

BEHANDELING VAN CHLAMYDIA TRACHOMATIS-INFECTIES

Niet-gecomplieerde infecties door *Chlamydia trachomatis* zijn in principe goed te behandelen. De keuze van het antibioticum buiten de zwangerschap en bij zwangere vrouwen wordt hier besproken. De partner dient eveneens te worden behandeld. Tijdens de behandeling en gedurende 7 dagen erna wordt seksueel contact best vermeden.

Chlamydia trachomatis-infectie (serotypes D-K) is wereldwijd, ook bij ons, de meest frequent gediagnosticeerde bacteriële, seksueel overdraagbare infectie (SOI). De infectie verloopt vaak asymptomatisch tot mild symptomatisch (o.a. urethritis, cervicitis), maar soms met complicaties die ernstig kunnen zijn (bv. *pelvic inflammatory disease*). Infecties tijdens de zwangerschap zijn onder andere geassocieerd met vroegtijdig breken van de vliezen, premature geboorte en laag geboortegewicht; chlamydia kan ook tijdens de geboorte worden overgedragen.

Lymphogranuloma venereum, een SOI overgedragen door een bijzonder type chlamydiabacterie (*Chlamydia trachomatis* serotypes L1, L2 en L3), is een veralgemeende infectie met een andere aanpak, en komt hier niet aan bod.

Hoe men best screent op chlamydia-infecties is controversieel, en komt hier evenmin aan bod. We verwijzen daarvoor naar de aanbevelingen van Domus Medica (*Huisarts Nu*, mei 2004;33(4); www.domusmedica.be/images/stories/aanbevelingen/chlamydia_ab.pdf).

Hierna wat details over de behandeling. Deze geldt ook voor de partner

- Buiten de zwangerschap is azithromycine (1 g eenmalig) of doxycycline (200 mg p.d. in 2 giften gedurende 7 dagen) een doeltreffende behandeling.
- Voor zwangere vrouwen worden erythromycine (2 g p.d. in 4 giften gedurende

7 dagen of 1 g p.d. in 2 giften gedurende 14 dagen), amoxicilline (1,5 g p.d. in 3 giften gedurende 7 dagen) of azithromycine (1 g eenmalig) voorgesteld. [N.v.d.r.: voor erythromycine bestaan er vermoedens van verhoogd risico van cardiovasculaire afwijkingen bij de foetus bij toediening in het begin van de zwangerschap; voor azithromycine zijn er maar zeer weinig gegevens over gebruik gedurende de zwangerschap.]

Er is twijfel over de werkzaamheid van amoxicilline: in-vitro studies suggereren dat amoxicilline niet leidt tot eradicatie van *Chlamydia trachomatis* waardoor de infectie zou kunnen persisteren en later opnieuw uitbreken.

Seksueel contact wordt best vermeden tijdens de behandeling en gedurende 7 dagen erna om herinfectie en verdere verspreiding te vermijden.

Op voorwaarde dat de behandeling en het advies om herinfectie te vermijden goed werden gevolgd, wordt na de behandeling geen bevestiging van de genezing (“test-of-cure”) aanbevolen; een uitzondering is wel als het gaat om zwangere vrouwen die behandeld werden met erythromycine (lagere erythromycinespiegels door verhoogde hepatische klaring tijdens de zwangerschap, kunnen de doeltreffendheid verminderen). Het is niet duidelijk hoe ver in het verleden partners van de *index-case* dienen te

worden opgespoord en behandeld. Indien de *index-case* asymptomatisch is, wordt door bepaalde instanties een periode van 6 maanden aanbevolen (of de laatste partner indien het interval tussen de laatste seksuele betrekkingen en de diagnose meer dan 6 maanden bedraagt); indien de *index-case* symptomatisch is, wordt een periode van één maand aanbevolen.

Enkele referenties

Kalwij S en Baraitser P. Screening and treatment of Chlamydia trachomatis infections. *British Medical Journal* 2010;340:c1915

Chlamydia (uncomplicated, genital). *Clinical Evidence* 2010;04:1607 (zoekdatum september 2009)

Goed om te weten

META-ANALYSE OVER SARTANEN EN KANKERRISICO: WAT BETEKENEN DE RESULTATEN?

[Reeds verschenen in de rubriek "Goed om te weten" op onze website op 22/06/10]

Op basis van experimenteel en klinisch onderzoek waren vragen gerezen over de mogelijkheid dat de sartanen het optreden van kanker zouden bevorderen. Er werd daarom een meta-analyse uitgevoerd van gerandomiseerde studies. De recent gepubliceerde resultaten tonen een lichte verhoging van de incidentie van kanker met de sartanen ten opzichte van de controlegroepen: 7,2% versus 6,0%; relatief risico van 1,08, met 95%-betrouwbaarheidsinterval van 1,01 tot 1,15 [*The Lancet Oncology* 2010;11:627-36, met editoriaal 605-6].

Deze resultaten laten geen conclusies over een causaal verband toe, en moeten beschouwd worden als een signaal voor verder onderzoek. De risicoverhoging was

gering en op de grens van de statistische significantie. Geen van de geïncludeerde studies was opgezet om het risico van kanker te bestuderen. Een vergelijking tussen de sartanen was onmogelijk en het is daarom onmogelijk te concluderen of het gaat om een klasse-effect.

De auteur van het bijbehorend editoriaal bevestigt, in afwachting van verder onderzoek, de plaats van sartanen in de aanpak van cardiovasculaire aandoeningen: het is aangewezen sartanen te gebruiken wanneer er een indicatie is voor een ACE-inhibitor, maar deze niet verdragen wordt. Dit is ook de boodschap in het Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium.