

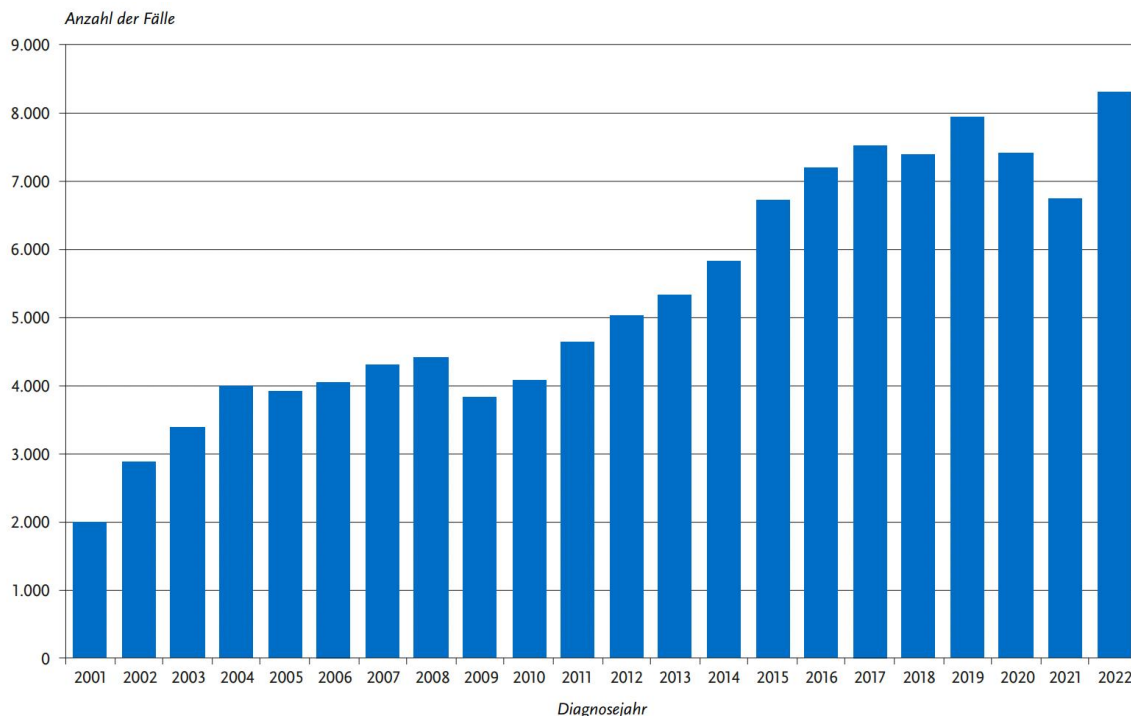
Labordiagnose der Syphilis

(*Treponema pallidum*-Infektion, Lues)

Seit einigen Jahren wird eine Zunahme der Syphilis-Fälle in Deutschland beobachtet. Die im Labor 28 etablierte Stufendiagnostik dient der schnellstmöglichen Erkennung Infizierter.

Als Suchtest in der Stufendiagnostik wird ein hochempfindlicher und hochempfindlicher polyvalenter (IgG + IgM) **Chemilumineszenzimmunoassay** (CLIA) durchgeführt. Im Falle eines positiven Ausfalls der Syphilis-Suchreaktion wird die Serumprobe in einem zweiten spezifischen Test (**TPHA**) untersucht und eine *Titerbestimmung* durchgeführt. In der weiteren Stufendiagnostik bei positiv bestätigtem Suchtest wird der quantitative **Lipoid-Antikörpertest** erweitert. Lipoid-Antikörper werden als Aktivitätsparameter des Krankheitsprozesses angesehen. Die Bestimmung erfolgt mit dem auch von der WHO empfohlenen **VDRL-Test**. Das Ergebnis wird als Ausgangswert in der Verlaufskontrolle und zur Beurteilung des Therapieerfolges benötigt. Bei Verdacht auf eine behandlungsbedürftige Infektion folgt im Rahmen der Stufendiagnostik die Lues-IgM-Antikörper-Bestimmung mittels Immunoblot. Zur Diagnostik einer Neurosyphilis ist die gleichzeitige Bestimmung der Antikörper im Serum und im Liquor erforderlich.

Material: Syphilis-Diagnostik 1 ml Serum
Neurosyphilis-Diagnostik 1 ml Serum **und** 2 ml Liquor
EBM-Kennnummer: 32006 (Meldepflichtige Erkrankungen)



Gemeldete Syphilis-Fälle nach Meldejahr, Deutschland, 2001 bis 2022
aus: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2022

/2



Primäre Lues:	Syphilis-Suchtest (CLIA) und/oder VDRL können initial negativ sein! Bei klinischem oder anamnestischen Verdacht Kontrolle nach 7 bis 10 Tagen. Als erstes werden spezifische IgM-Antikörper nachweisbar, die mittels CLIA und/oder IgM-Blot nachgewiesen werden können. Erst nach 8-10 Wochen nach Exposition kann eine Syphilis-Infektion mit hoher Sicherheit ausgeschlossen werden.
Sekundäre/Tertiäre Lues:	Syphilis-Suchtest (CLIA) und TPHA sind positiv. Meist deutlich erhöhte VDRL-Titer (> 1:8) und spezifische IgM-AK nachweisbar. Fehlender Nachweis von spezifischem IgM-AK sowie niedrige VDRL-Titer schließen eine Therapiebedürftigkeit jedoch nicht aus!
Neurolues:	Nachweis einer intrathekalen <i>T. pallidum</i> -spez. Antikörper-Synthese erforderlich (genaues Procedere s. Original-Literatur).
Therapiekontrollen:	Bestätigung des Titerabfalls im TPHA und VDRL-Test; Ermittlung des Ausgangswertes für die Therapiekontrolle ca. vier Wochen nach Therapieende, danach innerhalb eines Jahres ¼-jährliche Kontrollen.
Reinfektion:	Titeranstieg (TPHA und/oder VDRL) um mehr als zwei Titerstufen verglichen mit dem nach Therapie ermittelten Ausgangswert. IgM wird bei Reinfektionen nicht immer gebildet!
Schwangerschaft:	Bei fehlender Lues-Anamnese gilt ein positiver Lues-IgM-AK sowie TPHA-Titer $\geq 1:5120$ und/oder ein positiver VDRL-Test als Therapie-Indikation.
Koninatale Lues:	Nachweis von <i>Treponema pallidum</i> -IgM-Antikörpern oder direkter <i>Treponema pallidum</i> -Nachweis mittels PCR beim Neugeborenen, sowie höhere IgG-Antikörper-Titer des Kindes verglichen mit dem mütterlichen Serum, IgG-Antikörperpersistenz des Neugeborenen bei Verlaufskontrollen

