

Het Infectieziekten-Bulletin is een uitgave van de Geneeskundige Hoofdinspectie (GHI) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM), in samenwerking met de Streeklaboratoria en de GGD'en. Het Infectieziekten-Bulletin dient gezien te worden als een informatie- en communicatiemiddel richting organisaties die betrokken zijn bij de opsporing, bestrijding en bewaking van infectieziekten. Deze informatie dient ter lering en/of vermaak.

De redactie bestaat uit:

| | |
|----------------------------|--|
| Dr. J.R.J. Bänffer | (namens de Streeklaboratoria) |
| Ir. A.W. van der Giessen | (Laboratorium voor Water- en Levensmiddelenmicrobiologie, RIVM) |
| H. Houweling, arts | (Centrum voor Infectieziekten Epidemiologie, RIVM) |
| Dr. J.C. de Jong | (Laboratorium voor Virologie, RIVM) |
| Mw. B.M. Kempen, arts | (Centrum voor Infectieziekten Epidemiologie, RIVM) |
| Mw. L.M. Kortbeek, arts | (Laboratorium voor Parasitologie en Mycologie, RIVM) |
| Mw. Drs. W.J. van Leeuwen | (Laboratorium voor Bacteriologie en Antimicrobiële middelen, RIVM) |
| W.A. Schop | (Centrum voor Infectieziekten Epidemiologie, RIVM) |
| Mw. I.R. Smidt, arts | (namens de GGD'en) |
| Mw. A.A. Warris-Versteegen | (namens de Geneeskundige Hoofdinspectie) |

Productie:

Centrale Directie
Bedrijfsvoering en
Facilitaire Ondersteuning

ISSN 0925-711X

INHOUDSOPGAVE

Onderzoek naar tuberculose bij methadongebruikers 182
in de gemeente Groningen

J.V. Kuyvenhoven, J.F. van Gilsdonk

Epidemiologie van SOA: deel 5 184

Epidemiologie van herpes genitalis

A.M. van Loon, M.J.W. van de Laar

Aankondigingen 190

Registratie-overzichten 192

- GHI 4-weken overzicht
- Laboratorium Surveillance Infectieziekten
- Virologische Laboratoria

Het contactadres betreffende het Infectieziekten-Bulletin is:

GHI

Mw. A.A. Warris-Versteegen

Postbus 5406

2280 HK Rijswijk

070 - 3405972

RIVM

Mw. B.M. Kempen, arts, CIE, pb. 75, G17-001

Postbus 1

3720 BA Bilthoven

030 - 74 35 51 / 74 36 79

Lay-out: Marga van Oostrom, Studio, RIVM.

Overname van artikelen is alleen mogelijk met bronvermelding en na toestemming van de auteur.

De verantwoordelijkheid voor de gegevens berust bij de auteur.

ISSN 0925-711X

Onderzoek naar tuberculose bij methadongebruikers in de gemeente Groningen

J.V., Kuyvenhoven^a, J.F. van Gilsdonk^b

Inleiding

In Nederland is aangetoond dat onder harddruggebruikers een verhoogde besmettingsprevalentie van tuberculose bestaat. Dit geldt met name voor Amsterdam, waar in 1987 een besmettingsprevalentie van 13,7% werd vastgesteld door middel van de tuberculinereactie (induratie meer dan 10 mm) bij cliënten van nederlandse afkomst uit het methadonverstrekkingsprogramma (n=168)¹. De besmettingsprevalentie in Nederland voor de gehele groep 25-35 jarigen bedraagt ongeveer 4%.

Bij tuberculineonderzoek van dezelfde doelgroep in enkele andere gemeenten werd deze verhoogde prevalentie niet bevestigd. Bij tuberculineonderzoek in Oostelijk Zuid Limburg in 1991 werd een besmettingsprevalentie van 4,8% gevonden (n=123²). Bij een onderzoek in 1988 in Groningen onder de (autochtone en allochtone) cliënten van het methadonverstrekkingsprogramma werd een besmettingsprevalentie van 4,6% vastgesteld (n=192).

Doel

In het algemeen wordt in Nederland de groep druggebruikers als een risicogroep voor tuberculose aangeduid. Daarom wordt actieve opsporing geadviseerd, tenzij (bij herhaling) uit lokale gegevens is gebleken dat de prevalentie niet verhoogd is³. Dit is de reden waarom in 1992 bij cliënten van het methadonverstrekkingsprogramma van de GGD Groningen Stad en Ommelanden een onderzoek op tuberculose werd verricht.

Het doel van het onderzoek was het vaststellen van actieve tuberculose of andere longinfecties bij methadongebruikers.

Methode

Op grond van de volgende overwegingen is ervoor gekozen uitsluitend röntgenonderzoek van de thorax te verrichten en geen tuberculineonderzoek te doen:

- hoofddoel van het onderzoek was het opsporen van gevallen van actieve longtuberculose teneinde besmetting van anderen te voorkomen.

Summary

In 1992 331 clients of the methadonprogramm in the city of Groningen were screened for active tuberculosis. Although the use of PPD is the normal way of casedetection in this age-group, screening was done by X-ray for practical reasons. Moreover, the reliability of the tuberculinetest in the group drugusers is reduced, because part of them can be expected to be HIV-infected.

No cases of active TB were found.

- de betrouwbaarheid van de tuberculinereactie bij druggebruikers is verminderd door stoornissen in de cellulaire en humorale afweer (4). De betrouwbaarheid van de tuberculinereactie in een populatie, waar zich mogelijk een aantal HIV-positieven bevinden, is eveneens verminderd door stoornissen in de cellulaire afweer bij HIV-geïnfecteerden (5). Aan een negatieve mantouxreactie kan in deze groep met mogelijk een aantal HIV-geïnfecteerden dus maar beperkte waarde worden toegekend.
- het vinden van een positieve mantouxreactie leidt in deze clientengroep vaak niet tot het instellen van een INH-profylaxe op grond van praktische en motiveringsproblemen.
- organisatorisch is het onderzoek door middel van de tuberculinereactie lastig, omdat drie dagen na toediening de reactie moet worden afgelezen. Dan dient alsnog bij positieve reacties een röntgenfoto te worden gemaakt.
- doordat de GGD Groningen Stad en Ommelanden beschikt over mobiele röntgenapparatuur is het onderzoek door middel van thoraxfoto's relatief gemakkelijk uit te voeren. Het onderzoek kan plaatsvinden op alle lokaties waar methadon wordt verstrekt.

Om deze redenen werd besloten om het onderzoek door middel van röntgenonderzoek van de thorax uit te voeren. Op twee dagen werd op 5 verschillende lokaties onderzoek gedaan. De cliënten werden na het verstrekken van de methadon (in de methadonbus of in de vestiging aan de Bloemstraat) uitgenodigd het onderzoek te ondergaan. Het onderzoek vond op

¹ hoofd infectieziektenbestrijding GGD Groningen Stad en ommelanden

² arts bureau preventieve verslavingszorg

vrijwillige basis plaats, hoewel zowel door de medewerkers als door de cliënten onderling enige aan- drang werd uitgeoefend.

Op het moment van het onderzoek waren 423 personen ingeschreven in het verstrekkingsprogramma. Hiervan ontvingen 420 personen op de genoemde onder- zoeksdagen methadon. Van deze laatste 420 personen lieten 331 cliënten een thoraxfoto maken.

Dit betekent dat met de gevolgde methodiek 78% van het totale cliëntenbestand op de betreffende dagen op vrijwillige basis daadwerkelijk werd onderzocht.

Resultaten

Röntgenologisch werden geen gevallen van long- tuberculose vastgesteld. Wel kwamen 5 personen voor heronderzoek naar de GGD vanwege twijfel of onduidelijkheid op de eerste foto. Dit leverde ten aanzien van het voorkomen van tuberculose geen nieuwe gezichtspunten op. Er werden geen andere afwijkingen vastgesteld die wezen op het bestaan van een luchtweginfectie.

In totaal 98 van de 331 personen werden in 1988 ook al onderzocht. Dit betekent dat ruim 70% van de huidige cliënten 'nieuw' zijn, dat wil zeggen niet eerder in dit kader door het bureau tuberculosebe- strijding werden onderzocht.

Bespreking

In dit onderzoek werden geen gevallen van long- tuberculose vastgesteld bij deze groep van 331 cliënten (78% van de op dat moment ingeschreven cliënten). Door de gevolgde methodiek bestaat geen inzicht in de besmettingsprevalentie. Aan de methode om deze vast te stellen (het tuberculine onderzoek) kan, gezien de samenstelling van de onderzochte groep, echter slechts een beperkte betrouwbaarheid worden toegekend.

In tegenstelling tot vergelijkbaar onderzoek in Amsterdam werden evenmin andere infiltratieve af- wijkingen vastgesteld. In Amsterdam bedroeg het aandeel van 'community acquired pneumonias' onge- veer 3% (6).

Het niet vinden van gevallen van tuberculose en het (röntgenologisch) ontbreken van andere longinfecties leidt tot de voorzichtige conclusie dat de gezond- heidstoestand van druggebruikers in Groningen beter is dan van druggebruikers in Amsterdam. Door het onderzoek uit te breiden naar andere parameters voor de gezondheidstoestand zou verdere onderbouwing van deze stelling kunnen plaatsvinden.

Vooralsnog verdient het aanbeveling om de lande- lijke beleidslijn te volgen en het onderzoek jaarlijks te herhalen. Hierbij zal ook naar wegen moeten worden gezocht om het overige deel van de groep druggebruikers te onderzoeken. Het totaal aantal druggebruikers in de gemeente Groningen wordt geschat op ongeveer 800⁷. In eerste instantie wordt hiervoor ook weer gedacht aan röntgenonderzoek, maar mogelijk zullen in de toekomst toch argu- menten bestaan om het tuberculineonderzoek uit te voeren. Indien inzicht in de HIV-prevalentie van de onderzochte groep zou bestaan, zou een betrouw- baarder uitspraak over de waarde van tuberculine- onderzoek mogelijk zijn.

In principe dient bij intrede in het methadon- programma het onderzoek op tuberculose plaats te vinden (zowel tuberculineonderzoek als een long- foto). Dit laatste wordt door de medewerkers dan ook bij intree in het programma aan de cliënten geadviseerd, maar het aantal personen bij wie dit daadwerkelijk gebeurt is zeer klein. Het is geen voorwaarde om opgenomen te worden in het pro- gramma. Een van de uitgangspunten voor de metha- donverstrekking bij de methadonpost van de GGD GSO is namelijk dat intrede in het programma drempelvrij moet zijn.

Literatuur

- 1 Manos GE, Santen GW van, Leentvaar-Kuijpers A, Coutinho RA. Tuberculin and multitest skintests in drugabusers. *Lancet* 1987; 336: 567-568
- 2 Cerda de, Palou E, van der Loo JM. Verslag van een onderzoek op tuberculose bij methadongebruikers in Oostelijk Zuid-Limburg. *Infectieziekten-Bulletin* 1991; no 13: 7-10
- 3 Beleid ten aanzien van bestrijding en bewaking van tuberculose in risicogroepen. Conceptrapport Commis- sie Praktische Tuberculosebestrijding. KNCV Den Haag, 1993
- 4 Brown SM, et al. Immunologic dysfunction in heroin addicts. *Arch Intern Med* 1974; 134: 1001-1006
- 5 Robert, Hirschel, Rochat, Deglon. Tuberculin skin reactivity in HIV seropositive intravenous drugaddicts. *New Engl J Med* 1989; 1268
- 6 Manos GE, Deutekom H van, Peerebooms PGH, Doornum PJJ van, Coutinho RA. Community acquired pneumonia in drug abusers in Amsterdam. *Lancet* 1990; 336: 939-940
- 7 Harddrugs in beeld. Inventarisatie van de problematiek in de stad Groningen. IntraVal, Groningen-Rotterdam, 1990.

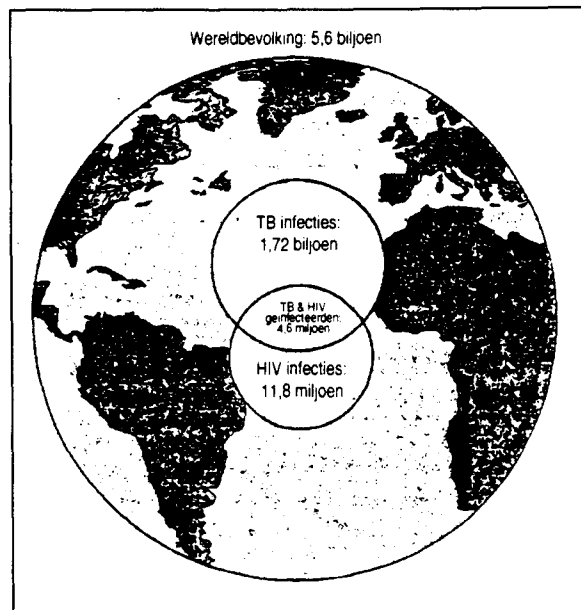
Commentaar van de GHI b

In bovengenoemd artikel worden een aantal afwegingen gemaakt over de tuberculose screeningsmethode in de risicogroep drugverslaafden. Periodieke screening van deze groep is zeker aan te bevelen, maar de gebruikte methode kan ter discussie worden gesteld.

Gebleken is dat onder de drugverslaafden een verhoogd risico op een HIV-infectie bestaat en er ook in Nederland onder de intraveneuze druggebruikers een verhoogd risico voor dubbelinfecties (tuberculose en HIV) wordt waargenomen. Zowel de tuberculine huidtest als het röntgenologisch onderzoek op tuberculose kunnen bij een HIV-infectie fout negatieve resultaten geven.

Desondanks blijft periodieke screening van risicogroepen op tuberculose, juist met het oog op de toekomst, los van de gevolgde screeningsmethode aanbevolen. De Commissie Praktische Tuberculosebestrijding zal binnenkort herziene richtlijnen uitbrengen, geënt op het gewijzigde epidemiologische patroon.

Een extra complicatie vormt het gevaar voor multi-resistente tuberculose bij intraveneuze druggebruikers, vooral door secundaire resistentievorming. Dit betekent dat de behandeling extra aandacht vraagt om therapietrouw te verzekeren.



Figuur: Tuberculose en HIV infectie in de wereld, 1991
Bron: Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. *A global report Aids in the world*. Harvard University Press 1992.

Epidemiologie van SOA: deel 5:

Epidemiologie van herpes genitalis

A.M. van Loon^a, M.J.W. van de Laar^b

Herpes genitalis is een seksueel overdraagbare aandoening aan en rond de geslachtsorganen. De aandoening wordt veroorzaakt door het herpes simplex virus (HSV) en wordt gekenmerkt door typische, bilateraal of in groepjes gelegen blaasjes die overgaan in ulcera en in de regel binnen 3 weken zonder restverschijnselen verdwijnen. De aandoening is 'ongeneeslijk'; het virus blijft levenslang aanwezig en kent herhaalde episoden van virusuitscheiding (en derhalve besmettelijkheid) al dan niet gepaard gaande met ziekteverschijnselen. Bij een zwangere vrouw met herpes genitalis kan overdracht van het virus tijdens de bevalling leiden tot een ernstige gegeneraliseerde infectie bij de pasgeborene (herpes neonatorum). Herpes genitalis is waarschijnlijk een van de meest voorkomende SOA in Nederland.

Pathogenese en ziektebeeld

Herpes genitalis wordt veroorzaakt door het herpes simplex virus (HSV). Er zijn twee typen: HSV-1 en HSV-2. Infecties met HSV-1 komen voornamelijk voor in en rond de mond en vinden doorgaans op jeugdige leeftijd plaats. HSV-2 infecties zijn vooral gelokaliseerd rondom de genitaliën. Deze verdeling is niet absoluut. Bij ongeveer 15 à 20% van de patiënten met herpes genitalis wordt HSV-1 aangetoond in materiaal van genitale oorsprong.

Virusinfectie vindt plaats aan de genitale slijmvliezen. Het virus vermenigvuldigt zich daar en verspreidt zich vervolgens langs een perifere zenuw naar sensorische ganglia van waaruit reactivering plaats-

^a Laboratorium voor Virologie, RIVM

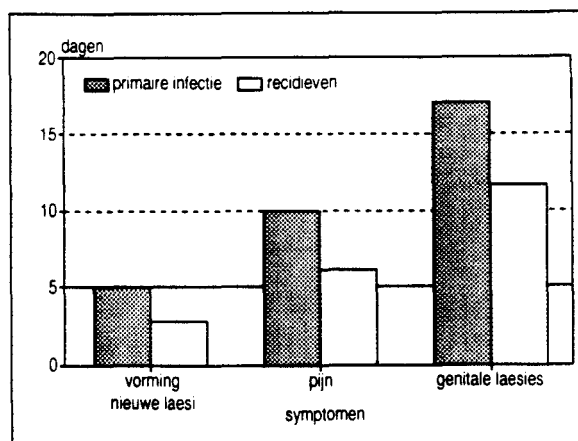
^b Centrum voor Infectieziekten Epidemiologie, RIVM

vindt. Na genezing van de primaire laesie blijft het virus latent in het ganglion aanwezig. Lokale recidieven treden meer of minder regelmatig op. Patiënten zijn dan opnieuw besmettelijk. Reactivering van virusvermenigvuldiging vindt plaats onder invloed van verschillende stimuli als koorts, UV-straling en hormonale stimuli. De frequentie van recidieven varieert sterk en is afhankelijk van het type virus en de lokalisatie van de infectie. Bij patiënten met een genitale herpesinfectie spreekt men van 'primaire herpes genitalis' wanneer een patiënt niet eerder een oro-pharyngeale infectie met HSV heeft doorgeemaakt. Is dit wel het geval geweest dan spreekt men van een eerste episode van herpes genitalis. In onderzoek van Lafferty *et al*¹ bedroeg de gemiddelde frequentie van recidieven van herpes genitalis 0.33 ± 0.29 per maand voor HSV-2 en 0.02 ± 0.04 per maand voor HSV-1. Recidiverende herpes genitalis werd vaker waargenomen dan recidiverende herpes labialis (0.23 vs 0.04 per maand).¹

Na infectie worden (neutraliserende) antistoffen gevormd. Deze voorkomen reactivering niet. De recurrenente infectie verloopt wel gemitigeerd. HSV-1 en HSV-2 induceren kruisreagerende antistoffen. Deze geven slechts een beperkte kruisbescherming, maar verminderen wel de ernst van de verschijnselen bij een eerste episode van herpes genitalis.^{2,3}

De incubatietijd van herpes genitalis bedraagt 3-7 dagen. Koorts, malaise en spierpijn gaan soms vooraf aan lokale klachten m.n. bij een primaire infectie of een eerste episode. De eerste lokale symptomen zijn pijn, jeuk, dysurie en inguinale lymfklierzwellingen, bij mannen soms ook urethritis klachten. Spoedig ontstaan de karakteristieke herpesblaasjes, die eerst met een heldere vloeistof gevuld zijn, vervolgens troebel worden, eroderen en ulcereren. De laesies drogen na gemiddeld 12 dagen in en genezen zonder restverschijnselen binnen drie weken. Bij mannen zijn symptomen in de regel van korter duur dan bij vrouwen, 10,5 vs. 18 dagen.⁴ De verschijnselen zijn bij reactivatie in de regel minder ernstig van aard en korter van duur (*figuur 1*). De belangrijkste uitingen van herpetische proctitis zijn koorts, pijn, perianale en diffuse rectale ulceraties en inguinale lymfklierzwellingen. De aard en ernst van ziekteverschijnselen worden verder bepaald door het type HSV en door gastheer-specifieke factoren als geslacht, eerdere, niet-genitale HSV-infectie, lokalisatie en omvang van de laesies.

Veel HSV infecties verlopen asymptomatisch, ook primaire infecties of eerste episodien. Voor HSV-2 infecties is dit bij 20 en 60% van de infecties het geval. Deze grote variatie hangt vermoedelijk samen



Figuur 1. Verloop van een primaire en recidiverende herpes genitalis

met eerdere, periorale HSV expositie. In een populatie met een hoge prevalentie van HSV-1 antistoffen is het percentage asymptomatische genitale HSV-2 infecties hoog en vice versa.^{5,6}

Naast somatische morbiditeit kan herpes genitalis door de seksuele overdracht, de recidiverende genitale verschijnselen en het ontbreken van een afdoende behandeling ook aanzienlijke, langdurige psychosociale of -seksuele morbiditeit met zich meebrengen. In een onderzoek in de V.S. rapporteerde meer dan de helft van patiënten dergelijke klachten.⁷

In zeldzame gevallen is herpes genitalis oorzaak van infectie van de foetus of de pasgeborene.^{8,9} Over infectie van de foetus bestaan slechts beperkte gegevens. Een HSV-infectie vroeg in de zwangerschap zou, m.n. bij symptomatische infecties, leiden tot spontane abortus of intra-uteriene vruchtdood.⁸ De infectie kan beperkt blijven tot mond en slijmvliezen (40%), maar vaak treedt uitbreiding naar het centrale zenuwstelsel (35%) of tot een gegeneraliseerde infectie op (25%). Ondanks antivirale therapie is de mortaliteit hoog (15 à 20 %) en is er vaak sprake van restverschijnselen.⁹ In Nederland werd de incidentie van herpes neonatorum berekend op ongeveer 3 per 100.000 levend geboren¹⁰, in de Verenigde Staten is zij echter veel hoger: 30 per 100.000.⁴ Slechts in een minderheid van de gevallen had de moeder herpes genitalis in de anamnese.^{4,9,10}

Microbiologie en diagnostiek

Het herpes simplex virus is een DNA-virus dat behoort tot de familie van de herpesvirussen. Belangrijk kenmerk van de herpesvirussen is hun eigenschap om na infectie levenslang in de sensibele

ganglioncelle van de gastheer (latent) aanwezig te blijven.

De klinische differentiatie tussen herpes genitalis en andere infectieuze oorzaken van genitale ulcera is soms moeilijk. Bevestiging door laboratoriumonderzoek verdient aanbeveling.¹¹ Hierdoor wordt voorkomen dat de (belastende) diagnose ten onrechte wordt gesteld en kan uitsluitel worden verkregen over het type. Dit is o.a. van belang voor de prognose van de frequentie van recidieven.

Isolatie van het virus uit patiëntenmateriaal is de meest gevoelige en specifieke methode voor de laboratoriumdiagnostiek. Na isolatie wordt het virus getypeerd m.b.v. monoklonale antistoffen. Andere detectiemethoden zijn minder betrouwbaar, hoewel ook hier de polymerase ketting reactie (PCR) naar verwachting verbetering zal geven.

Serologisch onderzoek naar de aanwezigheid van HSV-specifieke IgM-antistoffen of een significante titerstijging is slechts zinvol bij het vermoeden van een primaire infectie. Bij recidieven worden vrijwel geen IgM antistoffen gevormd en treedt vaak geen titerstijging op. De kruisreactiviteit van antistoffen tegen HSV-1 en HSV-2 vormt een groot probleem voor sero-epidemiologisch onderzoek.¹² Gevoelige, specifieke methoden voor het aantonen van type-specifieke antistoffen zijn nauwelijks beschikbaar. Dit belemmert (onderzoek naar) inzicht in het voorkomen van herpes genitalis.

Transmissie en besmettelijkheid

Besmetting bij herpes genitalis vindt plaats via seksueel contact, inclusief oraal-genitaal, anaal-genitaal en oraal-anaal contact. De besmettelijkheid hangt samen met de aanwezigheid van laesies in vesiculeuze, erosieve of ulceratieve stadia. Deze zijn lang niet altijd zichtbaar. Zolang laesies niet volledig zijn ingedroogd is de patiënt besmettelijk, bij primaire infectie duurt dit in de regel 2 à 3 weken, bij recidieven minder dan één week. Infecties, vooral recidieven, kunnen asymptomatisch verlopen en daardoor sterk bijdragen tot verspreiding van infecties.^{13,14}

Er zijn geen betrouwbare gegevens over de kans op infectie bij een enkelvoudig seksueel contact. Mertz *et al* onderzochten de transmissie in een groep van 144 monogame, heteroseksuele paren.¹⁴ Van elk paar was één der partners geïnfecteerd en was de ander gevoelig voor besmetting. Overdracht van man naar vrouw kwam vaker voor dan andersom. Het jaarlijks risico op herpes genitalis bedroeg in deze (goed geïnformeerde) groep 32% voor HSV-1 en HSV-2 seronegatieve vrouwen, 9% voor HSV-1 seropositieve vrouwen en 6% voor mannen ongeacht hun serologische status.

Slechts 1-2% van alle zwangeren met herpes genitalis in de anamnese scheidt virus uit bij de bevalling. Bij 2-4% van de pasgeborenen van deze groep geïnfecteerde vrouwen zou dit leiden tot herpes neonatorum.¹⁴ De kans op herpes neonatorum bij primaire infecties is aanzienlijk groter dan bij recidieven.^{15,16} Routinematige screening van zwangeren op uitscheiding van HSV ter preventie van herpes neonatorum wordt niet zinvol geacht.^{10,17}

Interactie met HIV

De interactie tussen herpes genitalis en het humaan immuun-deficiëntie virus (HIV) is niet geheel duidelijk.¹⁸ Zoals ook voor andere ulcererende SOA is beschreven vormt herpes genitalis een risicofactor voor besmetting met HIV.¹⁸ Een HSV-infectie verhoogt de kans op het verwerven van HIV met een factor in de grootte van 2-5.¹⁸ Hoewel een genitale HSV-infectie het verloop van de HIV-infectie niet lijkt te beïnvloeden is dit andersom wel het geval. Herpes genitalis verloopt bij HIV-geïnfecteerden vaak ernstiger en langduriger met vaker een atypisch beloop. Recidieven treden frequenter op en de ontwikkeling van antivirale resistentie is sterk verhoogd bij HIV-geïnfecteerden.^{4,18,19}

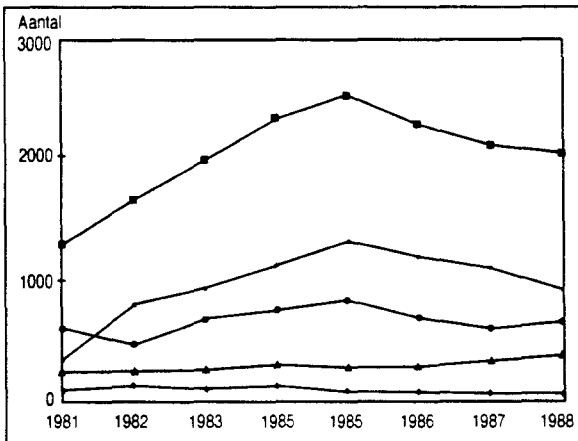
Therapie

Er is geen afdoende therapie voor herpes genitalis. Het virus blijft na infectie, met of zonder behandeling, levenslang latent aanwezig. Het doel van therapie is dan ook beperking van de duur en de ernst van de ziekteverschijnselen en van de duur van de virusuitscheiding. Een tijdige start van de therapie is noodzakelijk voor enige effectiviteit. Het risico op resistentie-ontwikkeling noopt tot een terughoudend beleid ten aanzien van behandeling met antivirale middelen. Therapie dient zoveel mogelijk te worden gereserveerd voor ernstige HSV-infecties, zoals bij pasgeborenen en immuun-gecompromitteerden. Onderhoudstherapie is in het algemeen niet aangewezen, maar kan worden overwogen bij patiënten die ernstig te lijden hebben door frequente recidieven.¹⁰

Epidemiologie

Herpes genitalis in Nederland

Er zijn geen betrouwbare, consistente gegevens beschikbaar over de incidentie en de prevalentie van herpes genitalis in Nederland. Herpes genitalis is geen aangifteplichtige ziekte. Stolz berekende op



Figuur 2. Het aantal isolaties van HSV-1 en HSV-2 in de virologische laboratoria in Nederland in de periode 1970-1988. Bron: maandelijkse rapportages Nederlandse Werkgroep Klinische Virologie

■ totaal
 ▲ keeluitstrijk
 ● blaasjesvocht
 ◆ ooguitstrijk
 — genitale uitstrijk

basis van een NIPO-enquête in 1982 dat in Nederland jaarlijks 13.000 patiënten met herpes genitilis werden gezien.²⁰ Het is niet duidelijk welk deel hiervan primaire of eerste episode infecties betrof. Extrapolatie van gegevens uit een enquête in 1985 onder behandelaars van SOA leverde een schatting op van ongeveer 9.000 nieuwe gevallen van herpes genitilis per jaar.²¹ De incidentie werd geschat op 6.2 per 10.000 en is naar schatting in de grote steden driemaal hoger dan in overige gemeenten (12.0 resp. 4.3 per 10.000). In het Amsterdamse Peilstationproject werden in 1983 151 patiënten met herpes genitilis gezien: 81 met een primaire of eerste episode infectie en 70 met een recidief.²² De incidentie van een primaire of eerste episode infectie bedroeg bij mannen 15.7 en bij vrouwen 8.5 per 10.000. Op de SOA-poliklinieken van de GG&GD Amsterdam nam in de periode 1981-1985 het aantal gevallen van primaire of eerste episode herpes genitilis toe van 218 naar 517.²³ Daarna volgde een daling tot 387 in 1987 welke zich doorzette tot 200 in 1991.²⁴

Een dergelijke trend werd ook gezien in de diagnostische laboratoria (figuur 2). De tabel laat het aantal isolaties van HSV in 1988 zien, verdeeld naar herkomst van patiëntenmateriaal, type virus en geslacht van de patient. Terwijl in bijna 20% van de

gevallen HSV-1 werd geïsoleerd uit genitaal materiaal, werd nauwelijks HSV-2 geïsoleerd uit de oropharynx. Het merendeel van de genitale HSV-1 isolaties was afkomstig van personen uit de leeftijdsgroepen 15-24 (45,8%) en 25-59 jaren (49,5%), dit geldt in nog sterker mate voor isolaties van HSV-2 (16,8 resp. 80,4%). Van de isolaties uit genitaal materiaal was 46,8% afkomstig van vrouwen en 53,2% van mannen. Het is niet bekend of de isolaties primaire/eerste episode infecties of recidieven betroffen.

De werkelijke incidentie van herpes genitilis ligt waarschijnlijk vele malen hoger dan uit de virologische maandstaten blijkt; slechts in een minderheid van (symptomatische) gevallen wordt laboratoriumonderzoek verricht.²¹ De redenen voor de sterke toename van genitale HSV isolaties zijn niet geheel duidelijk, maar reflecteren waarschijnlijk een werkelijke toename in combinatie met een toegenomen behoefte aan diagnostiek door het beschikbaar komen van antivirale therapie.

HSV-2 specifiek sero-prevalentie onderzoek zou inzicht kunnen geven in het voorkomen van herpes genitilis. Betrouwbare methoden hiervoor zijn echter onvoldoende voorhanden, zodat gegevens vrijwel ontbreken. In een internationaal onderzoek werden

Tabel. Aantallen isolaties van herpes simplex virus in virologische laboratoria in Nederland in 1988 naar herkomst, type en geslacht.

| herkomst patiëntenmateriaal | oropharyngeaal HSV-1 | | HSV-2 | | genitaal HSV-1 | | HSV-2 | |
|-----------------------------|----------------------|------|-------|-----|----------------|------|-------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| vrouwen | 164 | 40.4 | 1 | 0.2 | 134 | 13.6 | 321 | 32.7 |
| mannen | 234 | 57.6 | 1 | 0.2 | 54 | 5.5 | 463 | 47.1 |
| onbekend | 6 | 1.5 | 0 | | 4 | 0.4 | 6 | 0.6 |
| totaal | 404 | 99.5 | 2 | 0.5 | 192 | 19.6 | 790 | 80.4 |

N.B. Ongeveer de helft van de HSV isolaties uit genitaal materiaal werd gerapporteerd uit Amsterdam

ook sera van Amsterdamse homoseksuele mannen onderzocht. Bij 50% van hen werden antistoffen tegen HSV-2 aangetoond.²⁵

Herpes genitalis in het buitenland

Epidemiologische gegevens over herpes genitalis zijn schaars en vooral afkomstig uit de Verenigde Staten. Door de sterke toename in de incidentie bestond daar eind jaren 70, kort voor het begin van de AIDS-epidemie, grote belangstelling voor herpes genitalis. Het aantal consulten voor herpes genitalis steeg 10- tot 15-voudig in de periode 1966-1984.²⁶ Volwassenen in de leeftijd tussen 20 en 29 jaren vormden de grootste groep. Het jaarlijks aantal nieuwe gevallen van symptomatische herpes genitalis werd in de jaren 80 geschat op 270.000 tot 600.000. Uit sero-prevalentie onderzoek van sera uit de jaren 76-80 bleek ruim 16% van de bevolking in de VS met HSV-2 te zijn geïnfecteerd.²⁷ Later onderzoek wijst op een toename in de (begin) jaren 80. Er bestaan grote verschillen tussen verschillende bevolkingsgroepen. Ook in het Verenigd Koninkrijk werd een sterke toename van herpes genitalis gezien.²⁸ In 1988 werden door geslachtsziektenpoliklinieken ongeveer 20.000 gevallen geregistreerd tegen 4.500 in 1972. De trend was vergelijkbaar met die in Nederland. In bovengenoemd sero-prevalentie onderzoek veelal onder zwangeren, werd in de beginjaren 80 in verschillende landen in Noord- en West-Europa een toename van HSV-2 infecties gezien, tot prevalenties van 15 à 20%.²⁵

Risicogroepen

Het voorkomen van herpes genitalis is sterk geassocieerd met promiscu seksueel gedrag. Herpes genitalis komt in vrijwel alle bevolkingsgroepen voor; in de VS vaker bij blanke dan niet-blanke groepen.²⁵ In een multivariate analyse werd een relatie vastgesteld tussen HSV-2 infectie en leeftijd, jaren seksuele activiteit, aantal verschillende partners, andere SOA, sociaal-economische omstandigheden en etnische achtergrond.²⁹ Primaire herpes genitalis werd op de SOA-poliklinieken in Amsterdam vaker gevonden bij heteroseksuele mannen en niet-prostituées dan bij homo/biseksuele mannen en prostituées.

Conclusies en aanbevelingen

Herpes genitalis is waarschijnlijk een van de meest voorkomende SOA in Nederland. De directe morbiditeit is weliswaar beperkt van ernst, maar de geassocieerde psycho-sociale en -seksuele problematiek is omvangrijk en langdurig. Daarnaast is

herpes genitalis een oorzaak van herpes neonatorum en is het een risicofactor voor het verkrijgen van een HIV-infectie. Onderzoek in het buitenland wijst op een sterke stijging van het voorkomen van herpes genitalis tot het midden van de jaren 80, gevolgd door een beperkte daling en stabilisatie. Op basis van gegevens van de diagnostische laboratoria mag ook in Nederland een dergelijke trend worden verondersteld. Inzicht in (trends in) de incidentie, prevalentie en risicofactoren voor herpes genitalis in Nederland ontbreekt goeddeels. Om dit inzicht te verkrijgen dient de registratie te worden verbeterd, dient de ernst en duur van directe en geassocieerde morbiditeit beter in kaart te worden gebracht en dient epidemiologisch onderzoek m.n. op geslachtsziektenpoliklinieken, te worden gedaan om inzicht te krijgen in risicofactoren. Ook sero-epidemiologisch onderzoek naar het voorkomen van HSV-2 infecties in de Nederlandse bevolking kan sterk bijdragen tot inzicht in het voorkomen van herpes genitalis. Genitale infecties met HIV-2, m.n. recidieven, verlopen vaak asymptomatisch en dragen daardoor sterk bij tot verspreiding van de infectie. Knelpunten voor een meer preventief beleid vormen de beperkt beschikbare en kostbare laboratoriumdiagnostiek en de beperkte behandelbaarheid van de aandoening. Preventie door partnerwaarschuwing is dan ook niet gericht op onderzoek en behandeling, maar meer op het nemen van preventieve maatregelen als condoomgebruik. Intensivering van bron- en contactopsporing dient een belangrijke plaats te krijgen in preventief beleid, in combinatie met gerichte voorlichting over de ziekte en de mogelijkheden voor beperking van de kans op besmetting. Ook betrokken beroepsgroepen dienen meer attent te worden gemaakt op het belang van goede diagnostiek en op het nut en de beperkingen van antivirale behandeling.

In het SOA onderzoek en beleid lijkt herpes genitalis weinig op de voorgrond te staan. De levenslange infectieduur en de daaruit voortvloeiende gevolgen zoals de recidiverende ziekteverschijnselen, de voortdurende kans op (genitale) overdracht, de psycho-seksuele problematiek en de mogelijke intra-uteriene of perinatale transmissie vormen, samen met de relatief hoge prevalentie, belangrijke redenen om meer aandacht te geven aan preventie van herpes genitalis.

Literatuur

- 1 Lafferty WE, Coombs RW, Benedetti J, Critchlow C, Corey L. Recurrences after oral and genital herpes simplex virus infection. Influence of site of infection and viral type. *N Engl J Med* 1987; 316: 1444-9.

- 2 Adler HW. Genital herpes. *Br Med J* 1983; 287: 1864-66.
- 3 Mertz GJ, Benedetti J, Ashley R, Selke SA, Corey L. Risk factors for the seksual transmission of genital herpes. *Ann Intern Med* 1992; 116: 197-202.
- 4 Corey L. Genital herpes. In: Holmes KK, Mardh P-E, Sparling PF et al. eds. *Sexually transmitted diseases*. 2nd ed. McGraw-Hill Inc 1990: 391-413.
- 5 Johnson RE, Nahmias AJ, Magder LS, Lee FK, Brooks CA, Snowden CB. A seroepidemiologic survey of the prevalence of herpes simplex virus type 2 infection in the United States. *N Engl J Med* 1989; 321: 7-12.
- 6 Loewhagen GB, Jansen E, Nordenfelt E, Lycke E. Epidemiology of genital herpes infections in Sweden. *Acta Derm Venereol* 1990; 70: 330-4.
- 7 Catotti DN, Clarke P, Catoe KE. Herpes revisited: still a cause of concern. *Sex Transm Dis* 1993; 20: 77-80.
- 8 Hutto C, Arvin A, Jacobs R et al. Intrauterine herpes simplex virus infections. *J Pediatrics* 1985; 110: 97-101.
- 9 Whitley R, Arvin A, Prober C et al. Predictors of morbidity and mortality in neonates with herpes simplex virus infections. *N Engl J Med* 1991; 324:450-4.
- 10 Meijden WI van der, Dumas AM. Consensus preventie van herpes neonatorum. *Ned Tijdschr Geneesk* 1987; 131: 2030-4.
- 11 Centraal Begeleidingsorgaan voor Intercollegiale Toetsing. Consensus curatieve bestrijding van SOA. 1993; ISBN 90-6910: 138-6.
- 12 Ashley R, Cent A, Maggs V, Nahmias A, Corey L. Inability of enzyme immunoassays to discriminate between infections with herpes simplex virus types 1 and 2. *Ann Intern Med* 1991; 115: 520-6.
- 13 Koutsky LA, Ashley RL, Holmes KK et al. The frequency of unrecognized type 2 herpes simplex virus infection among women. Implications for the control of genital herpes. *Sex Transm Dis* 1990; 17: 90-4.
- 14 Arvin AM, Hensleigh PA, Prober CG. Failure of antepartum maternal cultures to predict the infant's risk of exposure to herpes simplex virus at delivery. *N Engl J Med* 1986; 315: 796-800.
- 15 Prober CG, Sullender WM, Yasukawa LL, Au DS, Yeager AS, Arvin AM. Low risk of herpes simplex virus infections in neonates exposed to the virus at the time of vaginal delivery to mothers with recurrent genital herpes simplex virus infections. *N Engl J Med* 1987; 316: 240-4.
- 16 Brown ZA, Vontver LA, Benedetti J, Critchlow CW, Sells CJ, Berry S, Corey L. Effects on infants of a first episode of genital herpes during pregnancy. *N Engl J Med* 1987; 317: 1246-51.
- 17 Prober CG, Hensleigh PA, Boucher FD, Yasukawa LL, Au DS, Arvin AM. Use of routine viral cultures at delivery to identify neonates exposed to herpes simplex virus. *N Engl J Med* 1988; 318:887-91.
- 18 Wasserheit JN. Epidemiological synergy. Interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. *Sex Transm Dis* 1992; 19: 61-77.
- 19 Ehrlich KS, Mills J, Chatis P et al. Acyclovir-resistant HSV-2 isolates in patients with HSV infection. *N Engl J Med* 1989; 320: 293-6.
- 20 Stolz E. Herpes genitalis. Sexueel overdraagbare aandoeningen 1983; 4:2-5.
- 21 Miltenburg HMTM, Paalman MEM, Reus JTNM. Gonorrhoe in Nederland (en enkele beschouwingen over andere SOA): verslag van een telefonische enquête onder behandelaars naar het voorkomen van gonorrhoe in 1985. Utrecht: SOA Stichting 1988.
- 22 Coutinho RA. Jaarverslag 1983 Amsterdams peilstationproject. 1984 Amsterdam, GG en GD.
- 23 Fennema JSA, van den Hoek JAR, Rijdsdijk AJ, van der Linden MMD, Coutinho RA. Het vóórkomen van seksueel overdraagbare aandoeningen bij bezoekers van twee geslachtsziektenpoliklinieken in Amsterdam. 1981-1987. *Ned Tijdschr Geneesk* 1989; 133: 886-90.
- 24 Jaarverslag Geslachtsziektenbestrijding 1991. GG en GD Amsterdam.
- 25 Nahmias AJ, Lee FK, Beckman-Nahmias S. Seroepidemiological and -sociological patterns of herpes simplex virus infection in the world. *Scand J Infect Dis, Suppl.* 1990; 69: 19-36.
- 26 Centers for Disease Control. Genital herpes infection - United States, 1966-1984. *MMWR* 1986; 35: 402-4.
- 27 Johnson RE, Nahmias AJ, Magder LS, Lee FK, Brooks CA, Snowden CB. A seroepidemiologic survey of the prevalence of herpes simplex virus type 2 infection in the United States. *N Engl J Med* 1989; 321: 7-12.
- 28 Catchpole MA. Sexually transmitted diseases in England and Wales: 1981-1990. *Comm Dis Rep Review* 1992; 2: R1-R7.
- 29 Breinig MK, Kingsley LA, Armstrong JA et al. Epidemiology of genital herpes in Pittsburgh: serologic, sexual and racial correlates of apparent and inapparent herpes simplex infections. *J Infect Dis* 1990; 162: 299-305.

Aankondigingen:

(NA-)SCHOLINGSCURSUS INFECTIEZIEKTEN

en

MINISYMPOSIUM: *Mycobacterial infections:* changing views

De Vereniging voor Infectieziekten organiseert in samenwerking met de Boerhaave Commissie voor Postacademisch Onderwijs in de Geneeskunde een (na-)scholingscursus Infectieziekten van 18 t/m 20 november 1993, gecombineerd met een mini-symposium op de avond van 18 november. Zowel de cursus als het minisymposium zullen plaatsvinden in het Leeuwenhorst Congres Centrum Langelaan 3, 2211 XT Noordwijkerhout. Telefoon: 02523-78888.

De cursus heeft tot doel assistent-geneeskundigen en specialisten in de gelegenheid te stellen hun inzicht in de pathogenese, diagnostiek en therapie van infectieziekten te vergroten. In de lezingen wordt vooral aandacht besteed aan nieuwe ontwikkelingen in pathogenese, diagnostiek en behandeling van infectieziekten. Het mini-symposium is gewijd aan het in deze tijd veranderende beeld van tuberculose en infecties door atypische mycobacteriën. De deelnemers krijgen de gelegenheid om in werkgroepen onder leiding van deskundigen de diagnostiek en therapie van infectieziekten te oefenen aan de hand van concrete patiëntenproblemen.

Symposium:

De Nederlandse Vereniging voor Voedingstechnologie (NVVL), de Nederlandse Vereniging voor Mikrobiologie (NVVM) en de Stichting EFFI verzorgen op donderdag 14 oktober 1993 het symposium:

Food microbiology highlights from an international perspective

De sprekers tijdens dit symposium zijn leden van de International Commission on Microbiological Spe-

De cursus en het mini-symposium zijn bedoeld voor assistenten en specialisten interne geneeskunde, kindergeneeskunde, medische microbiologie en andere geïnteresseerden in infectieziekten. Het mini-symposium is ook bedoeld voor longartsen.

Algemene informatie

Inschrijving voor de gehele cursus omvat ook het mini-symposium, aparte inschrijving voor het mini-symposium is eveneens mogelijk.

De kosten voor deelname aan de gehele cursus zijn f 600,- inclusief cursusboek, maaltijden en overnachting. De kosten voor het mini-symposium zijn f 75,- (geen reductie) inclusief cursusboek. Deelnemers aan het mini-symposium kunnen aan het diner deelnemen. De kosten hiervoor bedragen f 45,-.

Inschrijving dient te geschieden vóór 4 november 1993.

Inlichtingen

Bureau van de Boerhaave Commissie voor Postacademisch Onderwijs in de Geneeskunde (Dhr. J.J.L. Muller).
Correspondentie-adres: Postbus 2084,
2301 CB LEIDEN.
Bezoekadres: Wassenaarseweg 62, gebouw 7C,
Leiden. Telefoon: 071-275294

cifications for Food (ICMSF).

Het symposium wordt gehouden in het WICC-IAC, Lawickse Allee 11 te Wageningen. De kosten bedragen f 125,- (inclusief koffie, thee en lunch).

Voor meer informatie:
Stichting EFFI,
Postbus 553
6700 AN Wageningen
Tel: 08370-22114

OVERZICHT DESINFECTIE 1: literatuuroverzicht

Literatuuroverzicht desinfectie in de levensmiddelen-industrie samengesteld, waarin aandacht wordt besteedt aan relevante artikelen op dit gebied. In het overzicht s gebruik gemaakt van Food Science and Technology Abstracts (FSTA) en Current Contents on Disk (CCOD).

OVERZICHT DESINFECTIE 2: toegelaten middelen

Desinfectiemiddelen vallen onder het begrip 'bestrijdingsmiddel' en moeten daarom voldoen aan een aantal toelatingscriteria voordat ze in de handel gebracht mogen worden. Een aanvraag tot toelating kan ingeziend worden bij het Bureau Bestrijdingsmiddelen te Wageningen. Deze instelling houdt ook een register bij met alle toegelaten bestrijdingsmiddelen. Daarin is van elk middel aangegeven de handelsnaam, de werkzame stof, het toelatingsnummer, het toelatingsgebied, de gevaarkodering en de toelatinghouder.

Stichting EFFI heeft de middelen voor gebruik in de levensmiddelenindustrie overzichtelijk gerangschikt

Er wordt ingegaan op algemene richtlijnen voor desinfectie en ontwikkelingen op het gebied van het toetsen van desinfectantia. Daarnaast komen resistentie van mikro-organismen en (nieuwe) producten en toepassingen hiervan aan de orde.

Naast een uitgebreide referentielijst is tevens een overzicht van enkele publicaties met korte samenvatting opgenomen.

De prijs bedraagt f 50,- exclusief BTW.

per werkzame stof. De overige hierboven genoemde gegevens (m.u.v. de gevarenkode) worden ook vermeld. Met dit overzicht kan men gemakkelijk vergelijkingen maken tussen de producten van verschillende fabrikanten.

Eenmaal per jaar worden wijzigingen in dit register opgenomen. De prijs voor het dit jaar vernieuwde overzicht (juli 1993) bedraagt f 75,- (ex. BTW). Men kan zich hierop abonneren voor f 35,- per jaar (ex. BTW).

Inlichtingen:
Stichting EFFI
Postbus 553
6700 AN Wageningen
Tel: 08370 - 22114

GHI 4-weken overzicht

Aantal aangegeven gevallen van infectieziekten over de periode **19 juli - 15 augustus 1993** (week 29 - 32) in Nederland
 Number of notified cases of infectious diseases for the period of **19 July - 15 August** (week 29 - 32) in the Netherlands

| | Groningen | Friesland | Drenthe | Overijssel | Flevoland | Gelderland | Utrecht | Utrecht-stad | Noord-Holland | Amsterdam | Zuid-Holland | Den Haag | Rotterdam | Zeeland | Noord-Brabant | Limburg |
|---|-----------|-----------|---------|------------|-----------|------------|---------|--------------|---------------|-----------|--------------|----------|-----------|---------|---------------|---------|
| Groep A | | | | | | | | | | | | | | | | |
| febris typhoidea | - | - | - | - | - | 2 | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - |
| lassakoorts ea vormen van Afrik. vir. haemorrh. koorts | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| pest/plaque | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| poliomyelitis ant. acuta | - | - | - | 1 | - | - | 3 | - | - | - | 2 | - | - | 1 | - | - |
| rabies | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Groep B | | | | | | | | | | | | | | | | |
| anthrax | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| botulisme | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| brucellosis | - | - | - | - | - | - | 1 | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| cholera | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| difterie | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| dysenteria bacillaris | 1 | - | - | - | - | - | 3 | 2 | 15 | 8 | 4 | - | - | 1 | - | 1 |
| febris recurrens | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| gele koorts/yellow fever | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| hepatitis A | - | - | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | 5 | 5 | 10 | - | 1 | 1 | 6 | 3 |
| hepatitis B | - | 1 | - | 1 | 1 | 2 | - | - | 7 | 6 | 2 | - | - | - | 1 | 1 |
| legionella pneumonie | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 | - | 1 | - | - | - | 1 | - |
| lepra | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| leptospiroses | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - |
| malaria | - | - | - | 2 | - | 1 | - | - | 14 | 13 | 1 | - | 1 | - | 1 | 2 |
| meningitis cer. epidemica | - | - | 1 | 2 | - | - | 1 | - | 3 | - | 1 | - | - | - | 5 | - |
| meningokokken sepsis | - | - | - | 4 | 1 | 2 | 1 | - | - | - | - | - | - | - | 2 | 2 |
| morbilli | 1 | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | 3 | - | - | 1 | 30 | - |
| ornithosis/Psittacosis | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | 1 | 1 | - |
| paratyfus B | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| pertussis | - | - | - | - | 1 | 4 | 6 | 1 | 2 | 2 | 2 | - | - | 1 | 3 | 2 |
| atypische pertussis | - | - | - | 1 | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | 3 |
| Q-koorts/Q-fever | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - |
| rubella | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| scabies | - | - | 2 | 5 | 4 | 1 | 1 | - | 11 | 6 | 7 | - | - | 1 | 4 | 7 |
| tetanus | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| trichinosis | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| tuberculosis | - | 3 | 3 | 2 | 6 | 1 | 6 | - | - | - | 26 | - | 19 | 4 | 3 | 1 |
| tularemia | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| tyfus exanthematicus | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| voedselvergiftiging/ -infectie/foodborn- infections/-poisoning) | 4 | 4 | - | - | - | 2 | 18 | - | 2 | 2 | 2 | - | - | - | 86 | 22 |
| Groep C | | | | | | | | | | | | | | | | |
| gonorrhoea | 2 | 4 | 1 | 7 | 2 | 20 | 7 | 5 | 61 | 56 | 30 | - | 21 | 1 | 5 | 5 |
| syfiis. prim./sec. | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 | 2 | 1 | - | - | - | 1 | 1 |
| syfiis congenita | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| parotitis epidemica | - | - | - | - | 2 | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - | 1 | - |

Aangegeven gevallen van infectieziekten in Nederland per 4 weken, 1992
 Notified cases of infections diseases in the Netherlands per 4 weeks, 1992

| | week 21 - 24 totaal | week 25 - 28 totaal | week 29 - 32 totaal | cumulatief totaal t/m week 32 | |
|---|---------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------------|------|
| | | | | 1993 | 1992 |
| Groep A | | | | | |
| febris typhoidea | 1 | 1 | 3 | 22 | 28 |
| lassakoorts ea vormen van Afrik.vir.haemorrh.koorts | - | - | - | - | - |
| pest/plague | - | - | - | - | - |
| poliomyelitis ant.acuta- | - | - | - | 9 | - |
| rabies | - | - | - | - | - |
| variola | - | - | - | - | - |
| Groep B | | | | | |
| anthrax | - | 1 | - | 1 | - |
| botulisme | - | - | - | - | - |
| brucelloses | - | - | 1 | 1 | 2 |
| cholera | - | - | - | - | - |
| difterie | - | - | - | - | - |
| dysenteria bacillaris | 17 | 12 | 25 | 159 | 150 |
| febris recurrens | - | - | - | - | - |
| gele koorts/yellow fever | - | - | - | - | - |
| hepatitis A | 59 | 36 | 33 | 547 | 368 |
| hepatitis B | 17 | 14 | 16 | 125 | 152 |
| legionella pneumonie | 1 | 5 | 4 | 17 | 8 |
| lepra | 1 | 1 | - | 14 | 2 |
| leptospiroses | - | 1 | 2 | 9 | 9 |
| malaria | 15 | 14 | 21 | 134 | 102 |
| meningitis cer.epidemica | 18 | 11 | 13 | 189 | 203 |
| meningokokken sepsis | 13 | 23 | 12 | 209 | 163 |
| morbilli | 33 | 16 | 36 | 359 | 232 |
| ornithosis/psittacosis | 8 | 3 | 3 | 27 | 46 |
| paratyfus B | - | 1 | - | 3 | 5 |
| pertussis | 20 | 25 | 21 | 107 | 60 |
| atypische pertussis | 3 | - | 5 | 11 | 6 |
| Q-koorts/Q-fever | 1 | 1 | 1 | 17 | 22 |
| rubella | 1 | 5 | - | 14 | 7 |
| scabies | 60 | 79 | 43 | 550 | 445 |
| tetanus | - | - | - | - | 2 |
| trichinosis | - | - | - | - | 3 |
| tuberculosis | 48 | 70 | 55 | 804 | 1052 |
| tularemia | - | - | - | - | - |
| tyfus exanthematicus | - | - | - | - | - |
| voedselvergiftiging/-infectie foodborn infections/-poisoning | 12 | 33 | 140 | 516 | 552 |
| Groep C | | | | | |
| gonorrhoea | 150 | 122 | 145 | 1040 | 1399 |
| syfilis prim./sec. | 8 | 9 | 5 | 69 | 133 |
| syfilis congenita | - | - | - | 2 | 2 |
| parotitis epidemica | 3 | 3 | 4 | 23 | 33 |

Overzicht van bij de Geneeskundige Hoofdinspectie aangegeven gevallen van infectieziekten over de periode 19 juli - 15 augustus 1993 (week 29-32)

In de afgelopen 4-weeken periode werden 3 patiënten aangegeven wegens *buiktyfus*. Alle patiënten hebben de besmetting in Azië opgelopen.

Van *brucellosis* werd 1 geval aangegeven. Het betrof een buitenlandse man die de besmetting mogelijk in Marokko heeft opgelopen.

Wegens *bacillaire dysenterie* werden 25 patiënten aangegeven. De infecties werden veroorzaakt door *S. sonnei* (14), *S. flexneri* (7), *S. boydii* (2), 1 menginfectie van *S. flexneri/S. sonnei* en in 1 geval is het *Shigella* type onbekend. Zeventien patiënten liepen de besmetting in het buitenland op, te weten: 7 in Azië, 7 in Afrika, 1 in Zuid-Amerika en 2 in Europa. In 1 geval is het land van besmetting onbekend. Zeven patiënten werden in Nederland besmet.

Van *hepatitis A* werden 33 gevallen gemeld. In 10 gevallen werd de besmetting mogelijk in het buitenland opgelopen, te weten: Azië (5), Midden- en Zuid-Amerika (2), Midden-Oosten (1) en Europa (2).

Van *hepatitis B* werden 16 gevallen gemeld. Zes patiënten zijn mogelijk besmet via sexueel contact, 2 patiënten door intraveneus druggebruik en in 1 geval mogelijk door een medische handeling. Van 7 patiënten is de bron van besmetting onbekend.

Er werden 4 gevallen van *legionellapneumonie* gemeld. Twee patiënten hebben de besmetting mogelijk in het buitenland opgelopen, te weten: Frankrijk en Spanje. Van de overige 2 patiënten is de bron van besmetting voorsnog onbekend.

Leptospiroses werd bij 2 patiënten gediagnosticeerd. Beiden zijn mogelijk door contact met oppervlaktewater in Frankrijk besmet. Eén patiënt werd besmet met een *Leptospira* serogroep *Ictero-haemorrhagiae*, van de tweede patiënt is de serogroep onbekend.

Er werden 21 gevallen van *malaria* aangegeven. De patiënten hebben de besmetting in de volgende gebieden opgedaan: Oost-Afrika (2 *P. falciparum*), Centraal-Afrika (2 *P. falciparum*), West-Afrika (6 *P. falciparum*), Azië (7 *P. vivax*, 1 *P. ovale*) en Midden- en Zuid-Amerika (2 *P. vivax*, 1 *P. falciparum*).

Het aantal aangegeven patiënten met *meningococcosis* bedraagt 25, waarvan 12 met een sepsis.

Wegens *mazelen* werden 36 patiënten aangegeven. Alle patiënten waren niet gevaccineerd, in 3 gevallen was de reden van het niet vaccineren een godsdienstige overtuiging, in 30 gevallen een antroposofische reden en 3 patiënten vielen vanwege de leeftijd of herkomst buiten het vaccinatieprogramma.

Drie patiënten werden aangegeven wegens *ornithose/psittacose*. Bij 2 patiënten kon contact met vogels worden vastgesteld.

Er werden 21 gevallen van *pertussis* gemeld, waarvan 15 personen niet of onvolledig gevaccineerd waren. In 7 gevallen was de reden van het niet vaccineren een godsdienstige overtuiging, 7 patiënten vielen vanwege de leeftijd buiten het vaccinatieprogramma en in 1 geval was de reden onbekend.

Er werden 5 gevallen van *atypische pertussis* gemeld. Alle patiënten waren volledig gevaccineerd.

Q-koorts werd geconstateerd bij 1 patiënt. Waarschijnlijk is de man door schapen besmet geraakt.

Wegens *scabies* werden 43 personen aangegeven. In 20 gevallen betrof het asielzoekers, bij de overige gevallen ging het om solitaire- of gezinsbesmettingen en in 1 geval betrof het een explosie in een verpleeghuis.

Van *tuberculose* werden 55 gevallen gemeld, waarvan 23 geconstateerd bij Nederlanders en 32 bij buitenlanders.

Wegens *voedselvergiftiging/-infectie* werden 140 patiënten aangegeven.

Eén patiënt is werkzaam in de verzorgende sector en 1 in de horeca. Zeven gezinsinfecties deden zich voor met in totaal 15 personen.

Tijdens een personeelsfeest in een restaurant werden 43 van de 70 personen ziek na het nuttigen van een buffet. Zij werden besmet met een *Salmonella* hadar. Een korte tijd later werden eveneens 18 personen tijdens een familiefeestje in het zelfde restaurant ziek. Ook zij werden met een *Salmonella* hadar besmet.

In een verpleeghuis werden 3 bewoners ziek na het eten van zachte eieren. Zij werden besmet met *Salmonella enteritidis*.

Na een koud buffet in een restaurant, ter gelegenheid van een huwelijksfeest, werden uit een groep van ongeveer 110 personen 39 ziek. Zij werden besmet met een *Campylobacter*.

En 18 personen werden ziek na een lunch in een restaurant.

Van *gonorrhoe* werden 145 gevallen gemeld, waarvan 109 geconstateerd bij mannen en 36 bij vrouwen.

Primaire en secundaire *syfilis* werd vastgesteld bij 4 mannen en 1 vrouw.

Notified cases of infectious diseases registered at the Medical Inspectorate of Health, 19 July - 15 August 1993 (week 29 - 32). Summary of the main points

During the past four-weekly period 3 patients have been reported for *typhoid fever*. They had acquired the infection in Asia.

Brucellosis has been diagnosed in 1 patient, probably infected in Morocco.

For *bacillary dysentery* 25 patients have been notified, caused by *S. sonnei* (14), *S. flexneri* (7), *S. boydii* (2), *S. flexneri/S. sonnei* (1), while in 1 case no *Shigella* group was mentioned. Seventeen patients had acquired the infection abroad.

Hepatitis A has been diagnosed in 33 patients; 10 of them had acquired the infection abroad.

For *hepatitis B* 16 cases have been notified. Six patients have probably been infected by sexual route, 2 via intravenous use of drugs and 1 via a medical treatment. In 7 cases no route of transmission could be established.

For *legionellapneumonia* 4 cases have been reported. Two patients got infected abroad, namely France and Spain. In 2 cases the source of infection is unknown.

Leptospiroses has been diagnosed in 2 patients. They got infected during their holiday in France.

For *malaria* 21 cases have been notified. The patients had acquired the infection in the following malarious areas: East-Africa (2 *Pl. falciparum*), Central-Africa (2 *Pl. falciparum*), West-Africa (6 *Pl. falciparum*), Asia (7 *Pl. vivax*, 1 *Pl. ovale*) and Central- and South-America (2 *Pl. vivax*, 1 *Pl. falciparum*).

Twenty-five patients were notified for *meningococcosis*, 12 of them with septicaemia.

For *measles* 36 cases have been reported. None of them had been immunized.

For *ornithosis* 3 cases have been reported, 2 of them had had contact with birds.

Pertussis has been diagnosed in 21 patients, 6 of them had been immunized.

Five patients have been reported for *atypical pertussis*, they had been immunized.

For *Q-fever* 1 case was reported. The man got probably infected by sheep.

Tuberculosis was found in 55 patients, of whom 32 of foreign origin.

One hundred and forty patients were reported for suffering from *foodborn infections*.

One patient is a health-care worker and 1 a food-handler. Seven family-explosions were reported with total 15 persons.

Forty-three persons, out of a group of 70, became ill after a party in a restaurant. They got infected with *Salmonella hadar*. After a wedding-party in the same restaurant 18 persons became ill, they got also infected with *Salmonella hadar*.

Three persons from a nursing-home became ill after eating eggs. They got infected with *Salmonella enteritidis*.

Thirty-nine persons, out of a group of 110 wedding-guests, became ill after a cold buffet. They got infected with *Campylobacter*.

Eighteen persons became ill after a lunch in a restaurant. They got infected with *Salmonella typhimurium*.

For *gonorrhoea* 145 cases have been reported; 109 diagnosed in men and 36 in women.

Primary and secondary *syphilis* has been found in 4 male and 1 female patients.

Overzicht registratie Laboratorium Surveillance Infectieziekten

Bacteriële ziekteverwekkers, week 29 - 32, 1993
Bacterial pathogens, weeks 29 - 32 1993

| | week | week | week | cumulatief totaal t/m week 087 | |
|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------------|------|
| | 21 - 24 totaal | 25 - 28 totaal | 29 - 32 totaal | 1993 | 1992 |
| Salmonella | 249 | 326 | 326 | 1543 | 1160 |
| S. Agona | 3 | 2 | 1 | 10 | 7 |
| S. Bovismorbificans | 4 | 12 | 7 | 36 | 21 |
| S. Enteritidis | 85 | 132 | 168 | 553 | 313 |
| S. Hadar | 7 | 7 | 6 | 36 | 39 |
| S. Infantis | 2 | 0 | 3 | 17 | 9 |
| S. Livingstone | 2 | 2 | 2 | 18 | 18 |
| S. Panama | 4 | 16 | 1 | 40 | 7 |
| S. Paratyphi A | 0 | 0 | 3 | 4 | 3 |
| S. Paratyphi B | 1 | 1 | 0 | 3 | 7 |
| S. Typhi | 0 | 4 | 0 | 8 | 15 |
| S. Typhimurium | 107 | 111 | 96 | 580 | 509 |
| S. Virchow | 9 | 11 | 11 | 67 | 62 |
| Overige Salmonella | 25 (14) ¹ | 28 (14) ¹ | 28 (18) ¹ | 171 | 150 |
| Shigella | 9 | 10 | 22 | 114 | 135 |
| Shigella boydii | 0 | 1 | 1 | 6 | 5 |
| Shigella dysenteriae | 1 | 0 | 2 | 6 | 3 |
| Shigella flexneri | 5 | 5 | 8 | 38 | 49 |
| Shigella sonnei | 3 | 4 | 10 | 60 | 74 |
| Shigella spp ² | 0 | 0 | 1 | 4 | 4 |
| Yersinia | 11 | 15 | 8 | 74 | 71 |
| Yersinia enterocolitica | 10 | 15 | 6 | 66 | 65 |
| Yersinia frederiksenii | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| Yersinia spp ² | 2 | 0 | 2 | 7 | 4 |
| Listeria | 2 | 1 | 1 | 7 | 6 |
| Listeria monocytogenes | 1 | 0 | 1 | 4 | 5 |
| Listeria spp ² | 1 | 1 | 0 | 3 | 1 |
| Legionella | 0 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| Legionella pneumophila | 0 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| Bordetella | 5 | 7 | 4 | 21 | 5 |
| Bordetella pertussis | 3 | 0 | 1 | 6 | 4 |
| Bordetella parapertussis | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Bordetella spp ² | 2 | 7 | 3 | 15 | 1 |

Bron: Infectieziekten Surveillance Centrum.

Dit overzicht bestaat uit:

1. Salmonella, ingestuurd voor typering naar het laboratorium voor Bacteriologie van het RIVM door de streeklaboratoria. Dit betreft in principe alleen de eerste isolaties bij de mens.
2. Shigella, Yersinia, Legionella en Bordetella volgens melding van Streeklaboratoria aan het Infectieziekten Surveillance Centrum (LSI) van het RIVM

¹ Aantal serotypen / species

² Niet nader geïdentificeerd

Registratie virologische laboratoria

Positieve uitslagen virologische laboratoria, week 29 - 32, 1992
Positive results from laboratories for virology, weeks 29 - 32, 1992

| | week 21 - 24 totaal | week 25 - 28 totaal | week 29 - 32 totaal | cumulatief totaal t/m week 48 | |
|-----------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------------|------|
| | | | | 1993 | 1992 |
| Adenovirus | 62 | 55 | 48 | 552 | 735 |
| Bofvirus | 1 | 3 | 2 | 15 | 6 |
| Chlamydia psittaci | 11 | 4 | 7 | 73 | 89 |
| Chlamydia trachomatis | 219 | 219 | 172 | 1510 | 1520 |
| Coronavirus | 1 | 0 | 0 | 6 | 13 |
| Coxiella burnetii | 4 | 2 | 5 | 36 | 35 |
| Enterovirus | 87 | 111 | 84 | 447 | 547 |
| Hepatitis A-virus | 26 | 21 | 13 | 258 | 226 |
| Hepatitis B-virus | 64 | 53 | 41 | 419 | 483 |
| Influenza A-virus | 13 | 1 | 1 | 242 | 331 |
| Influenza B-virus | 2 | 0 | 1 | 449 | 26 |
| Influenza C-Virus | 2 | 1 | 1 | 17 | 14 |
| Mazelenvirus | 7 | 9 | 7 | 62 | 74 |
| Mycopl. pneumoniae | 42 | 26 | 27 | 522 | 813 |
| Parainfluenza | 67 | 78 | 40 | 331 | 281 |
| Parvovirus | 10 | 13 | 11 | 99 | 40 |
| Rhinovirus | 8 | 11 | 9 | 85 | 59 |
| RS-virus | 6 | 6 | 11 | 682 | 974 |
| Rotavirus | 68 | 40 | 17 | 1218 | 1306 |
| R.conorii | 2 | 0 | 1 | 5 | 0 |
| Rubellavirus | 1 | 0 | 1 | 12 | 8 |

De weergegeven getallen zijn gebaseerd op de aantallen positieve resultaten zoals gemeld door de leden van de werkgroep Klinische Virologie. Zonder toestemming van de werkgroep mogen deze gegevens niet voor andere doeleinden gebruikt worden.

Contactpersoon: B. Kempen, RIVM 030 - 743551

