

EPIDEMIOLOGISCH BULLETIN VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

NR 43 2003/1

Artikelen

Toename van syfilis in Antwerpen in 2001

I. Maes, K. De Schrijver, M. Vandenbruaene, e.a.,
p. 1-5

Toename van syfilis en andere seksueel overdraagbare infecties Studie van het peillaboratorianetwerk

G. Hanquet, G. Ducoffre, F. Van Loock, p.6-10

Kliniek, diagnose en behandeling van syfilis

D. Avonts
p. 11-13

Hoe ging de overheid vroeger om met seksueel overdraagbare infecties?

K. De Schrijver
p.15-16

Registratieoverzichten

Peillaboratoria Besmettelijke ziekten Redactie

Koen DE SCHRIJVER
Annemie FORIER
Ludo MAHIEU
Geert TOP
Viviane VAN CASTEREN
Pierre VAN DAMME
Dirk WILDEMEERSCH

Redactiesecretariaat Riek IDEMA

Hoofdredactie Koen De Schrijver

Gezondheidsinspectie Antwerpen
Copernicuslaan 1 bus 5
2018 Antwerpen

TEL.: 03-224 62 04
FAX: 03-224 62 01

e-mail: epidemiologischbulletin@vlaanderen.be
webadres :
<http://www.wvc.vlaanderen.be/epibul>

Verantwoordelijke uitgever: Dirk Dewolf

Toename van syfilis in Antwerpen in 2001

I. Maes¹, K. De Schrijver¹, M. Vandenbruaene², K. Wouters³

Samenvatting

In 2001 registreerde de Gezondheidsinspectie van Antwerpen 91 nieuwe syfilismeldingen die beantwoordden aan de criteria van een serologische definitie van syfilis. Ter vergelijking, in 1999 werden 9 syfilisgevallen geregistreerd en in 2000 slechts 8. In 2001 ging het in 17 (19%) gevallen om een primaire syfilis, in 9 gevallen (10%) om secundaire syfilis, in 3 gevallen (3%) om een tertiaire syfilis en in 62 gevallen (68%) betrof het een latente vroegtijdige syfilis. De groep bestaande uit 67 mannen (74%) en 24 vrouwen (26%) had een gemiddelde leeftijd van 47,7 jaar (19-90). De grootste groep patiënten (22%) behoorde tot de leeftijdscategorie van 35-39 jaar. Van de 91 patiënten woonden er 74 (81,3%) in de stad Antwerpen en 88 (96,7%) in het arrondissement Antwerpen, één van de drie arrondissementen van de provincie Antwerpen. Van 26 mannen was de seksuele geaardheid bekend: 3 waren biseksueel, 3 waren hetero- en 20 homoseksueel. Van de laboratoria ging 52% van de meldingen uit, de overige 48% kwam van klinici. In april konden we de meeste meldingen registreren (23%). De huisartsen uit de regio werden in 2001 schriftelijk geïnformeerd. Ook werd er een infocampagne opgezet naar homobars, sauna's en prostituees. Ook in andere Belgische steden (Brussel, Gent, Luik) en ook elders in Europa (Oslo, Manchester, Amsterdam) werd recent een toename beschreven van syfilis.

1 Gezondheidsinspectie Antwerpen

2 Instituut voor Tropische Geneeskunde, Antwerpen

3 Vakgroep Sociale Geneeskunde, Universiteit Antwerpen

Inleiding

Syfilis is één van de klassieke seksueel overdraagbare infecties (SOI), die al geruime tijd bekend is. Het is een multisystemische aandoening die veroorzaakt wordt door een besmetting met *Treponema pallidum* en, mits aanwenden van adequate medicatie in een vroegtijdige fase, goed behandelbaar is (1). De infectie is gelieerd aan "onveilige" seksuele contacten. In België was syfilis na 1950 een endemische ziekte waarvan op jaarbasis enkele tientallen gevallen geregistreerd werden. In 1999 en 2000 noteerde de Gezondheidsinspectie respectievelijk 9 en 8 meldingen. In het vroege voorjaar van 2001 meldden reeds enkele huisartsen syfilisgevallen, wat deed vermoeden dat er een probleem was van syfilis in de stad Antwerpen (2). Om zicht te krijgen op deze eventuele uitbraak startte de Gezondheidsinspectie een epidemiologisch onderzoek waarbij de syfilisdata van het jaar 2001 werden verzameld en geanalyseerd.

Achtergrond

Een primaire syfilis kenmerkt zich door een syfilitische sjanker die genitaal, anaal of orofaryngaal kan voorkomen. Kenmerkend voor een secundaire syfilis is een veralgemeende symmetrische muco-cutane eruptie die zowel een veralgemeende rash als maculaire, papuleuze of hyperkeratotische letsels kan geven. Bij een latente vroegtijdige (<1jaar) of laattijdige (>1jaar) syfilis zijn er geen klinische ziekte tekens, maar zijn de treponemale en de niet-treponemale serologische testen gestoord (1,3,4).

Methode

De gegevensverzameling gebeurde via het model van de verplichte melding van infectieziekten aan de Gezondheidsinspectie, en via actieve casefinding bij klinici en laboratoria. Specifieke inbreng gebeurde via de SOA-consultatie van het Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG), het project "Gezondheidshuis Antwerpse Prostitutie (GH@PRO) van de vakgroep Epidemiologie en Sociale Geneeskunde in samenwerking met de stad Antwerpen, de vzw Payoke, de Ketelpatrouille en via de surveillancenetwerken van microbiologische laboratoria van het

Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV).

Meldingen werden verwerkt als er sprake was van én een nieuwe melding én een positieve kliniek, met name symptomen van primaire of secundaire syfilis, en /of positieve serologische testen bij patiënten die voordien nog niet geregistreerd waren. In deze studie werden voor de bevestigde syfilisgevallen de volgende serologische criteria gehanteerd. Voor de treponemale testen ging het om *Treponema Pallidum* Hemagglutinating Antibody (TPHA) en Fluorescent Treponemal Antibody Absorbed (FTA) test die als positief of negatief gequoteerd werden. Als niet-treponemale testen hanteerden we de Veneral Disease Research Laboratory test (VDRL) en de Rapid Plasma Reagin test (RPR) met een titer die groter was dan 1/4. Treponemale testen zijn vooral bruikbaar inzake de specificiteit en niet treponemale testen zijn vooral nuttig om de impact van de behandeling te evalueren (1). Bij het registreren werden, naast serologische gegevens, ook de volgende patiëntengegevens genoteerd: geslacht, woonplaats, geboortedatum en seksuele geaardheid. Op basis van deze gegevens konden dubbelmeldingen uitgesloten worden. De actieve dataverzameling beperkte zich tot de agglomeratie Antwerpen (444.986 inwoners).

Resultaten en bespreking

Incidentie

Voor 2001 werd er in de provincie Antwerpen een sterke stijging van syfilisgevallen waargenomen in vergelijking met de geregistreerde cijfers van de voorbije jaren. Zo konden er 91 nieuwe gevallen geregistreerd worden. De incidentie bedroeg 0,5 per 100.000 (95%-BI 0,1-0,8) in 2000 en 5,5 per 100.000 (95%-BI 4,4-6,7) in 2001. Bij de interpretatie van de cijfers moet men rekening houden met de onderschatting van het passieve registreren via het meldingscircuit en de actieve case finding die gebeurde. Omdat we ook een stijging vaststelden van syfilisgevallen bij de laboratoria, de huisartsen, de SOA-consultatie en het project GH@PRO in Antwerpen konden we aannemen dat de stijging reëel was.

Van de in totaal 187 meldingen voldeden 91 gevallen aan de vooropgestelde criteria. Omdat slechts een deel van de serologische resultaten bekend was, waren er waarschijnlijk nog meer actieve syfilisgevallen in Antwerpen.

Syfilistype

Van deze 91 gevallen hadden de meeste meldingen betrekking op een latent vroegtijdige syfilis (68%); in 19% betrof het primaire syfilis, 10% van de patiënten hadden een secundaire syfilis en 3% een tertiaire syfilis (figuur 1). Vermoedelijk is de groep van de latente syfilis oververtegenwoordigd omdat een aantal primaire letsels makkelijk gemist wordt. Dat geldt met name voor genitale letsels bij vrouwen en voor anale en orofaryngale laesies. Vermoedelijk zijn enkele latente syfilisgevallen primaire gevallen. Verder zijn van een aantal patiënten geen klinische gegevens beschikbaar.

Spreiding naar geslacht, leeftijd en woonplaats

De groep met 91 gevallen bestond uit 67 mannen (74%) en 24 vrouwen (26%).

De gemiddelde leeftijd van alle patiënten uit onze studie was 47,7 jaar (19-90) en 20 patiënten (22%) behoorden tot de leeftijdscategorie van 35-39 jaar. De grootste groep (85%) schommelde tussen 20 en 54 jaar (77 personen), en 13% (12 personen) was 60 jaar of ouder (figuur 2).

Uit de arrondissementsverdeling bleek dat 88 patiënten (96,7%) in het arrondissement Antwerpen woonden, waarvan 74 (84%) in de stad Antwerpen en 14 (16%) elders in het arrondissement. Uit het arrondissement Mechelen kwamen 2 patiënten (2,2%) en uit Turnhout kwam één melding (1%). In 2000 kwamen 6 meldingen (75%) uit het arrondissement Antwerpen en 2 meldingen (25%) uit het arrondissement Turnhout.

Het GR@PRO-project bij de prostituees in Antwerpen bracht 7 vooraf niet behandelde syfilisgevallen aan voor 2001. Voor de periode 1999-2000 waren dat 13 gevallen.

Herkomst melding

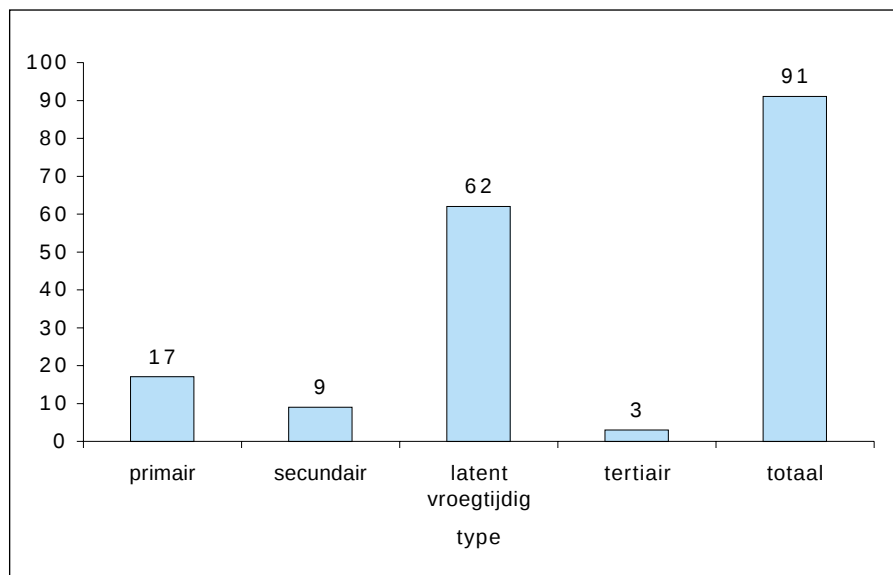
In april 2001 kwamen 21 syfilismeldingen binnen bij de Gezondheidsinspectie in Antwerpen, goed

voor 23% van alle meldingen in 2001. Deze piek kan verklaard worden door de actieve casefinding die opgezet werd in maart-april. De laboratoria rapporteerden 52% (47 gevallen) van de actieve syfilisgevallen. Maar ook via het ITG (23%), de specialisten (8,8%), de huisartsen (8,8%) en het project van de UIA (7,7%) werden nieuwe gevallen van syfilis gemeld. Deze studie toont aan dat huisartsen een belangrijke signaliserende functie hebben in het kader van de detectie van outbreaks. Los van de onderregistratie kunnen we ook hier toch aantonen dat het bestaande meldingscircuit als het aangevuld wordt met een actieve casefinding, kan bijdragen tot het in kaart brengen van infectieuze clusters.

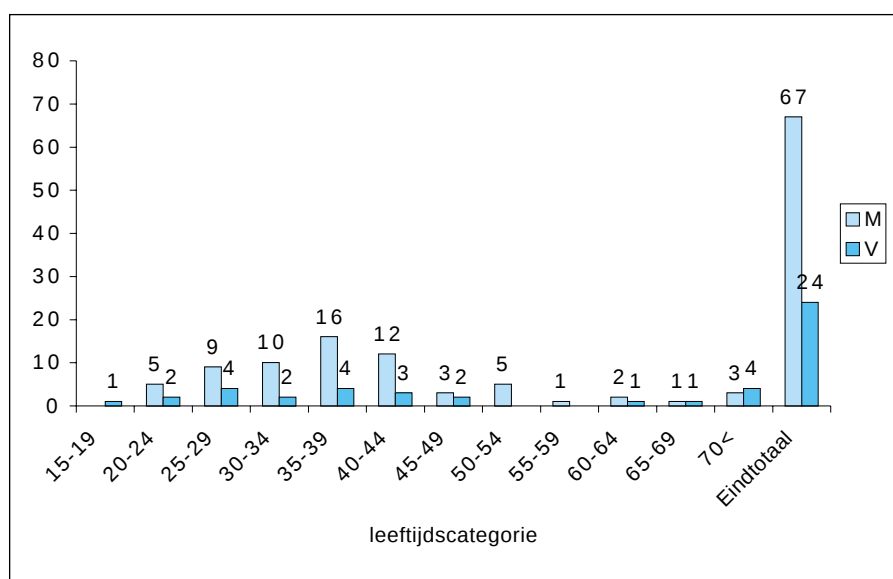
Risicogroep

Voor de mannelijke patiënten was slechts 38,8% (26) van de seksuele geaardheid bekend: 11,5% hiervan (3) was heteroseksueel en 76,9% (20) homoseksueel. Er waren weinig gegevens bekend over de seksuele geaardheid van patiënten. De groep waarvan dit wel bekend was, werd gemeld door het ITG. Een aantal patiënten bezochten gay-sauna's en darkrooms waar ze anonieme, onveilige sekscontacten hadden. Deze anonieme onbeschermd seks is dikwijls de oorzaak van een syfilisbesmetting. Uit prevalentiecijfers blijkt dat 7,1% van de homoseksuele mannen een reactieve syfilisserologie hebben. Ze vormen samen met prostituees en hun klanten een risicogroep op syfilis (4). De gegevens van het Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG) tonen aan dat promiscue homo's een risicopopulatie zijn voor syfilis, namelijk 14 van de 21 patiënten (66,7%) zijn homo. In de volledige groep actieve syfilis waren 20 van de 26 mannelijke patiënten waarvan de seksuele geaardheid gekend was homoseksueel (76,9%). Studies zoals deze, die gebaseerd zijn op de data in het kader van de melding van ziekten aan de overheid, zijn maar in beperkte mate in staat om specifieke informatie (de subgroep of de seksuele geaardheid van de patiënten) in te kleuren.

Figuur 1: Syfilis in provincie Antwerpen, 2001, aantal per type



Figuur 2: Syfilis in Antwerpen, aantal per leeftijdscategorie, per geslacht



Gerelateerde outbreaks

De kernpunten van onze studie werden bevestigd door het onderzoek van G. Hanquet van het WIV die na verwerking van de data van het surveillancenetwerk en op basis van actieve casefinding bij de laboratoria ook een stijging zag van nieuwe syfilisgevallen in de periode van januari 2000 tot april 2001(5). Ook deze studie bevestigde de toename in Antwerpen, maar heeft ook aangetoond dat er sprake is van een cluster in Brussel. Voor Antwerpen zou er een toename zijn van gemiddeld 2,3 nieuwe gevallen per maand in 2000 naar 3,8 in 2001. Voor Brussel zou deze stijging geëvolueerd zijn van 2,9 per maand in 2000 naar 3,5 per maand in het voor-

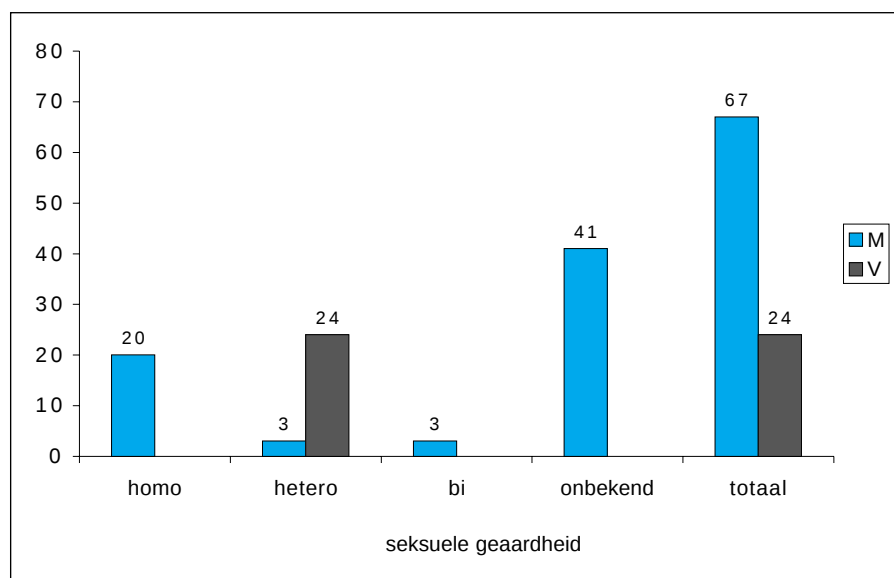
jaar van 2001. Dat syfilis toeneemt in grote steden, wordt eveneens bevestigd door andere studies en dit geldt met name voor Amsterdam, Parijs, Oslo, Leeds, Londen, Bristol, Brighton, Hove, Manchester en San Francisco (3,6,7,8,9,10,11,13). Zo werden in Engeland naar aanleiding van een stijging van het aantal gevallen diverse syfilisclusters onderzocht. In Bristol ging het om prostituees en druggebruikers, in Brighton en Hove betrof het homo's. In Manchester ging het in 75% van de gevallen om homoseksuele mannen waarvan een groot deel HIV+ was, maar ook om heteroseksuele mannen en vrouwen. De stijging bij homoseksuele mannen in Manchester lijkt zich voort te zetten. Ook in Amsterdam

zag men een stijging bij homoseksuele mannen. In Parijs werd een cluster syfilismeldingen onderzocht waarbij ook het grootste deel van de patiënten homoseksueel was. Bij de outbreak in Oslo ging het vooral om homo's die risicogedrag vertoonden in homosaua's. In al deze studies was dus sprake van syfilisoutbreaks bij de risicopopulatie die onveilige seksuele contacten had: homo- en biseksuele mannen, prostituees en hun klanten, en IV-druggebruikers. Ook in de Antwerpse cluster komt de band met de gay-sauna's en de darkroomseks te voorschijn.

Maatregelen

De snelle stijging van het aantal syfilisgevallen in Antwerpen heeft geleid tot verschillende maatregelen. Zo ontvingen de huisartsen van de stad Antwerpen en Morselt een informatieve omzendbrief. In overleg met het ITG en Sensoa werd ook een perstekst opgemaakt rond het syfilisprobleem, die zowel naar de algemene pers als naar de homopers ging. Ten slotte werden de homobars en het prostitutiemilieu door GH@PRO, Sensoa en Payoke betrokken bij de promotie van de "safe sex". Zo verspreidde men 1400 folders. Ook in de bars/sauna's van Oostende, Gent en Brussel werd campagne gevoerd. Op landelijk niveau werden de infoboodschappen overgenomen door de gespecialiseerde pers.

Figuur 3: Syfilis in provincie Antwerpen, 2001, seksuele geaardheid per geslacht



Besluit

Er heeft zich in 2001 een outbreak van syfilisgevallen voorgedaan in Antwerpen, maar die outbreak is ook in andere grote steden van België waarneembaar. Ook nu blijkt dat syfilis danig onderschat wordt. Hoewel de grondige analyse in Antwerpen nog aan de gang is, kan men op basis van voorlopige gegevens voornamelijk de volgende risicogroepen in kaart brengen: homoseksuele promiscue mannen, klanten van gay sauna's en darkrooms die geen veilige seks hebben. Deze risicogroepen werden ook in recente buitenlandse studies

genoemd. Als dusdanig komt syfilis vooral voor in een grootstedelijk milieu. Deze studie heeft aangetoond dat het registratiemodel van de verplichte melding van infectieziekten indien het gepaard gaat met een adequate reactie van de beheerders en de onderzoekers een nuttige bijdrage kan leveren tot de controle van infectieziekten.

Dankwoord

Graag willen we de diverse huisartsen, laboratoria en leden van de onderzoeksgroep danken voor hun bijdrage aan de studie.

Summary

In 2001 the Health Inspectorate of Antwerp was notified of 91 new cases of syphilis that met the serologic definition of syphilis. In comparison, 9 cases were notified in 1999 and 8 in 2000. Seventeen patients (19%) had primary syphilis, 9 patients (10%) had secondary syphilis, 3 patients (3%) had tertiary syphilis and 62 patients (68%) had early latent syphilis. The group of 2001 consisted of 67 men (74%) and 24 women (26%), whose average age was 47.7 years ranging from 19 to 90. Most patients (22%) were between 35 and 39 years old. Seventy-four out of 91 patients (81.3%) lived in Antwerp (centre) and 88 (96.7%) in the neighbourhood of Antwerp. The sexual behaviour of 26 male patients was reported: 3 of them were bisexual, 3 were heterosexual and 20 were homosexual. The laboratories reported 52% of the cases, 48% was registered by clinicians. Most cases were reported in April (23%). In 2001 the general practitioners were informed in writing, and an information campaign towards gay-bars, gay-saunas, and prostitutes was set up. Recently, an increase of syphilis in this risk population was also reported in other major Belgian cities (Brussel, Gent, Luik) and also in Europe (Oslo, Manchester, Amsterdam).

Literatuur

1. CDC. Guidelines for treatment of Sexually Transmitted Diseases 1998. MMWR 1998; 47(RR-1):1-118.
2. De Schrijver K. Syphilis outbreak in Antwerp, Belgium. Eurosurveillance Weekly 2001; 19;1.
3. Desenclos JC. Le retour de la syphilis en France : un signal de plus pour renforcer la prévention! Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2001; 35-36 : 167-75.
4. Avonts D. Treponema pallidum. In: AVONTS D. SOA/AIDS Praktijkboek, Diegem: Kluwer Editorial, 1995.
5. Hanquet G, Van Loock F. Trends of syphilis cases reported by the sentinel laboratory network Belgium, Jan 2000-April 2001. www.iph.fgov.be/epidemie/epin/index000.htm Brussel: Ministerie van Volksgezondheid, 2001.
6. Beuker RJ, Van De Laar J, Rijlaarsdam J. SOA in Nederland, deel 3. Het voorkomen van syfilis in Nederland. Infectieziekten Bulletin 2001;12(5): 153-8.
7. Blystad H, Nilsen Ø, Aavitsland P. An outbreak of syphilis among homosexual men in Oslo, Norway. Eurosurveillance Weekly 1999; 3: (47).
8. CDC. Outbreak of syphilis among men who have sex with men Southern California, 2000. MMWR 2001; 50: 117-20.
9. CDSC. Increased transmission of syphilis in Manchester. CDR Wkly 2000; 10 : 89.
10. CDSC. Increased transmission of syphilis in men who have sex with men reported from Brighton and Hove. CDR Wkly 2000; 10: 177-80.
11. CDSC. Syphilis continues to spread in Greater Manchester. CDR Weekly (serial online). 2001; 11(15).
12. CDSC. Syphilis transmission among homosexual and bisexual men in London and Manchester, CDR Weekly (serial online). 2001;11 (27).
13. Doherty L., Fenton K, O'Flanagan D, Couturier E. Evidence for increased transmission of syphilis among homosexual men and heterosexual men and women in Europe. Eurosurveillance Weekly 2000, 50.

Toename van syfilis en andere seksueel overdraagbare infecties

Studie van het peillaboratorienetwerk

G. Hanquet¹, G. Ducoffre¹, F. Van Loock¹

Samenvatting

Uit de gegevens van het peillaboratorienetwerk van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) blijkt het aantal gevallen van syfilis in de provincie Antwerpen sinds de tweede helft van 2000 toe te nemen. In het arrondissement Antwerpen hebben de laboratoria bovendien een significante toename van gonorroe en chlamydia-infecties geregistreerd. Op nationaal niveau is een vergelijkbare trend voor syfilis en gonorroe vastgesteld. Hoewel de toename voor een groot deel het gevolg is van de situatie in Antwerpen, zijn nog enkele andere steden getroffen. Er is verder onderzoek nodig om de mogelijke oorzaken van de toename van seksueel overdraagbare infecties te achterhalen.

Inleiding

Begin 2001 werden aan de Antwerpse gezondheidsinspectie verschillende syfilisgevallen gemeld. In het eerste kwartaal van 2001 registreerde de dienst ongeveer 50 nieuwe gevallen (1). In samenwerking met de Vlaamse Gemeenschap besliste het WIV om de trend van syfilisgevallen ook op nationaal vlak te onderzoeken (2).

Dit artikel analyseert de trend van syfilis in de provincie Antwerpen en de trend van chlamydia en gonorroe in het arrondissement Antwerpen en maakt een vergelijking met de Belgische gegevens.

Methode

Het peillaboratorienetwerk bestaat uit 127 laboratoria verspreid over het hele land. Elk laboratorium verstuurdt dagelijks of wekelijks informatie over de diagnose van geselecteerde ziektekiemen. Drieëntwintig laboratoria zijn in de provincie Antwerpen

gevestigd (3).

Omdat syfilis vroeger niet op de lijst van opgevolgde ziekten stond, werd per brief aan elk laboratorium gevraagd hoeveel syfilisgevallen in elke maand van het jaar 2000 en de eerste vier maanden van 2001 werden gediagnosticeerd. In de brief werd geen gevalsdefinitie van actieve syfilis gegeven. Zonder specificaties werden gevallen van syfilis als positief beschouwd. In geval van gedetailleerde laboratoriumresultaten (66% van de gevallen) werden gevallen van syfilis met RPR/VDRL > 1:8 en een positieve treponemale test als positief beschouwd. Omdat de woonplaats van de gemelde gevallen onbekend was, konden de gegevens over syfilis niet per arrondissement worden geanalyseerd. De enige bruikbare geografische informatie is die van de provincie waarin het laboratorium is gevestigd. Daarnaast werd ook een analyse gemaakt van de gegevens die gere-

gistreerd werden door 127 peillaboratoria in België om de recente trends na te gaan van de incidentie van de andere seksueel overdraagbare infecties (SOI's), met name *Chlamydia trachomatis* en *Neisseria gonorrhoeae*.

Resultaten

Provincie en arrondissement Antwerpen

Zes van de veertien deelnemende laboratoria in de provincie Antwerpen rapporteerden syfilisgevallen voor de periode januari 2000-april 2001. Gevallen van chlamydia en gonorroe uit het Antwerpse arrondissement werden in 2001 door respectievelijk 10 en 11 peillaboratoria gerapporteerd. Het aantal gerapporteerde gevallen voor twee van de drie SOI's in 2001 zijn in vergelijking met 1998 verdubbeld of verdrievoudigd (tabel 1, figuur 1). De gegevens van de surveillance van syfilis in de peri-

Tabel 1: Evolutie in de tijd van het aantal SOI-gevallen Antwerpen 1998-2001

	Plaats	1998	1999	2000	2001	Factor van de toename 1998-2001	Test voor de lineaire trend 1998-2001
		N	N	N	N		
<i>C. trachomatis</i> -infecties	Arrondissement Antwerpen	67	78	133	167	2,5	P < 0,001
<i>N. gonorrhoeae</i> -infecties	Arrondissement Antwerpen	32	22	41	72	2,3	P = 0,002
<i>T. pallidum</i> -infecties *	Provincie Antwerpen	NB	NB	4*	14*	3,5*	(Poisson p<0,001)

NB: niet beschikbaar

*: januari-maart

(1) Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, J. Wytmanstraat 14, 1050 Brussel, tel.: 02-642 57 81, fax: 02-642 54 10, e-mail: germaine.hanquet@iph.fgov.be

ode januari-maart 2001 werden vergeleken met die van dezelfde periode in 2000.

Syfilis

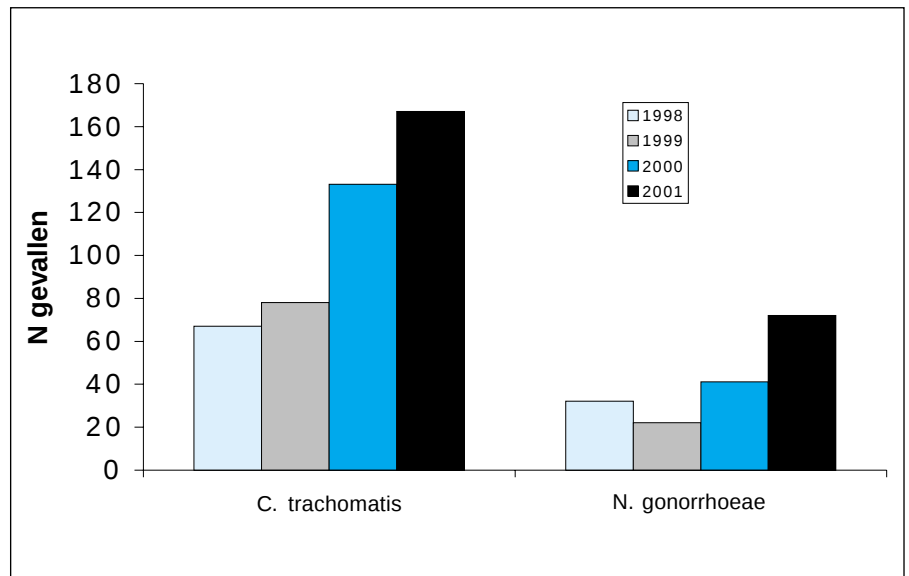
In 2000 zijn in de provincie Antwerpen 27 actieve gevallen van syfilis gerapporteerd en in de eerste vier maanden van 2001 zijn 15 gevallen gerapporteerd. De analyse per diagnosedatum, beschikbaar voor 95% van de gerapporteerde gevallen in Antwerpen, toont een significante toename in de tijd. Hoewel gegevens ontbreken om de cijfers met die van voorgaande periodes te vergelijken, lijkt de toename vanaf de tweede helft van 2000 te beginnen (figuur 2). Bij een vergelijking van de periode januari-maart 2000 met dezelfde periode in 2001 wordt een verdrievoudiging van het aantal actieve syfilisgevallen vastgesteld of een stijging van 4 tot 14 (tabel 1). Serologische informatie volstaat echter niet om een onderscheid te kunnen maken tussen recente en oude onbehandelde gevallen.

De studie van de laboratoria leverde geen gegevens over individuele gevallen, waardoor geen analyse per leeftijd en geslacht kon worden gemaakt.

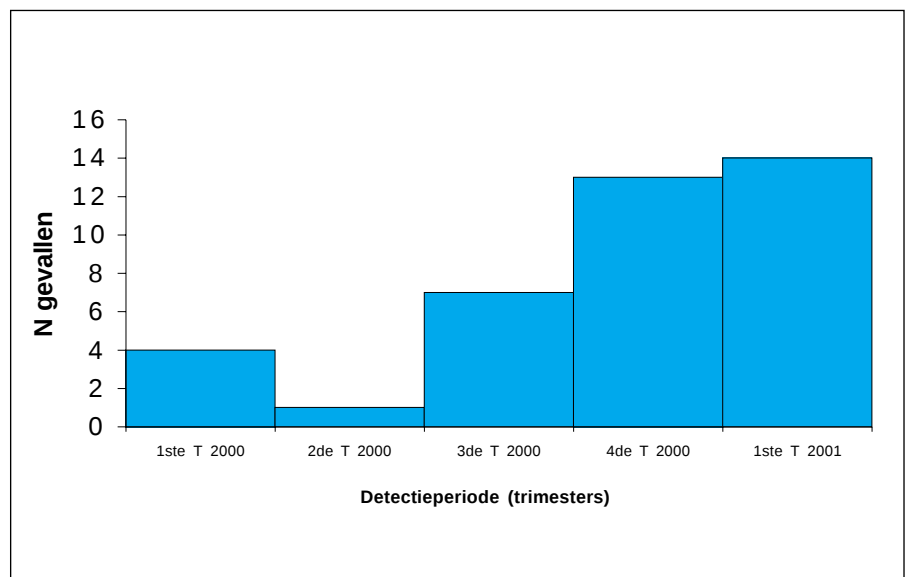
Gonorroë

In het arrondissement Antwerpen was het aantal gevallen van gonorroë dat de peillaboratoria tussen 1998 en 2001 rapporteerden meer dan verdubbeld, van 32 tot 72 gevallen (tabel 1). Net zoals voor syfilis werd de toename sinds de tweede helft van 2000 vastgesteld. De meeste gonorroëgevallen die in 2001 door het peillabmodel gerapporteerd werden, waren van het mannelijke geslacht. Ze vertegenwoordigden 94% van alle gerapporteerde gevallen. De toename in de tijd werd alleen bij mannen vastgesteld (figuur 3). In 2001 was de gemiddelde leeftijd van de gevallen 35 jaar, 70% van de gevallen was tussen de 20 tot 39 jaar. Er werd geen enkel geval onder de leeftijd van 20 jaar gerapporteerd. De toename van het aantal geregistreerde gevallen van 1999 tot 2001 wordt in alle leeftijdsgroepen tussen 20 en 49 jaar vastgesteld. De 11 laboratoria die in 2001 gevallen rapporteerden, stelden in vergelijking met 2000 een toename van het aantal gevallen vast. Beroep, seksueel

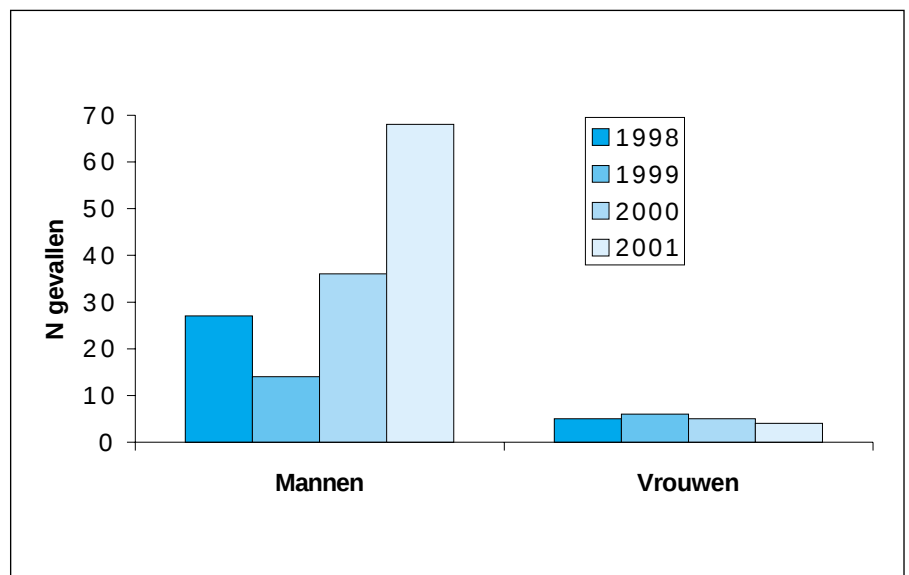
Figuur 1: Trends van SOI's in de provincie Antwerpen voor de periode 1998-2001 (WIV peillaboratoria)



Figuur 2: Actieve syfilisgevallen geregistreerd in Antwerpen voor de periode 2000-2001 (WIV peillaboratoria)



Figuur 3: N. gonorrhoeae in Antwerpen: evolutie per geslacht, 1998-2001 (WIV peillaboratoria)



gedrag en land van herkomst van de gevallen werden niet geregistreerd.

Chlamydia-infecties

In het arrondissement Antwerpen steeg het aantal gevallen van *Chlamydia trachomatis*-infecties die de peillaboratoria tussen 1998 en 2001 registreerden tot meer dan het dubbele (tabel 1). De stijgende trend werd ook vanaf de tweede helft van 2000 vastgesteld. In 2001 was 58% van de gevallen van het vrouwelijke geslacht. De gemiddelde leeftijd van de gevallen was 30 jaar en nam toe in vergelijking met 2000 (gemiddelde = 26). Vijftien procent van de gevallen was jonger dan 20 jaar en 67% was tussen de 20 en de 39 jaar oud. De stijgende trend tussen 1999 en 2001 was in alle leeftijdsgroepen waarneembaar, maar het duidelijkst in de groep 20- tot 24-jarigen en wel voor beide geslachten.

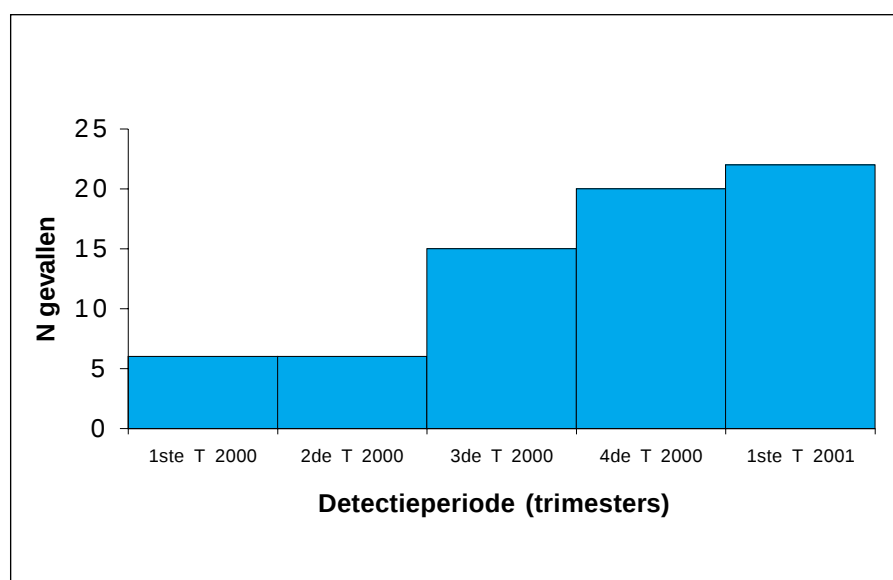
België

Vijftig procent van de peillaboratoria (N=65) nam deel aan de retrospectieve studie van syfilis. Voor de beschouwde periode rapporteerden 25 van de 127 laboratoria gevallen van actieve syfilis. In 2001 registreerden 57 van de 127 laboratoria gevallen van *C. trachomatis* en 53 laboratoria gevallen van *N. gonorrhoeae*.

Syfilis

Uit de retrospectieve studie van syfilis door de peillaboratoria bleek dat 90 gevallen van actieve syfilis werden geregistreerd in 2000 en 47 in de eerste vier maanden van 2001. Sinds het tweede semester van

Figuur 4: Actieve syfilisgevallen in België voor de periode 2000-2001 (WIV peillaboratoria)



2000 werd ook een duidelijke toename van het aantal gerapporteerde gevallen van syfilis op nationaal vlak vastgesteld (figuur 4). Als men het aantal gevallen van actieve syfilis dat de laboratoria in het eerste trimester van 2001 rapporteerden vergelijkt met het aantal gevallen in dezelfde periode van 2000, stelt men haast een verviervoudiging vast: een stijging van 6 naar 22 gevallen. De diagnosedatum was slechts beschikbaar voor 54% van de gerapporteerde gevallen en met serologische informatie alleen kan geen onderscheid worden gemaakt tussen recente en oude onbehandelde gevallen.

Gonorroe

In België steeg het aantal gevallen van gonorroe de laatste vier jaar, van 1998 tot 2001, met 44% (tabel 2). Deze toename werd voor het eerst in de tweede helft van 2001 waargenomen en heeft alleen betrekking op mannen (figuur 5). De proportie mannen steeg van 71% in 1998 tot 87% in 2001. In 2001 was de gemiddelde leeftijd van de patiënten 33 jaar en ongeveer drie vierde van de gevallen was tussen 20 en 39 jaar oud. De toename van 1998 tot 2001 had betrekking op alle leeftijdsgroepen boven de 20 jaar, met uitzondering van de groep tussen 30 en 34 jaar, maar de hoogste toename wordt in de groep van 20 tot 24 jaar (2.2-voud, van 20 naar 43 gevallen) vastgesteld. Deze toename werd

Tabel 2: Evolutie van het aantal SOI's in België voor de periode 1998-2001

SOI	1998	1999	2000	2001	Factor van toename 1998-2001	Test voor lineaire trend 1998-2001
<i>C. trachomatis</i> -infecties	721	793	689	790	1,1	Niet significant
<i>N. gonorrhoeae</i> -infecties	166	178	145	239	1,4	p = 0,03
<i>T. pallidum</i> -infecties *	NB	NB	6*	22*	3.7*	(Poisson p<0,001)

*: januari-maart

NB: niet beschikbaar

over het hele land gerapporteerd: een toename van het aantal gevallen van gonorroe werd tussen 2000 en 2001 in 33 van de 43 arrondissementen vastgesteld.

Chlamydia-infecties

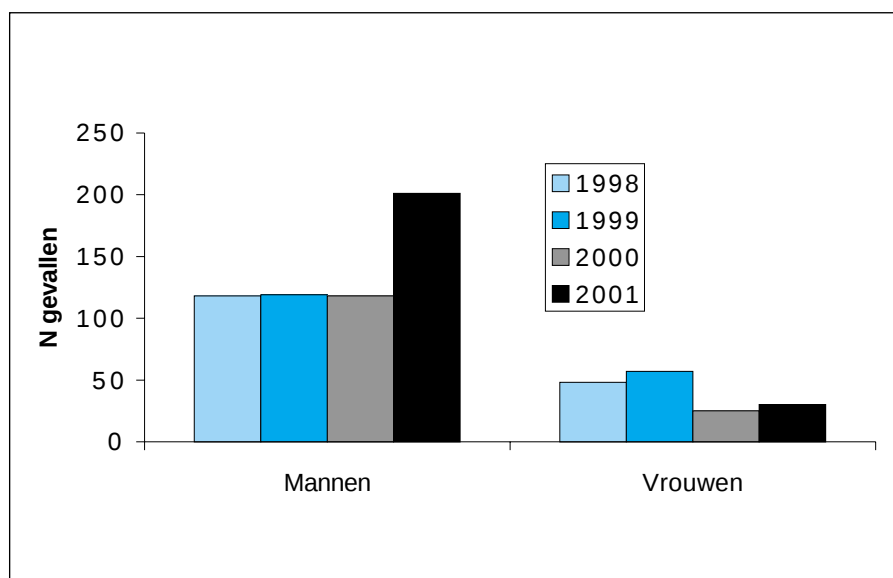
Het aantal infecties met *Chlamydia trachomatis* dat tussen 1998 en 2001 werd gerapporteerd is slechts met 10% toegenomen (zie tabel 2). Uit de cijfers van de laatste drie jaar blijkt een grotere toename van het aantal gevallen (meer dan 30%) bij de inwoners van de arrondissementen Antwerpen, Mechelen, Gent, Charleroi en Luik. De meeste gevallen waren van het vrouwelijk geslacht en vertegenwoordigden ongeveer 75% van alle gevallen. De gemiddelde leeftijd van de gevallen was ongeveer 29 jaar en veranderde niet significant in de tijd. In de laatste drie jaar waren mannen met chlamydia-infecties significant ouder dan de vrouwelijke gevallen met een gemiddeld leeftijdsverschil van 4 tot 6 jaar.

Bespreking

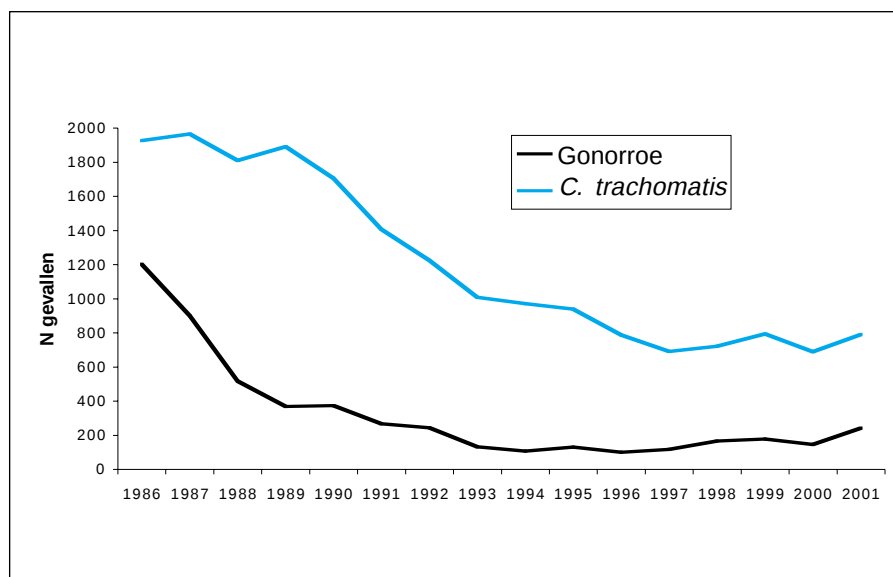
Op basis van het aantal infecties die gerapporteerd werden door de peillaboratoria, suggereert deze studie een significante toename van syfilis, chlamydia-infectie en gonorroe in Antwerpen. De toename is waar te nemen vanaf de tweede helft van 2000. De grootste toename werd vastgesteld bij het aantal gevallen van actieve syfilis dat in de provincie Antwerpen werd gerapporteerd. Om deze toename te bevestigen zijn klinische gegevens nodig, aangezien serologische tests geen onderscheid kunnen maken tussen oude (onbehandelde) en recente actieve gevallen van syfilis.

Op nationaal vlak werd sinds de tweede helft van 2000 ook een duidelijke toename van het aantal gevallen van syfilis vastgesteld. Gevallen van gonorroe werden in 2001 frequenter gerapporteerd, maar het totaal aantal gevallen van chlamydia-infecties steeg niet significant. Een groot deel van deze nationale toename van SOI's is te wijten aan de toename in Antwerpen: als we de gegevens van de peillaboratoria van 1998 vergelijken met die van 2001, blijkt dat 55% van de nationale toename van gonorroe en 100% van de (lichte) toename van

Figuur 5: Evolutie van *N. gonorrhoeae* per geslacht, België, 1998-2001 (WIV peillaboratoria)



Figuur 6: SOI in België: evolutie 1986-2001 (WIV peillaboratoria)



chlamydia-infecties te wijten zijn aan de toegenomen door de peillabo's geregistreerde incidentie in het arrondissement Antwerpen. Wat syfilis betreft wordt 63% van de toename waargenomen vanaf het eerste trimester van 2000 tot dezelfde periode in 2001, wat het gevolg is van de gevallen in de provincie Antwerpen. Niettemin is ook in enkele andere steden een toename van het aantal gevallen SOI's vastgesteld. Andere arrondissementen met een hoge incidentie van chlamydia-infecties en gonorroe in 2001 zijn Brussel en Charleroi.

In vergelijking met de rest van het land is de toename van SOI's in Antwerpen opvallend. Bij deze hoge rapportering in Antwerpen zou er

een vertekend beeld kunnen optreden: de laboratoria in Antwerpen zouden beter rapporteren dan de andere laboratoria in België en dus een vollediger en hogere schatting leveren van de incidentie in dit arrondissement. Toch bleef bij de Antwerpse bevolking de proportie van alle pathogenen die gerapporteerd waren door de peillaboratoria, in vergelijking met het nationale totaal, stabiel tijdens de periode 1998-2001 (10%), terwijl de proportie *C. trachomatis* en *N. gonorrhoeae* vastgesteld in Antwerpen verdubbelde of verdrievoudigde in de laatste drie jaar en respectievelijk 21% en 30% vertegenwoordigde van het totaal in België in 2001. Waarschijnlijk kan toename van SOI's niet

worden verklaard door een verbeterd rapporteringssysteem in 2001, maar zal eerder te wijten zijn aan een effectieve toename van deze infecties bij de Antwerpse bevolking.

De analyse van de gegevens van de peillaboratoria sinds 1986 toont aan dat de erg hoge incidentie van gonorroe en chlamydia-infecties begin jaren tachtig daalde en rond 1997 een minimumniveau bereikte (figuur 6). Een toename van gonorroe werd vanaf 1998 vastgesteld en nam in 2001 verder toe (3). Toch zijn de resulterende incidenties veel lager dan de gerapporteerde incidenties halverwege de jaren tachtig. Andere SOI's konden in dit stadium niet worden bestudeerd, aangezien ze toen nog niet door de peillaboratoria werden gevolgd.

In België waren de meeste gonorroepatiënten van het mannelijke geslacht. In 2001 vertegenwoordigden de mannelijke gonorroepatiënten 94% van de gevallen in Antwerpen. De toename van gonorroe werd alleen bij mannen vastgesteld. De leeftijd van de door de peillaboratoria gerapporteerde gonorroegevallen stijgt de jongste jaren. Op nationaal niveau steeg de gemiddelde leeftijd van 30,8 in 1999 tot 33,4 in 2001. In tegenstelling tot gonorroe worden chlamydia-infecties vaker bij vrouwen gerapporteerd. De toename hiervan in Antwerpen wordt bij beide geslachten vastgesteld. Patiënten met een chlamydia-infectie zijn over het algemeen jonger dan gonorroepatiënten en worden in jongere leeftijdsgroepen aangetroffen, vooral bij vrouwen. In 2001 was 41%

van de patiënten met een chlamydia-infectie in België jonger dan 25 jaar tegenover 22% van de gonorroepatiënten. Een vergelijkbare toename en outbreaks van syfilis zijn ook in andere delen van Europa beschreven, meestal bij homoseksuele mannen (4,5,6). De toename van andere SOI's, vooral gonorroe, is eveneens in verschillende Europese landen gerapporteerd (7,8).

Op basis van de conclusies die uit deze studie getrokken kunnen worden, is beslist om *Treponema pallidum* toe te voegen aan de lijst van pathogenen die vanaf oktober 2001 door de peillaboratoria worden gevolgd. Na overleg met deskundigen is een preciezere gevalsdefinitie goedgekeurd: RPR/VDRL $\geq$ 1:4 en een positieve treponemale test.

Summary

Data from the sentinel laboratory network of the Scientific Institute of Public Health reveal a sharp increase in syphilis in Antwerp Province since mid 2000. A significant increase in laboratory registered gonorrhoea and chlamydia infections is also observed in the Antwerp district. A similar trend is reported at national level for syphilis and gonorrhoea. Although this is mainly due to the situation in Antwerp, a few other towns are affected as well. Further studies are needed to investigate possible causes of this STD increase.

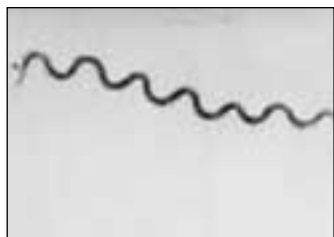
Literatuur

1. De Schrijver K. Syphilis outbreak in Antwerp, Belgium. *Eurosurveillance Weekly*, 5, 19, May 2001.
2. Hanquet G, Van Loock F. Scientific Institute of Public Health, Epidemiology Unit. Trends of syphilis cases reported by the sentinel laboratory network. Belgium, Jan 2000- April 2001. <http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/epinl/index000.htm>
3. Ducoffre G. Surveillance van infectieuze aandoeningen door een netwerk van laboratoria voor microbiologie, *Epidemiologische Trends* 1983 - 1999. WIV, januari 2002, D/2001/2505/28.
4. van der Meijden W, van der Snoek E, Haks K M. Outbreak of syphilis in Rotterdam, the Netherlands. *Eurosurveillance Weekly*, 6, 13, 28 March 2002.
5. Couturier E, et al. Résurgence de la syphilis en France, 2000-2001. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* N° 35-36, 2001.
6. Doherty L, Fenton K, Couturier E. Evidence for increased transmission of syphilis among homosexual men and heterosexual men and women in Europe. *Eurosurveillance Weekly*, 4, 14 Dec. 2000.
7. Hughes G. Diagnoses of gonorrhoea in England and Wales at their highest for 13 years. *Eurosurveillance Weekly*, 5, 31, 2 Aug. 2001.
8. De Schrijver K, Fenton K, Kiehl W, Salmaso S, et al. European trends in gonorrhoea. *Eurosurveillance Weekly*, 4, 14, 6 April 2000.

Kliniek, diagnose en behandeling van syfilis

D. Avonts¹

De verwekker van syfilis is een spiraalvormige bacterie. Deze spirocheet is moeilijk in vitro te kweken. Vermenigvuldiging van *Treponema pallidum* is wel mogelijk in de teelballen van konijnen.



Spirocheet *Treponema pallidum*

T. pallidum is morfologisch, chemisch en immunologisch niet te onderscheiden van andere *Treponema*-soorten zoals *T. pertenue*; de verwekker van een tropische huid-en-beenderziekte: framboesia, *T. carateum*; de verwekker van een huidziekte in Centraal-en Zuid-Amerika: pinta en *T. pallidum* Bosnia A; verwekker van niet-venerische syfilis in de Sahel: bejel.

Epidemiologie

In ons land fluctueert syfilis op een zeer laag peil, met episodes van regionale epidemieën. Uit prevalentiestudies blijkt dat mannen met homoseksueel contact een risicogroep vormen, evenals prostituees en hun klanten. Het doormaken van een syfilisinfectie vergroot aanzienlijk de kans om HIV op te lopen of door te geven.

Pathogenese

T. pallidum heeft een onderbreking van mucosa of de huid nodig om het lichaam binnen te dringen. Een microscopisch klein defect is voldoende. Na het binnendringen ontstaat een ulcus. Het centrum bevat mucoïd materiaal, terwijl rondom een cellulair infiltraat van lymfocyten ontstaat.

Tijdens de secundaire fase verspreiden de spirochetes zich in het gehele lichaam via bloed en lymfwegen.

Na een latent stadium van één tot

twintig jaar kan de tertiaire fase tot uiting komen. Deze kenmerkt zich door granulomateuze laesies in diverse organen. Vermoedelijk is hier meer een immuunrespons tegen *T. pallidum* aan het werk, dan wel de directe virulentie van de spirocheet.

Ziektebeeld

Na het binnendringen in het lichaam ontstaat het meest typische letsel: een ulcus of sjanker.



Syphilitisch ulcus

Deze zweer is pijnloos en de omtrek is meestal rond. Meestal is er maar één zweer aanwezig. Na enige dagen voelt de bodem van de sjanker hard aan, terwijl er in het drainerende lymfeklierstation een lymfadenopathie opkomt. In de anale streek kan het primaire ulcus een atypisch aspect hebben. Daar wordt het beginletsel vaak niet opgemerkt of als een banale fissuur aanzien. Ook een primair ulcus in de mond of vagina of op de cervix blijft vaak onopgemerkt.

Het secundaire stadium geeft koorts, hoofdpijn en lymfadenopathie in verschillende klierstations. Vaak voelt de patiënt zich moe. Kenmerkend is een roze rash op de romp en erythematuze of erythemasquameuze maculae op de voetzolen en de handpalmen. Ook slijmvliesafwijkingen zijn kenmerkend, zoals de condylomata lata. Dat zijn platte, rode papels met een grijswit oppervlak. Ze komen tevoorschijn in warme, vochtige gebieden zoals genitalia, mond, oksel, periaanaal en bilplooi. Deze slijmvliesletsels bevatten veel spirochetes en zijn besmettelijk. Soms is

er haaruitval tijdens het secundaire stadium en bij tien procent van de patiënten zijn er tekens van hepatitis (gestegen aminotransferasen).

Het latente stadium geeft geen klinische verschijnselen. Wel kan het hart of het centrale zenuwstelsel progressief worden aangetast zonder ziekte tekens.

Complicaties

De meest ernstige manifestaties van syfilis komen tot uiting in het tertiaire stadium. Gelukkig zijn deze laat-tijdige verwickelingen van syfilis nu erg zeldzaam. Als de infectie niet wordt behandeld in een vroeg stadium, dan treden later complicaties op bij één op vier patiënten.

Goedaardige verwickelingen zijn de gummata in huid, slijmvliesen en andere organen. Het granulatieweefsel voelt 'gomachtig' aan.

Minder onschuldig zijn de cardiale complicaties. Die treden op bij 10 tot 15% van de niet met antibiotica behandelde syfilisgevallen. Door vasculitis in kleine bloedvaten ontstaat een aorta-aneurysma, een aortaklep-insufficiëntie of een coronarstenose. Neurosyfilis komt tot uiting bij 5 tot 10% van de onbehandelde gevallen. Het kan gaan om een syphilitische meningitis of encefalitis. Aantasting van het ruggenmerg is bekend als tabes dorsalis.

Zonder antibioticabehandeling sterft, globaal gezien, meestal na jaren 10 tot 20% van de syfilispatiënten aan deze aandoening.

Besmettelijkheid en overdracht

Ook zonder macroscopisch zichtbare letsels op huid of slijmvliesen kan *T. pallidum* binnendringen.

Microlaesies door wrijving tijdens de penetratie zijn voldoende. Bij seksuele gemeenschap draagt een persoon met een besmettelijk syfilisletsel in één geval op drie de spirocheet over.

Overdracht van de besmetting van moeder op kind is ook mogelijk. Al tijdens de vroege zwangerschap kan dit optreden. Perinatale overdracht is enkel mogelijk in de eerste jaren van de (onbehandelde) infectie bij de moeder.

¹ UA, Huisartsengeneeskunde Antwerpen, 03-235 05 06, fax: 03-271 09 13, e-mail: dirk.avonts@ua.ac.be

Incubatieduur

Tussen de besmetting en het verschijnen van het primaire ulcus verlopen gemiddeld drie weken, met uitersten van 10 tot 90 dagen.

Preventie

In principe is het mogelijk om besmetting te voorkomen door het profylactisch inspuiten van lang werkende penicillinederivaten. Deze preventieve maatregel is niet aan te bevelen omdat men dan penicillineresistente SOI kan oplopen.

Het gebruik van een condoom geeft een relatieve bescherming. Wordt het besmettelijke syfilisletsel niet door het condoom bedekt, dan is overdracht wel mogelijk.

Opsporing

Ondanks het feit dat deze aandoening vrij weinig voorkomt, blijft continue aandacht voor syfilis aangewezen. Ook in ons land is het nog steeds verantwoord om elke zwangere vrouw zo vroeg mogelijk te screenen op syfilisparameters. Beter is het om deze opsporing te verrichten voor de vrouw effectief zwanger is, wat voor onderzoek vraagt.

Daarnaast is het opsporen van syfilis ook nuttig ter gelegenheid van een SOI-check-up, tijdens medische controle van prostituees en bij seksueel actieve homoseksuelen.

Voor de opsporing volstaat een niet-treponemale test (VDRL of RPR) en één treponemale test (FTA of TPHA).

Diagnostiek

Bij het primaire ulcusletsel en tijdens het verschijnen van de condylomata lata in het secundaire stadium is diagnose mogelijk via donkerveldmicroscopie. De spirocheten zijn direct te zien in een microscopisch preparaat. Een niet geoefend oog ziet niet veel tijdens een donkerveldonderzoek. Bloedtesten vormen dan het diagnostische houvast.

Een hoge titer van een niet-treponemale test, gecombineerd met een positieve treponemale test, wijst op een actieve syfilis. Tijdens zeer vroege fases van de infectie (beginnend ulcus) kunnen IgM-bepalingen de diagnose sturen. De afwezigheid van een zichtbaar ulcusletsel is onvolgende om de diagnose uit te sluiten (tabel 1).

Tabel 1: Interpretatie van syfilisserologie

RPR of VDRL	TPHA of FTA	Beoordeling
negatief	negatief	niet besmet? zeer vroege fase van de infectie?
positief (1/8)	negatief	fout positief resultaat? vroege fase van de infectie?
positief	positief	actieve infectie
negatief	positief	doorgemaakte en behandelde infectie
licht positief	positief	doorgemaakte en behandelde infectie? (zeer) oude infectie?

Therapie

Penicilline is de basisbehandeling van syfilis. Een adequate behandeling voorkomt in principe alle laattijdige complicaties van de ziekte. Er bestaat (nog) geen resistentie van *T. pallidum* tegen penicilline.

Een patiënt die minder dan een jaar syfilis heeft wordt behandeld met één intramusculaire inspuiting van 2,4 miljoen IE2 benzathinebenzylpenicilline (Penadur L.A. 1200®) (2 x 1,2 miljoen ME in twee verschillende bil- len eventueel samen met 10 mg prednisone). Een patiënt die langer

dan een jaar syfilis heeft, krijgt drie- maal deze dosis met telkens één week ertussen.

Een alternatief voor een penicilline- kuur is tweemaal per dag toediening van 100 mg doxycycline gedurende 4 weken.

Behandeling voor kinderen is werk voor de specialist. Partner(s) mee- behandelen is evident. Bij recente partners (<3 maand) sowieso behan- delen met benzathinepenicilline, min- der recente partners (>3 maand) behandelen naar gelang de resulta- ten van het serologisch onderzoek.

Bij syfilis is het aangewezen ook te screenen op andere SOI's zoals *C.trachomatis*infectie, HIV-infectie en gonorroe en te behandelen naar gelang de resultaten van het onder- zoek.

Syfilis is een aangifteplichtige aan- doening die melding veronderstelt aan de Gezondheidsinspectie.

Afhankelijk van de noodzaak kan deze dienst ook betrokken worden bij de bronopsporing.

Literatuur

1. CDC. Sexually Transmitted Diseases Guidelines. MMWR reports RR-6 vol 51, 2002.
2. SOA-AIDS praktijkboek. Diegem: Kluwer Editoriaal, 1995.
3. Avonts D. Integratie van HIV/AIDS en SOA-preventie in Vlaanderen. Antwerpen: UA Centrum Huisartsengeneeskunde, 1996.



Hoe ging de overheid vroeger om met seksueel overdraagbare infecties?

K. De Schrijver¹

*"Tragt gij te weten waar men het 't Vrouwvolk mee geneest? Roere droge, noch andre vieze kruiden ;
U moeite is ijdel, maar laat ik het u beduiden. Lees de eerste letters van dees regels, die doen 't meest."*

Pans Fluyte, 1675.

Blijkbaar heeft de overheid het steeds erg moeilijk gehad met de aanpak en de preventie van seksueel overdraagbare infecties (SOI's). Een gebrekkige kennis omtrent de aard van deze infecties, de oorzaken, de overdrachtswijze en de afwezigheid van een efficiënte therapie tot voor Wereldoorlog II zijn daarbij belangrijke elementen. Maar ook vooroordelen, hypocrisie, oplichterij, misogynie, obsessieel gedrag, paranoia, ontkenning, vreemding en gebrekkig management hebben jarenlang het overheidsoptreden gedetermineerd en gedirigeerd. Met deze tekst dompelen we ons onder in ons collectief duister verleden waarbij subtiliteit en efficiëntie niet de meest verspreide vaardigheden waren.

Als men in de geschiedenis van de seksueel overdraagbare infecties duikt, wordt men geconfronteerd met veel leed, met de terreur van armoede en gebrekkige hygiëne, met de impact van oorlogen en hongersnoden op de verbreiding van de ziekten, met kwakzalverij en met de nefaste invloed van soms goed bedoelde therapieën.

Behalve het vervloeken van en het waarschuwen -vrees aanjagen- voor een gedrag dat tot besmetting kan leiden, was de bestrijding toegespitst op het bestraffen en het verplicht onderzoeken van prostituees.

Gevangenschap, verbanning, geseling, brandmerken, oor- en neusafsnijding en accubusade (tewaterlating in een ijzeren kooi) behoorden tot de

courant gebruikte repressieve technieken in de Middeleeuwen. Later werden de scherpe kantjes van deze aanpak wat bijgewerkt, maar wezenlijk veranderde er niet zoveel.

Dit wordt het best geïllustreerd als we een reis door de tijd maken. Naast het onderkennen van seksueel overdraagbare infecties, de verbreiding en de weerslag ervan op de bevolking wordt ook het overheidsbeleid bekeken. Hoewel voor een aantal SOI's ook andere bronnen gesignaleerd worden, maken de hierbij aangehaalde deel uit van de klassiekers van de SOI. Hoe dan ook moet één en ander met de nodige nuance bekeken worden.

Van ezelpis tot klaporen en zandkloten

Reeds in de oude culturen van Indië, China en Mesopotamië (3000 voor Christus) werden een reeks ziekten als seksueel overdraagbaar herkend. Dat gold zeker voor schaamluizen en schurft maar ook gonorroe en condylomata acuminata (vijgwratten) waren bekend. Uit het Gilgamesj-epos blijkt dat in Mesopotamië gonorroe voorkwam en bekend was als "de ziekte met de ezelpis". In datzelfde epos wordt seksuele omgang met "tempeldeernen" afgeraden ("Wie haar huwt, zal niet gezond blijven").

In het Oude Testament is er in Hosea 5 sprake van een epidemie van geslachtsziekten die door Mozes op een vrij doortastende wijze aangepakt werd: alle besmette Moabitische

vrouwen moesten afgemaakt worden.

In de klassieke Oudheid deed Solon zich in Athene opmerken toen hij het bordeelwezen nationaliseerde, waarbij naast het eroscentrum, ook nog een dispensarium neerzette.

Dat er in de Middeleeuwen, behalve kathedralen en kloosters bouwen, ook nog andere zaken gebeurden, volgt uit de overvloed van teksten waaruit blijkt dat heel wat genitale kwalen voorkwamen. "Apostemen van de vede" (flegmone van de penis) konden met poeders en brandijzers bewerkt worden, klappen (liesbubonen) met pappen (met een papje bestrijken) en zandkloten (orchitis) met rust, kompressen en baden. Ook architecturaal vinden we tot op vandaag hiervan de resten terug: in vele steden zijn de zijmuren van kathedralen omgeven door kleine heilige huisjes, ooit de werkplaats van middeleeuwse hoertjes.

Reeds in 1161 werden "brothelkeepers of Southward" ertoe verplicht geen prostituees tewerk te stellen met de "periculous infirmity of burning". De hoerenwaarden (the ruffians) moesten erop toezien.

In de 13de eeuw namen sommige kerkvaders wel een heel andere houding aan. Thomas van Aquino wist het al: met zwaard en bijbelteksten zou je de betaalde liefde niet echt bestrijden. Je kon het beter tolereren. De man heeft nu eenmaal zijn lusten en verlangens(4).

Vanaf 1494 is ook in Groot-Brittannië

¹ Gezondheidsinspectie Antwerpen

² bedoeld wordt trul of een van de vele synoniemen voor het mannelijk lid. Waarschijnlijk is de originele betekenis deegrol. Naar Joop Huisman, Epidemiologisch Bulletin Rotterdam, 1983.

het hek van de dam met het verschijnen van "the french pocks" in Bristol en Edinburgh.

Van "pockeniers, verolieken en venussmet"

De syfilisepidemie die vanaf 1494 Europa teisterde wordt klassiek geassocieerd met de terugkeer van Christophorus Columbus in Spanje. Dat hij met zijn karveel de "Santa Maria" niet enkel goud, Indianen maar ook syfilis meebracht uit Hispaniola is best mogelijk. In 1494 zou er onder zijn zeelui een syfilis-epidemie uitgebroken zijn. In hetzelfde jaar trok Charles VIII van Frankrijk met 36.000 huurlingen naar Napels waar hij aanspraak maakte op de troon. Naast 800 soldatendeernen die behalve voor het "zinnelijk genot" ook instonden voor het ravitailleren, het bereiden van de maaltijden en het verzorgen van gewonden, telde men als soldaten 10.000 Vlamingen, 6000 Zwitsers, 5000 Spanjaarden en Italianen en 15.000 Fransen. Ze trokken over de Alpen naar Lombardije en Toscanië, om even halt te houden in Rome en dan door te stappen naar Napels. De koning van Napels had ondertussen ook een aantal Spaanse soldaten ingehuurd.

Na deze "passage" breidde syfilis zich uit over de bezochte steden. Na de val van Napels op 22 februari 1495 brak er een epidemie uit die gekenmerkt werd door hoge koorts, hoofdpijn, keelontsteking, ontstoken lymfeklieren en zweren. Tevens ging ze in de weken die erop volgden gepaard met een hevige veralgemeende pijn. De letaliteit was tevens erg hoog.

Op die manier raakte de ziekte aan namen zoals Napelse ziekte, Franse ziekte, Spaanse pokken of Spaanse schurft.

De medicus Ruy Diaz de Isla (1462-1542) beschreef in 1539 in

Barcelona dit syndroom. Hij sprak van de puistenziekte (bubas) of serpentine. Girolamo Fracastoro van Verona (1483-1553) die behalve fysicus, geoloog, astronoom en arts ook nog dichter was, publiceerde in 1530 zijn gedicht "Syphilis sive Morbus Gallicus". Hij beschrijft hierin hoe de herdersjongen Syphilis een vreselijke ziekte kreeg nadat hij de altaren van de zonnegod Apollo had omvergestoten. Sedertdien is syfilis de gangbare naam geworden voor deze treponematoze.

In vijf jaar tijd verbreidde deze infectieziekte zich over gans Europa, het Nabije Oosten en delen van Azië. Zeelieden, ontdekkingsreizigers, huurlingen, studenten, ambachtslui, kooplieden, kunstenaars en prostituees waren mee verantwoordelijk voor de verdere verspreiding.

Caspere Torella die aan het pauselijk hof werkte, pleitte reeds in 1497 voor een regelmatig medisch onderzoek van prostituees en hun klanten. De collectieve preventiemaatregelen tegen syfilis lukten maar matig. In tegenstelling tot pest en lepra is isoleren en verbannen maar weinig efficiënt. Naast het "viseren" van prostituees ging men ook in 1500 over tot het sluiten van openbare badhuizen. Individuele voorzorgsmaatregelen drongen zich dan ook op. Behalve het wassen van de genitale streek, zonodig zelfs met eigen urine, werd ook geopteerd voor uitwendige voorbehoedmiddelen zoals kwikzilver en kwikoplossingen die ook reeds in de curatieve circuits als behandeling tegen syfilis werden aangewend. Invetten van geslachtsorganen behoorde daar eveneens bij. De achttiende-eeuwse bohémien, droeg in een zilveretui, een stukje spek en een flesje kwiksublimaat met zich mee, dat af en toe van pas moest komen.

Er werd steeds speciale aandacht besteed aan havensteden. Buitenlandse zeelui spraken van Hollandse averij en Antwerpen had reeds in 1567 een erg slechte faam, in die mate dat Margaretha van Parma aan haar halfbroer Filips II over deze stad schreef "Cette ville est la plus grande Babylone qui fut jamais". Filips II was overigens zelf syfilislijder.

In 1717 bood de Engelse arts Daniel Turner het goudsmidvlies, afkomstig van het caecum van een schaap, of kalf onder de naam condom als voorbehoedsmiddel aan. Condom is het Engelse woord voor verbergen. Zo begon het condoom aan zijn lange carrière.

Ondertussen was in het begin van de negentiende eeuw in België het Franse stelsel ingevoerd waarbij prostituees geregistreerd werden en ook een verplicht medisch onderzoek ondergingen.

Vanaf het begin van deze eeuw waren de doelstellingen van de bestrijding van de seksueel overdraagbare infecties grotendeels dezelfde als diegene die nu nog bestaan: vroegtijdig opsporen en behandelen van ziekten; opsporen van bron en contacten en voorlichting omtrent de infectieziekte, de overdrachtswijze en de preventie.

Na een sterke toename van het aantal seksueel overdraagbare infecties in 1944 en 1945 met de bevrijding werd in België op 24 januari 1945 een "besluitwet omtrent de profylaxe van geslachtsziekten" gestemd. Men ging er toen vanuit dat dringende omstandigheden een specifieke wetgeving voor geslachtsziekten noodzakelijk maakten. Ondertussen zitten we alweer een wetgeving verder maar seksueel overdraagbare infecties doen het nog altijd even goed.

Bronnen

1. Meininger JV. Geslachtsziekten in de loop der eeuwen. Cahiers Bio-wetenschappen en Maatschappij Leiden, 1981.
2. Stolz E, Suurmond D. Seksueel overdraagbare aandoeningen. Alphen aan den Rijn: Stafleu, 1982.
3. De Schrijver K. Overheid en geslachtsziektenbestrijding; Jaarboek 1993 SOA-Aidspraktijkboek Diegem: Kluwer, 1993: 61-75.
4. Hens T. De rijke geschiedenis van de Amsterdamse prostitutie-voor honderd gulden genot. De Standaard Magazine 2002; 28 juni: 26-7.

BERICHTEN

Eurosurveillance Weekly op internet

Eurosurveillance Weekly is een wekelijks uitgegeven Europees bulletin over overdraagbare ziekten en een zusterblad van "Eurosurveillance Monthly".

Dit bulletin geeft bondige, actuele en betrouwbare informatie over overdraagbare en in Europa significante ziekten.

(URL: <http://www.eurosurv.org>)

In het vorige nummer van ons bulletin staat, op bladzijde 10, in de tabel infectieziekten een drukfout. In de maanden juli, augustus en september 2002 werden er geen gevallen van tetanus gemeld.

Overzicht Epidemiologische Bulletins 2002

nr.39	Vaccinatiestrategie van Kind en Gezin: focus op kwaliteit, coverage en monitoring Inentingsplaats en techniek intramusculaire vaccins Legionairsziekte bij een pasgeborene na een onderwaterbevalling	E. Van Kerschaver M. Van der Wielen, P. Van Damme K. De Schrijver
nr. 40	Klinische aspecten van meningokokkeninfecties Microbiologie van meningokokken De behandeling van meningokokkeninfecties De profylaxe tegen meningokokkeninfecties Vaccinatie tegen meningokokken Epidemiologische evolutie van meningokokkeninfecties in Vlaanderen Het komen en gaan van een meningokokkenepidemie Een verdubbeling van het aantal geregistreerde meningokokkeninfecties in de provincie Antwerpen in 2001	W. Peetermans M. Van Looveren Ph. Jorens K. De Schrijver G. Top G. Top I. Maes, K. De Schrijver
nr. 41	Epidemiologie en kliniek van de ziekte van Creutzfeldt- Jakob Behandeling van laattijdige tuberculose-infecties Cluster van Escheria coli O157:H7 in Limburg Een collectieve diarree na het eten van mosselen of een biotoxine-intoxicatie	P. Cras, S. Quoillin, F. Van Loock, e.a. K. De Schrijver, H. Boeckx, L. Vandewalle. A. Forier K. De Schrijver, I. Maes
nr. 42	Parvovirus B19 infectie of de vijfde kinderziekte Pneumokokken bij bejaarden door de huisarts	A. Thyssen, F. Van Loock N. Bossuyt, V. Van Casteren

MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP - AFDELING P.S.G. - GEZONDHEIDSINSPECTIE									
MELDINGEN INFECTIEZIEKTEN - VLAAMSE GEMEENSCHAP - VLAANDEREN 2002							okt/nov/dec 2002		
Provincie	ANT-WERPEN	VLAAMS BRABANT	LIMBURG	OOST-VL.	WEST-VL.	TOTAAL	TOTALEN		
Aantal inwoners (in miljoen)	1,64	1,01	0,79	1,36	1,13	5,94	okt/nov/dec 2001	okt/nov/dec 2000	jan tem dec 2002
INFECTIEZIEKTEN									
GROEP I									
Botulisme									
Febris recurrens									
Hemorragische koorts ¹									
Legionellose	5	3	2		4	14	17	7	43
Malaria (inheems)									
Meningococcose	16	7	8	14	12	57	75	54	216
Pest									
Poliomyelitis									
Rabies									
Vlektyfus									
GROEP II									
Brucellose		1				1	3		6
Buiktyfus	2			1		3	1	1	6
Cholera									
Difterie									
Gele koorts									
Gonorrhoe	26	6	8	9	2	51	45	13	231
<i>Haemophilus infl. B</i> ²							1	1	5
Hantavirose								1	1
Hepatitis A	12	20	14	14	7	67	91	84	190
Hepatitis B	61	9	26	11	29	136	101	27	488
Hepatitis C	79	12	24	11	28	154	139	50	661
Kinkhoest	1		1	3		5	7	10	17
Leptospirose					2	2	2	2	1
Listeriose	2	1	2	2		7	10	3	21
Miltvuur									
Protozoaire besm. c.z.s. ³									
Psittacose	4					4			6
Rickettsiose (Q - fever) ⁴							1	1	1
Scabiës	16	15	19	51	16	117	121	137	382
Shigellose	21	10	4	4	3	42	41	24	118
Syfilis	25	10	7	10	4	56	33	5	168
Tetanus			1			1			1
Trichinose									
Tuberculose	57	37	25	24	32	175	156	145	613
Gastro-enteritis (>2 g.) ⁵	6		2		1	9	9	5	24
Collectieve Aandoeningen									
Collectieve Scabiës	2			8	3	13	7	13	29
Collectieve VTI ⁶	1	2	6			9	16	15	46
DECREET VAN 5 APRIL 1995					(1) Hemorragische koortsen zoals Ebola-, Lassa- en Marburgkoorts e.a.				
<i>Indeling in functie van afnemende urgentiemaatregelen</i>					(2) Meningitis tengevolge van <i>Haemophilus influenzae</i> serotype b.				
					(3) Protozoaire besmettingen van het centrale zenuwstelsel.				
					(4) Rickettsiosen, andere dan vlektyfus.				
					(5) Elk gastro-enteritisincident, dat ten minste 3 gevallen telt binnen éénzelfde leefgemeenschap en in de tijdspanne van één week wordt veroorzaakt door éénzelfde kiem.				
					(6) Voedselintoxicatie en voedselinfectie				
Groep I: onmiddellijk aan te geven door elke arts en elk laboratorium en te bevestigen binnen 24 uur.									
Groep II: aan te geven door elke arts en elk laboratorium binnen 48 uur.									

WETENSCHAPPELIJK INSTITUUT VOLKSGEZONDHEID

Dienst Epidemiologie
 Germaine Hanquet
 Geneviève DUCOFFRE

Fax: 02-642 54 10
 e-mail: germaine.hanquet@iph.fgov.be
 Tel.: 02-642 57 77

Peillaboratoria netwerk

Aantal gediagnosticeerde gevallen gedurende de observatieperiode (weken 01 tot 05) en cumulatief sinds het begin van het jaar (weken 01 tot 05)

Verwerking op 24/02/2003

KIEMEN weken	BRUSSEL ^a		VLAANDEREN ^a		WALLONIË ^a		ONBEKEND ^a		TOTAAL	
	01-05	01-05	01-05	01-05	01-05	01-05	01-05	01-05	01-05	01-05
ADENOVIRUS	27	27	20	20	6	6	0	0	53	53
<i>B. BURGDORFERI</i>	2	2	16	16	23	23	0	0	41	41
CAMPYLOBACTER	52	52	372	372	103	103	6	6	533	533
<i>C. PSITTACI</i>	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
<i>C. TRACHOMATIS</i>	43	43	46	46	20	20	4	4	113	113
CRYPTOCOCCUS ^f	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CRYPTOSPORIDIUM	3	3	2	2	0	0	0	0	5	5
CYCLOSPORA ^d	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>E. HISTOLYTICA</i> ^d	3	3	19	19	2	2	0	0	24	24
ENTEROVIRUS ^c	5	5	0	0	0	0	0	0	5	5
<i>E. COLI</i> (VTEC + EHEC)	0	0	13	13	3	3	0	0	16	16
GIARDIA	10	10	79	79	22	22	0	0	111	111
<i>H. INFLUENZAE</i> ^g	0	0	2	2	2	2	0	0	4	4
HANTAVIRUS ^d	0	0	1	1	4	4	0	0	5	5
HEPATITIS A	5	5	9	9	2	2	0	0	16	16
<i>L. PNEUMOPHILA</i> (BACT. + SEROL.)	7	7	0	0	0	0	1	1	8	8
<i>L. PNEUMOPHILA</i> (URINE)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LISTERIA ^d	2	2	3	3	3	3	0	0	8	8
MORBILLIVIRUS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>M. PNEUMONIAE</i>	20	20	163	163	83	83	2	2	268	268
<i>N. GONORRHOEAE</i>	5	5	13	13	1	1	0	0	19	19
<i>N. MENINGITIDIS</i> ^{c+d}	1	1	8	8	10	10	0	0	19	19
PARAINFLUENZA	13	13	5	5	11	11	0	0	29	29
PARVOVIRUS B19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PLASMIDIUM ^d	9	9	19	19	7	7	2	2	37	37
RSV	73	73	408	408	193	193	9	9	683	683
RUBIVIRUS	5	5	1	1	0	0	0	0	6	6
<i>S. ENTERITIS</i> ^f	17	17	146	146	43	43	22	22	228	228
<i>S. HADAR</i> ^f	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
<i>S. TYPHIMURIUM</i> ^f	1	1	48	48	6	6	8	8	63	63
SALMONELLA ANDERE ^f	4	4	21	21	13	13	6	6	44	44
SHIGELLA ^d	2	2	7	7	3	3	0	0	12	12
<i>S. PNEUMONIAE</i> ^c	10	10	69	69	42	42	3	3	124	124
<i>S. PYOGENES</i> ^c	4	4	15	15	4	4	2	2	25	25
<i>T. PALLIDUM</i>	2	2	4	4	1	1	0	0	7	7
<i>Y. ENTEROCOLITICA</i>	0	0	20	20	5	5	0	0	25	25
TOTAAL	325	325	1530	1530	613	613	65	65	2533	2533
Aantal laboratoria ^e		16		64		40				120
% deelname ^b	61	61	66	66	62	62			64	64

^a verdeling volgens de locatie van de patiënt

^b deelnamepercentage van de peillaboratoria: (aantal opgestuurde formulieren / aantal verwachte formulieren) x 100

^c diepe isolaties

^d referentielaboratorium + peillaboratoria

^e verdeling volgens de locatie van het laboratorium

^f referentielaboratorium

^g diepe isolaties behalve ooretter

OVERZICHT VAN DE WETTELIJK TE MELDEN INFECTIEZIEKTEN⁽¹⁾

Groep I	Groep II
Botulisme Febris recurrens Hemorragische koorts Legionellose Malaria (inheems) Meningococcose Pest Poliomyelitis Rabiës Vlektyfus Elke ernstige besmettelijke ziekte die een epidemisch karakter dreigt aan te nemen.	Brucellose Buiktyfus Cholera Difterie Gastro-enteritis (> 2 gevallen) ⁽²⁾ Gele koorts Gonorrhoe <i>H. Influenzae</i> b meningitis Hantavirose Hepatitis A Hepatitis B Hepatitis C Kinkhoest Leptospirose Listeriose Miltvuur Protozoaire infecties c.z.s. ⁽³⁾ Psittacose Rickettsiose ⁽⁴⁾ Scabies Shigellose Syfilis Tetanus Trichinose Tuberculose
Onmiddellijk telefonisch te melden ziektes door het lab en door de arts, schriftelijk te bevestigen binnen 24 uur	Te melden binnen 48 uur na de diagnose door lab en arts

1 Vermoedelijke en geconfirmeerde gevallen.

2 Elke gastro-enteritis met meer dan 2 gevallen uit dezelfde groep, met dezelfde kiem, binnen één week.

3 Protozoaire infecties van het centrale zenuwstelsel (amoebenmeningitis).

4 Rickettsiosen andere dan vlektyfus.

ADRESSEN GEZONDHEIDSINSPECTIES VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP *

Coördinatie infectieziekten

Markiesstraat 1, 1000 BRUSSEL

tel.: 02-553 35 85 fax: 02-553 36 16

Antwerpen

Copernicuslaan 1 bus 5, 2018 ANTWERPEN

tel.: 03-224 62 04 fax: 03-224 62 01

e-mail: gezondheidsinspectie.antwerpen@vlaanderen.be

Limburg

Gouverneur Roppesingel 25, 3500 HASSELT

tel.: 011-26 42 42 fax: 011-26 42 52

e-mail: gezondheidsinspectie.limburg@vlaanderen.be

Oost-Vlaanderen

Elf Julistraat 45, 9000 GENT

tel.: 09 -244 83 60 fax: 09-244 83 70

e-mail: gezondheidsinspectie.oostvlaanderen@vlaanderen.be

Vlaams-Brabant

Brouwersstraat 1 bus 4, 3000 LEUVEN

tel.: 016-29 38 58 fax: 016-29 37 69

e-mail: gezondheidsinspectie.vlaamsbrabant@vlaanderen.be

West-Vlaanderen

Spanjaardstraat 15, 8000 BRUGGE

tel.: 050-44 50 70 fax: 050-34 28 69

e-mail: gezondheidsinspectie.westvlaanderen@vlaanderen.be

Wachtnummer meldingen infectieziekten: 02-512 93 89 (buiten de kantooruren)

* De gezondheidsinspectie staat in voor de bron- en contactopsporing en het coördineren van de profylactische maatregelen