

	Incubatielijd, symptomatologie	Diagnostiek	Behandeling	Nazorg en partnerwaarschuwing
<b>Chlamydia Trachomatis (CT)</b>	Incubatielijd: 1 tot 3 weken Vaak symptomeloos ♂: Urethritis, proctitis ♀: Cervicitis (contactbloedingen), urethritis, proctitis <b>Complicaties:</b> ♀: PID (cave endometritis bij intercurrent bloedverlies) perihepatitis ♀/♂: reactieve artritis ♂: epididymitis	<b>Standaard:</b> ♂: NAAT <sup>o</sup> urine OF urethra ♀: NAAT <sup>o</sup> vaginale uitstrijk (evt zelfnaam) OF cervix + urethra NB: bij hoogrisico of soa-gereleerde klachten: lichamelijk / inwendig onderzoek NAAT <sup>o</sup> proctum bij anale seks/klachten; evt NAAT <sup>o</sup> pharynx als orale seks	Bij urogenitale infecties: Azithromycine 1000 mgr p.o. eenmalig (niet bij CT proctitis) Bij anale infecties doxycycline 100 mgr 2dd p.o. 7 dagen (LGV uitsluiten) <b>Zwangeren****:</b> azithromycine 1000 mg p.o. éénmalig <b>2e keus</b> amoxiciline 500 mg 3 dd p.o. 7 dagen	Partnerwaarschuwing: • Bij symptomatische CT infectie: alle partners uit de 4-6 wk voorafgaand aan het begin van de klachten • Bij asymptomatische CT infectie: alle partners van de laatste 6 mnd Controletest (min. interval na ther.: 3 wk): alleen indien amoxiciline. Opnieuw chlamydia test aanbieden indien patiënt met een eerdere positieve chlamydia test retour komt binnen 12 maanden.

<b>Lymfgranuloma venereum (LGV)</b>	Incubatielijd: 2 weken tot 3 maanden Proctitis, genitale ulcera, lymfadenitis (bubo)	NAAT <sup>o</sup> CT met LGV genotype-ring (L1, L2 en L3) Chlamydia serologie laat vaak hoge titers zien Algemeen advies: verwijzing naar SOA-poli/ dermatoloog	doxycycline 100 mg 2 dd p.o. 3 weken <b>Allergie:</b> erythromycine 500 mg 4 dd p.o. 3 weken	Partnerwaarschuwing: alle partners uit de afgelopen 6 mnd.
<b>Etiologie:</b> Infectie met CT, type LGV <b>Zie NVDV Richtlijn LGV**</b>				

<b>Gonorrhoe (druper, GO)</b>	Incubatielijd: 2 tot 14 dagen, gemiddeld 8 dagen Vooral bij ♀ vaak symptomeloos (30-60%) Cervicitis, urethritis, proctitis, pharyngitis Complicaties: PID, epididymitis Gedissemiëerde gonorrhoe: koorts, cutane papulopustels en petechiën, arthritis, tenosynovitis, endocarditis en meningitis Risicofactoren gonorrhoe bij de man: zie syndromic management van urethritis bij de man	<b>Standaard:</b> ♂: NAAT <sup>o</sup> urine OF urethra ; 2e keus: kweek ♀: NAAT <sup>o</sup> vaginale uitstrijk (evt zelfnaam) OF cervix + urethra; NB: bij hoogrisico of soa-gereleerde klachten: lichamelijk / inwendig onderzoek 2e keus: kweek NAAT <sup>o</sup> keel- en/of proctum ( ♀ en ♂ ) bij blootstelling/klachten; 2e keus: kweek <b>Optie:</b> kweek met resistentie-bepaling, in aanvulling op NAAT <sup>o</sup> (niet noodzakelijk bij i.m. standaardther., verruimt wel keuzemogelijkheden ther.) Sneldiagnostiek bij pat. met exsudaat: gram preparaat (intracellulair diplococcen). 2e keus: methyleenblauw preparaat (alleen bij urethrale monsters van mannen) Gedissemiëerde gonorrhoe: kweken en/of NAAT <sup>o</sup> van pustels, bloed, synoviale vloeistof of liquor CZS	<b>1e keus:</b> ceftriaxon 500 mg i.m. éénmalig; <b>2e keus:</b> cefuroxim axetil 2x1000 mg p.o. (niet bij pharyngeale GO), 2e gift 6 uur na 1e gift <b>Alternatief:</b> op geleide kweek/ resistentie-bepaling <b>Zwangeren:</b> ceftriaxon 500 mg i.m. éénmalig* Bij penicilline anafylaxie: ciprofloxacine 500 mg p.o. éénmalig (op geleide kweek, cave resistentie) Gedissemiëerde gonorrhoe: klinische behandeling Algemeen advies: als i.m. ceftriaxon ther. niet te realiseren, spoedverwijzing naar, of tel. overleg met SOA-poli	Partnerwaarschuwing: • Bij symptomatische GO: alle partners uit de 4-6 wk voorafgaand aan de klachten • Bij asymptomatische GO: alle partners van de laatste 6 mnd. Controle test (min. interval na ther.: NAAT <sup>o</sup> 7 dagen, kweek 1-2 dagen): • niet geïndiceerd na i.m. standaardtherapie met ceftriaxon voor anogenitale gonorrhoe, • geïndiceerd (zie NVDV Richtlijn Gonorrhoe): • na orale therapie • therapie-ontrouw van patiënt (orale therapie niet gebruikt) • bij vermoeden van resistentie voor gegeven antibioticum • persistente klachten • re-expositie aan onbehandelde bron • geruststelling van patiënt • op grond van lokale afspraken
-------------------------------	--	--	---	--

<b>Trichomonas</b>	Incubatielijd: 1 tot 4 weken Geelgroene bellende afscheiding, ‘frambozen aspect’ cervix	NAAT <sup>o</sup> cervix/urethra uitstrijk; alternatief: vaginale wattenstok of eerste straal’s urine Kweek pH test (> 4,5) & amine/geur-test, KOH test Microscopie op fysiologisch zout preparaat	metronidazol 2000 mg p.o. éénmalig Indien zwangerschap niet uitgesloten: metronidazol bij volgende menstruatie innemen <b>Bij zwangerschap:</b> metronidazol na het 1e trimester innemen	Partnerbeleid: alle partners van de voorafgaande 4 wk, worden na waarschuwing (mee)behandeld, ongeacht of er wel of geen klachten zijn
--------------------	--	---	--	--

	Incubatielijd, symptomatologie	Diagnostiek	Behandeling	Nazorg en partnerwaarschuwing
<b>Syfilis, vroeg (dwz &lt;1 jr tevoren geacquireerd; primair, secundair en vroeg latent)</b>	Incubatielijd: 10 tot 90 dagen Primair (lues I): genitaal, periaanaal of oraal ulcus durum met/ zonder palpabele lymfadenitis Secundair (lues II): maculopapuleus, meestal niet jekend exantheem op romp en extremiteiten, bij ±70% exantheem handpalmen en voetzolen Vroeg latent (lues latens recens): asymptomatische infectie, < 1 jr tevoren geacquireerd Complicaties vroege syfilis (secundaire en vroeg latente syfilis), met name bij HIV-pos. pat: - uveïtis luetica - “sudden deafness” (otitis luetica); eventueel: acute meningitis, nefritis, hepatitis	Primaire screeningstest <span> </span> : TPPA, eventueel EIA Bevestigingstest <span> </span> : FTA-abs; alternatieven <span> </span> : EIA (als bij 1e screening TPPA pos), TPPA (als bij 1e screening EIA pos) <span> </span> ; eventueel IgG immunoblot Tevens, als primaire screenings-test pos. <span> </span> : VDRL (of RPR), kwantitatief (monitoren ther. respons van titer; stagering: als bij asymptomatische pat. VDRL ≥1 :32, diagnose lues latens recens waarschijnlijk) Sneldiagnostiek: donker veld microscopie van exsudaat ulcus Eventueel: NAAT <sup>o</sup> exsudaat lues I NB HIV serologie	2,4 miljoen IE benzathine benzyl penicilline i.m. éénmalig (evt. 1,2 miljoen IE oplossen in 2 cc lidocaïne 20 mg/ml + 2 cc fys . zout, in elke bil) <b>2e keus:</b> doxycycline 100 mg 2 dd p.o. 14 dagen (cave: zeldzaam resistentie van T. pall.) NB Bij HIV co-infectie en zwangeren zoveel mogelijk behandelen met penicilline; indien allergie voor penicilline: overleg met SOA-poli/ dermatoloog (desensibilisatie overwegen) Bij hiv+ overweeg LP i.o. ter zake deskundige dermatoveneroloog/ soapoli	Partnerwaarschuwing: • Lues I: alle partners van de afgelopen 3 mnd • Lues II: alle partners van de afgelopen 6 mnd • Lues latens recens <span> </span> : alle partners van de afgelopen 12 mnd (eventueel 24 mnd) Controle elke 3 maanden in 1e jaar en halfjaarlijks in 2e jaar (criterium goede respons: viervoudige titerdaling, dwz 2 stappen, na 6 mnd; cave: bij circa 15% pat na ther. vroege lues niet gerealiseerd) Bij complicaties: controle oogarts, KNO-arts, internist of neuroloog

<b>Syfilis, laat latent (dwz &gt; 1 jaar tevoren geacquireerd) of latente syfilis van onbekende duur</b>	Laat latent (lues latens tarda of lues latens nno): asymptomatische infectie (pos. syfilis serologie zonder behandeling van syfilis in de voorgeschiedenis)	TPPA en/of EIA, eventueel FTA-abs of IgG immunoblot, VDRL kwantitatief Uitsluiten <span> </span> : neurolues en cardiovasculaire lues (bij voorkeur via SOA-poli/ dermatoloog) NB HIV serologie	2,4 miljoen IE benzathine benzyl penicilline i.m. dag 1, 8 en 15 (evt. 1,2 miljoen IE oplossen in 2 cc lidocaïne 20 mg/ml + 2 cc fys . zout, in elke bil) <b>2e keus:</b> doxycycline 100 mg 2 dd p.o. 28 dagen NB Bij HIV co-infectie en zwangeren zoveel mogelijk met penicilline behandelen; indien allergie voor penicilline: overleg met SOA-poli/ dermatoloog Bij hiv+ overweeg LP i.o. ter zake deskundige dermatoveneroloog/ soapoli	Partnerwaarschuwing: huidige (vaste) partner Controle: frequentie/duur afhankelijk van VDRL titer ten tijde van diagnose (controle niet zinvol bij lage VDRL titer)
--	---	---	---	--

<b>Neuro-syfilis</b>	Hersenzenuw uitval, hoofdpijn, visus-, gehoorstoornissen, pijn/neuropathie benen, gedragsveranderingen bij aanwijzingen voor syfilis	Liquor onderzoek (TPPA, VDRL, mononucleairen, IgG-index, albumine quotient; optioneel: TPPA-index Wenen 2000)	Klinische behandeling: benzylpenicilline G 0.15 milj IE/kg/ dag (of 12-24 milj IE) i.v., verdeeld over 6 doses/dag 10-14 dagen	Partnerwaarschuwing: afhankelijk van het stadium, zie onder syfilis Controle via dermatoloog en neuroloog en zo nodig KNO-arts, oogarts
----------------------	--	---	--	--

<b>Congenitale syfilis</b>	Kraakbeen- (zadelneus), bot-, cardiale en neurologische afwijkingen. Intra-uterine vruchtddood.	Neonataal serum (geen navelstremg-bloed): IgM immuno-blot (anti-T. pallidum) NB IgM immunoblot neg. bij asympt. neonaat: syphillis cong. onwaarschijnlijk Echo op foetale afwijkingen	Klinische behandeling: penicilline i.v. of i.m. (zie Guidelines IUSTI/ WHO Europe: www.iusti.org) Evt. preventieve ther. van asymptomatische neonaat: benzathine penicilline 50.000 IE/kg i.m. éénmalig	Epidemiologisch beleid: diagnostiek/ther./controle moeder Controle via kinderarts en evt dermatoloog Pos. syfilis serologie van neonaat tgv passieve transfer: 6 mnd post-partum neg
----------------------------	---	---	--	--

<b>Hepatitis A</b>	Incubatielijd: 2 tot 7 wk (gemiddeld 28 dagen) Algemene malaise, koorts, misselijkheid, buikklasten, icterus, licht gekleurde ontlasting	Anti-Hep.A IgM Bij verdenking uitbraak: NAAT <sup>o</sup> bloed en/of faeces	Verwijzing naar internist in geval van ernstig verloop	Hepatitis A is een meldingsplichtige aandoening. Voor bron en contactopsporing verwijzen naar lokale GGD
--------------------	---	---	--	---

	Incubatielijd, symptomatologie	Diagnostiek	Behandeling	Nazorg en partnerwaarschuwing
<b>Hepatitis B</b>	Incubatielijd: 4 wk - 6 mnd, gemiddeld 2-3 mnd • Vaak asymptomatisch • Algemene malaise, koorts, griepigerig, buikklasten en icterus	Anti-HBc als screeningstest (indien pos hbsAG bepalen). PM. Bij immunosuppressie overleg met arts-microbioloog voor aanvullende diagnostiek	Indien HBsAg pos.: verwijzing voor verder beleid.	Hepatitis B is een meldingsplichtige aandoening. Voor bron en contactopsporing verwijzen naar lokale GGD Vaccinatie adviseren aan risicogroepen: • mannen, die seks. contacten hebben met mannen (MSM) • personen, die seks hebben voor geld • seks. partner/huis-genoten van HBsAg- pos. persoon • harddrugsgebruikers Follow up door internist/huisarts in geval van dragerschap

<b>Hepatitis C</b>	Incubatielijd: 2-31 wk, gemiddeld 2 mnd Vooralsnog is hepatitis C als SOA alleen geassocieerd met MSM, LGV en HIV-seropositiviteit	Anti-HCV-ELISA (indien pos: bevestigen met blot). PM. Bij immunosuppressie en/of hiv overleg met arts-microbioloog voor aanvullende diagnostiek	Indien anti-HCV pos.: verwijzing naar internist voor verder beleid.	Acute hepatitis C is een meldingsplichtige aandoening Follow up door internist/huisarts in geval van dragerschap Voor bron en contactopsporing verwijzen naar lokale GGD
--------------------	---	---	---	--

<b>Herpes genitalis (HSV 1 en 2)</b>	Incubatielijd: 2-12 dagen • Vaak asymptomatisch • Blaasjes, erosies, rode macula • jeuk, pijn • urethritis, vaginale afscheiding • lymfadenopathie Bij 1ste episode in laatste 6 wk van zwangerschap verwijzen naar gynaecoloog (voor sectio)	NAAT <sup>o</sup> Alternatief: kweek (2e keus)	Indicaties ther. p.o.: • 1ste episode (sterke indicatie) • recidief met veel klachten (start bij voorkeur <6-12 uur na begin klachten) Ther.: • valaciclovir 1ste episode 500 mg 2 dd p.o. 5-10 dagen; recidief: 3-5 dagen • famciclovir, 1ste episode 250 mg 3 dd p.o. 5 dagen, recidief: 1000 mgr 2dd p.o. dag 1 of 250 mg 2dd dag 1-5 p.o. <b>Zwangeren:</b> aciclovir 200 mg 5 dd p.o. 5 dagen	Partnerwaarschuwing: niet zinvol, het informeren van seksuele partner(s) wel Preventie klachten: • profylaxe bij frequente recidieven (>6 per jaar): valaciclovir 500 mg 1 dd, evt. 500mg 2dd (bij bijv. HIV) • profylaxe optie als ≤6 recidieven/jr: valaciclovir 500 mg dd gedurende periode (2-4 mnd), dat pat. profylaxe wil
--------------------------------------	---	---	--	---

<b>Condylomata acuminata (Genitale wratten, HPV)</b>	Incubatie tijd: maanden tot jaren • Rozerode tot grijswitte of gepigmenteerde papillomen met gelobd, bloemkoolachtig oppervlak • Platte papels Complicatie: (voorloper stadia van) anuscarcinoom HIV-pos. patient	Klinisch beeld Vrouw: vaginaal speculum onderzoek Receptief anaal contact: proctoscopie	Ther door pat. bij uitwendige wratten: • podofylloxine crème 0,15% of vloeistof 0,5% (3 opeenvolgende dagen/wk, 2 dd) • imiquimod crème 5% (ma/wo/vrij, 1dd) Ther. door arts/dermatoloog: • cryotherapie • electrocoagulatie • trichloorazijnzuur 80%	Partnerwaarschuwing: niet zinvol, het informeren van seksuele partner(s) wel
--	--	---	---	--

<b>Scabies (Schurft)</b>	Incubatielijd: 2-6 wk; bij herbesmetting: 1-4 dagen • Erythemato-squamuze uitslag • Gangetjes interdigitaal en rond de tepels bij vrouw of penis en scrotum bij man (niet obligaat) • Secundaire pydermie	Klinisch beeld Directe microscopie: KOH 20% preparaat	Opties: • permethrine 5% crème, één maal 8-12 uur op huid laten NB Tijdens zwangerschap/ lactatie is permethrine toegestaan Scabies norvegica: ivermectine 200 µg/kg p.o. plus lokale therapie dag 1 en 8 Bij uitbraak: ivermectine 200 µg/kg p.o. 1-2 x	Partnerwaarschuwing/ meebehandeling: • Alle partners uit voorafgaande 6 wk • Alle gezinsleden/ huisgenoten Instructie door GGD verpleegkundige overwegen Hygiënische maatregelen: kleding en beddengoed wassen op 60 graden; niet wasbare kledingstukken: ≥ 72 uur in gesloten plastic zak
--------------------------	--	--	--	--

# DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING VAN SEKSUEEL OVERDRAAGBARE AANDOENINGEN (SOA)



## NEDERLANDSE VERENIGING VOOR DERMATOLOGIE & VENEREOLOGIE (NVDV) IN SAMENWERKING MET NEDERLANDSE VERENIGING VOOR MEDISCHE MICROBIOLOGIE (NVMM)

SYNDROMEN	Symptomatologie	Diagnostiek	Behandeling	Nazorg en partnerwaarschuwing
<b>HIV infectie / AIDS</b>	Incubatietijd tot ontwikkeling AIDS: 1-15 jr Window periode voor serologische test: 3 mnd na laatste risicocontact  50-80% van geïnfecteerden ontwikkeld binnen 2 tot 4 wk een acuut retro-viraal syndroom met een griepachtig verloop en huiduitslag  Symptomen AIDS: opportunistische infecties, neurologische ziektebeelden en neoplasieën	HIV 1 en 2 serologie HIV sneltest (bij hoog risico populatie) indien pos.: bevestigingstest. Bij verdenking acute HIV infectie: combi-test/viral load i.o. arts-microbioloog.	Antiretrovirale behandeling door hiv-behandelcentrum	Partnerwaarschuwing: alle (vaste) partners uit het leven (voor zover mogelijk) of alle (vaste) partners vanaf de laatste bekende negatieve HIV-serologie

<b>Pediculosis pubis (schaamluis, platjes)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeuk</li> <li>• Parasiet zichtbaar op huid schaamstreek</li> <li>• Neten (eieren) zichtbaar, geklit aan haarschacht</li> </ul>	Klinisch beeld Directe microscopie (kleine vergroting)	Opties: <ul style="list-style-type: none"> <li>• permetrine 5% crème (na 10 minuten uitwassen)</li> <li>• malathion 0,5% lotion (gedurende 12 uur laten zitten)</li> </ul> NB Na 1 wk herhalen	Partnerwaarschuwing: alle partners uit de voorafgaande 2 mnd.
--	---	---	--	---

SYNDROMEN	Symptomatologie	Diagnostiek	Behandeling	Nazorg en partnerwaarschuwing
<b>Pelvic inflammatory disease (PID)</b>	Onderbuikspijn, koorts en vaginale afscheiding  Verwijzen naar Gynaecoloog bij: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ernstig ziek</li> <li>• Ernstige peritoneale prikkeling</li> <li>• Geen verbetering na 24-48 uur behandeling</li> </ul> Cave: EUG!	Toucher, bimanuele palpatie adnexen en speculum-onderzoek  GO en CT diagnostiek (NAAT <sup>o</sup> ) Overwegen: tevens GO kweek met resistentiebepaling  Zwangerschap (EUG) uitsluiten	ofloxacin 400 mg 2 dd p.o. 14 dagen <b>PLUS</b> metronidazol 500 mg 2 dd p.o. 14 dagen  Als verdenking GO (exsudaat, evt met pos. Gram prep.; GO bij partner): doxycycline 100 mg 2 dd p.o. 14 dagen <b>PLUS</b> metronidazol 500 mg 2 dd p.o. 14 dagen <b>PLUS</b> ceftriaxon 500 mg i.m. éénmalig*  NB Bedrust	Partnerwaarschuwing indien soa aangetoond: alle huidige partner(s) en alle partners van de afgelopen 6 mnd

<b>Urethritis bij de man</b>  Etiologie: CT, GO, non-specifiek (NSU; non-GO/ non-CT urethritis); zelden: Trichomonas  <b>Zie NVDV Richtlijn Gonorrhoe &amp; Syndromic Management Urethritis Man 2006***</b>	Incubatietijd: 1 – 3 wk Symptomen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dysurie</li> <li>• Urethraal exsudaat</li> </ul>	CT en GO diagnostiek: geen exsudaat aantoonbaar, dan sneldiagnostiek voor objectievere urethritis: test aantal leuko's in 1e straal's urine (leukostick/sediment) of in uitstrijk urethra (normaal: <10 leuko's/veld, 100x)  <b>Risicofactoren GO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exsudaat (zeker als Gram prep. pos; risico GO hoger bij purulent dan bij muceus exsudaat)</li> <li>• GO bij partner</li> <li>• contact van persoon met verhoogd risico dragerschap N . gon. (bijv. seks voor geld)</li> <li>• MSM</li> </ul> Bij insertief anaal contact: banale kweek  Eventueel NAAT <sup>o</sup> Trichomonas	Als <b>geen risicofactoren GO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• azithromycine 1000 mg p.o. éénmalig</li> </ul> Als <b>risicofactoren GO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• azithromycine 1000 mg p.o. éénmalig</li> <li>• ceftriaxon 500 mg i.m. éénmalig*</li> </ul> Bij persisterende of recidicerende klachten: metronidazol 2 gram (trichomonas) PLUS doxycycline 100 mgr 2 dd p.o. 7 dagen of amoxicilline 500 mgr 3 dd p.o. 7 dagen.	Partnerwaarschuwing indien soa aangetoond: zie adviezen bij CT en GO.  Partnerwaarschuwing bij NSU: alle partners van de voorafgaande 4 wk  Cave Trichomonas infectie als geen respons op ther.  Bij onbegrepen NSU recidieven non-soa oorzaken uitsluiten (verwijzing uroloog)
---	---	--	---	---

<b>Epididymo-orchitis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erytheem/ oedeem van scrotum</li> <li>• Zwelling</li> <li>• Pijn bij palpatie</li> <li>• Acuut begin</li> </ul> Cave tortio testis (peracuut begin)  Eventueel consult uroloog	CT en GO diagnostiek	Etiologie vermoedelijk CT of GO (<35 jr): <ul style="list-style-type: none"> <li>• doxycycline 100 mg 2 dd p.o. 10 dagen</li> </ul> <b>PLUS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ceftriaxon 500 mg i.m. éénmalig*</li> </ul> Etiologie vermoedelijk darmflora (insertief rectaal contact) of >35 jr: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ofloxacin 400 mg 2dd p.o. 10 dagen</li> </ul> <b>PLUS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ceftriaxon 500 mg i.m. éénmalig*</li> </ul> NB Bedrust, analgetica, suspensioir	Partnerwaarschuwing: alle partners uit 4-6 wk voorafgaand aan het begin van de klachten  Controle: na 3 dagen
---------------------------	--	----------------------	--	---

SYNDROMEN	Symptomatologie	Diagnostiek	Behandeling	Nazorg en partnerwaarschuwing
<b>Balanoposthitis</b>	Erytheem, schilfers. Suggestief voor candidosis: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 'Rode spikkels'</li> <li>• Ragaden</li> <li>• Jeuk</li> </ul>	Candida diagnostiek: <ul style="list-style-type: none"> <li>• microscopie KOH-preparaat</li> <li>• kweek</li> </ul>	Candida balanitis: Miconazol crème 2% 1-2 dd lokaal	Z.n. voor overige oorzaken balanitis verwijzen naar dermatoloog
<b>Sexually acquired reactive arthritis (SARA)</b>	Artritis, huid- en oogafwijkingen, urethritis	CT en GO diagnostiek plus CT serologie	Behandeling soa Verwijzing Reumatoloog	Partnerwaarschuwing: afhankelijk van gediagnosticeerde soa
<b>Fluor vaginalis (Bacteriële vaginose/BV, Candidiasis vaginalis/CV, Trichomoniasis vaginalis/TV)</b>	Vaginale afscheiding, jeuk en foetor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaginaal speculum onderzoek</li> <li>• pH</li> <li>• Aminetest (geurtest na toevoeging druppel KOH 10% aan fluur)</li> </ul> NB <ul style="list-style-type: none"> <li>• pH &gt;4.5: BV of TV</li> <li>• pH ≤4.5: CV</li> <li>• als geurtest pos. (visgeur): BV of TV</li> </ul> Eventueel als pH>4.5: NAAT <sup>o</sup> op TV en/of clue cells (BV) of trichomonaden in fysiologisch zout preparaat	BV en TV: <ul style="list-style-type: none"> <li>• metronidazol 2 gram p.o. éénmalig, indien onvoldoende effect bij BV: 2dd 500mg 7 dagen.</li> </ul> CV: <ul style="list-style-type: none"> <li>• lokaal of systemisch antimycoticum</li> </ul> Als BV in 1e trimester zwangerschap: <ul style="list-style-type: none"> <li>• clindamycine vaginale crème 1dd 7 dagen</li> <li>OF</li> <li>• clindamycine 300 mg 2 dd p.o. 7 dagen</li> </ul>	Partner waarschuwing/ behandeling is niet zinvol bij BV en CV, wel bij TV
<b>Proctitis</b>  Informatie omtrent LGV proctitis: <b>NVDV LGV richtlijn</b>  Algemeen advies: bij verdenking syfilis of LGV verwijzing naar SOA-poli/ dermatoloog	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anale afscheiding</li> <li>• (Peri-)anale erosie of ulcus</li> <li>• Tenesmus ani / pijn anus</li> <li>• Constipatie</li> <li>• Rectaal vol gevoel of gevoel van incomplete defaecatie</li> </ul> Cave: <ul style="list-style-type: none"> <li>• proctitis herpetica</li> <li>• proctitis luetica</li> <li>• LGV proctitis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proctoscopie</li> <li>• NAAT<sup>o</sup> rectale swab op CT en GO (evt, kweek GO, met name bij exsudaat)</li> <li>• TPPA</li> <li>• NAAT<sup>o</sup> HSV (als erosie)</li> </ul> NB Indien NAAT <sup>o</sup> CT pos., dan genovar typering ter uitsluiting van LGV bij MSM	<ul style="list-style-type: none"> <li>• doxycycline 2dd 100 mgr p.o. 7 dagen</li> </ul> <b>PLUS</b> Bij verdenking GO: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ceftriaxon 500 mgr i.m. éénmalig</li> </ul> Bij bewezen LGV: Doxycycline kuur continueren (21 dagen)  Bij klinische verdenking HSV-infectie of syfilis: adequate therapie (zie aldaar)	Partner waarschuwing: zie specifieke soa  Controle: zie specifieke soa

NAAT<sup>o</sup>: Nucleic Acid Amplification Test. Moleculaire lab-techniek zoals PCR.

\* De standaard dosering is verhoogd tot 500 mgr in verband met het risico op resistentie ontwikkeling.

\*\* Zie NVDV Richtlijn LGV: [http://www.soa-aids-professionals.nl/medische\\_richtlijnen/nvdv](http://www.soa-aids-professionals.nl/medische_richtlijnen/nvdv)

\*\*\* Zie NVDV Richtlijn Gonorrhoe 2006 en 2011: [http://www.soa-aids-professionals.nl/medische\\_richtlijnen/nvdv](http://www.soa-aids-professionals.nl/medische_richtlijnen/nvdv)

\*\*\*\* Zie NVDV Richtlijn: Toelichting bij herziening 2008/2009 en 2011: [http://www.soa-aids-professionals.nl/medische\\_richtlijnen/nvdv](http://www.soa-aids-professionals.nl/medische_richtlijnen/nvdv)

Deze richtlijnen zijn ook beschikbaar op de website van [http://www.soa-aids-professionals.nl/medische\\_richtlijnen/nvdv](http://www.soa-aids-professionals.nl/medische_richtlijnen/nvdv) en als PDA bestand te downloaden. De richtlijnen worden on-line regelmatig geactualiseerd en PDA gebruikers ontvangen hiervan bericht.

Dit overzicht is samengesteld door de domeingroep SOA van de NVDV in nauwe samenwerking met NVMM en Soa Aids Nederland en geeft een samenvatting van de aanbevelingen t.a.v. diagnostiek en behandeling. Het overzicht pretendeert niet volledig te zijn. Voor meer details, aanvullingen en informatie: zie [www.soa-aids.nl](http://www.soa-aids.nl): (professionals/medische\_richtlijnen), met o.a. de achtergrond bij de Herzieningen.