

Syfilis - behandling og pasientlogistikk ved latent og manifest syfilis

Gjelder for: Hele SiV
Dokumenttype: Retningslinje
Sist endret: 06.02.2024

1. HENSIKT

Å sikre adekvat behandling, oppfølging og pasientlogistikk for pasienter som henvises med spørsmål om eller påvist syfilis.

2. ANSVAR

Infeksjonslege vurderer ekstern, skriftlig eller telefonisk henvisning, iverksetter behandling og oppfølging. Helsesekretær tilrettelegger det pasientadministrative før dagbehandling og sørger for at oppfølgende kontroll settes opp. Sykepleier gir orienterende informasjon før poliklinisk dagbehandling. I tilfeller der det vurderes nødvendig, skriver turnuslege poliklinisk notat.

3. FREMGANGSMÅTE

3.1 Vurdering av henvisninger

3.1.1 Pasient med skriftlig henvisning. Eksterne henvisninger vurderes av infeksjonslege i tråd med nasjonal prioriteringsveileder og settes opp til vurdering ved infeksjonsmedisinsk poliklinikk etter forutgående prøvetaking; MINK, SR, serologi mtp. HIV, HBV, HCV. Syfilisserologi tas dersom dette ikke foreligger i henvisningen. I tilfeller med høy hastegrad, kan pasienten innkalles direkte til Med felles poliklinikk for behandling av den som vurderer primærhenvisningen. Beskjeder må anføres i rubrikken for administrative merknader, evt. sende en gul lapp til arbeidsgruppen «INF pol Inntak» i DIPS.

3.1.2 Pasient uten skriftlig henvisning. Dersom tilsynsførende infeksjonslege gjør avtale med fastlege om dagbehandling uten forutgående poliklinisk vurdering, utarbeider infeksjonslegen et telefonnotat med brev ut i DIPS hvor problemstillingen skisseres. Notatet sendes til sekretariatet som registrerer henvisning og effektuerer oppmøte, bestilling av prøver m.v.

3.2 Innkalling til behandling ved M7C

3.2.1 Henvisning fra poliklinikk. Pasientansvarlig infeksjonslege ved inf.med. poliklinikk henviser pasienten til poliklinisk dagbehandling. I det polikliniske notatet må det spesifiseres om pasienten skal spinalpunkteres (beskrevet i [annen prosedyre](#)) og hvilket behandlingsopplegg som skal gis. Hvis det er over 2 uker siden poliklinisk vurdering, skal sekretariatet alltid bestille ny syfilisserologi (DIPS-blankett: *Mikrobiologi_rekv_analyser_OUS*) ved behandlingsstart. I disse tilfellene er det ikke nødvendig å ta opp innkomstjournal.

3.2.2 Direkte henvisning. I tilfeller hvor pasienten ikke har vært til vurdering ved infeksjonsmedisinsk poliklinikk som beskrevet i punkt 3.1, sender sekretariatet ut innkallingsbrev og/eller kontakter pasienten telefonisk. Det bestilles blodprøver (jfr. 3.1.1) som tas samme dag. Kontakten registreres som poliklinisk dagbehandling.

3.3 Mottak av pasient

Pasienten møter opp ved Med felles poliklinikk etter på angitt tidspunkt etter blodprøvetaking og tas imot av ansvarlig sykepleier som iverksetter behandling. Dersom pasienten ikke har vært vurdert poliklinisk av infeksjonslege, skal poliklinisk notat med brev til henvisende lege skrives av tilsynsførende infeksjonslege. I slike tilfeller bør smittevernmessige forhold dokumenteres.

3.4 Journaldokumentasjon

Delegert sykepleiernotat skal utarbeides av ansvarlig sykepleier og sendes pasientansvarlig lege for godkjenning.

3.5 Diagnostikk av syfilis

3.5.1 Agenspåvisning. Ved primær syfilis kan påvisning utføres med mørkefeltmikroskopi av sårsekret, men har lav sensitivitet og bør ikke benyttes på sår i munnhulen. Sårsekret kan sendes på Aptima transportmedium for NAAT (PCR) til Furst laboratorier eller Mikrobiologisk avdeling, Ullevål.

3.5.2 Serologi. Spesifikke treponema antistofftester skal benyttes primært (TPPA, EIA). TPPA og EIA-IgG benyttes for påvisning av tidligere infeksjon, mens EIA-IgM tilleggstest benyttes ved aktuell infeksjon. Non-treponemale tester (reagintest; RPR, VDRL) benyttes også som aktivitetsparameter, men fremfor alt for vurdering av behandlingseffekt (jfr. 3.10). En 4-fold titerendring (f.eks. fra 1:16 til 1:4 eller 1:8 til 1:32) anses nødvendig for å verifisere en klinisk signifikant forskjell mellom to reaganalyser.

3.6 Behandling av latent og manifest syfilis

Pasienter som ikke har nevrosyfilis, skal ha behandling med benzatinpenicillin (Tardocillin®).

Behandling av primær og sekundær syfilis samt tidlig latent syfilis (<1 år etter smittetidspunkt) er 2,4 mill E (1,8 g) benzatinpenicillin G intramuskulært (4 ml i hver nates) som éngangsdose.

Ved behandling av sen latent syfilis og tertiær syfilis gis 2,4 mill E benzatinpenicillin intramuskulært (4 ml i hver nates) én gang ukentlig i 3 uker. Alternativt kan Bicillin® ferdigfylte sprøyter ordineres. Doseringen er da 2 ml i hver nates (2 ml = 1,2 mill E). Tardocillin® inngår i basissortimentet ved infeksjonsmedisinsk seksjon.

3.7 Penicillinallergi

Alternativer til penicillinbehandling av primær og sekundær syfilis er svakt dokumentert, men flere regimer synes å være effektive. For ikke-gravide er 100 mg doxycyclin 1x2 per os samt ceftriaxon 2 g 1x1 iv i 14 dager aktuelle behandlingsvalg. Azitromycin, gitt som éngangsdose à 2 g per os, er også aktivt, men skal ikke gis til HIV-positive, MSM eller gravide.

For behandling av latent syfilis, er doxycyclin 100 mg 1x2 per os i 28 dager det eneste aktuelle behandlingsvalg.

3.8 Behandling av spesielle grupper

3.8.1 Gravide. Penicillinbehandling er den eneste dokumenterte behandling, jfr. pkt 3.6.

3.8.2 HIV-positive skal behandles etter samme retningslinjer som personer uten HIV-koinfeksjon, men indikasjon for spinalpunksjon er mer liberal enn for hiv-negative.

3.9 Behandling av seksualkontakter

Seksuell smitte av syfilis skjer når mucokutane lesjoner er til stede. Slike manifestasjoner er sjeldne etter det første året. Personer som har vært eksponert for smittede med primær, sekundær og tidlig latent syfilis, bør få tilbud om oppfølging og behandling. Smitteoppsporing skal utføres, og eksponerte skal varsles skriftlig og konfidensielt.

Personer som har hatt seksuell kontakt med pasient med primær, sekundær og tidlig latent syfilis innen 3 måneder før diagnosetidspunktet, bør behandles som ved primær syfilis uavhengig av prøveresultater. Dersom eksposisjonstidspunktet ligger >3 måneder tilbake, bør syfilisserologi tas. Ved negativ serologi, er behandling ikke indisert.

Faste seksualpartnere til personer med sen latent syfilis bør vurderes individuelt mtp infeksjon klinisk og serologisk.

3.10 Oppfølgende kontroll

3.10.1 Primær og sekundær syfilis

Klinisk og serologisk kontroll gjennomføres 6 og 12 måneder etter behandling. Behandlingssvikt innebærer RPR-titerfall < 4-fold innen 12 måneder, men 15-20% av behandlede vil ikke oppnå et slikt titerfall, spesielt hos personer med HIV-infeksjon og lave titre primært. Håndtering av slike situasjoner er omdiskutert, men rebehandling bør vurderes og evt. spinalpunksjon for å utelukke udiagnostisert nevrosyfilis. Pol.sekretariat forhåndsbestiller MINK + syfilisserologi (OUS).

3.10.2 Latent syfilis

Klinisk og serologisk kontroll gjennomføres 6, 12 og 24 måneder etter behandling. Spinalpunksjon bør utføres hvis RPR-titer øker minst 4-fold, ved manglende 4-fold reduksjon av RPR-titer etter 12 måneder eller symptomer og funn forenlig med syfilis opptrer. Prøver som anført i ovenstående punkt.

4. GENERELT

Syfilis (lues) er en systemisk sykdom forårsaket av spiroketen *Treponema pallidum*. Sykdommen har tradisjonelt blitt inndelt i stadier basert på kliniske funn med betydning for behandling og oppfølging. Tilstanden omfatter primær syfilis (dvs. ulcera og sjanker på inokulasjonsstedet), sekundær syfilis (bl.a. hudutslett, mucokutane lesjoner og lymfadenopati) og tertiær syfilis (dvs. kardial affeksjon, gumma (granulomer) i ulike organer, tabes dorsalis og paresis generalis). Latent infeksjon, dvs. fravær av kliniske manifestasjoner, detekteres ved positiv serologi. Smitte ervervet i løpet av det siste året, betegnes tidlig latens og all annen smitte, sen latent syfilis. *T.pallidum* kan infisere sentralnervesystemet og forårsake nevrosyfilis; en tilstand som kan opptre i alle stadier av sykdommen.

Behandling og oppfølging av nevrosyfilis skiller seg fra annen sykdom og latent infeksjon, og er beskrevet i [annen prosedyre](#). Enkelte vil også behandle tertiær syfilis med et regime tilsvarende nevrosyfilis uten at det finnes evidens for et slikt valg.

Jarisch-Herxheimers reaksjon er en akutt febril reaksjon med hodepine og myalgi som kan observeres de første 24 timer etter igangsatt syfilisbehandling, spesielt ved primær infeksjon. NSAIDs har ingen profylaktisk effekt, men kan brukes til symptomlindring.

Insidiens av syfilis har vært økende gjennom flere år, spesielt blant MSM. Hos alle pasienter som behandles for syfilis, foreligger indikasjon for HIV-testing på behandlingstidspunktet og etter 3 måneder.

Alle nye positive funn skal meldes anonymt til MSIS.

5. INTERNE REFERANSER

[1.6.1.17.22](#) [Nevrosyfilis - pasientlogistikk, utredning, behandling og kontroll.](#)

6. EKSTERNE REFERANSER

<https://www.cdc.gov/std/syphilis/treatment.htm>

7. VEDLEGG

