

Ebola – hoe is Nederland voorbereid?



■ **Jaap T Van Dissel, Harald Wychgel en Aura Timen**
Centrum voor Infectieziektebestrijding, RIVM Bilthoven

De opvang van de eerste persoon bij wie in de Verenigde Staten de diagnose ebola gesteld werd, heeft vragen opgeroepen hoe goed het land is voorbereid op een uitbraak van deze infectieziekte. Betrokkene werd aanvankelijk weggestuurd van de eerste hulp van een regionaal ziekenhuis en pas enkele dagen later toen zijn conditie verslechterd was met spoed opgenomen. Dertien dagen na zijn eerste bezoek aan het ziekenhuis overleed hij. Twee verpleegsters blijken bij zijn verzorging besmet geraakt met het ebola-virus, de eerste gevallen van overdracht van de ziekte in de Verenigde Staten. De isolatieprotocollen en persoonlijke beschermingsmaatregelen van gezondheidswerkers in het ziekenhuis worden scherp onder de loep genomen, en voor het eerst is door het CDC (Centres for Disease Control and Prevention) geopperd de zorg voor ebola-patiënten in slechts enkele ziekenhuizen in de Verenigde Staten te concentreren. In Dallas waren bij de afhandeling van het ebola geval een dozijn lokale, staat en federale overheidsdiensten betrokken en bleken de maatregelen niet optimaal afgestemd. Is Nederland eigenlijk voorbereid?

Tot begin dit jaar was ebola een zeldzame maar ernstige infectieziekte die in relatief kleine uitbraken in Afrika voorkwam. Door het slachten en eten van een ziek wild dier (*bushmeat*) raakt een eerste, de zgn. indexpatiënt besmet, waarna meestal een kleine lokale uitbraak ontstond. Deze uitbraken vonden eerder plaats in afgelegen, rurale gebieden in DR Congo, Zaire, Soedan en Oeganda. Ebola veroorzaakt zulke ernstige klachten dat betrokkenen altijd verzorgd moeten worden, op het moment dat zij het meest besmettelijk zijn. Vooral de mensen die deze zieke patiënten verzorgen zoals familieleden en gezondheidswerkers lopen dan risico om besmet te raken. Omdat de eerste ziektegevallen zelden als zodanig herkend worden, waren ziekenhuizen geregeld het middelpunt van een ebola-uitbraak. De oorsprong van de huidige uitbraak in West-Afrika ligt waarschijnlijk in het regenwoud in Zuidoost Guinee, vermoedelijk door contact van een kleuter met besmette dieren uit het oerwoud. Na de kleuter overleden enkele van zijn familieleden en gezondheidswerkers die hen verzorgden in het regionale ziekenhuis. De uitbraak is in dit land waar niet eerder ebola optrad, pas maanden later herkend en had zich toen al verder verspreid vanuit het grensgebied van Guinee, Liberia en Sierra Leone. Een slecht functionerende gezondheidszorg in landen die zich net aan het herstellen waren van een jarenlange burgeroorlog, wantrouwen naar de overheid, en een gebied met veel verkeer over landsgrenzen die eerder de koloniale dan tribale lijnen volgden, speelden hierbij een essentiële rol.

Ziekteverschijnselen van ebola zoals hoge koorts, hoofd- en spierpijn, en later braken en diarree, treden tussen 2 en maximaal 21 dagen (meestal tussen 5 en 10 dagen) op na besmetting met het

ebola-virus. Deze griepachtige verschijnselen zijn niet specifiek voor ebola, maar komen in de beginfase van veel infectieziekten voor, zoals bijvoorbeeld malaria. Ongeveer de helft van de patiënten krijgt de voor ebola karakteristieke bloedingen. Belangrijk bij de bestrijding van een uitbraak is dat zolang mensen geen ziekteverschijnselen hebben, zij niet besmettelijk zijn voor hun omgeving. Besmetting vindt alleen plaats door direct lichamelijk contact met een patiënt of lichaamsvloeistoffen van de patiënt (zoals bloed, speeksel, diarree en dergelijke). Ook na het overlijden is een lichaam nog besmettelijk, en veel uitbraken bleken achteraf in stand gehouden door begrafenisrituelen waarbij nabestaanden het lichaam van de overledene wassen en aanraken. Anders dan veel andere virale infectieziekten verspreidt het ebola-virus zich niet via de lucht of bijvoorbeeld via muggen. Zonder maatregelen veroorzaakt elk geval van ebola zo'n twee tot drie nieuwe infecties, en verdubbelt het aantal zieken tussen de twintig en veertig dagen. Er is geen geneesmiddel of vaccin tegen ebola beschikbaar. Eenmaal besmet is er een aanzienlijke kans op overlijden (50-90%). De behandeling bestaat hoofdzakelijk uit het bestrijden van de complicaties zoals vochttekort door diarree en de bloedingen.

DE PRINCIPES VAN BESTRIJDING

De principes van bestrijding van een ebola-uitbraak zijn van bewezen waarde in de vele eerdere uitbraken in Afrika, die allen met succes beteugeld werden. Allereerst: herken én isoleer een ebola-patiënt direct zodat er geen nieuwe besmettingen plaatsvinden. Verpleeg betrokkene in isolatie, liefst op een speciale afdeling van het ziekenhuis, afgezonderd van andere patiënten. Personen die in aanraking zijn geweest met een ebola-patiënt worden drie weken lang gevolgd om te kijken of zij ook ziek worden. Is dat het geval, dan worden zij net als de patiënt direct in isolatie geplaatst. Omdat je de contacten kent en dagelijks vervolgt kan je nieuwe zieken eigenlijk altijd afzonderen vóórdat zij anderen hebben kunnen besmetten. Na overlijden van een patiënt moet voorkómen worden dat besmetting optreedt door begrafenisrituelen. Artsen en verpleegkundigen die patiënten verzorgen, dragen beschermende kleding en volgen strikte regels om besmetting te voorkomen. Met deze maatregelen dooft een ebola-uitbraak uit. Echter, hoe succesvol deze principes geïmplementeerd kunnen worden, hangt kritisch af van de mate van organisatie van de gezondheidszorg, de mogelijkheid tot effectieve isolatie van patiënten en opsporing van alle contacten, en training van gezondheidswerkers. Als je de ophef over een eerste geval in de Verenigde Staten beziet, vraag je je af hoe een ontwikkelingsland in West-Afrika met een nu goeddeels afwezige gezondheidszorginfrastructuur en gebrekkige basisvoorzieningen dit voor elkaar moet boksen voor honderden zo niet duizenden gevallen van ebola.

VOORBEREIDING IN NEDERLAND

Ook in Nederland bereiden gezondheidswerkers zich voor op de opvang van ebola-patiënten. Allereerst zou een gezondheidswerker



met ebola vanuit de getroffen gebieden in Afrika kunnen worden gerepatrieerd. Dan is van het begin af aan, vanaf aankomst op de luchthaven tot het ziekenhuisbed, duidelijk wat er dient te gebeuren en is de kans op verdere verspreiding (bijvoorbeeld door een prikaccident) zeer klein. Veel complexer ligt het als iemand in de getroffen gebieden besmet raakt met het ebola-virus en het onbewust meeneemt naar Nederland en pas hier ziek wordt. De kans daarop wordt klein geschat: Nederland heeft immers geen historische banden met Liberia, Sierra Leone of Guinee (zoals de Verenigde Staten bijvoorbeeld verbonden is met Liberia), en de personenstroom uit Nederland naar en van betrokken gebieden is dan ook beperkt. Er zijn geen directe vluchten vanuit Schiphol op de drie meest getroffen landen. Iemand kan in betrokken landen de kans op blootstelling aan ebola ook beperken, door contact met (overleden) ebola-patiënten of ziekenhuizen te vermijden, niet deel te nemen aan begrafenisrituelen en geen contact te zoeken met levende of dode wilde dieren (apen, vleermuizen, bosantilopen) of rauw bushmeat te eten. Ook goede handhygiëne blijft essentieel. Maar een kleine kans betekent niet dat het risico afwezig is en gezien de grote consequenties geldt 'better safe than sorry'. De academische ziekenhuizen hebben de langduriger zorg voor eventuele ebola-patiënten op zich genomen, maar alle ziekenhuizen dienen zich voor te bereiden op de eerste, kortdurende opvang van een 'binnenlopende' patiënt, tot overplaatsing naar een academisch centrum. Afhankelijk van hoe snel een patiënt met ebola als zodanig herkend wordt en in isolatie geplaatst, is er altijd een kleine kans op verdere verspreiding in Nederland onder contacten.

Wanneer iemand in een gebied geweest is waar ebola voorkomt, is het essentieel de eigen gezondheid in de drie weken na thuiskomst in de gaten te houden. Er is geen mogelijkheid het bloed op ebola te testen zolang iemand geen klachten heeft. Anderzijds zijn de klachten zoals koorts, spierpijn en hoofdpijn die kunnen passen bij ebola, niet specifiek voor deze ziekte en komen net zo vaak voor bij bijvoorbeeld malaria. Er moet dus altijd breder gekeken worden dan alleen naar ebola. Wanneer iemand die in betrokken gebieden geweest is klachten krijgt, zal meestal telefonisch contact opgenomen worden met de huisarts. Het initiatief daartoe ligt bij betrok-

kene, en deze wordt daarop expliciet gewezen bij de zgn. exit screen bij vertrek uit het getroffen land. In Nederland is de drempel om bij klachten of koorts na tropenbezoek contact op te nemen met een huisarts gelukkig laag. Essentieel is dat bij de evaluatie van een koortsende patiënt altijd gevraagd wordt waar betrokkene precies geweest is, de zgn. reisanamnese. En koorts en klachten binnen drie weken na bezoek aan een gebied waar verspreiding van ebola plaatsvindt betekent: ebola dient uitgesloten te worden! Wanneer de huisarts het verhaal verdacht vindt voor ebola, zal deze contact opnemen met de GGD: een arts is zelfs verplicht om een verdenking op ebola te melden bij de GGD. Hierna wordt in overleg tussen de huisarts, GGD arts en internist-infectioloog of viroloog van het dichtstbij gelegen academisch ziekenhuis de opvang van betrokkene (bij wie ebola uitgesloten moet worden), en de diagnostiek (die altijd wordt uitgevoerd in het Erasmus MC en BNI-Hamburg) geregeld. Als de bloedtest positief blijkt en de klachten inderdaad op ebola berusten brengen het RIVM en de GGD alle contacten van betrokkene in kaart en wordt bij hen drie weken lang de gezondheid in de gaten gehouden. Als contacten koorts of klachten ontwikkelen, worden zij direct in isolatie geplaatst. Zoals boven aangegeven is dit een effectieve manier om verdere verspreiding van ebola tegen te gaan. Dit heeft zich in Nederland in 2008 bewezen bij een patiënt met het marburgvirus, nauw verwant aan het ebola-virus. Ook de vele eerdere uitbraken in Afrika zijn zo effectief bestreden.

SUCCESSVOLLE BESTRIJDING NIET VANZELFSPREKEND

Het succes van bovenbeschreven principes hangt vanzelfsprekend af van vele factoren die echter geen van alle vanzelfsprekend zijn. Te beginnen met de betrokken patiënt die in geval van klachten in de eerste drie weken na bezoek aan de getroffen landen, niet moet dralen en – liefst telefonisch – direct contact moet opnemen met zijn huisarts of eerstehulparts van een ziekenhuis, onder vermelding van de recente reis. Flyers zoals uitgedeeld worden aan reizigers van en naar Nigeria, de enige directe lijndienst naar de regio vanaf Schiphol, kunnen hierbij behulpzaam zijn. Maar de meeste reizigers uit betrokken landen zijn anoniem en komen via indirecte vluchten op Schiphol aan, vaak maar niet altijd voor een kort in-transit verblijf met een eindbestemming elders.



Foto: Novum





Cartoon: Arend van Dam

benadrukt worden: niets is immers zo dramatisch als het verplegen van collegae die met toewijding en persoonlijke moed de verzorging van een ebola-patiënt op zich hadden genomen en bij het werk besmet zijn geraakt. Buiten het bestek van deze korte opsomming vallen veel andere facetten aan de zorg voor ebola-patiënten: van vervoer naar het ziekenhuis per ambulance en gebruik van de juiste isolatiekamers, veilig uitgevoerde diagnostiek, specifieke problemen betreffende de verzorging van ebola-patiënten op de IC afdeling, tot de schoonmaak achteraf en afvalverwerking, en opsporing en monitoring van contacten, zowel voor als na de ziekenhuisopname. De gevallen in de

Vanuit de luchthaven van Brussel waar wekelijks meerdere vluchten uit de getroffen gebieden aankomen, zullen enkelen per trein of auto naar Nederland komen en een aantal niet direct maar wel binnen 21 dagen na aankomst. Het is daarmee niet doenlijk alle betrokkenen er bij binnenkomst in Nederland op te wijzen bij koorts of klachten direct contact te zoeken met de huisarts, onder nadrukkelijke vermelding van de reishistorie. Een goede exit screen en voorlichting bij vertrek uit het gebied is dus essentieel. Inmiddels ziet de CDC toe op de training voor en uitvoering van deze exit screens. Een vroege herkenning is overigens in het eigen belang van de patiënt, omdat het erop lijkt dat tijdige medische verzorging de prognose verbetert. Dan is er de huisarts of eerste-hulparts die aan de mogelijkheid van ebola moeten denken en daaraan consequenties moeten geven. Ook in het overleg met GGD arts en specialisten uit de academische centra, en in het uitvoeren van gerichte bloedtesten en diagnostiek, geldt immers 'better safe than sorry'. En last-but-not-least de ambulance-dienst- en gezondheidswerkers die zich veilig weten door persoonlijke beschermingsmaterialen, maar in het juist gebruik daarvan, en vooral het veilig uitkleden, geregeld moeten oefenen! Dat dit bepaald geen sine cure is, bewijzen wel de besmettingen van de verpleegsters in Dallas en van de ziekenverzorger in Madrid. Nader onderzoek zal snel moeten uitwijzen hoe hun besmettingen tot stand kwamen. Het belang daarvan – en eventuele aanpassing van werkprotocollen op grond van de uitkomst – kan niet genoeg

Verenigde Staten en Spanje tonen aan hoe moeilijk maar tegelijk essentieel het is om in de praktijk de principes van bestrijding vast te houden en juist uit te voeren, elke keer weer! Tenslotte, hoe noodzakelijk voorbereidingen in Nederland ook zijn ter bescherming van de eigen bevolking, we mogen niet uit het oog verliezen dat de oplossing niet in de voorbereiding van Nederland ligt, maar in het (helpen) bestrijden van de ebola-epidemie in de door de uitbraak zo ernstig getroffen landen van West-Afrika.

Zie ook informatie over ebola op de website van het RIVM, en http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/ Veelgestelde_vragen/Infectieziekten/ Veelgestelde_vragen_Ebola

