

## Labordiagnose der Syphilis

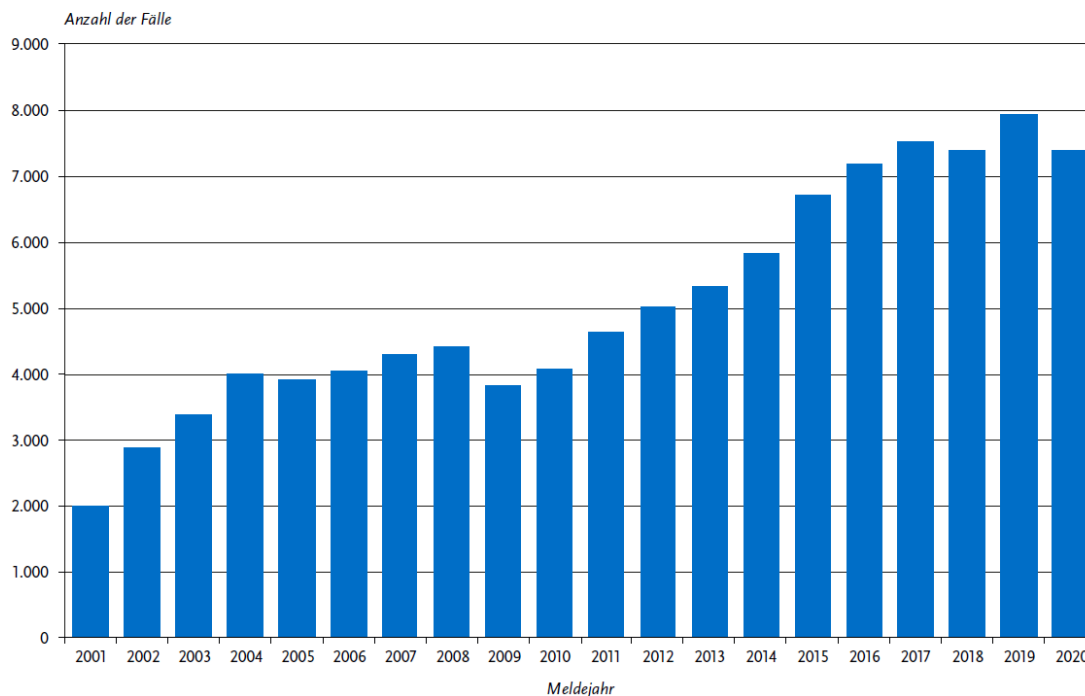
(*Treponema pallidum*-Infektion, Lues)

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 2020  
aus: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2020

<b>Primäre Lues:</b>	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.
<b>Sekundäre/Tertiäre Lues:</b>	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!
<b>Neurolues:</b>	Nachweis einer intrathekalen <i>T. pallidum</i> -spez. Antikörper-Synthese erforderlich (genaues Procedere s. Original-Literatur).
<b>Therapiekontrollen:</b>	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.
<b>Reinfektion:</b>	Titeranstieg (TPHA und/oder VDRL) um mehr als zwei Titerstufen verglichen mit dem nach Therapie ermittelten Ausgangswert. IgM wird bei Reinfektionen nicht immer gebildet!
<b>Schwangerschaft:</b>	Bei fehlender Lues-Anamnese gelten derzeit TPHA-Titer $\geq 1:5120$ und/oder positive VDRL-Test und/oder Nachweis von Lues-IgM-AK als Therapie-Indikation.
<b>Koninatale Lues:</b>	Diagnose durch Nachweis von <i>Treponema pallidum</i> -IgM-Antikörpern oder direkter <i>Treponema pallidum</i> -Nachweis mittels PCR beim Neugeborenen, sowie höhere Antikörper-Titer des Kindes verglichen mit dem mütterlichen Serum.