
Samenvatting

Adviesvraag

Wat is op dit moment de stand van kennis over infectie van mannen en vrouwen met chlamydia? Is het zinvol om algemene screening te introduceren om chlamydia-infecties op het spoor te komen? En is screening bij een abortusbehandeling wenselijk, aangezien de combinatie van abortus en chlamydia tot complicaties kan leiden? Dat waren de vragen die de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport stelde aan de Gezondheidsraad. Ter beantwoording van deze vragen stelde de voorzitter de Commissie Chlamydia Trachomatis in.

Aantal infecties

Infectie met *Chlamydia trachomatis* is de meest voorkomende bacteriële seksueel overdraagbare aandoening. Voor de hele wereld wordt het aantal nieuwe infecties per jaar geschat op 92 miljoen. Voor Nederland wordt het aantal jaarlijkse infecties geschat op 60 000, waarvan 35 000 bij vrouwen en 25 000 bij mannen. Het aantal infecties neemt nog steeds toe.

Over de percentages geïnfecteerden in verschillende bevolkingsgroepen is veel nog niet bekend. Vaak wordt aangenomen dat bij de groep seksueel actieve mannen en vrouwen beneden de 25 jaar ongeveer 3 procent besmet is. (In de grote steden is dit percentage naar verwachting hoger dan op het platteland.) Voor de leeftijdsgroep 15-40 jaar is

alleen voor Amsterdam bekend dat 3 tot 5 procent van deze bevolkingsgroep besmet is. Van de chlamydia-infecties bij vrouwen komt 65 procent voor onder de 24 jaar.

Een chlamydia-infectie geeft meestal geen symptomen. Zijn die er wel, dan zijn ze vaak mild en niet-specifiek. Ongeveer 50 procent van de geïnfecteerde mannen en 70 procent van de geïnfecteerde vrouwen is zich dan ook niet bewust van de infectie. En dat terwijl de complicaties ernstig kunnen zijn. Weten mensen niet dat zij geïnfecteerd zijn, dan kunnen zij de infectie ongemerkt doorgeven aan hun seksuele partners. Dit is een belangrijke factor in de verspreiding van de ziekte.

Gevolgen

Onopgemerkte en onbehandelde chlamydia-infecties kunnen leiden tot gezondheidsverlies, met als gevolgen aanzienlijk individueel leed en grote maatschappelijke kosten. De meest gevreesde complicaties komen voor bij de vrouw, te weten buitenbaarmoederlijke zwangerschap, verminderde vruchtbaarheid en onvruchtbaarheid. Dit komt doordat de infectie zich uitbreidt van de lagere naar de hogere geslachtsorganen. Dan ontstaat het beeld van de zogenaamde *pelvic inflammatory disease* (PID). Andere mogelijke gevolgen van infectie zijn chronische bekkenpijn en, na een voldragen zwangerschap, de geboorte van een geïnfecteerd kind.

Deze gevolgen treffen aanzienlijke aantallen geïnfecteerden. Het aantal nieuwe gevallen van PID door chlamydia-infectie wordt geschat op 5000-10 000 per jaar. Ongeveer 20 procent van de vrouwen met PID zou verminderd vruchtbaar of onvruchtbaar zijn. Veertig à 50 procent van alle buitenbaarmoederlijke zwangerschappen is het gevolg van een genitale chlamydia-infectie (200-400 gevallen per jaar).

Effectiviteit van screening

Om nieuwe infecties te voorkomen en bestaande infecties op te sporen zou landelijk screenen overwogen kunnen worden. Aan een aantal voorwaarden voor effectief landelijk screenen is inmiddels voldaan.

Behandeling is op dit moment goed mogelijk door een eenmalige dosis azitromycine of een zevendaagse kuur met doxycycline. De effectiviteit van die medicijnen is 95 procent. Ook is inmiddels een goede diagnostische test beschikbaar: nucleinezuuramplificatietest op urinemonsters. De gevoeligheid daarvan is 90 tot 95 procent. Bij diagnostiek op zogenaamde 'gepoolde' monsters is er bovendien een laag percentage fout-positieve uitslagen (minder dan 1 procent), mede omdat er dubbel getest wordt.

Over de effectiviteit van screening voor het terugdringen van complicaties van chlamydia-infecties is echter nog weinig bekend. Wel laten twee onderzoeken zien dat

PID onder gescreende vrouwen 50-56 procent minder voorkwam dan onder niet-gescreende vrouwen.

Ook ontbreken nog belangrijke gegevens om te besluiten over de meest effectieve vorm van landelijke screening. Twee manieren van screenen zijn mogelijk: systematisch (iedereen die voldoet aan de criteria voor leeftijd en geslacht wordt schriftelijk uitgenodigd) en opportunistisch (mensen die vanwege een ongerelateerde klacht al contact hebben met de gezondheidszorg, en die tot de groep behoren die voor screening in aanmerking komt, worden uitgenodigd voor screening).

Beide screeningsmethoden, systematisch of opportunistisch, hebben voor- en nadelen. Er is echter nog niet voldoende kennis om deze goed te kunnen wegen. Zo is er onzekerheid over hoeveel mensen uit de doelgroep gehoor zullen geven aan een screeningsverzoek per post of via een contact met bijvoorbeeld een huisarts. Ook is nog niet duidelijk met welke frequentie screening herhaald moet worden. Herhaling is nodig, want besmetting kan steeds opnieuw plaatsvinden. Tenslotte is niet duidelijk of de capaciteit in de eerstelijns gezondheidszorg afdoende is. De huisarts is betrokken bij beide vormen van screenen: bij systematisch screenen als degene die behandelt na een positieve uitslag en bij opportunistisch screenen als degene die screening voorstelt aan de patiënt en die de patiënt daarna zonodig behandelt.

Proefonderzoek moet deze onzekerheden verminderen. Het proefonderzoek van de Stichting soa-bestrijding naar systematische screening zal op korte termijn meer inzicht geven in het vóórkomen van chlamydia-infecties. Daarnaast is echter ook proefonderzoek naar opportunistische screening wenselijk.

Kosteneffectiviteit van screening

Er zijn diverse modellen voor de schatting van de kosteneffectiviteit van chlamydia-screening. Het belangrijkste verschil betreft de termijn waarover het screeningsprogramma wordt geëvalueerd: kort (statisch model) of middellang (dynamisch model). De kosteneffectiviteit van screening is in beide gevallen afhankelijk van de prevalentie. Over die prevalentie is op dit moment echter nog te weinig bekend om tot een onderbouwd oordeel te komen. Zo weten we nog te weinig over het percentage geïnfecteerden in de verschillende delen van het land. Er kan namelijk een verschil bestaan tussen de grote steden en het platteland, of tussen bepaalde regio's.

Oordeel over screenen bij abortusbehandeling

Een specifieke adviesvraag is of vrouwen die een abortus ondergaan gescreend moeten worden op chlamydia. De combinatie van chlamydia met abortus geeft een extra risico van complicaties. In de abortusklinieken wordt daarom uit voorzorg aan alle vrouwen

antibiotica gegeven, overigens niet alleen om een eventuele chlamydia-infectie tegen te gaan, maar om allerlei micro-organismen te bestrijden.

De commissie beveelt aan om alle vrouwen die een abortus ondergaan deze medicatie te blijven geven, maar hen ook te testen op chlamydia. Dit is van belang omdat alleen op die manier partnerbehandeling mogelijk is en omdat alleen dan inzicht verkregen wordt in de prevalentie van chlamydia in deze groep. Op dit moment wijzen de gegevens in de richting van een hoger infectiepercentage in deze groep.

Oordeel over landelijk screenen

Op basis van de beschikbare gegevens zijn er op dit moment nog te weinig argumenten om een landelijke screening te starten bij alle mannen en/of vrouwen van een bepaalde leeftijdsgroep. Het is van belang dat het onderzoek in Nederland naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit van screening wordt uitgebreid om ontbrekende kennis aan te vullen. Zo moet meer bekend worden over de regionale verschillen in infectiegraad en over de mogelijkheid om landelijke screening effectief middels GGD-en en huisartspraktijken gestalte te geven.

Een eventuele beslissing over landelijke screening kan pas genomen worden na kennisname van de resultaten uit langdurig proefonderzoek. Deze moeten vervolgens in verband gebracht worden met andere resultaten, zoals die uit het bijna afgeronde onderzoek van de Stichting soa-bestrijding. Pas daarna kan een afgewogen en gefundeerde beslissing genomen worden over de meest effectieve en kosteneffectieve screeningsvorm.

Het is van groot belang dat nieuwe onderzoeken op korte termijn beginnen. De commissie adviseert de overheid hierin een stimulerende rol te spelen. De mogelijk negatieve gezondheidseffecten van niet opgespoorde chlamydia-infecties, samen met het toenemend voorkomen van deze infecties in de populatie, maken dat het gebrek aan kennis over de optimale manier van screenen zo snel mogelijk moet worden opgeheven.

Zolang er niet tot landelijke screening besloten kan worden is het dringend gewenst om tot een actiever bestrijdingsbeleid over te gaan. Zo moeten hulpverleners alerter zijn op weinig in het oog springende symptomen, kunnen er regionaal meer initiatieven genomen worden om te screenen en die screening te evalueren, en kunnen groepen met een verhoogd risico beter bereikt worden door voorlichting via landelijke campagnes, scholen, buurthuizen en huisartsen. De selectieve screening in soa-poliklinieken moet gehandhaafd worden. Screening in abortusklinieken en poliklinieken voor vruchtbaarheidsproblemen is daarnaast ook gewenst.