

- Syfilis: terug van weggeweest
- Ecthyma contagiosum is geen zeldzame zoönose
- *Salmonella*-uitbraak na een bruiloft
- Groep-A-streptokokkeninfectie na 2 feestjes

Het Infectieziekten Bulletin is een uitgave van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), in samenwerking met de GGD'en, de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie, de Vereniging voor Infectieziekten en de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding.

Het Infectieziekten Bulletin is een medium voor communicatie en informatie ten behoeve van alle organisaties en personen die geïnformeerd willen zijn op gebied van infectieziekten en infectieziektebestrijding in Nederland. De verantwoordelijkheid van de artikelen berust bij de auteurs. Overname van artikelen is alleen mogelijk na overleg met de redactie, met bronvermelding en na toestemming van de auteur.

COLOFON

Hoofredactie	J. A. van Vliet , arts, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (hans.van.vliet@rivm.nl) Mw. A.A. Warris-Versteegen , Inspectie voor de Gezondheidszorg (aa.warris@igz.nl)
Eindredactie	P. Bijkerk , Centrum voor Infectieziekten Epidemiologie, RIVM (paul.bijkerk@rivm.nl) Postbus 1, 3720 BA Bilthoven Telefoon: (030) 274 35 51 Fax: (030) 274 44 09
Redactiesecretariaat	Mw. M. Bouwer , Centrum voor Infectieziekten Epidemiologie, RIVM (marion.bouwer@rivm.nl) Telefoon: (030) 274 30 09 Fax: (030) 274 44 09
Redactieraad	Dr. W. Wannet namens het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (wim.wannet@rivm.nl) Mw. H. Ruijs arts, namens de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (hruijs@ggd.nl) Dr. P. Schneeberger namens de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (p.schneeberger@jbz.nl) Dr. C.M. Verduin namens de Vereniging voor Infectieziekten (k.verduin@pamm.nl) Dr. H.C. Rümke namens de Interfacultaire Werkgroep Pediatrische Infectiologie (rumke@vaxinostics.com) J.H.C.T. van den Kerkhof arts, namens de GGD'en (hkerkhof@GGDZHZ.nl) Mw. T.D. Baayen namens de Vereniging voor sociaal verpleegkundigen (dbaayen@gggd.amsterdam.nl) Mw. A. Suijkerbuijk sociaal verpleegkundige, namens het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (awm.suijkerbuijk@rivm.nl) Dr. W. Luytjes namens het Nederlands Vaccin Instituut (willem.luytjes@nvi-vaccin.nl) Dr. J.H. Richardus namens afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus MC (j.richardus@erasmusmc.nl)
Ontwerp en layout	Studio RIVM
Productie	Reprocentrum RIVM

Het Infectieziekten Bulletin op Internet: <http://www.infectieziektenbulletin.nl>

ISSN-nummer: 0925-711X



GESIGNALEERD

Deze rubriek belicht binnen- en buitenlandse signalen op infectieziektegebied. De berichten zijn afkomstig uit 3 bronnen: het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (LCR), Inf@ct en het signaleringsoverleg. Het LCR brengt risico's voor reizigers in kaart en adviseert hen over preventieve maatregelen. Inf@ct is de elektronische berichtenservice van de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (LCI). In het signaleringsoverleg wordt wekelijks op het RIVM gesproken over toename van bestaande of opkomst van nieuwe infectieziekten. Hieronder volgt een overzicht van de signalen tot en met 10 maart 2005.

Binnenland

Rubella-epidemie

GGD'en hebben tot nu toe 167 laboratoriumbevestigde gevallen van rubella in Osiris gemeld. Het gaat allemaal om ongevaccineerden. Onder de 167 meldingen bevinden zich 13 zwangeren.

Outbreak van adenovirusinfecties op kinderdagverblijf

Op een kinderdagverblijf in het oosten van het land was een outbreak van gastro-enteritis. Bij 5 van de 7 isolaten werden door middel van PCR 2 verschillende sequenties van adenovirus type C gevonden. Dit is opmerkelijk omdat type C doorgaans geassocieerd is met luchtwegklachten. De GGD onderzoekt de outbreak. De Virologische Weekstaten laten dit jaar een hoger aantal adenovirusinfecties zien dan in voorgaande jaren.

Hepatitis E onder gasten van een bruiloft in India

In een Inf@ctbericht zijn 2 bevestigde gevallen van hepatitis E gemeld onder een gezelschap van 120 Nederlanders die een bruiloft in India hebben bezocht. Bij een derde bruiloftsgast met klachten werd later eveneens hepatitis E vastgesteld. De GG&GD in Amsterdam heeft het gezelschap per brief geïnformeerd. Het RIVM verricht typeringsonderzoek.

Hepatitis A in een Maatschappelijke Opvang Voorziening

De GGD Noord- en Midden Limburg is betrokken bij een cluster van hepatitis A dat gelieerd is aan een Maatschappelijk Opvang Voorziening (MOV). De MOV biedt tijdelijk opvang aan mensen die in een crisis verkeren. Deze mensen verblijven vaak op verschillende opvangadressen. Van 3 mensen is bekend dat ze hepatitis A heb-

ben doorgemaakt. Mogelijk hebben ook anderen hepatitis A opgelopen. Omdat de GGD laat is geïnformeerd over dit cluster was vaccinatie van de bewoners niet zinvol meer.

Buitenland

Rabiës na transplantatie

In Duitsland kregen 3 patiënten na het ontvangen van donormateriaal (long, nieren en alvleesklier) verschijnselen van rabiës. Van de donor hebben nog 3 anderen materiaal ontvangen (hoornvlies en lever), maar zij hebben geen symptomen ontwikkeld. De donor was overleden aan cerebrale ischemie. Achteraf liet onderzoek aan haar hersenen zien dat deze tekenen van een infectie met rabiës vertoonden. Er bestaat geen standaardprocedure van screening op rabiës van donormateriaal. De donor heeft rabiës waarschijnlijk in India opgelopen, waar ze in oktober 2004 naar toe was geweest.

Aviaire influenza in Vietnam

Het Vietnamese Ministerie van Volksgezondheid heeft 4 recente bevestigde gevallen van aviaire influenza bekend gemaakt. Drie personen wonen in de Thai Binh provincie waaronder een broer en zus die kort na elkaar ziek werden. De vierde persoon woont in Hanoi. Een verpleegkundige die de broer verzorgd heeft is eveneens met mogelijke aviaire influenza in het ziekenhuis opgenomen. Of hier nu sprake is van mens-op-mensoverdracht of contact met ziek pluimvee is nog niet duidelijk. Uit onderzoek van 2 jonge Vietnamese kinderen, die beiden overleden aan een gastro-enteritis en acute encephalitis, werd later H5N1-virus in feces, bloed, neus en liquor gevonden. Dit impliceert dat aviaire influenza naast respiratoire klachten ook andere klachten kan geven en dat de case-definitie misschien moet worden verbreed. In de afgelopen periode is ook melding gemaakt van een aantal asymptomatische infecties bij familieleden van patiënten. De sensitiviteit van de Vietnamese test voor H5N1 is niet optimaal. Het Nationaal Instituut voor Infectieziekten in Tokio heeft isolaten van ongeveer 30 patiënten met een negatieve testuitslag opnieuw onderzocht. Zeven patiënten bleken achteraf toch een H5N1-infectie te hebben doorgemaakt. Het instituut stelde tevens een H5N1-virusinfectie vast bij patiënten met relatief milde symptomen. Conclusie is dat het aantal H5N1-infecties in Vietnam een flinke onderrapportage kent. Mogelijk kan de letaliteit door H5N1-infecties naar beneden worden bijgesteld als het aantal patiënten met milde klachten toeneemt.

Eerste melding van polio in Ethiopië

Nadat Ethiopië 4 jaar vrij was van polio is recent opnieuw een eerste patiënt gemeld. Ethiopië is hiermee het 14e Afrikaanse land waarin polio opduikt nadat halverwege 2003 polio vaccinaties in het noorden van Nigeria werden opgeschort. Het gaat om een 2-jarig meisje bij wie poliovirus type 1 is aangetoond. Het staat nog niet vast of de stam overeenkomt met de stam die vanuit Noord-Nigeria tot transmissie naar andere Afrikaanse landen heeft geleid, maar men gaat hier wel van uit. De Wereldgezondheidsorganisatie heeft eind februari een omvangrijke vaccinatiecampagne in 22 Afrikaanse landen gestart, met als doel 100 miljoen kinderen te vaccineren.

Salmonella serovar Agona in Franse zuigelingenvoeding

Franse autoriteiten hebben een outbreak gemeld van salmonellose, serovar Agona onder zuigelingen jonger dan 7 maanden. Tussen 4 januari en 22 februari zijn 21 cases gerapporteerd verspreid over heel Frankrijk. Alle kinderen hebben zuigelingenvoeding van het merk 'Picot' geconsumeerd. Deze melkvoeding wordt geproduceerd in Frankrijk en geëxporteerd naar Azië. Het is nog niet duidelijk of deze flesvoeding ook naar landen binnen Europa is geëxporteerd. De zuigelingenvoeding is uit de handel genomen en onderzoek is gaande.

Burkholderia pseudomallei-infecties bij Finse toeristen door tsunami

Drie Finse toeristen die door de tsunami gewond raakten in Khao Lak (Thailand) hebben een infectie met *Burkholderia pseudomallei* opgelopen. Bij 2 patiënten is de bacterie geïsoleerd uit een wondkweek, bij 1 patiënt uit een bloedkweek. De laatste patiënt wordt beschouwd als een bevestigd geval van melioidose en wordt gedurende 20 weken behandeld met antibiotica. *B. pseudomallei* is een gramnegatieve bacterie die endemisch is in landen met een tropisch klimaat. Een infectie met de bacterie kan leiden tot wondinfecties, sepsis of een pneumonie. Clinici moeten melioidose overwegen bij patiënten die na de tsunami zijn teruggekeerd met onverklaarde koorts of een ongewone gramnegatieve bevinding uit wond-, bloed- of respiratoire kweek.

Cutane anthrax na safari

Een Belgische vrouw die met een internationale groep toeristen reisde door Afrika heeft daar vermoedelijk cutane anthrax opgelopen. De groep reizigers heeft tijdens een safari karkassen van dode antilopen en nijlpaarden aangeraakt. De vrouw kreeg enige tijd later een vesiculaire laesie aan haar vinger en een oedemateuze arm. Ze is hiervoor behandeld in een ziekenhuis in Johannesburg. Het Belgische Instituut voor Tropische Geneeskunde in Antwerpen probeert de diagnose door laboratoriumdiagnostiek te bevestigen (PCR, serologie).

A.W.M. Suijkerbuijk

BERICHTEN

Ontwikkelingen rond Centrum Infectieziektebestrijding

Na de geslaagde conferentie van 24 januari jl. is het iets stiller geworden rond het Centrum Infectieziektebestrijding. Maar dat wil niet zeggen dat er niets gebeurt. Integendeel, de vorming is in volle gang en op vele fronten zijn processen in gang gezet. Hieronder staan enkele ontwikkelingen samengevat.

R. Coutinho is per 1 februari officieel aangetreden als directeur van het Centrum Infectieziektebestrijding. Hij maakt nu onder meer kennis met de organisatie door de betrokken afdelingen te bezoeken en zich te laten informeren over onderzoeksprojecten. Deze kennismakingsperiode is onder andere nodig om de toekomstige koers van het Centrum te kunnen bepalen. Uiteraard worden daarvoor ook de resultaten en aanbevelingen gebruikt die zijn voortgekomen uit de conferentie van 24 januari jl. Op dit moment wordt gewerkt aan een strategiedocument. Het streven is om de formele reorganisatie binnen het RIVM komend najaar in gang te zetten.

Andere organisatie rond Centrum

De directie van het RIVM heeft per 1 februari de nieuwe sector Centrum Infectieziektebestrijding in het leven geroepen. Hiermee is het project Vorming Centrum Infectieziekten opgeheven en is een Bureau Beleid en Beheer opgericht onder leiding van voormalig kwartiermaker H. van Dijk. Het secretariaat van het Bureau is bereikbaar via nummer 030-2742744. Het adres van de website is niet gewijzigd: www.rivm.nl/vci. Het Bureau Beleid en Beheer is per 1 februari versterkt met VWS-medewerker J. Geraedts, die als senior beleidsmedewerker bij het Centrum is gedetacheerd. Hij houdt zich bezig met operationele taken op het gebied van het RVP en het Nationaal Programma Griepvaccinatie (NPG) en met algemene beleidstaken voor het Centrum. Een tweede VWS-medewerker, N. Willems, komt medio dit jaar naar het Centrum. Zij zal zich onder meer gaan bezighouden met de uitvoering van het beleid rond de soa-bestrijding.

Bouw laboratorium op Biosafety Level 3 en 4

In 2001 heeft de minister van VWS besloten tot de bouw van een extra geïsoleerde onderzoeksruimte bij het RIVM. Directe aanleiding voor dit besluit was de aanslag van 11

september 2001 op het WTC in New York en de daaropvolgende golf van bioterrorisme in de VS. In de nieuwe onderzoeksruimte bij het RIVM kan, indien nodig, op een veilige wijze materiaal worden onderzocht op de aanwezigheid van micro-organismen die ernstige ziekten kunnen veroorzaken. Het Microbiologisch Diagnostisch Laboratorium (MDL) zal worden gebouwd onder Biosafety Level (BSL) 3/4 kwaliteitsgaranties. Op dit moment wordt gewerkt aan het opstellen van de definitieve plannen. Coutinho is voorzitter van de stuurgroep die de bouw van het lab voorbereidt. Op verzoek van het ministerie is contact gezocht met de afdeling Virologie van het Erasmus MC in Rotterdam, die als externe partij gebruik zal gaan maken van dit nieuwe laboratorium. Het streven is om het nieuwe laboratorium in de loop van 2006 in gebruik te nemen.

Open voor dialoog

Het Centrum Infectieziektebestrijding staat open voor dialoog met alle betrokkenen in 'het veld'. Daarom houden verschillende medewerkers van het Centrum voordrachten over de voortgang van het Centrum voor geïnteresseerden zoals de afgelopen tijd gebeurde voor de Dutch Vaccines Group, de NVMM-afdeling West en afgevaardigden uit Estonië die het RIVM bezochten. Dat gebeurde op uitnodiging van het Centrum voor Infectieziekten Epidemiologie (CIE), thans onderdeel van het Centrum Infectieziektebestrijding. Het bezoek was in het kader van het zogeheten Twinning-project, een samenwerkingsproject met zusterinstituten in nieuwe EU-lidstaten. Wie belangstelling heeft voor een voordracht, kan altijd contact opnemen, bij voorkeur via e-mail: lynette.wijgergangs@rivm.nl.

K. Vermeer, communicatiemedewerker Centrum Infectieziektebestrijding, e-mail: kees.vermeer@rivm.nl



Voorlichtingsmateriaal over RVP in andere talen



rijksvaccinatieprogramma

In 16 talen is nu voorlichtingsmateriaal over het Rijksvaccinatieprogramma beschikbaar. Zo kunnen anderstalige ouders ook doeltreffend geïnformeerd worden.

In het Albanees, Arabisch, Chinees, Dari, Duits, Engels, Farsi, Frans, Kroatisch, Pools, Portugees, Russisch, Somalisch, Sorani, Spaans en Turks is algemene informatie over het programma en over de veiligheid van vaccinaties beschikbaar. Daarnaast is er informatie over de verschillende ziekten waartegen het Rijksvaccinatieprogramma beschermt in het Arabisch, Engels, Frans, Russisch, Spaans en Turks. De teksten zijn gebaseerd op de Nederlandstalige folders en bestaan alleen digitaal.

U kunt ze downloaden via de website www.rivm.nl/rvp/informatie/vertalingen.jsp.

A. de Boer, projectleider coördinatie communicatie RVP, RIVM-CIE, e-mail: annette.de.boer@rivm.nl.



Nieuwe subsidie voor TBC-bestrijding



Het Directoraat-generaal Internationale Samenwerking (DGIS) van het Ministerie van Buitenlandse Zaken heeft een subsidie van €2 miljoen toegekend voor de bestrijding van tuberculose (tbc).

DGIS houdt zich binnen het Ministerie van Buitenlandse Zaken bezig met de voorbereiding en uitvoering van het beleid op het gebied van ontwikkelingssamenwerking. Het bedrag gaat naar TB-Alliance, een non-profit organisatie die in de hele wereld werkt aan de ontwikkeling van nieuwe, sneller werkende en betaalbare medicijnen tegen tbc. Tbc breidt zich ook in Europa uit, vooral door verspreiding van bacteriën die resistent zijn tegen vele soorten medicijnen.

Deze subsidie is verleend nadat de Nederlandse regering de voorzittershamer van de Europese Unie (EU) in december overdroeg en na de opdracht te hebben gegeven tot het rapport 'Priority Medicines for Europe and the World', voor de Wereldgezondheidsorganisatie WHO. Het rapport, dat in december 2004 is gepubliceerd, identificeert de hiaten in de wereldgezondheid door tekorten op de markt en het ontbreken van voortdurende farmaceutische innovaties voor verwaarloosde ziekten. In het rapport wordt voor ziekten als tbc de aanbeveling gedaan tot meer

Europese investeringen in partnerships tussen publieke en private instellingen zoals TB-Alliance.

TB-Alliance werd in 2000 opgericht door een wereldwijd netwerk van belangenorganisaties, waaronder het KNCV Tuberculosefonds, de Europese Commissie en Artsen zonder Grenzen. Het doel bij de oprichting was om op korte termijn te komen tot de ontwikkeling van een betaalbaar en beter geneesmiddel tegen tbc en om de duur van de behandeling van 6 maanden te verkorten tot 2 maanden of minder.

Voor meer informatie www.tballiance.org.

G. Oosterbaan, Global Alliance for TB Drug Development (TB Alliance), e-mail: gwynne.oosterbaan@tballiance.org



Meningitisprijs 2005 toegekend aan Ton Oomen

De meningitisprijs is dit jaar toegekend aan T. Oomen, werkzaam bij de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (LCI) te Utrecht en Dienst Justitiële Inrichtingen, afdeling Gezondheidszorg van het Ministerie van Justitie. Ieder jaar reikt de Nederlandse Meningitis Stichting (NMS) de Meningitisprijs uit aan een persoon of organisatie die zich uitzonderlijk heeft ingezet op het gebied van de bestrijding van de meningokokkenziekte. De NMS wil voorzien in informatiebehoefte, belangenbehartiging en ondersteuning van meningitispatiënten en hun ouders, het stimuleren van onderzoek en- het geven van voorlichting over de symptomen en gevaren van de ziekte.



Dhr. Oomen is al jaren begaan met het onderwerp meningokokkenziekte. Hij heeft zich een zeer betrokken sociaal verpleegkundige getoond bij de GGD'en in Oss en Tiel. Niet alleen voor de mensen die getroffen werden door deze ziekte, maar ook voor zijn (landelijke) collegae. Zo is hij als gastdocent werkzaam bij de opleiding voor sociaal verpleegkundige infectieziektebestrijding voor het onderwerp meningokokkenziekte. Mede dankzij zijn inspanningen is er een landelijk stappenplan ontwikkeld over hoe te handelen bij meningokokkenziekte door de GGD.

Ook was Oomen betrokken bij de organisatie van de vaccinatie-actie tegen de meningokok groep C in Zaltbommel, vooruitlopend op de landelijke vaccinatiecampagne. Op het lustrumcongres van de NMS in 2002 heeft Oomen een voordracht gehouden over de GGD-betrokkenheid bij een geval van meningokokkenziekte.

Inmiddels is Oomen werkzaam bij bureau LCI en Dienst Justitiële Inrichtingen, afdeling Gezondheidszorg van het Ministerie van Justitie. Daar is hij betrokken bij het onderwerp meningokokkenziekte en de implementatie van de richtlijnen voor verpleegkundigen bij GGD'en. Dat is een belangrijk argument voor het toekennen van de prijs. De NMS ziet ook dat de GGD verantwoordelijk is voor de communicatie over meningokokkenziekte. Onderling blijken GGD'en het onderwerp verschillend te benaderen, wat niet altijd even duidelijk is voor de bevolking. Goed geïmplementeerde richtlijnen kunnen onduidelijkheden in de toekomst voorkomen.

De prijs (een geldbedrag van €1000) zal Oomen gebruiken voor betere implementatie van de richtlijnen.

L. Sanders, bureau LCI, e-mail: lsanders.lci@ggd.nl



UIT HET VELD

Salmonella-uitbraak na een bruiloft

Op 9 oktober 2004 vindt een bruiloft plaats binnen een Afghaanse gemeenschap in Delft. Dezelfde avond en de daarop volgende dagen wordt een groot aantal gasten ziek. Door de taalbarrière en de grote terughoudendheid bij de organisator en de gasten van de bruiloft verloopt het verzamelen van gegevens om de besmettingsbron op te sporen zeer moeilijk. De GGD slaagt er daarom niet in de bron te achterhalen.

Op de bruiloft zijn ongeveer 60 gasten aanwezig. In de nacht na de bruiloft en de daarop volgende 2 dagen krijgen een aantal gasten klachten van diarree, buikkrampen, misselijkheid, koorts en braken. Alle zieken hebben één of meer van deze symptomen, maar de meesten hebben diarree. Een groot deel van de zieken meldt zich op zondag 10 oktober bij een huisartsenpost. Op dat moment wordt geen melding bij de GGD gedaan. Een jongen van 16 jaar wordt 10 dagen in het ziekenhuis opgenomen wegens dehydratie en een vrouw van 51 jaar wordt 4 dagen opgenomen. Bij 8 personen wordt in de feces *Salmonella* groep C aangetoond. In totaal worden ongeveer 30 gasten ziek.

Nederlandse taal

Op 19 oktober, 10 dagen na de bruiloft, komt ook een melding via een andere GGD binnen van 2 personen met een *Salmonella*-infectie. Via het lokale laboratorium en de huisartsen kan de GGD diverse patiënten benaderen en het bron- en contactonderzoek opstarten. Dit stuit echter op problemen. Door de slechte beheersing van de Nederlandse taal bij de patiënten en de familieleden krijgen we geen compleet beeld van de gebeurtenis. Er worden meerdere pogingen gedaan om de organisator van de bruiloft te achterhalen, via telefonisch contact, een afspraak op de GGD en een huisbezoek. Helaas lopen deze op niets uit. De GGD verstuurt een mailing naar alle huisartsen in Delft om de zieken alsnog gemeld te krijgen. Hierop ontvangt de GGD 6 meldingen. Ook verzorgt de GGD een inf@ctbericht waarin GGD'en worden opgeroepen gerelateerde meldingen aan ons door te geven.

Brononderzoek

Ons belangrijkste doel is om de verdachte bron van besmetting te achterhalen en de herkomst daarvan. Door de gasten is herhaaldelijk het lamsvlees aangewezen als de verdachte bron. De exacte herkomst van het lamsvlees is echter niet bekend. De Voedsel en Waren Autoriteit is niet ingeschakeld, omdat het adres onbekend is waar zij bron-

onderzoek kunnen verrichten. Uiteindelijk lukt het om via de huisarts van één van de gasten het adres van de feestlocatie te achterhalen. Het betreft een particuliere woning. Een bezoek aan dit adres levert echter niets op: er is niemand thuis. Een telefoontje naar het adres wordt later die dag beantwoord door een vrouw die zeer slecht Nederlands spreekt. Zij bevestigt dat het eten voor de bruiloft ter plaatse is bereid.

er worden meerdere pogingen gedaan om de organisator van de bruiloft te achterhalen

Het brononderzoek levert veel problemen op. De betrokkenen spreken slecht Nederlands, de organisator werkt niet mee, er is geen volledige menulijst en geen volledige gastenlijst beschikbaar. Door de ervaringen verwachten we dat uit een eventuele enquête onder de gasten geen concrete brongegevens zullen komen. Ook is de verwachting dat een vergelijking met niet-zieken zal ontbreken. Inmiddels is er veel tijd verstreken. Nieuwe ziektegevallen worden niet verwacht. Het bron- en contactonderzoek wordt dan ook gestaakt.

Conclusie

De oorzaak van de infectie lijkt te liggen in het onjuist bereiden en/of bewaren van voedsel door een particulier. Bij onderzoek naar een voedselinfectie, waarbij sprake is van een taalbarrière, is het raadzaam om de betrokken personen op de GGD uit te nodigen. Direct contact is vaak informatiever dan telefonisch contact. Daarnaast bestaat op de GGD de mogelijkheid om met behulp van de intercom een telefonische tolk in te schakelen. Door een huisbezoek kan wel een indruk worden gekregen van omstandigheden die een mogelijke rol hebben gespeeld bij de uitbraak. In deze casus is dat helaas niet gelukt, waardoor we slechts kunnen gissen naar de oorzaak van de uitbraak. Via enkele huisartsen hebben we begrepen dat een deel van de brui-

loftgasten illegaal in Nederland verblijft. De GGD als gemeentelijke dienst kan een reden zijn voor de terughoudendheid die we hebben ervaren bij de betrokken personen. Daarnaast kan angst voor gezichtsverlies in de eigen gemeenschap een rol hebben gespeeld.

M.W.F. Petrignani en J. van Lier, GGD Zuid-Holland West,
e-mail: m.petrignani@ggdzwh.nl



Groep-A-streptokokkeninfectie na 2 feestjes

Een melding van 2 familieleden met een groep-A-streptokokkeninfectie, met een IC-opname tot gevolg, leidde tot de inventarisatie van de aanwezigen op 2 feestjes en het afnemen van keelkweken bij 2 andere personen met klachten. Bij deze 4 mensen werd dezelfde groep-A-streptokok getypeerd. Het resultaat van de typering van 4 stammen vormde een belangrijke ondersteuning voor de veronderstelling dat een zieke baby, die op beide feestjes aanwezig was, mogelijk een rol heeft gespeeld bij onderlinge overdracht.



Gemeente Utrecht
Geneeskundige en Gezondheidsdienst

Op 3 juni 2004 kreeg de GG&GD Utrecht een melding door een arts-microbioloog van 2 vrouwen met een groep-A-streptokokkeninfectie. Zij waren familie van elkaar, moeder (a) en schoondochter (b). Bij de moeder (a) ontstonden de klachten op 24 mei. Zij werd op 2 juni opgenomen op een IC met een septisch beeld, diarree, urinewegontsteking en keelklachten. De schoondochter (b) werd op 3 juni opgenomen met een forse faringitis/infiltraat. Ook bij haar ontstonden de klachten (keelpijn en algehele malaise) op 24 mei. Op 2 juni kreeg zij daar ook een urineweginfectie bij. Omdat de klachten van de schoondochter ongewoon heftig waren werd ook bij haar een keelwat afgenomen voor onderzoek op groep-A-streptokokken. Op het moment van de melding was bij beiden al een groep-A-streptokok gekweekt. Bij de moeder uit een abces bij de enkel, bij de schoondochter uit de keel. Later bleek het bij de schoondochter te gaan om een andere, vergroenende streptokok. Echter op 7 juni kreeg de schoondochter een halsabces waaruit alsnog een groep-A-streptokok werd gekweekt.

Feestje op 22 mei

Op 22 mei was door de schoondochter (b) een feestje gegeven waarbij veel familie en vrienden aanwezig waren. Haar schoonmoeder (a) was hierbij ook aanwezig. Er werd door GG&GD een inventarisatie gemaakt van de aanwezigen omdat de schoondochter aangaf dat verschillende mensen 2 dagen na het feestje klachten kregen. De klachten varieerden van koorts, diarree, griepig en overgeven tot keelpijn. Men was over het algemeen na een paar dagen

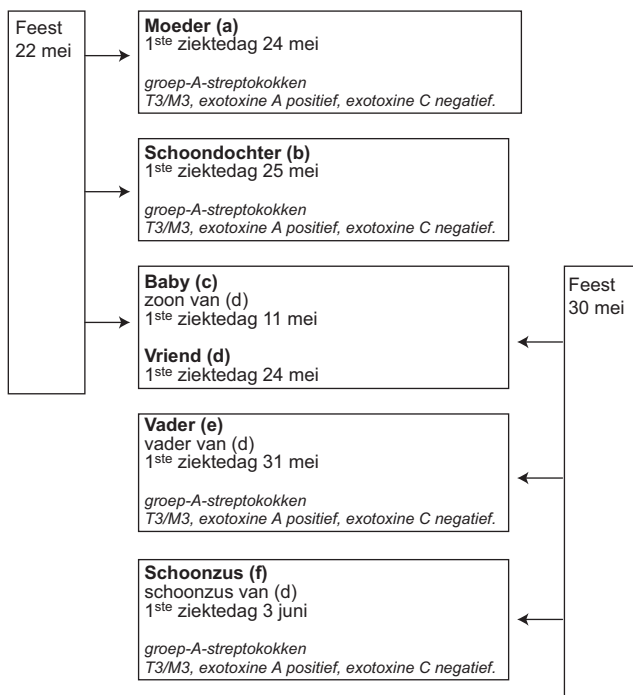
hersteld. Op het feestje waren 2 zieke kinderen aanwezig. Een buurmeisje met klachten van gastro-enteritis en een baby (c) van 10 maanden oud die verkouden was, koorts had en hoestte. Door de schoondochter (b) werd aangegeven dat een vriend (d), die ook op het feest was en de vader is van de baby (c), vanaf 24 mei vergelijkbare, heftige klachten had als zichzelf.

Feestje op 30 mei

Op 30 mei had de familie van de genoemde vriend (d) een familiefeestje. Zijn vader (e) en schoonzus (f) kregen kort daarna klachten. De vader (e) kreeg op 31 mei keelpijn, oorpijn (vieze en bloederige afscheiding) en koorts. Zijn longen waren schoon. De schoonzus (f) had slechts korte tijd keelpijnklachten vanaf 3 juni. Op verzoek van de GG&GD werd ook bij de vader (e) van de vriend (d) een keelkweek gedaan op 9 juni. Bij zijn schoonzus (f) was al een keelkweek gedaan op 8 juni door haar huisarts in verband met 'het verhaal'. Bij de vader (e) en de schoonzus (f)

mensen die zich intensief met de baby bezig hielden kregen korte tijd later klachten

werd een groep-A-streptokok gekweekt uit de keel. De oorkweek van de vader (e) was negatief. De vriend (d) en zijn gezin (partner en de baby (c)) werden niet door de huisarts gekweekt maar zij kregen direct antibiotica op 7



Figuur: Overzicht van de verschillende patiënten.

juni. Op 11 juni werd alsnog bij alledrie een keelkweek ingezet. Deze kweek was bij allen negatief.

Profylaxe

Bij navraag bleek dat de indexpatiënt (a) zich intensief had beziggehouden met de zieke baby (c) op het eerste feestje. Op het tweede feestje van 30 mei was het kind nog steeds ziek en op deze dag hebben vooral zijn opa (e) en zijn tante (f) zich met hem beziggehouden. Door de arts-microbioloog en de GG&GD werd geadviseerd om profylaxe te geven aan de huisgenoten van moeder (a) en schoondochter (b) en aan de familieleden die moeder (a) een paar dagen hadden verzorgd. Er ontstond veel onrust in de familie, veel mensen wilden profylaxe.

Onderzoek

Omdat clusters van ernstige groep-A-streptokokkeninfecties toch niet zoveel voorkomen is na overleg met het RIVM (J. Schellekens, arts-microbioloog) besloten een nadere typering te doen op de 4 stammen. Door de 4 laboratoria werd materiaal opgestuurd naar het RIVM. Uit alle personen werd dezelfde stam getypeerd: T3/M3, exotoxine A positief en exotoxine C negatief. Volgens de arts-microbioloog van het RIVM gaat het om een relatief virulente stam. Hiermee is nog geen waterdicht bewijs geleverd dat de infecties door dezelfde stam zijn veroorzaakt, maar de typering levert wel een belangrijke ondersteuning voor de veronderstelling van onderlinge overdracht.

Beschouwing

De baby (c) lijkt de schakel tussen beide feestjes omdat hij bij beide gelegenheden ziek en aanwezig was. Drie mensen die zich intensief met hem hebben beziggehouden kregen korte tijd later klachten. Bij allen werd een groep-A-streptokok gekweekt van dezelfde typering. Ondanks dat er geen positieve kweekuitslag is van de baby lijkt het mogelijk dat deze de bron is geweest. Of de schoondochter (b) ook intensief contact heeft gehad met de zieke baby is gezien de onrust in de familie niet meer expliciet nagevraagd. Helaas vond de huisarts van de zieke baby het niet nodig om bij het kind en de ouders materiaal voor onderzoek af te nemen. Met name de vader (d) van de baby (c) is ook behoorlijk ziek geweest.

M. Dorigo, sociaal verpleegkundige, GG&GD Utrecht,
e-mail: M.Dorigo@utrecht.nl.

Met dank aan J. Schellekens voor zijn commentaar.

ARTIKEL EN

Ecthyma contagiosum (orf) is geen zeldzame zoönoseD.P. Dercksen^a en P. Vellema^a

Ecthyma of ecthyma contagiosum is een bij schaap en geit veel voorkomende huid- en slijmvlies-aandoening die veroorzaakt wordt door een virus. Dit virus behoort tot het genus Parapoxvirus. Virusoverdracht naar de mens leidt in de regel tot één of enkele solitaire laesies aan vinger of hand die, in niet gecompliceerde gevallen, na 6 tot 9 weken herstellen zonder een litteken achter te laten. Uitgebreidere laesies die gepaard gaan met algemene ziekteverschijnselen komen bij de mens ook voor. Dit artikel geeft achtergronden over ecthyma bij schapen en geiten. Daarnaast wordt het idee tegengesproken dat het bij de mens om een zeldzame aandoening gaat. Een conservatieve niet-chirurgische therapie wordt aangeraden. **IB 2005; 16(03): 91-94**

^a) Specialisten kleine herkauwers gezondheid, Gezondheidsdienst voor Dieren, Postbus 9, 7400 AA Deventer, e-mail: d.dercksen@gdvdieren.nl.

Regelmatig wordt in de medische vakliteratuur melding gemaakt van humane gevallen van ecthyma contagiosum of orf als gevolg van direct of indirect contact met kleine herkauwers (voornamelijk schapen en geiten).^{4,5,6} In sommige van deze publicaties wekken de auteurs ten onrechte de indruk dat het bij de mens zou gaan om een zeldzame virale dermatose.⁴ Voor zover bij ons bekend, zijn er in Nederland geen literatuurgegevens beschikbaar die een goede schatting geven van de prevalentie van ecthyma contagiosum bij schapen of geiten of bij de mens. In onze functie als specialist kleine herkauwers gezondheid bij de Gezondheidsdienst voor Dieren hebben wij onder andere een taak in het monitoren van dierziekten bij kleine herkauwers. Uit de veelvuldige contacten die wij hierbij hebben met

schapen- en geitenhouders en hun praktiserend dierenartsen blijkt dat ecthyma bij mensen een veel voorkomende zoönose is. In veel gevallen, zeker bij schapen- en geitenhouders die ecthyma kennen, wordt de huisarts alleen geconsulteerd als zich complicaties voordoen. Toch worden wij jaarlijks door huisartsen en specialisten gebeld over

door onbekendheid wordt vaak niet aan ecthyma als mogelijke diagnose gedacht

humane gevallen van ecthyma, waarbij soms pas in een laat stadium aan de differentiaal diagnose ecthyma wordt gedacht. In veel gevallen wordt door onbekendheid aan zowel de kant van de (hobby)schapen- of geitenhouder, als aan de kant van de arts niet aan ecthyma als mogelijke diagnose gedacht. Dit is aanleiding om een overzicht te geven van de situatie bij de Nederlandse schapen- en geitenhouderij en een indruk te krijgen over de mate van voorkomen van ecthyma bij deze diersoorten.

Ecthyma bij schaap en geit

Ecthyma is een besmettelijke aandoening van huid en slijmvlies van schaap en geit en komt wereldwijd voor op plaatsen waar schapen en geiten worden gehouden.^{3,7} De aandoening wordt veroorzaakt door een virus dat behoort tot het genus Parapoxvirus. Hoewel in principe dieren van elke leeftijd kunnen worden aangetast, doen de grootste problemen zich voor bij lammeren. De meeste klinische infecties worden gezien in de lammerperiode, die bij schapen en geiten over het algemeen tussen december



Geitenlam met ecthyma contagiosum.
(foto: D.P. Dercksen)

en april plaatsvindt. Ecthyma als klinisch beeld kan eveneens voorkomen bij mensen en bij een aantal andere diersoorten (o.a. herten), waarbij niet volledig duidelijk is of het hier om hetzelfde virus of om verwante virussen gaat. Enkele andere namen die voor deze afwijking wel gebruikt worden zijn zere bekjes, bekschurft, orf, ecthyma contagiosum, infectieuze pustuleuze dermatitis, 'scabby mouth' en 'Lippen- und Fussgrind'. Het ecthymavirus is zeer resistent. Bij lage temperatuur blijven droge korsten jarenlang infectieus. Bij hogere temperatuur en luchtvochtigheid gaat de besmettelijkheid snel verloren. Dieren besmetten elkaar door direct contact of indirect door contact met virusbevattend materiaal. Meestal verspreidt de infectie zich snel door het koppel. Een uitbraak duurt in de regel 6 tot 8 weken. Herinfectie van een koppel kan plaatsvinden na contact met virusbevattend korstmateriaal. Waarschijnlijk spelen bij een nieuwe uitbraak virusdragers een belangrijkere rol dan het achtergebleven virusbevattend korstmateriaal.

Klinische verschijnselen

Het ecthymavirus vermenigvuldigt zich in de actief delende cellen van huid en slijmvlies wanneer, na het optreden van een beschadiging, wondherstel optreedt. Na infectie ontstaan insluitlichaampjes in de geïnfecteerde cellen. Wanneer virusbevattend materiaal in huidscarificaties (krasjes in de huid) wordt gesmeerd, ontstaat na enkele dagen een rode zwellung. Na 5 à 6 dagen vormen zich blaasjes en pustels die openbarsten. Het door de ontstane zweertjes geproduceerde wondvocht droogt in tot korsten. Deze korsten zitten vrij vast aan de onderlaag en wanneer

de grootste problemen doen zich voor bij lammeren

ze worden verwijderd blijft een verheven, rood, vochtig woekerd oppervlak achter dat gemakkelijk bloedt. Het geheel doet wratachtig aan. Bijkomende bacteriële infecties kunnen het beeld verergeren. Bij een infectie van het mondlijmvlies worden geen korsten gevormd, maar verhevenheden die omgeven zijn door een bloedrijke zone. Later kan op deze plaatsen weefselversterf optreden. Bij een niet-gecomplieerde aantasting van de huid treedt binnen 4 weken restloze genezing op. Na een bijkomende bacteriële infectie duurt het herstel veel langer. Na het doormaken van een infectie wordt een gemakkelijk te doorbreken weerstand opgebouwd. Sommige dieren worden virusdrager. De ecthymalaesies komen bij schapen meestal voor op de onbewolde huid. De huid rondom de mondopening, maar ook het slijmvlies van lippen en tandvles is vaak aangedaan. In principe kunnen de laesies over-



Schapenlam met *ecthyma contagiosum*.

(foto: P. Vellema)

al ontstaan waar wondjes kunnen voorkomen. Soms wordt gesproken van verschillende vormen van ecthyma: de lippenvorm (labiale vorm), de geslachtsvorm (genitale vorm) en de klauw- of voetvorm (pedale vorm). De laatste jaren worden nogal eens gevallen van ecthyma gezien waarbij uitwendig geen of bijna geen verschijnselen worden waargenomen. In de mondholte, maar tevens in de slokdarm en op het penslijmvlies kunnen dan laesies worden aange troffen. De dieren kunnen soms enkele dagen tot meer dan een week bijna geen voedsel opnemen. Bij oudere dieren levert dat in de regel geen echt grote problemen op, maar bij lammeren wordt bij die vorm nogal eens sterfte gezien. Dieren met deze vorm van ecthyma hebben soms een dikke kop, veroorzaakt door de stuwung die het gevolg is van de ontsteking in het keelgebied. Bij het openen van de bek kunnen in zulke gevallen zweertjes, bloed, slijm en voedselresten worden gezien. Door het ontstaan van ecthyma aan uier en tepel wordt de kans op het optreden van mastitis bij zogende ooien of geiten vergroot. Over het algemeen zijn de klinische verschijnselen zo duidelijk dat er geen verder onderzoek nodig is om de diagnose te stellen. In geval van twijfel kan door middel van elektronenmicroscopisch onderzoek parapoxvirus worden aangetoond. Vroeger werd in geval van twijfel nog wel eens een huidscarificatie gemaakt bij een lam zonder verschijnselen. Wanneer na insmeren met korstmateriaal van een schaap verdacht van ecthyma na een aantal dagen een typische ecthymalaesie ontstond, was daarmee de diagnose gesteld.

Vergelijkbare ziektebeelden

Bij de inwendige vorm van ecthyma wordt soms in een vroeg stadium gedacht aan mond- en klauwzeer. Wanneer alleen afwijkingen in de tussenklauwspleet aanwezig zijn, wordt soms ten onrechte de diagnose rotkreupel (een infectie waarbij *Dichelobacter nodosus* en *Fusobacterium necroforum* een rol spelen) gesteld. De met woekeringen gepaard gaande aandoeningen aan de ondervoet worden wel eens

omschreven als 'strawberry footrot'. Uit dergelijke afwijkingen wordt behalve het ecthymavirus meestal ook de bacterie *Dermatophilus congolensis* geïsoleerd. Andere afwijkingen die op ecthyma lijken zijn ulceratieve dermatosis (ook een virusinfectie), schapenpokken en een door *Staphylococcus aureus* veroorzaakte huidontsteking ('facial dermatitis').

Ecthyma bij de mens

De laatste jaren is duidelijk geworden dat ecthyma contagiosum bij de mens niet alleen een beroepsgebonden aandoening is die alleen zou voorkomen bij schapen- en geitenhouders of personeel van slachterijen. Orfinfecties worden ook gezien in een meer stedelijke omgeving, en humane orfinfecties kunnen soms in een epidemie-achtig karakter voorkomen, zoals wordt gezien bij moslims gereleerd aan religieuze en culturele gebruiken.²

Ecthyma contagiosum bij de mens verloopt over het algemeen als een solitaire laesie aan vinger of hand maar kan in

de diagnose van een humane orfinfectie wordt in de regel gesteld op de verschijnselen

principe overal op het lichaam voorkomen en ook gepaard gaan met uitgebreidere laesies waarbij regionale lymfeklieren betrokken zijn. In het laatste geval kunnen patiënten algemene ziekteverschijnselen vertonen met onder andere verhoging van lichaamstemperatuur. De aangedane lichaamsdelen kunnen bij de uitgebreidere vorm meer of minder ernstig gezwollen zijn. In veel gevallen gaat een infectie gepaard met soms ernstige jeuk.

Het orfvirus komt het lichaam binnen via een huidbeschadiging. Na een incubatieperiode van een aantal dagen tot een week ontstaat een maculopustulaire reactie waarop kleine vesicula ontstaan en soms kleine pustulae. Onder de daarna ontstane korstjes bevindt zich een gemakkelijk bloedend hemorragisch oppervlak. In niet gecompliceerde gevallen herstellen de laesies na 6 tot 9 weken zonder een

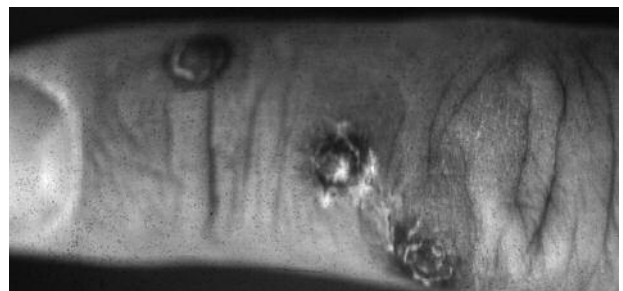
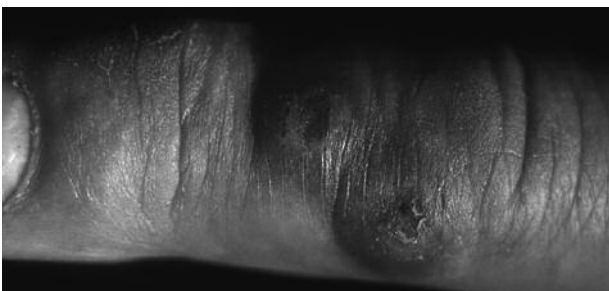
litteken achter te laten. De belangrijkste complicaties die bij orf gezien worden zijn secundaire bacteriële infecties, lymfangitis en lymfadenopathie met bijbehorende systemische symptomen zoals koorts.

De diagnose van een humane orfinfectie wordt in de regel gesteld op de verschijnselen, zeker in die gevallen waarin uit de anamnese sprake blijkt te zijn van contact met schapen of geiten. Daarbij hoeft bij deze diersoorten op het moment van contact geen sprake te zijn van klinische ecthyma. De diagnose kan worden bevestigd door het aantonen van parapoxvirus met behulp van elektronenmicroscopie. Ook andere laboratoriummethoden worden voor het stellen van de diagnose bij de mens gebruikt (PCR, ELISA). Hoewel het mogelijk is de diagnose door middel van histologisch onderzoek te bevestigen raden wij patiënten waarmee wij in contact komen af een biopt te laten nemen, omdat na het nemen daarvan in veel gevallen een soms zeer ernstige uitbreiding van de laesie wordt gezien. Herstel van de laesies wordt niet bevorderd door de laesies te behandelen met zalven of ze onder verband te houden of anderszins te bedekken. Een van ons heeft gunstige ervaringen met het druppelen van ether op de laesie: enkele dagen na de start van het gebruik daarvan wordt het oppervlak van de laesie rustiger en neemt de jeuk af en daarmee de neiging de wond open te krabben. Hoewel volledigheidshalve wel vermeld moet worden dat het positieve effect van het gebruik van ether bij een humane orfinfectie niet wetenschappelijk is aangetoond.

Discussie

Hoewel er geen exacte gegevens bekend zijn over het voorkomen van ecthyma bij schapen- en geiten in Nederland, mag ervan uitgegaan worden dat elke koppel schapen of geiten als gevolg van diercontacten, met het ecthymavirus in contact komt. Elk koppel schapen of geiten wordt regelmatig geconfronteerd met meer of minder ernstige klinische uitbraken van ecthyma.

Er zijn in Nederland ruim 50.000 adressen van schapen- en geitenhouders geregistreerd, waarvan de helft minder dan 10 schapen of geiten heeft en dus als hobbydierhouder



Ecthyma contagiosum bij de mens; vinger: acute fase (links) en beginnend herstel enkele dagen na druppelen met ether (rechts)

(foto's: P. Vellema)

omschreven kan worden. Het kennisniveau van ziekten als ecthyma en het zoönoserisico is onder deze groep wisselend. Via voorlichting over ecthyma contagiosum aan schapen- en geitenhouders proberen wij hen te leren bij ongecompliceerde infecties geen therapie in te stellen en genezing af te wachten. Indien tijdens een infectie het om wat voor reden toch noodzakelijk is de dieren aan te raken adviseren wij latex handschoenen te dragen.

De auteurs zijn van mening dat het aan te bevelen zou zijn dat artsen in de anamnese, afhankelijk van het aspect van de

huidlaesie, niet alleen bij professionele schapen- en geitenhouders, maar standaard zouden vragen naar contact met schapen en geiten. Verder zijn de auteurs uit eigen ervaring en ondersteund vanuit de literatuur van mening dat een conservatieve therapie bij een ecthyma-infectie bij de mens de gouden standaard zou moeten zijn en iedere chirurgische ingreep zou, indien mogelijk, vermeden moeten worden, onder ander in verband met het zelflimiterende karakter van de infectie en het risico van complicaties die vaak het gevolg zijn van overbehandeling.

Literatuur

1. Bacakoglu AK, Ozkan M, Ekin A. Stay away from surgery: ecthyma contagiosum. *Handchir Mikrochir Plast Chir.* 2001 Jul;33(4):283-6.
2. Ghislain PD, Dinet Y, Delescluse J. Orf in urban surroundings and religious practices: a study over a 3-year period. *Ann Dermatol Venereol.* 2001 Sep;128(8-9):889-92.
3. Martin W.B., Aitken I.D. Diseases of sheep. Blackwell Science Ltd, 2000.
4. Rieger H, Wetterkamp D, Kuhn J, Langer M. Ecthyma contagiosum (Orf) as an uncommon differential diagnosis of infections of the hand *Unfallchirurg.* 2003 Mar;106(3):204-6.
5. Schimmer B, Sprenger HG, Wisman PJ, van Genderen PJ. Three patients with orf (ecthyma contagiosum). *Ned Tijdschr Geneesk.* 2004 Apr 17;148(16):788-91.
6. Ünal, G., Gündes, S., Üstun, M. Human orf: ecthyma contagiosum report of five cases. *Turk j Med Sci* 32 (2002) 173-175.
7. Vellema, P., de Lange L.J. Handboek schapeziekten. Uitgeverij Terra Zutphen bv, 1994, Warnsveld.



Poxviridae en de volksgezondheid

De Poxviridae zijn onderverdeeld in 2 subfamilies: de Entomopoxvirinae, en de Chordopoxvirinae, op basis van gastheerspecificiteit (insecten vs vertebraten). De vertebraat virussen (Chordopoxvirinae) zijn weer verdeeld over 8 genera (tabel 1). Er zijn diverse poxvirussen die pathogeen zijn voor de mens. Gegeneraliseerde pokachtige laesies worden alleen gezien bij variola en monkeypox. De hierboven beschreven virussen behoren tot het genus parapox, en infecties met deze virussen leiden in het algemeen tot gelokaliseerde laesies, zoals beschreven. IB 2005; 16(03): 94-95

De parapox- en cowpoxvirussen zijn zoönosen die voorkomen in Nederland. Hoe vaak mensen besmet worden met deze virussen is niet bekend, hoewel het artikel van Dercksen en Vellema aangeeft dat parapoxinfecties regelmatig worden gezien. De laboratoriumdiagnose parapox- of cowpoxinfectie wordt sporadisch gesteld (maximaal enkele gevallen per jaar). Er is geen landelijke registratie voor deze gevallen.

Recent werd een geval van parapoxinfectie in Nederland gediagnosticeerd waarbij het bereiden van vlees een rol speelde.² Het is onbekend hoe vaak dit voorkomt. Contact met schapenvlees is bekend als bron van orfinfecties.³ Gezien de mogelijke complicaties die gezien worden bij orale infecties bij kleine herkauwers is dit een mogelijk

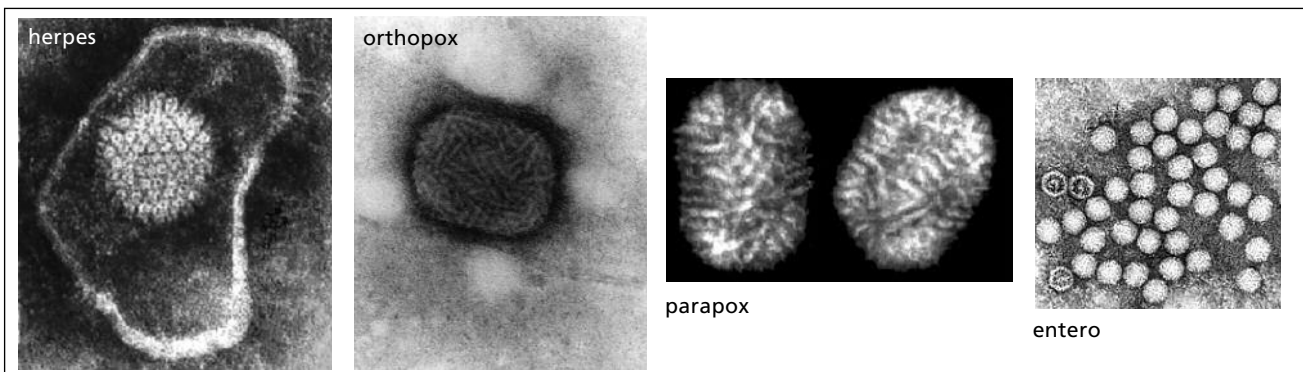
risico dat meer aandacht verdient. De poxvirussen zijn door de WHO op basis van een expert consultation genoemd als pathogenen die aandacht verdienen in Europa, omdat hun incidentie lijkt toe te nemen. Gezien het ontbreken van een betrouwbare surveillance is de vraag hoe hard die bewering is. Wel is duidelijk dat de belangstelling voor Poxviridae vanwege de dreiging van bioterrorisme is toegenomen, wat wellicht heeft geleid tot een grotere alertheid op het optreden van dergelijke infecties.

Diagnostiek

Diagnose van pokken- en parapokkeninfecties gebeurt in eerste instantie op basis van het klinisch beeld. Bij verdenking is directe electronenmicroscopie (EM) van een prepa-

Tabel 1: Taxonomische structuur van de Familie Poxviridae, subfamilie Chordopoxvirinae.¹
Aangegeven is de onderverdeling in genera, met schuingedrukt de humaan pathogene virussen.

Genus	Voorbeeld	Ziektebeeld bij de mens	Reservoir	andere natuurlijke gastheren (naast mens)	Distributie
1. Orthopoxvirus	<i>Variola</i>	Gegeneraliseerd	mens	geen	eradicatie
	<i>Vaccinia</i>	gelocaliseerd	onbekend	konijn, rund, buffel	wereldwijd
	<i>Cowpox</i>	gelocaliseerd	knaagdieren	kat, rund, dierentuindieren	Europa, Azië
	<i>Monkeypox</i>	gegeneraliseerd	eekhoorn	apen	W/Centr. Afrika
	<i>Ectromelia virus</i>	nvt			
2. Parapoxvirus	<i>Orf virus</i>	gelocaliseerd	schaap	andere herkauwers	wereldwijd
	<i>Pseudocowpox</i>	gelocaliseerd	rund	geen	wereldwijd
	<i>Bovine papulaire stomatitis virus</i>	gelocaliseerd	rund	geen	wereldwijd
	<i>Seal parapox</i>	gelocaliseerd	zeehond	geen	wereldwijd
3. Avipox virus	nvt				
4. Leporipoxvirus	<i>Myxomavirus</i>	nvt			
5. Yatapoxvirus	<i>Tanapox</i>	gelocaliseerd	knaagdier?	geen	O/Centr Afrika
	<i>Yabapox</i>	gelocaliseerd	aap?	geen	W Afrika
6. Molluscipoxvirus	<i>Molluscum contagiosum</i>	gegeneraliseerd	mens	geen	wereldwijd
7. Capripoxvirus	sheeppox	nvt			
	goatpox	nvt			
8. Sulpoxvirus	Swinepox	nvt			



Figuur 1: negatief contrast EM van herpes, orthopox, parapox en picornavirussen.

raat van blaasvloeistof en/of korstmateriaal de snelste testmogelijkheid. Materiaal wordt verzameld met behulp van capillairen of door verwijdering van een deel van de korst. Met EM kan onderscheid tussen infectie met een pokachtig virus en varicella/herpes en picornavirus snel gemaakt worden (figuur 1). Differentiatie binnen de pokkenvirussen is met EM niet mogelijk maar wordt gedaan met behulp van PCR en typering met behulp van een probe.

Behandeling

De opmerking van de auteurs over het nemen van bipten bij verdenking van parapoxinfecties (orf) is van belang.

M.P.G. Koopmans, viroloog, RIVM-LIS, e-mail: marion.koopmans@rivm.nl

Literatuur

1. J. Esposito and F. Fenner. Poxviruses. In: Knipe and Howley (Eds.) Field's virology, 4th Edition. Lippincott, Williams and Wilkins, Philadelphia, USA: 2885-2921.
2. B, Sprenger HG, Wismans PJ, van Genderen PJ. Three patients with orf (ecthyma contagiosum). Ned Tijdschr Geneesk. 2004 Apr 17;148(16):788-91.
3. Robinson AJ, Petersen GV. Orf virus infection of workers in the meat industry. N Z Med J. 1983 Feb 9;96(725):81-5.



Syfilis: terug van weggeweest

L. Petersen*

*) L. Petersen, huisarts en soa consultant Stichting SOAAIDS Nederland, Gezondheidscentrum Vailantplein, Den Haag, e-mail: lars.petersen@wanadoo.nl

Syfilis is een zeer veelzijdige ziekte die vele facetten van de moderne geneeskunde bestrijkt. Na een forse daling van het aantal gevallen in de loop van de vorige eeuw, wordt, sinds halverwege de jaren '90, zowel nationaal als internationaal weer een sterk stijgende incidentie waargenomen. Hierdoor is er steeds meer aandacht voor deze ziekte, met veel nieuwe publicaties en richtlijnen. In dit achtergrondartikel worden de ontstaanstheorieën, de epidemiologie, het ziektebeeld en bestaande en mogelijke preventieve maatregelen beschreven. Voor een effectieve bestrijding van syfilis is condoomgebruik en partnerwaarschuwing van groot belang, en wellicht is herinvoering van de meldingsplicht wenselijk. IB 2005; 16(03): 96-100

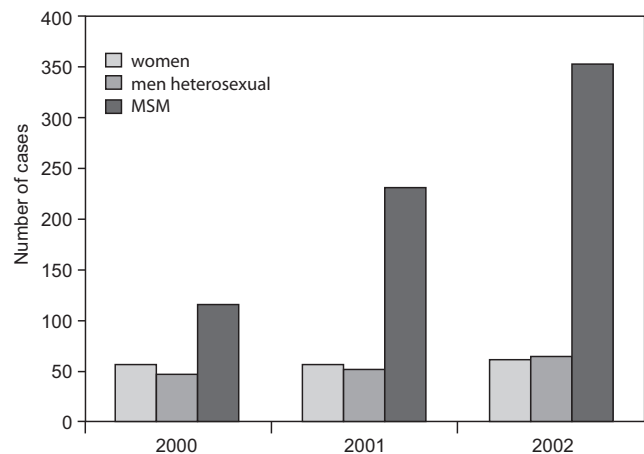
*“He who knows syphilis, knows medicine”
Sir William Osler¹*

Syfilis is een fascinerende ziekte met een zeer wisselend verloop. De symptomen kunnen zeer veelzijdig zijn en de gevolgen, mits onbehandeld, vaak invaliderend of zelfs letaal. De ziekte wordt soms ‘the great imitator’ genoemd, omdat veel van haar karakteristieken overeenkomen met andere ziektebeelden. Syfilis komt wereldwijd voor en ondanks de hoop in vooral de VS^{2,3,4} om de ziekte te kunnen eradiceren, neemt de incidentie in de (Westerse) wereld^{3,5,6,7,8,9,10} de laatste jaren weer toe. Zowel in Nederland¹¹ als in andere delen^{2,8,9} van de wereld komen nog regelmatig uitbraken voor. Onlangs werd uitgebreid aandacht besteed aan de casuïstiek rondom syfilis.¹² Het lijkt opportuun om opnieuw stil te staan bij de geschiedenis, de achtergronden, de epidemiologie en de preventie van dit opnieuw opkomende, oude ziektebeeld. Voor de ingewikkelde diagnostiek en de therapie wordt verwezen naar het in mei 2004 verschenen LCI-protocol (zie www.infectieziekten.info) en een in december 2004 verschenen NHG-standaard SOA.

Ontstaanstheorieën

Er zijn veel ontstaanstheorieën over syfilis. De meest gangbare is dat de ziekte in 1493 werd meegenomen uit de “Nieuwe wereld” door de manschappen van Columbus, toen deze terugkeerden uit Amerika.^{1,13,14,15} Door de vele oorlogen en verplaatsingen van legers en vluchtelingen in Europa kon de ziekte zich snel verspreiden en endemische vormen aannemen. Andere ontstaanstheorieën beweren juist dat syfilis ontstond in Centraal Afrika en langzaam Europa bereikte, of dat syfilis niets anders is dan een va-

riant op de non-venerische trepanomatosen.^{1,13,15} Eerst werd het de ‘great pox’ genoemd (in tegenstelling tot ‘smallpox’), en zijn huidige naam stamt uit het gedicht van Fracastoro uit 1530, over de besmette herder Syphilis.^{1,13} Lang werd gedacht dat syfilis en gonorrhoe dezelfde ziekte was. Pas in 1838 toonde Ricord aan dat het om 2 verschillende ziekten ging. Ricord maakte tevens de indeling in primaire, secundaire en tertiaire syfilis. Boerhaave beschreef syfilis als mogelijke oorzaak van cardiovasculaire symptomen, en Fournier beschreef voor het eerst neurosyfilis. In 1905 konden Schaudinn en Hoffman de spirocheet *Treponema pallidum* aantonen als veroorzaker van syfilis. Von Wasserman legde in 1906 de basis voor de serologische testen. Nadat behandeling eerst bestond uit soms levensgevaarlijke stoffen als kwik, arsenicum (een effectieve, maar dodelijke behandeling) en bismut, kwam in 1943 de grote doorbraak met de introductie van penicilline.^{1,13,14} De kennis over de symptomatologie en het natuurlijke verloop van de ziekte is afkomstig uit 3 belangrijke studies. Ten eer-



Figuur 1: Syfilis in Nederland.

(Bron: SOA-registratie en GG&GD Amsterdam; Infectieziekten Bulletin 2003)

ste de 'Oslo-studie' uit Noorwegen uit 1978 waarin onbehandelde patiënten tussen 1890 en 1910 gevolgd werden, met een follow-up 50 jaar later. Ten tweede de 'Tuskegeestudie' uit Alabama (VS) die 412 mannen onderzocht in 1932. Dit onderzoek werd later fel bekritiseerd omdat het uitsluitend zwarte mannen betrof en er zonder 'informed consent' gewerkt werd, maar vooral omdat penicilline, dat inmiddels gemeengoed was geworden, bewust niet aan de studiepopulatie werd gegeven. Tenslotte de 'Roahn-studie' door de Yale University (VS) waarin de resultaten zijn beschreven van een retrospectief onderzoek naar circa 4000 obducties tussen 1917 en 1941.^{1,13}

Epidemiologie

Syfilis komt wereldwijd voor. De WHO schat het aantal nieuwe gevallen wereldwijd per jaar op 12 miljoen.¹⁶ Vooral in ontwikkelingslanden is syfilis nog altijd een van de belangrijkste oorzaken van genitale ulcera.¹³ De meeste gevallen komen voor in Sub-Sahara Afrika, waar bij zwangere vrouwen incidenties tussen 4% en 15 % worden beschreven.¹ In Oost-Europa, en vooral in Rusland, is er de laatste jaren een explosieve stijging geweest. Tussen 1988 en 1997 steeg de incidentie van 4,2 per 100.000 inwoners tot 277 per 100.000 inwoners.^{1,3,13} In Nederland worden dezelfde trends als in de rest van West-Europa gezien. Tot midden jaren '90 was er een geleidelijke daling van het aantal nieuwe gevallen van syfilis, maar sinds 1997-1998 is er een forse stijging van het aantal gevallen van syfilis bij zowel de drempelvrije SOA-poliklinieken^{6,14} als bij de GGD'en.⁵ In 2001 werden bij de drempelvrije poliklinieken in totaal 274 gevallen van infectieuze syfilis gezien, een stijging van 471% sinds 1994. De meerderheid van deze gevallen betreft mannen met homoseksuele contacten.^{6,14} Volgens de jaarlijkse RIVM-rapporten en de verslagen van de SOA-poliklinieken zet deze trend zich tot op heden voort.

Klinisch beeld

Klinische syfilis wordt als volgt ingedeeld:

- Primaire syfilis (= lues I): symptomatisch, primaire laesie.
- Secundaire syfilis (= lues II): symptomatisch, gegeneraliseerd.
- Latente syfilis: asymptomatische latentieperiode tussen secundaire en tertiaire syfilis.
- Tertiaire syfilis: symptomatisch, omvat orgaansyfilis, neurosyfilis en cardiovasculaire syfilis.

Primaire syfilis

De klassieke laesie van primaire syfilis is een solitair, pijnloos, schoon ulcus op de plaats van inoculatie, meestal de genitalia, maar soms ook anorectaal of in de mond. Ook op



Figuur 2: Primaire syfilis: pijnloze ulcera.

Bron: www.ftoonline.nl (Stichting Soa aids)

de vingers en andere plaatsen op de huid kunnen laesies voorkomen, afhankelijk van de primaire introductie van spirocheten. De laesies bevatten spirocheten en zijn besmettelijk. Ook zonder behandeling verdwijnt het ulcus na 3 tot 6 weken.¹³

Secundaire syfilis

Dit is een resultaat van hematogene verspreiding van treponemen (de verwekker van syfilis).¹³ Meest prominent is een maculopapuleus (kleine, fijne papels), een niet jeukend exantheem op de romp en extremiteiten, handpalmen en voetzolen. Soms verschijnen ook parelgrijze, verheven vlezige laesies aan de anus of genitaliën: de zogenaamde condylomata lata. Deze bevatten zeer veel spirocheten en zijn uitermate besmettelijk. Ook de slijmvliezen kunnen laesies

de behandeling bestond uit soms
levensgevaarlijke stoffen als kwik, arsenicum
en bismut

vertonen. Berucht is ook de zogenaamde 'moth-eaten'-alopecia (kaalheid) van de hoofdhuid.¹ Alle laesies bevatten spirocheten en zijn dus infectieus. Vaak komen ook algemene symptomen voor als malaise, koorts, spier- en gewrichtspijnen en lymfadenopathie (lymfeklierzwellings).^{1,13} Zeldzaam is syfilitische hepatitis met icterus, nierafwijkingen, syfilis van de maag, ogen en het vestibulaire apparaat.¹ Nog zeldzamer is lues maligna, een soort gedissemineerde laesies lijkend op de primaire sjanker (zweer).^{1,13}

Latente syfilis

Na de infectieuze periode met lues I en II volgt een periode van latentie zonder klinische verschijnselen.

Tertiaire syfilis

Twee tot 4 jaar na besmetting kan ‘vroege’ tertiaire orgaan-syfilis ontstaan met als kenmerk tuberculoïde, nodeuze of ulcererende (zwerende) afwijkingen in huid, slijmvliezen, botten en in vrijwel elk inwendig orgaan, de zogenaamde gummata. Het zijn chronisch proliferatieve ontstekingsprocessen. De symptomen variëren afhankelijk van de getroffen organen.

Neurosyfilis kan zich op verschillende manieren uiten: Asymptomatische neurosyfilis met een verandering in het liquor; ontstaat 12 tot 18 maanden na infectie.^{1,13} Deze vorm kan spontaan verdwijnen, persisteren of veranderen in symptomatische neurosyfilis.¹³

Acute aseptische meningitis, treedt op binnen 1 jaar na besmetting (dus vlak na secundaire syfilis). Verschijnselen zijn hoofdpijn, nekstijfheid, misselijkheid, maar geen koorts. Vaak zijn de hersenzenuwen aangetast met klachten aan het gehoor of evenwichtsorgaan. Soms zijn er symptomen van een verhoogde hersendruk.^{1,13}

Meningovasculaire syfilis ontstaat binnen 5 jaar na de primaire infectie. Er zijn wisselende neurologische symptomen, waaronder nekstijfheid, verminderd bewustzijn, hemiparese (verlamming/eenzijdige verlamming) en toevallen. Het ziektebeeld ontstaat door vasculaire veranderingen, waaronder endarteriitis met infarctering in de cerebrale circulatie.^{1,13}

Parenchymateuze syfilis na 5 tot 25 jaar, met tabes dorsalis: pupillomote symptomen met de typische Argyll-Robertson-pupil (klein, irregulair en lichtstijf, maar wel met accommodatie, vaak bilateraal) en achterhoornsymptomen als ataxie, heftige pijnscheuten in de benen en gestoorde positie- en vibratiezin, en trofische afwijkingen aan gewrichten (Charcotgewrichten).^{1,13} Paresis met een progressief dementerend beloop en vaak ook met symptomen van psychose, waardoor het een psychiatrisch ziektebeeld lijkt.¹ Ook komen pupilveranderingen voor, onder anderen de Argyll-Robertson-pupil en toevallen en slaapstoornissen.¹³

Cerebrale gummata met symptomen afhankelijk van de lokalisatie.

Cardiovasculaire syfilis is een zeer late vorm van tertiaire syfilis, symptomen ontstaan 20 tot 30 jaar na besmetting. Het belangrijkste verschijnsel is een aneurysma van het ascenderende deel van de aorta door endarteriitis obliterans van de vasa vasorum (binnenlaag van de aorta) en destructie van de aortaklep.^{1,13}

Diagnostiek en therapie

Zoals eerder in dit artikel vermeld, wordt voor diagnostiek en behandeling naar het LCI-protocol verwezen.¹⁷ Hier volstaat een kort, schematisch overzicht van luesdiag-

nostiek (figuur 3). Daarnaast is in een tabel een overzicht van de behandeling opgenomen (tabel 1).

Preventieve maatregelen

De behandeling van een patiënt met syfilis is pas compleet als er ook contactonderzoek en partnerwaarschuwing plaatsvindt.^{1,13,18} Dit is relevant voor het (verder) tegengaan van de verspreiding van de infectie. In een groot Amerikaans onderzoek is het nut van partnerwaarschuwing onlangs nog overtuigend aangetoond. In dit onderzoek (12.927 patiënten met vroege syfilis) noemde 55% van alle patiënten tenminste een sekspartner. Van deze sekspartners werd 78% onderzocht op syfilis en bleek 41% geïnfecteerd.⁴ Geïnfecteerde partners dienen uiteraard volgens het LCI-protocol behandeld te worden. Over het algemeen kan men, gezien de incubatietijd, het volgende stellen: ^{1,4} bij primaire syfilis (lues I) is het zinvol de partners van de afgelopen 3 maanden te waarschuwen, bij secundaire syfilis (lues II) is het zinvol de partners van de afgelopen 6 maan-

sinds 1997-1998 is er een forse stijging
van het aantal gevallen

den te waarschuwen, bij lues latens recens is het zinvol de partners van de afgelopen 12 maanden te waarschuwen, bij lues latens tarda en tertiaire lues is het zinvol om in een langdurige relatie de partner en eventuele kinderen te waarschuwen en bij een bewezen geval van syfilis is het in ieder geval zinvol alle partners met een positieve testuitslag ook te behandelen.⁴

Figuur 3. Overzicht luesdiagnostiek.

Type syfilis	Diagnostiek
Primaire syfilis:	Donker veld microscopie (Syfilis PCR) (Fluorescerende antilichaamtest)
Screening overige vormen van syfilis:	TPHA/TPPA (antistoffen tegen Treponema) Bevestigen met FTA-abs
Vervolgen therapie:	VDRL-titer
Neurolues:	Onderzoek op liquor
Syfilis in zwangerschap:	TPHA/FTA-abs Evt. foetale IgM Evt. echo op foetale afwijkingen
Congenitale syfilis:	Serologie moeder Donker veld microscopie IgM-immunoblot
Overige (orgaanlues):	Biopsie thorax

Tabel 1: Overzicht behandeling.

Type syfilis	Soort behandeling	Follow-up
Vroege syfilis (lues I & II, lues latens recens)	Benzathine benzylpenicilline 2,4 miljoen IE i.m. op dag 1	VDRL 1e jaar 3 maandelijks 2e jaar 6 maandelijks
	Zwangere: idem op dag 1, 8 en 15	HIV-positieven: idem + Screening neurolues na 2 jaar
Lues latens tarda of lues latens van onbekende duur	Benzathine benzylpenicilline 2,4 miljoen IE i.m. op dag 1, 8 en 15	VDRL 1e jaar 3 maandelijks 2e jaar 6 maandelijks Screening op orgaanlues (X-thorax) en neurolues (neurologisch onderzoek en eventueel liquoronderzoek) voor start behandeling of een jaar erna
Orgaanlues	Benzathine benzylpenicilline 2,4 miljoen IE i.m. op dag 1, 8 en 15	VDRL jarenlang vervolgen
Neurolues	Waterige benzylpenicilline G 150.000 IE/kg/dag i.v., 6 doseringen per dag, 10-14 dagen	Liquoronderzoek na 3 maanden en daarna elke 6 maanden tot normaal. VDRL jarenlang vervolgen
Congenitale syfilis	Waterige benzylpenicilline G 150.000 IE/kg/dag i.v., 6 doseringen per dag, 10-14 dagen	VDRL 3 maandelijks gedurende 2 jaar

Bij seksueel contact is condoomgebruik (ook bij orale seks) zeer effectief. Net als bij andere soa geldt voor syfilis dat vroeg opsporen en behandelen (indien mogelijk), gekoppeld aan goede voorlichting over veilig vrijen, vooral voor specifieke doelgroepen, de meest gewenste strategie is. Tot slot wordt aanbevolen alle patiënten met syfilis ook te testen op andere soa, vooral op HIV.^{1,9,13,14,20} Profylaxe geven aan sekspartners heeft weinig zin, testen en behandelen is beter. Een uitzondering hierop is om bepaalde 'core'-groepen (bijvoorbeeld prostituees) tijdens uitbraken mogelijk blind te behandelen.³¹ Sinds de invoering van de nieuwe Infectieziektenwet op 1 april 1999, is syfilis niet meer meldingsplichtig in Nederland uit privacy-overwegingen. Wellicht is een deel van de stijgende incidentie

condoomgebruik is zeer effectief

de prijs die we moeten betalen voor onze behoefte aan privacy. Ter vergelijking: in Rusland is de incidentie met dui-zenden procenten gestegen sinds het uiteen vallen van de Sovjetunie en het niet meer verplicht behandelen van pati-

ënt en partner. Uit epidemiologische - en volksgezondheidsoverwegingen zou een terugkeer van syfilis op de lijst van meldingsplichtige ziekten zeer wenselijk zijn.

Conclusie

Concluderend kan ik stellen dat syfilis een bijzonder boeiend ziektebeeld is, met een rijke geschiedenis. Het ziektebeeld van syfilis komt met veel andere ziektebeelden overeen en syfilis bestrijkt daarom grote delen van de geneeskunde, zoals Sir William Osler zegt (zie kader). Door de complexe klinische beelden en de ingewikkelde diagnostiek deïnen veel artsen terug voor de ziekte, terwijl syfilis zeer goed en gemakkelijk te behandelen is. Door het dramatische verloop van onbehandelde syfilis is vroeg opsporen en behandelen essentieel. Omdat de ziekte terug is van weggeweest is het goed om weer aandacht aan syfilis te besteden. Hierdoor kunnen zowel beleidsmakers als artsen weer vertrouwd raken met het ziektebeeld. Preventie is goed mogelijk en absoluut nodig om de nu opkomende epidemie te stoppen. Wellicht zou herinvoering van de meldingsplicht hierin ook een rol kunnen spelen.

Literatuur

1. Singh AE, Romanowski B. Syphilis: Review with emphasis on clinical, epidemiologic, and some biological features Clin. Microbiol. Rev. April 1999; 12(2): 187-209.
2. Finelli L, Levine WC, Valentine J, St Louis ME. Syphilis outbreak assessment. Sex Transm Dis. 2001 Mar; 28(3): 131-5.
3. Fennema J, Wolters EC, Van Voorst Vader PC. Syphilis SOA bulletin 1999; 20 (jubileumnummer): 84-87.
4. Kohl KS, Farley TA, Ewell J, Scioneaux J. Usefulness of partner notification for Syphilis control Sex Transm Dis. 1999 Apr; 26 (4): 201- 07.
5. Van de Laar M, Haks K, Coenen. Weer sterke toename van seksueel overdraagbare aandoeningen in 2001, SOA bulletin 2002; 3: 14-16.

6. Cairo I. Consulten en diagnoses van dermatologische SOA-poliklinieken 1991 – 2001, SOA bulletin 2002; 3: 18-22.
7. Nicoll A, Hamers FF. Are trends in HIV, gonorrhoea and syphilis worsening in western Europe? *BMJ* 2002; 324: 1324-27.
8. Fenton KA, Nicoll A, Kinghorn G. Resurgence of syphilis in England: time for more radical and nationally coordinated approaches. *Sex Transm Infect.* 2001 Oct; 77(5): 309-10. Review.
9. Blocker ME, Levine WC, St Louis ME. HIV prevalence in patients with syphilis, United States. *Sex Transm Dis.* 2000 Jan; 27(1): 53-9. Review.
10. Vlasblom R, van Bergen J, van Veen M, van de Laar M. Toename gediagnosticeerde soa zet door. *Soa bulletin* 2003; 3: 4-6.
11. Bosman A, De Zwart O, Schop WA, Schoots B, van der Meijden WI, Chin-A-Lien RAM. Toename van vroege syfilis in een tippelzone in Rotterdam (1995-1997) en profylactische behandeling. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999; 143(46): 2324-28.
12. Schippers EF, van Dam AP, Lavrijsen APM. Sterke toename van het aantal syfilispatienten in Nederland: vroegtijdige herkenning en behandeling van groot belang. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004; 25: 1221-26.
13. Holmes et.al. *Sexually transmitted diseases*, 3rd edition McGraw-Hill 1999.
14. Van Bergen J, Fennema H. HIV en syfilis: een synergie met slechte uitkomst, *SOA bulletin* 2002; 2: 20-22.
15. Morton RS, Rashid S. The syphilis enigma: the riddle resolved? *Sex Transm Infect.* 2001 Jun; 77: 322-24.
16. Gerbase AC, Rowley JT, Mertens TE. Global epidemiology of sexually transmitted diseases *Lancet* 1998; 351(suppl III): 2-4.
17. LCI-protocollen: www.infectieziekten.info/protocollen.
18. SOA-diagnostiek en therapierichtlijnen, NVDV&NVOG&NVMM 2e editie 1997, Update 2002.
19. Workowski KA, Levine WC, Sexually Transmitted Diseases Treatment guidelines 2002, *MMWR* May 10, 2002/52 (RR-6); 18-30.
20. Rothenberg RB, Wasserheit JN, St. Louis ME et.al. The effect of treating sexually transmitted diseases on transmission of HIV in dually infected persons *Sex Trans Dis* 2000; 27: 411-416.



ABSTRACT

Salmonella outbreak at a wedding party

On October 9th 2004 a wedding party takes place within an Afghan community in the city of Delft. A number of guests develop symptoms of gastroenteritis on the evening of the party and during the following days. The guests have very poor knowledge of the Dutch (or English) language and the wedding planner seems unwilling to cooperate. Because of this, the municipal public health office has great difficulty to collect data and doesn't succeed in tracing the source of the outbreak.

A Group-A-streptococci infection after 2 parties

A group-A-streptococcal infection of the same type, was found in 4 persons. These 4 persons visited at least one of 2 parties in May 2004. A sick baby was present on both parties and was probably part of the transmission chain.

Ecthyma contagiosum (orf) is not a rare zoonotic disease

Ecthyma contagiosum or orf in small ruminants (sheep and goats) is a virus disease caused by a Parapoxivirus belonging to the genus Parapoxvirus affecting the skin, and is a well-known disease among sheep and goats. Transmis-

sion to humans normally only leads to one or more solitary lesions on fingers or hands and usually regresses spontaneously in non-complicated cases without scar formation. However, also complications with general symptoms of disease are described in humans. This article gives information about ecthyma in small ruminants and shows that orf infections in humans are not that uncommon as suggested. A conservative non-surgical treatment is promoted.

Syphilis – a disease returning

Syphilis is a complex disease covering different aspects of modern medicine. After a steady decrease in incidence during the last century, the incidence has strongly increased since the mid-'90's, both international and in the Netherlands. Following this, the attention for the disease increased considerably, resulting in several publications and guidelines. This forms the background for this overview, discussing the origin of syphilis, the epidemiology, clinical picture and preventive measures. As preventive measures the use of condoms and partner notification are essential. A decision to reintroduce syphilis as a notifiable disease could be useful in the fight against syphilis.



IN DEN VREEMDE

Suid-Afrika

Saskia den Boon werkt bij het Centre for Tuberculosis Research and Education van de Stellenbosch Universiteit in Kaapstad, Zuid-Afrika.

In hierdie artikel wil ek julle vertel van Suid-Afrika, die land en sy mense. Suid-Afrika is 'n groot land met 'n totale oppervlak van 1 221 037 km² en 43.1 miljoen inwoners. Suid-Afrika het 9 provinsies: Wes Kaap, Oos Kaap, Noord Kaap, Noord-wes, Limpopo, Gauteng, Mpumalanga, Kwazulu Natal en die Vrystaat. Die Wes Kaap is een van die mooiste natuur omgewings ter wêreld; met pragtige berge, die grootste botaniese diversiteit op aarde, en baie wyn! Wanneer die Suid-Ooste wind waai in die Kaap, moet jy letterlik vasklou aan jou besittings. Die wind word die Kaapse dokter genoem, omdat dit die stad silwer skoon waai en almal weer beter voel as die wind gaan lê. Die Kwazulu Natal kuslyn is baie vogtig met 'n drukkende hitte wat nie wil breek nie, maar die water is lekker warm en die meeste strande het haainette. Gauteng is bekend vir sy vreesaanjaende donderstorms en bliksem strale. As dit winter is in Nederland is dit somer hier, met ander woorde, terwyl my mede-Nederlanders vries van die koue lê ek lekker op die strand en werk hard aan my Afrika velkleur.



Suid-Afrika het 11 nasionale tale: Zulu, Xhosa, Pedi, Engels, Tswana, Sotho, Tsonga, Swati, Venda, Ndebele en Afrikaans, die laaste is die taal waarin hierdie artikel geskryf is. Suid-Afrika was oorspronklik 'n Nederlandse kolonie op die seeroete na die Ooste. Afrikaans (kitchen Dutch) is die nuutste taal ter wêreld en is 'n herinnering aan die konneksie met Nederland. Daar wys tans 'n uitstekende Suid-Afrikaanse Zulu flik met die naam "Yesterday". Dit handel oor die tragedie van VIGS (AIDS) en is genomineer vir 'n Oscar as die beste buitelandse film. Die flik verdien 'n Oscar en ek stel voor dat julle dit kyk.

Daar is verskillende gelowe in Suid-Afrika. Meer as 75% van die populasie bely die Christelike geloof. Die Nederduits Gereformeerde Kerk is die tradisionele Afrikaans sprekende kerk en was voorheen baie konservatief. Daar is ook groot Indier gemeenskappe en hier domineer Islam en Hindoeïsme. Die manier waarop al die verskillende mense met hul uiteenlopende gelowe saamwerk is indrukwekkend. In Desember was daar 'n Kerspartytjie in die Tygerberg Kinderhospitaal. Van die ere gaste was aartsbiskop Desmond Tutu van die Anglikaanse kerk en ook leiers van die Joodse en Moslem geloof. Dit was emosioneel baie treffend om die toleransie tussen die gelowe te sien en hoe die 3 mans saam bid, elkeen volgens sy eie geloof.

My roetine by die werk is dat ek daaglik van 8:00 tot 16:30 op kantoor is. Saam met my eerste koppie tee lees ek my epos. Daarna het ek gewoonlik vergaderings om by te woon en tussendeur doen ek verskeie analyses, doen oplees werk in die biblioteek en probeer my artikels finaliseer. Die naweek is 'n jolige tyd, want na werk word daar altyd 'n drankie gedrink om die naweek in te lui. In die aande braai ons dikwels vleis en daarvoor moet jy altyd 'n tjop en dop byderhand hou. Soms geniet ons net Kaapstad se naglewe, want daar is 'n groot verskeidenheid dinge om te doen. Die nagklubs en restaurante is puik! Bedags gaan stap ons in die asemrowende natuur of besoek 'n wyn plaas of twee. Bekende wyn plase is o.a. Rust & Vrede, Vergelegen, Altijdgedacht en Boschendal.

Die suidpunt van Afrika bied goeie wyn, gawe mense en groot uitdagings, ook op die wetenskaplike navorsingsfront!

Ek hoop julle het almal verstaan en die artikel geniet.

Saskia den Boon
e-mail: 14321823@sun.ac.za



AANKONDIGINGEN & MEDEDELINGEN



Effi symposium

Ontwikkelingen op het gebied van voedselveiligheid

Op donderdag 26 mei organiseert Stichting Effi het symposium: 'Ontwikkelingen op het gebied van voedselveiligheid'. Het symposium zal de volgende onderwerpen behandelen: het Biotox-project (RIKILT), gevaren van *Clostridium botulinum* (NIZO Food Research), virulentiefactoren van *Salmonella* en *Campylobacter* (RIVM), gebruik van afstandsonderwijs (Wageningen Universiteit), toepassen van 'challenge'-testen (Unilever Research), onderzoek van kebab (Consumentenbond) en zoönosen kenniscentrum (VWA).

Programma

- 9.15 - 10.00 Ontvangst, koffie / thee
- 10.00 - 10.05 Inleiding
Mw. ir. E. Brinkman (EFFI, Wageningen)
- 10.05 - 10.35 Ontwikkeling Coördinerend Centrum Zoönosen: interactie ten behoeve van interventie
Drs. R. van Oosterom (VWA, Den Haag)
- 10.35 - 11.05 Voedselpathogenen, voedsel en virulentie
Dr. R. de Jonge (RIVM, Bilthoven)
- 11.05 - 11.30 Koffie / thee
- 11.30 - 12.00 Biotox-project: detectiemethoden voor algentoxinen
Drs. J.A. van Rhijn (WUR-RIKILT, Wageningen)
- 12.00 - 12.30 Onderzoek naar de bereidingswijze en microbiële kwaliteit van kebab
Ir. G. Kramer (Consumentenbond, Den Haag)
- 12.30 - 13.45 Lunch
- 13.45 - 14.15 Problemen met *Clostridium botulinum* in voedsel
Mw. dr.ir. M. Wells-Bennik (NIZO Food Research, Ede)
- 14.15 - 14.45 Een nieuw en microbiologisch veilig product: van concept tot validatie
Mw. dr.ir. S. van Gerwen (Unilever Research, Vlaardingen)
- 14.45 - 15.20 Digitale cursussen: HACCP en hygiëne vanuit de luie stoel?
Mw. dr.ir. M. Reij en ir. P. Boleij (Leerstoelgroep Levensmiddelenmicrobiologie, Wageningen Universiteit)
- 15.20 - 16.00 Borrel

Datum: 26 mei 2005

Plaats: Wageningen

Kosten: € 235 excl. BTW, incl. symposiumsyllabus.

Meer informatie: Stichting EFFI, Wageningen, tel: 0317-422114, e-mail: info@effi.nl, website: www.effi.nl.

Cursussen Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Master of Molecular Life Sciences

Startdatum:	diverse momenten per jaar.
Omvang:	Fulltime 1 jaar, Parttime 2 jaar
Kosten:	€ 8000 (FT) / € 9300 (PT)

Klinische cytologie

Startdatum:	september 2005
Omvang:	10 dagen, 9.30-16.00 uur
Kosten:	€ 1430 (onder voorbehoud)

Immunologie

Startdatum:	september 2005
Omvang:	11 dinsdagen, 18.00 - 21.00 uur
Kosten:	€ 656; leden Sanquin: € 552,- (onder voorbehoud)
Locatie:	Sanquin Bloedvoorziening, Plesmanlaan 125, 1066 CX Amsterdam

Bloedbankkunde

Startdatum:	september 2005
Omvang:	13 dinsdagen, 18.00 - 21.00 uur
Kosten:	€ 806; leden Sanquin: € 676 (onder voorbehoud)
Locatie:	Sanquin Bloedvoorziening, Plesmanlaan 125, 1066 CX Amsterdam

Medisch parasitologische laboratoriumdiagnostiek

Startdatum:	september/oktober 2005
Omvang:	6 middagen/avonden, 15.00-21.00 uur
Kosten:	€ 930 (onder voorbehoud)

Laboratoriumdiagnostiek van schimmels en gisten

Startdatum:	najaar 2005
Omvang:	12 avonden, 17.00 - 20.00 uur
Kosten:	€ 1600 (onder voorbehoud)

Alle cursussen worden gegeven op Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Laan van Scheut 2, 6525 EM Nijmegen, tenzij anders vermeld. Meer informatie kunt u opvragen via telefoonnummer 026-3658150, e-mail: kenniscentrum@han.nl of internet: www.kenniscentrum.han.nl.

NSPOH

Netherlands School of
Public & Occupational Health



NSPOH-cursus

Reizigersadvisering en -immunisatie voor artsen

De inhoud en procedures van de reizigersadvisering zijn grotendeels in protocollen beschreven. In de praktijk kunnen echter vragen ontstaan, waar protocollen geen antwoord op geven. Deze module besteedt aandacht aan de kennis die nodig is om deze vragen te beantwoorden. Er wordt ingegaan op het optimaal omgaan met protocollen en het organiseren en uitvoeren van een reizigersspreekuur. Verder komen de epidemiologie van gezondheidsrisico's en het gedrag van reizigers aan bod. In het bijzonder worden malaria en vaccinologie, vaccinbeheer en de koude keten toegelicht. Ook wordt aandacht besteed aan bijzondere reizigersgroepen zoals kinderen, zwangeren, ouderen, chronisch zieken, immuuncompromitteerden. Welke verantwoordelijkheid ligt bij de reiziger, het reisbureau, de adviseerend arts en de behandelend arts? De adviseerend arts kan vaak beter dan de behandelaar inschatten welke problemen onderweg te verwachten zijn. Omgekeerd moet de adviseur weten hoe en wanneer de behandelaar ingeschakeld moet worden. Aan de hand van enkele praktijkvoorbeelden oefent u in het onderkennen van ieders verantwoordelijkheid.

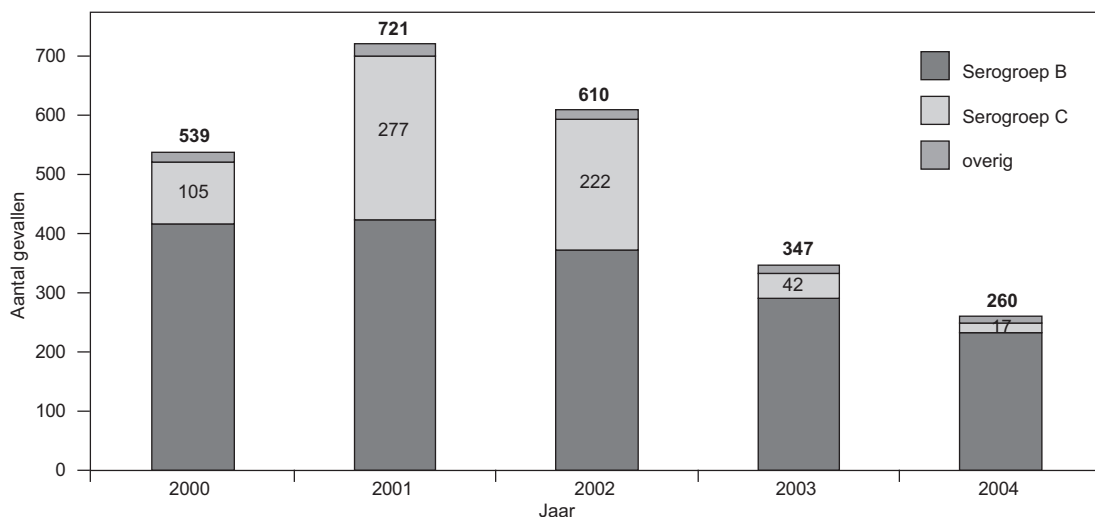
Doelgroep:	Artsen met taken in de reizigersadvisering en minimaal een jaar ervaring als uitvoerder of supervisor bij een reizigeradviesbureau van een GGD of arbodienst
Kosten:	€ 1950
Data:	Woensdag 7 en 21 september, 5 oktober, 2 en 16 november 2005. Examen 30 november 2005.
Locatie:	NSPOH te Amsterdam
Informatie:	www.nspoh.nl, tel. 020-5664949, info@nspoh.nl.

REGISTRATIE INFECTIEZIEKTEN

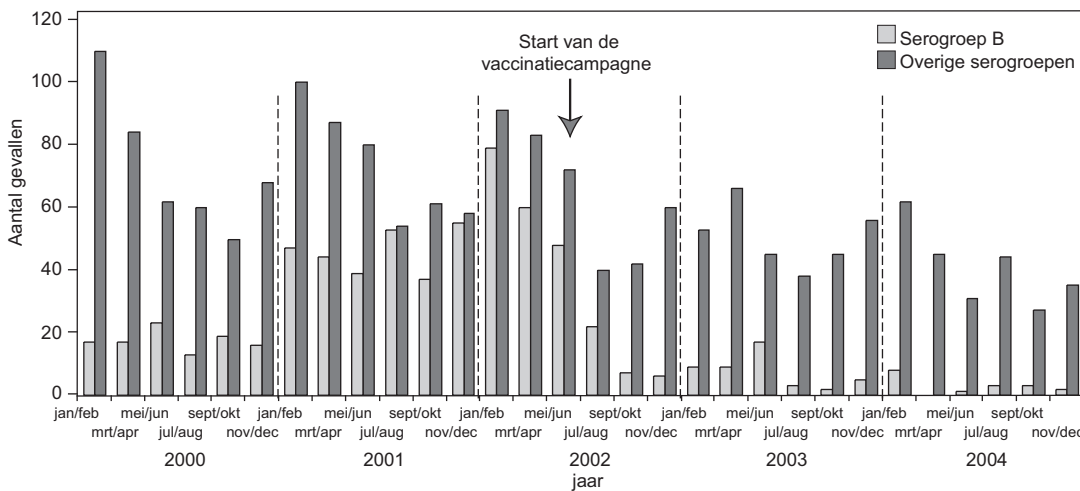
Berichten uit het Referentielaboratorium voor Bacteriële Meningitis

Het Nederlands Referentielaboratorium voor Bacteriële Meningitis (RBM) ontving in het jaar 2004 van 260 patiën-

ten met meningokokkenziekte het isolaat, 25% minder dan in 2003 (figuur 1). De daling van de incidentie van menin-



Figuur 1. Aantal gevallen van meningokokkenziekte naar serogroep, 2000 - 2004



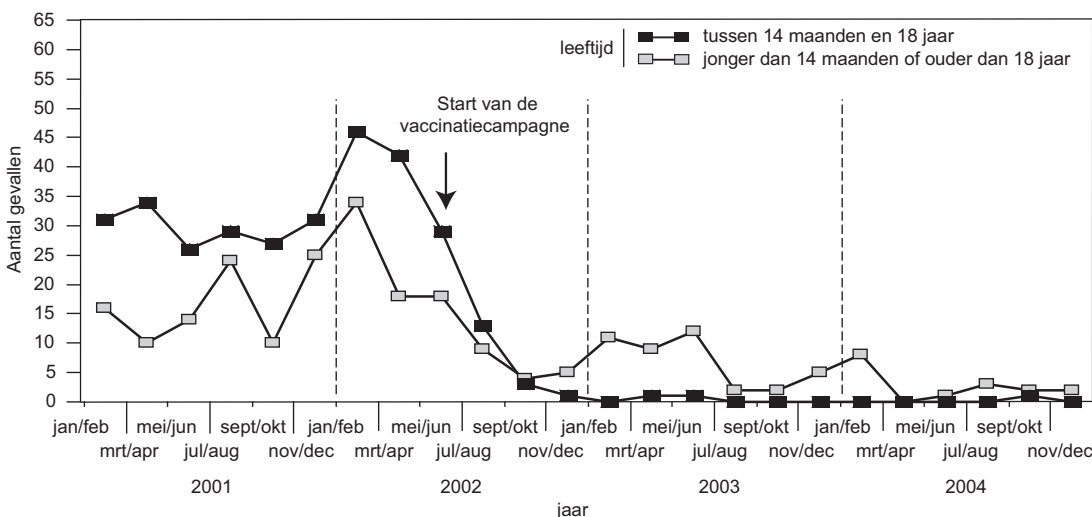
Figuur 2. Tweemaandelijks aantal gevallen van meningokokkenziekte naar serogroep, 2000 – 2004

gokkenziekte wordt deels veroorzaakt door de dalende incidentie van serogroep-B-meningokokkenziekte. Het aantal gevallen van serogroep-B-meningokokkenziekte in 2004 is teruggelopen tot 233, terwijl dit in 2001 nog 424 was. De invoering van de vaccinatie tegen serogroep-C-meningokokkenziekte heeft zeker ook bijgedragen tot de verlaagde incidentie van meningokokkenziekte, hoewel de daling van het aantal ziektegevallen ten gevolge van serogroep-C-meningokokken al voor de introductie van het vaccin was ingezet (figuur 2). De daling van de incidentie van meningokokken-C-ziekte werd niet alleen gezien onder kinderen in de leeftijd tussen 14 maanden en 18 jaar (kinderen die of in het kader van het Rijksvaccinatieprogramma of tijdens de vaccinatiecampagne in 2002 in aanmerking kwamen voor vaccinatie), maar ook onder kinderen in de leeftijdsgroepen jonger dan 14 maanden en ouder dan 18 jaar (figuur 3). In 2004 was de proportie van het aantal gevallen van meningokokkenziekte veroorzaakt door groep-C-meningokokken lager dan in de jaren daarvoor

(2004, 7%; 2001, 38%). Onder de leeftijdsgroepen die in aanmerking zijn gekomen voor vaccinatie kwamen sinds de introductie van het vaccin 3 gevallen van serogroep-C-meningokokkenziekte voor (figuur 3). Deze kinderen waren niet of nog niet gevaccineerd of hadden vaccinatie geweigerd.

A. van der Ende en L. Spanjaard, Nederlands Referentie-laboratorium voor Bacteriële Meningitis, AMC, Amsterdam/RIVM, Bilthoven, e-mail: a.vanderende@amc.uva.nl

Meer informatie over de incidentie van meningokokkenziekte is te vinden op de website:
http://www.rivm.nl/isis/rbm/meningokok_RBM.html



Figuur 3. Aantal gevallen van serogroep-C-meningokokkenziekte naar leeftijd, 2000 – 2004

Meldingen Infectieziektenwet

	Week 50 - 53 totaal	Week 01 - 04 totaal	Week 05 - 08 totaal	Totaal t/m week 08 2005	Totaal t/m week 08 2004
Groep A					
Kinderverlamming	-	-	-	-	-
SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome)	-	-	-	-	-
Groep B					
Bacillaire dysenterie	33	26	20	46	17
Botulisme	-	-	-	-	-
Buiktyphus	1	1	2	3	4
Cholera	-	-	-	-	-
Creutzfeld-Jacob's Disease - Klassiek	1	1	1	2	2
Creutzfeld-Jacob's Disease - Variant	-	-	-	-	-
Difterie	-	-	-	-	-
Febris recurrens	-	-	-	-	-
Hepatitis A	20	20	23	43	64
Hepatitis B	170	135	170	305	320
Hepatitis C Acuut	3	4	5	9	10
Hepatitis C Acuut en Drager	-	-	1	-	-
Hondsolheid	-	-	-	-	-
Kinkhoest	681	719	575	1294	621
Legionellose	16	13	10	23	33
Mazelen	-	-	-	-	-
Meningokokkose	14	28	23	51	99
Paratyphus A	3	-	-	-	3
Paratyphus B	4	-	1	1	-
Paratyphus C	-	-	-	-	-
Pest	-	-	-	-	-
Tuberculose *	-	-	-	-	-
Virale hemorrhagische koorts	-	-	-	-	-
Vlektyphus	-	-	-	-	-
Voedselvergiftiging of voedselinfectie *	-	-	-	-	-
Groep C					
Brucellose	-	-	-	-	1
Enterohemorragische E.coli	4	-	1	1	7
Gele koorts	-	-	-	-	-
Leptospirose	7	2	-	2	1
Malaria	16	28	30	58	62
Miltvuur	-	-	-	-	-
Ornithose/psittacose	2	3	8	11	6
Q-koorts	2	-	-	-	2
Rodehond	24	34	59	93	1
Trichinose	-	-	-	-	-

* Zie periodiek overzicht.

Contactpersoon: A. Warris-Versteegen, IGZ 070 - 3405972.

Meldingen virologische ziekteverwekkers

	Week 49 - 53 totaal	Week 01 - 04 totaal	Week 05 - 08 totaal	Totaal t/m week 08 2005	Totaal t/m week 08 2004
Adenovirus	115	76	88	164	112
Bofvirus	3	5	-	5	1
Chlamydia psittaci	6	9	4	13	2
Chlam. trach.	891	735	776	1511	1050
Coxiella burnetti	1	-	1	1	2
Enterovirus	72	40	34	74	65
Hepatitis A virus	11	9	7	16	21
Hepatitis B virus	97	82	86	168	112
Hepatitis C virus	77	79	60	139	79
Influenza A virus	22	78	260	338	270
Influenza B virus	8	9	25	34	18
Influenza C virus	-	-	-	-	-
Mazelenvirus	-	-	1	1	-
Mycopl.pneumoniae	71	52	60	112	61
Parainfluenza	34	20	29	49	59
Parvovirus	14	17	18	35	15
Rhinovirus	48	18	34	52	27
RS-virus	868	514	271	785	814
Rotavirus	44	100	217	317	162
Ricket conorii	-	-	-	-	-
Rubellavirus	10	2	5	7	-

De weergegeven getallen zijn gebaseerd op de aantallen positieve resultaten zoals gemeld door de leden van de Nederlandse Werkgroep Klinische Virologie. Zonder toestemming van de werkgroep mogen deze gegevens niet voor andere doeleinden gebruikt worden.
 Contactpersoon: H. v.d. Avoort, RIVM 030 - 2742059

I N H O U D

81	Gesignaleerd
85	Berichten <ul style="list-style-type: none">• Ontwikkelingen rond Centrum Infectieziektebestrijding• Voorlichtingsmateriaal over RVP in andere talen• Nieuwe subsidie voor TBC-bestrijding• Meningitisprijs 2005 toegekend aan Ton Oomen
88	Uit het veld <ul style="list-style-type: none">• <i>Salmonella</i>-uitbraak na een bruiloft• Groep-A-streptokokkeninfectie na 2 feestjes
91	Artikelen <ul style="list-style-type: none">• Ecthyma contagiosum (orf) is geen zeldzame zoönose• Poxviridae en de volksgezondheid• Syfilis: terug van weggeweest
100	Abstract
101	In den vreemde <ul style="list-style-type: none">Suid-Afrika
102	Aankondigingen / mededelingen
105	Registraties Infectieziekten <ul style="list-style-type: none">• Meldingen Infectieziektenwet (week 05- 08)• Meldingen virologische ziekteverwekkers (week 05- 08)• Berichten uit het Referentielaboratorium voor Bacteriële Meningitis

Nieuwe abonnementen of adreswijzigingen graag doorgeven aan:

RIVM Postbus 1
3720 BA Bilthoven
Telefoon: (030) 274 22 62
Fax: (030) 274 44 12
E-mail: reprocentrum@rivm.nl

Inzending van kopij

Het Infectieziekten Bulletin ontvangt graag kopij uit de kring van zijn lezers. Auteurs worden verzocht rekening te houden met de richtlijnen die te vinden zijn op www.infectieziektenbulletin.nl