

# Die behandeling van die seksueel oordraagbare siektes

DR. L.W. VAN GELDER

Die doel van hierdie artikel is om 'n riglyn aan die huisarts of primêre geneesheer betrokke by die behandeling van seksueel oordraagbare siektes te gee, sodat beskikbare geneesmiddels beter benut kan word. Klem word hoofsaaklik gelê op die gebruik van geneesmiddels en diagnostiese prosedures by die behandeling van gonoree en sifilis.

Die benaming seksueel oordraagbare siektes word aan alle siektes gegee wat oorgedra word deur seksuele aktiwiteit.

Meer as twintig siektes is reeds beskryf en die lys groei feitlik maandeliks. Die belangrikste etiologiese organismes sluit die Gonokokkus, Chlamydia, Ureaplasma, Urealitikum, Treponema pallidum, Trichomonas vaginalis, Herpes simplex tipe 1 en 2, Hepatitis B, Epstein-Barr virus, Sitomegalovirus en Salmonella Typhi in. Dit word nou ook aanvaar dat Tifoedkoors deur seksuele aktiwiteit oorgedra kan word. Die behandeling verskil van groep tot groep.

## A. Die behandeling van Gonoree

Hierdie is basies 'n opsomming van die behandelings skedules van die Kalafong hospitaal in Pretoria asook van die 'Temple University' in die V.S.A. (volgens die betrokke universiteit se protokol vir 1978).

By die differensiële diagnose van 'n urethritis is die belangrikste oorwegings waarskynlik die onderskeid tussen Gonokokkale en nie-spesifieke urethritis (N.S.U.). 'n Eenvoudige sykamer diagnostiese prosedure wat ons vir 'n geruime tyd al by die departement Huisartskunde te Kalafong hospitaal gebruik, is die metileenblou gonokokkale-smeerkleuring. Die metode is oorspronklik deur die hoof van die departement, professor D.A. van Staden inisiër, om 'n eenvoudige, goedkoop diagnostiese metode te verkry sodat mikro skopies onderskei kon word tussen gonokokkale en non-spesifieke urethritis.

Dit bestaan uit 'n gewone mikroskopiese smeer gemaak vanaf 'n monster van die uretrale afskeiding van pasiënte met urethritis, wat dan met metileenblou gekleur word. Die hele prosedure duur drie minute en kan deur hulppersoneel uitgevoer word.

Indien diplokokke aangetoon word, kan met vertroue vir gonoree behandel word, andersins word met tetrasiklien of eritromisien behandel vir N.S.U.

1. Die behandeling van ongekompliseerde gonokokkale infeksies in Mans en Vrouens

Geneesmiddelskedule van voorkeur: Een gram probenesied per mond, gevolg deur 5 miljoen eenhede Prokaïen-penisillien intramuskulêr in 'n verdeelde dosis in twee verskillende areas met een besoek. Alternatiewe skedules: (Hier moet egter onderliggende sifilis ingedagte gehou word).

a) In pasiënte waar voorkeur aan orale terapie gegee word: Ampisillien 3,5 gram per mond tesame met een gram orale probenesied, op dieselfde tyd toegedien. Hierdie skedule mag effens minder effektief wees as die Penisillien G skedule.

Pasiënte met 'n allergie vir penisillien of probenesied: 1) Tetrasiklien hidrochloried 1,5 gram per mond gevolg deur 0,5 gram per mond elke 6 uur vir 4 dae (totaal 9,5 gm).

Ander tetrasiklien preparate is geensins meer effektief as tetrasiklien hidrochloried nie, alle tetrasiklienes oneffektief in enkel-dosis-terapie.

2) Spektinomisienhidrochloried 2 gm i.m. as 'n enkele inspuiting.

2. Behandeling van ongekompliseerde Gonoree in swanger pasiënte

a) Vir vroue wat nie allergies is vir penisillien nie: Gebruik die skedule van probenesied plus prokaïenpenisillien of gebruik ampisillien soos by ongekompliseerde gonokokkale infeksies.

b) Vir swanger pasiënte wat allergies is vir penisillien is daar veelvuldige ander alternatiewe (elk met potensieel nadelige gevolge).

1) Eritromisien: 1,5 gm oraal gevolg deur 0,5 gm elke 6 uur vir 4 dae ('n totaal van 9,5 gram). Hierdie regime is veilig vir die moeder met 'n fetus (mag

nie gebruik word in pasiënte met onderliggende lewer siekte nie).

2). Kefasolien: 2 gram i.m. met 1 gram probenesied. As gevolg van die moontlike kruis allergie tussen penisillien en kefalosporiene word hierdie regime nie by penisillien allergiese pasiënte gebruik nie.

3). Spektinomisien: 2 gram i.m. is 'n effektiewe dosis, maar die veiligheid vir die fetus is nog nie bepaal nie.

Kontraindikeerd is tetrasiklien omdat hierdie middel toksies vir die fetus is.

3. Behandeling van Seksuele Kontakte:

Vir mans en vroue met 'n onlangse bewysde kontak van gonoree. Moet dieselfde behandeling voorgeskryf word as individu met bewysde gonoree.

Opvolg: Vir opvolg moet uretrale en ander toepaslike deppers verkry word van mans en servikale anale en ander toepaslike kulture van vroue 7-10 dae na voltooiing van behandeling. (Gelyktydige kulture vanaf die endocerviks en anale kanaal sal meer as 90% van gonoree gevalle aandui, terwyl afsonderlike kulture van die endocerviks en anale kanaal slegs 80% en 50-60% gevalle sale aantoon.

4. Postgonokokkale Urethritis of Non-Spesifieke Urethritis:

Tetrasiklien hidrochloried 0,5g elke 6 ure vir ten minste 7 dae.

5. Faringeale Infeksies:

Na behandelings kulture is essensiël by pasiënte wat faringeale gonoree gehad het. Die skedules van ampisillien en spektinomisien wat aanbeveel word vir anogenitale gonoree is oneffektief in faringeale gonoree.

Pasiënte se faringeale gonoree wat nie effektief behandel was met prokaïenpenisillien in 'n dosis van 5 miljoen eenhede prokaïenpenisillien plus een gram probenesied nie, mag behandel word met 9,5 gram tetrasiklien in die doseringsskedule soos voorheen aangedui.

**Die belang van onderliggende sifilis by pasiënte met gonoree.**

Alle pasiënte met gonoree moet 'n bykomstige serologiese toets vir sifilis kry ten tye van

diagnose. Seronegatiëwe pasiënte sonder kliniese tekens van sifilis, wat die aanbeveelde parenterale penisillie skedule ontvang, hoef nie die opvolg serologiese toets vir sifilis te ontvang nie. Pasiënte behandel met ampisillien spektinomisien of tetrasiklien behoort 'n opvolg serologiese toets vir sifilis na 3 maande te ontvang om onbehandelde sifilis aan die lig te bring.

Pasiënt met beide gonoree en sifilis behoort bykomstige behandeling in ooreenstemming met die aard van die sifilis te ontvang.

Nie aanbeveel:

Hoewel langwerkende tipes penisillien (soos bensatienpenisillien G) effektief is in sifilis het hulle geen plek in die behandeling van Gonoree nie. Orale penisillien preparate soos penisillien V word nie aanbeveel vir die behandeling van Gonokokkale infeksies nie.

B. Behandelings skedules vir sifilis:

Vroeë sifilis: (Primêre sekondêre, latente sifilis met 'n verloop van minder as 1 jaar).

Die behandelings skedules: 1. Bensatienpenisillien (Ultrasillien L.A.) 2,4 miljoen eenhede weekliks vir:

a) Primêre en sekondêre sifilis - 3 weke.

b) Latente en latere sifilis - 6 weke.

c) Aangebore sifilis 600,000 eenhede weekliks vir 3 weke.

**Pasiënte wat Allergies is vir Penisillien:**

1. Tetrasiklien hidrochloried 500 mgm elke 6 uur vir 15 dae. Voedsel en sommige melk produkte beïnvloed die absorpsie van orale tipes tetrasiklien; moet dus twee ure na maaltyde gegee word

of  
2. Eritromisien (stearaat etiel-suksinaat) 500 mgm elke 6 uur vir 15 dae.

**Sifilis van meer as een jaar verloop:**

**Latente sifilis met 'n verloop van 1 jaar. (m.a.w. kardiovaskulêre en neurosifilis).**

1. Bensatienpenisillien G. 'n Totaal van 7,2 miljoen eenhede, 2,4 miljoen eenhede deur i.m. inspuiting weekliks vir 3 tot 6 weke.

2. Prokaïenpenisillien G. 9 Miljoen eenhede in totaal 600,000

eenhede deur daaglikse inspuiting vir 15 dae. Serebrospinale vog ondersoek is 'n vereiste in pasiënte met verdagte simptomatiese neuro sifilis. Hierdie ondersoek is ook gewens in pasiënte met sifilis van langer as 1 jaar om asimptomatiese neurosifilis uit te skakel. Publikasies toon dat 'n totale dosis van 6,0 - 9,0 miljoen eenhede penisillien G 'n bevredigende respons in omtrent 90% pasiënte met neurosifilis toon. In hierdie opsig is daar meer ondervinding publiseer met kort werkende penisillien preparate as met bensatien penisillien G. Meeste geneeshere verkies om pasiënte met neurosifilis te hospitaliseer, veral as die pasiënt asimptomaties is of nie reëlmatig op inisiele terapie nie. Onder hierdie omstandighede behandel hulle pasiënte met 12 - 24 miljoen eenhede prokaiënpenisillien (2 - 4 miljoen eenhede elke 4 uur vir 10 dae).

Pasiënte allergies vir penisillien: 1. Tetrasiklien hidrokloried - 500 mgm elke 6 uur per mond vir 30 dae;

of 2. Eritromisien (stearaat - etielsakinaat) 500 mgm elke 6 uur per mond vir 30 dae. Daar is geen dokumenteerde data wat die effektiwiteit van ander geneesmiddels as penisillien vir die behandeling van sifilis van meer as 1 jaar verloop beskryf nie.

#### Sifilis in swangerskap

Alle swanger vroue behoort 'n serologiese toets vir sifilis soos die VDRL toets ten tye van die eerste voorbehoort besoek te ontvang. Die treponematale toets soos die F.T.A. - 'Abs' behoort nie vir roetine siftings toets, gebruik te word nie. In vroue wat verdag is van 'n hoë sifilis risiko behoort 'n tweede serologiese toets uitgevoer te word gedurende die derde trimester. Seroreaktiewe pasiënte behoort breedvoerig te word insluitende 'n geskiedenis en fisiese ondersoek, sowel as 'n kwantitatiewe nie-treponematale toets asook 'n bevestigende treponematale ondersoek (bv. FTA - ABS).

Indien die F.T.A. - 'Abs' (Fluoreserende Treponematale Antiliggam - Absorbeerde toets) non-reaktief is en daar geen kliniese bewys is van sifilis nie mag behandeling gestaak word. Beide die kwantitatiewe nontreponematale toets (bv. VDRL) asook die bevestigende toets behoort binne vier weke herhaal te word. Indien daar kliniese of serologiese bewys van sifilis is of indien die diagnose van sifilis nie uitgesluit kan word nie, behoort

die pasiënt, soos hieronder aangedui behandel te word.

Pasiënt vir wie dar afdoenbare dokumentasie van behandeling vir sifilis in die verlede was, hoef nie herbehandel te word nie, tensy daar kliniese of serologiese bewys van herinfeksie is, soos donkerveld positiewe letsels of 'n viervoudige verhoging in kwantitatiewe nontreponematale toets.

a) Vir pasiënte in alle stadiums van swangerskap nie allergies vir Penisillien - Penisillien in doserings skedules ooreenkomstig vir die stadium van sifilis soos aanbeveel vir nie swanger pasiënte

b) Vir pasiënte in alle stadiums van swangerskap allergies vir Penisillien - Eritromisien (stearaat etielsakinaat of basis) - in die doserings skedules vir sifilis - soos aanbeveel vir nie swanger pasiënte - Die effektiwiteit van die skedules is nog nie bewys nie.

Opvolg: Swanger pasiënte behandel vir sifilis moet maandelikse nontreponematale toets ontvang vir die oorblywende gedeelte van die huidige swangerskap.

Opvolg en herbehandeling:

a) Vroeë sifilis; opvolg kwantitatiewe nontreponematale toets (bv. VDRL) teen die 3e, 6e en 12e maand na behandeling.

b. Sifilis met 'n verloop van langer as een jaar: Ontvang serologiese toets 24 maande na behandeling. Opvolg serologiese toets is veral van belang in pasiënte wat behandel is met ander antibiotika as penisillien. Pasiënte met neurosifilis moet sorgvuldig opgevolg word met toets vir ten minste drie jaar. (Insluitende kliniese her-evaluasie teen 6 maandelikse periodes asook herhaalde C.S.V. ondersoek).

Herbehandeling moet oorweeg word telkens wanneer pasiënte met vroeë sifilis gesien word veral met die oog op herinfeksie. 'n C.S.V. evaluasie behoort gedoen te word voor herbehandeling behalwe as 'n diagnose van herinfeksie of van vroeë sifilis gemaak kan word. Herbehandeling moet oorweeg word indien:

1. Kliniese tekens of simptome van sifilis teenwoordig bly of herhaal.

2. Daar 'n volgehoute viervoudige verhoging in die titer van 'n non-treponematale toets (bv. VDRL) is.

3. 'n Aanvanklike hoë titer nontreponematale toets nie 'n viervoudige afname binne 1 jaar toon nie. Pasiënte moet behandel word met die skedules aanbeveel vir sifilis van meer as

een jaar verloop. In die algemeen word slegs een herbehandelingskursus aangedui omdat pasiënte 'n stabiele lae titer van nontreponematale toets mag handhaaf of onomkeerbare anatomiese skade mag hê.

#### C. Behandeling van ander seksueel oordraagbare siektes

1. Non-spesifieke urethritis (N.S.U.)

Die sykamer onderskeid word mikroskopies gemaak tussen N.S.U. en Gonorree. Die mees effektiewe behandeling vir Gonorree is:

Tetrasiklien in 'n dosering van een tot twee gram daaglik vir drie weke, dit is die beste behandeling.

Eritromisien 1,5 gram oraal gevolg deur 0,5 gram elke 6 uur vir 4 dae ('n totaal van 9,5 gram). Hierdie is 'n duurder behandelingsmetode wat op swanger pasiënte gebruik behoort te word.

2. Trigononiase

Die parasiet, *Trichomonas vaginalis*, is een van die algemeenste oorsake van 'n vaginitis en dit word deur pruritis en 'n romerige, skuimerige afskeiding gekenmerk. Beide die man en die vrou moet behandel word om herinfeksie te voorkom.

(i) Metronidasool ('Flagyl'). Beide die man en die vrou moet 200mg, 8-uurlik vir 7 dae inneem. Alkohol behoort in hierdie periode vermy te word, want metronidasool kan, soos disulfiram, 'n asetaldehydreaksie veroorsaak.

(ii) Tinidasool ('Fasign'). Beide die man en vrou moet 150 mg oraal, 12-uurlik vir 7 dae inneem. Alternatiewelik kan 2 gram as 'n eenmalige dosering ingeneem word.

(iii) Lokale behandeling: Daar is baie handelspreparate wat direk by die vagina aangewend kan word, bv. 'Candepin' (kandidisien) ('Canesten' (klotrimasool), 'Tricho-Gynedron', ens.

3. Herpes Genitalis

Tipe 1 en 2, Herpes infeksie is die mees algemeenste oorsaak van ulsera op die genitalië.

1. Verligting van plaaslike simptome kan verkry word met 40% Idoksuriidien in D.M.S.O. (Dimetiel-sulfoksied) wat vier keer per dag aangewend word.

4. Veneriese Vratte

Die volgende mag help: 1. Podofillien 20% eenmaal per week, 2. Elektrokouteriasie.

#### LITERATUUR VERWYSINGS

1. Farmakologie de K. Sommers Butterworths 1976.

VOORGESTELDE AANVULLENDE LEESSTOF

1. McCormack N.M. Treatment of gonorrhoea - is penicillin passé? *N. Engl. J. Med.* 296:934 1977.  
2. Kaufman R.E. Wiesner P.J.: Nonspecific

urethritis. *N. Eng. J. Med.* 291:1175 1974.  
3. Jacobs N.F., Jr. Kraus S.J. - Gonococcal and Nongonococcal urethritis in men. Clinical and laboratory differentiation. *Ann Intern Med.* 82:7 1975.

4. Holmes K.K. Gonococcal infection. Clinical epidemiologic and laboratory perspectives. *Adv. Intern Med.* 19:259 1974.



#### DIE SKRYWER

Dr. van Gelder verwerf die M.B. ChB. graad in 1972 by die Universiteit van Pretoria daarna begin hy met 'n internskap by die Kalafong hospitaal. Sy huwelik in 1973 word gevolg deur 'n aanstelling by die huisartskunde departement van die Abraham Lincoln School of Medicine University of Illinois te Chicago, waar hy sy ware belangstelling in die huisartskunde ontwikkel. Hier roteer hy deur al die hoof spesialiteits rigtings en kry insig in die tuisbevallingsstelsel. Na 15 maande by hierdie departement keer hy terug na Pretoria.

Tuis begin hy as mediese beampte by die ongevalle afdeling van die H.F. Verwoerd hospitaal en word in 1975 na Senior Mediese beampte bevorder. In 1976 word hy aangestel as lektor in die departement huisartskunde Universiteit van Pretoria.

Dr van Gelder behaal die M.F.A.P. (SA) in 1977. Gedurende daardie jaar keer hy ook terug na die V.S.A. vir 'n kort besoek aan verskeie huisartse, asook huisartskunde departemente in daardie land. Hy het met volgehoute belangstelling oor die periode die huisartskunde en noodgevalle beweging in die V.S.A. bestudeer, waar hy onder meer volle registrasie as geneesheer oor twee termyne behou het, na aflegging van die FLEX en later die V.Q.E. eksamen.

Die graad M.Prax. Med. is in 1978 deur die Universiteit van Pretoria aan hom toegeken. In 1979 is hy aangestel as Senior Lektor departement huisartskunde Universiteit Pretoria te Kalafong hospitaal 'n pos wat hy tans nog beklee.

Dr. van Gelder is streeks-geneesheer streek Noord Transvaal van die Suid-Afrikaanse Noodhulp Liga.