



7. Soa-gerelateerde syndromen

Vastgesteld LOI-SG: 29 mei 2018.

Wijzigingen sinds vaststelling:

- December 2018: hyperlinks naar draaiboek Partnermanagement geactualiseerd.

Inhoud deeldraaiboek 7

7.1 Inleiding.....	74
7.2 Urethritis bij de vrouw.....	75
7.2.1 Klinisch beeld	75
7.2.2 Laboratoriumdiagnostiek	75
7.3 Urethritis bij de man.....	76
7.3.1 Klinisch beeld	76
7.3.2 Anamnese	76
7.3.3 Lichamelijk onderzoek	76
7.3.4 Differentiaaldiagnose	77
7.3.5 Diagnostiek op poli.....	77
7.3.6 Laboratoriumdiagnostiek.....	77
7.3.7 Beleid	77
7.4 Ulceratieve klachten in (oro-/ano)genitaal gebied	79
7.4.1 Klinisch beeld	79
7.4.2 Lichamelijk onderzoek	79
7.4.3 Differentiaaldiagnose	79
7.4.4 Diagnostiek op poli.....	79
7.4.5 Laboratoriumdiagnostiek.....	80
7.4.6 Beleid	80
7.5 Fluor- en vaginitisklachten.....	80
7.5.1. Klinisch beeld	80
7.5.2 Lichamelijk onderzoek	80
7.5.3 Diagnostiek op poli.....	81
7.5.4 Laboratoriumdiagnostiek.....	81
7.5.5 Evaluatie en differentiaaldiagnose	81
7.5.6 Beleid	82
7.6 Proctitis.....	84
7.6.1 Klinisch beeld	84
7.6.2 Lichamelijk onderzoek	84
7.6.3 Differentiaaldiagnose	84
7.6.4 Laboratoriumdiagnostiek.....	84
7.6.5 Beleid	84
7.7 Balanopostitis	85

7.7.1 Klinisch beeld	85
7.7.2 Lichamelijk onderzoek	85
7.7.3 Differentiaaldiagnose	85
7.7.4 Diagnostiek op poli	85
7.7.5 Laboratoriumdiagnostiek	86
7.7.6 Beleid	86
7.8 Overige (ano)genitale huidafwijkingen	86
7.8.1 Klinisch beeld	86
7.8.2 Lichamelijk onderzoek	86
7.8.3 Differentiaaldiagnose	87
7.8.4 Diagnostiek op poli	87
7.8.5 Laboratoriumdiagnostiek	87
7.8.6 Beleid	87
7.9 Pelvic inflammatory disease (PID)	87
7.9.1 Definitie	88
7.9.2 Klinisch beeld	88
7.9.3 Lichamelijk onderzoek	88
7.9.4 Diagnostische criteria	88
7.9.5 Aanvullend onderzoek	88
7.9.6 Laboratoriumdiagnostiek	88
7.9.7 Diagnose	88
7.9.8 Beleid	89
7.10 Pijnlijk scrotum	89
7.10.1 Klinisch beeld	89
7.10.2 Lichamelijk onderzoek	90
7.10.3 Differentiaaldiagnose	90
7.10.4 Diagnostiek op poli	90
7.10.5 Laboratoriumdiagnostiek	90
7.10.6 Beleid	90

7.1 Inleiding

Dit deeldraaiboek biedt een aantal praktische handvatten bij de presentatie van de meest voorkomende soa-gerelateerde syndromen op de GGD polikliniek seksuele gezondheid. De basis hiervoor zijn de syndroomhoofdstukken in de [multidisciplinaire richtlijn \(MDR\) seksueel overdraagbare aandoeningen](#). De epidemiologie is aldaar beschreven. Bij het onderdeel urethritis is het addendum over *Mycoplasma genitalium* in de MDR van belang.

Er zijn factoren die de keuze kunnen beïnvloeden om onderstaande stappen te volgen of juist niet. Bijvoorbeeld omdat er geen mogelijkheden zijn tot bepaalde diagnostische toepassingen op de polikliniek. Of omdat de publieke gezondheid in gedrang komt als te rigide aan het stappenplan wordt vastgehouden.

Professionals werkzaam in de publieke seksuele gezondheid streven ernaar zo snel mogelijk tot een diagnose te komen en waar verantwoord direct te behandelen. Naast individueel profijt wordt hiermee beoogd maximaal bij te dragen aan het onderbreken van verdere transmissie van een soa.

De genoemde differentiaaldiagnosen zijn niet compleet, alleen de meest relevante oorzaken voor de GGD polikliniek seksuele gezondheid worden genoemd. Voor de diagnostiek op de polikliniek is uitgegaan van het minimum; elke polikliniek kan dit uitvoeren. Uitgebreidere onderzoeken op de polikliniek worden ook beschreven en zullen de keuze voor behandeling vergemakkelijken. Vervolgens staan de laboratoriumtesten aanbevolen om de diagnostiek zo compleet mogelijk af te handelen. De arts bepaalt hoeveel onderzoek ingezet wordt, afhankelijk van de presentatie van de cliënt. Bij elke cliënt wordt het testbeleid uitgevoerd zoals beschreven in het deeldraaiboek 6 (testbeleid).

De onderstaande (medische) adviezen gaan uit van syndromale behandeling om de gepresenteerde klachten direct bij het eerste consult te kunnen behandelen. De overweging om direct te gaan behandelen, is gebaseerd op afwijkingen/symptomen die bij lichamelijk of microscopisch onderzoek worden geobjectiveerd. De diagnoses die op een later moment worden gesteld door middel van laboratoriumonderzoek worden uiteraard behandeld zoals gemeld in deeldraaiboek 8 (beleid na soadiagnose). Alle behandelingen volgen de betreffende LCI-richtlijn tenzij anders vermeld.

Partnerwaarschuwing is na behandeling van een syndroom pas geïndiceerd als de diagnose geobjectiveerd is, zoals bij microscopisch onderzoek, lab of aangetoonde leukocyten in urine en eventueel lichamelijk onderzoek. Huidige vaste partners worden getest en meebehandeld. Na elke behandeling is het advies om seksuele onthouding te hebben gedurende 7 dagen en in ieder geval tot de partner getest/behandeld is (zie ook het [LCI-draaiboek Partnermanagement](#)).

Volgens de triage zouden op de GGD polikliniek seksuele gezondheid geen cliënten met een PID of een pijnlijk scrotum moeten komen. Deze syndromen worden in het onderstaande wel besproken, omdat deze beelden gerelateerd kunnen zijn aan een soa en ontstaan kunnen zijn in samenhang met andere syndromen en de consequenties ernstig kunnen zijn.

7.2 Urethritis bij de vrouw

Op het CSG wordt urethritis vooral gezien bij mannen. Daarom volgt hier slechts een zeer korte beschrijving voor vrouwen met urethritis.

7.2.1 Klinisch beeld

- Dysurie;
- pollakisurie.

7.2.2 Laboratoriumdiagnostiek

- NAAT *Chlamydia trachomatis* en *N. gonorrhoeae* uit vagina, en NAAT *Trichomonas* bij klinische verdenking;
- Overweeg urinestick. Indien nitrietpositief: verdenking op UWI. Verwijs naar huisarts (na inzetten soadiagnostiek).

7.3 Urethritis bij de man

Er wordt etiologisch onderscheid gemaakt tussen een gonorroïsche urethritis (GU) (veroorzaakt door *Neisseria gonorrhoeae*) en een niet-gonorroïsche urethritis (NGU). De meest voorkomende pathogenen bij niet-gonorroïsche urethritis (NGU) zijn *Chlamydia trachomatis* (Ct: 11-50%), *Mycoplasma genitalium* (Mg: 6-50%), *Ureaplasma* spp. (5-26%), *Trichomonas vaginalis* (Tv: 1-20%), adenovirussen (2-4%) en herpessimplexvirus (HSV: 2-3%).

De diagnose urethritis wordt gesteld op basis van klachten en klinische verschijnselen van dysurie, irritatie van de urethra en/of jeuk bij de meatus in combinatie met afscheiding uit de urethra of leukocyturie in de eerstestraals urine. Het is een multifactoriële aandoening die meestal seksueel wordt overgedragen.

Er is discussie gaande over het gebruik van de term niet-specifieke urethritis. Deze term wordt gebruikt voor een urethritis waarbij geen sprake is van chlamydia-infectie of gonorrhoe. Deze aanduiding is discutabel, omdat bij deze patiënten soms ook een andere verwekker kan worden gevonden.

7.3.1 Klinisch beeld

- Dysurie;
- irritatie van de urethra;
- jeuk bij de meatus;
- man: urethraal écoulement;
- man: jeuk ter hoogte van de plasbuis.

7.3.2 Anamnese

Vraag naar het begin, de aard, de duur en het beloop van de klachten. Hoeveel tijd zit er tussen een eventueel onveilig seksueel contact en het begin van de klachten? Zijn er nog seksuele contacten geweest na ontstaan van de klachten?

Speciële anamnesevragen:

- Is er afscheiding vanuit de urethra? Is deze purulent of mucoïd?
- Is er dysurie?
- Is er jeuk of irritatie van de urethra of meatus?
- Zijn er andere mictieklachten, zoals vaker plassen of hematurie?
- Is er pijn of zwelling van de bijbal?
- Zijn er oogklachten, zoals afscheiding uit het oog, jeuk of gevoel dat er iets in het oog zit?
- Zijn er gewrichtsklachten?
- Is er koorts? Zijn er koude rillingen of algemene ziekteverschijnselen?
- Zijn er bijkomende klachten die op een soa kunnen wijzen, bijvoorbeeld afscheiding uit de anus?
- Heeft de cliënt eerder dezelfde klachten gehad?
- Heeft de cliënt al eerder medicatie gekregen voor de klachten en welke? Therapietrouw?

7.3.3 Lichamelijk onderzoek

- Inspecteer de gehele penis, inclusief schacht, glans penis en meatus urethrae.
- Is er afscheiding? Indien aanwezig: is deze purulent of mucoïd? Laat bij ontbreken van afscheiding de urethra leegstrijken of strijk zelf de urethra leeg.

- Is er sprake van een ulcus/ulcera of condylomata aan glans of preputium?
- Palpeer de regionale en inguinale lymfeklieren: zijn deze vergroot of pijnlijk (niet-pijnlijke vergrote lymfeklieren kunnen passen bij lues)?
- Onderzoek testis en scrotum: verdenking epididymitis?
- Is er sprake van een rood oog (conjunctivitis, uveïtis)?
- Zijn er tekenen van arthritis (zwellings, pijn, roodheid)?

7.3.4 Differentiaaldiagnose

- *N. gonorrhoeae* urethritis;
- *Chlamydia trachomatis* urethritis;
- *Mycoplasma genitalium* urethritis;
- *Ureaplasma*;
- *Trichomonas vaginalis*;
- adenovirussen;
- *Candida* urethritis;
- herpes simplexvirus;
- niet-infectieus, mechanisch, irritatief;
- balanitis.

7.3.5 Diagnostiek op poli

- Minimaal dipstick op de eerstestraals urine.
- Indien mogelijk: microscopie van écoulement.

7.3.6 Laboratoriumdiagnostiek

- Minimaal urine NAAT *Chlamydia trachomatis* en *N. gonorrhoeae*.
- Indien mogelijk: grampreparaat van écoulement of kweek uit urethra.
- Bij oogklachten: NAAT *Chlamydia trachomatis* en *N. gonorrhoeae*.

7.3.7 Beleid

Algemeen advies:

- Geen seksueel contact 7 dagen na behandeling en niet masturberen en/of 'milken' (handmatig de penis stimuleren om te beoordelen of er nog afscheiding aanwezig is).
- Met betrekking tot partnerwaarschuwing zullen in geval van een geobjectiveerde urethritis (zie inleiding) de partner(s) van de laatste 6 weken al gewaarschuwd worden om een soatest te doen voordat de bevestiging van het laboratorium bekend is. Dit om te voorkomen dat de partnerwaarschuwing niet besproken wordt in geval van een NSU.
- NB Bij additionele asymptomatische infectie extragenitaal moet partnerwaarschuwingstermijn uitgebreid.
- Na vaststelling verwekker waarschuwing specificeren.

Behandeling (zie ook figuur 7.1):

Behandeling bij man met dysurie met of zonder écoulement en leukocytenpositieve urinedipstick zonder een verdenking op gonorroïsche urethritis:

- azitromycine 1000 mg p.o.
- tweede keus: doxycycline 100 mg 2dd 7 dagen

Behandeling bij man met (hevig) purulent écoulement en leukocytenpositieve urinedipstick en hoge verdenking op gonorroïsche urethritis **OF** man met microscopisch aangetoonde gonokokken:

- ceftriaxon 500 mg i.m.;

- neem een kweek af vóór behandeling in het kader van de GRAS (gonokokkenresistentie tegen antibiotica surveillance).

Behandeling bij man met dysurie zonder écoulement en leukocytennegatieve urinedipstick (is dus géén geobjectiveerde urethritis):

- geen blinde behandeling;
- wacht de laboratoriumuitslagen af en adviseer cliënt contact op te nemen bij progressieve klachten;
- adviseer indien van toepassing (morning) milken te stoppen.

Aanvullend beleid verwijzingen naar specialist:

- onverklaarde afwijkingen op urinedipstick (bijvoorbeeld proteïnurie, glucosurie) → verwijst naar huisarts voor herhaling onderzoek;
- macroscopische hematurie → uroloog;
- ernstige conjunctivitis/uveïtis → oogarts;
- acute gewrichtsklachten → reumatoloog.

Controle:

- Spreek af waar cliënt zich meldt bij aanhoudende klachten na behandeling (GGD of huisarts).

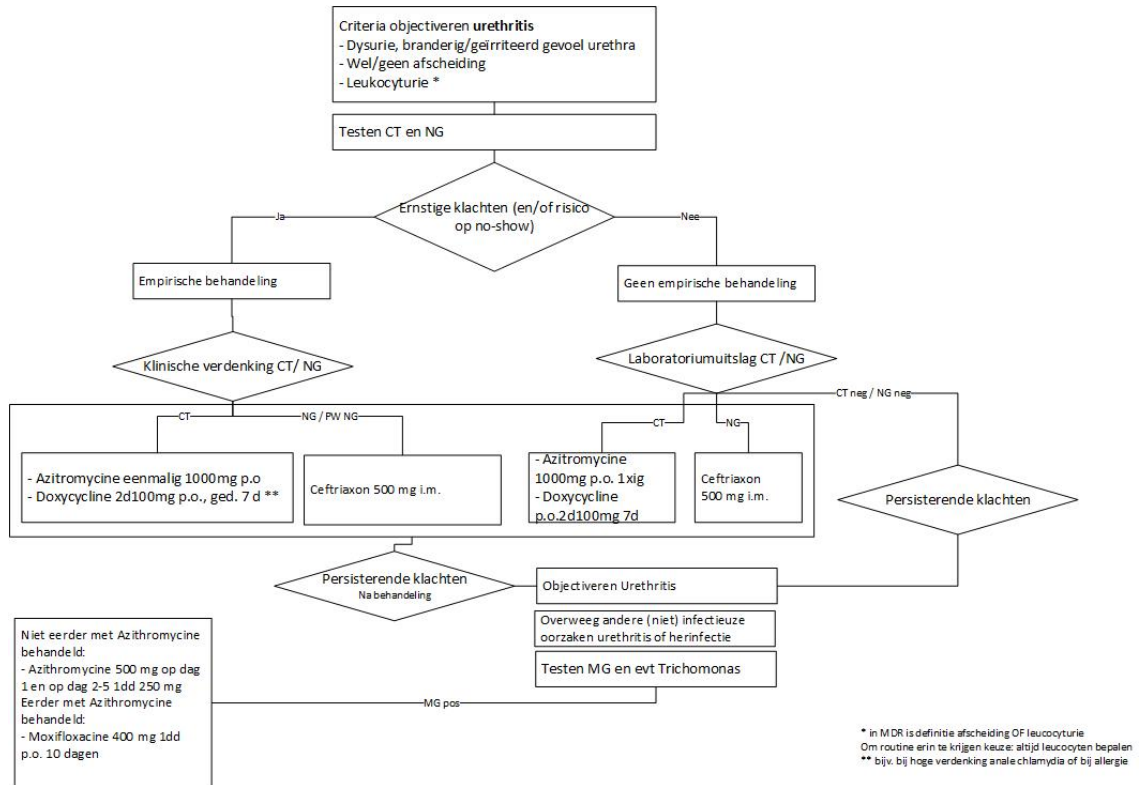
Bij aanhoudende klachten na behandeling:

- Objectiveer de klinische diagnose urethritis: zichtbare afscheiding of leucocyturie.
- Vraag therapietrouw na.
- Vraag of er sprake kan zijn van herinfectie door een onbehandelde partner.
- Vraag naar mechanische oorzaken zoals morning milken, frequent masturberen en trauma.
- Chronisch bekkenpijnsyndroom?
- Bij geobjectiveerde urethritis: overweeg opnieuw diagnostiek chlamydia en gonorrhoe, overweeg NAAT *Trichomonas vaginalis* en *Mycoplasma genitalium*.
- Betreffende partnermanagement voor vaste partners van mannen met persisterende urethritis zie het [LCI-draaiboek Partnermanagement](#).

Behandeling bij aanhoudende klachten:

- Behandeling *Mycoplasma genitalium*-infectie bij patiënten die nog geen azitromycine gekregen hebben:
 - azitromycine p.o. 500 mg op dag 1 en op dag 2-5 1dd 250 mg.
- Behandeling *Mycoplasma genitalium*-infectie bij patiënten die reeds met azitromycine behandeld zijn:
 - moxifloxacin 400 mg 1dd p.o. 10 dagen.
- Behandeling trichomonasurethritis:
 - metronidazol 2 gram stat.
- Als er geen infectieuze oorzaak gevonden wordt en de klachten na het opvolgen van de adviezen niet verdwijnen → verwijzen naar huisarts/uroloog.

Figuur 7.1. Flowchart voor geobjectiverde urethritis.



7.4 Ulceratieve klachten in (oro-/ano)genitaal gebied

7.4.1 Klinisch beeld

- Ulcera;
- defecten;
- erosies;
- rhagaden;
- algehele malaise;
- prodromale verschijnselen (jeuk, tintelingen, branderige sensatie).

7.4.2 Lichamelijk onderzoek

- Man: inspecteer liezen, scrotum, anus en penis, mond.
- Vrouw: inspecteer mond, liezen, vulva, labia, introitus en anus.
- Palpeer regionale lymfeklieren.
- Beoordeel ulcus: pijnlijkheid, induratie, beslag, rand, grootte, solitair/multipel.

7.4.3 Differentiaaldiagnose

- Herpes genitalis;
- lues I;
- lymphogranuloma venerum;
- chancroid;
- granuloma inguinale;
- Niet-venerische oorzaken.

7.4.4 Diagnostiek op poli

- Indien mogelijk: donkerveldmicroscopie.
- Indien mogelijk: spoed-VDRL/RPR (sneltest).

7.4.5 Laboratoriumdiagnostiek

- Lues- en hivserologie.
- Indien mogelijk: NAAT lues van de aangedane huid.
- NAAT HSV van de aangedane huid.
- NAAT *Chlamydia trachomatis* uit ulcusbodemp (LGV).
- Overweeg:
 - grampreparaat uit ulcus als er een donkerveldonderzoek is gedaan en dit geen spirochetes toont en bij negatieve VDRL (chancroid);
 - banale kweek van aangedane huid (is doorgaans op CSG niet mogelijk).
- Herhaal luesserologie na 3-4 / 6 en 12 weken ter aantoning/uitsluiting lues I.

7.4.6 Beleid

Bij positieve donkerveldmicroscopie of positieve spoed-VDRL/RPR of sterke klinische verdenking op syfilis (bij hoog risicogedrag):

- benzathinebenzylpenicilline 2,4 miljoen IE in lidocaïne i.m. éénmalig.

Bij klinische verdenking HSV binnen 5 dagen na start van symptomen:

- bij primaire infectie: valaciclovir 500 mg 2dd p.o., 5(-10) dagen en eventueel lidocaïne 5% in ZOK-zalf lokaal of vaseline-lidocaïne crème (conform internationale richtlijnen);
- bij recidief valaciclovir 500 mg 2dd p.o. 3-5 dagen en eventueel ondersteunende topische behandeling met lidocaïne;
- bij immuno-incompetentie bij een primaire infectie valaciclovir 1000 mg 2dd p.o. gedurende 10 of tot re-epithelialisatie van de laesies;
- Voor beleid bij HSV in de zwangerschap zie de [multidisciplinaire richtlijn \(MDR\) seksueel overdraagbare aandoeningen](#).

Overige behandeling op geleide van uitslag diagnostiek.

7.5 Fluor- en vaginitisklachten

7.5.1. Klinisch beeld

- Fluor afwijkend voor cliënte wat betreft hoeveelheid, samenstelling, kleur of geur;
- jeuk of irritatie in en/of rond de vagina;
- met of zonder dyspareunie;
- met of zonder vaginaal bloedverlies (contactbloedingen of spotting).

Vraag naar geneesmiddelen (zoals immunosuppressiva, antibiotica en hormonen zoals de pil) en gebruik van vaginale zelfzorg middelen en speeltjes. Informeer ook naar evt. relationele en seksuele problemen (m.n. opwinding en lubricatie).

7.5.2 Lichamelijk onderzoek

- Inspecteer vulva en perineum.
- Palpeer regionale lymfeklieren.
- Abdominaal onderzoek en vaginaal toucher bij verdenking op opstijgende infectie.
- Speculumonderzoek: kleur en aspect vaginawand, kleur en consistentie fluor* (homogeen, brokkelig, luchtballen), portio (aspect, bloed en uitvloed).

7.5.3 Diagnostiek op poli

- pH-test*: doop een pH-strip in de fluor. Een pH tussen 4,0 en 4,5 is normaal. Cave: zaadvocht en menstruatiesbloed kunnen de pH doen stijgen.
- Aminetest*: meng een druppel 10%-KOH met fluor. Positief als een rottevisgeur vrijkomt.
- Indien mogelijk: microscopisch onderzoek van het fysiologischzoutpreparaat
 - clue cells* (epitheelcellen bezet met bacteriën);
 - leukocyten (tel of er meer te zien zijn dan epitheelcellen, dit maakt een infectie meer waarschijnlijk);
 - trichomonaden.
- Indien mogelijk: microscopisch onderzoek met KOH-preparaat: pseudohyphen (gistdraden met een takstructuur).

*Amselcriteria:

- dunne, homogene grijswitte fluor;
- pH van de fluor >4,5;
- positieve aminetest;
- clue cells in het fysiologischzoutpreparaat.

De diagnose bacteriële vaginose wordt gesteld als ten minste 3 van de 4 amselcriteria positief zijn. Bij twee positieve criteria is de diagnose bacteriële vaginose onzeker.

7.5.4 Laboratoriumdiagnostiek

- Vaginale NAAT *Chlamydia trachomatis* en *N. gonorrhoeae*.
- Overweeg vaginale NAAT *Trichomonas* bij geelgroene schuimende fluor en een rode vaginawand.
- Overweeg laboratoriumonderzoek (grampreparaat) van een aan de lucht gedroogd fluorpreparaat. Zie hoofdstuk A2 van de [multidisciplinaire richtlijn \(MDR\) seksueel overdraagbare aandoeningen](#).

7.5.5 Evaluatie en differentiaaldiagnose

Zie tabel 7.1.

Tabel 7.1. Klinische kenmerken bij vrouwen met vaginose/vaginitis: interpretatie van diagnostiek

Anamnese	Lichamelijk onderzoek	Diagnostiek	Differentiaaldiagnose
wisselende hoeveelheid en consistentie fluor, soms jeuk of irritatie	normale bevindingen	amselcriteria <3	fysiologisch
kort bestaande jeuk of irritatie, vaak overvloedige fluor	witte, niet-riekende, soms brokkelige fluor, soms rode vulva of vaginawand	KOH-preparaat: pseudohyphen, evt. positieve gistkweek	candidiasis
onaangenaam ruikende fluor	dunne, homogene fluor, soms rottevisgeur, geen ontstekingsverschijnselen	amselcriteria ≥3	bacteriële vaginose
jeuk en irritatie, soms onaangenaam ruikende fluor	geelgroene en soms schuimende fluor, rode vaginawand en soms cervix met aardbeiaspect	KOH-preparaat: trichomonaden, leukocytose of positieve NAAT/PCR of positieve kweek	trichomoniasis

Denk verder aan:

- provoked vulvodynia;
- mechanische, chemische of allergische prikkeling;
- relationele of seksuele problemen.

7.5.6 Beleid

Algemeen:

- Leg uit dat er natuurlijke variatie is in de hoeveelheid en samenstelling van afscheiding.
- Bespreek dat geneesmiddelgebruik en zelfzorg zoals vaginale douches, zeep en zaaddodende middelen de afscheiding negatief kunnen beïnvloeden.
- Geef hygiëeadvies: uitwendig reinigen met water is voldoende.
- Bij inwendige behandeling: leg uit dat condooms en pessaria onbetrouwbaar zijn tot 3 dagen na stopzetten van de behandeling.
- Er is geen bewijs voor een relatie tussen fluorklachten en het dragen van strakke broeken, inlegkruisjes of synthetisch ondergoed.

Beleid bij candidiasis:

- Leg uit dat veel vrouwen (15-20%) dit hebben maar hier doorgaans geen klachten van ervaren.
- Leg uit dat het een onschuldige klacht is die meestal vanzelf verdwijnt.
- Behandel ernstige of hardnekkige klachten.

Vaginale behandeling:

- miconazol 1200 mg vaginaalcapsule eenmalig.

Alternatieve vaginale behandeling:

- Drie dagen achtereenvolgend voor het slapen gaan diep vaginaal inbrengen:
 - clotrimazol 200 mg vaginaaltablet, (heeft voldoende vaginaal vocht nodig om geheel op te lossen); of
 - clotrimazolcrème (20 mg/g), 1 applicatorvulling (5 g); of
 - butoconazol 100 mg ovule; of
 - butoconazolcrème (20 mg/g), 1 applicatorvulling (5 g).
- Eenmalig: 1 clotrimazol vaginaal tablet 500 mg.

Orale behandeling:

- fluconazol 150 mg eenmalig p.o.

Bij uitwendige jeuk:

- eventueel tevens crème voor uitwendig gebruik: miconazolcrème (20 mg/g) of clotrimazolcrème (10 mg/g), 2dd dun aanbrengen tot de klachten over zijn.

Bij zwangeren:

- geef een lokale behandeling met miconazol of clotrimazol.

Bij lactatie:

- geef bij voorkeur miconazol vaginaal.

Bij ernstige vulvovaginale candidiasis (uitgebreid erytheem, oedeem, krabeffecten of fissuren):

- overweeg een langere behandeling (7-14 dagen) met clotrimazolcrème (10 mg/g) of miconazolcrème voor vaginaal gebruik, voor slapen gaan 1 applicatorvulling (5 g) diep vaginaal inbrengen.

Beleid bij klinische diagnose bacteriële vaginose:

- Geef uitleg over verstoring van het natuurlijk evenwicht in de vagina; bepaalde bacteriën die normaal in de vagina thuishoren gaan overheersen.
- Leg uit dat het geen infectie of besmetting is en dat de klachten meestal weer vanzelf verdwijnen.
- Behandel hinderlijke of ernstige klachten.

Eerste keus bij niet zwangeren (*vaginaal*):

- metronidazol 500 mg, 1 ovule per dag, 7 dagen.

Alternatieve *orale* behandeling:

- metronidazol 500 mg tablet, 2 dd 1 tablet, 7 dagen; of
- metronidazol 500 mg tablet, eenmalig 4 tabletten.

Alternatieve *vaginale* behandeling:

- clindamycinecrème voor vaginaal gebruik (20 mg/g), 's avonds voor slapen gaan 1 applicatorvulling (5 g) diep vaginaal, gedurende 7 dagen.

Bij zwangeren:

- clindamycinecrème voor vaginaal gebruik (20 mg/g) 's avonds voor slapen gaan 1 applicatorvulling (5 g) diep vaginaal inbrengen gedurende 7 dagen) (lage absorptie); of
- metronidazol oraal (eenmalig 2 g) of vaginaal (500 mg ovule 1 dd 1, 's avonds voor slapen gaan diep vaginaal inbrengen gedurende 7 dagen).

Bij lactatie:

- geef een eenmalige metronidazol dosis na de laatste voeding van de dag. Ook kan in overleg met patiënte gekozen worden voor een vaginale behandeling met clindamycinecrème.

Beleid bij trichomoniasis:

- Leg uit dat besmetting plaatsvindt door seksueel contact en dat niet iedereen klachten krijgt.
- Bespreek partnerwaarschuwing.

Behandeling:

- metronidazol 500 mg tablet, éénmalig 4 tabletten oraal.

Behandeling bij zwangerschap in het eerste trimester:

- clindamycinecrème 2% intravaginaal, 1 applicator (5 g) per dag gedurende 7 dagen; of
- clindamycine 2dd 300 mg oraal gedurende 7 dagen.

Bij vaginaal bloedverlies zonder soa en bij cervixafwijkingen:

- adviseer nadere diagnostiek door de huisarts; bespreek dit al bij het eerste consult.

7.6 Proctitis

7.6.1 Klinisch beeld

- Anale jeuk of pijn;
- (muco)purulente/bloederige afscheiding uit anus;
- tenesmi;
- obstipatie;
- loze aandrang, rectaal vol gevoel;
- bij ontsteking hogerop: diarree, buikpijn, misselijkheid, braken, algemene malaise, gewichtsverlies.

7.6.2 Lichamelijk onderzoek

- Palpeer buik/liezen.
- Inspecteer anus uitwendig.
- Beoordeel proctum slijmvlies met behulp van proctoscopie op roodheid, afscheiding, ulceraties, fissuren, bloed en condylomata.

7.6.3 Differentiaaldiagnose

- *N. gonorrhoeae*;
- *Chlamydia trachomatis*/lymphogranuloma venerum (LGV);
- herpes simplexvirus;
- lues I;
- niet-venerische proctitis (mechanisch/irritatie, candidiasis, Crohn, colitis ulcerosa, fissura, etc.);
- shigellose.

7.6.4 Laboratoriumdiagnostiek

- Minimaal NAAT *Chlamydia trachomatis* en *N. gonorrhoeae* uit proctum.
- Ulcera en erosies: NAAT HSV en NAAT lues uit proctum (zie §7.4. Ulceratieve klachten).
- Overweeg microscopie.

7.6.5 Beleid

Bij klinisch hoge verdenking op LGV, indien mogelijk met aangetoonde leuco's bij microscopie, behandel blind in afwachting van de labuitslagen:

- Doxycycline 100 mg 2dd p.o. gedurende 21 dagen.

- Overweeg toevoegen ceftriaxon als er op basis van klinisch beeld verdenking is op een gonorrhoe-infectie (bijv. setting van een CSG).
- Indien de NAAT *Chlamydia trachomatis*/LGV negatief is, staak dan de behandeling na 7 dagen; als klachten aanhouden, verwijs dan door naar huisarts voor verder onderzoek.
- Bij aangetoonde LGV-infectie, test huidige partner op alle anatomische locaties op CT, en op LGV indien CT-positief.
- Start bij partner met doxycycline; zie verder het [LCI-draaiboek Partnermanagement](#).
- Follow-up: als klachten aanhouden na behandeling bij aangetoonde LGV, controleer nogmaals op chlamydia-infectie/LGV minimaal 3 weken na einde behandeling.

Bij klinische verdenking HSV-proctitis:

- valaciclovir 500 mg 2dd p.o. gedurende 5 dagen en lidocaïne 5% in ZOK-zalf FNA lokaal uitwendig;
- bij aanhouden klachten, verwijs naar huisarts voor verder beleid.

7.7 Balanopostitis

7.7.1 Klinisch beeld

- Ontstekingen van de glans penis en/of preputium;
- jeuk;
- branderigheid;
- pijn.

Wanneer er ulcera zijn, moet tevens gekeken worden naar het syndroom ulceratieve klachten.

7.7.2 Lichamelijk onderzoek

- Bij acute balanitis: inspecteer glans en preputium op erytheem, zwelling, erosies, (pussende) afscheiding, foetor en phimosis.
- Bij chronische balanitis: inspecteer glans en preputium op erytheem, papels, schilfering, erosies, rhagaden en phimosis.
- Bij anaerobe infectie: inspecteer glans en preputium op preputiaal oedeem en superficiële erosies.
- Bij aerobe infectie: inspecteer glans en preputium op inflammatie en erytheem met/zonder oedeem.
- Palpeer regionale lymfeklieren.

7.7.3 Differentiaaldiagnose

- Acuut:
 - soa;
 - *Candida albicans*;
 - infectie met groep A- en B-streptokokken;
 - *Gardnerella vaginalis*;
 - niet-infectieuze oorzaak: allergie, irritatie, trauma.
- Chronisch:
 - vaak geen specifieke oorzaak;
 - bij diabetes mellitus of andere chronische aandoening met immuunsuppressie wel meer risico op infectieuze oorzaak;
 - Balanitis simplex, circinata en plasmocellularis.

7.7.4 Diagnostiek op poli

- Overweeg KOH-microscopie op hyfen.

- Overweeg indien mogelijk een spoed-VDRL/RPR (zie §7.4. Ulceratieve klachten).

7.7.5 Laboratoriumdiagnostiek

- Overweeg banale kweek bij verdenking aerobe/anaerobe infectieuze oorzaak.
- Overweeg NAAT HSV/lues van aangedane huid (zie §7.4. Ulceratieve klachten).

Bij een acute balanitis met pus en/of erosieve/ulceratieve huidlaesies is het belangrijk om ook de andere soa's uit te sluiten.

7.7.6 Beleid

Wanneer men vermoedt dat de acute balanitis grotendeels door verminderde hygiëne veroorzaakt wordt, wordt patiënten geadviseerd zich te wassen met ruim lauw water of een NaCl-oplossing 0,9% en geen zeep te gebruiken in het genitaal gebied.

Candida balanopostitis (meestal 'self-limiting'):

- Antimycotica lokaal, bijvoorbeeld miconazolcrème 2% 1-2 dd (met 1% hydrocortison bij inflammatie).
- Bij therapieresistente gevallen en bij patiënten met diabetes kan een antimycoticum p.o. overwogen worden, bijvoorbeeld fluconazol 150 mg p.o. eenmalig.

Anaërobe balanopostitis (onwelriekend):

- Metronidazol 400-500 mg p.o., 2dd gedurende 1 week (mildere gevallen kunnen ook op lokaal metronidazol reageren).
- Amoxicilline/clavulaanzuur 500/125 mg p.o., 3dd gedurende 1 week.
- Clindamycinecrème 2dd tot klachten zijn verdwenen.

Aërobe balanopostitis:

- Bij milde gevallen kan volstaan worden met lokale therapie: fusidinezuur 2% crème 3dd gedurende 1 week.
- Claritromycine 500 mg SR p.o., 1dd gedurende 1 week.
- Amoxicilline/clavulaanzuur 500/125 mg 3dd gedurende 1 week.
- OF een alternatief op basis van de kweekuitslagen.

Bij verdenking overige niet-soa-gerelateerde oorzaak verwijzen naar de huisarts voor verdere beoordeling en eventueel verwijzing.

7.8 Overige (ano)genitale huidafwijkingen

7.8.1 Klinisch beeld

- Papels;
- pustulae;
- plaques;
- crustae;
- nod(ul)i.

7.8.2 Lichamelijk onderzoek

- Palpeer regionale lymfeklieren.
- Inspecteer scrotum, penis en peri-anele huid op onregelmatigheden.

- Inspecteer zo nodig handen en polsen op zoek naar gangetjes en krabeffecten.

7.8.3 Differentiaaldiagnose

- Condylomata acuminata;
- mollusca contagiosa;
- andere dermatologische afwijkingen (skintags, folliculitis, epidermale cysten etc.);
- condylomata lata;
- scabiës.

7.8.4 Diagnostiek op poli

- Bij verdenking condylomata lata:
 - indien mogelijk: donkerveldmicroscopie;
 - indien mogelijk: spoed-VDRL/RPR;
 - NB. condylomata lata moet altijd door lab bevestigd worden, deze diagnose kan niet gesteld worden op enkel klinisch beeld;
 - handelen volgens [LCI-richtlijn Syfilis](#).
- Bij verdenking scabiës:
 - indien mogelijk: KOH 20% microscopie; zoek naar eitjes en mijten.

7.8.5 Laboratoriumdiagnostiek

- Overweeg serologische screening lues.

7.8.6 Beleid

Bij diagnose condylomata acuminata:

- Podofyllotoxinecrème, 2dd, 3 dg/week, max. 5 weken.
- Indien lokalisatie ongeschikt voor standaardbehandeling, verwijs dan door naar huisarts voor verdere opvolging of doorverwijzing naar tweede lijn.
- Trichloorazijnzuur 900 mg/g aanstippen op poli.

Bij diagnose mollusca contagiosa:

- Wacht natuurlijk beloop af, ze verdwijnen gemiddeld na 4 tot 12 maanden
- Bij wens voor behandeling verwijs naar de huisarts voor verder beleid.

Bij diagnose scabiës (aangetoonde mijten of eitjes):

- Zie LCI-richtlijn.
- Consult GGD afdeling infectieziektebestrijding met name bij mogelijke scabiës in instelling.
- Scabiësbeleid op polikliniek seksuele gezondheid afstemmen met GGD afdeling infectieziektebestrijding.

Bij niet-soa-gerelateerde oorzaken:

- Verwijs indien nodig naar huisarts voor verdere beoordeling.

7.9 Pelvic inflammatory disease (PID)

Volgens de triage zouden op de GGD polikliniek seksuele gezondheid geen cliënten met een PID moeten komen. PID wordt in het onderstaande wel besproken, omdat het klachtenbeeld gerelateerd kan zijn aan een soa en de consequenties ernstig kunnen zijn.

7.9.1 Definitie

Pelvic inflammatory disease (PID) is een ontsteking in het kleine bekken ten gevolge van verspreiding van micro-organismen doorgaans vanuit de vagina en de cervix naar het endometrium, de tubae en aangrenzende structuren.

7.9.2 Klinisch beeld

PID kan zowel asymptomatisch, mild met subtiele symptomen, als zeer ernstig verlopen. Symptomen kunnen zijn:

- koorts;
- malaise;
- (uni- of bilaterale) pijn in de onderbuik (vooral bij lopen en stoten);
- fluorklachten;
- abnormale vaginale bloedingen (intermenstrueel en of postcoïtaal);
- diepe dyspareunie.

7.9.3 Lichamelijk onderzoek

- Beoordeel de mate van ziek zijn. Koorts (>38 °C)?
- Bij vaginaal toucher en uitwendige palpatie: pijnlijke uterus/adnexen of opdruk-/slingerpijn?
- Is er drukpijn onderbuik of rechter bovenbuik?
- Beoordeel afscheiding uit de cervix op purulentie.

7.9.4 Diagnostische criteria

Omdat een PID sluimerend kan verlopen, kan de diagnose worden gemist. De consequentie van een gemiste diagnose is groot. Daarom is de drempel voor het stellen van de diagnose laag. Bij vrouwen met één of meer van de volgende symptomen dient men de diagnose PID te overwegen:

- temperatuur >38 °C;
- niet-acute pijn in de onderbuik;
- abnormale fluor;
- intermenstrueel vaginaal bloedverlies en contactbloedingen (ten gevolge van cervicitis/endometritis);
- diepe dyspareunie;
- slinger/opdrukpijn bij vaginaal toucher;
- gevoelige/gezwollen adnexa bij vaginaal toucher.

DD: Differentiaaldiagnostisch komen de volgende aandoeningen in aanmerking: extra-uteriene graviditeit (EUG), appendicitis, endometriose, ruptuur of torsie van een ovarium cyste, torsie adnextumor, myoom, ovulatiepijn, geruptureerd of hemorrhagisch corpus luteum, dysmenorroe, gastro-intestinale aandoeningen, urineweginfectie.

7.9.5 Aanvullend onderzoek

- Altijd zwangerschapstest.
- Verdere diagnostiek zoals bij fluorklachten (zie 7.5.4 en 7.5.5).

7.9.6 Laboratoriumdiagnostiek

- NAAT *Chlamydia trachomatis* en *N. gonorrhoeae*.
- Kweek *N. gonorrhoeae* bij aanwijzingen voor gonorroe en/of start ceftriaxon.

7.9.7 Diagnose

- Op basis van anamnestiche en klinische bevindingen.

- Laboratoriumdiagnostiek is niet bewijzend voor de aanwezigheid of afwezigheid van PID.

7.9.8 *Beleid*

Aanbevolen poliklinische orale en i.m. behandeling bij PID:

Milde vorm (of indien gonorrhoe is uitgesloten):

- ofloxacin 400 mg p.o., 2 dd gedurende 14 dagen; en:
- metronidazol 500 mg p.o., 2 dd gedurende 14 dagen.

Bij verdenking op gonorrhoe of positieve PCR op Ng:

- ofloxacin 400 mg p.o., 2 dd gedurende 14 dagen; en:
- metronidazol 500 mg p.o., 2 dd gedurende 14 dagen; en:
- ceftriaxon 500 mg i.m., eenmalig.

Overleg met specialist bij:

- ernstig algemeen ziek zijn, hoge of piekende koorts, of hevige buikpijn;
- immuungecompromitteerde personen;
- een positieve zwangerschapstest i.v.m. uitsluiten EUG;
- bekende zwangerschap;
- twijfel over de diagnose.

Informeer de huisarts over de klinische diagnose en ingestelde behandeling.

Geen seksueel contact tot 1 week na het afronden van de behandeling en verdwijnen van de klachten.

Follow-up:

- Evalueer de ingestelde behandeling na 2 tot 3 dagen (eventueel in samenwerking met huisarts).
- Verwijs bij onvoldoende effect van de behandeling naar specialist.
- Een negatieve soascreening is geen reden om de behandeling te staken, daar een PID ook veroorzaakt kan worden door een andere verwekker waar niet op getest is.

7.10 Pijnlijk scrotum

Volgens de triage zouden op de GGD polikliniek seksuele gezondheid geen cliënten met epididymitis moeten komen. Een pijnlijk scrotum met DD epididymitis wordt in het onderstaande wel besproken, omdat het klachtenbeeld gerelateerd kan zijn aan een soa en de consequenties ernstig kunnen zijn.

NB: Omdat de differentiële diagnose ernstige, acute problemen bevat die direct handelen vereisen, moet een cliënt direct gezien kunnen worden op de soa-polikliniek, of hiervoor worden verwezen naar de huisarts.

7.10.1 *Klinisch beeld*

- (Sub)acut ontstane (unilateraal) pijnlijk scrotum;
- Zwelling.

Mogelijke bijkomende klachten:

- dysurie;
- toegenomen mictiefrequente;
- koorts, algehele malaise;

- misselijkheid en braken.

7.10.2 Lichamelijk onderzoek

- Beoordeel de mate van ziek zijn, meet de temperatuur.
- Inspecteer de schacht van de penis, de glans en de meatus urethrae.
- Inspecteer het scrotum, liefst in staande houding: symmetrie scrotum, huid (erytheem).
- Palpeer het scrotum en de testes (ligging, grootte, mate van zwelling, pijn en symmetrie, eventueel fluctuatie), onderscheid de epididymis van de test en beoordeel pijn en mate van zwelling.
- Onderzoek de liezen (zwelling, roodheid, lymfeklieren).

7.10.3 Differentiaaldiagnose

- Epididymitis;
- torsio testis;
- testis infarctering (als gevolg van torsio testis);
- testis abces;
- spermatocele;
- liesbreuk;
- trauma;
- chronisch bekkenpijnsyndroom.

7.10.4 Diagnostiek op poli

- Minimaal dipstick eerstestraals urine op nitriet en leukocyten.
- Indien mogelijk: microscopie van écoulement (grampreparaat en sediment).

7.10.5 Laboratoriumdiagnostiek

- NAAT *Chlamydia trachomatis* en *N. gonorrhoeae*.

NB: De [multidisciplinaire richtlijn \(MDR\) seksueel overdraagbare aandoeningen](#) adviseert bij elke patiënt met een verdenking op epididymitis een banale kweek met resistentiebepaling (middenstroom urine) of dipslide te verrichten. Deze diagnostiek is niet standaard beschikbaar binnen een CSG. Indien niet mogelijk verwijzing naar huisarts.

7.10.6 Beleid

- Indien hoge koorts, ernstig ziek, verdenking torsio testis of bij evaluatie geen verbetering van de klachten: directe verwijzing naar de uroloog.
- (Sub)acut ontstane, eenzijdige klachten in het scrotum bij jongens/mannen onder de 18 jaar vormen aanleiding voor een spoedindicatie voor aanvullende diagnostiek om een torsio testis uit te sluiten. Overleg met en verwijzing naar de uroloog is dan dus noodzakelijk.
- Bij (sub)acut ontstane, (toenemende) eenzijdige pijn en zwelling van de epididymis, en eventueel gezwollen testis wordt de diagnose acute epididymitis gesteld. De positie van de testis is normaal hierbij.

Behandeling

Bij een epididymitis is behandeling met een antibioticum geïndiceerd. De voorkeur gaat uit naar een behandeling met chinolonen omdat deze zowel werkzaam zijn bij een epididymitis op basis van een urineweginfectie als een epididymitis op basis van de meest voorkomende soa.

- Levofloxacin eenmaal daags 500 mg tablet gedurende 14 dagen, of ofloxacin tweemaal daags 400 mg tablet gedurende 14 dagen.
- Bij een grote kans op een simultane infectie met gonokokken (zoals bij MSM, urethrale purulente afscheiding, partnerwaarschuwing) wordt hier tevens ceftriaxon 500 mg eenmalig bij gegeven.

Bij een contra-indicatie voor chinolonen:

- Bij een epididymitis waarschijnlijk op basis van een urineweginfectie (dit is waarschijnlijker bij positieve nitriettest, obstructieve mictieklachten en recente instrumentatie van de urinewegen):
 - cotrimoxazol 2dd 960 mg tablet, gedurende 14 dagen.
- Bij een epididymitis waarschijnlijk op basis van een soa (waarschijnlijker bij positieve nitriettest, obstructieve mictieklachten en recente instrumentatie van de urinewegen):
 - doxycycline 2dd 100 mg tablet, gedurende 14 dagen.
- Ook hierbij wordt laagdrempelig ceftriaxon 500 mg gegeven bij grote kans op simultane infectie met gonokokken.

Geen seksueel contact tot 1 week na het afronden van de behandeling en verdwijnen klachten.

Geef voorlichting over de aandoening en het te verwachten beloop (over het algemeen nemen de klachten af binnen 3 dagen en herstellen volledig na 2-4 weken).

- Mogelijk helpt ondersteunen of hoog leggen van het scrotum (suspensoir of als alternatief een strakke, ondersteunende, onderbroek) of lokaal koelen met koude kompressen (of ijsblokjes in een washandjes) om de klachten te verlichten.
- Zo nodig kan paracetamol of een NSAID geadviseerd/voorgeschreven worden tegen de pijn.

Follow-up:

- Follow-up is ALTIJD geïndiceerd als de klachten toenemen of binnen 72u geen verbetering wordt gezien.
- Adviseer de patiënt bij toenemend ziek zijn (forse toename pijn, hoge koorts, misselijkheid of braken) direct contact op te nemen met de huisarts.
- Stem af met de cliënt om de huisarts te informeren.

Partnerwaarschuwing:

- Uitgaand van verwekkers chlamydia en gonorrhoe wordt een waarschuwingsperiode van 4-6 weken aanbevolen. Partners kunnen meebehandeld worden voor chlamydia (en gonorrhoe als bij indexcliënt gonorrhoe gevonden wordt).