



ZB MED Epidemiologisches Bulletin

20. Juni 2003 / Nr. 25

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Praktische Empfehlungen zur Serodiagnostik der Syphilis

Ergebnisse einer Konsensberatung des Robert Koch-Instituts (RKI) und der Deutschen STD-Gesellschaft (DSTDG)

Seit Ende der 90er Jahre nimmt die Zahl der Syphilisfälle auch in Deutschland wieder deutlich zu. Neben der Beschäftigung mit den fast vergessenen, außerordentlich variantenreichen klinischen Symptomen dieser Erkrankung, gewinnen Aspekte der Labordiagnostik oder z. B. Konstellationen serologischer Befunde zunehmend an Bedeutung. Es zeigt sich, dass auch Experten nicht immer in allen Punkten einer Meinung sind. Verschiedene Fragen stellen sich: Sind die angebotenen zum Teil schon sehr alten Nachweismethoden noch adäquat? Gehören molekularbiologische Methoden bereits zum Standard? Welchen Einfluss haben HIV-Infektion und andere Formen der Immundefizienz auf die Interpretation serologischer Befunde? Welche serologischen Kriterien sind zur Diagnostik der latenten Früh- und Spätsyphilis geeignet, welche zur Klärung der Behandlungsbedürftigkeit von Schwangeren, welche zur Therapiekontrolle?

Um die Positionen abzustimmen und gemeinsame Empfehlungen zu diesen Themen zu erarbeiten (und auch eine Falldefinition für die epidemiologische Surveillance der Syphilis nach dem Infektionsschutzgesetz abzuschließen), fand auf Initiative des RKI und der DSTDG am 25. März 2003 im RKI eine Konsensberatung von Experten aus Klinik, Labor und Epidemiologie statt, deren Ergebnisse im Folgenden zusammengefasst sind. Der Vorteil dieses Abstimmungsprozesses liegt darin, dass Positionen, zu denen Übereinstimmung besteht, kurz, präzise und praxisbezogen wiedergegeben werden können. Ein Nachteil liegt – wie bei anderen Kompromissen und Verknüpfungen – darin, dass es nicht immer gelingt, die Vielfalt der möglichen Situationen und Konstellationen in der gebotenen Kürze vollständig zu erfassen. Die hier in knapper Form gegebenen Empfehlungen sollen an Wichtiges erinnern; sie können naturgemäß nicht alle Fragen beantworten und sollen keinesfalls die dazu vorliegenden ausführlicheren Publikationen ersetzen:

1. Klinischer Verdacht auf Primäraffekt: Falls irgend möglich, Direktnachweis von *Treponema pallidum* im Reizsekret (Dunkelfeldmikroskopie, Nachweis mittels monoklonaler Antikörper). Serologisch herrscht initial Seronegativität. Als erste Reaktion treten IgM-Antikörper (Ak) auf (Suchtest und Lipoid-Ak evtl. noch negativ!). Bei Diskrepanz zwischen klinischem Verdacht und Serologie: Wiederholung nach 7–10 Tagen.

2. Diagnostik der Sekundär- und Tertiärsyphilis/Ausschluss einer asymptomatischen, latenten Syphilis: Zunächst serologischer Suchtest (geeignet: TPHA, TPPA oder EIA); falls positiv: Bestätigungstest (geeignet: FTA-abs, IgG-Immunoblot, aber auch TPHA/TPPA-Test bei positivem EIA-Test und umgekehrt). Bei bestätigter Syphilisdiagnose ist eine (quantitative) Bestimmung der Aktivitätsparameter (Lipoidantikörper, z. B. VDRL-Test oder KBR) und/oder ein IgM-Nachweis (IgM-ELISA, IgM-Immunoblot oder 19S IgM-FTA-abs) erforderlich. Dabei schließt ein negativer IgM-Befund eine aktive, behandlungsbedürftige Syphilis nicht aus, ebensowenig ein negativer oder niedrigtitriger Lipoidkörperspiegel.

Diese Woche 25/2003

Syphilis:

- ▶ Zur Serodiagnostik
- ▶ Zu einem Ausbruch in Nordirland
- ▶ Zu Ausbrüchen in Schweden und Norwegen
- ▶ Zu einem Ausbruch in Antwerpen

Hepatitis C:

Informationsangebot des RKI

Meldepflichtige

Infektionskrankheiten:

Aktuelle Statistik

22. Woche

(Stand: 18. Juni 2003)

Affenpocken:

Hinweise zum Ausbruch in den USA

SARS:

Hinweise zur aktuellen Situation



ZS. A
4196
ZB MED