

Clinical Pathway – Neurosyphilis

Diagnostisches Procedere

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ klinischer Verdacht auf Neurosyphilis:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ neurologische, psychiatrische, ophthalmologische oder otologische Symptomatik</li> <li>○ klinische Zeichen für eine gummöse oder kardiovaskuläre Manifestationsform der Tertiärsyphilis</li> <li>○ HIV-Infektion</li> </ul> </li> <li>▶ Syphilisserologie:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ TPPA- oder TPHA-Test (Suchtest), wenn positiv</li> <li>▶ FTA-Abs-Test (spezifisch), wenn positiv</li> <li>▶ 19S-IgM-FTA-Abs-Test oder T.p.-IgM-ELISA oder IgM-Western-Blot (Aktivitätsindikator)</li> <li>▶ quantitative Cardiolipin-Reaktion: VDRL-Test oder Cardiolipin-KBR (Aktivitätsparameter zur Verlaufsbeurteilung)</li> </ul> </li> </ul>	○ TPHA-Test und FTA-Abs-Test positiv		<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Liquordiagnostik:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Zellzahl</li> <li>▶ Gesamtprotein</li> <li>▶ Laktat</li> <li>▶ Albumin-, IgG- und IgM-Quotient</li> <li>▶ Index für spezifische Antikörper (empfohlen: ITpA-Index oder TPHA-AI)</li> </ul> </li> <li>▶ Bildgebung (MRT)</li> <li>▶ bei Bedarf:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ EEG</li> <li>▶ evozierte Hirnpotenziale</li> <li>▶ EMG/NLG</li> <li>▶ spinale MRT</li> <li>▶ Nativ-Röntgen</li> <li>▶ ophthalmologische/otologische/neurourologische Zusatzdiagnostik</li> </ul> </li> </ul>	Diagnosestellung
	○ TPHA-Test positiv und FTA-Abs-Test negativ	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ T. pallidum-Western-Blot als 2. Bestätigungsreaktion</li> </ul>		
	○ T. pallidum-Western-Blot positiv		<ul style="list-style-type: none"> <li>positiver TPHA-Test klinisch irrelevant (Ausnahme: Infektion liegt wenige Wochen zurück, dann wird aber in keinem Fall eine ZNS-Symptomatik vorliegen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ eventuell Wiederholung der Tests (FTA-Abs-Test und/oder Western-Blot) nach einigen Wochen</li> </ul>

Procedere nach Diagnosestellung

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>aktive Neurosyphilis:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ treponemenspezifisches IgM im Serum nachweisbar, mononukleäre Pleozytose im Liquor</li> <li>○ sehr hohe Antikörpertiter in Serum und Liquor (z.B. VDRL-Test im Liquor positiv)</li> <li>○ positiver ITpA-Index bei bisher gesunden unbehandelten Personen mit Pleozytose</li> <li>○ Progredienz der neurosyphilitischen Symptome (Zunahme kognitiver Defizite, Zunahme der lanzierenden Schmerzen oder der Hinterstrangataxie)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>1. Wahl:</b> Penicillin G 3–4 Mio. IE i.v. alle 4 Stunden über mindestens 10–14 Tage oder 3 x 10</li> <li>▶ <b>2. Wahl:</b> Ceftriaxon 2 g/d i.v. (Initialdosis 4 g) über 10–14 Tage</li> <li>▶ <b>3. Wahl:</b> Doxycyclin 2 x 200 mg für 28 Tage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Therapiekontrolle:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Seroreaktionen (v.a. 19S-IgM-FTA-Abs-Test)</li> <li>▶ quantitative Cardiolipin-Reaktion im Serum)</li> <li>▶ Liquordiagnostik im 1. Jahr nach der Therapie in 3-monatigen Abständen, im 2. Jahr in 6-monatigen Abständen</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kriterien für Ansprechen der Therapie:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ keine klinische Progredienz</li> <li>○ Rückgang der Liquorpleozytose (Wochen)</li> <li>○ Normalisierung der Blut-Liquor-Schranke (Monate)</li> <li>○ rückläufige IgM-Antikörperkinetik im Serum innerhalb von 6–12 Monaten</li> <li>○ rückläufige Lipoidantikörperkinetik (VDRL, Cardiolipin-KBR)</li> </ul> </li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>weniger aktive Formen bei unbewusster Mitbehandlung</b> (Antibiotikagabe aus anderer Indikation):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ geringere Liquorveränderungen</li> <li>○ blande Klinik</li> <li>○ positive Seroreaktionen (TPHA- u. FTA-Abs-Test)</li> <li>○ IgM-Test kann negativ sein, aber quantitative Cardiolipin-Reaktion (schwach) positiv</li> </ul> </li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>○ keine gezielte hochdosierte Penicillin-G- oder Ceftriaxon-Therapie in der Vorgeschichte bekannt oder nachweisbar</li> </ul>	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Persistenz von treponemenspezifischem IgM (u.U. über mehrere Jahre)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Optionen:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ erneute Therapie sicherheitshalber</li> <li>▶ erneute Therapie abhängig von Verlauf und Liquorbefund, z.B. keine klinische Progredienz, sondern (leichte) Besserung und kontinuierliche Normalisierungstendenz des Liquors (Zellen normal, intrathekale Gesamt-IgG-Synthese langsam abfallend) → keine erneute Therapie indiziert</li> </ul> </li> </ul>