

## **Bijlage I Syfilis in de zwangerschap en congenitale syfilis**

Syfilis in de zwangerschap kent vooral risico voor de vrucht. Voor de zwangere vrouw zelf verloopt de ziekte niet ernstiger dan bij niet zwangere vrouwen. Verticale transmissie verloopt transplacentair, of durante partu indien actieve laesies aanwezig zijn bij de moeder. Zo kan congenitale syfilis ontstaan, die kan lijden tot abortus of intra-uteriene vruchtdood, of ernstige en soms letale congenitale afwijkingen. (Genç00, Holm99, Sing99)

### **Besmettelijkheid**

Zwangere vrouwen kunnen vanaf het begin van de infectie (en niet pas na enkele weken zoals vroeger werd gedacht) besmettelijk zijn voor de foetus. Deze besmettelijkheid kan jarenlang aanhouden omdat het om een transplacentaire besmetting gaat en de Treponema, ook in de late fase, aanwezig blijven in het lichaam. Wel is het zo dat de verticale transmissiekans geleidelijk aan afneemt en na ongeveer acht jaar vrijwel niet meer aanwezig is. Nul wordt het echter nooit. Borstvoeding is niet besmettelijk, tenzij er actieve syfilitische laesies aan de borst zijn. (Holm99, Genç00)

### **Congenitale syfilis**

Congenitale syfilis wordt onderverdeeld in:

- Vroege congenitale syfilis (syphilis congenita praecox) bij een leeftijd onder de twee jaar, met persisterende rhinitis, hepatomegalie, glomerulonefritis, lymfadenopathie, gegeneraliseerd maculopapuleus erytheem, ook op handen en voeten, skeletafwijkingen en soms een acute meningitis.
- Late congenitale syfilis (syphilis congenita tarda) bij een leeftijd boven de twee jaar, met interstitiële keratitis, Hutchinson tanden, zadelneus en andere skeletafwijkingen, doofheid en soms neurosyfilis.

(Genç00, Holm99, Sing99, Voor98)

### **Diagnostiek bij zwangerschap**

De diagnostiek bij zwangerschap verschilt niet van de diagnostiek bij niet zwangeren.

Screening van alle zwangeren gebeurt nog steeds in Nederland met de Treponemale testen: TPHA/TPPA en eventueel FTA-abs in het eerste trimester, of bij het eerste bezoek aan de verloskundige. Deze screening is, ook door de recente toename van het aantal syfilisgevallen, kosteneffectief en dient dus voortgezet te worden. Sommige auteurs pleiten er ook voor om in hoog risicopopulaties de screening te herhalen bij het begin van het derde trimester en rond de bevalling.

(Bont99, CBO02, Fenn99, Genç00, Voor98, Work02)

Bij congenitale syfilis kan intra-uteriene infectie, naast een positieve serologie bij de moeder, bevestigd worden door het aantonen van IgM in de foetale circulatie. Deze passeren namelijk niet de placenta. Ook kan echo-onderzoek foetale afwijkingen passend bij syfilis aantonen.

Iedere pasgeborene van een moeder met positieve luesserologie – al of niet behandeld – moet onderzocht worden op syfilis.

Bij de pasgeborene is het klinisch beeld samen met een positieve serologie bij de moeder meer informatief dan de vaak vals-negatieve serologie bij het kind.

Navelstrengbloed is vaak vals-positief. Soms kunnen Treponema uit oppervlakkige laesies aangetoond worden door donkerveldmicroscopie.

Het RIVM gebruikt de 19S-IgM-FTA-abs assay en de IgM-Treponema-pallidum-immunoblot voor diagnostiek op congenitale lues. Zo nodig herhalen na vier, acht en twaalf weken. (Fenn99, Genç00, Holm99, Sing99)

### **Behandeling bij zwangerschap**

De behandeling van lues in de zwangerschap is vooral bij primaire syfilis anders dan bij niet zwangeren. Bij de overige vormen van lues gelden dezelfde richtlijnen als bij niet zwangeren. Voor vroege syfilis bij zwangeren is de huidige richtlijn om te behandelen met benzathine benzylpenicilline 2,4 miljoen IE op dag 1, 8, 15, omdat een slechts eenmalige behandeling mogelijk een slechtere uitkomst zou hebben voor de neonat. Dit advies is vooral op een studie gebaseerd.

Bij zwangeren met een penicillineallergie kan desensibilisatie gevolgd door een behandeling met benzathine benzylpenicilline volgens de richtlijn overwogen worden.

Na behandeling kunnen zwangeren vaker een Jarisch-Herxheimer reactie (vrijkomen van *T. pallidum* endotoxine-achtige lipoproteïnen met verergering van de laesies, koorts en malaise als gevolg) ontwikkelen, resulterend in vroeggeboorte en foetale nood. (Genç00, Holm99, Sing99, Voor98)

Bij elke zwangere met syfilis, behandeld of onbehandeld, moet de neonat op congenitale syfilis onderzocht worden.

De behandeling van congenitale syfilis is gelijk aan die voor neurosyfilis: waterige benzylpenicilline G 100-150.000 IE/kg/dag i.v. verdeeld over 6 doseringen per dag gedurende 10-14 dagen. Bij late congenitale syfilis wordt de dosering verdubbeld.

Als de moeder seropositief is, dient het kind eenmalig benzathine penicilline G 50.000 IE/kg i.m. toegediend te krijgen ook al is ze behandeld tijdens de zwangerschap en vertoont het kind geen teken van klinische of serologische lues. Follow-up: drie maandelijks serologie. Bij neurolyues als voor volwassene. (Fenn99, Genç00, Holm99, Sing99, Work02)