemeen beleid/indicatoren seksueel misbruik

##### 23.1 **Vertrouwensarts:**

Inschakelen vertrouwensarts (lijst Bureaus Vertrouwensarts: zie Hoofdstuk 29.7)

##### 23.2 **SOA onderzoek:**

SOA onderzoek bij (kinder)dermatoloog en/of kinderarts en eventueel (kinder)gynaecoloog na overleg met de vertrouwensarts (kans op SOA bij kind klein als er misbruik is binnen het gezin, de kans is groter als de dader niet tot het gezin behoort):

##### 23.2.1 **Klinisch onderzoek:**

Inspectie van genitalia, anus en mond en onderzoek op gewone wratten.

##### 23.2.2 **Laboratorium onderzoek:**

- onderzoek op *C. trachomatis* in materiaal afgenomen uit urethra en rectum (EIA/ELISA op materiaal uit rectum is niet betrouwbaar) en bij meisjes de cervix (tenzij hymen intact is). Cave asymptomatische infectie.
- kweek op *N. gonorrhoeae* van materiaal afgenomen uit keel, rectum en urethra en bij meisjes ook uit de cervix (tenzij hymen intact is). Cave asymptomatische infectie.
- bij meisjes: fluor vaginalis onderzoek (zie Hoofdstuk 18).
- bij anogenitale of orale ulcera: Herpes simplex virus kweek en/of directe IF op uitstrijk, eventueel Tzanck-test op uitstrijk. Afnemen banale kweek.
- condylomata acuminata: biopt voor routine histologie en eventuele HPV typering (PCR op paraffine coupes); zie Hoofdstuk 13.2.
- bloedonderzoek: luesserologie, serologisch onderzoek op Herpes simplex virus, hepatitis B virus (anti-HBc, zie Hoofdstuk 16) en eventueel HIV (op indicatie; na toestemming van het betrokken kind, de ouders of de wettelijke vertegenwoordig(st)er van de ouders).

NB Inspectie en materiaal afname en eventuele behandeling van condylomata acuminata onder narcose (overwegen) i.s.m. gynaecoloog/pediater.

##### 23.3 **Verdenking op seksueel misbruik/mishandeling: verder onderzoek**

In overleg met vertrouwensarts:

- eventueel inschakelen kinderarts voor aanvullend lichamelijk en psychosociaal onderzoek;\*
- forensisch onderzoek van ouders en/of andere betrokkenen.

\* Onderzoek op indicatoren van sexueel misbruik (emotionele en gedragsmatige indicatoren, kontekstuele indicatoren, lichamelijke klachten en afwijkingen) en op andere signalen en symptomen verdacht voor andere vormen van mishandeling of verwaarlozing. Zie 23.4.

##### 23.4 **Indicatoren van seksueel misbruik**

##### 23.4.1 **Emotionele en gedragsmatige indicatoren**

Allereerst wordt hier voor de duidelijkheid een kort overzicht gegeven van het normale seksuele gedrag en de normale kennis omtrent seksualiteit bij jonge kinderen:

- manipulaties met de genitalia (incl. erecties bij jongetjes);
- masturbatie;
- seksueel spel tussen kinderen van ongeveer dezelfde leeftijd;
- beperkte kennis van de 'seksuele' anatomie, zonder kennis van de precieze functie. Deze kennis neemt toe bij het ouder worden van het kind.

##### **A. Voorschoolse periode (0-4 jaar)**

De meest opvallende signalen bij kinderen tussen 0 en 4 jaar zullen zijn directe lichamelijke reacties (zie 23.4.3), niet leeftijdsadequaat seksueel gedrag en regressief gedrag.

**Seksueel misbruik van kinderen (verdenking van): algemeen beleid/indicatoren seksueel misbruik (vervolg)**

- \* **Afwijkend seksueel gedrag:**
  - preoccupatie met de genitalia;
  - excessief en/of dwangmatig masturberen of masturberen met voorwerpen (in vagina of anus);
  - angst voor lichamelijk contact en/of juist (excessief) zoeken van seksueel getint lichamelijk contact.
- \* **Niet leeftijdsadequaat seksueel gedrag:**
  - herhaalde pogingen anderen te betrekken bij seksueel gedrag, dat niet overeenkomt met de leeftijd van het kind (dwangmatig en dwingend);
  - vroegrijp gedrag en/of duidelijk provocerend seksueel gedrag;
  - het uitspelen van oraal, vaginaal of anaal geslachtsverkeer;
  - niet leeftijdsadequaat seksueel spel met poppen.
- \* **Niet leeftijdsadequate kennis van seksualiteit:**
  - gedetailleerde, voor de leeftijd oneigenlijke, kennis van seksueel gedrag;
  - leeftijdsadequate en consistente beschrijving van niet-leeftijdsadequate seksuele ervaringen.
- \* **Relationele problemen:**
  - angst voor mensen (niet sekse-gebonden), mannen of vrouwen in het algemeen (sekse-gebonden) of voor een man of vrouw in het bijzonder;
  - sterk verzorgend gedrag, ook tegenover de eigen ouders, niet passend bij de leeftijd van het kind (parentificatie).
- \* **Onverklaarbare angstige reacties op en ontwijken van:**
  - normale uitingen van lichamelijke affectie;
  - normale naaktheid en normale aandacht voor de genitale anatomie en de verschillen tussen mannen en vrouwen;
  - specifieke vragen over getoond, niet leeftijdsadequaat seksueel spel;
  - bepaalde plaatsen of voorwerpen.
- \* **Ontwikkelingsstoornissen:**
  - niet zindelijk zijn, zowel voor urine als voor ontlasting, op een leeftijd waarop verondersteld mag worden dat het kind zindelijk is of vooral nadat het kind al zindelijk is geweest;
  - ander regressief gedrag.
- \* **Slaapstoornissen:**
  - nachtmerries, welke geïnduceerd worden door plaats, persoon en/of voorwerpen, die een relatie hebben met het seksuele misbruik of nachtmerries, welke gepaard gaan met bewegingen of geluiden, die overeenkomen met de seksueel misbruik ervaring;
  - slapeloosheid en angst in het donker.
- \* **Andere gedragsproblemen:**
  - eetproblemen (o.a. herhaald overgeven, voedselweigering);
  - negatief lichaamsbeeld: ontevredenheid over, boosheid op of schaamte voor het eigen lichaam;
  - (grote) angst voor verluieren, bad of douche.
- \* **Gedrag tijdens onderzoek en/of opname:**
  - angst om op de rug te liggen;
  - angst voor en bij het lichamelijk onderzoek, met name bij aanraken van de anogenitaal streek, de bovenbenen, de billen en de buik.

**B. Basisschoolleeftijd (4-11 jaar)**

De meest opvallende signalen bij kinderen in de basisschoolleeftijd betreffen plotselinge en niet verklaarbare achteruitgang van schoolprestaties, verlies van eigenwaarde, neiging tot weglopen en afwijkend gedrag tijdens lichamelijk onderzoek, gymnastieklessen enz. De signalen die van toepassing zijn voor de voorschoolse periode zijn ook in deze periode van toepassing. In deze leeftijdsfase gaat het kind begrijpen dat bepaalde seksuele gedragingen niet acceptabel zijn. Deze zullen minder vaak worden gezien. Als men ze toch waarneemt, is hun aanwezigheid een sterke indicatie voor misbruik.

23 Seksueel misbruik van kinderen (verdenking van): algemeen beleid/indicatoren seksueel misbruik (vervolg)

- \* **Afwijkend seksueel gedrag:**
  - dragen van kleding van het andere geslacht;
  - promiscuïteit/prostitutie.
- \* **Niet leeftijdsadequaate seksueel gedrag:**
  - angst voor zwangerschap;
  - seksueel agressief en dwingend gedrag tegenover andere kinderen.
- \* **Relationele problemen:**
  - gebrek in vertrouwen in anderen, zowel volwassenen als kinderen.
- \* **Andere gedragsproblemen**
  - slaapstoornissen, vermoeidheid ten gevolge van slapeloosheid;
  - spijbelen;
  - wegloupedrag en ander acting-out gedrag (b.v. kleine criminaliteit);
  - psychiatrische problematiek (fobiën, depressief gedrag, zelfhaat, automutilatie etc.).

**C. Pubers en adolescenten (12-18 jaar)**

- \* **Seksueel afwijkend gedrag:**
  - preoccupatie met seksualiteit in gesprekken;
  - seksueel agerend gedrag, promiscuïteit, prostitutie;
  - seksualisering van alle relaties, terwijl in feite affectie wordt gezocht;
  - extreem teruggetrokken en geremd seksueel gedrag, sterke seksuele angsten;
  - angsten voor mogelijke homoseksualiteit.
- \* **Ander afwijkend gedrag:**
  - suicidaliteit;
  - psychiatrische problematiek (anorexia, dissociatie, pseudologia etc.).

NB De eerder in 23.4.1 ad A en B genoemde signalen zijn ook bij pubers van toepassing, voor zover relevant voor pubers en hier nog niet genoemd.

23.4.2 **Contekstuele indicatoren**

- \* **Het gezin:**
  - gesloten gezinssystemen;
  - drie typen:
    - . starre, patriarchale gezin;
    - . "moderne, alternatieve, ruimdenkende" gezin;
    - . primaire "multi-problem" gezin.
- \* **De pleger:**
  - heeft opvallend veel bemoeienis met medisch handelen ten aanzien van andere gezinsleden, zich uitend in begeleiding van praktijkbezoek, of vragen van veel informatie over de gezinsleden;
  - neigt tot bagatelliseren van het misbruikende gedrag;
  - vier typen:
    - . autoritaire pleger;
    - . kinderlijke pleger;
    - . gelegheidspleger;
    - . geperverteerde pleger.

23.4.3 **Lichamelijke klachten**

- A. Voorschoolse periode:**
  - enuresis, encopresis;
  - vage buikpijnklachten;
  - hyperventilatie;
  - toegenomen neiging tot overgeven;

23 **Seksueel misbruik van kinderen (verdenking van): algemeen beleid/indicatoren seksueel misbruik (vervolg)**

- schijnbare of reële pijn in de bovenbenen, soms leidend tot afwijkingen in het looppatroon:
  - . bij lopen worden de billen en bovenbenen stijf tegen elkaar geklemd;
  - . bij optillen en afspringen worden de bovenbenen niet gespreid.

**B. Basisschoolleeftijd:**

- zie voorschoolse periode;
- allerlei vage lichamelijke klachten, zonder dat hiervoor een lichamelijke oorzaak wordt gevonden.

**C. Pubers en adolescenten:**

- zie 23.4.3 ad A en B;
- automutilatie.

23.4.4 **Lichamelijke afwijkingen**

In het nu volgende gedeelte wordt een overzicht gegeven van lichamelijke afwijkingen, die kunnen ontstaan ten gevolge van seksueel misbruik. Er wordt een categorie-indeling gegeven ten aanzien van de specificiteit van de afwijkingen. Hierbij is uitsluitend aandacht besteed aan de afwijkingen, die ontstaan ten gevolge van het seksueel misbruik.

NB Zwangerschap bij een minderjarig meisje is een zeer verdacht signaal. In een dergelijke situatie hoeft de pleger van het seksueel misbruik niet per definitie de verwekker te zijn. Een zwangerschap kan ook een mogelijkheid voor het meisje zijn om de misbruiksituatie te ontvluchten. Men moet echter beducht zijn voor het gegeven dat bij een zwangerschap t.g.v. seksueel misbruik de pleger het meisje dwingt een andere verwekker te noemen.

**Categorie indeling van lichamelijke afwijkingen bij seksueel misbruik:**

- 1 Geen afwijkingen in de anogenitaal streek en niet-specifieke afwijkingen op de rest van het lichaam:**
  - alle afwijkingen, die verdacht zijn voor andere vormen van kindermishandeling: 'fingerprint' op de bovenarmen, billen en buitenzijde van de dijen; circulaire hyperpigmentaties aan polsen of enkels.
  - afwijkingen aan secundaire geslachtskenmerken: bijthematomen of andere beschadigingen van de borsten;
  - afwijkingen tussen navel en knieën, die zelden het gevolg zijn van andere vormen van kindermishandeling: symmetrisch gelocaliseerde hematomen aan de binnenzijde van de dijen.
- 2 Niet-specifieke afwijkingen in de anogenitaalstreek, verdacht voor een seksueel contact:**
  - symmetrische roodheid van de labia, purulente fluor vaginalis, verkleefde labia minora;
  - rectaal of vaginaal bloedverlies e.c.i.
- 3 Specifieke afwijkingen in de anogenitaal streek, verdacht voor seksuele contacten:**
  - vulvo-vaginale afwijkingen: beschadigingen van het hymen of de vaginale mucosa; afwezig hymen; verwijde introitus vaginae;
  - perineumafwijkingen: rupturen uitgaande hetzij van de vagina, hetzij van de anus.
  - anale afwijkingen: fissuren, dieper dan de epidermis, en ruptuur van de sphincter ani; anale dilatatie; perianale veneuze stuwingshematomen;
  - orale afwijkingen: petechiën en erosies op het palatum t.g.v. oro-genitaal contact;
  - seksueel overdraagbare aandoeningen.
- 4 Specifieke afwijkingen, bewijzend voor seksuele contacten (alleen in de eerste 72 uur na het seksuele contact aantoonbaar):**
  - sperma op het lichaam, in de vagina of in het rectum, in de urine of in de kleren van het kind;
  - prostaatspecifiek antigeen of zure fosfatase (minder specifiek) in het vulvaspoelsel;
  - bloed in de vagina, in het rectum of op het perineum van een andere bloedgroep dan die van het kind.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 23 Seksueel misbruik van kinderen (verdenking van): algemeen beleid/indicatoren seksueel misbruik (vervolg)

Literatuur ad Hoofdstuk 23:

- Biló RAC, de Waard-van der Spek FB, Oranje AP, Vuzevski VD. Condylomata acuminata bij kinderen: seksueel overgedragen? SOA-bulletin 1990;11(6):3-6.
- Biló RAC, Aarsen RSR, Oranje AP. Beleid bij seksueel overdraagbare aandoeningen op de kinderleeftijd. SOA-bulletin 1995;16(3):16-8.
- Biló RAC, Bosschaart AN, Oranje AP. Lichamelijke afwijkingen bij seksueel misbruik. Tijdschr Kindergeneeskd 1996;64:152-8.
- Biló RAC, Oranje AP. Het ongelukshuidje. De huid op het raakvlak van kinderdermatologie en kindermishandeling. De Weezenlanden Series nr. 12. Zwolle; Ziekenhuis de Weezenlanden, 1996.
- Oranje AP, Biló RAC, de Groot R. Kinderen en seksueel overdraagbare aandoeningen. In: Bleker OP, Wigersma L, Coutinho RA, et al., red. Compendium seksueel overdraagbare aandoeningen. Utrecht; Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, 1996:170-82.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

- 24 **Seksueel geweld tegen vrouwen/meisjes en mannen/jongens: algemeen beleid/protocol eerste opvang**
- 24.1.1 **Seksueel geweld tegen vrouwen/meisjes: informatie hulpverleners/hulpzoekers**  
Telefoonnummers en adressen: zie Hoofdstuk 29.8 (Opvang van seksueel geweld).  
NB Bij kinderen: zie Hoofdstukken 23 (Seksueel misbruik van kinderen) en 29.7 (Bureaux Vertrouwensartsen / Kindertelefoon).
- 24.1.2 **Seksueel geweld tegen vrouwen/meisjes: organisatie SOA-onderzoek en eventueel forensisch onderzoek\***  
SOA-onderzoek bij een gynaecoloog of dermatoloog of eventueel een huisarts, afhankelijk van de regionale afspraken. Forensisch onderzoek in geval van aangifte op verzoek van een functionaris van de politie afd. Jeugd- en Zedenzaken in overleg en in samenwerking met een GGD-arts (wachtarts zedendelicten).
- \* Zie 24.3
- 24.2.1 **Seksueel geweld tegen mannen/jongens: informatie hulpverleners/hulpzoekers**  
Telefoonnummers en adressen: zie Hoofdstuk 29.8 (Opvang van seksueel geweld).  
NB Bij kinderen: zie Hoofdstuk 23 (Seksueel misbruik van kinderen) en 29.7 (Bureaux Vertrouwensartsen / Kindertelefoon).
- 24.2.2 **Seksueel geweld tegen mannen/jongens: organisatie SOA-onderzoek en eventueel forensisch onderzoek\***  
SOA-onderzoek bij een dermatoloog, eventueel een huisarts. Forensisch onderzoek in geval van aangifte op verzoek van een functionaris van de politie afd. Jeugd- en Zedenzaken in overleg en in samenwerking met de GGD-arts (wachtarts zedendelicten) voor de forensische aspecten.
- \* Zie 24.3
- 24.3 **Protocol voor de eerste opvang van slachtoffers van seksueel geweld (voor artsen uit de curatieve en preventieve sector)**
- 24.3.1 **Inleiding**
- 24.3.1.1 **Uitgangspunten:**
- Organisatie: als er aangifte is gedaan door het slachtoffer gaat de voorkeur uit naar het tegelijkertijd (in één zitting) zo efficiënt en professioneel mogelijk verzamelen van *medische en forensische* gegevens, d.w.z. door samenwerking van de curatieve sector (medische gegevens/SOA-onderzoek: gynaecoloog of dermatoloog, eventueel huisarts) en de preventieve sector (forensische gegevens / sporenonderzoek: GGD-arts). In regionaal overleg kunnen afspraken gemaakt worden om bij slachtoffers, die twijfelen over aangifte, toch forensisch onderzoek te doen (uitstel is niet mogelijk).
  - Bereikbaarheid artsen: 24-uurs bereikbaarheid van terzake kundige artsen, geschoold zowel in het SOA-onderzoek en de mogelijkheden tot begeleiding op lange termijn van een slachtoffer van seksueel geweld, als in forensisch onderzoek.
  - Forensisch onderzoek: voor het forensisch onderzoek (sporenonderzoek) wordt gebruik gemaakt van de zogenaamde '*zedenset*' van de politie (afd. Jeugd- en Zedenzaken). De '*zedenset*', samengesteld door het Gerechtelijk Laboratorium van het Ministerie van Justitie te Rijswijk, bevat een handleiding voor het forensisch onderzoek, exemplaren van het door het slachtoffer te tekenen toestemmingsformulier, exemplaren van schema's van de anatomie (poppetjes), waarop de bevindingen t.a.v. eventuele letsels ingetekend kunnen worden, en overige attributen voor het verzamelen en bewaren van sporen.
  - Begeleiding slachtoffer: algemene medische en psychische begeleiding, op korte en lange termijn, en behandeling van eventuele letsels en infecties dienen zo nodig gerealiseerd te worden.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 24 Seksueel geweld tegen vrouwen/meisjes en mannen/jongens: algemeen beleid/protocol eerste opvang (vervolg)

#### 24.3.1.2 Verzoek tot onderzoek

Het onderzoek vindt plaats op verzoek van en/of in overleg met de patient(e) zelf. Aanmelding voor forensisch onderzoek geschiedt telefonisch door een functionaris van de politie, afdeling Jeugd- en Zedenzaken.

#### 24.3.1.3 Aankomst op de plaats van het forensisch (c.q. SOA-)onderzoek

- Het slachtoffer wordt door de politiefunctionaris naar de afgesproken plaats van onderzoek (opties: ziekenhuis, GGD) gebracht.
- De arts (gynaecoloog/dermatoloog/huisarts en/of GGD-arts) heeft een kort gesprek met de politieman/-vrouw, waarin deze in het kort het gebeurde beschrijft en eventuele specifieke vragen met betrekking tot het uit te voeren forensisch onderzoek stelt.
- In de onderzoekkamer zijn alle benodigde attributen voor het uit te voeren medische en forensische onderzoek volgens protocol klaargezet. De politiefunctionaris heeft een 'zedenset' bij zich en overhandigt deze aan de arts.

#### 24.3.2 Protocol

##### 24.3.2.1 Algemeen

- Afspraken vooraf: voorafgaand aan het onderzoek dient de procedure en het doel daarvan (SOA-onderzoek en/of forensisch onderzoek) uitgelegd te worden aan het slachtoffer. Het kan zijn dat de politie dat ook al gedaan heeft. De arts/artsen samen met het slachtoffer bepaalt/bepalen welk onderzoek verricht kan worden. Het slachtoffer wordt gevraagd het toestemmingsformulier voor het forensisch onderzoek uit de 'zedenset' te tekenen.
- Organisatie: anamnese en onderzoek dienen plaats te vinden op een voor het slachtoffer veilige en professionele manier, bij voorkeur door een vrouwelijke arts (of mannelijk in geval van een mannelijk slachtoffer) uit de curatieve sector (voor SOA-onderzoek) en in geval van aangifte tevens door een GGD-arts uit de preventieve sector (voor forensisch onderzoek). Indien slechts één arts beschikbaar is, dient een verpleegkundige bij het onderzoek te assisteren.
- Algemeen: de anamnese dient kort na het trauma zo beknopt en helder mogelijk te zijn. Stel geen vragen over details van het gebeuren, die niet relevant zijn voor het onderzoek of reeds gemeld zijn door politie. Geloof het slachtoffer onvoorwaardelijk.
- Medisch onderzoek: anamnese en onderzoek zijn op de eerste plaats gericht op de gezondheid van de vrouw, nml. het bieden van eerste opvang, voorkomen van zwangerschap en infecties, behandeling van letsels, zo mogelijk geruststelling daaromtrent.
- Forensisch onderzoek: het verzamelen van bewijsmateriaal voor justitie (sporenonderzoek) is in geval van aangifte een tweede belangrijk doel. Indien het slachtoffer kort na het trauma nog twijfelt over aangifte (na melding) is goede verslaglegging belangrijk. Indien voorhanden dient ook in dit geval een 'zedenset' te worden gebruikt (omdat anders het bewijsmateriaal verloren gaat).
- Het slachtoffer kan het onderzoek te allen tijde stopzetten (cave re-traumatisering!).

##### 24.3.2.2 Anamnese

###### A. Personalia

- Naam, geboorte datum, burgerlijke staat, adres, telefoonnummer en gegevens huisarts (zie 24.3.2.5)

###### B. Medisch relevante anamnese (SOA-onderzoek/medisch relevant onderzoek)

- Datum en tijdstip van het trauma.
- Plaats, datum en tijdstip van onderzoek.
- Korte omschrijving van het gebeurde.
- Penetratie met penis? Vond dit vaginaal, oraal en/of rectaal plaats?
- Penetratie met voorwerp(en).
- Fysieke letsels of pijn?
- Gebruikte het slachtoffer anticonceptie, welke?
- Indien geen orale anticonceptie gebruikt werd: cyclusanamnese en cyclusdag noteren.
- Indien geïndiceerd: Morning After Pil of Morning After Spiraal bespreken en aanbieden.

24 Seksueel geweld tegen vrouwen/meisjes en mannen/jongens: algemeen beleid/protocol eerste opvang (vervolg)

**C. Juridisch relevante anamnese (forensisch onderzoek/juridisch relevant onderzoek)**

- Datum en tijdstip van trauma en van onderzoek.
- Wijze van geweld: verbaal, fysiek, wapen?
- Wijze van verzet: verbaal, fysiek, vluchten?
- Werd er nadien gewassen, geïrrigeerd, geïrriëerd of gedefaceerd?
- Was dit de eerste coïtus?
- Indien sperma-onderzoek volgt, is het noodzakelijk te vragen naar datum/tijdstip van laatste gewenste coïtus. Vraag of de partner gesteriliseerd is, zoniet, of er condooms gebruikt werden.
- Bereidheid eventuele kledingstukken af te staan voor forensisch onderzoek naar sporen?

24.3.2.3 **Onderzoek**

**A. Algemene organisatie bij aanvang van het onderzoek, indien forensisch onderzoek gewenst is**

- Voor het verzamelen van sporen en bewijsmateriaal na een zedendelict is een zogenaamde 'zedenset' (zie 24.3.1.1) ontwikkeld met daarin een aantal attributen voor het verzamelen en bewaren van sporen.
- Vraag het slachtoffer eerst zich uit te kleden op een uitgevouwen papieren kleed, dat daarvoor bestemd is (boven- en onderlichaam *separaat* ontkleden en na onderzoek weer met kleding bedekken, nooit beide tegelijkertijd laten ontbloten). Over het algemeen eerst het bovenlichaam ontkleden en daarna het onderlichaam met aansluitend SOA-onderzoek. Kledingstukken met mogelijke sporen kunnen in het papieren kleed ingepakt worden (nooit in plastic!). Zie "C. Forensisch onderzoek". Zorg voor schone (onder)kleding indien nodig.
- De bevindingen t.a.v. eventuele letsels dienen zo nauwkeurig mogelijk te worden ingetekend op het anatomie-schema (poppetje). Zie "B. SOA-onderzoek: punt 1" en "C. Forensisch onderzoek".

**NB Indien geen onderzoek mogelijk of gewenst is**

Bij seksueel geweld tegen kinderen of in geval van een zeer angstig slachtoffer kan het raadzaam zijn het onderzoek achterwege te laten en ter bescherming tegen SOA profylactisch "blind" antibiotica te geven (zie Hoofdstuk 5). Eventueel kan men op dat moment voor het SOA-onderzoek volstaan met onderzoek van urine en bloed (zie Hoofdstuk 2 & 3). Hoewel met name de diagnostiek op *Neisseria Gonorrhoeae* door een DNA-amplificatietest op een urinemonster bij vrouwen minder betrouwbaar lijkt te zijn, kan het toch zinvol zijn die test aan te vragen (indien in het desbetreffende laboratorium beschikbaar), omdat een positieve test bij het eerste onderzoek een negatieve controletest na behandeling mogelijk maakt, hetgeen emotioneel geruststellend kan zijn.

**B. SOA-onderzoek/medisch relevant onderzoek (in chronologische volgorde van handeling)\***

1. Inspectie letsels: letsels bekijken en na beoordeling (zie "C. Forensisch onderzoek") eventueel reinigen en verbinden. Booster tetanus vaccinatie overwegen.
2. Inspectie uitwendige anogenitale regio: genitalia externa, perineum en anus.
3. Laboratorium diagnostiek urethra: afname materiaal urethra voor diagnostiek op *Neisseria gonorrhoeae* en *Chlamydia trachomatis*.
4. Inspectie inwendige genitalia: vaginaal speculumonderzoek (bij voorkeur met virgo speculum)
5. Laboratorium diagnostiek cervix uteri: afname materiaal cervix voor diagnostiek op *N. gonorrhoeae* en *C. trachomatis*. NB Bij afwezigheid of bij problemen met het à vue brengen van de cervix uteri, dient men voor *N. gonorrhoeae* diagnostiek materiaal af te nemen uit eventueel (purulent) exsudaat diep in de vagina, terwijl men voor *C. trachomatis* diagnostiek met behulp van DNA-amplificatie afstrijk materiaal van de vulvaire mucosa kan gebruiken (zie voetnoot g ad Hoofdstuk 2 & 3) of urine-materiaal (zie voetnoot f ad Hoofdstuk 2 & 3). Eventueel is ook *N. gonorrhoeae* diagnostiek mogelijk met DNA-amplificatie op materiaal uit de urine (zie voetnoot b ad Hoofdstuk 2 & 3). Sporenonderzoek vaginaal (semen): zie "C. Forensisch onderzoek: punt 2".
6. Op indicatie (anamnese) aanvullend:
  - Inspectie: inspectie van de mond/mondholte.
  - Laboratorium diagnostiek: afname van materiaal anus en/of oropharynx voor diagnostiek op *N. gonorrhoeae* en *C. trachomatis*.

24 **Seksueel geweld tegen vrouwen/meisjes en mannen/jongens: algemeen beleid/protocol eerste opvang (vervolg)**

7. Laboratorium diagnostiek serum:

- a. Syfilis- en hepatitis B virus-serologie: TPHA en anti-HBc. NB Laboratorium vragen anti-HBc cito (binnen 24 uur) te bepalen in verband met het eventueel toedienen van hepatitis B immunoglobuline binnen 48 uur na het contact en de diagnostiek op hepatitis B virus infectie in hetzelfde serummonster uit te breiden als anti-HBc positief is (zie Hoofdstuk 16), zoals dat routinematig gebeurt bij positieve TPHA (zie Hoofdstuk 9).  
NB Indicaties voor toedienen hepatitis B immunoglobuline (binnen 48 uur na contact):
    - seksueel gewelddadig contact met risico op hepatitis B virus transmissie (receptie semen, bloedcontact) <48 uur tevoren;
    - slachtoffer anti-HBc negatief (cito-bepaling!).
 Hepatitis B virus immunisatie dient binnen 1 week door vaccinatie gevolgd te worden.
  - b. HIV-serologie (met toestemming of op verzoek van het slachtoffer, op moment van onderzoek en/of 6 maanden later), echter bij voorkeur pas na counseling in een apart gesprek, bijv. de volgende dag (sociaal verpleegkundige SOA/AIDS van GGD) (zie Hoofdstuk 15).
  - c. Spijtserum: 1 buis spijtserum afnemen (in diepvries op te slaan serum voor eventueel toekomstig alsnog te verrichten laboratoriumonderzoek, bijv. HIV-serologie).
  - d. Bloedgroep/DNA-onderzoek: bloed afnemen met behulp van materiaal uit de 'zedenset' voor eventuele bepaling van de bloedgroep en eventueel DNA-onderzoek (zie "C. Juridisch relevant onderzoek: referentiemonsters").
8. Herhaling laboratorium diagnostiek: afname materiaal voor laboratorium diagnostiek op *N. gonorrhoeae* en *C. trachomatis* na 2 weken herhalen, afname bloed voor TPHA na 6 weken herhalen.

\* Standaard SOA-onderzoek: zie Hoofdstuk 2 & 3.

**C. Forensisch onderzoek/juridisch relevant onderzoek**

1. Beschrijf nauwkeurig alle letsels zoals krassen, schrammen, striemen, schaafwonden. Beoordeel de letsels op de duur van aanwezigheid (wanneer ontstaan?), geef een beschrijving van de wondranden (rafelig, scherp, etc.) en teken deze in op het anatomie-schema (poppetje). Beoordeel en beschrijf ook vuil, modder en sporen aan/op de kleding (daar is de forensisch geneeskundige extra in geschoold).
2. Het verkrijgen van vaginaalvocht uit de fornix posterior geschiedt tijdens het inwendig vaginaal speculumonderzoek (na afname van het materiaal voor diagnostiek van *N. gonorrhoeae* en *C. trachomatis*), door met een 1 cc spuitje vocht op te zuigen uit de fornix posterior en uit de cervix, dan wel een wattenstaafje uit de 'zedenset' in de fornix posterior te bevochtigen (let op het afknippen van het puntje van de wattenstaafhuls!).
3. De pubisbehaaring van het slachtoffer wordt met een stofkam uit de 'zedenset' gekamd en in het daarvoor bestemde zakje gedaan (voor onderzoek op vreemde schaamharen).
4. Nagelvuil wordt afgenomen met daarvoor bestemd nagelkrabbertje inclusief zakje.

*Referentiemonsters* van het slachtoffer (vervolg juridisch relevant onderzoek):

1. Speeksel: het slachtoffer een daarvoor bestemd steriel gaasje met de lippen nat laten maken.
2. Haren (met wortel) van het slachtoffer (10x) worden verkregen door deze (na uitleg!) met een snelle beweging uit hoofdhaar en schaamstreek te trekken. Tevens een aantal hoofd- en schaamharen knippen en in aparte zakjes doen.
3. Bloedafname van het slachtoffer (eventueel: bepaling bloedgroep, DNA-onderzoek) wordt tegelijkertijd met het bloed voor het medisch relevante serologische onderzoek afgenomen, echter met behulp van materiaal uit de 'zedenset'.

Na voltooiing van het gesprek en het onderzoek wordt het verzamelde materiaal door de politie-functionaris verzegeld en meegenomen.

Rechtsgeldigheid: om de procedure rechtsgeldig te laten zijn dient de politiefunctionaris procesverbaal op te maken van de procedure in de onderzoekkamer, zonder daarbij overigens lijfelijk aanwezig geweest te zijn. (De politie hoort officieel voor de deur te zitten en te beschrijven wie in de kamer aanwezig zijn en eventueel in- en uitgaan.)

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 24 Seksueel geweld tegen vrouwen/meisjes en mannen/jongens: algemeen beleid/protocol eerste opvang (vervolg)

#### 24.3.2.4 **Follow-up/begeleiding**

Slachtoffers krijgen een afspraak mee voor follow-up na twee en zes weken. Behalve voor diagnostiek van SOA (herhaling afname van materiaal voor diagnostiek van *N. gonorrhoeae* en *C. trachomatis* en van materiaal voor syfilis-serologie) en voor controletesten na eventuele behandeling, zijn deze afspraken ook bedoeld om de behoefte aan vervolfbegeleiding te peilen. Met het slachtoffer kan overlegd worden over begeleiding op langere termijn, eventueel bij een psycholoog of seksuoloog (bespreek met het slachtoffer in ieder geval de rol van de huisarts op korte en lange termijn!). Soms is het trauma zo groot, dat in eerste instantie alle hulp wordt afgeweerd en gevoelens worden verdrongen. Vaak komt in een latere fase het probleem toch weer naar boven en ontstaat dan pas behoefte aan (professionele) hulp.

#### 24.3.2.5 **Rapportage**

De huisarts dient op de hoogte gesteld te worden, mits het slachtoffer daar toestemming voor geeft. Er dient rapportage van het resultaat van het SOA-onderzoek aan de GGD-arts en de politie plaats te vinden.

#### 24.3.2.6 **Onkosten/financiering**

Daarover kan men regionaal afspraken maken. Over het algemeen kunnen de kosten van het forensisch onderzoek door de GGD bij de politie gedeclareerd worden. De kosten van het SOA-onderzoek (honorarium arts, laboratoriumkosten) kunnen in sommige regio's ook via de GGD aan de politie gedeclareerd worden. Overlegd moet worden of deze kosten door de verzekeraar van het slachtoffer vergoed kunnen worden. Indien het SOA-onderzoek verricht wordt door de dermatoloog en er problemen zijn wat betreft eventuele vergoeding door de verzekeraar bestaat de mogelijkheid voor de vergoeding van het honorarium, de laboratoriumkosten en eventuele apothekerskosten in overleg met de sociaal verpleegkundige voor SOA/AIDS van de GGD gebruik te maken van de zogenaamde VOMIL-regeling (zie Hoofdstukken 1 en 29.1).

#### **Addendum: algemene informatie voor hulpverleners en hulpzoekers**

Belangrijke telefoonnummers en adressen: zie Hoofdstuk 29.8.

NB Ken de sociale kaart en verwijsmogelijkheden in uw eigen regio!

Literatuur ad Hoofdstuk 24:

- Mourits MJE, Vonk M, van Voorst Vader PC. SOA-onderzoek bij (volwassen) slachtoffers van seksueel geweld. SOA-bulletin 1995;16(2):10-3.
- Van Seumeren EGC, De Bakker-Teunissen OJGB. Onderzoek bij en rapportage van zedendelicten. In: Forensische Geneeskunde. Cohen BAJ, Holtslag H, Lelyfeld HJ, ten Haaff AG (red). Assen: Van Gorcum 1996 (3e druk):249-62.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Deel F. Dermatologische differentiaal diagnose

#### 25 Non-SOA in het anogenitale gebied

##### 25.1 **Ulceratieve/erosieve aandoeningen:**

- M. Crohn
- M. Behcet
- M. Wegener
- vasculitis
- gangreen van Fournier
- pyoderma gangrenosum
- ulcus t.g.v. "palisaded neutrophilic and granulomatous dermatitis"
- tuberculose
- difterie
- ulcus phagedenicum
- cutane leishmaniasis
- histoplasmose
- filariasis
- amoebiasis
- cytomegalovirus infectie
- drug-induced ulcus (bijv. door foscarnet)
- pemphigus vulgaris
- cicatricieel pemphigoid
- M. Hailey-Hailey
- erosieve lichen ruber
- ulceratief (soms ulceratief-exofytisch-papillomateus) spinocellulair carcinoom
- traumatische ulcera
- artefact
- fissuur

##### 25.2 **Balanitis:**

- candida balanitis
- bacteriële balanitis, al of niet erosief (streptococ, stafylococ, menginfectie door non-syfilistische spirochaeten en fusiforme bacteriën, anaeroben, etc.)
- balanitis circinata (M. Reiter/SARA/reactieve arthritis)
- lichen sclerosus et atrophicans/balanitis xerotica obliterans
- verrucose carcinoom ("pseudoepitheliomatous, micaceous and keratotic balanitis")
- erythroplasie van Queyrat (peniele intra-epitheliale neoplasie: PIN)
- balanitis plasmocellularis (M. Zoon)
- balanitis door bulleuse auto-immuun dermatosen
- balanitis door "fixed drug eruption"
- orthoergische of allergische balanitis ("irritant and allergic balanitis")

##### 25.3 **Vulvitis:**

- candida vulvitis
- lichen sclerosus et atrophicans/kraurosis vulvae
- vulvitis plasmacellularis
- focale vulvitis (vulvaire vestibulitis)
- vulvodynie

##### 25.4 **Erythemateuze en erythemato-squameuze aandoeningen:**

- eczeem (endogeen eczeem, orthoergisch en allergisch contacteczeem)
- chronisch eczeem/neurodermitis circumscripta
- psoriasis
- eczema seborrhoicum
- dermatomycose
- erythrasma
- worminfectie (*Enterobius vermicularis*)

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### 25 Non-SOA in het anogenitale gebied (vervolg)

- haemorrhoiden
- erythroplasie van Queyrat, M. Bowen (Peniele Intraepitheliale Neoplasie = PIN, al of niet HPV-geassocieerd)
- M. Paget

#### 25.5 Vesiculeuze, bulleuze en andere exsudatieve aandoeningen:

- herpes zoster
- acuut allergisch contacteczeem
- benigne lymfangiectasiën
- erythema fixatum bullosum

#### 25.6 Papuleuze dermatosen:

- lichen ruber planus
- papillen van sulcus coronarius of glans penis (man)
- papillen van vaginale mucosa (vrouw)
- verruca vulgaris (non-anogenitale HPV)
- ectopische talgklieren

#### 25.7 Tumoren:

- marisken
- fibromen
- lipomen
- haemangiomen
- follikelcysten/sebocystomatosis
- naevocellulaire naevi
- andere benigne of maligne tumoren

#### 25.8 Afwijkingen van de beharing:

- alopecia areata
- alopecia mucinosa
- trichomycosis pubis
- hypotrichosen en andere haarafwijkingen

#### 25.9 Pigmentafwijkingen:

- hypopigmentatie (secundair: postinflammatoir)
- depigmentatie (vitiligo)
- hyperpigmentatie (primair, secundair)

#### Literatuur ad Hoofdstuk 25:

- Chu P, Connolly MK, LeBoit PE. The histologic spectrum of palisaded neutrophilic and granulomatous dermatitis in patients with collagen vascular disease. Arch Dermatol 1994;130:1178-83.
- Edwards S. Balanitis and balanoposthitis: a review. Genitourin Med 1996;72:155-9.
- Henquet CJM, Stolz E. Symptomen en syndromen. In: Bleker OP, Wigtersma L, Coutinho RA, et al., red. Compendium SOA. Utrecht; Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, 1996: 17-25.
- Le Lu M, Plantin P, LeRoy JP, et al. Pyoderma gangrenosum of penile skin. Eur J Dermatol 1994;4: 540-1.
- Notowicz A. Niet seksueel overdraagbare aandoeningen in het anogenitale gebied. Ned Tijdschr Dermatol Venereol 1995;5:83-4

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Deel G. Geneesmiddelen

#### Hoofdstuk 26 Lijst van geneesmiddelen

##### 1. Antibiotica/chemotherapeutica

<u>generische naam</u>	<u>merknaam</u>	<u>toedieningswijze</u>
amoxicilline	Amoxicillin®	caps 250/375/500 mg
	Amoxicillin®	tabl 125/250/ 375/500/750 mg 1 gram
	Clamoxyl®	caps 250/375/500 mg
	Clamoxyl®	tabl 125/250/ 275/500/750 mg 1/3 gram
ampicilline	Amfipen®	caps 250/500 mg
azitromycine	Zithromax®	tabl 500 mg
cefixim	Fixim®	caps 200 mg
cefotaxim	Claforan®	amp i.m. of i.v. 1 gram
ceftizoxim	Cefizox®	amp 500 mg
ceftriaxon (+lidocaïne)	Rocephin®	ampul i.m. 250 mg i.v. 500/1000 mg
ciprofloxacine	Ciproxin®	tabl 250/500 mg
co-trimoxazol	Co-trimoxazol	tabl 480/960 mg
	Bactrimel®	tabl 480/960 mg
	Sulfotrim®	tabl 480/960 mg
	Trimoxol	tabl 480/960 mg
	Eusaprim®	tabl 480/960 mg
doxycycline	Doxycycline	tabl 100 mg
	Doxymycine®	tabl 100 mg
	Dumoxin®	tabl 100 mg
	Vibramycin®	tabl 100 mg
	Doxycycline	caps 100 mg
	Doxymycine®	caps 100 mg
	Dumoxin®	caps 100 mg
	Vibramycin®	caps 100 mg
erytromycine base	Eryc®	caps 250 mg
erytromycine stearaat	Erythrocin®	tabl 250 mg
erytromycine stearaat	Erytromycine [div.]	tabl. 250/500 mg
erytromycine ethylsuccinaat	Erythrocin-ES®	tabl. 500 mg

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Hoofdstuk 26 Lijst van geneesmiddelen (vervolg)

#### **1. Antibiotica/chemotherapeutica (vervolg)**

---

metronidazol	Flagyl® Flagyl® ovule	tabl 250/500 mg ovule 500 mg
ofloxacin	Tarivid®	tabl 200 mg
benzathinebenzyl- penicilline	Penidural®	ampul 1.2 milj. eenheden
benzathine/procaïne/ benzylpenicilline	Penidural D/F®	ampul 1.2 milj. eenheden
procaïnebenzyl- penicilline	Bicilline®	ampul 1.2/2.4 milj. eenheden
probenecide	Benemid®	tabl 500 mg

#### **2. Antivirale middelen**

---

podophyllotoxine	Condylin®	appl. vloeistof 0.5% crème 0.15%
valaciclovir	Zelitrex®	tabl 500/1000 mg
famciclovir	Famvir®	tabl 125/500 mg
foscarnet	Foscavir®	infusievloeistof (24 mg/ml) flacon 250/500 ml

#### **3. Antimycotica**

---

clotrimazol	Canesten®	vaginaal tabl 100/200/500 mg
fluconazol	Diflucan®	caps 150 mg
isoconazolnitraat	Gyno-Travogen®	vaginaal tabl 300 mg
itraconazol	Trisporal®	caps 100 mg
miconazolnitraat	Gyno-Daktarin®	vaginaal caps 400/1200 mg
terconazol	Gyno-Terazol®	ovule 80 mg

#### **4. Antiparasitica**

---

benzylbenzoaat	benzylbenzoaat smeersel FNA	opl. 25%
lindaan	lindaansmeersel FNA	opl. 1%
malathion	Prioderm® Noury Hoofdlotion®	lotion/schuimcrème lotion
permethrine	Loxazol®	lotion 1% crème 5%

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Deel H. Wettelijke aangifteplicht anno 1997

#### Hoofdstuk 27 Aangifteplichtige SOA\* \*\*

##### 27.1 Groep B (patient op naam):

1. Acute hepatitis B
2. Scabies

##### 27.2 Groep C (patient anoniem; wel leeftijd/sex patient en naam/woonplaats arts op aangifteformulier te vermelden):

1. Gonorroe, alle vormen van
2. Syfilis, eerste en tweede stadium (lues I en II)
3. Congenitale syfilis

N.B. Lues latens recens is niet aangifteplichtig. Een *Chlamydia trachomatis* infectie is thans niet aangifteplichtig.

Addendum: Voor AIDS is afzonderlijk een vrijwillig registratie-systeem opgezet volgens de richtlijnen van de Wereld Gezondheids Organisatie (WHO).

\* De organisatie van de aangifte(plicht) voor het verkrijgen van landelijke epidemiologische informatie is sedert meerdere jaren in discussie. Het is anno 1997 de intentie van de Inspectie Volksgezondheid die op korte termijn te veranderen.

\*\* Naschrift: Per 01-01-1999 is bij wet van de bovenstaande infecties (zeker deels als SOA te beschouwen) alleen een acute HBV-infectie nog aangifteplichtig. SOA in hun algemeenheid zijn dus niet meer aangifteplichtig. Epidemiologische registratie blijft echter een aandachtspunt van degenen die in de SOA-zorg werkzaam zijn. Daarover zijn anno 1999 middels overleg tussen dermatologen op SOA-poliklinieken, GGD's en sociaal verpleegkundigen voor SOA/AIDS, het RIVM en andere betrokkenen landelijke afspraken in de maak.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Deel I. Voorlichtingsmateriaal

#### Hoofdstuk 28 Voorlichting

### OVERZICHT VAN VOORLICHTINGSMATERIAAL OVER SOA EN AIDS VOOR PATIENTEN / CLIËNTEN VAN SOA-POLIKLINIEKEN (per januari 1997)

Het materiaal is schriftelijk te bestellen bij de Stichting SOA-bestrijding, t.a.v. distributie-afdeling, Postbus 8198, 3503 RD Utrecht. Faxen mag ook: 030 - 23 31 713.

U moet rekening houden met een levertijd van ongeveer 7 tot 10 werkdagen na binnenkomst van uw bestelling bij de Stichting soa-bestrijding. Het voorlichtingsmateriaal wordt gratis verstrekt (tenzij anders aangegeven). Verzenden administratiekosten worden in rekening gebracht.

\* Folders, aan te raden als (minimum) basis-informatie-materiaal om op een SOA-polikliniek beschikbaar te hebben voor patienten.

### VOORLICHTINGSMATERIAAL VOOR IEDEREEN

#### **\* Ik vrij veilig of ik vrij niet**

(uitgave Stichting SOA-bestrijding augustus 1996)

Deze folder geeft informatie over soa; de gevolgen van een SOA; wat is veilig vrijen; praten met je partner; condoomgebruik en hoe lang je condooms blijft gebruiken. Achterin de folder zijn verwijsadressen opgenomen.

#### **Vrouwen en soa à | 4,-**

(uitgave Stichting SOA-bestrijding '95)

Dit boekje geeft informatie over SOA en veilig vrijen. Het gaat in op de specifieke klachten, behandeling en gevolgen van een SOA bij vrouwen. Ook wordt informatie gegeven over soa en zwangerschap. Alle informatie is tevens in handige schema's samengevat.

#### **Fact sheet**

(uitgave Stichting SOA-bestrijding juni 1996)

Het fact sheet bevat een overzicht van de SOA-problematiek in Nederland. Het bevat informatie en cijfers over het voorkomen van SOA, de belangrijkste SOA en hun complicaties, risicogroepen en veilig vrijen.

#### **Alles over AIDS**

(uitgave Projectgroep Publiekscampagne AIDS/SOA mei '95)

Hierin worden verschillende aspecten van AIDS en HIV-infectie uitgelegd.

#### **\* De AIDS-test wel of niet doen**

(uitgave Projectgroep Publiekscampagne AIDS/SOA september 1994)

Deze brochure is bestemd voor iedereen die een AIDS-test overweegt. Het geeft een genuanceerd beeld van de voor- en nadelen van de test. De informatie kan ook gebruikt worden als ondersteuning bij een voorlichtingsgesprek over de AIDS-test.

#### **Laat AIDS je vriendschap niet in de weg staan**

(uitgave Stichting Aids Fonds november 1996)

De folder bevat een korte tekst met praktische tips voor het omgaan met mensen met HIV/AIDS en korte testimonials. Tevens wordt summier informatie gegeven over wat HIV/AIDS is en hoe het wordt overgedragen.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Hoofdstuk 28 Voorlichting (vervolg)

#### VOORLICHTINGSMATERIAAL VOOR JONGEREN

**Stripboekje 'Ja, ik wil... veilig vrijen' à | 0,50**  
(uitgave Stichting SOA-bestrijding 1995)

Geeft tips voor veilig vrijen en informatie over SOA, waaronder een infectie met het AIDS-virus en chlamydia. Het is niet bedoeld voor het reguliere onderwijs.

**Vrijkaartje à | 0,25 per stuk of  
| 20,= per 100 stuks**  
(uitg. Stichting SOA-bestrijding 1996)

Condoom met gebruiksaanwijzing in een leuk kaartje geplakt.

#### PATIËNTENFOLDERS

**\* Last van de Liefde en bijbehorende  
SOA-kaarten**  
(uitgave Stichting SOA-bestrijding oktober 1996)

Brochure met basis informatie over SOA. De kaarten bevatten aanvullende, specifieke informatie over SOA wat betreft verschijnselen, onderzoek, behandeling en mogelijke gevolgen. Er zijn kaarten over bacteriële vaginose, candida-infectie, chlamydia-infectie, genitale wratten, gonorrhoe, hepatitis B, scabies, schaamluis, syfilis, trichomonas. Iemand met een SOA behoort zowel de brochure als desbetreffende kaart te ontvangen anders krijgt men onvoldoende informatie.

**Herpes genitalis**  
(uitgave Stichting SOA-bestrijding juli 1996)

Folder met uitgebreide informatie over de overdracht, verschijnselen, terugkerende aanvallen, het leren omgaan met herpes, de behandeling en leefregels en tips bij herpes.

**Seropositief - Wat nu?**  
(uitgave HIV Vereniging Ned. '95)

Deze brochure is bestemd voor iedereen bij wie antistoffen tegen het HIV (het AIDS-virus) in het bloed zijn aangetoond. Ook verkrijgbaar in het Frans en Duits.

#### VOORLICHTINGSMATERIAAL VOOR ANDERSTALIGEN

**Alles over SOA**  
(uitgave Stichting SOA-bestrijding '96)

Brochure met uitgebreide informatie over de verschillende SOA. Bestemd voor patiënten bij wie een SOA is aangetoond. Verkrijgbaar in het Turks en Marokkaans.

**Informatie over AIDS**  
(uitgave Projectgroep Publiekscampagne  
AIDS/SOA oktober 1993)

Deze folder geeft informatie over AIDS, de AIDS-test, veilig vrijen en condoomgebruik. Verkrijgbaar in Turks, Marokkaans en Antilliaans.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Hoofdstuk 28 Voorlichting (vervolg)

#### PROSTITUTIEMATERIAAL

**Boekje 'Safe Sex' à | 1,=**  
(uitgave Stichting SOA-bestrijding '96)

Dit boekje gaat over veilige seks in werk en privé; hoe je jezelf en anderen het beste kunt beschermen tegen SOA en wat je het beste kunt doen als je denkt dat je een SOA hebt. Ook informatie over hygiëne en voorbehoedmiddelen.

**Brochure werk en gezondheid à | 1,-**  
(uitgave Stichting SOA-bestrijding 1996)

Deze brochure is een bewerking van het Nederlandse 'Safe Sex' boekje. Het is verkrijgbaar in het Pools, Russisch, Tsjechisch, Hongaars, Servo-kroatisch.

#### INFORMATIE VOOR ARTSEN

**Herpes genitalis in Nederland**  
(uitgave Wellcome Pharmaceuticals/  
Stichting SOA-bestrijding 1995)

Algemene informatie & onderzoeksresultaten patiënten-enquête 1993-1994.

#### INFORMATIE VOOR PERSONEN MET HOMOSEKSUELE CONTACTEN

**HIV & SOA risico of niet**  
(uitgave SAD-Schorerstichting '96)

Deze folder gaat over seks tussen mannen en de risico's die je daarbij loopt op HIV en andere SOA.

**En ze vrijen nog lang en gelukkig:  
seks zonder risico voor vrouwen  
die met vrouwen vrijen**  
(uitgave SAD-Schorerstichting '95)

Deze brochure gaat over verlangen, vrijstijlen en seksgeprekken tussen vrouwen en mogelijke gezondheidsrisico's zoals HIV en SOA. In de brochure zijn erotische foto's en verhalen verweven.

#### POSTERS

**Poster SOA top 10**  
(uitgave Stichting SOA-bestrijding juni 1996)

Poster waarop de meest voorkomende SOA genoemd worden. Ook staan de telefoonnummers van de SOA- en de AIDS-infolijn vermeld.

**Poster AIDS info-lijn & HIV pluslijn**  
(uitgave Stichting Aids Fonds '95)

Hierop staat het nummer van de AIDS info-lijn en van de HIV pluslijn vermeld.

**Poster 80-jaar SOA-bestrijding**  
(uitgave Stichting SOA-bestrijding '95)

Poster gemaakt ter gelegenheid van het 80-jarig jubileum van de SOA Stichting. Op de poster zijn belangrijke fasen in de geschiedenis van de geslachtsziektenbestrijding in Nederland vanaf 1914 in woord en beeld speels weergegeven.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Deel J. Adreslijsten

#### Hoofdstuk 29.1

#### ADRESSENLIJST DREMPELVRIJE EN ACADEMISCHE LAAGDREMPELIGE POLIKLINIEKEN VOOR CURATIEVE SOA-BESTRIJDING IN NEDERLAND

Drempelvrije SOA-poliklinieken (vet, onderstreept) zijn SOA-poliklinieken, die volgens een beschikking van de Staatssecretaris van Volksgezondheid zich officieel zo mogen noemen en waar patiënten onder verantwoordelijkheid van een dermatoloog in principe kosteloos (financiering: Ziekenfondsraad) en (zo nodig) anoniem behandeld worden. Laagdrempelige SOA-poliklinieken zijn SOA-poliklinieken van dermatologische afdelingen, waar sociaal verpleegkundigen voor SOA/AIDS van de GGD de zogenaamde VOMil regeling (financiering 1997: Ministerie van WVC; overgang financiering naar Ziekenfondsraad gepland per 01-01-2000) kunnen toepassen, zodat SOA patiënten, die onverzekerd zijn, niet naar hun huisarts willen gaan en/of anoniem willen blijven, kosteloos onderzocht en behandeld kunnen worden. In principe kan de VOMil-regeling door elke dermatoloog i.o.m. sociaal verpleegkundigen voor SOA/AIDS van de GGD toegepast worden. Ook wordt wel de "omgekeerde VOMil-regeling" toegepast, d.w.z. dat volgens een regionale basis-afspraken met de GGD de dermatoloog zelf op bepaalde voorwaarden patiënten aan de VOMil-regeling kan laten deelnemen.

- Amsterdam**                    **GG&GD Amsterdam**, Groenburgwal 44, 1011 HW Amsterdam, tel. 020 - 555 58 22 (SOA polikl. GG & GD)  
Hoofd: Mw.drs. I. Cairo, dermatoveneeroloog  
Openingstijden:  
- maandag t/m vrijdag 08.00 - 10.30 uur en 13.30 - 15.30 uur:  
  inloopsprekuren (open spreekuren zonder afspraak) en volgens afspraak  
HIV-testfaciliteit: op afspraak na SOA-controle  
Sociaal verpleegkundige SOA: anoniem telefonisch advies 8.00 - 16.00 uur,  
tel. 020 - 555 58 22
- Academisch Medisch Centrum (AMC), Meibergdreef 9,  
1105 AZ Amsterdam, tel. 020 - 566 25 30 (polikli    niek dermatologie)  
Hoofd: Dr.H.J.Hulsebosch, dermatoveneeroloog  
Open spreekuur: ma. t/m vrij. 08.30 - 09.30 uur  
HIV-testfaciliteit: tijdens spreekuur en bij GG & GD (tel. 020 - 555 58 22)  
Sociaal verpleegkundige SOA: tel. spreekuur op SOA-polikliniek AMC dinsdag 09.00 - 12.00 uur,  
tel. 020 - 566 60 44 (overige tijden: bij GG & GD, tel. 020 - 555 58 22)
- Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit (AZVU), de Boelelaan 1117, 1081 HV Amsterdam, tel.  
020 - 444 11 10 (polikliniek dermatologie)  
Hoofd: Dr.T.J.Stoof, dermatoveneeroloog  
Afspraakspreekuur: ma. t/m vrij. 08.30 - 12.30 uur  
HIV-testfaciliteit: zie GG & GD  
Sociaal verpleegkundige SOA: bij GG & GD, tel. 020 - 555 58 22
- Den Haag**                    **Westeinde Ziekenhuis**, Lijnbaan 32, 2512 VA  
Den Haag, tel. 070 - 330 24 34 (polikliniek dermatologie)  
Artsen: Drs.F.B.Blog, Mw.Dr.J.Vink, Mw.Dr.A.P.M.Lavrijsen, Dr.A.Notowicz,  
dermatoveneerologen  
Open spreekuur: ma. t/m vrij. 10.30 - 11.30 uur en 13.15 - 13.45 uur  
HIV-testfaciliteit: tijdens spreekuur  
Sociaal verpleegkundige SOA: spreekuur tijdens open spreekuur op SOA-polikliniek, tel. 070 - 330  
24 34 en bij GGD, tel. 070 - 361 92 43

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Hoofdstuk 29.1 (vervolg)

- Den Haag**                    **Levenburg Ziekenhuis**, Leyweg 275, 2545 CH  
Den Haag, tel. 070 - 359 25 32 / 359 20 39 (polikliniek dermatologie)  
Coördinator: Drs.H.B. Thio, dermatoveneeroloog  
Afspraakspreekuur: ma. t/m vrij. 11.00 - 11.45 uur en 16.00 - 16.30 uur  
Open spreekuur: ma. t/m vrij. 11.45 - 12.15 uur  
HIV-testfaciliteit: tijdens spreekuur en bij GGD  
Sociaal verpleegkundige SOA: bij GGD, tel. 070 -  
361 92 43 / 359 20 39 / 359 25 25
- Groningen**                    Academisch Ziekenhuis Groningen (AZG),  
Hanzeplein 1, 9713 GZ Groningen, tel. 050 - 361 80 25 (polikliniek dermatologie)  
Hoofd: Dr. P.C.van Voorst Vader, dermatoveneeroloog  
Afspraakspreekuur: ma. t/m vrij. 8.30 - 11.00 uur  
HIV-testfaciliteit: tijdens spreekuur en bij GGD  
(tel. 050 - 367 25 05)  
Sociaal verpleegkundige SOA: telefonisch spreekuur op SOA-polikliniek op ma., di., do. en vrij.  
11.30 - 12.30 uur, tel. 050 - 361 28 67; tevens via afspraakspreekuur op SOA-polikliniek na SOA-  
onderzoek
- Leiden**                        Academisch Ziekenhuis Leiden (AZL), Albinusdreef 2, 2333 ZA Leiden,  
tel. 071 - 526 26 29 / 526 26 30 (polikliniek dermatologie)  
Hoofd: Mw.Dr.W.Bergman, dermatoveneeroloog  
Afspraakspreekuur: ma. t/m vrij. 11.45-12.15 uur  
HIV-testfaciliteit: tijdens spreekuur en bij GGD  
Sociaal verpleegkundige SOA: tel. spreekuur GGD di. & do. 12.00 - 13.00 uur (tel. 071 - 516 33  
33)
- Maastricht**                    Academisch Ziekenhuis Maastricht (AZM), P. Debyelaan 25, 6229 HX Maastricht,  
tel. 043 - 387 50 00 (polikliniek dermatologie)  
Coördinator: Drs.C.J.M.Henquet, dermatoveneeroloog  
Open spreekuur: ma. t/m vrij. 13.30 - 14.30 uur  
HIV-testfaciliteit: tijdens spreekuur en bij GGD (tel. 043 - 382 17 21)  
Sociaal verpleegkundige SOA: spreekuur bij GGD ma. t/m vrij. 11.00 - 12.00 uur (tel. 043 - 382 17  
21 / 387 57 88)
- Nijmegen**                    Academisch Ziekenhuis Nijmegen (AZN) St. Radboud, René Descartesdreef 1, 6525 GL Nijmegen,  
tel. 024 - 361 32 80 (polikliniek dermatologie)  
Hoofd: Dr.P.G.M. van der Valk, dermatoveneeroloog  
Open spreekuur: ma. t/m vrij. 13.00 - 14.00 uur  
HIV-testfaciliteit: tijdens spreekuur en bij GGD (tel. 024 -329 71 20)  
Sociaal verpleegkundige SOA: spreekuur bij GGD ma. t/m vrij. 11.30 - 12.30 uur (tel. 024 - 329 71  
20)
- Rotterdam**                    **Academisch Ziekenhuis Rotterdam** (AZR) Dijkzigt, Dr. Molewaterplein 40, 3015 GD Rotterdam,  
tel. 010 - 463 58 77 (polikliniek dermatologie)  
Hoofd: Dr.W.I.van der Meijden, dermatoveneeroloog  
Afspraakspreekuur: ma. t/m vrij. 8.00 - 11.30 en 13.30 - 14.30 uur, behalve woensdagmiddag  
HIV-testfaciliteit: tijdens spreekuur  
Sociaal verpleegkundige SOA: spreekuur tijdens afspraakspreekuur op SOA-polikliniek ma. t/m vrij.  
9.00 - 16.00 uur (tel. 010 - 463 37 98 / 463 92 22)

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Hoofdstuk 29.1 (vervolg)

- Rotterdam**            **Haven Ziekenhuis**, Haringvliet 2, 3011 TD Rotterdam, tel. 010 - 404 34 17 (polikliniek dermatologie)  
Artsen: Mw.J.C.Bijlmer-Iest en Mw. K.J. Knegt-Junk, dermatovenereologen  
Afspraakspreekuur:  
- maandag, woensdag, donderdag en vrijdag: 8.15 - 12.00 uur  
- dinsdag 13.30 - 16.00 uur  
HIV-testfaciliteit: tijdens spreekuur en bij GGD  
Sociaal verpleegkundige SOA: bij GGD, tel. 010 - 433 99 33;  
tel. spreekuur bij GGD ma. t/m vrij. 9.00 - 12.00 uur, tel. 010 - 433 93 88
- Utrecht**            **Academisch Ziekenhuis Utrecht** (AZU), Heidelberglaan 100, 3584 CX Utrecht, tel. 030 - 250 74 43 (polikliniek dermatologie)  
Hoofd: Dr. V.Sigurdsson, dermatovenereoloog  
Afspraakspreekuur:  
- maandag t/m vrijdag 08.30 - 16.30 uur  
HIV-testfaciliteit:  
- tijdens SOA-spreekuur anoniem op afspraak maandag t/m vrijdag  
- tel. voor inlichtingen en afspraken: 030 - 250 74 14, dagelijks 12.00 - 13.00 uur  
Sociaal verpleegkundige SOA:  
- spreekuur tijdens spreekuur op SOA-polikliniek  
- tel. 030 - 250 74 14, dagelijks 12.00 - 13.00 uur

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Deel J. Adreslijsten

#### Hoofdstuk 29.2

#### SOCIAAL VERPLEEGKUNDIGEN (S.V.-EN) PREVENTIEVE NIET-CURATIEVE SOA/AIDS BESTRIJDING, ALFABETISCH PER PLAATS VAN GGD-VESTIGING: TELEFOONNUMMERS, ADRESSEN, SPREEKUREN EN TELEFOONNUMMERS ANONIEME INFORMATIEBANDJES\*

\* Een aantal GGD-en heeft, met erkenning van de Hoofdinspectie van Volksgezondheid, ook een curatieve SOA-zorgtaak op zich genomen, al of niet in samenwerking met de curatieve sector, met name ook vanuit het kader van de prostitutie-zorg. Over dat aspect van de SOA-zorg is overleg gaande tussen de betrokken partijen, gecoördineerd door de Stichting SOA-bestrijding.

**Landelijke SOA-Infolijn** (naast de infolijnen bij de regionale GGD's): **0900 - 910 910 6 (±40 cent/min)**

<b>Alkmaar:</b>	GGD Noord-Kennemerland	
Postadres:		Postbus 9333, 1800 GH Alkmaar
Bezoekadres:		Hertog Aalbrechtweg 5, 1823 DL Alkmaar
Telefoon:		072 - 566 26 62
Fax:		072 - 562 22 27
		Dhr. J.M. Mahieu, arts
		Dhr. F. Willemsen
Arts AGZ belast met soa/aids:		Dhr. Willemsen en dr. Hoendermis
S.v.-en soa/aids:		Mw. Sanny Klaver (vervanging: mw. Astrid Kostlijk)
		Mw. Hella Smit
Spreekuur HIV-test:		Ma-ochtend, wo-middag en vr-ochtend
Telefonisch spreekuur:		Ma en vr-ochtend 09 - 10 uur
Spreekuur algemeen:		Ma-ochtend, wo-middag en vr-ochtend
Spreekuur prostitutie:		Om de week op di 17 - 19 uur op Achterdam
	Anoniem informatiebandje soa/aids:	072 - 566 26 42
<b>Almelo:</b>	GGD regio Twente, hoofdvestiging	
Postadres:		Postbus 330, 7600 AH Almelo
Bezoekadres:		Haven Noordzijde 39, 7607 ES Almelo
Tel.:		0546 - 83 72 22
Fax:		0546 - 83 72 98
		Mw. A. de Jonge, arts
Hoofd AGZ (interim):		Dhr. R.H.J. Staijen
S.v.-en soa/aids:		Mw. Mieke Besselse
		Dhr. Hans aan de Stegge
Spreekuur:		Di. 14.30 - 15.30 uur, 0546 - 83 72 75
	Anoniem informatiebandje:	074 - 242 40 40
	<b>Vestiging Enschede</b>	
Postadres:		Postbus 105, 7500 AC Enschede
Bezoekadres:		M.H. Tromplaan 47
Tel.:		053 - 488 22 00
Fax:		053 - 488 22 34
S.v.-en soa/aids:		Dhr. Hans a/d Stegge
		Mw. Mieke Besselse
Spreekuur s.v.-en:		Di en do 10.30 -12.00 uur, 053 - 488 22 00, tst. 230
Testfaciliteit:		Op afspraak en tijdens spreekuur

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Hoofdstuk 29.2 (vervolg)

#### **Vestiging Hengelo**

Adres: Kievitstraat 15, 7557 AP Hengelo  
Tel.: 074 - 249 26 33  
Fax: 074 - 243 43 20  
Arts AGZ belast met soa/aids: Dhr. L. Keeris, arts (074 - 24 92 633)  
S.v.-en soa/aids: Mw. Mieke Besselse  
Dhr. Hans aan de Stegge  
Aidscoördinator: Dhr. Eugène Jeurissen, 074 - 249 26 99  
Spreekuur: Ma t/m vr 08.30 - 10.00 uur, 074 - 249 26 39  
074 - 242 40 40

**Almere:** Zie Lelystad.

**Alphen a/d Rijn:** GGD Rijnstreek  
Postadres: Postbus 596, 2400 AN Alphen a/d Rijn  
Bezoekadres: Gebouw Rijnstaete, Pr. Bernhardlaan 10,  
2405 VT Alphen a/d Rijn  
Telefoon: 0172 - 49 02 50  
Fax: 0172 - 47 23 84  
Arts AGZ belast met soa/aids: Mw. A. Schutte  
S.v.-en soa/aids: Mw. Marjo Taal (vervanging: Marja van Rooyen)  
Aidscoördinator: Mw. Marjo Taal  
Spreekuur HIV-test: Op afspraak  
Spreekuurtijden: Geen vaste tijden

**Amersfoort:** GGD Eemland  
Adres: Zonnehof 10, 3811 ND Amersfoort  
Dhr. J.C.G. Boomsma  
Tel.: 033 - 461 88 41  
Fax: 033 - 465 09 35  
Arts AGZ belast met soa/aids: Mw. A. van Lier, arts  
S.v.-en soa/aids: Mw. Claudia Geenen (soa)  
Spreekuur HIV-test: Na telefonische afspraak  
Spreekuur algemeen: Na telefonische afspraak  
Anoniem informatiebandje soa/aids: 033 - 461 16 92

**Amstelveen:** GGD Amstelland - De Meerlanden  
Postadres: Postbus 750, 1180 AT Amstelveen  
Bezoekadres: Fokkerlaan 50, 1185 JC Amstelveen  
Telefoon: 020 - 65 62 300  
Fax: 020 - 65 62 306  
Arts AGZ belast met soa/aids: Mw. J de Boer  
S.v. soa/aids: vacature  
Aidscoördinator: Dhr. P. Duin, 023 - 515 11 67 / 15 12 81  
Telefonisch spreekuur: Dinsdag 10 - 11 uur, 020 - 656 23 40  
Open spreekuur: Donderdag 13 - 14 uur, 020 - 656 23 40  
Testfaciliteit: Op afspraak  
Informatiebandje soa/aids: 020 - 656 23 10

#### **Vestiging Hoofddorp**

Bezoekadres: Nieuweweg 61 c, Hoofddorp  
Tel.: 020 - 656 23 90

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Hoofdstuk 29.2 (vervolg)

<b>Amsterdam:</b>	<b>SOA-poli GG&amp;GD Amsterdam</b>	
Adres:	Groenburgwal 44, 1011 HW Amsterdam	
Telefoon:	020 - 55 55 822	
Fax:	020 - 55 55 751	
Hoofd soa poli:	Mw. I. Cairo	
S.v.-en soa/aids:	Mw. Gonnie van Wijk Dhr. Vincent Smit Mw. Elles Buné Dhr. Jos Heijnen Mw. Yvette Schuit Mw. Mirjam Gootink Mw. Annet Kritsos Dhr. Gert Doornenbal	
Spreekuur HIV-test:	Dagelijks op afspraak ma t/m vrij	
Telefonisch spreekuur:	Ma t/m vr 09 - 12.30 en 13.30 - 17.30 uur	
Open spreekuur:	Ma t/m vr 08 - 10.30 en 13.30 - 15.30 uur	
Inloop spreekuur:	Ma t/m vr 08 - 10.30 en 13.30 - 15.30 uur	
	Voor deze tijden kan ook een afspraak gemaakt worden.	
Vertrouw.vrouw migranten prost.	Mw. Thérèse van der Helm, tel.: 020 - 55 55 715 Groenburgwal 44, 1011 HW Amsterdam	

### Spreekuur s.v.-en op HIV-testplekken of soa-poliklinieken elders in Amsterdam:

#### GG&GD Amsterdam (HIV-testplek)

Postadres:	Postbus 20244, 1000 HE Amsterdam
Bezoekadres:	Nieuwe Achtergracht 100, 1018 WT Amsterdam
Telefoon:	020 - 55 55 370
Fax:	020 - 55 55 533
Arts belast met soa/aids:	Prof. dr. R.A. Coutinho
Hoofd afd. infectieziekten:	Mw. A. Leentvaar-Kuijpers, arts
S.v.-en anonieme HIV-testplek:	Mw. Liesbeth Lanser Mw. Monique Dekker Mw. Karin de Boer
Spreekuur HIV-test:	Na tel. afspraak, ma t/m do
Telefonisch spreekuur:	Ma t/m do 13 - 14 uur
HIV-test:	Na tel. afspraak
Spreekuur algemeen:	Zie SOA-poli GG & GD Groenburgwal 44

#### AMC (SOA-poli afd. dermatologie)

Meibergdreef 9, 1105 AZ A'dam Z.O.	
Spreekuur:	Di-ochtend 09.00 - 12.00 uur
Telefoon:	020 - 566 60 44
S.v.-en soa/aids:	Dhr. Jos Heijnen / mw. Gonnie van Wijk
Anoniem informatiebandje soa:	020 - 6 23 22 52
Info lijn soa/aids:	020 - 55 55 743, ma t/m vr van 8 - 16 uur

#### O.L.V.G. (poli gynaecologie)

1e Oosterstraat 279, 1091 HA A'dam	
Spreekuur:	Wo. of do. enkele uren op de polikliniek gynaecologie
Telefoon:	020 - 5 99 33 09
S.v.-en soa/aids:	Dhr. Vincent Smit / mw. Elles Buné

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Hoofdstuk 29.2 (vervolg)

#### **SAD/Schorerstichting: Weekendpoli Geslachtsziekten en HIV voor jongens en mannen met homoseksuele contacten**

Adres: GG&GD, Groenburgwal 44, Amsterdam  
Telefoon: 020 - 66 24 20 6 (P.C. Hooftstraat 5)  
Fax: 020 - 66 46 06 9 (P.C. Hooftstraat 5)  
Arts AGZ belast met soa/aids: A.L.F. van Poppel  
V.-en soa/aids: P.J. van Telgen, secr. Medische Zaken  
Spreekuur HIV-test: Vr. 19 - 21 uur  
Spreekuurtijden: Vr. 19 - 21 uur  
Openspreekuur: Vr. 19 - 21 uur  
HIV-test: Vr. 19 - 21 uur

#### **Apeldoorn:**

GGD regio Stedendriehoek, vestiging Apeldoorn  
Postadres: Postbus 51, 7300 AB Apeldoorn  
Bezoekadres: Vosselmanstraat 4, 7311 CL Apeldoorn  
Telefoon: 055 - 580 28 00  
Fax: 055 - 580 11 80  
Dhr. L.J.O. Timmermans  
Dhr. P.J.M. Fiselier  
Arts AZG belast met soa/aids: Mw. A. Keja  
S.v.-en soa/aids: Mw. J.M. Oostmeijer  
Spreekuur HIV-test: Op afspraak van ma t/m vr van 8 - 12 en van 13 - 17 uur  
Telefonisch spreekuur: Op werkdagen van 8 - 12 en van 13 - 17 uur  
Spreekuur algemeen: Op afspraak, op werkdagen van 8 - 12 en van 13 - 17 uur  
Anoniem informatiebandje soa/aids: 055 - 522 27 07

#### **Arnhem:**

Dienst Welzijn en Volksgezondheid  
Postadres: Postbus 5364, 6802 EJ Arnhem  
Bezoekadres: Eusebiusbuitensingel 43, 6828 HZ Arnhem  
Telefoon: 026 - 377 33 44  
Fax: 026 - 377 38 38  
Arts AGZ belast met soa/aids: Mw. T. Waegemaekers  
S.v.-en soa/aids: Dhr. Sjaak van Rossum  
Mw. Diny van Veldhuizen  
Mw. Ellis Peters  
Aidscoördinator: Mw. D. Bosch  
Telefonisch spreekuur: Di en vr van 12.30 - 13.00 en 16.00 - 16.30 uur  
Spreekuur: Op afspraak  
HIV-test: Op afspraak  
Anoniem informatiebandje over aids: 026 - 377 38 31  
Anoniem informatiebandje over soa: 026 - 377 38 33

#### **Assen:**

GGD Noord- en Midden Drenthe  
Adres: Overcingellaan 19, 9401 LA Assen  
Tel.: 0592 - 31 65 65  
Fax: 0592 - 31 42 48  
Arts AGZ belast met soa/aids: Dhr. J.A.C. Jongmans

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Hoofdstuk 29.2 (vervolg)

S.v.-en soa/aids:	Mw. H.H. Wartena Mw. M.A. Kortenhorst Mw. Gerrie Aalfs, dinsdag van 9.00 - 16.30 aanwezig
Aidscoördinator:	Mw. C. Schuurman
Spreekuur soa/aids:	Dinsdag op oneven weken 13.00 - 16.30 uur, op afspraak.
Telefonisch spreekuur:	Dagelijks van 9.00 - 12.30 uur, tel.: 0592 - 31 65 65
HIV-test:	Di. op oneven weken van 13.00 - 16.30 uur, op afspraak. Kosten f 40,-
Anoniem informatiebandje soa/aids:	0592 - 33 00 03
Spreekuur s.v. op soa-poli elders:	Polikliniek dermatologie AZG
Adres:	Oostersingel 59, 9713 EZ Groningen
Spreekuurtijden:	Op afspraak, altijd 's ochtends
Tel.nr. s.v.:	050 - 361 28 67 (ma, di, do, vr van 11.30 - 12.30) voor info, hiv-test, afspraak soa-onderzoek.
Tel.nr soa-poli:	050 - 361 80 25 (administratie polikliniek dermatologie voor afspraak soa-onderzoek)

### Bergen

#### op Zoom:

GGD Streekgewest Westelijk N-Brabant, hoofdvestiging	
Postadres:	Postbus 723, 4600 AS Bergen op Zoom
Bezoekadres:	Z.O. Singel 21, 4611 BB Bergen op Zoom
Tel.:	0164 - 28 74 44
Fax:	0164 - 25 64 64
Arts AGZ belast met soa/aids:	Dhr. Geert van Dijk
S.v.-en soa/aids:	Mw. Adrienne Nuiten
Aidscoördinator:	Mw. Adrienne Nuiten
Spreekuur HIV-test:	Zie spreekuur
Telefonisch spreekuur:	Dagelijks van 9 - 10 uur
Open spreekuur:	Ma van 9 - 12 en vr van 14 - 16 uur
HIV-test:	Zie spreekuurtijden
Anoniem informatiebandje soa :	0164 - 24 80 16
Anoniem informatiebandje aids:	0164 - 24 89 03

#### Vestiging Roosendaal

Adres:	Burgerhoutsestraat 19, 4701 EK Roosendaal
Tel.:	0165 - 58 64 44
Fax:	0164 - 54 20 17

### Breda:

GGD Stadsgewest Breda	
Postadres:	Postbus 3215, 4800 DE Breda
Bezoekadres:	Schorsmolenstraat 6, 4811 VP Breda
Telefoon:	076 - 528 20 00
Fax:	076 - 521 60 62
Arts AZG belast met soa/aids:	Mw. Els Jacobs Mw. E. Lodder
S.v. soa/aids:	Mw. Elly Ann van Alphen Mw. José van Beers
Spreekuur HIV-test:	Di, do en vr-ochtend van 9 - 10.30 uur

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Hoofdstuk 29.2 (vervolg)

Telefonisch spreekuur: Ma t/m vr van 9 - 17 uur  
HIV-test: Di, do en vr-ochtend van 9 - 10.30 uur  
Spreekuur algemeen: Di, do en vr-ochtend van 9 - 11.30 uur.

Anoniem informatiebandje soa/aids: 076 - 522 70 33

#### Bussum:

GGD Gooi & Vechtstreek  
Postadres: Postbus 251, 1400 AG Bussum  
Bezoekadres: Brinklaan 138, 1404 GC Bussum  
Tel.: 035 - 692 62 22  
Fax: 035 - 692 62 20  
S.v.-en soa/aids: Mw. Christien van Ark  
Dhr. Cees Edink  
Aidscoördinator: Mw. N. Lachmann  
Inloopspreekuur soa en tel-spreekuur: Ma. 13.30 - 14.30 uur  
Tel. spreekuur hiv-test afspraak: Wo. 12.00 - 13.00 uur

Anoniem informatiebandje soa/aids: 035 - 692 63 20

#### Delft:

GGD Delfland, hoofdvestiging  
Bezoekadres: Crommelinlaan 1, 2627 AD Delft  
Postadres: Postbus 643, 2600 AP Delft  
Tel.: 015 - 251 15 11  
Fax: 015 - 256 44 38  
Arts AGZ belast met soa/aids: Mw. K. van Velthoven  
S.v.-en soa/aids: Mw. Jolanda van Schijndel  
Dhr. Louis van Breukelen  
Aidscoördinator: Mw. Jolanda van Schijndel (015-2511537)  
Infolijn AGZ: Dagelijks 12.00-13.00 uur, tel. 015 - 251 15 90  
HIV-test: Op afspraak (woensdagochtend)

#### Vestiging 's-Gravenzande

Postadres: Postbus 643, 2600 AP Delft  
Bezoekadres: Zandeveldtplein 39, 2692 AH 's Gravenzande  
Telefoon: 015 - 251 15 11  
Fax: 0174 - 42 23 98

#### Vestiging Rijswijk

Postadres: Postbus 643, 2600 AP Delft  
Bezoekadres: Karel Doormanlaan 155, Rijswijk  
Telefoon: 015 - 251 15 11  
Fax: 070 - 394 86 72

#### Den Haag:

GGD Den Haag  
Postadres: Postbus 65783, 2506 EB Den Haag  
Bezoekadres: Thorbeckelaan 360, 2564 BZ Den Haag  
Telefoon: 070 - 361 92 00  
070 - 353 71 64 (infectieziekten & hygiëne)  
Fax: 070 - 353 72 95  
Arts AGZ belast met soa/aids: Dhr. W.J.O. Beaumont, arts

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Hoofdstuk 29.2 (vervolg)

S.v.-en soa/aids:	Mw. Joske Wijkmans (070 - 353 71 58) Dhr. André Jacobi (070 - 353 71 53) Mw. Marjolijn Hazewinkel Mw. W.A. Wijnbelt (070 - 353 71 52) Mw. Lies Tonino-v.d. Marel (070 - 353 71 61)
Aidscoördinator:	Dr. R.E. de Jongh-Wieth (070 - 353 71 73)
Telefonisch spreekuur:	Ma t/m vr 13.30 - 16.00 uur
HIV-test:	Op afspraak
Anoniem informatiebandje soa/aids:	070 - 361 92 50

#### Spreekuur s.v.-en op soa-poliklinieken elders in Den Haag:

Westeinde Ziekenhuis, Lijnbaan 32, Den Haag  
Spreekuur; 10.30-11.30 en 13.15-13.45 uur,  
tel.: 070 - 33 02 434

Leyenburg Ziekenhuis, Leyweg 275, Den Haag  
Spreekuur: 11.45-12.15 uur of op afspraak om 16.00 uur,  
tel.: 070 - 359 20 39 / 359 25 25

<b>Den Helder:</b>	GGD Kop van Noord-Holland en Texel
Postadres:	Postbus 368, 1780 AJ Den Helder
Bezoekadres:	Drs. F. Bijlweg 20-III, 1784 MC Den Helder
Telefoon:	0223 - 67 15 40
Fax:	0223 - 67 15 07
Arts AGZ belast met soa/aids:	Mw. N. Wittebrood
S.v. soa/aids:	Mw. Atie van der Plaat
Aidscoördinator:	Mw. N. Wittebrood
Spreekuur HIV-test:	Do. ochtend op afspraak en ad hoc.
Telefonisch spreekuur:	Ma, wo en vr tussen 11 - 12 uur
Anoniem informatiebandje:	0223 - 67 15 41

<b>Deventer:</b>	GGD regio Stedendriehoek, vestiging Deventer
Postadres:	Postbus 90, 7400 AB Deventer
Bezoekadres:	Schurenstraat 8a, 7413 RA Deventer
Telefoon:	0570 - 62 50 84
Fax:	0570 - 63 77 99
Arts AGZ belast met soa/aids:	Dhr. T. Loef
S.v.-en soa/aids:	Dhr. Raymond Damhuis Mw. Henriëtte Ruitenberg
Aidscoördinator:	Dhr. H. Cortensaede, 0570 - 62 50 84
Spreekuur HIV-test:	Op afspraak
Telefonisch spreekuur:	Tijdens kantooruren
Open spreekuur:	Dinsdag 14.00 - 16.30 uur
HIV-test:	Dinsdag 14.00 - 16.30 uur
Spreekuur prostitutie:	Op afspraak
Anoniem informatiebandje soa/aids:	0570 - 62 45 90

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Hoofdstuk 29.2 (vervolg)

<b>Doetinchem:</b>	GGD Regio Achterhoek Postadres: Bezoekadres: Tel.: Fax: Arts AGZ belast met soa/aids: S.v.-en soa/aids:  Aidscoördinator: Spreekuur HIV-test: Telefonisch spreekuur: HIV-test:  Anoniem informatiebandje soa/aids:	Postbus 53, 7000 AB Doetinchem Gezellenlaan 10, 7005 AZ Doetinchem 0314 - 32 12 38 0314 - 32 12 01 Nog niet aanwezig Mw. Susan Postma Dhr. Jo Peters Mw. C. Capel Op afspraak Ma t/m vr, tel. 0314 - 32 12 53 / 32 12 58 Op afspraak  0314 - 32 30 23
<b>Dordrecht:</b>	GGD Zuid-Holland Zuid Postadres: Bezoekadres: Telefoon: Fax: Arts AZG belast met soa/aids: S.v.-en soa/aids:  Aidscoördinator: Spreekuur HIV-test:	Postbus 166, 3300 AD Dordrecht Maasplaza, Korte Parallelweg 51, 3311 JN Dordrecht 078 - 632 18 32 078 - 613 84 53 Dhr. I. Greaves Mw. Marjan Vermeulen Mw. Corine de Ridder Dhr. Greaves, 078 - 632 18 71 Op afspraak
<b>Drachten:</b>	GGD "De Friese Wouden" Postadres: Bezoekadres: Telefoon: Fax: Arts AGZ belast met soa/aids: S.v.-en soa/aids:  Spreekuur HIV-test: Telefonisch spreekuur: Open spreekuur: HIV-test:  Anoniem informatiebandje soa/aids:	Postbus 280, 9200 AG Drachten Van Knobelsdorffplein 10, 9203 DJ Drachten 0512 - 57 03 90 0512 - 54 02 70 Dhr. J. Janssen Mw. Erna Jellesma Mw. Clary Bangma Mw. Willemijn Bruining Op afspraak tijdens kantooruren Tijdens kantooruren Op afspraak Op afspraak  058 - 213 30 13
<b>Ede:</b>	GGD West Veluwe/Vallei Postadres: Bezoekadres: Tel.: Fax: Arts AGZ belast met soa/aids: S.v. soa/aids:  Aidscoördinator:	Postbus 233, 6710 BE Ede Stationsweg 60, 6711 PT Ede 0318 - 68 49 11 0318 - 68 43 05 Dhr. G.P.A. Natrop Dhr. R.H. Ravenhorst Mw. Els Dijkhuizen Dhr. R.H. Ravenhorst

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Hoofdstuk 29.2 (vervolg)

	Spreekuur HIV-test:	Alleen op afspraak
	Telefonisch spreekuur:	Ma t/m vr 11 - 12 uur
	HIV-test:	Op afspraak
	Anoniem informatiebandje soa/aids:	0318 - 61 23 55
<b>Eindhoven:</b>	GGD Eindhoven	
	Postadres:	Postbus 2357, 5600 CJ Eindhoven
	Bezoekadres:	Tesselschadelaan 2, 5611 LZ Eindhoven
	Tel.:	040 - 238 94 44
	Fax:	040 - 211 66 47
	Arts AGZ belast met soa/aids:	Mw. C.H.H.M. Nijs
	S.v.-en soa/aids:	Mw. Marion van den Boom
		Mw. Helmi Kusters (hiv-testen)
		Mw. Astrid van de Laarschot (do.ochtend)
	Aidscoördinator:	Mw. J. Cosijn (afd. gezondheidsbevordering, tel. 040- 2384099)
	Telefonisch spreekuur:	Op afspraak tijdens kantooruren
	Open spreekuur:	Op afspraak tijdens kantooruren
	HIV-test:	Op afspraak tijdens kantooruren
	Anoniem informatiebandje soa/aids:	040 - 211 51 26
<b>Emmen:</b>	GGD Zuid-Oost Drenthe	
	Postbusadres:	Postbus 1072, 7801 BB Emmen
	Bezoekadres:	Min. Kan straat 33, 7811 GN Emmen
	Tel.:	0591 - 65 65 65
	Fax:	0591 - 64 07 11
	Arts AGZ belast met soa/aids:	Dhr. H. Loer
	Sociaal verpl:	Mw. Tjikkie Lodewijk
		Mw. Ali Haccoû
	Aidscoördinator:	Mw. C. Schuurman, 050 - 367 25 05
	Spreekuur HIV-test:	Dinsdag op afspraak 10 - 16 uur
	Telefonisch spreekuur:	Mw. Tjikkie Lodewijk: di van 10 - 16 uur
		Mw. Ali Haccoû: ma, wo, do, vrij 08.00 - 16.30 uur
	Anoniem informatiebandje soa:	0591 - 64 19 69
<b>Enschede:</b>	Zie Almelo.	
<b>Geleen:</b>	GGD Westelijke Mijnstreek	
	Postadres:	Postbus 99, 6160 AB Geleen
	Bezoekadres:	Geleenbeekstraat 2, 6166 GR Geleen
	Tel.:	046 - 478 72 00
	Fax:	046 - 478 73 99
	Arts belast met soa/aids:	Dhr. A. Bovens
	S.v. soa/aids:	Dhr. Lambert Stevens
	Spreekuur HIV-test:	Dagelijks 11 - 12 uur
	Telefonisch spreekuur:	Dagelijks 11 - 12 uur
	HIV-test:	Dagelijks 11 - 12 uur

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Hoofdstuk 29.2 (vervolg)

Anoniem informatiebandje soa/aids: 046 - 478 72 08

#### Goes:

GGD Zeeland, hoofdvestiging  
Postadres: Postbus 345, 4460 AS Goes  
Bezoekadres: Westwal 37, 4461 CM Goes  
Tel.: 0113 - 24 94 00  
Fax: 0113 - 24 94 49

#### Vestiging Middelburg

Adres: Noordbolwerk 33, 4331 SH Middelburg  
Telefoon: 0118 - 63 40 85  
Fax: 0118 - 64 21 44  
Arts AGZ belast met soa/aids: Dhr. W. Flipse  
S.v.-en soa/aids: Mw. Cora Ruissen  
Aidscoördinator: Dhr. W. Flipse  
Spreekuur HIV-test: Op afspraak (op maandag te Middelburg, Terneuzen, Goes)  
Telefonisch spreekuur: Op werkdagen 09.00 - 10.00 uur

Anoniem informatiebandje aids: 0118 - 63 83 84  
Anoniem informatiebandje soa: 0118 - 63 56 16

#### Vestiging Terneuzen

Adres: Korte Kerkstraat 22, 4531 CL Terneuzen  
Telefoon: 0115 - 61 21 30  
Fax: 0115 - 61 21 77  
S.v. soa/aids: Mw. Anja Bakker  
Aidscoördinator: Mw. Cora Ruissen, tel.: 0118 - 41 83 95  
Spreekuur HIV-test: Volgens afspraak  
Telefonisch spreekuur: Alle werkdagen 09 - 12 uur  
Open spreekuur: Op afspraak  
HIV-test: Op afspraak

#### Gouda:

GGD Midden Holland  
Postadres: Postbus 45, 2800 AA Gouda  
Bezoekadres: Thorbeckelaan 5, 2805 CA Gouda  
Tel.: 0182 - 54 56 00  
Fax: 0182 - 54 56 34  
Arts AGZ belast met soa/aids: Mw. A.E. Smelting-Nagtzaam  
S.v.-en soa/aids: Mw. Sigrid Schuurmans  
Mw. Karin Cox  
Mw. Rissette Manrho  
Aidscoördinator: Dhr. A.H.H.M. van Dijk  
Telefonisch spreekuur: Ma, di, vr 11.30 - 12.30 uur  
HIV-test: Op afspraak

Anoniem informatiebandje soa/aids: 0182 - 51 61 64

's-Gravenzande: Zie Delft.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Hoofdstuk 29.2 (vervolg)

<b>Groningen:</b>	GGD Groningen Stad en Ommelanden	
Postadres:	Postbus 584, 9700 AN Groningen	
Bezoekadres:	Winschoterkade 12, 9711 EA Groningen	
Tel.:	050 - 367 25 05	
Fax:	050 - 367 31 96	
Arts AGZ belast met soa/aids:	Dhr. J. van Kuyvenhoven	
S.v.-en soa/aids:	Mw. Gerrie Aalfs Mw. J. Alting Mw. Tjikkie Lodewijk Mw. Aleid Tensen Mw. Gertrud v.d. Werff	
Aidscoördinator:	Mw. C. Schuurman	
Spreekuur HIV-test:	Op afspraak ma, di, do en vr 11.30 - 12.30 uur (tel.: 050 - 361 28 67); kosten f 40,-	
Telefonisch spreekuur voor soa:	Ma, di, do en vr 11.30 - 12.30 uur (050 - 361 28 67)	
Spreekuur s.v.:	Soa-poli, afd. Dermatologie, Academisch Ziekenhuis Groningen, Hanzeplein 1, tel. soa-poli: 050 - 361 80 25	
Tel. s.v.-en op soa-poli AZG:	050 - 361 28 67 (ma, di, do, vr 11.30 - 12.30 uur)	
Anoniem informatiebandje soa/aids:	050 - 314 03 85	
<b>Haarlem:</b>	GGD Zuid-Kennemerland	
Postadres:	Postbus 1622, 2003 BR Haarlem	
Bezoekadres:	Zijlweg 2, 2013 DH Haarlem	
Tel.:	023 - 515 11 22	
Fax:	023 - 515 12 53	
Arts AGZ belast met soa/aids:	Dhr. Jeroen de Boer	
S.v.-en soa/aids:	Mw. Joke v.d. Putte ( 023 - 515 11 92) Mw. Eline den Heyer ( 023 - 515 11 91) Dhr. Peter Duin ( 023 - 515 11 67)	
Aidscoördinator:		
Spreekuur HIV-test:	Maandag, woensdag en vrijdag	
Telefonisch spreekuur:	Op werkdagen 08.30 - 17.00 uur	
Open spreekuur:	Op werkdagen 10.00 - 11.00 uur	
Anoniem informatiebandje soa/aids:	023 - 532 02 02	
<b>Harderwijk:</b>	GGD Noordwest-Veluwe	
Adres:	Burgemeester de Meesterstraat 5, 3846 AA Harderwijk	
Tel.:	0341 - 43 96 66	
Fax:	0341 - 43 96 75	
Arts AGZ belast met soa/aids:	Dhr. A. Kraaijeveld	
S.v. soa/aids:	Mw. Mieke Boeting-Kruiswijk Mw. Thea v.d. Made	
Telefonisch spreekuur:	Geen vaste tijden	
Open spreekuur:	Ma en do 09 - 10 uur	
HIV-test:	Op afspraak	
Anoniem informatiebandje soa/aids:	0341 - 43 96 51	

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Hoofdstuk 29.2 (vervolg)

- Heemskerk:** GGD Midden-Kennemerland  
Postadres: Postbus 206, 1960 AE Heemskerk  
Bezoekadres: Duitslandlaan 3, 1966 XA Heemskerk  
Telefoon: 0251 - 24 77 44  
Fax: 0251 - 25 20 44  
Arts AGZ belast met soa/aids: Dhr. H. van Vliet  
S.v.-en soa/aids: Mw. Marieke van Gorp  
Mw. Ineke Haayer  
Aidscoördinator: Dhr. Peter Duin ( 023 - 515 11 22)  
Spreekuur HIV-test: i.s.m. Zuid-Kennemerland  
Open spreekuur: Volgens afspraak  
HIV-test: Zie spreekuurtijden van Zuid-Kennemerland  
  
Anoniem informatiebandje soa/aids: 0251 - 24 72 74
- Heerlen:** GGD Oostelijk Zuid-Limburg  
Postadres: Postbus 155, 6400 AD Heerlen  
Bezoekadres: Het Overloon 2, 6411 TE Heerlen  
Tel.: 045 - 573 23 00  
Fax: 045 - 571 84 74  
S.v.-en soa/aids: Dhr. René de Santy  
Mw. Inge Schreuders-Smeets  
Aidscoördinator: Dhr. Klaassen (045 - 573 23 80)  
Spreekuur HIV-test: Dagelijks (op afspraak)  
Telefonisch spreekuur: Ma t/m vr 11 - 12 uur  
Open spreekuur: 11 - 12 uur en na afspraak  
HIV-test: Na afspraak  
  
Anoniem informatiebandje soa/aids: 045 - 574 01 36
- Helmond:** GGD Zuidoost-Brabant, vestiging Helmond  
Postadres: Postbus 135, 5550 AC Valkenswaard  
Bezoekadres: Callenburgh 2, 5701 PA Helmond  
Tel.: 0492 - 58 48 88  
Fax: 0492 - 58 48 99  
Arts VGZ belast met soa/aids: Dhr. F. v.d. Vorst  
S.v.-en soa/aids: Mw. Truus Peters-Zeinstra  
Mw. Leonore Mevis-Meulenberg (aids)  
Aidscoördinator: Dhr. F. v.d. Vorst  
HIV-test: Alleen op afspraak  
Spreekuur prostitutie: Alleen op afspraak  
  
Anoniem informatiebandje soa: 040 - 211 51 26
- Hengelo:** Zie Almelo.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Hoofdstuk 29.2 (vervolg)

#### 's-Hertogenbosch:

GGD Stadsgewest 's-Hertogenbosch  
Postadres: Postbus 3166, 5203 DD Den Bosch  
Bezoekadres: St. Teunislaan 11, 5231 BS 's-Hertogenbosch  
Tel.: 073 - 640 45 00  
Fax: 073 - 641 86 53  
Arts AGZ belast met soa/aids: Dhr. H. van Kruchten  
S.v. soa/aids: Mw. Monica Overmars  
Aidscoördinator: Mw. Monica Overmars  
Telefonisch spreekuur: Ma t/m vr tijdens kantooruren,  
tel.: 073 - 640 45 84 / 640 45 36  
HIV-test: Op afspraak:  
via secretaresse 073 - 640 45 84 / 640 45 36  
Anoniem informatiebandje soa/aids: 073 - 642 30 05

**Hoofddorp:** Zie Amstelveen.

#### Hoogeveen:

GGD Zuid-West Drenthe  
Adres: Jonkheer de Jongstraat 102, 7902 HC Hoogeveen  
Tel.: 0528 - 29 18 40  
Fax.: 0528 - 29 18 36  
Arts AGZ belast met soa/aids: Mw. B. Gelderman, arts  
S.v.-en soa/aids: Mw. Frouke van Berge (0528 - 29 18 30)  
Mw. Gerrie Aalfs (do. 09.30-16.30 uur, 0528 - 29 18 32)  
Aidscoördinator: Mw. C. Schuurman  
Spreekuur soa/aids: Do. op oneven weken 13.00 - 16.30 uur, op afspraak  
Tel. spreekuur s.v.-en: Dagelijks 09.00 - 16.00 uur, 0528 - 29 18 30  
HIV-test: Do. op oneven weken 13.00 - 16.30 uur;  
kosten f 40,- op afspraak.  
Spreekuur sv.-en elders: Soa-poli, afd. Dermatologie, Academisch Ziekenhuis,  
Groningen, Hanzeplein 1, tel. soa-poli: 050 -361 80 25  
Tel.nr. s.v.-en soa-poli AZG: 050 - 361 28 67 (ma, di, do, vr van 11.30 - 12.30) voor info,  
hiv-test, afspraak soa-onderzoek.  
Anoniem informatiebandje soa/aids: 0592 - 33 00 03

#### Hoorn:

GGD West Friesland  
Postadres: Postbus 201, 1620 AE Hoorn  
Bezoekadres: Blauwe Berg 5, 1625 NT Hoorn  
Tel.: 0229 - 25 33 10  
Fax: 0229 - 25 34 15  
S.v.-en soa/aids: Mw. Kniltje van Bockxmeer-Vink  
Mw. Sonja Groot  
Mw. Carolien de Wit  
Spreekuur HIV-test: Op afspraak  
Open spreekuur: Ma. 14 - 16 uur en do. 10 - 11 uur  
Anoniem informatiebandje soa/aids: 0229 - 24 67 14

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Hoofdstuk 29.2 (vervolg)

<b>Katwijk:</b>	GGD Duin en Bollenstreek	
Adres:		Schimmelpennickstraat 10, 2221 EP Katwijk
Telefoon:		071 - 405 66 77
Fax:		071 - 403 38 57
S.v.-en soa/aids:		Mw. Judith Oostendorp Mw. Suzan Koeman
Spreekuur HIV-test:		Volgens afspraak
Telefonisch spreekuur:		Volgens afspraak
<b>Leeuwarden:</b>	GGD Noord-Friesland	
Postadres:		Postbus 612, 8901 BK Leeuwarden
Bezoekadres:		Lange Markstraat 14, Leeuwarden
Telefoon:		058 - 233 43 34
Fax:		058 - 213 64 88
Arts AGZ belast met soa/aids:		Dhr. A. Kiers
S.v. soa/aids:		Mw. Ine van Atteveld Mw. Anne Strikwerda
Aidscoördinator:		Mw. C. Schuurman (050 - 367 25 05)
Spreekuur HIV-test:		Di-ochtend door Ine van Atteveld
Telefonisch spreekuur:		Ma t/m vr 09 - 12 uur
Open Spreekuur:		Op afspraak
HIV-test:		Op afspraak dinsdagochtend 09 - 12 uur
Anoniem informatiebandje soa:		058 - 213 30 13
<b>Leiden:</b>	GGD Leiden en omstreken	
Adres:		Roodenburgerstraat 1 A, 2313 HH Leiden
Tel.:		071 - 516 33 33
Fax:		071 - 514 67 44
Hoofd Preventieve Gezondheidszorg:		Mw. S. Wijnands, arts
S.v. soa/aids:		Mw. Ineke Kuiper, 071 - 516 33 22
Aidscoördinator:		Mw. S. Wijnands
Telefonisch spreekuur:		Di en do 12.00 - 13.00 uur
HIV-test:		Op afspraak
Anoniem informatiebandje soa/aids:		071 - 514 36 04
<b>Lelystad:</b>	GGD Flevoland, hoofdvestiging	
Postadres:		Postbus 1120, 8200 BA Lelystad
Bezoekadres:		Noorderwagenstraat 2, 8223 AM Lelystad
Tel.:		0320 - 27 62 11
Fax:		0320 - 27 62 77
Arts inf. belast met soa/aids:		Mw. I.R. Smidt, arts
S.v. soa/aids:		Mw. Annemarie Lof
Aidscoördinator:		Mw. Nicoline Graaff (036 - 535 73 00)
Telefonisch spreekuur:		Dagelijks
Open spreekuur:		Op afspraak
HIV-test:		Op afspraak
Anoniem informatiebandje soa/aids:		0320 - 24 18 57

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Hoofdstuk 29.2 (vervolg)

	<b>Vestiging Almere</b>	
	Postadres:	Boomgaardweg 4, 1326 AC Almere
	Bezoekadres:	Boomgaardweg 4, 1326 AC Almere
	Spreekuur s.v. op soa-poli Almere:	Mw. Nicoline Graaff
	Spreekuurtijden:	Op afspraak, telefoon: 036 - 535 73 00
<b>Maastricht:</b>	GGD Zuidelijk Zuid-Limburg	
	Postadres:	Postbus 3973, 6202 NZ Maastricht
	Bezoekadres:	Gelissendomein 8, 6229 GJ Maastricht
	Tel.:	043 - 382 17 21
	Fax:	043 - 382 17 00
	Arts AGZ soa/aids:	Mw.drs. Marion Alink
	S.v.-en soa/aids:	Mw. Marga Smit (043 - 382 17 98) Mw. Suze Vaes (043 - 382 17 95)
	Telefonisch spreekuur op GGD:	Dagelijks 09 - 16 uur
	Spreekuur HIV-test:	Ma-ochtend en do-middag na afspraak
	Spreekuur op soa-poli:	Soa-poli, afd. Dermatologie, Academisch Ziekenhuis Maastricht, Debeyelaan 25, 6229 HX Maastricht
	Tijdstip spreekuur soa-poli AZM:	Di. en vr. van 13.30 tot 14.30 uur, tel. 043 - 387 57 88 (alleen tijdens spreekuur)
	Anoniem informatiebandje soa/aids:	043 - 361 17 51
<b>Middelburg:</b>	Zie Goes.	
<b>Nieuwegein:</b>	GGD West-Utrecht	
	Postadres:	Postbus 624, 3430 AP Nieuwegein
	Bezoekadres:	Poststede 5, 3431 HP Nieuwegein
	Tel.:	030 - 608 60 86
	Fax:	030 - 603 10 88
	Sociaal verpl:	Mw. Hennie Gruter-Nakken
	Aidscoördinator:	Mw. M. Reinboud ( 030 - 286 33 17)
	Telefonisch spreekuur:	Maandagmorgen: 9.30 - 11.00 uur
	HIV-test:	Na afspraak
	Anoniem informatiebandje soa/aids:	030 - 605 12 36
<b>Nijmegen:</b>	GGD regio Nijmegen	
	Postadres:	Postbus 1120, 6501 BC Nijmegen
	Bezoekadres:	Groenewoudseweg 275, 6501 BC Nijmegen
	Tel.:	024 - 329 72 97
	Fax:	024 - 322 69 80
	Arts AGZ belast met soa/aids:	J. van Baars
	S.v.-en soa/aids:	Dhr. Theo Leeneman Mw. Gemma Yocarini Mw. Ans Lohuis
	Aidscoördinator:	Dhr. R. Koene
	Spreekuur HIV-test:	Op afspraak via aidsinfolijn, dagelijks tel. 024- 32 31 600
	Telefonisch spreekuur:	11.30 - 12.30 uur, tel. 024 - 32 97 115
	Open spreekuur:	Alleen soa di. en do op afspraak
	HIV-test:	Op afspraak met G. Yocarini of Th. Leeneman

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Hoofdstuk 29.2 (vervolg)

	Spreekuur s.v.-en op soa-poli AZN:	Soa-poli, afd. Dermatologie, Academisch Ziekenhuis, René des Cartesdreef 1, 6500 HB Nijmegen
	Spreekuur:	Iedere di. 13.00 - 14.00 uur, tel. 024 -361 32 80
	Anoniem informatiebandje soa/aids:	024 - 322 71 24 / 323 16 00
	Anoniem informatiebandje soa:	024 - 322 71 24
	Anoniem informatiebandje aids:	024 - 323 16 00
<b>Oss</b>	GGD Brabant Noord-Oost	
	Postadres:	Postbus 414, 5340 AK Oss
	Bezoekadres:	Raadhuislaan 4, 5341 GM Oss
	Tel.:	0412 - 66 01 11
	Fax:	0412 - 66 02 16
	Arts AGZ belast met soa/aids:	Mw. C. Wijkmans
	S.v.-en soa/aids:	Mw. Simone van Bergen (0412 - 66 02 40)
	Aidscoördinator:	Mw. Simone van Bergen
	Telefonisch spreekuur:	Dagelijks 09 - 17 uur
	Anoniem informatiebandje soa/aids:	0412 - 66 02 60
<b>Purmerend:</b>	GGD Waterland	
	Postadres:	Postbus 188, 1440 AD Purmerend
	Bezoekadres:	Waterlandlaan 65, 1441 RS Purmerend
	Tel.:	0299 - 42 10 61
	Fax:	0299 - 47 14 21
	Arts AGZ belast met soa/aids:	Mw. Dity Verkade
	S.v. soa/aids:	Mw. Marjo Vermeulen
	s.v. AGZ/soa/aids	Mw. Marjan Ooms
	Aidscoördinator:	Mw. G. van Nooijen-Kooij ( 075 - 651 92 92)
	Spreekuur HIV-test:	Op afspraak
	Telefonisch spreekuur:	Ma, di, do, vrij 09.00 - 10.00 uur
	Open spreekuur:	Ma. 10.00 - 12.00 uur.
	HIV-test:	Op afspraak of ma. tussen 10.00 - 12.00 uur
	Anoniem informatiebandje soa/aids:	0299 - 47 25 41
<b>Roermond:</b>	GGD Midden-Limburg	
	Postadres:	Postbus 1235, 6040 KE Roermond
	Bezoekadres:	Hendrik Uwensstraat 2, 6042 AG Roermond
	Tel.:	0475 - 31 13 33
	Fax:	0475 - 31 13 60
	Arts AGZ belast met soa/aids:	Dhr. J.F.G.M. Thissen
	S.v. soa/aids:	Dhr. A. (Ton) ter Horst
	Aidscoördinator:	Dhr. J.F.G.M. Thissen
	Spreekuur HIV-test:	Volgens afspraak
	Telefonisch spreekuur:	Ma t/m vr 09.00 - 10.00 uur
	HIV-test:	Volgens afspraak
	Anoniem informatiebandje soa/aids:	0475 - 31 04 65

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Hoofdstuk 29.2 (vervolg)

**Roosendaal:** Zie Bergen op Zoom.

**Rotterdam:** GGD Rotterdam e.o.  
Postadres: Afd. Gezondheidsbevordering, Postbus 70032, 3000 LP R'dam  
Bezoekadres: Schiedamsedijk 95, 3011 EN  
Tel.: 010 - 433 92 16 / 433 94 09  
Fax: 010 - 433 92 37  
Arts AGZ belast met soa/aids: Mw. Dr. Dingemans-Dumas  
S.v.-en soa/aids: Mw. Arrijanne Diepeveen  
Mw. Dicky Karssemeijer  
Dhr. Gé de Koningh  
Dhr. Beko Nuradini  
Postadres s.v.-en: GGD Rotterdam, afdeling infectieziekten,  
Postbus 70032, 3000 LP Rotterdam  
Hoofd/Aidscoördinator: Dhr. Onno de Zwart (010 - 433 92 62)  
Telefonisch spreekuur: 09.00 - 12.00 uur, tel. 010 - 4 33 93 88  
HIV-test: Op afspraak, tel. 010 - 433 93 74  
Spreekuur s.v.-en op soa-poli AZR: SOA-poli, afd. Dermatovenereologie, Academisch Ziekenhuis  
Dijkzigt, Dr. Molewaterplein 40, 3015 GD Rotterdam (s.v.-en  
aanwezig tijdens spreekuurtijden)  
Spreekuurtijden op soa-poli AZR: Ma t/m vr 09.00 - 16.00 uur, tel. 010 - 463 58 77  
Anonieme informatiebandjes:  
algemene informatie: 010 - 4 33 34 77  
alg. soa Turks: 010 - 4 11 10 90  
alg. soa Marokkaans: 010 - 4 11 12 64  
voor mannen die met mannen vrijen: 010 - 4 14 68 00  
genitale herpes: 010 - 4 13 03 00  
genitale wratten: 010 - 4 04 83 72

**Rijswijk:** Zie Delft.

**Sneek:** GGD Zuidwest Friesland  
Postadres: Postbus 226, 8600 AE Sneek  
Bezoekadres: Stationsstraat 5, 8601 GB Sneek  
Tel.: 0515 - 48 95 55  
Fax: 0515 - 41 61 63  
Arts belast met soa/aids: Mw. J.M. Provoost  
S.v.-en soa/aids: Mw. Marja Hottinga  
Aidscoördinator: Mw. C. Schuurman (050 - 367 25 05)  
Telefonisch spreekuur: Volgens afspraak  
HIV-test: Volgens afspraak  
Anoniem informatiebandje soa/aids: 058 - 213 30 13

**Spijkensisse:** GGD Zuid-Hollandse Eilanden  
Postadres: Postbus 742, 3200 AR Spijkensisse  
Bezoekadres: Van Hogendorpstraat 50, 3201 WD Spijkensisse,

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Hoofdstuk 29.2 (vervolg)

Telefoon: 0181 - 65 24 00  
Fax: 0181 - 65 24 01  
Arts AGZ belast met soa/aids: Dhr. I. Groot  
S.v.-en soa/aids: Dhr. Arie Hettinga  
Dhr. Jan Liefhebber  
Aidscoördinator: Dhr. A. Hettinga (0181 - 65 24 40)  
Spreekuur HIV-test: Di-middag  
Telefonisch spreekuur: Ma t/m vr 09 - 12 uur  
Open spreekuur: Op afspraak, mogelijkheden ma, di, wo, vr-ochtend  
HIV-test: Di 13.00 - 16.30 uur

Anoniem informatiebandje soa/aids: 0181 - 65 24 03

**Tiel:** GGD Rivierenland  
Postadres: Postbus 6062, 4000 HB Tiel  
Bezoekadres: Burg. Meslaan 41 a, 4003 CA Tiel  
Tel.: 0344 - 61 53 53  
Fax: 0344 - 61 52 15  
AGZ-arts belast met soa/aids: Mw. H. Ruys, arts  
S.v.-en soa/aids: Mw. Giovanna van IJendoorn  
Aidscoördinator: Dhr. Jelle Doosje  
Open spreekuur: Ma t/m vr 08.30 - 17.00 uur  
HIV-test: Woensdag

Anoniem informatiebandje soa/aids: 0344 - 62 33 47

**Terneuzen** Zie Goes.

**Tilburg:** GGD Midden-Brabant  
Postadres: Postbus 3024, 5003 DA Tilburg  
Bezoekadres: Ringbaan West 227, 5037 PC Tilburg  
Tel.: 013 - 464 39 11  
Fax: 013 - 464 32 93  
Arts AGZ belast met soa/aids: Mw. Els Jacobs  
S.v.-en soa/aids: Mw. Lia van Aken  
Mw. Marij Verhooren  
Aidscoördinator: Dhr. Dirk van den Bosch  
Telefonisch spreekuur: Ma t/m do 08.30 - 17.00 uur en  
vrij 08.30 - 16.00 uur, tel. 013 - 464 32 25  
Open spreekuur: Di 10.30 - 11.30 uur en do 13.30 - 14.30 uur  
HIV-test: Op afspraak, mw. Marij Verhooren / mw. Lia van Aaken,  
tel. 013 - 46 43 282

Anoniem informatiebandje soa: 013 - 463 55 35

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Hoofdstuk 29.2 (vervolg)

<b>Utrecht:</b>	GGD Utrecht	
Postadres:		Postbus 2423, 3500 GK Utrecht
Bezoekadres:		Jaarbeursplein 17, 3521 AN Utrecht
Tel.:		030 - 286 33 33
Fax:		030 - 286 33 44
Arts AGZ belast met soa/aids:		Mw. C. Schout
S.v.-en soa/aids op GGD:		Mw. Elly Keur Mw. Olga Huntjens tel. s.v.-en op GGD: 030-286 32 18
S.v.-en op soa-poli AZU:		Mw.A.Scheerhoorn (teamleider) Mw. Anja Sonsma (di, do) Mw. Annelies van Wijk Mw. Anke Zwetsloot (inval)
Spreekuur s.v. op soa-poli AZU:		Soa-poli, afd. Dermatologie, Academisch Ziekenhuis, Heidelberglaan 100, 3584 CX Utrecht
Tel.nr. s.v.-en / soa-poli AZU:		S.v.-en: 030 - 250 74 14; soa-poli AZU: 030 - 250 74 43
Spreekuur algemeen soa-poli AZU:		's Morgens voor mannen 08.30 - 10.00 uur, 's middags voor vrouwen 14.00 - 15.00 uur
Spreekuur prostitutie soa-poli AZU:		Ma en do van 16.30 - 17.30 uur
HIV-test:		Geregistreerd: via het open spreekuur van soa-poli AZU Anoniem: op afspraak.
Anonieme informatiebandjes soa/aids	Nederlands	030 - 286 34 05
	Turks	030 - 286 34 05
	Marokkaans	030 - 286 34 05
	Berbers	030 - 286 34 05
<b>Valkenswaard:</b>	GGD Zuidoost-Brabant, vestiging Geldrop-Valkenswaard	
Postadres:		Postbus 135, 5550 AC Valkenswaard
Bezoekadres:		Valkenierstraat 45, 5552 JB Valkenswaard
Telefoon:		040 - 204 05 05
Fax:		040 - 204 34 00
Arts VGZ belast met soa/aids:		Drs. J.L.P. Kuypens
S.v.-en soa/aids:		Mw. Ans Bleumer Mw. A. Reusken
Aidiscoördinator:		Dhr. H. Verbael, GGD Eindhoven
Spreekuur HIV-test:		Op afspraak
<b>Veendam:</b>	GGD Oost Groningen	
Adres:		Postbus 292, 9640 AG Veendam
Tel.:		0598 - 62 40 40
Fax:		0598 - 61 97 90
Niet curatieve soa-bestrijding:		Zie GGD stad Groningen.
<b>Venlo:</b>	GGD Noord-Limburg	
Postadres:		Postbus 1150, 5900 BD Venlo
Bezoekadres:		Nijmeegseweg 44, 5916 PT Venlo
Tel.:		077 - 359 88 88
Fax:		077 - 352 03 13
Arts AGZ belast met soa/aids:		Dhr. P. Jacobs
S.v.-en soa/aids:		Mw. May-Janssen
Spreekuur HIV-test:		Op afspraak tijdens kantooruren
Spreekuur algemeen:		Op afspraak
Anoniem informatiebandje soa/aids:		077 - 354 04 08

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Hoofdstuk 29.2 (vervolg)

<b>Vlaardingen:</b>	GGD Nieuwe Waterweg Noord	
	Postadres:	Postbus 3051, 3130 CB Vlaardingen
	Bezoekadres:	Van Hogendorplaan 501, 3135 BP Vlaardingen
	Tel.:	010 - 248 80 80
	Fax:	010 - 248 80 88
	Arts AGZ belast met soa/aids:	Dhr. P. van der Tas
	S.v. soa/aids:	Mw. Tita van der Pot
	Aidscoördinator:	Mw. Tita van der Pot
	Spreekuur:	Op afspraak
	Anoniem infobandje soa/aids:	010 - 234 11 66
<b>Voorburg:</b>	GGD West-Holland, hoofdvestiging	
	Postadres:	Postbus 743, 2270 AS Voorburg
	Bezoekadres:	Jacob van den Eijndestraat 73, 2274 XA Voorburg
	Tel.:	070 - 337 05 55
	Fax:	070 - 369 40 42
	<b>Vestiging Zoetermeer</b>	
	Postbusadres:	Postbus 743, 2270 AS Voorburg
	Bezoekadres:	Brechtzijde 1, 2725 NR Zoetermeer
	Tel.:	070 - 33 70 55 5
	Fax:	070 - 36 94 04 2
	Arts AGZ belast met soa/aids:	K.B. Yap
	S.v.-en soa/aids:	Mw. Monique Boonekamp Mw. Janny Smid
	Aidscoördinator:	Mw. Monique Boonekamp (079 - 343 08 30)
	Spreekuur HIV-test:	Op afspraak
	Telefonisch spreekuur:	Tijdens kantooruren
	Spreekuur algemeen:	Verwijst naar soa-poli in Den Haag
<b>Zaandam:</b>	GGD Zaanstreek	
	Postadres:	Postbus 1300, 1500 AH Zaandam
	Bezoekadres:	Vurehout 2, 1507 EC Zaandam, gebouw Westhout
	Tel.:	075 - 651 92 92
	Fax:	075 - 616 30 16
	Arts AGZ belast met soa/aids:	D. Verkade
	S.v. soa/aids:	Mw. Marjan van den Heuvel
	Aidscoördinator:	Mw. Ghislaine van Nooyen-Kooy
	Spreekuur HIV-test:	Op afspraak
	Telefonisch spreekuur:	Wo. 13.30 - 14.30 uur
	HIV-test:	Op afspraak
<b>Zeist:</b>	GGD Zuid-Oost Utrecht	
	Postadres:	Postbus 51, 3700 AB Zeist
	Bezoekadres:	Utrechtseweg 139, 3702 AC Zeist
	Tel.:	030 - 692 25 33
	Fax:	030 - 692 47 16
	Arts AGZ belast met soa/aids:	Mw. A. van Dam
	Sociaal verpl.:	Mw. Henny van 't Slot
	Telefonisch spreekuur:	Op ma, di en do
	Open spreekuur:	Op ma, di en do
	Anoniem informatiebandje soa/aids:	030 - 691 44 55

### Hoofdstuk 29.2 (vervolg)

**Zoetermeer:** Zie Voorburg.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

**Zwolle:** GGD Regio IJssel-Vecht  
Bezoekadres: Zeven Alleetjes 1, Zwolle  
Postadres: Postbus 1453, 8001 BL Zwolle  
Tel.: 038 - 428 14 28  
Fax: 038 - 428 14 00  
Arts AGZ belast met soa/aids: Dhr. A.T.C. van Velzen  
S.v.-en soa/aids: Mw. Yvonne van Hees  
Dhr. Paul Wensveen  
Aidscoördinator: Mw. Gemma Peters  
Spreekuur HIV-test: Op werkdagen 09 - 10 uur  
Open spreekuur: Op werkdagen 09 - 10 uur  
Spreekuur prostitutie: Op afspraak  
Anoniem informatiebandje soa/aids: 038 - 428 16 26

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Deel J. Adreslijsten

#### Hoofdstuk 29.3

#### STREEKLABORATORIA VOOR DE VOLKSGEZONDHEID IN NEDERLAND

<b>Alkmaar</b>	Wilhelminalaan 12, 1815 JD ALKMAAR tel.: 072 - 548 44 44
<b>Amsterdam</b>	Nieuwe Achtergracht 100, 1018 WT AMSTERDAM tel.: 020 - 555 52 75
<b>Arnhem</b>	Wagnerlaan 55, 6815 AD ARNHEM tel.: 026 - 378 88 80
<b>Den Haag</b>	Leyweg 275, 2545 CH DEN HAAG tel.: 070 - 359 25 00
<b>Deventer</b>	H.G. Gooszenstraat 1, 7415 CL DEVENTER tel.: 0570 - 62 36 44
<b>Enschede</b>	Burg. E. Bergsmalaan 1, 7512 AD ENSCHEDE tel.: 053 - 431 32 63
<b>Goes</b>	Valckeslotlaan 149, 4460 AA GOES tel.: 0113 - 21 61 52
<b>Groningen</b>	Van Ketwich Verschuurlaan 92, 9721 SW GRONINGEN tel.: 050 - 521 51 00
<b>Haarlem</b>	Boerhavelaan 26, 2035 RC HAARLEM tel.: 023 - 530 78 00
<b>Heerlen</b>	Henri Dunantstraat 5, 6419 PC HEERLEN tel.: 045 - 576 64 03
<b>Leeuwarden</b>	Jelsumerstraat 6, 8917 EN LEEUWARDEN tel.: 058 - 293 94 95
<b>Nieuwegein</b>	Koekoekslaan 1, 3435 CM NIEUWEGEIN tel.: 030 - 609 24 21
<b>Nijmegen</b>	St. Annastraat 289, 6525 GT NIJMEGEN tel.: 024 - 365 88 48
<b>Rotterdam</b>	Schiedamsedijk 95, 3011 EN ROTTERDAM tel.: 010 - 433 93 12
<b>Terneuzen</b>	Vlierstraat 10, 4535 HA TERNEUZEN tel.: 0115 - 68 87 00
<b>Tilburg</b>	Hilvarenbeekseweg 60, 5022 GC TILBURG tel.: 013 - 539 22 60
<b>Veldhoven</b>	De Run 6250, 5504 DL VELDHOVEN tel.: 040 - 258 81 00

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Deel J. Adreslijsten

#### Hoofdstuk 29.4

#### HIV-CONFIRMATIE LABORATORIA IN NEDERLAND

**Amsterdam** Dr. G.J.J. van Doornum  
GG&GD Amsterdam / Streeklaboratorium  
Nieuwe Achtergracht 100, 1018 DT Amsterdam  
Tel.: 020 - 555 52 75

Prof. Dr. J. Goudsmit  
AMC, afd. Retrovirologie  
Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam  
Tel.: 020 - 566 91 11

Dr. P.N. Lelie  
CLB, afd. Virusserologie  
Plesmanlaan 125, 1066 CX Amsterdam  
Tel.: 020 - 512 92 22.

**Bilthoven** Mw. Drs. J.W. Dorigo-Zetsma  
RIVM, Lab. voor Virologie  
Postbus 1, 3720 BA Bilthoven  
Tel.: 030 - 27 49 111

**Groningen** Dr. J. Schirm  
Streeklab. voor de Volksgezondheid  
van Ketwich Verschuurlaan 92,  
9721 SW Groningen  
Tel.: 050 - 521 51 00

**Nijmegen** Dr. J. Galema  
Lab. voor Medische Microbiologie  
Academisch Ziekenhuis St. Radboud  
Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen  
Tel.: 024 - 361 11 11

**Rotterdam** Dr. J. Buitenwerf  
GGD Rotterdam, afd. Virologie  
Schiedamsedijk 95, 3011 EN Rotterdam  
Tel.: 010 - 433 99 33

Dr. Ph. Rothbarth  
Afd. Virologie  
Academisch Ziekenhuis Dijkzigt  
Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam  
Tel.: 010 - 463 92 22

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Deel J. Adreslijsten

#### Hoofdstuk 29.5

#### AIDS-infolijnen:

06 - 022 22 20 (Nederlands)  
06 - 099 44 88 (Turks)  
06 - 099 22 55 (Marokkaans)

#### ZIEKENHUIZEN MET EEN CENTRUMFUNCTIE VOOR AIDS

##### Landelijk referentieziekenhuis:

Amsterdam, Academisch Medisch Centrum  
Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam  
Coördinerend internist: Prof.Dr.S.A.Danner  
Verpleegkundig AIDS-consulent: Theo de Graaff,  
Tineke van der Kruk  
Tel.: 020 - 566 91 11 / 566 24 07  
Polikliniek Gynaecologie en Obstetrie: 020 - 566 91 11  
Gynaecologie: Dr.K.Boer, gynaecoloog / Mw.A.Huis, verloskundige

##### Ziekenhuizen met een regionale centrumfunctie voor AIDS:\*

Amsterdam, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis  
1e Oosterparkstraat 179, 1091 HA Amsterdam  
Coördinerend internist: Dr.H.M.Weigel, Dr.P.H.J.Frissen  
Verpleegkundig AIDS-consulent: Klaas Hoeksema, Coen Honig, Nanda van der Meché.  
Tel.: 020 - 599 91 11 / 599 23 12  
Polikliniek Gynaecologie en Obstetrie: 020 - 599 34 80  
Gynaecoloog: Dr. Bekedam.

Amsterdam, Slotervaart Ziekenhuis  
Louwesweg 6, 1066 EC Amsterdam  
Coördinerend internist: Dr.P.L.Meenhorst, Dr.J.W.Mulder  
Verpleegkundig AIDS-consulent: Liliane van Belle, Hanneke Paap  
Tel.: 020 - 512 43 96 / 512 43 97 / 512 93 33  
Polikliniek Gynaecologie en Obstetrie: 020 - 512 51 17 /  
512 51 18  
Gynaecoloog: P.H.A.Engelen / R.Maas.

\* In de regio Amsterdam vindt structurele samenwerking plaats op het gebied van AIDS tussen de twee centrumziekenhuizen (Onze Lieve Vrouwe Gasthuis en Slotervaart Ziekenhuis) en het Academisch Medisch Centrum, dat een landelijke referentiefunctie vervult. Daarnaast bestaat ook extra expertise in het Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit (AZVU). Dat ziekenhuis heeft geen centrumziekenhuis-functie, maar kan wel een beroep doen op een door de COTG vast te stellen kostenvergoeding per in hun ziekenhuis behandelde AIDS-patiënt.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### *Hoofdstuk 29.5 (vervolg)*

Den Haag, Leyenburg Ziekenhuis  
Leyweg 275, 2504 LN Den Haag  
Coördinerend internist: Dr.R.H.Kauffmann  
Verpleegkundig AIDS-consulent: Anneke Maat, Elize Prins  
Tel.: 070 - 359 20 00  
Polikliniek Gynaecologie en Obstetrie: 070 - 359 20 02  
Gynaecoloog: Mw.Dr.H.P.Ottervanger.

Enschede, Medisch Spectrum Twente  
Postbus 50.000, 7500 KA Enschede  
Coördinerend internist: Dr.Chr.H.H.ten Napel  
Verpleegkundig AIDS-consulent: Tineke Duyts  
Tel.: 053 - 487 20 76 / 487 20 00  
Polikliniek Gynaecologie en Obstetrie: 053 - 487 23 30  
Gynaecoloog: Dr.H.W.P.Quartero.

Groningen, Academisch Ziekenhuis  
Oostersingel 59, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen  
Coördinerend internist: Drs.H.G.Sprenger  
Verpleegkundig AIDS-consulent: Piet van der Meulen  
Tel.: 050- 361 91 11  
Polikliniek Gynaecologie en Obstetrie: 050 - 361 31 28  
Gynaecoloog: M. Heringa.

Leiden, Academisch Ziekenhuis  
Rijnsburgerweg 10, 2333 AA Leiden  
Coördinerend internist: Dr.F.Kroon  
Verpleegkundig AIDS-consulent: Willemien Dorama  
Tel.: 071 - 526 19 19 / 526 91 11  
Polikliniek Gynaecologie en Obstetrie: 071 - 526 28 70  
Gynaecoloog: Dr. J.J.M. van Rosmalen.

Maastricht, Academisch Ziekenhuis  
P.Debyelaan 25, Postbus 5800, 6202 AZ Maastricht  
Coördinerend internist: Drs.G.Schreij  
Verpleegkundig AIDS-consulente: Jolanda Schippers  
Tel.: 043 - 387 65 43  
Polikliniek Gynaecologie en Obstetrie: 043 - 387 48 00

Nijmegen, Academisch Ziekenhuis St. Radboud  
Geert Groteplein 10, 6535 GA Nijmegen  
Coördinerend internist: Dr.P.P.Koopmans  
Verpleegkundig AIDS-consulent: Arnold Coors, Bert Zomer  
Tel.: 024 - 361 50 77 / 361 11 11  
Polikliniek Gynaecologie en Obstetrie: 024 - 361 47 88  
Gynaecoloog: Dr. P. van Dongen.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### *Hoofdstuk 29.5 (vervolg)*

Rotterdam, Academisch Ziekenhuis Dijkzigt  
Dr. Molewaterplein 40, 3015 GD Rotterdam  
Coördinerend internist: Mw.M.E.v.d.Ende, Mw.Dr.I.Geyssen, Dr.S.de Marie  
Verpleegkundig AIDS-consulent: Rita Deenenkamp, Debbie van der Meijden  
Tel.: 010 - 463 57 37 / 463 35 14 / 463 92 22  
Polikliniek Gynaecologie en Obstetrie: 010 - 463 36 16  
Gynaecoloog: A.J. Schneider.

Tilburg, Sint Elisabeth Ziekenhuis  
Hilvarenbeekseweg 60, 5022 GC Tilburg  
Coördinerend internist: Dr.J.R.Juttman  
Verpleegkundig AIDS-consulent: Bernadette v.d. Ven  
Tel.: 013 - 539 13 13  
Polikliniek Gynaecologie en Obstetrie: 013 - 539 80 25  
Gynaecoloog: P. Reuwer.

Utrecht, Academisch Ziekenhuis  
Postbus 85.500, 3508 GA Utrecht  
Coördinerend internist: Dr.J.C.C.Borleffs  
Verpleegkundig AIDS-consulent: Henk Vrehan,  
Janine te Nijenhuis  
Tel.: 030 - 250 91 11  
Polikliniek Gynaecologie en Obstetrie: 030 - 250 88 80  
Gynaecoloog: Mw. Dr. G.C.I. Christiaans  
Mw. Dr. A.G.C. van Oppen.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Deel J. Adreslijsten

#### Hoofdstuk 29.6

#### REGIONALE HUISARTS HIV CONSULENTEN

<b>ALMERE-STAD</b>	Mevr. S. Zijlstra, huisarts 's Hertogenboschplein 1 1324 WB Almere-stad Tel.: 036 - 533 01 00
<b>AMSTERDAM</b>	Mevr. W. Avenarius, huisarts Eisdenstraat 36 1066 LK Amsterdam Tel.: 020 - 669 71 59
<b>AMSTERDAM</b>	Dhr. L. Buijs, huisarts Loenermark 162 1025 SP Amsterdam Tel.: 020 - 636 26 95
<b>AMSTERDAM</b>	Dhr. A. Heijnen en E. Hochheimer, huisartsen OZ Voorburgwal 151, 1e 1012 ES Amsterdam Tel.: 020 - 622 74 71
<b>AMSTERDAM</b>	Dhr. R. Oud, huisarts Tuinstraat 115c 1015 NZ Amsterdam Tel.: 020 - 422 07 63
<b>BERGEN OP ZOOM</b>	Dhr. J.B.M. Noordman, huisarts Klimopstraat 2 4621 AG Bergen op Zoom Tel.: 0164 - 25 57 44
<b>ENSCHEDÉ</b>	Dhr. C. Brands, huisarts Spechtstraat 4 7523 WN Enschede Tel.: 053 - 435 18 14
<b>ENSCHEDÉ</b>	Dhr. A.J. Davids, huisarts Boddenkampsingel 49 7514 AP Enschede Tel.: 053 - 435 42 05
<b>ENSCHEDÉ</b>	Dhr. J. Knobben, huisarts Veldhoflanden 93 7542 LW Enschede Tel.: 053 - 477 38 81
<b>GRONINGEN</b>	Mevr. M. Schaaf, huisarts H.W. Mesdagstraat 44a 9718 HL Groningen Tel.: 050 - 526 43 35

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Hoofdstuk 29.6 (vervolg)

<b>GRONINGEN</b>	Dhr. L. Veehof, huisarts A. Deusinglaan 4 9713 AW Groningen Tel.: 050 - 363 80 08
<b>HEERLEN</b>	Dhr. M. Hunscheid, huisarts Kasteellaan 108 6415 HT Heerlen Tel.: 045 - 572 09 69
<b>MAARSSSEN</b>	Dhr. L.J. de Boer, huisarts Gezondheidscentrum Spechtenkamp Duivenkamp 448 3607 BG Maarssen Tel.: 0346 - 56 00 63
<b>MAASTRICHT</b>	Dhr. B. Sonneveld, huisarts De Beente 24 6229 AV Maastricht Tel.: 043 - 361 46 46
<b>NIEUWEGIJN</b>	Dhr. W.L.G. van Zijl, huisarts Mondriaan 7 3431 GA Nieuwegijn Tel.: 030 - 603 82 24
<b>NIJMEGEN</b>	Dhr. D. Arts, huisarts Berg en Dalse weg 3 6521 JA Nijmegen Tel.: 024 - 322 04 77
<b>NIJMEGEN</b>	Mevr. K. Luiten, huisarts Wilhelminagel 6 6524 AK Nijmegen Tel.: 024 - 322 61 02
<b>NIJMEGEN</b>	Mevr. M. Postma, huisarts Haterseweg 793 6535 ZF Nijmegen Tel.: 024 - 356 12 04
<b>NIJMEGEN</b>	Dhr. Y. van de Vleugel, huisarts Horstakker 14-50 6546 EK Nijmegen Tel.: 023 - 378 96 96
<b>ROERMOND</b>	Dhr. G. Benthem, huisarts Veelandingstraat 14 6041 HW Roermond Tel.: 0475 - 33 11 00

## **SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997**

*Hoofdstuk 29.6 (vervolg)*

### **ROTTERDAM**

Dhr. R.D. Castelijns, huisarts  
St. Mariastraat 75  
3014 SH Rotterdam  
Tel.: 010 - 436 77 70

### **ROTTERDAM**

Dhr. A. Steffens, huisarts  
Pijnakkerplein 44  
3035 GG Rotterdam  
Tel.: 010 - 465 55 59

### **SCHIEDAM**

Dhr. J. Beemster, huisarts  
Hargplein 8  
3121 VA Schiedam  
Tel.: 010 - 470 18 87

### **UTRECHT**

Mevr. R.J. Hinlopen, huisarts  
Vrouwengezondheidscentrum Aletta  
Maliesingel 46  
3581 BR Utrecht  
Tel.: 030 - 231 27 65

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Deel J. Adreslijsten

#### Hoofdstuk 29.7

### SEKSUEEL GEWELD TEGEN KINDEREN: BUREAUS VERTROUWENSARTSEN / KINDERTELEFOON

#### 29.7.1 Informatie voor hulpverleners: bureaux vertrouwensartsen

Bureau Vertrouwensarts Alkmaar Rubenslaan 2 1816 MK ALKMAAR	tel. 072 - 511 80 31 fax. 072 - 520 14 31
Bureau Vertrouwensarts Amsterdam (Advies & Meldpunt Kindermishandeling) IJsbaanpad 9 1076 CV AMSTERDAM	tel. 020 - 571 19 11 fax. 020 - 571 19 99
Bureau Vertrouwensarts Gelderland Burg. Matsersingel 200 6843 NZ ARNHEM	tel. 026 - 381 98 19 fax. 026 - 382 11 41
Bureau Vertrouwensarts Drenthe (Meld & Adviespunt Kindermishandeling) Groningerstraat 107 9402 LA ASSEN	tel. 0592 - 37 15 00 fax. 0592 - 37 15 31
Bureau Vertrouwensarts Breda Postbus 7095 4800 GB BREDA	tel. 076 - 514 63 23 fax. 076 - 520 49 45
Bureau Vertrouwensarts Zuid-Oost Brabant (Steunpunt Eindhoven) Tesselschadelaan 2 5611 LZ EINDHOVEN	tel. 040 - 211 66 35 fax. 040 - 211 22 55
Bureau Vertrouwensarts Zuid-Holland Noord Zoutmanstraat 44 2518 GS 's-GRAVENHAGE	tel. 070 - 360 60 78 fax. 070 - 362 29 05
Bureau Vertrouwensarts Groningen Queridolaan 5 9721 SZ GRONINGEN	tel. 050 - 527 25 25 fax. 050 - 527 00 83
Dependance BVA Zwolle: Hengelo Kievitstraat 15 7557 AP HENGELO	tel. 074 - 242 39 61
Bureau Vertrouwensarts Friesland (Advies & Meldpunt Kindermishandeling) Fonteinstraat 79 8913 CW LEEUWARDEN	tel. 058 - 212 77 72 fax. 058 - 212 36 25
Bureau Vertrouwensarts Flevoland Noorderwagenstraat 2 8223 AM LELYSTAD	tel. 0320 - 23 48 48 fax. 0320 - 27 62 77

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### *Hoofdstuk 29.7 (vervolg)*

Bureau Vertrouwensarts Limburg  
Burg. Cortenstraat 6a  
6226 GV MAASTRICHT

tel. 043 - 363 94 24  
fax. 043 - 363 96 48

Bureau Vertrouwensarts Zuid-Holland Zuid  
& Zeeland  
Glashaven 66  
3011 XK ROTTERDAM

tel. 010 - 412 81 10  
fax. 010 - 411 39 09

Bureau Vertrouwensarts Utrecht  
Stadhouderslaan 57  
3583 JD UTRECHT

tel. 030 - 251 60 98  
fax. 030 - 254 44 93

Dependance BVA Maastricht: Venlo-Blerick  
Maasbreesestraat 16  
5921 EL VENLO-BLERICK

tel. 077 - 387 58 29  
fax. 077 - 387 54 83

Bureau Vertrouwensarts Overijssel  
Menno van Coehoornsingel 2  
8011 XA ZWOLLE

tel. 038 - 422 08 00  
fax. 038 - 422 11 05

### 29.7.2 Informatie voor hulpzoekers (kinderen): kindertelefoon

**Kindertelefoon** (landelijk, 7 dagen/week 14.00 - 20.00 uur, ook op zaterdag en zondag):

**06 - 04 32 (gratis)**

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Deel J. Adreslijsten

#### Hoofdstuk 29.8

### SEKSUEEL GEWELD TEGEN VROUWEN/MEISJES EN MANNEN/JONGENS: INFORMATIE VOOR HULPVERLENERS/ZOEKERS

#### 1. HULPVERLENERS

##### A. ALGEMENE INFORMATIE VOOR HULPVERLENERS OVER OPVANG VAN SLACHTOFFERS VAN SEKSUEEL GEWELD

Stichting TransAct, Nederlands Centrum Sekse-specifieke zorgvernieuwing en bestrijding seksueel geweld  
Postbus 1413  
3500 BK Utrecht  
Telefonische informatielijn: 030 - 230 06 66, bereikbaar op werkdagen 09.00 - 12.30 uur

De telefonische informatielijn van TransAct is elke ochtend bereikbaar voor hulpverleners, die advies willen over de mogelijkheden voor verwijzing van hun cliënten, literatuurvragen etc.

##### B. MEDISCHE HULPVERLENING: SOA-ONDERZOEK EN FORENSISCH ONDERZOEK

Medisch onderzoek (SOA-onderzoek en organiseren eventuele verdere medische/psychische begeleiding) kan verricht worden door de daarvoor beschikbare artsen (gynaecoloog, dermatoloog, SOA-polikliniek, huisarts). In sommige (Academische) Ziekenhuizen is op de afdeling gynaecologie speciale aandacht besteed aan de organisatie van de opvang, zowel op korte als lange termijn, van seksueel geweld tegen vrouwen. De keuze voor een bepaalde arts/afdeling/ instituut zal door regionale omstandigheden/afspraken bepaald worden. In principe zal het forensisch onderzoek bij een zedendelict, dat door het slachtoffer aangegeven is, aangevraagd worden door een functionaris van de politie van de afdeling Jeugd- en Zedenzaken en veelal uitgevoerd worden door de GGD-arts (wachtarts zedendelicten). Indien de politie forensisch onderzoek aanvraagt heeft het de voorkeur het gehele onderzoek in één keer plaats te laten vinden door samenwerking van gynaecoloog, dermatoloog of huisarts (SOA-onderzoek) met een GGD-arts (forensisch onderzoek) volgens het "Protocol voor de eerste opvang van slachtoffers van seksueel geweld".

"Protocol voor de eerste opvang van slachtoffers van seksueel geweld": zie Hoofdstuk 24.

NB Bovengenoemd protocol is ontstaan door samenvoeging van twee eerdere protocollen:

- Protocol voor de eerste opvang van slachtoffers (vrouwen/meisjes) van seksueel misbruik.  
Afd. Gynaecologie (contactpersoon: Mw.Drs.M.J.E.Mourits, gynaecoloog), Academisch Ziekenhuis, Groningen: Handleiding voor onderzoek bij een afd. Gynaecologie na aanmelding door afd. Jeugd- en Zedenzaken van de politie.
- Zedendelict-protocol: handleiding voor de wachtarts.  
GGD Midden Holland (contactpersoon: Mw.Dr.O.de Bakker-Teunissen, GGD-arts), Gouda: Handleiding voor de GGD-arts.

Deze twee protocollen zijn samengevoegd tot één gezamenlijk werkprotocol voor gebruik door de forensisch geneeskundige (veelal een GGD-arts) en een arts met ervaring op het terrein van SOA diagnostiek en therapie en eventuele verdere opvang van een slachtoffer van seksueel geweld (gynaecoloog, dermatoloog, huisarts): zie Hoofdstuk 24.

Algemeen beleid bij (verdenking van) seksueel misbruik van kinderen: zie Hoofdstuk 23.

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

Hoofdstuk 29.8 (vervolg)

### 2. HULPZOEKERS / SLACHTOFFERS: INFORMATIE OVER OPVANG VAN SLACHTOFFERS VAN SEKSUEEL GEWELD

- \* Stichting TransAct, Nederlands Centrum Sekse-specifieke zorgvernieuwing en bestrijding seksueel geweld (voor meisjes/vrouwen en jongens/mannen)  
Postbus 1413  
3500 BK Utrecht  
Telefonische informatielijn: 030 - 230 06 66, bereikbaar op werkdagen 09.00 - 12.30 uur

De telefonische informatielijn van TransAct is 's ochtends bereikbaar voor cliënten (hulpzoekers), die verwijzing zoeken naar gespecialiseerde hulpverleners. TransAct geeft dus alleen informatie, o.a. over telefoonnummers/adressen waar men hulp/opvang kan krijgen.

- \* Korrelatie, Postbus 9484, 3506 GL Utrecht (voor meisjes/vrouwen en jongens/mannen)  
Tel.: 030 - 233 13 35  
Telefonisch bereikbaar: alle werkdagen 09.00 - 17.00 uur en 19.00 - 22.30 uur

Korrelatie is een landelijk hulp- en adviescentrum voor psychosociale problemen, o.a. door seksueel geweld en SOA.

- \* De Eerste Lijn: Telefonische hulp na mishandeling en/of seksueel geweld (voor meisjes/vrouwen en jongens/mannen)  
Postbus 59265, 1040 KC Amsterdam  
Tel.: 020 - 612 75 76  
Telefonische bereikbaar: alle werkdagen 10.30 - 23.30 uur, zaterdag/zondag 15.30 - 22.30 uur

NB Voor kinderen: zie ook pagina 128 (landelijk informatiecentrum De Kindertelefoon).

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Deel J. Adreslijsten

#### Hoofdstuk 29.9

### BUREAUS RUTGERS STICHTING, SEKSUOLOGIE POLIKLINIEKEN & SAD-SCHORER STICHTING

#### 29.9.1

#### BUREAUS RUTGERS STICHTING

##### Landelijk Coördinatie Centrum (LCC)

Landelijk Coördinatie Centrum  
Oudenoord 170, 3513 EV Utrecht  
Tel.: 030 - 231 34 31

##### Amsterdam

Bureau Rutgers Stichting Noord-Holland  
Overtoom 323, 1054 JL Amsterdam  
Tel.: 020 - 616 62 22,

##### Arnhem

Bureau Rutgers Stichting Oost Nederland  
Apeldoornseweg 52-54, 6814 BM, Arnhem  
Tel.: 026 - 442 25 93

##### Eindhoven

Bureau Rutgers Stichting Zuid Nederland  
Vestdijk 54, 5611 CE, Eindhoven  
Tel.: 040 - 244 59 76

##### Den Haag

Bureau Rutgers Stichting Zuidwest Nederland  
Groot Hertoginnelaan 201, 2517 ES, Den Haag  
Tel.: 070 - 363 09 63

##### Groningen

Bureau Rutgers Stichting Noord Nederland  
Hereweg 4, 9724 AA, Groningen  
Tel.: 050 - 312 42 03

##### Rotterdam

Bureau Rutgers Stichting Zuidwest Nederland  
Heemraadssingel 159, 3022 CE, Rotterdam  
Tel.: 010 - 477 32 44

##### Utrecht

Bureau Rutgers Stichting Midden Nederland  
Catharijnesingel 70, 3511 GM, Utrecht  
Tel.: 030 - 231 28 12

#### 29.9.2

#### SEKSUOLOGIE POLIKLINIEKEN

Seksuologische behandeling en adviezen zijn bij de bureaux van de Rutgers Stichting verkrijgbaar. Tevens zijn multidisciplinaire poliklinieken seksuologie aanwezig in alle academische ziekenhuizen en in een groeiend aantal algemene ziekenhuizen. Ook is het aantal vrijgevestigde seksuologen groeiend. Informatie aangaande adressen en telefoonnummers is verkrijgbaar bij de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie: Postbus 40.551, 2504 LN Den Haag, tel. 070 - 359 21 30, fax 070 - 329 50 46.

#### 29.9.3

#### STICHTING AANVULLENDE DIENSTVERLENING (SAD) / SCHORER STICHTING

- Telefonische spreekuur voor niet-medische vragen rond HIV/AIDS voor mannen met homoseksuele contacten: maandag t/m vrijdag 13.00-14.00 uur, tel. 020 - 662 42 06.
- Weekend polikliniek voor SOA/HIV/AIDS voor mannen met homoseksuele contacten: elke vrijdagavond 19.00-21.00 uur bij SOA-polikliniek GG & GD, Groenburgwal 44, 1011 HW Amsterdam

SAD/Schorer Stichting: P.C.Hoofstraat 5, 1071 BL Amsterdam; tel. 020 - 662 42 06.

## **SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997**

### **Deel J. Adreslijsten**

#### *Hoofdstuk 29.10*

### **STIMEZO-ABORTUSKLINIEKEN IN NEDERLAND**

**Alkmaar** Magdalenenstraat 28, 1811 JR ALKMAAR  
tel.: 072 - 512 68 12

**Amsterdam** MR' 70, Sarphatistraat 620-626, 1018 AV AMSTERDAM  
tel.: 020 - 624 54 26

**Arnhem** Mildredhuis, Zijpendaalseweg 101, 6814 CH ARNHEM  
tel.: 026 - 443 64 57

**Den Haag** Van Beverningkstraat 134, 2582 VL DEN HAAG  
tel.: 070 - 351 23 41

Preterm Kliniek, Haringkade 163, 2584 ED DEN HAAG  
tel.: 070 - 355 28 45

**Eindhoven** Jan van Schoonvorststraat 22, 5611 PK EINDHOVEN  
tel.: 040 - 211 65 66

**Goes** Bertie van Gelder Centrum, Beestenmarkt 7, 4461 CS GOES  
tel.: 0113 - 25 00 50

**Groningen** Radesingel 11, 9711 ED GRONINGEN  
tel.: 050 - 313 22 50

**Maastricht** Bourgognekliniek, Parallelweg 45c, 6221 BD MAASTRICHT  
tel.: 043 - 321 13 99 / 325 49 90

**Rotterdam** Dr.W.F. Stormkliniek, Ebenhaëzerstraat 22c, 3083 RN ROTTERDAM  
tel.: 010 - 481 55 22

**Zwolle** Oosterlaan 14, 8011 GC ZWOLLE  
tel.: 038 - 421 70 00

## **SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997**

### **Deel J. Adreslijsten**

#### *Hoofdstuk 29.11*

### **REGIONALE TOLKENCENTRA IN NEDERLAND**

<b>Amsterdam</b>	Stichting Tolken centrum Noord-Holland Postbus 15533, 1001 NA Amsterdam Tel.: 020 - 551 16 66
<b>Arnhem</b>	Stichting Tolken centrum Gelderland Postbus 155, 6880 AD Velp Tel.: 026 - 443 71 41
<b>Eindhoven</b>	Stichting Tolken centrum Zuid-Nederland Postbus 1565, 5602 BN Eindhoven Tel.: 040 - 243 35 54
<b>Hengelo</b>	Stichting Tolken centrum Noord- en Oost-Nederland Postbus 695, 7550 AR Hengelo Tel.: 074 - 255 52 22
<b>Rotterdam</b>	Stichting Tolken centrum Zuid-Holland Postbus 22156, 3003 DD Rotterdam Tel.: 010 - 282 28 00
<b>Utrecht</b>	Stichting Tolken centrum Utrecht Postbus 1214, 3500 BE Utrecht Tel.: 030 - 239 93 99

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

### Lijst redactieleden en "invited experts" (alfabetisch; \*=redactieleden)

1. Dr.M.w.O.J.G.B.de Bakker-Teunissen, GGD-arts, GGD, Postbus 45, 2800 AA, Gouda (tel. 0182-545647)
2. Drs.L.W.Barkema, dermatoloog, Antonius Ziekenhuis, Sneek; privé: Fearn 4, 8603 DV Sneek (tel. 0515-424.385)
3. Mw.Drs.L.van den Bent, arts, afd. dermatologie, AZR, dr.Molewaterplein 40, 3015 GD Rotterdam (tel. 010-463.9222)
4. Drs.J.E.A.M.van Bergen, huisarts, LHV-coördinator HIV-AIDS/SAD-Schorer Stichting, SAD-Schorer Stichting, P.C.Hoofdstraat 5, 1071 BL Amsterdam (tel. 020-662 42 06)
5. \* Prof.Dr.O.P.Bleker, gynaecoloog, afd. gynaecologie, AMC, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam (tel. 020-566.9111)
6. Drs.R.A.C.Bilo, vertrouwensarts, Bureau Vertrouwensarts, Glashaven 66, 3011 XK Rotterdam (tel. 010-412.8110)
7. Drs.F.B.Blog, dermatoloog, Westeinde Ziekenhuis, Lijnbaan 32, 2512 VA Den Haag (tel. 070-330.2000)
8. Dr.A.J.P.Boeke, huisarts, Postjesweg 15, 1057 DT Amsterdam (tel. 020-618.8636)
9. Dr.K.Boer, gynaecoloog, afd. gynaecologie, AMC, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam (tel. 020-566.9111)
10. Mw.Drs.J.M.Boot, dermatoloog, Schieland Ziekenhuis, Burg. Knappertlaan 25, 3116 BA Schiedam (tel. 010-473.3733)
11. Prof.Dr.Mw.J.E.M.H.van Bronswijk, bioloog, sectie dermatologische ectoparasitologie, afd. dermatologie, Academisch Ziekenhuis, Heidelberglaan 100, 3584 CX Utrecht (tel. 030-250.9111) en Centrum voor Biomedische en Gezondheidstechnologie, Technische Universiteit, Postbus 513, 5600 MB Eindhoven (tel. 040-247. 2008)
- 12.\* Dr.C.W.Burger, gynaecoloog, afd. gynaecologie, AZVU, de Boelelaan 1117, 1081 HV Amsterdam (tel. 020-444.4444/444.4832)
- 13.\* Mw.Drs.I.Cairo, dermatoloog, SOA-polikliniek GG & GD, Groenburgwal 44, 1011 HW Amsterdam (tel. 020-555.5822)
14. Prof.Dr.S.A.Danner, internist, afd. infectieziekten, tropische geneeskunde en AIDS, AMC, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam (tel. 020-566.4380/566.9111)
15. Mw.A.Diepeveen, sociaal verpleegkundige SOA/AIDS, GGD, Schiedamsedijk 95, 3000 LP Rotterdam (tel. 010-433.9388)
16. Mw.Dr.A.M.Dingemans-Dumas, medisch microbioloog/viroloog, GG & GD, Schiedamsedijk 95, 3011 EN Rotterdam (tel. 010-433.9933)
17. \* Dr.G.J.J.van Doornum, medisch microbioloog, Streeklaboratorium / GG & GD, Nwe Achtergracht 100, 1018 WT Amsterdam (tel. 020-555.5275)
18. Drs.J.J.Drenth, arts-sexuoloog, Visserstraat 39a, 9712 CS Groningen (tel. 050-312.8902)
19. Mw.Drs.A.Emans, huisarts Rutgershuis, Aletta Jacobshuis, Overtoom 323, 1054 JL Amsterdam (tel. 020-616.6222); privé: Brederodestr. 5 hs, 1054 MP Amsterdam (tel. 020-616.4715)
20. Mw.A.C.A.Haga, sociaal verpleegkundig consulente voor SOA, Stichting SOA-bestrijding, Postbus 8198, 3503 RD Utrecht (tel. 030-234.3700)
21. Dr.J.van Hattum, gastro-enteroloog, afd. interne, AZU, Heidelberglaan 100, 3584 CX Utrecht (tel. 030-250.9111)
22. Mw.Dr.J.A.R.van den Hoek, arts-epidemioloog, GG & GD, Nwe Achtergracht 100, 1018 WT Amsterdam (tel. 020-555.5384)
23. Dr.H.J.Hulsebosch, dermatoloog, afd. dermatologie, AMC, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam (tel. 020-566.9111)
24. Dr.B.van Klingeren, microbioloog, RIVM, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven (tel. 030-274.2905/274.9111)
25. Mw.Ir.M.J.W.van de Laar, epidemioloog, RIVM, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven (tel.030-274.9111)
26. Mw.Drs.E.G.Langeveld-Wildschut, dermatoloog, afd. dermatologie, AZU, Heidelberglaan 100, 3584 CX Utrecht (tel. 030-250.9111)
27. Dr.A.M.van Loon, viroloog, afd. klinische microbiologie, AZU, Heidelberglaan 100, 3584 CX Utrecht (tel. 030-250.9111)
28. Dr.A.A.B.Lijcklama à Nijeholt, uroloog, afd. urologie, AZL, Rijnsburgerweg 10, 2333 AA Leiden (tel. 071-526.9111)
- 29.\* Prof.Dr.J.M.W.M.Merkus, gynaecoloog, afd. gynaecologie, AZN, René Descartesdreef 1, 6525 GL (postbus 9101, 6500 HB) Nijmegen (tel. 024-361.4788/361.1111; tel privé: 024-323.5711)

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

- 30.\* Dr.W.I.van der Meijden, dermatoloog, afd. dermatologie, AZR, dr. Molewaterplein 40, 3015 GD Rotterdam (tel. 010-463.9222)
- 31.\* Drs.Mw.M.J.E.Mourits, gynaecoloog, afd. gynaecologie, AZG, Postbus 50.001, 9700 RB Groningen (tel. 050-361.6161)
32. Dr.A.P.Oranje, dermatoloog, afd. dermatologie, Sophia Kinderziekenhuis, dr.Molewaterplein 60, 3015 GJ Rotterdam (tel. 010-463.6363)
- 33.\* Dr.J.M.Ossewaarde, medisch microbioloog/viroloog, RIVM, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven (tel. 030-274.9111)
34. Dr.J.F.P.Schellekens, medisch microbioloog, RIVM, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven (tel. 030- 353.7165/353.7161)
35. Dr.J.T.M.van der Schoot, gynaecoloog, St. Lucas Andreas Ziekenhuis, Postbus 9243, 1006 AE Amsterdam (tel. 020-510.8911)
36. Hr.W.Schop, Sociaal Verpleegkundige Infectieziekten, GGD, Schiedamsedijk 95, 3000 LP Rotterdam (tel. 010-433.9437/433.9897)
- 37.\* Drs.H.B.Thio, dermatoloog, Ziekenhuis Leyenburg, Leyweg 275, 2545 CH Den Haag (tel. 070-359.2000)
- 38.\* Drs.G.Tillemans, directeur Stichting SOA-bestrijding, Postbus 8198, 3503 RD Utrecht (tel. 030- 234.3700)
39. Mw.L.Tonino-van de Marel, sociaal verpleegkundige AIDS, GG & GD, Thorbeckelaan 360, 2564 BZ Den Haag (tel. 070-353.7165/353.7161)
- 40.\* Dr.P.C.van Voorst Vader, dermatoloog, afd. dermatologie, AZG, Postbus 50.001, 9700 RB Groningen (tel. 050-361.6161)
41. Dr.P.M.E.Wertheim-van Dillen, Laboratorium Klinische Virologie, AMC, Amsterdam (tel. 020-566.5619)
42. Prof.Dr.L.Wigersma, huisarts, Instituut Huisartsgeneeskunde, AMC, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam (tel. 020-566.9111)
43. Dr.E.Ch.Wolters, neuroloog, afd. neurologie, AZVU, de Boelelaan 1117, 1081 HV Amsterdam (tel. 020-444.4444)

## SOA DIAGNOSTIEK & THERAPIE RICHTLIJNEN 1997

Deze uitgave is voor belangstellenden verkrijgbaar bij de Stichting SOA-bestrijding, Postbus 8198, 3503 RD Utrecht (tel. 030 - 23 43 700; fax 030 - 23 31 713). Naast deze uitgave zijn ook de Richtlijnen voor SOA-onderzoek bij prostitué(e)s verkrijgbaar bij de Stichting SOA-bestrijding.

Procedures t.a.v. de tekst van de 2e editie anno 1997 van de SOA Diagnostiek & Therapie Richtlijnen binnen de drie wetenschappelijke verenigingen:

a. Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en venereologie (N.V.D.V.).

Tien dermatologen zijn als redactielid of "invited expert" betrokken geweest bij het opstellen van de concepttekst van de 2e editie van de richtlijnen. De concepttekst is begin november 1997 namens de redactie in overleg met de SOA-Commissie en de Commissie Richtlijnen van de N.V.D.V. bij alle leden van de N.V.D.V. en de arts-assistenten in opleiding voor dermatoloog ter beoordeling bezorgd met de vraag commentaar te geven voor of op het tweede Nationaal SOA/AIDS Congres op 28 & 29 november 1996 te Veldhoven. Na ontvangst van het commentaar is de concepttekst door de redactie dd 12-02-1997 gefinaliseerd, waarbij de indieners van het commentaar op de hoogte gesteld zijn van de veranderingen. In de algemene ledenvergadering van de N.V.D.V. dd 26-04-1997 is de vergadering accoord gegaan met publicatie van de 2e editie van de Richtlijnen als richtlijnen van de N.V.D.V.

b. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (N.V.O.G.).

Zes gynaecologen zijn als redactielid of "invited expert" betrokken geweest bij het opstellen van de concepttekst van de 2e editie van de richtlijnen. De concepttekst is november 1997 namens de redactie voor commentaar toegestuurd aan het bestuur en de leden van de Werkgroep Infecties van de N.V.O.G. De concepttekst is tevens uitgereikt aan de voorzitter van het bestuur van de N.V.O.G. en de Commissie Kwaliteit van de N.V.O.G. Tijdens het tweede Nationaal SOA/AIDS Congres op 28 & 29 november 1996 te Veldhoven zijn onderdelen van de concepttekst in aanwezigheid van aan het congres deelnemende gynaecologen besproken. In de redactievergadering dd 12-02-1997 is de tekst van de 2e editie van de richtlijnen gefinaliseerd en is besloten de richtlijnen onder auspiciën van de N.V.D.V., N.V.O.G. en N.V.M.M. uit te geven met vermelding van de gevolgde procedures binnen de drie wetenschappelijke verenigingen. De Commissie Kwaliteit N.V.O.G. accordeerde dat.

c. Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (N.V.M.M.).

De concepttekst van de 2e editie van de richtlijnen is mede in overleg met Dr.G.J.J.van Doornum, Dr.J.M.Ossewaarde, Dr.A.M.Dingemans-Dumas, Dr.P.M.Wertheim-van Dillen, Dr.B.van Klingeren, Dr.A.M.van Loon, Dr.J.F.P.Schellekens, (artsen) microbiologen en "invited experts", opgesteld. Dr.G.J.J.van Doornum heeft als genodigde vanaf het begin deelgenomen aan de redactievergaderingen. In de redactievergadering dd 12-02-1997 is de tekst gefinaliseerd en is voorgesteld het bestuur van de N.V.M.M. te vragen of de richtlijnen mede onder auspiciën van de N.V.M.M. kunnen verschijnen en Dr.J.M.Ossewaarde uit te nodigen alsnog tot de redactie toe te treden, omdat hij net als Dr.G.J.J.van Doornum vanaf het begin betrokken is geweest bij het opstellen van de richtlijnen. Dr.J.M.Ossewaarde is daarmee accoord gegaan. Het bestuur van de N.V.M.M. heeft de tekst voorgelegd aan twee andere beroepsgenoten en de tekst zelf marginaal getoetst. Het N.V.M.M.-bestuur heeft zich vervolgens accoord verklaard met het predikaat "onder auspiciën van de N.V.M.M.". Deze richtlijnen zijn derhalve géén richtlijnen van de N.V.M.M.

Deze 2e editie van de Richtlijnen voor SOA Diagnostiek & Therapie verschijnt in principe eind 1997 in deel E van het SOA Vademecum (een losbladige uitgave met regelmatige aanvullingen) bij Bohn Stafleu Van Loghum. In dat boek verschenen reeds, samen met de 1e editie anno 1994 van de SOA Diagnostiek & Therapie Richtlijnen, de Standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap betreffende SOA.

Financieel is deze uitgave mogelijk gemaakt door Glaxo Wellcome B.V. en Pfizer B.V.

Suggestie voor literatuurreferentie van deze uitgave:

Van Voorst Vader PC, Burger CW, Van der Meijden WI, Bleker OP, Cairo I, Merkus JMWM, Thio HB, Mourits MJE, Van Doornum GJJ, Ossewaarde JM, redactie. SOA Diagnostiek & Therapie Richtlijnen 1997. 2e druk. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie; 1997.

© 1997 Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie

Alle rechten voorbehouden. Niets van deze uitgave mag worden veelelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enigerlei wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de NVDV. Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j<sup>o</sup> het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd bij Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 882, 1180 AW Amstelveen). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de NVDV te wenden.

ISBN 90 5182 027 5

NUGI 742

Trefwoord: SOA