

Urogenitale Chlamydia-trachomatisinfecties in een huisartspraktijk in Amsterdam-Zuidoost

De wenselijkheid van een actief opsporingsbeleid

J.E.A.M. VAN BERGEN
J. STROUCKEN
L. SPANJAARD
ET AL.

Van Bergen JEAM, Stroucken J, Spanjaard L, Mulder D, Van den Hoek JAR. Urogenitale Chlamydia-trachomatisinfecties in een huisartspraktijk in Amsterdam-Zuidoost. Huisarts Wet 2000;43(5):210-2.

Vraagstelling Welk deel van de infecties met Chlamydia trachomatis (CT) in de praktijkpopulatie van een gezondheidscentrum in Amsterdam-Zuidoost wordt gemist?

Methode Inventarisatie van het aantal positieve CT-uitslagen in 1997, en vergelijking van deze cijfers met gegevens uit een eerder CT-screeningsonderzoek door de Amsterdamse GGD.

Resultaten Slechts 11% van het geschatte aantal CT-infecties in de praktijkpopulatie was vastgesteld.

Beschouwing Een actiever CT-opsporingsbeleid is nodig in deze huisartspraktijk. Daarnaast is meer onderzoek gewenst naar de effecten van screening, zodat een programmatisch preventiebeleid kan worden onderbouwd.

J.E.A.M. van Bergen, huisarts-epidemioloog;
J. Stroucken, huisarts; L. Spanjaard, medisch microbioloog; D. Mulder, verpleegkundige;
J.A.R. van den Hoek, arts-epidemioloog.
Correspondentie: J.E.A.M. van Bergen, Stichting soa-bestrijding, Postbus 8198, 3503 RD Utrecht.

Inleiding

Infectie met Chlamydia trachomatis (CT) is de meest voorkomende seksueel overdraagbare aandoening (soa) in Nederland; het aantal infecties zou 40.000-70.000 per jaar bedragen.¹ De mediane duur van een CT-infectie wordt geschat op 1 jaar, al zijn ook langduriger infecties beschreven.²

Opstijgende CT-infecties kunnen bij de vrouw in 15-40 procent van de gevallen leiden tot pelvic inflammatory disease (PID). Een PID behoeft overigens niet altijd met ernstige klachten gepaard te gaan: in iets meer dan de helft van de gevallen zijn er geen of nauwelijks klinische verschijnselen ('silent PID').³ Complicaties van een PID zijn infertiliteit (10-20%), extra-uteriene graviditeit (3-10%) en chronische buikpijn (10-20%).⁴⁻¹⁰ Dit betekent dat zich naar schatting 1.000 gevallen van infertiliteit en 300 gevallen van buitenbaarmoederlijke zwangerschap per jaar in Nederland voordoen ten gevolge van een CT-infectie.

Epididymitis wordt bij 1-4 procent van de mannen met een CT-infectie als complicatie gerapporteerd. In het kader van verticale transmissie kan bij pasgeborenen conjunctivitis (15-50%), pneumonie (3-20%) en in zeldzame gevallen meningitis optreden. De transmissiekans wordt geschat op 25-60 procent.^{4,11}

Ongeveer 70 procent van de infecties bij de vrouw en 50 procent bij de man verloopt asymptomatisch. Bovendien worden eventuele klachten niet altijd herkend of worden zij gebagatelliseerd, terwijl veel patiënten zich schamen om hiervoor naar de huisarts te gaan. Op grond hiervan kan worden aangenomen dat een (belangrijk?) deel van de CT-infecties wordt gemist.

Gezondheidscentrum Venserpolder bestrijkt een populatie van omstreeks 7.000 patiënten in Amsterdam-Zuidoost (Bijlmermeer). Hiervan is 85 procent ziekenfondsverzekerd.

De bevolkingssamenstelling in Zuid-oost wijkt sterk af van de rest van de Amsterdamse bevolking: ongeveer de helft van de bewoners is van Surinaamse en An-

tilliaanse herkomst, 25 procent is van Nederlandse afkomst.

Vraagstelling Welk deel van de CT-infecties in de praktijkpopulatie van het gezondheidscentrum wordt gemist?

Methode

Bij verdenking op CT-infectie wordt in het centrum meteen behandeld, maar daarbij wordt tevens materiaal voor bacteriologisch onderzoek afgenomen. Alle soa-tests worden onderzocht in het Academisch Medisch Centrum (AMC). De diagnostiek wordt verricht op cervicale en/of urethrale monsters via nucleïnezuur-amplificatietests.

Via het zoekprogramma van het huisartsinformatiesysteem (Arcos) werden alle aanvragen van soa-tests in 1997 geselecteerd. Vervolgens kon het aantal CT-positieve uitslagen worden vastgesteld. Als controle op volledigheid werden daarnaast de gegevens van de praktijk uit 1997 uit het bestand van het AMC-laboratorium opgevraagd.

Het aantal te verwachten CT-infecties werd berekend aan de hand van de uitkomsten van een prevalentieonderzoek naar CT-infecties in Amsterdam, dat was uitgevoerd door de GGD in de periode mei 1996 - april 1997. Heteroseksueel actieve patiënten van 15-40 jaar die de huisarts bezochten met een niet-soa-gerelateerde klacht, werd gevraagd een monster eerste-straals-urine in te leveren voor CT-diagnostiek. De diagnostiek vond plaats door middel van nucleïnezuur-amplificatietechniek (ligasekettingreactie, LCR) en werd verricht door het streeklaboratorium (dus niet in het AMC). De deelname aan het onderzoek bedroeg meer dan 90 procent. De prevalentie van Chlamydia trachomatis bleek bijna 5 procent, en er was een duidelijke relatie tussen CT-positiviteit en etniciteit (vooral Surinaams en Antilliaans).¹² Aangezien Venserpolder een van de participerende praktijken was, konden ook praktijkgebonden prevalentiecijfers worden berekend.

Resultaten

In totaal was 192 maal bacteriologisch onderzoek verricht, bij 167 vrouwen en 25 mannen. Dezen bleken in respectievelijk 9 en 20 procent van de gevallen CT-positief (in totaal 20 gevallen). Vijftien infecties werden gevonden via de eigen registratie van het gezondheidscentrum. Via het AMC-laboratorium werden nog eens vijf positieve uitslagen gevonden, die ontbraken in de registratie van het centrum ten gevolge van invoer- en codeerfouten.

Van de 294 personen uit Venserpolder die deelnamen aan het screeningsonderzoek, was 6,1 procent positief. Er bleek een sterke correlatie met etniciteit en leeftijd. De CT-prevalentie onder Surinaams-creoolse en Antilliaanse bevolkingsgroepen was respectievelijk 10,4 procent en 11,1 procent, tegen 3,5 procent in de Nederlandse bevolkingsgroep. Op jonge leeftijd bleek CT-infectie frequent voor te komen: 25 procent van de deelnemers onder de leeftijd van 20 jaar was positief; bij de vrouwen in deze leeftijdscategorie was zelfs 33 procent positief.

Op grond van deze cijfers zouden in totaal 183 CT-infecties kunnen worden verwacht (tabel).

deel hiervan kan via andere zorgaanbieders zijn behandeld. Echter, het grote percentage asymptomatische infecties, bij vrouwen 60-70 procent, maakt het aannemelijk dat een groot aantal infecties wordt gemist. De uitkomst van ons onderzoek is eerder indicatief dan representatief. Dit is onder meer een gevolg van onzekerheid over de werkelijke prevalentie. Zo was de CT-prevalentie in een ander onderzoek in Amsterdam met systematische screening waarbij alle patiënten van een aantal praktijken werden aangeschreven, aanzienlijk lager (3%); de non-respons daarbij was echter veel hoger (50%).¹³ Het screeningsonderzoek van de GG&GD, waaruit onze prevalentieschatting resulteert, vond plaats onder mensen zonder soa-klachten. Onduidelijk is in hoeverre mensen met risicogedrag juist wel (prevalentie-verhogend) of juist niet (prevalentie-verlagend) deelnamen aan het onderzoek. Het in dit onderzoek gebruikte diagnosticum – de urine-LCR, met een sensitiviteit van 80 procent – heeft zeker geleid tot een onderschatting van de prevalentie.¹⁴ Daarnaast kan een deel van de CT-infecties mogelijk niet als zodanig bij het laboratorium bekend zijn. Dit is bijvoorbeeld het geval bij blind behandelde patiënten, maar in ons

tie.¹⁵ Geschat wordt dat huisartsen circa 70 procent van de jaarlijkse 110.000 nieuwe soa diagnosticeren.¹ Hoewel huisartsen belangrijke zorgaanbieders zijn, zijn er voor jongeren hoge drempels: 12 procent durft met een soa niet naar een arts, 22 procent twijfelt of ze wel durven gaan en van degenen die wel durven, gaat een derde liever niet naar de eigen huisarts.¹⁶

Naar een actiever CT-preventiebeleid? Hoe doeltreffend zijn screeningsprogramma's?

In Zweden werd een daling van het aantal PID's en extrauteriene zwangerschappen geconstateerd na de invoering van een actiever opsporingsbeleid.^{17,18} In een gecontroleerd, gerandomiseerd onderzoek in de Verenigde Staten bleek dat de incidentie van PID ruim de helft lager was in de groep die werd gescreend op Chlamydia trachomatis (8 gevallen per 10.000 vrouwen maanden tegen 18 in de controlegroep).⁵ De doelmatigheid van screening wordt onder andere bepaald door de prevalentie. De hoogte van de prevalentie bepaalt hoe selectief screening dient te zijn.¹⁹ In Nederland werd onlangs opportunistische screening en behandeling van vrouwen beneden 25-30 jaar in de Amsterdamse huisartspraktijk aangemerkt als kosteneffectief,²⁰ dit ondanks twijfels over de mate waarin asymptomatische infecties kunnen leiden tot complicaties.^{2,21} Inzicht in de negatieve consequenties van screening op Chlamydia ontbreekt. Te denken valt aan de consequenties van fout-positieve uitslagen voor de relatie, angst voor onvruchtbaarheid of somatisering. Bovendien bestaat er weinig zicht op het effect van screening op de praktijkbelasting. De discussie over screening is daarmee in Nederland nog niet gesloten.²¹⁻²⁴

'Le mieux est l'ennemie du bien' (Voltaire): in de praktijkpopulatie van het gezondheidscentrum Venserpolder – met een CT-prevalentie van meer dan 10 procent in de leeftijdscategorie 15-30 jaar – lijkt wachten met een actiever preventiebeleid niet wenselijk. De potentieel te behalen gezondheidswinst is immers aanzienlijk: het voorkómen van 18-36 geval-

Tabel Verwachte versus opgespoorde CT-infecties in 1997

Leeftijd in jaren	CT-prevalentie (%)	Praktijkpopulatie minus 10% niet seksueel actief	Verwachte CT-infecties (n)	Gevonden CT-infecties (n)
15-19	25,0	241	60	3
20-24	9,1	416	38	1
25-29	7,9	691	55	8
30-34	3,6	608	22	2
35-40	1,4	603	8	6
Totaal	6,1		183	20

Beschouwing

Concluderend kan gesteld worden dat omstreeks 90 procent van de verwachte CT-infecties in het gezondheidscentrum niet door de huisarts wordt behandeld. Een

centrum wordt bij alle patiënten met soa-klachten materiaal voor diagnostiek afgenomen. Ten slotte wordt een deel van de patiënten met een CT-infectie niet opgespoord in de huisartspraktijk maar op een soa-polikliniek of bij een andere instan-

len van PID, 4-8 patiënten met onvruchtbaarheid en 1-3 extrauteriene zwangerschappen.

Inmiddels is in het centrum een geïntegreerd soa-preventieprogramma opgezet. Tijdens anticonceptiegesprekken en bij het verstrekken van herhaalrecepten voor de pil zullen 15-30-jarigen gewezen worden op de mogelijkheid van een urinetest op Chlamydia. De nieuwe generatie urinetests maakt screening zonder inwendig onderzoek mogelijk: de cliënt kan thuis het voorlichtings- en instructiepakketje lezen en het urinepotje rechtstreeks opsturen naar het laboratorium.^{24,25}

De Gezondheidsraad buigt zich momenteel over de vraag hoe zinvol CT-screening in Nederland is. Helaas ontbreken recente representatieve prevalentiecijfers over de situatie in andere delen van ons land. Nader onderzoek op dit gebied is dan ook hard nodig. Daarbij valt tevens te denken aan het ontwikkelen van regionaal/lokaal gevalideerde risicoprofielen, en onderzoek naar de implementatie van systematische en opportunistische screening in regio's met een hoge CT-prevalentie.¹⁹ In aanmerking nemend dat gegevens over hoge Chlamydia-prevalenties in Amsterdam reeds in 1996 bekend waren, is het ontbreken van een actieprogramma in een land dat internationaal bekend staat om zijn aandacht voor 'sexual health' een ernstige tekortkoming.

Literatuur

- 1 Van Bergen JEAM. Preventie van seksueel overdraagbare infecties, de rol van de huisarts. *Med Contact* 1996;51:84-9.
- 2 Morré SA, Van den Brule AJC, Roozendaal L, et al. A one year follow-up study of women with asymptomatic chlamydia trachomatis infection, detected by PCR in urine specimens. In: Morré SA, editor. *Chlamydia trachomatis infections in the human urogenital tract. Detection, typing and clinical aspects*. Amsterdam: VU, 1999: 183-93.
- 3 Westrom L, Eschenbach D. Pelvic inflammatory disease. In: Holmes KK, Sparling PF, Mardh PA. *Sexually transmitted diseases*. Third edition. New York: McGraw-Hill, 1999: 793.
- 4 Bleker OP, Wigtersma L. Chlamydia trachomatis-infectie. In: *Compendium seksueel overdraagbare aandoeningen*. Utrecht: Bunge, 1996: 65-74.
- 5 Scholes D, Stergachis A, Heidrich FE, et al. Prevention of pelvic inflammatory disease by screening for Chlamydia infection. *N Engl J Med* 1996;334:1362-7.
- 6 Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Pelvic inflammatory disease. 1998 Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. *MMWR* 1998;47(NoRR-1).
- 7 Mardh PA. Is Europe ready for STD screening? *Genitourin Med* 1997;73:96-8.
- 8 Westrom L, Joesssoef R, Reynolds G, et al. Pelvic inflammatory disease and fertility. *Sex Transm Dis* 1992;19:185-91.
- 9 Patton DL, Moore DE, Spadoni LR, et al. A comparison of the fallopian tube's response to overt and silent salpingitis. *Obstet Gynaecol* 1989;73: 622-30.
- 10 Hillis S, Black C, Newhall J. New opportunities for Chlamydia prevention; application of science to public health practice. *Sex Transm Dis* 1995; 22:197-222.
- 11 Van de Laar MJW. On the epidemiology of sexually transmitted diseases in The Netherlands. *Zennewijnen*, 1997:8.
- 12 Van den Hoek JAR, Mulder-Folkerts DKF, Coutinho RA, et al. Opportunistische screening op genitale infecties met Chlamydia trachomatis onder de seksueel actieve bevolking van Amsterdam I. Meer dan 90% deelname en bijna 5% prevalentie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999;143:668-72.
- 13 Valkengoed IGM, Boeke AJP, Van den Brule AJC, et al. Systematische opsporing van infecties met Chlamydia trachomatis bij mannen en vrouwen zonder klachten in de huisartspraktijk met behulp van per post verstuurd urinemonsters. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999;143:672-6.
- 14 Verkooyen RP, Van der Meijden WI, Goessens WHF, et al. Chlamydia trachomatis diagnostiek bij screening. *SOA-bulletin* 1999;20:4-7.
- 15 Cairo I. Soa-poliklinieken: overzicht van aantallen en consulten. *SOA-bulletin* 1999;20:12-6.
- 16 Brugman E, Goedhart H, Vogels T, et al. Jeugd en seks 1995. Utrecht: SWP, 1995: 52.
- 17 Kamwendo F, Forslin L, Bodin L. Programmes to reduce pelvic inflammatory disease - the Swedish experience. *Lancet* 1998;351 (suppl III): 25-8.
- 18 Egger M, Low N, Smith GD. Screening for Chlamydia infections and the risk of ectopic pregnancy in a county in Sweden: ecological analysis. *BMJ* 1998;316:1776-80.
- 19 Miller WC. Screening for chlamydial infection, a model based on prevalence. *Sex Transm Dis* 1998;25:201-11.
- 20 Postma MJ, Welte R, Van den Hoek JAR, et al. Opportunistische screening op genitale infecties met Chlamydia trachomatis onder de seksueel actieve bevolking van Amsterdam II. Kosten-effectiviteitsanalyse van screening bij vrouwen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999;143:677-81.
- 21 Klein Tank M. Chlamydia-screening: nog volop discussie. *SOA-bulletin* 1999;20:7-10.
- 22 Vandenbruaenen M. Screening op Chlamydia trachomatis in Nederland. *SOA-bulletin* 1998;19: 20-5.
- 23 Van Bergen JEAM. Chlamydia: to screen or not to screen? *SOA-bulletin* 1999; 20:3.
- 24 Ostergaard L, Moller JK, Andersen B, et al. Diagnosis of urogenital Chlamydia trachomatis infection in women based on mailed samples obtained at home: multipractice comparative study. *BMJ* 1996;313:1186-9.
- 25 Andersen B, Ostergaard L, Moller JK, et al. Home sampling versus conventional contact tracing for detecting Chlamydia trachomatis infection in male partners of infected women: randomised study. *BMJ* 1998;316:350-1.

Abstract

Van Bergen JEAM, Stroucken J, Spanjaard L, Mulder D, Van den Hoek JAR. The need for more active case-finding of genital infections with Chlamydia trachomatis in general practice in Amsterdam. *Huisarts Wet* 2000;43(5):210-2.

Objective To measure the difference between the number of detected infections with Chlamydia trachomatis (CT) and the total number of expected infections in a health centre in Amsterdam.

Methods Comparison of the total number of detected CT infections with CT prevalence data derived from an opportunistic screening survey.

Results Only 11% of the total number of CT infections were detected.

Conclusions The majority of CT infections are missed by current practice of the health centre. A more active case-finding approach is needed. More research on the effects of a screening policy in general practice is needed to develop a programmatic prevention policy.

Correspondence J.E.A.M. van Bergen, MD, MPH, The Netherlands' Foundation for STD control, PO Box 8198, 3503 RD Utrecht, The Netherlands.