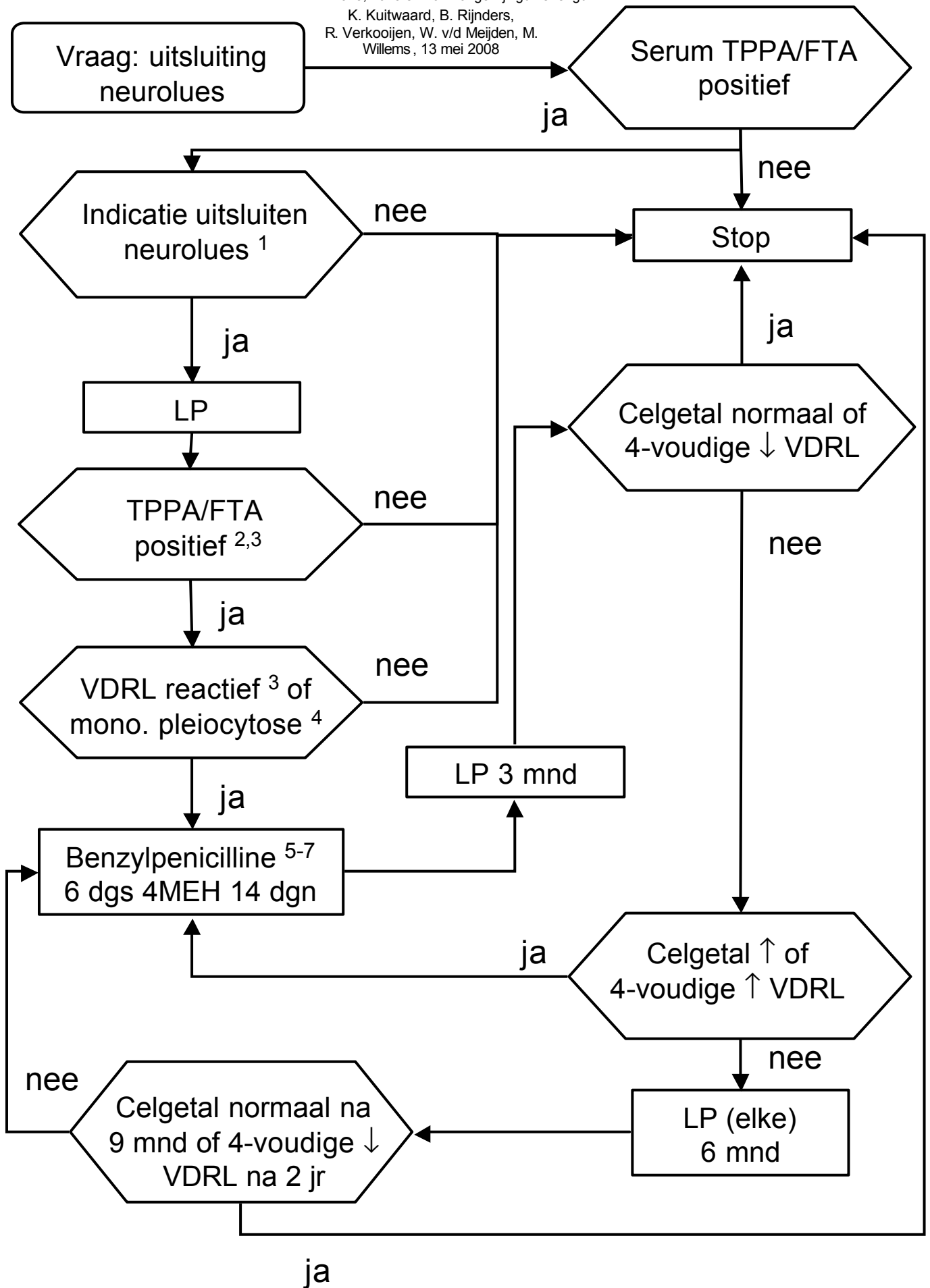


In 2013, 2015 en 2017 ongewijzigd verlengd  
 K. Kuitwaard, B. Rijnders,  
 R. Verkooijen, W. v/d Meijden, M.  
 Willems, 13 mei 2008



Disclaimer  
 1 januari 2015

De Richtlijnen van de afdeling Neurologie Erasmus MC zijn met zorg samengesteld op basis van de stand van de wetenschap ten tijde van het vaststellen van de Richtlijn. Deze Richtlijnen zijn bedoeld voor medici. Een Richtlijn moet worden gezien als aanbeveling, waarvan indien daar goede argumenten voor zijn kan worden afgeweken. Mede omdat wetenschappelijke inzichten zich ontwikkelen en kunnen wijzigen, aanvaarden zowel de afdeling Neurologie als de individuele opstellers van de Richtlijnen geen enkele aansprakelijkheid voor onverhoopte onvolkomenheden in de Richtlijnen, of eventuele gevolgen daarvan. De richtlijnen commissie stelt zich open voor attentering op (vermeende) onvolkomenheden in de opmaak of inhoud van de richtlijnen

## Richtlijn Neurolues (symptomatisch en asymptomatisch)

K. Kuitwaard, B. Rijnders, R. Verkooijen, W. v/d Meijden, M. Willems, 13 mei 2008

### 1. Indicaties uitsluiten neurolues:

- Verdenking symptomatische neurolues
- Tertiare orgaanlues: oogafwijkingen, otitis, aortitis/cardiovasculair
- Uitsluiten asymptomatische neurolues bij HIV + met lues latens tarda of lues van onbekende duur
- Uitblijven van een 4-voudige titerdaling van serum VDRL 12 maanden na behandeling primaire lues.

Voorbeeld van symptomen die zouden kunnen passen bij neurolues:

- Acute aseptische meningitis
- Hersenenuitval; n. III, VI, VII, VIII en otitis luetica
- Oculaire syphilis; retinitis, uveitis, neuritis optica
- Meningovasculaire syphilis; thrombosen/ischemie
- Tabes dorsalis; schietende pijnen, achterstrengstoornissen
- Dementia paralytica

2. TPPA of FTA abs. in liquor negatief sluit neurolues uit. Echter vals positieve waarden komen in zeldzame gevallen voor, met name FTA abs; TPPA heeft de voorkeur.

3. Cave macroscopisch traumatische punctie kan eventueel vals-positieve waarden geven. (zeldzaam: twijfel evt. herhalen)

4. Definitie mono. pleiocytose:  $> 5 \times 10^6/l$  mononucleaire cellen

De volgende bepalingen kunnen de diagnose neurolues ondersteunen:

- Albumine-ratio  $> 7.8$  (verhoogde doorlaatbaarheid bloed-hersen barriere)

**Cave indien verstoorde BHB;**

**FTA, TPPA, VDRL, IgG, TE, ITPA-index niet betrouwbaar.**

- ITPA-index  $> 3.0$  (bij intacte BHB: albumine ratio  $\leq 7.8$ )

Cave kan jarenlang positief blijven.

- TPHA (TPPA)-index  $> 500$
- IgG index  $> 0.7$  (verhoogde IgG synthese liquor)
- Totaal eiwit  $> 0.58$
- Oligoclonale banden in liquor

Bij HIV +: Celgetal  $\leq 20 \times 10^6/l$  en mild verhoogd eiwit kan i.k.v. HIV;  $> 20 \times 10^6/l$  cellen bij HIV + pleit erg voor neurolues.

Cave bij symptomen passende bij neurolues eerder behandeling overwegen. (soms geen pleiocytose)

Cave bij verdenking recidief neurolues of HIV + kan diagnose neurolues moeilijk zijn, z.n. overleg infectioloog/microbioloog.

5. In geval van een IgE-gemedieerde penicilline-allergie (larynxoedeem, anafylaxie, urticaria, astma) dient i.o.m. de allergoloog desensitisatie te worden uitgevoerd omdat de effectiviteit van niet op penicilline gebaseerde behandelingen onbekend is. Bij een patiënt met een niet IgE-gemedieerde allergie (niet urticariële rash) kan ceftriaxon 2 gram per dag i.v. gegeven worden.

6. Informeer de patiënt t.a.v. de mogelijkheid van het optreden van een Jarisch-Herxheimer reactie; koortsachtige reactie  $\leq 24$  uur na behandeling.

Behandeling; paracetamol en/of NSAID's, onvoldoende bewijs voor standaard behandeling met prednison.

7. Eerste en tweede keer behandeling neurolues; Benzylpenicilline, derde behandeling; Ceftriaxon 1 dgs. 2 gram i.v., 14 dagen.

#### Referenties:

1. RIVM/ LCI Richtlijnen infectieziektenbestrijding: syphilis 2008
2. CBO-richtlijn Seksueel overdraagbare aandoeningen en herpes neonatorum 2002
3. CDC Sexually transmitted diseases treatment guideline 2006, syphilis.
4. WHO guideline for the management of sexually transmitted infections. 2003
5. C.B. Hicks. Serological testing voor syphilis. Up-to-date aug. 2007
6. C.M. Marra. Neurosyphilis. Up-to-date aug. 2007
7. A.Rompalo. Epidemiology, clinical presentation, and diagnosis of syphilis in the HIV infected patient. Up-to-date aug. 2007
8. F.A.A. Blok, J de Gans, L.J. Schot, J.R. Mekkes, H.J.C. de Vries. Hersenzenuwuitval door vroege syfilitische meningitis:terugkeer van een vooroorlogs ziektebeeld. NTvG 2005; 149:1636-1640.
9. Libois A, de Wit, Poll B, et. al. HIV and syphilis: When to perform a lumbar puncture. Sex Transmitt Dis 2007;34:141-144.
10. Chan DJ. Syphilis and HIV co-infection: when is lumbar puncture indicated? Curr HIV Research 2005;3:95-98.
11. Marra CM, Maxwell CL, Smith SL, et. al. Cerebrospinal fluid abnormalities in patients with syphilis: association with clinical and laboratory features. J Infect Dis 2004;189:369-375
12. Marra CM. Déjà vu all over again: when to perform a lumbar puncture in HIV-infected patients with syphilis. Sex Transmitt Dis 2007;34:145-146.
13. Schmidt BL. Laboratory diagnosis of neurosyphilis in Europe. Syphilis workshop IUSTO/WHO Europe, IUSTI Conference on STI, Mykonos, Greece oct. 7-9 2004
14. Janier M. syphilis and HIV-infection, the European view. Syphilis workshop IUSTO/WHO Europe, IUSTI Conference on STI, Mykonos, Greece oct. 7-9 2004
15. French P. Serological follow-up after treatment for syphilis in Europe. Syphilis workshop IUSTO/WHO Europe, IUSTI Conference on STI, Mykonos, Greece oct. 7-9 2004
16. Parkes R. Treatment of syphilis in Europe. Syphilis workshop IUSTO/WHO Europe, IUSTI Conference on STI, Mykonos, Greece oct. 7-9 2004
17. Luger AF, Schmidt BL, Kaulich M. Significance of laboratory findings for the diagnosis of neurosyphilis. Int J STD & AIDS 2000;11:224-234.

Revisie gewenst: mei 2013