

# Aanpak van seksueel overdraagbare aandoeningen



Zelfs in de 21<sup>e</sup> eeuw blijven seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) specifieke uitdagingen met zich meebrengen. Het gaat dan niet alleen over de psychosociale perceptie van deze ziekten, maar ook hun biomedische eigenschappen. Die uitdagingen zijn belangrijk voor de directe hulpverleners (artsen en verpleegkundigen) én voor apothekers. Hoewel het om een relatief beperkte groep van aandoeningen gaat, beweegt er toch heel wat op gebied van hun behandeling. Om de medicatie correct af te leveren – met de nodige uitleg en omzichtigheid – is het noodzakelijk om op de hoogte te blijven van de recentste evoluties.

Soa's zijn gelinkt aan één van de meest essentiële biologische behoeftes van elk levend wezen: seksuele activiteit. Daardoor zijn ze – met wisselende incidentie – aanwezig in alle tijden en culturen. De laatste jaren zien we in de westerse wereld, dus ook in België, opnieuw een stijging van alle soa's.<sup>1</sup> Het gaat daarbij vooral om asymptomatische gevallen, die het resultaat zijn van toegenomen screeningactiviteit. Een stijging van symptomatische gevallen zien we disproportioneel meer bij mannen die seks hebben met mannen (MSM). Het gaat dan vooral om gonorroe, syfilis en Lymphogranuloma venereum (LGV)<sup>2</sup>. Een opvallende uitzondering is echter de hiv-incidentie, die in België sinds 2012 een geleidelijke, maar significante daling vertoont<sup>3</sup>. Hoewel hiv niet centraal staat in dit artikel, is het toch belangrijk te vermelden dat beide fenomenen hoogstwaarschijnlijk met elkaar verband houden. De succesvolle controle van hiv, bij middel van antiretrovirale medicatie, heeft het doembeeld van aids doen vervagen en heeft geleid tot minder strikt gebruik van het condoom. Dit gaat uiteraard gepaard met een hoger risico voor andere soa's.

Bij mensen van wie de hiv-infectie onder controle is, kan bovendien het virus niet meer doorgeven worden. Dit is opnieuw een mogelijke aanleiding voor minder veilig seksueel gedrag. Daarnaast is er ook het toenemende gebruik van Pre-Exposure Prophylaxis (PREP), dat het risico op hiv-infectie sterk vermindert. Ook dit heeft op haar beurt geleid tot minder condoomgebruik.<sup>4</sup> Dit alles geldt in België vooral voor een specifieke risicogroep: MSM.<sup>5</sup> Zij zijn oververtegenwoordigd, zowel in de hiv-populatie, als bij de soa-patiënten.

## De meest voorkomende soa's

### Syfilis

Na in de tweede helft van vorige eeuw bijna verdwenen te zijn in onze contreien, is syfilis nu meer dan ooit terug aanwezig. In de jaren negentig was een syfilis diagnose een zeldzaamheid geworden. Vandaag echter worden er elk jaar ongeveer 950 gevallen opgetekend in België. Wanneer we de syfilisgevallen meer in detail bekijken, zien we dat 80 % bij mannen voorkomt. Ook herinfecties komen frequent voor (50 % van de infecties in het ITG). Na de behandeling is de patiënt immers opnieuw vatbaar voor deze hoogst infectieuze aandoening - zelfs tongzoenen kan aanleiding geven tot overdracht.

Klinisch stelt de diagnose heel wat problemen. Syfilis wordt niet voor niets de 'kameleon van de infectieziekten' genoemd. De primaire vorm kan zich uiten onder de vorm van een zweertje, knobbeltje, erosie, ulcus ... op mond of genitaliën. Soms is er helemaal geen sprake van dergelijk letsel en gaat syfilis meteen over in de secundaire vorm: uitslag op romp en/of ledematen,



uitgebreid of beperkt, onder de vorm van papeltjes, vlekjes, confluërend of geïsoleerd, niet of weinig jeukend ...

Opnieuw gaat het hier om weinig specifieke klachten en worden ze als dusdanig vaak gemist of miskend. Het is niet uitzonderlijk dat een patiënt met syfilis van de huisarts naar de dermatoloog of internist wordt gestuurd, zonder dat er aan een syfilistest gedacht wordt. Dat kan gevaarlijk zijn, want zowel de primaire als secundaire vorm verdwijnen spontaan, zelfs zonder antibiotische behandeling. De patiënt belandt dan in de latente fase, die na maanden of zelfs jaren, kan overgaan in de tertiaire fase. Tijdens de latentietijd krijgt de parasiet, *Treponema pallidum*, de gelegenheid om zich te gaan vermenigvuldigen in een welbepaald orgaan.

Opnieuw zijn de mogelijkheden velerlei: indien het zenuwstelsel wordt aangetast, spreken we van neurosyfilis en kan dit leiden tot onder meer perifere verlamming, doofheid en meningitis. Ook het oog kan aangetast worden, met retina-loslating en blindheid tot gevolg. Verder kan het hart een doelorgaan zijn, met bijvoorbeeld myocarditis als resultaat. Syfilis kan dus leiden tot aandoeningen met irreversibele schade als gevolg of zelfs tot potentieel levensbedreigende situaties.

Het moge duidelijk zijn dat een tijdige diagnose, in de primaire of secundaire fase, cruciaal is. Ook screening bij hoog-risicogedrag is aangewezen, precies omwille van die latente fase. De patiënt kan zich hier al in bevinden omdat de vroege symptomen niet werden herkend of omdat die simpelweg niet zijn opgetreden (niet zeldzaam bij mensen die al met HIV zijn besmet). Een labotest op een bloedstaal is nog steeds de meest aangewezen diagnostische methode. De interpretatie van de test is echter niet zo eenvoudig en vergt dikwijls specialistisch advies.

Zo verwarrend de symptomatologie en de diagnose zijn, zo eenvoudig is de behandeling. Zoals bij alle soa's geldt: zo snel mogelijk opsporen, gevolgd door snel behandelen en daardoor de overdrachtskans verminderen. Bij syfilis is de eerste keuze nog steeds een langwerkend penicilline, dit al sinds het midden van de vorige eeuw. Bij primaire en secundaire syfilis wordt éénmalig benzylpenicilline G 2 x 1.2 miljoen eenheden, intramusculair in elke gluteaal streek gegeven. Gewoonlijk wordt het poeder aangelengd met behulp van procaine 10 mg/ml, aangezien een injectie met benzylpenicilline G vrij pijnlijk kan zijn. Bij penicilline-allergie is doxycycline 2 x 100 mg/dag gedurende twee weken een alternatief. Bij latente syfilis ('vondst' bij screening, waarbij er geen zekerheid is dat de infectie minder dan een jaar geleden plaatsvond) wordt deze behandeling wekelijks gegeven, driemaal na elkaar. Tertiaire syfilis vraagt een opname voor een intraveneuze behandeling. Hoewel penicilline het eerst ontdekte antibioticum is, is dit waarschijnlijk nog de enige indicatie waarbij dit middel eerste keuze is. Gevolg is dat de ampullen niet altijd even vlot beschikbaar zijn en soms moeten besteld worden in het buitenland, met een wachttijd voor de patiënt tot gevolg.

## Chlamydia

De meest frequente soa bij hetero's is chlamydia, veroorzaakt door *Chlamydia trachomatis*.<sup>6</sup> Indien er klachten zijn, vertonen die meestal een typisch patroon: frequente mictie, pijnlijke mictie, lage abdominale pijn, ongewoon en/of slecht ruikend witverlies. Toch blijft chlamydia, zeker bij de vrouw, frequent asymptomatisch. Indien niet herkend en onbehandeld, kan dit lange termijn complicaties geven zoals infertiliteit. Nochtans is ook spontane genezing mogelijk. Chlamydia is dan ook heel dikwijls een 'vondst' bij soa screening. De behandeling is eenvoudig, maar sinds kort beperkt tot doxycycline 2 x 100 mg/dag gedurende een week. Azithromycine heeft hier dus geen plaats meer in het behandelingschema.

Bij MSM treedt vaak anale chlamydia op, al dan niet met proctitis klachten. De behandeling is dezelfde. Wanneer er een chlamydia-infectie wordt vastgesteld met een bepaald subtype (serovar L1-L3), dan gaat het om een ziektebeeld dat bekend staat onder de naam LGV. Een minder bekende soa die enkel via genotypering kan worden gedetecteerd, in een referentielabo.



De laatste decennia worden deze subtypes frequent vastgesteld bij MSM, bij wie het opnieuw proctitis klachten geeft, die ernstig kunnen zijn, met pijnlijke en bloederige ulceraties in de endeldarm. De behandeling is opnieuw doxycycline, maar een langdurige inname is noodzakelijk, tot drie weken.

## Gonorroe

Ook gonorroe, veroorzaakt door *Neisseria gonorrhoeae*, is aan een opmars bezig. De volksmond geeft meteen aan wat de voornaamste klacht is: een 'druiper', of netjes gezegd: urethrale afscheiding. Ook bij de vrouw is de meest frequente klacht: toegenomen en slecht ruikend vaginaal verlies. Toch kunnen ook hier asymptomatische besmettingen voorkomen, zoals bij een anale gonorroe vaak het geval is.

De diagnose wordt gesteld op een wisser, via de PCR-techniek, maar een klassieke cultuur op bloed agar is altijd ten zeerste aangeraden. De behandeling van gonorroe is immers sterk geëvolueerd de laatste jaren, omwille van toenemende resistentie. Enkel cultuur kan duidelijk maken in hoeverre de verwekker gevoelig is aan de courante antibiotica. Noch ciprofloxacine, noch azithromycine zijn voldoende werkzaam. Alleen ceftriaxone 1g intramusculair geeft nog garantie op volledige uitroeiing van de bacteriën. Momenteel wordt monotherapie aangeraden, dus niet (meer) in combinatie met azithromycine. Er is echter volop onderzoek aan de gang naar alternatieve therapieschema's. *Neisseria gonorrhoeae* blijft een moeilijke bacterie die door middel van zijn plasmiden techniek steeds resistenter wordt.

## Hoe gaan we een soa best opsporen?

Bij een soa klacht is een adequate diagnose dus cruciaal. Eens 'eraan gedacht wordt', volgt best een staalafname onder de vorm van bloed, urine en/of een wisser. Een empirische behandeling is niet aangewezen, waardoor een soa diagnose best berust op het aantonen en identificeren van een biologisch organisme. Met dit in het achterhoofd is het goed bewust te zijn van de vele 'zelftests' die worden aangeboden op het internet. Deze tests hebben de weg naar de officina nog niet gevonden, omdat ze meestal onvoldoende betrouwbaar zijn.

Er zijn de echte zelftests, waarbij afname én aflezen van het resultaat door de patiënt gebeurt. Verder zijn er tests waarbij enkel de afname door de patiënt gebeurt en de stalen worden opgestuurd naar een gecertificeerd labo voor analyse. Enkel de laatste categorie is voldoende gevalideerd en betrouwbaar.<sup>7</sup> Nadeel bij



deze 'soa-testkits' is dan weer dat ze duur zijn. Daarenboven sporen ze een aantal organismen op die niet relevant zijn bij screening (*Mycoplasma genitalium* en *Trichomonas hominis* bijvoorbeeld).

Een consult bij de huisarts of een gespecialiseerd centrum is bijgevolg nog steeds de beste optie, eventueel na langs te gaan bij de apotheker met deze moeilijke problematiek. Deze kan de patiënt te allen tijde geruststellen in het intiem hoekje in de apotheek, verder informeren en ook doorverwijzen naar de huisarts of gespecialiseerd centrum voor een test.

## Wordt een soa enkel doorgegeven via seksueel contact?

Elke soa is, bijna per definitie, afkomstig van een partner. Toch geldt dit niet voor elke hierboven beschreven aandoening. Chlamydia en gonorroe kunnen inderdaad enkel door intiem seksueel contact worden doorgegeven (en dus niet op het openbaar toilet of in de jacuzzi ...). Ook *Treponema pallidum* wordt vooral seksueel doorgegeven, maar toch kan syfilis theoretisch ook het resultaat zijn van een bloedtransfusie of van verticale transmissie tijdens de zwangerschap (congenitale syfilis). Dit wordt in ons land nagenoeg uitgesloten door een strikte selectie van donoren en adequate screening bij bloedtransfusies. In geval van zwangerschap wordt er steeds een screening uitgevoerd en indien nodig wordt de aanstaande moeder tijdig behandeld.

Er zijn echter ook 'niet-obligaat' seksueel overdraagbare organismen, waarbij andere oorzaken denkbaar zijn. Denk maar aan candida: een schimmel die seksueel

kan doorgegeven worden, maar die ook het resultaat kan zijn van antibioticagebruik, diabetes, overdreven intieme hygiëne ...

Ook hepatitis B en C horen tot de categorie 'niet-obligate' soa's. Hepatitis C is lange tijd vooral een **probleem** geweest bij intraveneuze druggebruikers. Zij raakten veelal besmet door het delen van naalden. Sinds 2005 ongeveer, wordt deze aandoening ook meer en meer vastgesteld bij MSM. Beide vormen van hepatitis zijn momenteel te behandelen/controleren met specifieke antivirale middelen. Vooral de behandeling van hepatitis C heeft een spectaculaire evolutie gekend, met momenteel een genezingskans van nagenoeg 100 %. Dit na een kuur van 12 weken met een orale 'DAA (Direct Acting Antiviral)' therapie, met nauwelijks nog bijwerkingen. Het voorschrijven van dit snel evoluerend therapeutisch arsenaal behoort tot het domein van de hepatoloog. Ook hier geldt: snel opsporen, snel behandelen en daardoor de overdrachtskans verminderen. Deze strategie heeft de laatste jaren geleid tot een stabilisatie van de incidentie<sup>8</sup>.

Voor het merendeel van de vastgestelde soa-gevallen in België geldt dus dat de bron bij een sekspartner ligt. Die kan anoniem zijn, zoals na een seksuele ontmoeting in een homosauna of via een dating app. Dan is er geen contactopsporing mogelijk. Indien de vermoedelijke bron bekend is, wordt de patiënt aangeraden deze op de hoogte te brengen van een mogelijke besmetting. Dat kan rechtstreeks of via een anoniem kanaal ('partneralert'<sup>9</sup>), waarbij de partner bericht krijgt dat hij/zij zich best laat testen. Als hulpverlener houdt het daar meestal op. Het beroepsgeheim laat niet toe zelf verdere stappen te ondernemen, tenzij in zeer uitzonderlijke omstandigheden.

## Hoe communiceer ik rond een soa als zorgverlener?

Zo belanden we bij een typisch aspect van de hulpverlening bij soa: de confidentialiteit. Hoewel discretie bij elk patiëntencontact aangewezen is, geldt dit des te meer bij een voorschrift dat wijst in de richting van een seksuele oorsprong van de klacht. Er hangt een groot taboe rond soa. Het blijft moeilijk voor te stellen: een patiënt die even vrank en vrij over het branderige gevoel bij plassen zou spreken met een apotheker, dan wanneer de patiënt bijvoorbeeld last heeft van een bovenste luchtweginfectie. Dit is de reden dat een niet onbelangrijk deel van dergelijke patiënten niet bij hun 'vaste' apotheker langsgaan, maar bij een collega waar de patiënt niet gekend is.

Daarom is het goed dat elke apotheker op de hoogte is van de mogelijke reden waarom een 'suggestief' medicijn als benzylpenicilline of doxycycline wordt afgehaald. Partnerbehandeling, preventie, de noodzaak aan screening ... zijn bijvoorbeeld onderwerpen die aangehaald kunnen worden. Er kan nagegaan worden of dit aspect aan bod is gekomen bij de voorschrijver. Hierover een gesprek aangaan met de patiënt is niet gemakkelijk. De eerste voorwaarde is uiteraard discretie. Probeer ten eerste goed aan te voelen in welke mate de patiënt bereid is hierover te praten. Vermijd mogelijke gespreksobstakels, zoals gebrek aan privacy door inrichting van de apotheek of indiscreet gedrag van andere patiënten. Hier kan het intieme hoekje van de apotheek mogelijk een oplossing bieden. Lijkt de patiënt bereid voor een oriënterend gesprek, dan is dit zeker aangewezen. Hoe dit aan te pakken valt buiten het bestek van dit artikel, maar er zijn heel handige en



praktische instrumenten ontwikkeld door Sensoa, in samenspraak met huisartsen. Het gaat om de 'Onder Vier Ogen Methode': met kant en klare tips om dit onderwerp ter sprake te brengen<sup>10</sup>.

## Onder Vier Ogen Methode

De 'Onder Vier Ogen Methode' is een gespreksmethode ontwikkeld door Sensoa in samenspraak met zorgverleners om de seksuele gezondheid van jouw patiënt proactief bespreekbaar te maken.

Ze berust op volgende vier algemene stappen:

1. Breng seksuele gezondheid zelf ter sprake.
2. Stimuleer de cliënt om zijn verhaal te vertellen.
3. Vat samen wat de cliënt je vertelt.
4. Formuleer een aanbod.

De sterkte van deze methode zit echter in het feit dat ze per specifieke groep van zorgverleners een andere uitwerking kent. Dit resulteert in een gespreksmethode op maat gemaakt van de zorgverlener in kwestie. Hoewel deze methode naar ons gevoel ook een zeer handige tool zou zijn in de apotheek, bestaat ze vandaag de dag nog niet specifiek voor apothekers.

Vandaar ook onze vraag of er apothekers zijn die hieraan actief willen meewerken. Zo help je mee bij de uitwerking van een praktijkgerichte gespreksmethode voor apothekers bij dit gevoelige thema.

### Wat wordt er van jou verwacht?

Je zetelt mee in een werkgroep (maximaal 3 keer samenkomen) en geeft aan welke zaken uit de gespreksmethode toepasbaar zijn op de apotheek. Nadien werkt Sensoa de methode specifiek voor apothekers uit en koppelt men terug of ze voldoet aan jouw verwachtingen.

Zie jij een meerwaarde in deze handige communicatietool voor apothekers en heb je interesse om mee te werken? Mail dan naar [ruben.vanwemmel@kava.be](mailto:ruben.vanwemmel@kava.be).

Wens je meer informatie over deze communicatietool, surf dan naar <https://www.sensoa.be/als-professional-praten-over-seksuele-gezondheid>.

## Slot

Seksueel overdraagbare aandoeningen blijven dus relevant en het ziet er niet naar uit dat dat ooit zal veranderen. Ook voor deze organismen geldt immers 'survival of the fittest': een voortdurende aanpassing aan een veranderende omgeving, in dit geval, het antibio-

ticagebruik om hen te bestrijden. Een correcte therapie en een goed geïnformeerde apotheker, en dus ook patiënt, kunnen bijdragen aan de betrachting om deze organismen steeds een stapje voor te blijven.



**Dr. Ludwig Apers**

Arts/docent bij de hiv/soa-kliniek van het Instituut voor Tropische Geneeskunde

## Referenties

- 1 Voor Neisseria gonorrhoeae en Chlamydia trachomatis registratie in België, zie: <https://epistat.wiv-isp.be/dashboard/>
- 2 Vanden Berghe W, Lecompte A, Bensemmane S, De Schreyer R, De Baetselier I. Surveillance van seksueel overdraagbare aandoeningen. Gegevens voor de periode 2017-2019. Sciensano, Brussel, december 2020.
- 3 Deblonde J, De Rouck M, Montourcy M, Serrien B, Van Beckhoven D. Epidemiologie van aids en hiv-infectie in België. Rapport 2021. Sciensano, Brussel, november 2021.
- 4 Ong JJ, Baggaley RC, Wi TE, et al. Global epidemiologic characteristics of sexually transmitted infections among individuals using preexposure prophylaxis for the prevention of HIV infection: a systematic review and meta-analysis. JAMA Network Open. 2019;2(12): e1917134–e1917134
- 5 Apers L, Vanhamel J, Caluwaerts S, Platteau T, Kenyon C, Florence E. Impact of PrEP on a STI clinic in a Belgian context: a provider's perspective. Acta Clinica Belgica 2020 May 29;1-5. doi: 10.1080/17843286.2020.1767995.
- 6 Meer gedetailleerde informatie rond behandeling is te vinden op de website van de International Union against Sexually Transmitted Infections, zie <https://iusti.org/treatment-guidelines/>
- 7 Voor meer informatie rond zelftesten, zie <https://www.soa-aids.nl/nl/soa-test/soa-thuistest>
- 8 Busschots D, Toghiani S, Bielen R, Salomonsson S, Koc ÖM, Hendrickx G, Jadoul M, Nevens F, Sokal E, Brixko C, Peerlinck K, Apers L, Robaey G, Lazarus JV. Eliminating viral hepatitis C in Belgium: the micro-elimination approach. BMC Infect Dis. 2020 Feb 27;20(1):181. doi: 10.1186/s12879-020-4898-y.
- 9 <https://www.partneralert.be/N/professionals>
- 10 <https://www.sensoa.be/als-professional-praten-over-seksuele-gezondheid>