

- Interview met nieuwe directeur Centrum Infectieziekten
- Uitspraak Raad van State van belang voor vrijwillige surveillance-systemen
- Verslag van werkconferentie Centrum Infectieziekten
- Zomers weerzien eindigt in mazelen
- Aangifte-overzicht van acute en chronische hepatitis-B-infecties

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

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

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 deze 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 13 januari 2004.

### Binnenland

Het aantal **norovirusoutbreaks** laat in de afgelopen maanden een sterke **stijging** zien. Opvallend is de vroege start van het norovirusseizoen in oktober 2004. Net als in piekjaar 2002 wordt de stijging toegeschreven aan een nieuwe virusvariant binnen het GGII4-genotype. Inf@ct heeft een bericht uitgebracht over een vermoedelijke norovirusoutbreak op een cruiseschip die voer op de Canarische Eilanden.

Het totaal aantal serologisch bevestigde gevallen van **rubella** is sinds 27 september 2004 opgelopen tot 69. De meldingen zijn afkomstig van GGD Regio Twente (13), Hulpverlening Gelderland Midden (14), GGD Midden Nederland (10), GGD Rivierenland (18), GGD Zuid-Holland Zuid (5), GGD Gelre-IJssel (4), GGD Noord-West Veluwe (2), GGD Regio IJssel-Vecht (3). Van 2 van de gevallen is bekend dat het om een zwangere gaat. Er is ook een kind opgenomen in het ziekenhuis (geboren 1998). De gemelde gevallen zijn in de leeftijd van 1 - 31 jaar (gemiddelde leeftijd 14 jaar, mediaan 13 jaar). Op 1 persoon na zijn alle personen niet gevaccineerd. Twee personen zijn niet gevaccineerd vanwege een kritische houding ten opzichte van vaccinaties, het merendeel van de overige personen is bevindelijk gereformeerd. Vermoedelijk is het aantal niet bevestigde gevallen vele malen hoger.

Er is een Europese Early Warning verschenen over de **influenza**-epidemie in **Spanje**. De klinische influenza-activiteit is momenteel hoog (540 influenza-achtige ziektebeelden per 100.000 inwoners) en heeft betrekking op alle leeftijdsgroepen, in het bijzonder de groep 5 - 14 jarigen. Het gaat met name om influenza-A-H3. In Nederland neemt de klinische influenza-activiteit langzaam toe tot bijna 5 per 10.000 inwoners. De influenza typen A H3 en

H1 en influenza B zijn gevonden in monsters afkomstig van zowel huisarts als ziekenhuispatiënten. Inf@ct gaat in een bericht in op het eerste gemelde influenzacluster in een verpleeghuis in de GGD-regio Zuid-Hollandse eilanden. Aan bewoners en werknemers is conform de protocollen van NVVA en de LCI profylaxe en therapie met oseltamivir voorgeschreven.

Begin oktober is voor de tweede maal in Nederland een patiënt met een bevestigde infectie met ***Echinococcus granulosus*** gediagnosticeerd. Mensen kunnen geïnfecteerd raken met *E. granulosus* door orale opname van eitjes, uitgescheiden door de hond, die eindgastheer is. In Nederland wordt deze aandoening meestal gevonden als importziekte bij patiënten afkomstig uit het Middellandse Zeegebied of uit Afrika. Daar komt *E. granulosus* endemisch voor; het betreft dan met name de voor de mens pathogene schapenstam. Er komen echter meerdere genotypen voor met elk hun specifieke tussengastheer. Slechts een deel hiervan veroorzaakt ziekte bij de mens. Bij deze patiënt blijkt uit typeringsonderzoek dat het gaat om het genotype van het rund. Hoewel runderen in Nederland tijdens de slacht worden onderzocht op het voorkomen van *Echinococcus*-blazen, is dit de laatste jaren niet meer gezien. Deze bevinding laat zien dat ontwormen van honden en slachthuiscontrole in Nederland van groot belang blijven. Bovendien zou ook bij Nederlandse patiënten met een cyste gedacht moeten worden aan de mogelijkheid van een *Echinococcus*-infectie en zou de cystenvloeistof aangeboden kunnen worden voor een nadere typering.

De projectgroep Watermicrobiologie van het RIVM heeft met behulp van concentratiestappen en moleculaire technieken in een watermonster uit de **Maas** RNA van het **hepatitis-A-virus** (HAV) aangetroffen. Het RIVM voert door middel van sequentieanalyse typering uit op de gegenereerde RT-PCR-producten. In Nederland circuleren namelijk verschillende HAV stammen afhankelijk van de transmissie. Het is de eerste keer dat hepatitis-A-virus in Nederlands oppervlaktewater wordt aangetroffen.

Met instemming van VWS heeft Sanquin maatregelen genomen om donoren uit te sluiten die zelf eerder een **bloedtransfusie** hebben ondergaan. Deze voorzorgsmaatregel is gericht op de lange termijn. Met het veilig worden van de voedselketen, kan hiermee een mogelijke circulatie van **vCJD** (de variant van de ziekte van Creutzfeldt-Jakob) bij de mens via een bloedtransfusieketen in de toekomst worden voorkomen. In Groot-Brittannië bestaat

grote zorg over een tweede golf van vCJD-infecties. Het is onduidelijk hoeveel mensen drager zijn van het prion en mogelijk als bloeddonor zorgen voor verdere verspreiding via bloedtransfusies. Schattingen wijzen op mogelijk 25.000 nieuwe gevallen in Groot-Britannië. Enkele maanden geleden werd bekend dat 2 mensen in Groot-Britannië vCJD vermoedelijk hebben verkregen via bloedtransfusie.

Tuberculosebestrijding Utrecht is een omvangrijk **contactonderzoek** in de GGD-regio Midden Nederland gestart. Bij een medewerker van een supermarkt werd op 18 november jl. **open longtuberculose** geconstateerd. Nadat uit het eerste ringonderzoek bleek dat familie en vrienden besmet waren, is de TBC-bestrijding Utrecht gestart met een contactonderzoek onder alle medewerkers van de supermarkt. Op 9 december zijn 40 mensen (van 71 onderzochte medewerkers) positief bevonden. Gezien het grote aantal positieve Mantouxreacties onder de medewerkers, is overgegaan op onderzoek onder klanten van de supermarkt die vanaf de zomer tot en met 18 november in de winkel zijn geweest.

Een inf@ctbericht heeft betrekking op een epidemie van **scabiës** in een ziekenhuis, een verpleeghuis en een verzorgingshuis in het oosten van het land. Voor zover bekend, zijn 22 mensen besmet geraakt. De bron blijkt een 78-jarige patiënte, die sinds juli scabiës crustose (norvegica) had. De vrouw woonde destijds zelfstandig in een woonzorgcomplex, waar ze thuiszorg en 2 keer per week een dagbehandeling kreeg. Vanaf begin oktober is ze 5 weken opgenomen geweest op de geriatrie afdeling van een ziekenhuis, waarna ze op 8 november is overgeplaatst naar een verpleeghuis. Personeelsleden, patiënten, bewoners en contacten zijn preventief behandeld met lindaan en permetrine. Zwangere personeelsleden zijn behandeld met benzylbenzoeaat. Het verpleeghuis heeft enkele dagen een opnamestop ingesteld.

Er was een **cluster** van **psittacose** onder dierenartsen die deel hebben genomen aan een cursus. Enkele dierenartsen zijn ziek geworden na contact met 7 papegaaien. Twee personen zijn in het ziekenhuis opgenomen met een respiratoir beeld. Bij beide patiënten is een positieve PCR voor *Chlamydia psittaci* in respiratoir materiaal gevonden. De GGD en de VWA hebben het cluster in onderzoek.

## Buitenland

Vanaf eind oktober hebben 10 neonaten in Frankrijk een infectie met *Enterobacter sakazakii* gekregen. Er zijn 2 zuigelingen overleden. Verschillende patiënten hebben speciale melkvoeding Pregestimil gekregen, die is bestemd voor

kinderen met een intolerantie voor koemelk. De producent van de zuigelingenvoeding Mead Johnson, heeft uit voorzorg wereldwijd alle verpakkingen Pregestimil uit de handel gehaald. Het gaat om blikken melkpoeder van 425 gram. In Nederland is Pregestimil alleen via de apotheek verkrijgbaar. Het wordt ook gebruikt op kinderafdelingen van ziekenhuizen. Het is nog niet vastgesteld of het overlijden van de zuigelingen in Frankrijk het gevolg is van een besmet product, een verkeerde bereidingswijze of een combinatie van beide. De Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) heeft naar aanleiding van deze infecties in Frankrijk onderzoek gedaan naar instant zuigelingenvoeding in Nederland. Er werden 9 monsters Pregestimil en Nutramigen onderzocht. In de monsters is geen besmetting met de bacterie *Enterobacter sakazakii* aangetroffen. In ISIS vinden we eveneens geen aanwijzing voor een actueel probleem in Nederland. In 2004 is slechts 1 geval van infectie met *E. sakazakii* in de leeftijd van 0 tot 2 jaar gezien.

Het aantal gevallen van **polio** in **Soedan** is in het afgelopen half jaar fors gestegen nadat in juni het eerste polio-geval sinds jaren gerapporteerd werd. Het aantal geregistreerde gevallen bedraagt volgens de WHO momenteel 105. Deze toename is zorgelijk omdat bestrijding in Soedan moeilijk is vanwege de politieke situatie. Het is een groot land met poliohaarden in 3 verschillende gebieden. In deze gebieden hebben lokale "overheden" de macht en ontbreekt aansturing vanuit de hoofdstad. Daarnaast zijn er veel vluchtelingen en is er grote kans op verdere uitbreiding van de epidemie naar de 9 buurstaten waar grotendeels vergelijkbare omstandigheden zijn. Tenslotte bestaat de mogelijkheid van verdere verspreiding naar het Midden-Oosten, omdat Soedan veel internationale links met dit deel van Azië heeft. Zo is bij een 2-jarig Sudanese meisje poliomyelitis vastgesteld een dag nadat ze in Saudi-Arabië arriveerde.

Het aantal bevestigde gevallen van aviaire influenza door **H5N1** in **Vietnam** neemt in de afgelopen weken gestaag toe. Tussen 24 december en 28 januari zijn 12 patiënten gerapporteerd, waaronder 9 overlijdensgevallen. De lagere temperaturen in Vietnam bevorderen verspreiding van influenzavirus. Hierdoor worden meer outbreaks, mogelijk vergezeld van sporadische humane gevallen verwacht. De festiviteiten rondom het nieuwjaarsfeest van half februari (met veel pluimveeverkeer) kunnen eveneens bijdragen tot meer humane gevallen in Vietnam. De WHO onderzoekt een cluster van 3 patiënten (2 bevestigd en 1 niet bevestigd) waarbij geen sprake is van pluimveecontact. Transmissie heeft mogelijk plaatsgehad door mens-op-mens overdracht of door gezamenlijke consumptie van een gerecht waarin rauw eendenbloed was verwerkt.

In 2004 is de 'case fatality rate' onder patiënten met een **meningokokkeninfectie** in **Schotland** opvallend **hoog**. Health Protection Scotland heeft artsen en het algemene publiek gewaarschuwd om alert te reageren bij een vermoedelijke meningokokkeninfecties. De 'case fatality rate' van 11,1% (14 van de 126 patiënten) is in de afgelopen 10 jaar niet zo hoog geweest. De patiënten bevinden zich in diverse leeftijdsgroepen. Voor zover bekend gaat het in 5 gevallen om serogroep B en eenmaal om serogroep C, W135 en Y. Er is geen epidemiologische of moleculaire link tussen de patiënten. In Nederland zien we deze toename niet: de 'case fatality rate' blijft met ongeveer 5% stabiel.

In **Noorwegen** was een outbreak van **Salmonella Thompson**. Uit een case-controlstudie komt **rucola** sla als oorzaak van deze outbreak naar voren. Aangezien de meeste rucola sla in Noorwegen wordt geïmporteerd, is er mogelijk ook in andere landen een toename van *Salmonella Thompson*. In Nederland is geen stijging van isolaten van *Salmonella Thompson* gezien.

Meer dan 100 personen die **Vancouver Island (Canada)** hebben bezocht of daar wonen hebben sinds 1999 een **Cryptococcus gattii-infectie** opgelopen. Deze schimmelinfectie kan leiden tot luchtwegklachten en neurologische problemen. Er zijn 4 mensen overleden. Daarnaast zijn een paard, 11 dolfinen en tientallen honden en katten overleden. Tot voor kort kwam deze schimmel alleen voor in een (sub)tropisch klimaat. Nu de schimmel wijdverbreid voorkomt op het klimatologisch gematigde Vancouver Island bestaat de zorg dat het de potentie heeft tot verdere verspreiding naar andere gebieden met een gematigd klimaat.

In Japan hebben 6 mensen **hepatitis E** verkregen na het eten van **varkenslever** in een barbecuerestaurant. Eén persoon overleed aan een fulminante hepatitis. Eén van deze personen was bloeddonor en heeft voordat de infectie was bevestigd bloed gegeven, waarna verschillende andere mensen geïnfecteerd raakten.

In Maryland (VS) was een opvallend cluster van **hepatitis-C-infecties** dat wordt toegeschreven aan gecontamineerde **technetium**. Technetium is een radioactief isotoop dat wordt gebruikt voor diagnostisch onderzoek. Het isotoop wordt geïnjecteerd in de bloedbaan. Het ziekenhuis in Maryland maakte gebruik van elders, individueel voorbereide injectiespuiten. Bij 8 patiënten die op 15 oktober met technetium onderzocht werden, zijn antistoffen tegen hepatitis C aangetoond. Eén persoon is aan de infectie overleden. Het is onduidelijk hoe het isotoop besmet is geraakt. Het bedrijf dat de spuiten met isotopen heeft aangeleverd is tijdelijk gesloten zolang het onderzoek naar de bron van besmetting loopt.

Het aantal gevallen van **bof in Ierland** is vanaf november 2004 opvallend toegenomen. Het betreft vooral jongeren in de leeftijd van 15 tot 24 jaar. De plotselinge toename wordt veroorzaakt door verschillende outbreaks in het middelbaar en hoger onderwijs. Deze leeftijdsgroepen hebben als kind slechts 1 BMR-vaccinatie ontvangen. Afgelopen najaar werd een vergelijkbare stijging in Engeland en Wales gezien.

Een Zweedse patiënt heeft na een rondreis door **Thailand mazelen** gekregen. In de gebieden die door de zeebeving zijn getroffen worden outbreaks van mazelen gemeld. Een BMR-vaccinatie is geadviseerd voor ongevacineerde hulpverleners die geboren zijn tussen 1970 en 1976 en naar deze gebieden vertrekken.

Het **Filippijnse** Ministerie van Gezondheid heeft 98 gevallen van **meningokokkenziekte** gerapporteerd. Er overleden 32 patiënten. Bij 8 patiënten wees de bloedkweek *Neisseria meningitidis* aan. Actieve surveillance en bestrijdingsmaatregelen (chemoprophylaxe voor naaste contacten, vaccinatie van gezondheidswerkers) zijn van start gegaan.

A.W.M. Suijkerbuijk



## BERICHTEN

## Unieke kans voor nieuw Centrum

**P**rof. dr. R. Coutinho, van huis uit microbioloog, begon 1 februari aan een nieuwe uitdaging. Hij verliet de GG&GD Amsterdam en werd directeur van het nieuwe Centrum Infectieziekten. De komende maanden zal hij het Centrum verder vormgeven. Een eerste kennismaking.

In 2003 ontsnapte Nederland ternauwernood aan de wereldwijde SARS-epidemie. Op hetzelfde moment heerste in ons land de vogelgriep, waardoor het bestrijdingsapparaat zwaar werd belast. De gedachte van de laatste jaren dat infectieziekten onder controle waren, bleek een verkeerde. Al veel eerder was gebleken dat uit het niets nieuwe pathogenen kunnen opduiken, zoals het HIV-virus in de jaren '80. Coutinho, toen werkzaam bij de Amsterdamse GG&GD, was van het begin af aan bij de bestrijding van HIV betrokken. 'Dit virus heeft inmiddels gezorgd voor een wereldwijde epidemie die zijn weerga niet kent, en stelt de mensheid voor een zeer grote uitdaging.' En recenter was er dus de dreiging van SARS, de vogelgriep in Azië en sinds de aanslagen van 11 september is er ook een reële mogelijkheid op een aanval met biowapens. Het belang van een goede infectieziektebestrijding drong door in politiek Den Haag en deed minister Hoogervorst van VWS besluiten tot het oprichten van een Centrum Infectieziekten. Coutinho: 'Infectieziekten staan weer hoog op de politieke agenda. Het klimaat is veranderd en door deze politieke keuzes is er nu een unieke kans om een Centrum op te zetten en de bestrijding in Nederland goed te organiseren. Ik heb altijd geroepen dat er zo'n Centrum moest komen en nu is het moment daar. Ik had een mooie baan als directeur van de GG&GD Amsterdam, maar deze kans kon ik niet laten liggen.' Coutinho verliet Amsterdam en dient nu bij het RIVM heel Nederland. 'Ik kende het RIVM natuurlijk al. Zo was ik in de tijd dat Ruitenberg hier nog de baas was korte tijd adviseur. Ik ben er nu een paar keer geweest en vond dat heel inspirerend. Er lopen op het RIVM veel goede professionals rond.'

## Gebundelde kennis

Coutinho waagt zich niet aan een voorspelling wat de grootste infectieziektebedreiging op dit moment is, want 'wie had ooit SARS of HIV verwacht?' Wel vindt hij dat Nederland de afgelopen jaren niet goed genoeg voorbereid was op grote uitbraken van infectieziekten. In sommige gevallen werd specifieke infectieziekte-expertise

afgebouwd, bijvoorbeeld bij ziekten die hier niet meer voorkomen. Coutinho: 'De uitdaging is om het Centrum dusdanig te organiseren dat we problemen snel en adequaat kunnen aanpakken. De kunst is om (wetenschappelijke) kennis goed in te zetten. Alles bij elkaar brengen, zonder dat dat op één plaats hoeft, heeft een grote meerwaarde ten opzichte van verbrokkelde kennis.' Coutinho was in het verleden nogal eens kritisch over het RIVM. Hij zegt daarover: 'Ik vind dat het RIVM te ver van de werkelijkheid staat. Er is een grote afstand tot de dagelijkse gang van zaken op de GGD, zeker tot die van de grote stad. In het veld heeft het RIVM het imago van een ivoren toren in de bossen van Bilthoven. Of dat terecht is of niet, doet er niet zoveel toe. We moeten het beeld veranderen door meer moeite te doen om met de dagelijkse praktijk in contact te komen. We moeten de buitenwereld laten zien dat we ook dienstverlenend kunnen zijn.'



Prof. dr. R. Coutinho

## Rol van het Centrum

Het Centrum zal de komende maanden een definitieve vorm krijgen. De afgelopen weken zijn in werkgroepen en tijdens een werkconferentie van 24 januari jl. de professionals gevraagd om mee te denken over de vorm van het Centrum en de rol die het Centrum kan vervullen. Coutinho: 'Het Centrum moet niet bang zijn dingen naar zich toe te trekken en evenmin bang zijn om dingen over te laten aan andere expertisecentra in Nederland. De tijd dat je alles zelf kunt doen is voorbij. Ook kan het Centrum professionals verzamelen voor een advies. Je wordt nooit een expertisecentrum door het te roepen, maar wel door goede dingen te laten zien. Het norovirusonderzoek van het RIVM is een mooi voorbeeld hoe dat kan. Dat is binnen het RIVM uitstekend opgepakt en die expertise wordt nu nationaal en internationaal erkend. Dat geldt ook voor de tuberculostypering en zo zijn er nog meer

---

### deze kans kon ik niet laten liggen

---

voorbeelden.' Bij pathogenen die gebruikt kunnen worden als biologisch wapen moet het Centrum snel voor goede diagnostiek zorgen. Hij zegt daarover: 'Dat kan door zelf diagnostiek te ontwikkelen, maar ook door precies in kaart te brengen waar bijzondere diagnostiek vereist kan worden. We hoeven het wiel niet nogmaals zelf uit te vinden. Het Bureau LCI maakt goede protocollen en die taak kan nog uitgebreid en verbeterd worden. Ik ben trouwens erg blij dat het Bureau LCI bij het Centrum komt, dat versterkt de binding met de praktijk.'

## Internationaal

'Ook internationaal kan het Centrum een belangrijke rol spelen. Allereerst ben ik blij dat er een Europees Centrum komt, al leert de ervaring dat Europese processen lang-

zaam gaan. Landen zijn bang om expertise en macht kwijt te raken en niemand wil kennis afstaan. Ik denk dat buiten Europa het Centrum ontwikkelingslanden zou kunnen steunen bij armoedeziekten als malaria, HIV en tuberculose, door ter plaatse expertise op te bouwen. Zo kan een ontwikkelingsland aan de lokale infectieziekteproblematiek werken en houdt Nederland haar expertise in stand. Hierdoor ontstaat een win-winsituatie. De Engelsen, de Amerikanen, de Fransen en de Duitsers hebben allemaal onderzoekscentra op het gebied van infectieziekten opgezet in ontwikkelingslanden, vooral in Afrika. Dat levert veel op voor beide kanten en het werkt enorm motiverend.' Coutinho werkte in Amsterdam jarenlang aan HIV. Het werk is nog lang niet af, ondanks dat de epidemie in Nederland redelijk onder controle is. 'Er is wetenschappelijk nog heel veel te doen. Zo zijn we met een vaccin tegen HIV nog geen steek verder. Ik vind dat we door moeten gaan, er is nog veel te doen en het werken aan HIV heeft enorme spin-off. Je komt daardoor in contact met de nieuwste technieken.'

## Betrokken

'Ik vind mezelf geen echte manager, maar een professional in de infectieziektebestrijding. Ik houd niet van lange vergaderingen of lange gesprekken en bureaucratie geeft me geen vreugde. Bij collega's sta ik, denk ik, bekend als iemand die ongeduldig is.' De verwachtingen van betrokkenen over het Centrum zijn hooggespannen en daar is Coutinho blij mee: 'De laatste maanden is duidelijk geworden dat iedereen zich betrokken voelt bij de vorming van het Centrum. Ik ben blij dat het Centrum begint te leven en collega's in het veld enthousiast zijn.'

**P. Bijkerk**, Eindredacteur Infectieziekten Bulletin, e-mail: paul.bijkerk@rivm.nl.



## Werkconferentie Centrum Infectieziekten

# Nieuwe Centrum moet relaties met het veld goed verzorgen

**S**amenwerking met de partners en financiering waren 2 van de discussiepunten tijdens de conferentie over het nieuwe Centrum Infectieziekten, op maandag 24 januari jl. Er waren zo'n 150 deskundigen uit het hele veld van de infectieziektebestrijding aanwezig.

Velen zagen het als een unieke gebeurtenis dat er zoveel betrokkenen bij elkaar waren. "Het Centrum moet de steun zien te krijgen van de beroepsgroepen. Maar uit de opkomst van vandaag blijkt dat die steun er voor een belangrijk deel al is", betoogde G. Ruijs, voorzitter van de voorbereidende werkgroep Diagnostiek, Surveillance en Early warning. Iedereen was het erover eens dat het Centrum de relaties met 'het veld' goed moet verzorgen. De samenwerking loopt als een rode draad door alle niveaus, vond onder meer de werkgroep Diagnostiek, Surveillance en Early warning. "Het mag geen eenrichtingsverkeer worden, maar moet de vorm krijgen van een partnership. Het succes van het Centrum hangt af van wederzijds vertrouwen en van elkaar snel weten te vinden", vertelde G. Ruijs. "Dan zal iedereen het gaan zien als 'ons' Centrum." T. Coenen, voorzitter van de werkgroep Preventie, vond dat het Centrum moet weten wat de verschillende partijen verwachten. "Niet via af en toe een gesprek, maar structureel. Het Centrum moet een echte netwerkorganisatie worden en jaarlijks een beleid formuleren, gebaseerd op een gedeelde visie."

### Regiefunctie

Wat betreft de toekomstige regiefunctie vond men dat het Centrum vooral moet bekijken wat goed loopt en wat beter kan in de bestrijding. Wat goed loopt, moet vooral zo blijven. Het Centrum moet geen bestaande taken overnemen, alleen als dat een meerwaarde heeft voor een bepaald terrein of voor de samenhang tussen onderdelen. F. Coumans, voorzitter van de werkgroep Ketenregie en Outbreakmanagement benadrukte dat regie voeren betekent dat het Centrum kan aangeven wat er moet gebeuren, maar vervolgens alle creativiteit en ruimte moet overlaten aan de professionals. Regie voeren kan alleen als het Centrum draagvlak heeft verworven. Ook wat betreft richtlijnen zullen beroepsgroepen primair verantwoordelijk blijven, meende J. Broekmans, voorzitter van de werkgroep Ondersteuning. Deze werkgroep zag als taak voor het Centrum wel het opstellen van multidisciplinaire richtlijnen, op het snijvlak van verschillende disciplines. Het Centrum kan ook internationale richtlijnen vertalen naar de Nederlandse situatie, maar wel in samenwerking met de beroepsgroepen. Als aandachtspunt noemde

Broekmans verder de agendering bij het ministerie "om ervoor te zorgen dat afspraken met beroepsgroepen ook daadwerkelijk gerealiseerd kunnen worden."

### Wetenschap

De positie van het Centrum ten opzichte van het Ministerie van VWS was nog wat onduidelijk en daarover werden enkele vragen gesteld. J. van Vliet, beleidsmedewerker van VWS, liet weten dat het Centrum het aanspreekpunt zal worden wat betreft het beleid op het gebied van infectieziekten, maar dat het ministerie uiteraard haar politieke verantwoordelijkheden behoudt. De zaal vond verder dat het Centrum weinig financiële middelen heeft: de extra €3 miljoen per jaar voor het Centrum werd gezien als een bescheiden start. Vooral op het gebied van wetenschappelijk onderzoek kan dat spanningen opleveren, vond F. Miedema, waarnemend voorzitter van de werkgroep Wetenschap. Weliswaar is er €5 miljoen extra voor wetenschappelijk onderzoek en dat lijkt veel, maar het is zo op. "Het is onmogelijk om met dit budget voor wetenschap het Centrum goed van de grond te krijgen. Maar het Centrum moet straks wel expertise en gezag krijgen. Dat is moeilijk, want het wetenschappelijke veld is sterk. Het is daarom een essentiële opdracht voor het Centrum om synergie met het veld te zoeken en een idee te krijgen wat er wel en niet gebeurt, zowel in Nederland als internationaal. Het is belangrijk dat het Centrum nagaat op welke punten andere landen al sterk zijn en zo een goed gevoel krijgt voor de Europese balans."



Werkconferentie.



M. Sprenger, DG van het RIVM, die met veel belangstelling de discussie in de zaal volgde, relativeerde de discussie over te weinig geld. Hij wees op het feit dat het Europese Centrum voor Infectieziektebestrijding bij de start slechts over 16 medewerkers en een tiende van het budget van het Nederlandse centrum kon beschikken, terwijl de ambities daar ook hoog zijn.

### Competitie

Als oplossing voor de financiering van wetenschappelijk onderzoek werden onder meer allianties met universiteiten genoemd. Sommigen zagen wel het gevaar van competitie tussen het Centrum en universiteiten. Directeur R. Coutinho zei daarover: "Het Centrum krijgt een regiefunctie in het onderzoek, maar gaat ook kennis vergaren door zelf onderzoek te doen. Het is onvermijdelijk dat daar een spanningsveld ontstaat en we kunnen inderdaad een competitor worden. Maar dat is niet ongezond. Belangrijk is wel dat externe raden, bijvoorbeeld een wetenschappelijke adviesraad, daar goed op toezien."

Middagvoorzitter M. de Visser, vice-voorzitter van de Gezondheidsraad, prees de bereidheid van de aanwezigen om een deskundige inbreng te leveren. "Wat ons bindt is de vraag hoe we de bestrijding en preventie nog verder kunnen verbeteren. We hebben vandaag veel bouwstenen gekregen voor een mooi werkplan." Ook was er lof voor het tempo waarin het Centrum zich aan het vormen is. Coumans benadrukte dat de bestaande instanties en organisaties nu geen adempauze moeten inlassen, in afwachting van wat het Centrum gaat doen. "We moeten gewoon doorgaan met wat we doen. Er zijn goede structuren en die moeten we in stand houden." Coutinho beaamde dat. "Deze conferentie is een heel goede start, maar het oprichten van een Centrum heeft tijd nodig. Verwacht daarom niet dat alles ineens verandert, want dan kan het enthousiasme dat ik nu zie, omslaan in frustratie. Dit heeft tijd nodig. Ik denk binnen een paar maanden met de grote lijnen voor het Centrum te komen."

K. Vermeer, communicatiemedewerker RIVM-VCI,  
e-mail: kees.vermeer@rivm.nl



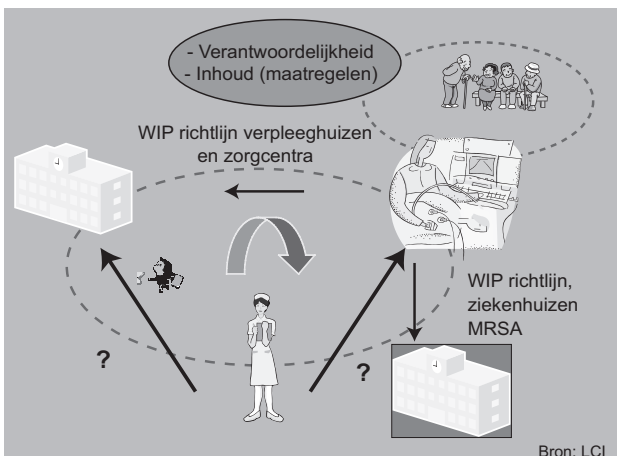
## MRSA in de openbare gezondheidszorg

**V**oor MRSA in de openbare gezondheidszorg is een (concept-)draaiboek gemaakt. Op een plenaire bijeenkomst van het Landelijk Overleg Infectieziektebestrijding op 9 november jl. werd het draaiboek gepresenteerd.

In 1941 werd de eerste penicillineresistente stafylokok geïsoleerd en 3 jaar na de introductie van meticilline in 1958 werd de eerste meticillineresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) vastgesteld. Zes jaar na de introductie van vancomycine in 1986 werd de eerste vancomycineresistente *Staphylococcus aureus* (VRSA) geïsoleerd. Wereldwijd zijn er enkele dominante klonen van MRSA. Alle MRSA's bevatten het Meca-gen. MRSA's zorgen in veel

landen voor een toename van morbiditeit, mortaliteit, kosten en voor de verandering van het antibioticabeleid. De prevalentie in Nederland is voorlopig nog laag (minder dan 0,1% in de algemene bevolking). De laatste jaren lijkt er sprake te zijn van een toename in Nederland, maar dit kan ook heel goed veroorzaakt zijn door een verandering van de laboratoriummethode (gebruik ophopingsmedium), de MRSA-epidemie in de regio Rijnmond (193 gevallen) en een toename van het aantal naar het RIVM gestuurde isolaten. De bestrijding van MRSA berust op 2 peilers: een verantwoord antibioticabeleid en het voorkomen van transmissie. Transmissie wordt voorkomen door het zogenaamde 'search and destroy'-beleid in ziekenhuizen. Search staat voor vroege opsporing van dragers en destroy voor eradicatie van de bacterie bij dragers. Een reservoir voor MRSA zijn patiënten, medewerkers in de zorg en de omgeving.

Naast de bestaande richtlijnen van de Werkgroep Infectiepreventie voor MRSA in ziekenhuizen, verpleeghuizen, woon-/zorgcentra en de richtlijn voor de thuiszorg van het Kwaliteitsinstituut voor Toegepaste Thuiszorgver-



nieuwing (KITZ) is er nu een (concept)draaiboek voor MRSA in de openbare gezondheidszorg. Op een plenaire bijeenkomst van het Landelijk Overleg Infectieziektebestrijding werd dit draaiboek gepresenteerd en toegelicht door 5 van de opstellers: A. Timen (bureau LCI), D. Beaujean (bureau LCI), H. Wertheim (Erasmus Medisch Centrum Rotterdam), E. van Dijk (GGD Zeeland) en Y. Aarts (Thuiszorg Eindhoven). De belangrijkste aanleiding voor het schrijven van dit draaiboek is de toenemende betrokkenheid van GGD'en bij vragen over MRSA en het ontbreken van een richtlijn. Het uitgangspunt van het draaiboek is het voorkomen van introductie van MRSA vanuit de openbare gezondheidszorg in ziekenhuizen en verpleeghuizen. GGD'en kunnen, afhankelijk van de lokale situatie, risico's inventariseren, voorlichting geven, kweken (laten) afnemen en/of dragers (laten) behandelen. Het draaiboek geeft aan wat de GGD kan doen, niet wat de GGD moet doen. Uit de gepresenteerde praktijkervaringen van GGD Zeeland en Thuiszorg Eindhoven blijkt dat er nog veel onduidelijk is over de taakverdeling bij de aanpak van MRSA-problemen buiten de zorginstellingen. De discussie ging over de vraag of MRSA een meldingsplichtige ziekte volgens de Infectieziektenwet zou moeten

worden. De bestrijding is doorgaans een zaak voor de instellingen. Anders ligt het bij de zogenaamde community-acquired of beter: community-onset-MRSA. Dit is in een deel van de gevallen een GGD-verantwoordelijkheid. Veel MRSA's die niet direct aan een ziekenhuis gerelateerd lijken te zijn, zijn daar indirect toch van afkomstig. Maar van recente datum zijn de casuïstische mededelingen over ernstige, veelal abcederende infecties met MRSA bij mensen zonder de bekende risicofactoren. Het gaat hierbij om zogenaamde PVL-stammen die andere resistentiegenen hebben dan de 'gewone MRSA'. Bij deze vaak ernstige MRSA-infecties, die opgelopen zijn buiten het ziekenhuis, zou het goed zijn als de GGD brononderzoek doet, want transmissie en kleine clusters komen voor.

Het conceptdraaiboek MRSA in de openbare gezondheidszorg moet nog worden vastgesteld door het Landelijk Overleg Infectieziektebestrijding. De presentaties van de plenaire bijeenkomst zijn te vinden op: [www.infectieziekten.info](http://www.infectieziekten.info).

J.A. van Vliet, arts infectieziekten, RIVM-CIE,  
e-mail: [Hans.van.vliet@rivm.nl](mailto:Hans.van.vliet@rivm.nl)



## Uitspraak Raad van State van belang voor vrijwillige surveillancesystemen



**O**p 1 december jl. besloot de Raad van State dat gegevens over ziekenhuisinfecties uit het PREZIES-netwerk van rechtswege niet openbaar gemaakt hoeven te worden. Begin 2004 was de Rechtbank van Rotterdam al tot dezelfde conclusie gekomen. Hiermee is de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport nu definitief in het gelijk gesteld.

Aanleiding voor deze rechtszaak was het verzoek van het Algemeen Dagblad in 2001. Op grond van de Wet Openbaarheid Bestuur (WOB) verzocht het Algemeen Dagblad om openbaarmaking van de gegevens over de incidentie van ziekenhuisinfecties per ziekenhuis. Het gaat om gegevens zoals deze verzameld worden binnen PREZIES, een surveillancenetwerk voor ziekenhuisinfecties (zie [www.prezies.nl](http://www.prezies.nl) voor meer informatie), en om gegevens over vrijwillige meldingen vanuit ziekenhuizen, bijvoorbeeld over uitbraken van ziekenhuisbacteriën aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Alle overheidsinstellingen vallen onder de WOB. Omdat het PREZIES-netwerk een samenwerkingsverband is van de deelnemende ziekenhuizen, het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO én het RIVM, is de WOB ook van toepassing op het PREZIES-netwerk.

Er zijn verschillende uitzonderingsgronden van toepassing op de WOB. Dit is bijvoorbeeld het geval als openbaarmaking niet opweegt tegen het belang van inspectie, controle of toezicht, of als openbaarmaking leidt tot een onevenredige bevoordeling of benadeling van betrokkenen. Op grond van de laatste uitzondering was de Rechtbank van Rotterdam tot de conclusie gekomen dat de gevraagde gegevens over ziekenhuisinfecties niet openbaar gemaakt hoeven te worden: 'De rechtbank stelt vast dat de tot de ziekenhuizen herleidbare gegevens het uit netwerk PREZIES gegevens betreffen die nog niet nader zijn geanalyseerd en derhalve niet kunnen worden gebruikt in het kader van de voorbereiding of formulering van beleid. Gelet op het gevoelige karakter van deze informatie is het niet onaannemelijk dat het vrijgeven ervan tot onevenredige schade voor één of meer ziekenhuizen zou kunnen leiden. De rechtbank is derhalve van oordeel dat verweerder

(re: VWS) zich in redelijkheid op het standpunt heeft kunnen stellen dat het algemene belang van openbaarmaking van de gevraagde informatie niet opweegt tegen het belang van het voorkomen van onevenredige benadeling van de betrokken ziekenhuizen.’

De Raad van State, het hoogste rechtsprekende orgaan in Nederland, onderschrijft deze uitspraak: ‘De in het kader van PREZIES verzamelde gegevens leveren op zichzelf beschouwd en zonder nadere analyse geen betrouwbare informatie op over infectieziekten in Nederlandse ziekenhuizen. De hoogte van het infectiecijfer wordt niet alleen beïnvloed door de mate waarin voorschriften inzake hygiëne worden nageleefd, maar ook door factoren als de soort en zwaarte van verrichte operaties en de gezondheid van de patiënt. Voorts zijn de cijfers uit PREZIES landelijk gezien niet representatief, aangezien lang niet alle ziekenhuizen in Nederland eraan deelnemen. Openbaarmaking van deze gegevens zou ertoe kunnen leiden dat ten onrechte een negatief beeld ontstaat van bepaalde deelnemende ziekenhuizen en dat daarmee deze ziekenhuizen ten opzichte van andere ziekenhuizen onevenredig bena-

deeld worden.’ Deze uitspraak van de Raad van State kan van groot belang zijn voor andere surveillancesystemen en kwaliteitsverbeterprojecten in de zorg die op vrijwillige basis gegevens verzamelen.

Overigens is surveillance van postoperatieve wondinfecties sinds 2003 opgenomen als één van de prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen (zie [www.prestatie-indicatoren.nl](http://www.prestatie-indicatoren.nl)). De IGZ stelt dat dit in de toekomst kan leiden tot het openbaar maken van infectiepercentages uit deze surveillancegegevens. Om te voorkomen dat er onjuiste interpretaties worden gemaakt, raadt de IGZ de ziekenhuizen aan om zélf na te denken over hoe deze cijfers het best openbaar gemaakt kunnen worden. Nu de gevraagde gegevens vanwege de uitspraak in de WOB-zaak niet per direct openbaar hoeven worden gemaakt, zal binnen het PREZIES-netwerk verder worden nagedacht onder welke voorwaarden vergelijkbaarheid van infectiecijfers gewaarborgd kan worden.

S. van den Hof, projectleider PREZIES, RIVM-CIE,  
e-mail: [susan.van.den.hof@rivm.nl](mailto:susan.van.den.hof@rivm.nl)



## Gezamenlijk product van LCHV en LCI

# Informatiemap voor Hygiëne en Infectieziekten voor Kindercentra herzien



**H**et Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid (LCHV) en de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (LCI) hebben samen gewerkt aan een herziening van de informatiemap voor Hygiëne en Infectieziekten voor Kindercentra. Deze samenwerking heeft niet alleen een zeer goed leesbaar en duidelijk product opgeleverd, maar heeft er ook voor gezorgd dat er een nieuwe naam is gegeven aan de informatiemap. De informatiemap gaat voortaan door het leven als ‘Gezondheidsrisico’s in het kindercentrum’.

Gezondheidsrisico’s in het kindercentrum bestaat uit een algemeen deel over infectieziekten, vaccinaties, het weren van zieke kinderen en wanneer de GGD ingeschakeld moet worden. Het tweede deel gaat over hygiëne in het kindercentrum, persoonlijke hygiëne, een gezond binnenmilieu, geneesmiddelenverstrekking, voedselveiligheid en schoonmaken. Deel 3 bestaat uit een korte beschrijving van infectieziekten die vaak bij kinderen voorkomen. Het document wordt afgesloten met een aantal veelgestelde vragen over infectieziektebestrijding en preventie.

Met name het tweede deel over hygiëne in het kindercentrum is flink gewijzigd en volledig aangepast aan de informatie die men sinds 1 januari 2005 nodig heeft bij het maken van de verplichte risico-inventarisaties. Om die reden is het ook verstandig om de oude informatiemap

vaarwel te zeggen en de ‘Gezondheidsrisico’s in het kindercentrum’ vanaf heden te gebruiken. Veel GGD’en hebben in het verleden de informatiemap (of GGD-wijzer, zoals de map ook wel genoemd werd) verspreid onder de kinderdagverblijven in hun regio. Het is aan te raden om de ‘Gezondheidsrisico’s in het kindercentrum’ nu te verspreiden of tenminste onder de aandacht van de kindercentra te brengen dat er een vernieuwde versie is.

Het document is zowel op website van het LCI ([www.infectieziekten.info](http://www.infectieziekten.info)) als op de website van het LCHV ([www.ggd Kennisnet.nl/lchv](http://www.ggd Kennisnet.nl/lchv)) te downloaden.

J. Worp, projectcoördinator LCHV, e-mail: [info@lchv.nl](mailto:info@lchv.nl)

## UIT HET VELD

## Zomers weerzien eindigt in mazelen



**O**p 10 september 2004 komt via de GGD-regio IJssel-Vecht een melding binnen van een mogelijk geval van mazelen bij een persoon uit de GGD-regio Noord- en Midden-Limburg. De vrouw verbleef in het weekend van 3 tot en met 6 september op een vakantiepark in Slagharen. Zij had zich op 4 september 2 maal gemeld bij de huisartsenpost Hardenberg en omstreken. De eerste arts herkende het ziektebeeld niet. De tweede arts herkende het ziektebeeld wel en adviseerde om uit te zieken. De patiënte zou gemeld hebben dat haar broer met mazelen opgenomen lag in een ziekenhuis in de GGD-regio Noord- en Midden-Limburg. Achteraf bleek zij de zevende zieke in een cluster van 9 personen te zijn.

Op 10 september werd de patiënte (A) thuis bezocht door een verpleegkundige van de GGD, met het verzoek contact op te nemen met de GGD. Nog diezelfde dag meldde zij zich en kon de situatie in kaart gebracht worden. De patiënte kwam uit een gezin van 11 kinderen. Haar ouders zijn van Noord-Afrikaanse afkomst. Alle kinderen werden in Nederland geboren, maar waren nooit gevaccineerd omdat de vader dacht dat zij daar ziek van zouden worden. In leeftijd varieerden ze van 10 tot 30 jaar. Enkele gezinsleden waren getrouwd en hadden zelf kinderen. Een aantal woonde in het buitenland: 1 in Frankrijk, 2 in Syrië en 4 in Engeland. Elk jaar komen ze in de zomervakantie terug naar het ouderlijk huis in Nederland. Een van de in Syrië woonachtige kinderen ging tijdens zijn verblijf in Nederland op vakantie naar Marokko. Ongeveer 2 weken na terugkeer werd hij (B) als eerste ziek: hoge koorts (41°C), hoesten, braken, diarree, symmetrisch exantheem over

haren door te laten gaan. Na aankomst werd ze snel zieker, de rest is bekend.

Dit was de situatie een week voordat wij als GGD Noord- en Midden-Limburg betrokken raakten. Toen we ingeschakeld werden, waren 7 zieken hersteld en zouden op korte termijn terugkeren naar hun woonplaatsen in de diverse landen. Achteraf bleek dat een broer en zus (H en I) afkomstig uit Engeland en nog niet ziek, besloten hadden het weekend van 3-6 september vervroegd terug te keren. De zus (I) liet zich na aankomst meteen vaccineren tegen BMR, maar ontwikkelde 2 dagen later toch hetzelfde ziektebeeld. De broer (H) werd ook ziek en opgenomen in het lokale ziekenhuis, waar hij het volledige ziektebeeld doormaakte.

### Diagnose

De diagnose mazelen stellen leek eenvoudig aangezien er bloed was afgenomen in het ziekenhuis bij de broer (D) van de indexpatiënt (A). Alles werd geregeld om een tweede bloedmonster te verkrijgen vlak voor zijn terugkeer naar Syrië. Echter, de betrokkene weigerde medewerking, waardoor het niet lukte gepaarde sera te krijgen om de diagnose rond te maken. De indexpatiënte was bereid 2 maal bloed te geven, met een interval van 2 weken. Ook werd bij haar een keelkweek afgenomen. Op advies van het RIVM werd tevens urine verzameld van de in Nederland wonende (ex-)patiënten, met de bedoeling via PCR eventueel mazelenvirus aan te tonen. Deze methode was effectief gebleken tijdens de laatste mazelenepidemie in Nederland. Helaas leverde het urine-onderzoek en de keelkweek niet het verwachte resultaat. Op 24 september werd contact gelegd met het virologisch laboratorium van het ziekenhuis in Engeland waar de broer opgenomen was (H). Het Engelse laboratorium had serologisch mazelen

### het beeld werd niet herkend als mazelen

zijn lichaam en een opgezwollen gelaat en ledematen. Hij werd door verschillende artsen gezien, maar het beeld werd niet herkend als mazelen. In een tijdsbestek van 2-3 weken ontwikkelden vervolgens 5 broers en zussen (A, C, D, E, F) en een nichtje van 5 maanden (G) hetzelfde ziektebeeld. Een zus werd gezien op de eerstehulp post (C) en een broer (D) werd van 3 tot 7 september opgenomen in hetzelfde ziekenhuis onder de verdenking van een atypische *Mycoplasma*-pneumonie. Van de zus (C) werd bloed afgenomen voor klinische chemie, van de broer (B) werd op de tweede opnamedag ook bloed afgenomen voor rubella- en mazelenserologie. Onze indexpatiënt (A) was op 29 augustus als laatste ziek geworden en voelde zich op 3 september fit genoeg om de geplande vakantie in Slag-

## Patiëntgegevens van het mazelencluster.

Patiënt	Geboortjaar	m/v	Land	Ziek	Ziekenhuisopname	Bijzonderheden
A	1974	v	Nederland	+	-	Indexpatiënt
	1976	v	Engeland	-	-	Niet in Nederland geweest
	1977	v	Nederland	-	-	Contact met alle zieken in Nederland
I	1978	v	Engeland	+	-	Ziek in Engeland na BMR
E	1979	v	Frankrijk	+	-	Moeder van G
H	1981	m	Engeland	+	In Engeland	Opname na terugkeer in Engeland
B	1983	m	Syrië	+	-	Eerste zieke
C	1984	v	Nederland	+	-	Bloedafname op eerstehulppost
D	1986	m	Syrië	+	In Nederland	Opname van 4-7 september, tweeling
	1986	m	Engeland	-	-	Terug naar Engeland voor eerste zieke, tweeling
F	1994	m	Nederland	+	-	
G	2004	v	Frankrijk	+	-	Dochter van E

aangetoond, waarmee voor ons de zaak qua diagnose ook eindelijk rond was. Het in Nederland verkregen materiaal (bloed en keelweek) werd naar het RIVM gestuurd. In het laboratorium van het RIVM lukte het uiteindelijk om in het bloed van onze indexpatiënte (A) een bewijzende titerstijging aan te tonen.

### Conclusie

De ziekte mazelen is en blijft een reëel risico, ook in landen met een zeer hoge vaccinatiegraad. Artsen herkennen het beeld vaak niet of te laat. Het mazelenvirus blijkt erg besmettelijk gezien het feit dat op één gezinslid na, alle broers en zussen de ziekte ontwikkelden. Uiteindelijk werden 8 van de 11 kinderen en 1 kleinkind ziek. Van de 3 die niet ziek werden, was de eerste persoon dit jaar niet naar Nederland gekomen, een ander was teruggekeerd

naar Engeland voordat de ziekte uitbrak en de derde heeft wellicht de ziekte eerder doorgemaakt, aangezien zij met alle zieken in contact is geweest zonder zelf ziek te worden. Het blijft wel een raadsel waarom zij indertijd niet de overige gezinsleden besmet heeft. Door de hoge vaccinatiegraad (herd immunity) kreeg de ziekte geen kans zich verder te verspreiden. In geen van de betrokken landen werden secundaire gevallen gemeld. Alle partners en kinderen van de patiënten waren standaard gevaccineerd, met uitzondering van het nichtje van 5 maanden dat ziek werd en nog te jong was om gevaccineerd te zijn. Deze melding kwam pas 6 dagen na (klinische) vaststelling op de GGD binnen. In een regio met veel ongevaccineerden had dit mogelijk tot grotere problemen geleid.

**P. Jacobs**, arts infectieziektebestrijding, GGD Noord- en Midden-Limburg, e-mail: [pjacobs@ggdnml.nl](mailto:pjacobs@ggdnml.nl)



## Hoofdbreken



**I**n september 2003 wordt de afdeling Infectieziekten van de GG&GD Amsterdam gebeld over een eerstejaars studente uit Amsterdam. Zij is in zorgwekkende toestand opgenomen op de intensive care van een ziekenhuis met een sepsis ten gevolge van een meningokokkeninfectie.

Na de melding van dit ziektegeval wordt direct de studentenvereniging waartoe zij behoort benaderd. Nauwe contacten van een patiënt met een meningitisinfectie lopen een verhoogd risico om zelf de ziekte te krijgen. Deze contacten dienen bij voorkeur binnen 48 uur een profylactische behandeling te krijgen om verdere verspreiding van de ziekte te voorkomen. In goede samenwerking met de voorzitter van de studentenvereniging wordt nagegaan welke activiteiten er de afgelopen tijd hebben plaatsgevonden en welke studenten daaraan hebben deelgenomen. Ongeveer 60 nieuwe studenten hebben zich aangemeld bij de studentenvereniging en zijn op dat moment met hun begeleiders bezig met de kennismakingstijd. Alle studenten die in nauw contact met de patiënt zijn geweest worden opgeroepen zich nog dezelfde avond te melden op de studentensociëteit om zich te laten behandelen. Een brief met uitleg over de ziekte en de preventieve behandeling wordt aan de studenten uitgereikt. Tijdens de bijeen-

komst die avond wordt door de arts van de GG&GD uitleg gegeven over meningitis en de ontvankelijkheid voor de ziekte bij een slechte conditie. De verpleegkundigen en de arts reiken daarna aan ongeveer 100 studenten een antibioticum uit. Nadien worden geen nieuwe ziektegevallen gemeld. De studente is volledig hersteld en heeft haar studie weer opgepakt.

**L. Lanser**, sociaal verpleegkundige, afdeling Infectieziekten, GG&GD Amsterdam, e-mail: [iz@gggd.amsterdam.nl](mailto:iz@gggd.amsterdam.nl)

Dit bericht is gebaseerd op een publicatie in het Jaarverslag 2003 van de GG&GD Amsterdam.



## AANKONDIGINGEN & MEDEDELINGEN



**Eurosurveillance**  
[www.eurosurveillance.org](http://www.eurosurveillance.org)

### **Eurosurveillance Volume 9 nr. 12 december 2004**

- ECDC and WHO: a common mission for better health in Europe
- Editorial
- Recent syphilis trends in Belgium and enhancement of STI surveillance systems
- Syphilis surveillance in France, 2000-2003
- Syphilis surveillance and trends of the syphilis epidemic in Germany since the mid-90s
- The epidemiology of infectious syphilis in the Republic of Ireland
- Syphilis and gonorrhoea in the Czech Republic
- Syphilis surveillance and epidemiology in the United Kingdom
- Syphilis in Denmark—Outbreak among MSM in Copenhagen, 2003-2004
- Bichat clinical guidelines for bioterrorist agents

## ARTIKEL EN

## Aangifte acute hepatitis B in 2003

## Aandeel van heteroseksuelen neemt toe

FDH Koedijk\*, ELM Op de Coul, MJW van de Laar

**I**n 2003 zijn er 319 gevallen van acute hepatitis B in Nederland gediagnosticeerd. Dit is 17% van het totale aantal gediagnosticeerde hepatitis-B-gevallen. De incidentie van acute hepatitis B is 2,0 per 100.000 inwoners en neemt bij mannen toe. Bij vrouwen werd in 2003 opvallend vaak hepatitis B waargenomen in de leeftijdscategorie 15-19 jaar. Evenals in de voorgaande jaren is onbeschermd seksueel contact de belangrijkste risicofactor voor het krijgen van acute hepatitis B. Het aandeel van homo- en biseksuele mannen binnen de acute HBV-infecties nam iets af in tegenstelling tot de heteroseksuelen. Dit zijn de belangrijkste conclusies die getrokken kunnen worden uit de meldingen van hepatitis B in 2003. *IB 2005; 16(01): 15-17*

FDH Koedijk\*, ELM Op de Coul, MJW van de Laar, Centrum voor Infectieziekten Epidemiologie (CIE), RIVM, Bilthoven,\* e-mail: Femke.Koedijk@rivm.nl.

Van alle hepatitisvirussen die in Nederland zijn gediagnosticeerd is het hepatitis-B-virus (HBV) de meest voorkomende. In Nederland is de prevalentie van doorgeemaakte HBV gemiddeld 2,1%.<sup>1</sup> De meest voorkomende transmissieroutes van HBV zijn onbeschermd seksueel contact, injecterend druggebruik, verticale transmissie (van moeder naar kind) en prik- of bijtaccidenten. Sinds 1976 is HBV een meldingsplichtige ziekte in groep B, dat betekent dat een bevestigde HBV-infectie door de GGD binnen 24 uur moet worden gemeld aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Vanaf januari 2002 kan dit via Osiris, een elektronisch meldingssysteem van de IGZ en het RIVM voor aangifteplichtige infectieziekten.<sup>2</sup> Hier worden de aangiftecijfers voor acute HBV-gevallen in 2003 gepresenteerd naar epidemiologische kenmerken.

## Resultaten

## Aantal meldingen

In 2003 zijn er in Nederland 1877 gevallen van hepatitis B gediagnosticeerd, waarvan 319 acute (17%) en 1445 chronische gevallen (77%). Bij 113 patiënten (6%) is de aard van de infectie onbekend. Ten opzichte van 2002 is het aandeel acute infecties licht toegenomen (2002: 14%) en het absolute aantal acute gevallen is toegenomen met 20% (2002: 265).<sup>3</sup> De incidentie van acute HBV in 2003 is 2,0 per 100.000 inwoners: 3,1 voor mannen en 0,9 voor vrouwen. Na een jarenlange stabiele HBV-incidentie bij zowel mannen als vrouwen, neemt de incidentie bij mannen toe vanaf 2001 (figuur 1).

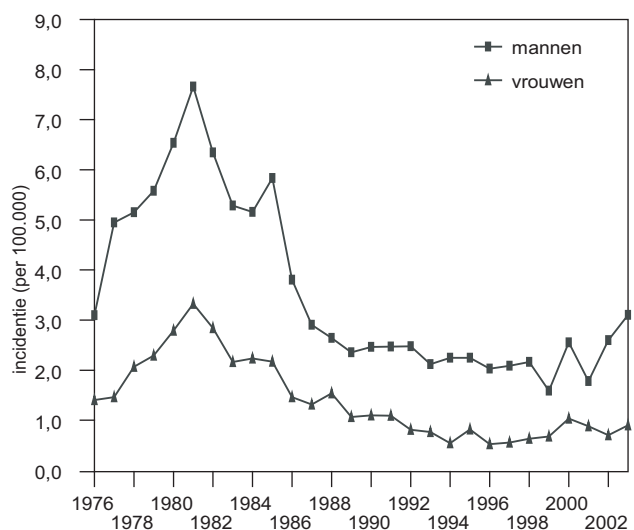
Er zijn geografische verschillen in het aantal meldingen van acute HBV. De incidentie varieert van 0,4 tot 4,9 per 100.000 inwoners. De hoogste incidenties van HBV zijn

waargenomen in Flevoland (4,6 per 100.000 inwoners) en de regio Rotterdam (4,9 per 100.000 inwoners). De GGD-regio's Amsterdam, Stedendriehoek (Deventer) en West-Brabant hebben incidenties tussen de 3,0 en 4,0 per 100.000 inwoners (figuur 2).

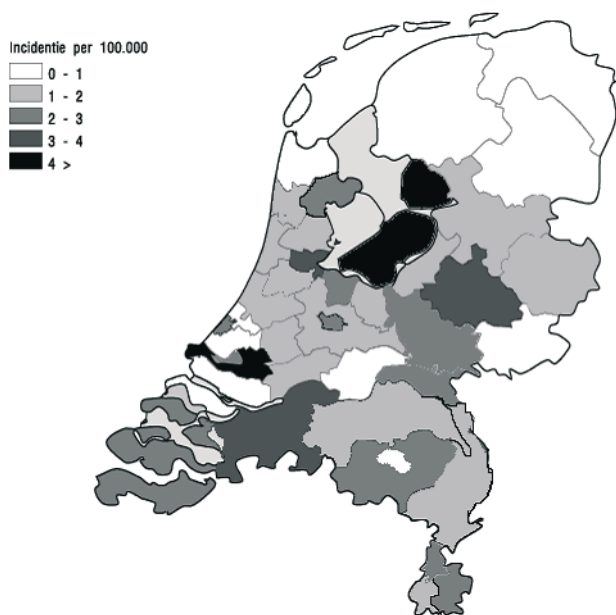
### Onveilig seksueel contact is de belangrijkste risicofactor voor een acute HBV-infectie

## Demografische kenmerken

Er zijn er 247 mannen (77%) en 72 vrouwen (23%) met acute HBV gediagnosticeerd in de leeftijd van 5 tot 83 jaar. Voor mannen bedraagt de gemiddelde leeftijd 39 jaar en voor vrouwen is dit 31 jaar. De figuren 3a en 3b geven per



Figuur 1: Incidentie van acute hepatitis B tussen 1976-2003, naar geslacht. (Bron: Osiris)



**Figuur 2: Incidentie van acute hepatitis B per 100.000 inwoners in de verschillende GGD-regio's, 2003.** (Bron: Osiris)

geslacht de incidentie naar leeftijd per 100.000 inwoners weer voor de jaren 2001 tot en met 2003. In 2003 is de incidentie bij mannen in de leeftijdscategorie 35-44 jaar toegenomen en het hoogst, evenals in 2002 en 2001. Bij de vrouwen was een verschuiving naar de jongere leeftijdscategorie te zien, waarbij de hoogste incidentie in 2003 viel in de leeftijdscategorie 15-19 jaar, net als in 2001. In 2002 viel de piek bij de 20-24 jarigen.

Bij 93% van de acute HBV-patiënten is het geboorteland bekend; hiervan zijn 223 personen (70%) in Nederland geboren en 72 (23%) in het buitenland. Van deze laatste groep is 33% afkomstig uit een hoog-endemisch gebied (prevalentie van HBsAg-dragerschap: 8% of hoger), 57% is afkomstig uit een midden-endemisch gebied (HBsAg: 2-7%) en 10% uit een laag-endemisch gebied (HBsAg: 1% of lager).

Driekwart van de acute HBV-patiënten rapporteert in Nederland te zijn geïnfecteerd, 13% in het buitenland en bij 12% is het land van besmetting niet bekend of niet ingevuld. Van de 41 in het buitenland geïnfecteerde personen zijn er 18 (44%) in een hoog-endemisch gebied besmet, 19 (46%) in een midden-endemisch gebied en 4 (10%) in een laag-endemisch gebied.

**Tabel 1: Transmissieroute acute HBV 2003 (Bron: Osiris).**

Transmissieroute	2003		2002	
	N	%	N	%
Seksueel contact	194	60,8	157	59,3
Injecterend druggebruik	7	2,2	4	1,5
Prik-/ bijtaccident	7	2,2	2	0,8
Verticaal	2	0,6	-	-
Overig	19	6,0	35	13,2
Onbekend	90	28,2	67	25,3
Totaal	319	100,0	265	100,0

**Risicofactoren**

In Osiris zijn enkele transmissieroutes voorgedcodeerd, te weten: onbeschermd seksueel contact, prik- of bijtaccident, injecterend druggebruik, verticale transmissie en overige of onbekende transmissieroute. In bijna driekwart van de acute HBV-gevallen is de meest waarschijnlijke transmissieroute geregistreerd. Van alle patiënten met een acute infectie geeft 61% aan HBV te hebben opgelopen via onbeschermd seksueel contact en dit is vergelijkbaar met 2002 (zie tabel 1). Van de patiënten met een bekende transmissieroute is dit 85%. Indien onbeschermd seksueel contact als transmissieroute wordt gemeld, dan wordt de aard van het seksuele contact nagevraagd. Dit is in 94% van de gevallen bekend (zie tabel 2). In 52% (2002: 57%) van de gevallen is er sprake van homo- of biseksuele contacten, waarvan 82% (2002: 67%) met een losse partner. In 42% (2002: 34%) van de gevallen is er sprake van heteroseksueel contact en hiervan is 60% (2002: 59%) met een losse partner. Uit tabel 2 blijkt eveneens dat het absolute aantal HBV-infecties door heteroseksueel contact sterker is gestegen (50%) dan het absolute aantal infecties door homo/biseksueel contact (13,5%).

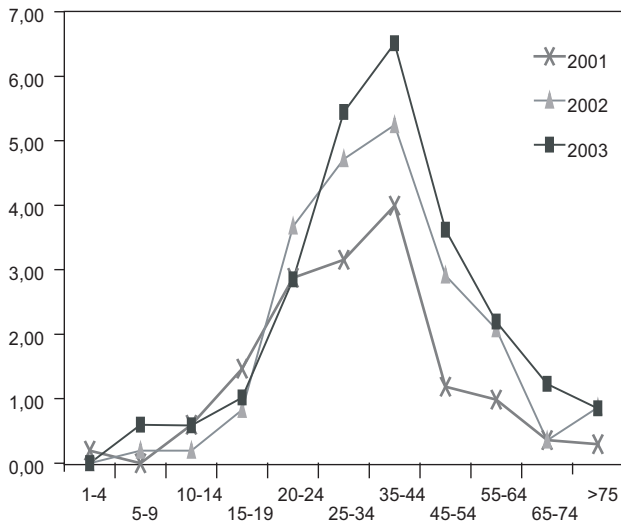
**Discussie**

De incidentie van aangegeven gevallen van acute hepatitis B is in 2003, met 2,0 per 100.000 inwoners, toegenomen ten opzichte van 2002 (1,6 per 100.000 inwoners). Bij vrouwen is de trend over de afgelopen jaren stabiel, terwijl bij mannen de incidentie stijgt van 1,8 in 2001 naar 3,1 in 2003. Bij vrouwen is in 2003 echter de piekincidentie gedaald van 20-24 jaar naar 15-19 jaar. Van alle acute HBV-

**Tabel 2: Aard seksueel contact en bron van seksuele transmissie, hepatitis B 2003 (Bron: Osiris).**

Bron/ aard seksueel contact	Vaste partner	Losse partner	Onbekend	Totaal 2003 (%)	Totaal 2002 (%)
Homo/ biseksueel	8	83	10	101 (52,1)	89 (56,7)
Heteroseksueel	30	49	2	81 (41,8)	54 (34,4)
Onbekend	0	5	7	12 (6,2)	14 (8,9)
Totaal (%)	38 (19,6)	137 (70,6)	19 (9,8)	194	157



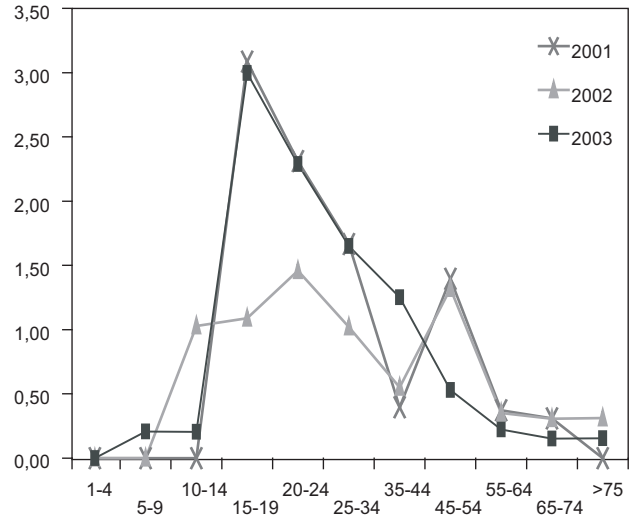


**Figuur 3a: Incidencie van acute hepatitis B naar leeftijd bij mannen, 2001-2003.** (Bron: Osiris)

patiënten is 13% in het buitenland geïnfecteerd, waarvan 90% in een midden- of hoog-endemisch land.

Onveilig seksueel contact is de belangrijkste risicofactor voor een acute HBV-infectie (85%), dit aandeel is vergelijkbaar met 2002. Het percentage homo- en biseksuele mannen binnen de acute HBV-infecties nam iets af in tegenstelling tot de heteroseksuelen, doordat het absolute aantal infecties bij heteroseksuelen sterker steeg dan bij homo- en biseksuele mannen. De stijging van het aantal acute infecties bij deze mannen laat zich mogelijk verklaren door de stijging van het aantal besmettingen via losse partners. Dit verklaart echter niet de toename die werd waargenomen bij de heteroseksuelen; het aantal besmettingen via losse partners bleef bij deze groep gelijk in vergelijking met 2002. De komende jaren zal blijken of deze stijgende trend bij heteroseksuelen zich voortzet.

De toename van het totale aantal acute HBV-gevallen kan mogelijk worden toegeschreven aan de verbeterde surveillance door de registratie via Osiris. Hierin zijn de verplichte vragen van de IGZ en de vrijwillige vragen van het RIVM geïntegreerd en is het voor de GGD'en eenvoudiger om de melding volledig in te vullen. Een andere mogelijke verklaring voor de veranderingen in de HBV-aangifte is de vaccinatiecampagne voor de klassieke risicogroepen voor HBV. Deze is per 1 november 2002 gestart en kan hebben geleid tot een stijging van het aantal HBV-diagnoses door de prevaccinatiescreening. Sinds de start van de campagne zijn tot en met april 2004 18.738 eerste



**Figuur 3b: Incidencie van acute hepatitis B naar leeftijd bij vrouwen, 2001-2003.** (Bron: Osiris)

vaccinaties geregistreerd en 2344 consulten waarbij de deelnemer immuniteit heeft voor HBV. Ook zijn er 149 dragers van het hepatitis-B-virus ontdekt.<sup>4</sup> Homoseksuele mannen vormen de grootste groep bij de eerste vaccinaties (33%), gevolgd door een evenredig aandeel van prostitué/prostituties, heteroseksuelen en druggebruikers (21%).<sup>5</sup> Een daling van het aantal acute HBV-infecties door deze campagne wordt echter pas vanaf 2004 verwacht, aangezien veel GGD'en pas in mei 2003 zijn gestart. In 2004 is het RIVM begonnen met de evaluatie van het landelijke hepatitis-B-vaccinatiebeleid, bestaande uit een kosteneffectiviteitsanalyse en een moleculair epidemiologisch onderzoek. Dit laatste onderzoek wordt in samenwerking met de GG&GD Amsterdam gedaan en richt zich op de bestudering van transmissieroutes en genotypen bij alle acute HBV-infecties in Nederland. Van alle patiënten met een acute HBV-infectie worden een bloedmonster (via het laboratorium) en epidemiologische gegevens (via Osiris) verzameld. Alle GGD'en doen mee aan dit onderzoek, evenals de meeste laboratoria. Het uiteindelijke doel van de studie is het in kaart brengen van de veranderingen in de epidemiologie van hepatitis B in Nederland ten gevolge van de vaccinatiecampagne. Het is daarom belangrijk om epidemiologische kenmerken zo volledig mogelijk te blijven registreren om die ontwikkelingen op de lange termijn te kunnen volgen.

Zie ook het artikel: 'Chronische HBV-infecties' op pagina 18 van dit Infectieziekten Bulletin.

**Literatuur**

1. Veldhuijzen IK, Conyn-van Spaendonck MAE, Dorigo-Zetsmab JW. Seroprevalentie van hepatitis B en C in de Nederlandse bevolking. Infectieziekten Bulletin 1999; 10(9):182-4.
2. Doosje J, Bosman A, van Straten E. GGD's gaan infectieziekten elektronisch melden via internet. Infectieziekten Bulletin 2002; 13(2):59-62.
3. Van Veen MG, Bosman A, Van de Laar MJW. Aangifte van Hepatitis B in 2002.
4. Heijns M-L, Waldhober Q, Siedenburger E, Al Taqatqu W, Huijssen R, De Vries M. Hepatitis-B-vaccinatiecampagne gedragsgebonden risicogroepen op koers. Infectieziekten Bulletin 15(9):342-8.
5. GGD Nederland . HBV-Campagnebericht. 2004; 30.

# Chronische hepatitis B infecties in Nederland

## Een overzicht van 2001-2003

FDH Koedijk\*, ELM Op de Coul, MJW van de Laar

FDH Koedijk\*, ELM Op de Coul, MJW van de Laar, Centrum voor Infectieziekten Epidemiologie (CIE), RIVM, Bilthoven,\* e-mail: Femke.Koedijk@rivm.nl.

**T**ussen 2001 en 2003 zijn 5.181 hepatitis-B-gevallen gediagnosticeerd en gemeld aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), waarvan 1.877 in 2003. Dit aantal is een stijging van 26% ten opzichte van 2001. In 79% van de HBV-gevallen in 2001-2003 gaat het om chronisch dragerschap, 15% betreft een acute infectie en bij 6% is de aard van de infectie onbekend. De meest gerapporteerde transmissieroute voor personen met chronisch dragerschap is moeder-kindtransmissie (41%). Bij 7% van de dragers is seksuele overdracht gemeld als transmissieroute en bij 43% is de transmissieroute onbekend. In 65% van de gevallen wordt aangegeven dat de infectie in het buitenland is opgelopen, veelal in midden- en hoog-endemische gebieden (99%). Import speelt dan ook een belangrijke rol in de epidemiologie van chronische HBV in Nederland. Driekwart van de chronische HBV-patiënten is in het buitenland geboren, nagenoeg allen in midden- en hoog-endemische landen. Het belang van import in de epidemiologie van HBV in Nederland zal naar verwachting verder toenemen ten gevolge van de vaccinatiecampagne onder risicogroepen. *IB 2005; 16(01): 18-22*

Virale hepatitis is wereldwijd de meest voorkomende leverziekte.<sup>1</sup> Naar schatting zijn er ongeveer 400 miljoen mensen drager van het hepatitis-B-virus (HBV). De mortaliteit ten gevolge van HBV bedraagt 1 à 2 miljoen gevallen per jaar. Deze mortaliteit is vooral toe te schrijven aan de late complicaties van chronische hepatitis, in het bijzonder levercirrose en leverkanker. In Nederland is circa 0,2% van de bevolking drager van het virus en heeft 2,1% een HBV-infectie doorgemaakt.<sup>2</sup> Acute hepatitis B is in Nederland sinds 1976 aangifteplichtig. Met de wijziging van de infectieziektenwet op 1 april 1999, is de meldingsplicht voor HBV uitgebreid naar alle nieuw gediagnosticeerde HBV-infecties, inclusief chronische en subklinische infecties.<sup>3</sup> Naast de verplichte melding aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) verzamelt het RIVM ten behoeve van surveillance aanvullende epidemiologische gegevens via de GGD'en, zoals het geboorteland van de patiënt, de transmissieroute en de aard van de infectie. In dit artikel wordt een overzicht gegeven van alle chronische gevallen van hepatitis B die zijn gediagnosticeerd en gemeld tussen 2001 en 2003.

### Materiaal en methode

Vanaf januari 2002 verloopt de melding van aangifteplichtige infectieziekten door de GGD'en via Osiris, een elektronisch meldingssysteem dat beheerd wordt door het RIVM.<sup>4</sup> Hierin zijn de verplichte IGZ-vragen en de aanvullende RIVM-vragen samengevoegd tot 1 vragenlijst.

Voor de analyses zijn de gegevens uit 2001, die beschikbaar zijn via het oude systeem (RIF-database), gekoppeld aan de gegevens van 2002 en 2003, die beschikbaar zijn via het nieuwe systeem Osiris. De gegevens zijn geanalyseerd naar geslacht, leeftijd, datum van diagnose, meest waarschijnlijke transmissieroute, geboorteland, land van besmetting, mortaliteit, morbiditeit en gerelateerde ziektegevallen. Onder een laag-endemisch gebied wordt een gebied verstaan met een prevalentie van HBsAg-dragerschap van 1% of minder. Een midden-endemisch gebied heeft een prevalentie tussen de 2 en 7% en in een hoog-endemisch gebied is de prevalentie groter of gelijk aan 8%. De gegevens zijn geanalyseerd met behulp van SAS, Epi-info en Excel. De Chikwadraattoets is toegepast voor het evalueren van verschillen in proporties.

### Resultaten

#### Aantal meldingen

Tussen januari 2001 en december 2003 zijn in totaal 5.181 HBV-infecties gediagnosticeerd (zie tabel 1) waarvan 763 acute gevallen (15%) en 4.112 chronische gevallen (79%). Bij 306 (6%) personen was de aard van de infectie onbekend. Het aantal gemelde chronische infecties is in 2002 met 19% toegenomen ten opzichte van 2001 en in 2003 nagenoeg gelijk gebleven. In 2001-2003 is het aantal acute infecties met 62% toegenomen van 197 naar 319 gevallen.

Tabel 1: Aangiftecijfers chronische HBV, 2001-2003 (Bron: IGZ – RIVM).

	2001		2002		2003		Totaal		Chikwadraat (p-waarde)
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Totaal</b>	1490		1814		1877		5181		
Acuut	197	13.2	247	13.6	319	17.0	763	14.7	<0.01
Chronisch	1219	81.8	1448	79.8	1445	77.0	4112	79.4	
Onbekend	74	5.0	119	6.6	113	6.0	306	5.9	
<i>Alleen chronische infecties</i>									
<b>Geslacht</b>									
Man	502	41.1	665	45.9	737	51.0	1904	46.3	<0.0001
Vrouw	717	58.8	783	54.1	707	48.9	2207	53.7	
Onbekend	0	0.0	0	0.0	1	0.1	1	0.0	
<b>Geboorteland patiënt</b>									
Nederland	26	2.1	24	1.7	223	15.4	273	6.6	NT*
Buitenland	653	53.6	1107	76.4	1094	75.7	2854	69.4	
- hoog endemisch	352		553		562		1467		
- midden endemisch	295		539		522		1356		
- laag endemisch	6		15		10		31		
Onbekend	540	44.3	317	21.9	128	8.9	985	24.0	
Onbekend	540	44.3	317	21.9	128	8.9	985	24.0	
<b>Land van besmetting</b>									
Nederland	92	7.6	162	11.2	231	16.0	485	11.8	NT*
Buitenland	696	57.0	1005	69.4	969	67.0	2670	64.9	
- hoog endemisch	376		525		516		1417		
- midden endemisch	313		468		444		1225		
- laag endemisch	7		12		9		28		
Onbekend	431	35.4	281	19.4	245	17.0	957	23.3	
Onbekend	431	35.4	281	19.4	245	17.0	957	23.3	
<b>Transmissieroute</b>									
IV-druggebruik	17	1.4	23	1.6	17	1.2	57	1.4	<0.0001
Prik- of bijtaccident	5	0.4	7	0.5	10	0.7	22	0.5	
Verticaal	463	38.0	604	41.7	630	43.6	1697	41.3	
Seksueel contact	70	5.7	87	6.0	150	10.4	307	7.5	
Overig	112	9.2	84	5.8	86	6.0	282	6.9	
Onbekend	552	45.3	643	44.4	552	38.2	1747	42.5	
Onbekend	552	45.3	643	44.4	552	38.2	1747	42.5	
<b>Gerelateerde ziektegevallen</b>									
Ja	155	12.7	218	15.1	167	11.6	540	13.1	NS#
Nee	734	60.2	1007	69.5	900	62.3	2641	64.2	
Onbekend	330	27.1	223	15.4	378	26.2	931	22.6	
<b>Ziekenhuisopname</b>									
Ja	13	1.1	20	1.4	21	1.5	54	1.3	NS#
Nee	859	70.5	1335	92.2	1358	94.0	3552	86.4	
Onbekend	347	28.6	93	6.4	66	4.6	506	12.3	
<b>Overleden</b>									
Ja	3	0.3	3	0.2	4	0.3	10	0.2	NS#
Nee	900	73.8	1381	95.4	1402	97.0	3683	89.6	
Onbekend	316	25.9	64	4.4	39	2.7	419	10.2	

\* Niet getest

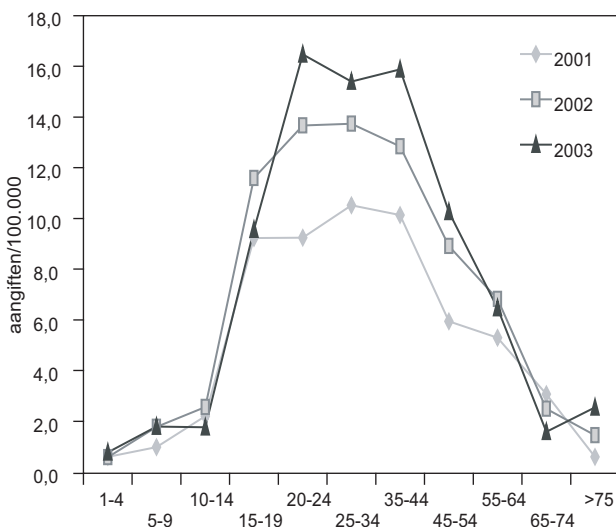
# Niet significant

**Demografische kenmerken**

Van de 4.112 chronische HBV-infecties die tussen 2001 en 2003 zijn gediagnosticeerd is 46% man en 54% vrouw. Het aandeel van mannen neemt significant toe van 41% in 2001 tot 51% in 2003 (zie tabel 1). Het aantal meldingen per 100.000 inwoners stijgt van 7,6 in 2001 naar 8,9 in 2003. Deze stijging wordt vooral veroorzaakt door de toename van meldingen bij mannen. Het aantal meldingen per 100.000 inwoners stijgt van 6,4 in 2001 naar 9,2 in 2003. Bij vrouwen blijft het aantal meldingen per 100.000 inwoners ongeveer gelijk: 8,9 in 2001 versus 8,7 in 2003. Vrouwen met een chronische HBV-infectie zijn bij diagnose gemiddeld 6 jaar jonger dan mannen (gemiddelde leeftijd mannen: 37 jaar, vrouwen: 31 jaar).

De figuren 1a en 1b geven per geslacht de leeftijd bij diagnose weer. De leeftijdsverdeling van zowel mannen als vrouwen blijft gelijk over de tijd. Bij mannen is het aantal meldingen per 100.000 inwoners het hoogst bij 20-44 jarigen; bij vrouwen is het aantal het hoogst bij 20-34 jarigen, met in 2003 een lichte piek bij 20-24 jarigen. Het leeftijdsverschil tussen mannen en vrouwen kan mogelijk (deels) worden toegeschreven aan de HBV-screening bij zwangere vrouwen. Bij mannen is duidelijk te zien dat het aantal meldingen per 100.000 inwoners de laatste jaren sterk is toegenomen.

Er zijn geografische verschillen in het aantal meldingen van chronische hepatitis B (zie figuur 2), variërend van 1,66 tot 33,42 per 100.000 inwoners in 2003. Het aantal nieuwe meldingen van chronische gevallen is het hoogst in de GGD-regio's Amsterdam en Den Haag, met respectievelijk 31,2 en 33,6 per 100.000 inwoners.



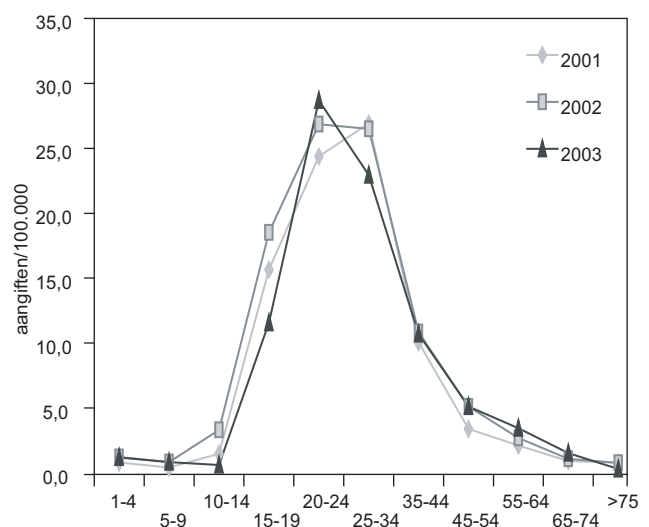
**Figuur 1a: Aantal meldingen van chronische hepatitis B per 100.000 inwoners naar leeftijd bij mannen 2001-2003.**  
(Bron: IGZ, RIVM).

Tussen 2001 en 2003 is het totale aantal chronische infecties gestegen met 17%; van 7,6 per 100.000 inwoners in 2001 naar 8,9 in 2003. De stijging is het hoogst in de GGD-regio's Eindhoven (393%), Nieuwe Waterweg Noord (233%) en Zuid-Holland Zuid (100%). In Amsterdam en Den Haag was de stijging 26% en 92%. Een afname in de aangiftecijfers is te zien in de regio's Oostelijk Zuid-Limburg (-48%), Westfriesland (-41%) en Midden Nederland (-37%).

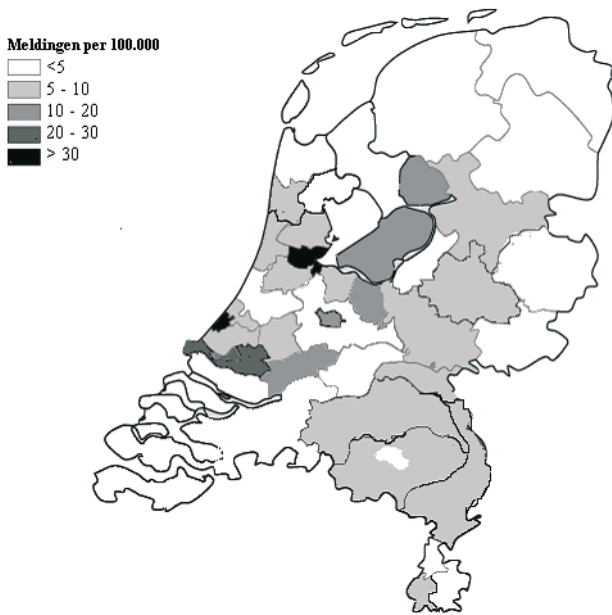
Opvallend is de stijging in de GGD-regio Nieuwe Waterweg Noord; van 6,57 per 100.000 inwoners in 2001 naar 21,85 in 2003. Daarentegen is in de GGD-regio Rotterdam een afname van 28% te zien in het aangiftecijfer: 30,47 in 2001 versus 21,98 in 2003. Mogelijk houdt dit verband met elkaar, gezien het feit dat deze GGD-regio's aan elkaar grenzen. Ook in de GGD-regio Eindhoven is de stijging van het aantal meldingen hoog met 393%, maar het aantal HBV-meldingen per 100.000 inwoners blijft echter laag (2,43 in 2003) in vergelijking met bovenstaande regio's.

**het aantal nieuwe meldingen is het hoogst in de GGD-regio's Amsterdam en Den Haag**

Wanneer de verdeling van chronische HBV vergeleken wordt met die van acute HBV in 2003, zijn er verschillen te zien. In de grote steden is zowel het aantal chronische als het aantal acute HBV-infecties hoog. Daarnaast is de incidentie van acute HBV-infecties hoog in de GGD-regio's Flevoland, Stedendriehoek, Brabant en Limburg. Dit is niet het geval bij het aantal chronische infecties. Dit ver-



**Figuur 1b: Aantal meldingen van chronische hepatitis B per 100.000 inwoners naar leeftijd bij vrouwen 2001-2003.**  
(Bron: IGZ, RIVM).



**Figuur 2: Aantal nieuwe meldingen van chronische HBV per 100.000 inwoners naar GGD-regio, 2003.** (Bron: Osiris).

schil valt weg, wanneer alleen wordt gekeken naar HBV-patiënten die in Nederland zijn geïnfecteerd. In dit geval is de geografische spreiding in het aantal per 100.000 inwoners voor acute en chronische HBV-infecties grotendeels gelijk verdeeld.

**Risicofactoren**

Bij 43% van de chronische HBV-patiënten is de transmissieroute niet opgegeven of is deze onbekend. Bij personen met een bekende transmissieroute is verticale transmissie (van moeder op kind) de meest waarschijnlijke route (72%), gevolgd door seksuele overdracht (13%). Overige risicofactoren zijn injecterend druggebruik (2%), prik- of bijtaccident (1%) of anders (12%).

Figuur 3 toont een lichte stijging van verticale overdracht van 38% in 2001 naar 44% in 2003. Het aandeel van seksuele transmissie steeg van 6% in 2001 naar 10% in 2003. Deze verschuivingen kunnen veroorzaakt zijn door de daling van het aandeel van de categorie transmissiegroep ‘onbekend’ (zie tabel 1). Na stratificatie naar geslacht blijkt dat bij zowel mannen als bij vrouwen met een bekende transmissieroute, verticale overdracht de meest voorkomende transmissieroute is, met respectievelijk 62% en 80%.

Het percentage chronische HBV-patiënten dat in het buitenland is geboren neemt toe van 54% in 2001 tot 76% in 2002 en 2003. Van hen is 99% afkomstig uit een midden- of hoog-endemisch gebied. De meest gerapporteerde geboortelands zijn Turkije (15%), China (7%), Marokko

(4%), Suriname (4%), Ghana (3%) en Siërra Leone (3%). De rapportage van het geboorteland van de patiënt is in 2002 en 2003 sterk verbeterd ten opzichte van 2001; het percentage ‘onbekend’ daalde van 44% in 2001 naar 9% in 2003.

Tweederde van de patiënten met een chronische HBV-infectie geeft aan in het buitenland te zijn geïnfecteerd en 12% in Nederland. Ook hier betreft het in 99% van de

**het aandeel van mannen met een chronische HBV-infectie neemt toe**

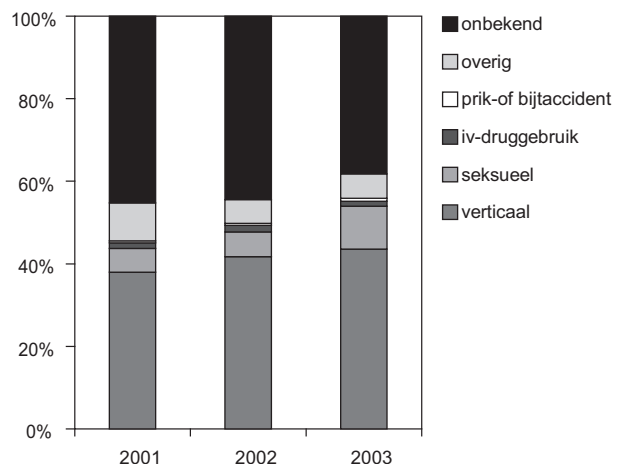
gevallen een midden- of hoog-endemisch land. Het percentage ‘onbekend’ bij land van besmetting neemt af van 35% in 2001 naar 17% in 2003. Ook de rapportage van het ‘land van besmetting’ is sterk verbeterd (zie tabel 1). Gemiddeld 13% (n=540) van de chronische dragers rapporteert gerelateerde ziektegevallen in de directe omgeving, veelal binnen het gezin (90%) (zie tabel 1).

**Morbiditeit en mortaliteit**

Tussen 2001 en 2003 is 1% (n=54) van de chronische dragers op het moment van aangifte in het ziekenhuis opgenomen; bij 86% is dit niet het geval en voor 13% van de gevallen is deze informatie onbekend. In 0,2% (10 gevallen) van de HBV-geïnfecteerden is de patiënt overleden, bij 10% is deze informatie niet gerapporteerd.

**Discussie**

In Nederland neemt het absolute aantal meldingen van hepatitis B per jaar toe. De stijging wordt vooral veroorzaakt door een toename van het aantal acute infecties.



**Figuur 3: Verdeling van risicogroepen naar diagnosejaar chronische hepatitis B, 2001-2003.** (Bron: IGZ-RIVM).

Daarnaast neemt het aandeel van mannen met chronische HBV-infectie toe tussen 2001 en 2003; van 6,4 aangiften per 100.000 inwoners in 2001 naar 9,2 in 2003. Bij de interpretatie van de aangiftecijfers van chronische HBV moet echter rekening worden gehouden met onderrapportage, onderdiagnostiek en toevallsbevindingen; de infectie verloopt vaak asymptomatisch waardoor slechts een deel (vaak bij toeval) wordt ontdekt.

De meest gerapporteerde transmissieroute door chronische HBV-patiënten is verticale transmissie (41%), gevolgd door seksueel contact (8%). Een beperking van deze cijfers is echter de onvolledige rapportage van risicofactoren: bij 43% van de chronische dragers is de transmissieroute onbekend. Dit is inherent aan het feit dat veel patiënten de HBV-infectie in het verleden hebben opgelopen waardoor de besmettingsbron moeilijk te achterhalen is. Door de ingebruikneming van het elektronische meldingssysteem Osiris is de volledigheid van de gegevens echter wel duidelijk verbeterd. In Osiris zijn de verplichte vragen van IGZ en de vrijwillige vragen van het RIVM geïntegreerd en is het voor de GGD'en eenvoudiger om een melding volledig in te vullen. Vooral de vragen 'geboorteland' en 'land van besmetting' zijn in 2002/2003 vollediger ingevuld. De mogelijkheid van het RIVM om bij ontbrekende of onduidelijke gegevens de melding terug te sturen naar de GGD kan hiertoe hebben bijgedragen. Het percentage chronische HBV-geïnfecteerden met een onbekende transmissiecategorie blijft echter hoog (38% in 2003).

Bij personen met een bekende transmissieroute is het aandeel van verticale transmissie opvallend hoog (72%). Tevens blijkt dat driekwart van de chronische HBV-patiënten is geboren in een midden- of hoog-endemisch gebied voor HBV en 64% geeft aan daar te zijn geïnfecteerd. Import van HBV-infecties speelt dus een belangrijke rol in de epidemiologie van HBV in Nederland, zoals ook blijkt uit de BRON-studie van Veldhuijzen et al.<sup>5</sup>

De spreiding van chronische HBV over Nederland verschilt van de spreiding van acute HBV. Wanneer alleen naar de in Nederland geïnfecteerde HBV-patiënten wordt gekeken, verschillen de verspreidingspatronen van chronische en acute HBV-gevallen minder. De verschillen in aangiftecijfers lijken dus sterk te worden bepaald door geïmporteerde HBV-gevallen per regio.

### import van HBV-infecties speelt een belangrijke rol

In november 2002 is de HBV-vaccinatiecampagne onder risicogroepen gestart, waaronder homo- en biseksuele mannen, prostitué/prostituties, heteroseksuelen met een soa-hulpvraag en druggebruikers.<sup>6,7</sup> Sinds januari 2003 worden kinderen met 1 of 2 ouders afkomstig uit een HBV midden- of hoog-endemisch land gevaccineerd. Op de korte termijn kan dit hebben geleid tot een stijging van het aantal HBV-diagnoses door de prevaccinatiescreening op HBV-antistoffen. Het effect van het selectieve vaccinatiebeleid op het aantal meldingen van chronische HBV-gevallen zal naar verwachting pas op de langere termijn zichtbaar worden.

Het belang van import in de epidemiologie van HBV in Nederland zal naar verwachting verder toenemen ten gevolge van de vaccinatiecampagne onder risicogroepen.

Concluderend kan worden gesteld dat met de start van Osiris in 2002 de melding van chronische hepatitis B is verbeterd. De rapportage van met name de risicofactoren en het ziektestadium (acuut/chronisch) blijft niettemin onvolledig, waardoor veranderingen in deze factoren moeilijk te interpreteren zijn. Ten behoeve van de effectevaluatie van het vaccinatiebeleid is het van groot belang om de epidemiologische kenmerken zo volledig mogelijk te registreren.

#### Literatuur

1. Lai CL, Ratzliff V, Yuen MF, Poyndar T. Viral hepatitis B. *Lancet* 2003; 362(9401):2089-94.
2. Veldhuijzen IK, Conyn-van Spaendonck MAE, Dorigo-Zetsma JW. Seroprevalentie van hepatitis B en C in de Nederlandse bevolking. *Infectieziekten Bulletin* 1999; 10(9):182-4.
3. Veldhuijzen I, Bosman A, van de Laar M. Verplichte melding en vrijwillige surveillance van acute hepatitis B in 2000. *Infectieziekten Bulletin* 2001; 12(8):276-8.
4. Doosje J, Bosman A, van Straten E. GGD's gaan infectieziekten elektronisch melden via internet. *Infectieziekten Bulletin* 2002; 13(2):59-62.
5. Veldhuijzen IK, Smits LJM, van de Laar MJW. The importance of imported infections in maintaining hepatitis B in the Netherlands. *Epidemiol Infect* 2004; (accepted).
6. Waldhober Q, Heijnen M-L. Landelijk bereik van HBV-vaccinatiecampagne risicogroepen. *Infectieziekten Bulletin* 2003; 14(7):249-53.
7. Heijnen M-L, Waldhober Q, Siedenburg E, Al Taqatqu W, Huijssen R, De Vries M. Hepatitis-B-vaccinatiecampagne gedragsgebonden risicogroepen op koers. *Infectieziekten Bulletin* 2004; 15(9):342-8.



---

**A B S T R A C T**

---

**Holiday souvenirs**

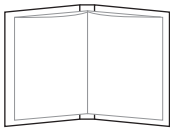
In the southern part of the Netherlands lives a family with 11 children (10-30 years of age), all born in the Netherlands out of North-African parents. None of them was vaccinated for MMR. Some of them live or study in different European countries and Syria. Every year, during the summer holidays, all children gather at their parents' home. One of them took a short trip to Morocco in this period and developed measles after his return. He infected 6 family members (1 hospitalised), including a 5 months old niece, before it was recognised as measles. It took another 6 days before it was reported to the health authorities.

**Chronic HBV infections in the Netherlands, 2001-2003**

Between 2001-2003, 5.181 cases of hepatitis B were diagnosed and reported to the Health Inspectorate, of which 1.877 were diagnosed in 2003. This was an increase of 26% compared with 2001. Seventy-nine percent of the HBV infections in 2001-2003 were chronic, 15% of the patients had an acute HBV infection and in 6% the stage of infection was unknown. The most often reported route of transmission for chronic HBV carriers was mother-child transmission (41%). Seven percent of all patients reported sexual contact as route of transmission and in 43% the route of transmission was unknown. Sixty-five percent of the cases reports to be infected abroad, mostly in intermediate or high endemic regions (99%). Import plays an import role in the epidemiology of chronic HBV in the Netherlands. Three-quarter of the chronic HBV patients was born abroad, nearly all in intermediate or high endemic regions.

**Surveillance of acute hepatitis B in the Netherlands in 2003**

In 2003, 319 cases of acute hepatitis B have been diagnosed in the Netherlands. This is 17% of the total number of hepatitis B cases diagnosed in 2003. The incidence of acute hepatitis B is 2,0 per 100.000 inhabitants and is increasing among males. Among females, a striking number of acute HBV cases was seen in the age group 15-19 years. As well as in previous years, unprotected sexual contact is the most important risk factor for an acute hepatitis B infection. The percentage of homo- or bisexual men with an acute HBV infection decreased, in contrast to the heterosexuals. These are the most important results from the hepatitis B HBV notifications in 2003.



## LEZENSWAARDIG

Recent verschenen artikelen die voor de praktijk van de infectieziektebestrijding relevant of interessant zijn. De selectie is afkomstig uit medische wetenschappelijke tijdschriften.

*Dato V, Wagner MM, Fapohunda A. How outbreaks of infectious disease are detected: a review of surveillance systems and outbreaks. Public Health Rep 2004;119:464-71.*

In dit artikel wordt beschreven hoe in de Verenigde Staten surveillance-systemen onderling samenhangen en functioneren bij de detectie van uitbraken van infectieziekten. De auteurs hebben een overzicht gemaakt van alle bestaande surveillance-systemen op basis van literatuurgegevens en door het raadplegen van deskundigen. Ze hebben de interacties tussen de systemen geanalyseerd en vervolgens de surveillance-systemen gecategoriseerd in de volgende 5 groepen: (1) clinical health system, (2) state (local public health agency), (3) federal organizations, (4) collaborating governmental organizations en (5) academic/professional organizations. De 5 groepen en hun interacties zijn weergegeven in een systeemdiagram; dit diagram is gebruikt om van een aantal recente uitbraken te beschrijven hoe ze gedetecteerd zijn. Uit de beschrijving van recente uitbraken blijkt dat alle 5 componenten een rol spelen bij het verzamelen, analyseren en uitwisselen van gegevens. Clinical health system (1) en Local public health agencies (2) spelen een belangrijke rol in het detecteren van uitbraken. Echter, wanneer het gaat om een voorheen onbekend organisme (zoals bij HIV, SARS en *Legionella*), is vooral het oplettende individu van belang voor de eerste signalering. Voor de verdere detectie

van de aard van het organisme spelen de overige componenten van het systeem juist een belangrijke rol. De conclusie is dat het huidige systeem om uitbraken van infectieziekten in de Verenigde Staten te detecteren complex is en vele organisaties omvat, die op een wat losse manier met elkaar samenhangen.

*Kiso M, Mitamura K, Sakai-Tagawa Y, et al. Resistant influenza A viruses in children treated with oseltamivir: descriptive study. Lancet 2004;364:759-65.*

Dit artikel beschrijft een studie die werd uitgevoerd in Japan. De studie laat zien dat er bij 50 kinderen met influenza (in de leeftijd van 2 maanden tot 15,8 jaar) en die behandeld werden met Tamiflu (oseltamivir) bij 18% van de kinderen (11 maanden tot 3 jaar) mutaties in het influenza-virus ontstaan die resistentie geven tegen neuraminidase inhibitors zoals oseltamivir. Data die wereldwijd verzameld werd uit een groep van circa 3000 patiënten die behandeld werd met oseltamivir, laten daarentegen een incidentie van resistent virus van 0,4% bij volwassenen en 4% bij kinderen (1 tot 12 jaar) zien. Het grote verschil met de Japanse studie kan veroorzaakt zijn doordat de dosis voor kinderen in Japan lager is en daardoor mogelijk suboptimaal. Recent is echter aangetoond dat virussen met een E119V-mutatie, die ook bij de Japanse kinderen is gevonden, en virussen met de H274Y-mutatie transmissie geven in het frettenmodel. Virussen met de meest gevonden mutatie, R292K, doen dit niet. In het kader van 'pandemic preparedness' worden oseltamivir voorraden aangeschaft. Het is van vitaal belang om meer kennis te ontwikkelen over hoe neuraminidase inhibitors toegepast kunnen worden

en tegelijkertijd resistentie ontwikkeling voorkomen kan worden. Als oseltamivir ingezet wordt zou dit - als dit mogelijk is - gecombineerd moeten worden met een monsterafname voor virusisolatie en onderzoek naar virussen met een verminderde gevoeligheid.

*Vandenberg O, Dediste A, Houf K, et al. Arcobacter species in humans. Emerg Infect Dis 2004;10(10):1863-7.*

In deze studie werd van 67.599 fecesmonsters afkomstig van 40.995 patiënten uit België een bacteriologische kweek gedaan die erop gericht was om *Campylobacter*(-achtigen) te kweken. In de monsters van 1906 patiënten, dus 4,6% van de patiënten, werd(en) *Campylobacter*(-achtigen) gevonden. Meer dan 77% hiervan betrof *C. jejuni*, terwijl *Arcobacter butzleri* 3,5% van de *Campylobacter*-achtigen uitmaakte. In totaal bleek dus minder dan 0,2% (67/40.995) van de patiënten *A. butzleri* in de feces te hebben. Er werd een case-controlstudie gedaan waarbij de 67 *A. butzleri*-geïnfecteerden vergeleken werden met een groep van 201 patiënten met *C. jejuni*. Hieruit bleek dat *A. butzleri*-geïnfecteerden vaker persisterende - of waterige diarree hadden dan *C. jejuni*-geïnfecteerde patiënten. Hoewel de auteurs in hun conclusie opmerken dat *Arcobacter* de vierde meest frequent geïsoleerde *Campylobacter*(-achtige) was in de fecesmonsters, is de incidentie waarschijnlijk erg laag (lager dan 0,2% van de patiënten uit de studie). Het is te verwachten dat de situatie in Nederland vergelijkbaar zal zijn met die in België. Het lijkt daarom niet nodig beleidsmaatregelen te nemen. Voor klinici is het van belang om bij persisterende diarree ook te denken aan *Arcobacter* als oorzakelijk agens.



Stratton CW, Sririam S. Association of *Chlamydia pneumoniae* with central nervous system disease. *Microbes Infect* 2003;5:1249-53.

Chlamydiae zijn obligaat intracellulair en in staat een breed scala aan eukaryote cellen te infecteren en persisterende infectie te veroorzaken. *Chlamydia pneumoniae* is een bekend pathogeen voor mensen en komt wereldwijd voor. Het veroorzaakt een 'self-limiting' respiratoire infectie, maar via macrofagen vindt systemische disseminatie buiten de tractus respiratorius plaats naar bijvoorbeeld het centraal zenuwstelsel. Wellicht bestaat daarom een relatie met chronische ziekten, ook met die van het centraal zenuwstelsel. Zo zijn er tijdsrelaties gevonden tussen *C. pneumoniae*-infectie en aandoeningen van het zenuwstelsel. Er worden verhoogde antistoftiters gevonden bij patiënten met acute neurologische ziektebeelden en bij Alzheimerpatiënten met PCR-positief hersenweefsel. Bij MS zijn er relaties gevonden met *C. pneumoniae*. Het mechanisme is nog niet opgehelderd. In de toekomst zijn trials te verwachten met antibiotische therapie die meer duidelijkheid moeten geven over de relatie tussen dit micro-organisme en ziekte. Vooral nog is de relevantie voor beleid in Nederland gering.

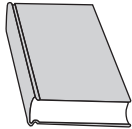
Smith-Palmer A. *Gastro-intestinal and foodborne infections*. *SCIEH Weekly Report* 2004;38(21):126-7.

Dit surveillance-overzicht beschrijft het aantal reisgerelateerde explosies van gastro-enteritis (niet alleen voedselgerelateerde) en het aantal in het buitenland opgelopen STEC-O157-infecties in Schotland (ruim 5 miljoen inwoners) in 2003. Bij explosies van gastro-enteritis wordt door de lokale gezondheidsdienst informatie verzameld over aantal positieven, aantal vermoedelijk zieken, plaats, naam hotel/accommodatie, type catering, touroperator, vluchtgegevens etc. Deze informatie wordt door het nationale instituut (SCIEH) verspreid aan alle lokale diensten om mogelijk gerelateerde cases te kunnen identificeren. Tevens wordt melding gedaan aan Enternet. In 2003 werden 45 buitenlandse explosies gemeld, waarvan 53% door *Salmonella*, 24% *Cryptosporidium*, 13% *Shigella* en 10% menginfecties. In 49% van de explosies was Spanje en de Balearen het land van infectie, 11% Griekenland, 4% België en 4% Dominicaanse Republiek. De overige landen werden slechts 1 maal genoemd. Verder werden in 2003 21 reisgerelateerde cases van STEC O157 gemeld. In Nederland zijn meldingen van gastro-enteritisexplosies beperkt tot de voedselgerelateerde. Er is geen systematische informatiestroom naar het RIVM van detailgegevens over reis/verblijf/

vlucht etc. en die vervolgens verder verspreid wordt naar de GGD'en om nieuwe gevallen te kunnen linken (enigszins vergelijkbaar met de EWGLI systematiek voor reisgerelateerde legionellose). De vraag is of dit ook voor Nederland een zinvolle activiteit zou zijn. Vanuit het oogpunt van surveillance zou de actieve aanpak zeker meer complete gegevens over de omvang van explosies opleveren. Echter, voor de bronopsporing en de te treffen maatregelen zijn er vermoedelijk weinig consequenties van dit vollediger in kaart brengen van een explosie. In Nederland bereiken minder (explosies van) gastro-enteritiden de huisarts, omdat patiënten niet snel naar de huisarts gaan met klachten van een gastro-enteritis. In 2003 waren in Nederland 17 (13%) voedselgerelateerde explosies opgelopen in het buitenland. Van de STEC O157 waren er 4 (7%) reisgerelateerd. Van deshigellose-meldingen was 74% (n=197) reisgerelateerd.

**J.A. van Vliet**

Met dank aan JC Rahamat-Langendoen (RIVM-CIE, GGD Gooi en Vechtstreek), YTHP van Duynhoven (RIVM-CIE), LM Schouls (RIVM-LTR) en MAE Conyn-van Spaendonck (RIVM-CIE).




---

**BOEKBESPREKING**


---

**Nieuwe 18de editie****Control of Communicable Diseases Manual**

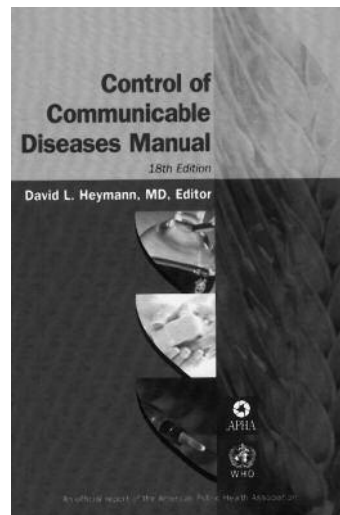
In 2004 is een nieuwe editie van de Control of Communicable Diseases Manual (CCDM) verschenen. De CCDM werd voor het eerst in 1917 in de Verenigde Staten (VS) gepubliceerd: 30 pagina's met preventie- en controlemaatregelen voor 38, toendertijd in de VS meldingsplichtige, besmettelijke ziektes. In de jaren erna volgden verschillende bewerkingen. Naast allerlei inhoudelijke veranderingen veranderde ook de titel: het laatste woord veranderde van "man" in "manual" om elke vooringenomenheid met sekse te voorkomen. Het werd een standaardwerk voor mensen die werkzaam zijn op het gebied van de infectieziektebestrijding. De 18de editie is inmiddels uitgegroeid tot een 700 pagina's tellend boekwerk en beslaat meer dan 140 ziekten.

Sinds de eerste publicatie hebben slechts 5 redacteuren gewerkt aan de CCDM. David Heymann is redacteur van de nieuwste editie. Heymann is werkzaam bij de WHO, en de invloed van de WHO op de inhoud van de CCDM is dan ook te merken. Zo is er meer aandacht voor de problemen die ontwikkelingslanden ondervinden op het gebied van infectieziekten en de infectieziektebestrijding, en probeert de CCDM beter aan te sluiten op de behoeften van ontwikkelingslanden (zoals het goedkoop verkrijgen van geneesmiddelen).

Ondanks de toename van het aantal bladzijden blijft de CCDM een compact en makkelijk te gebruiken naslagwerk. In de loop der jaren heeft de CCDM een grote

naam opgebouwd. Dit is vooral te danken aan de inmiddels overleden redacteur Abraham Benenson, wiens naam ruim 28 jaar verbonden was aan de CCDM. Het verdient dan ook zeker een plaats in tas of kast van mensen die betrokken zijn bij de infectieziektebestrijding in Nederland.

**J. Rahamat**, arts infectieziektebestrijding, GGD Gooi en Vechtstreek, RIVM-CIE, e-mail: [janette.rahamat@rivm.nl](mailto:janette.rahamat@rivm.nl)



Control of Communicable Disease Manual  
David L. Heymann, MD, Editor  
Eighteenth Edition 2004  
ISBN 0-87553-034-6

De achttiende editie zal op termijn ook online geraadpleegd kunnen worden via [www.apha.org](http://www.apha.org).

**In de CCDM wordt elke ziekte of groep van ziekten op een standaard manier besproken:**

1. Identification: de belangrijkste klinische verschijnselen worden besproken en de meest gebruikte laboratoriumtesten ter vaststelling van de verwekker van de ziekte.
2. Infectious agent: de specifieke verwekker of verwekkers van de ziekte worden genoemd, met eventueel belangrijke karakteristieken.
3. Occurrence: informatie wordt gegeven over het voorkomen van de ziekte (gebieden, bevolkingsgroepen). Tevens wordt, indien van toepassing, informatie gegeven over uitbraken van de ziekte in heden en verleden.
4. Reservoir: hier wordt beschreven waar de verwekker zich normaliter ophoudt (mens, dier, plant) en waar het van afhankelijk is voor overleving en verspreiding.
5. Mode of transmission: de manier waarop de verwekker zich verspreidt.
6. Incubation period: tijd tussen moment van besmetting en uiting van eerste ziekteverschijnselen.
7. Period of communicability: besmettelijke periode van de ziekte.
8. Susceptibility: hier wordt informatie gegeven over de populatie at risk voor infectie, evenals over het al dan niet ontstaan van immuniteit na infectie.

## 9. Methods of control

- A. Preventive measures: preventieve maatregelen voor het individu of de groep.
- B. Control of patient, contacts and the immediate environment: maatregelen worden beschreven om verdere verspreiding van de ziekte te voorkomen. Tevens worden behandeladviezen gegeven.
- C. Epidemic measures: hier worden maatregelen weergegeven die genomen moeten worden, wanneer de ziekte zich snel onder een bepaalde groep of in een bepaald gebied verspreidt.
- D. Disaster implications: dit geeft de waarschijnlijkheid aan waarmee de ziekte een ramp kan veroorzaken, wanneer geen controlemaatregelen genomen worden.
- E. International measures: hier worden de interventies beschreven die vanuit internationale organisaties (WHO, CDC) ingezet kunnen worden om de populatie te beschermen tegen infectie (bijvoorbeeld hulp bij diagnostiek, training personeel, consultatie en dergelijke).
- F. Measures in case of deliberate use of biological agents to cause harm: voor een aantal ziektes zijn hier maatregelen genoemd die van kracht worden bij moedwillige verspreiding van een specifieke ziekteverwekker of een vermoeden daarop.

---

## VAN DE LCI

---

### Herziening protocol 'Groep-A-streptokokken-infecties'

De indeling van het protocol is aangepast. In de diverse paragrafen wordt nu per ziektebeeld besproken wat voor maatregelen noodzakelijk zijn. Verder zijn met name de maatregelen ten aanzien van patiënten en contacten herzien. Als roodvonk 'heerst', is het belangrijk om te zorgen dat typering van de streptokokken van enkele personen door het RIVM kan plaatsvinden. Typering kan namelijk de relatie tussen de gevallen bevestigen (of ontkrachten) en maakt het mogelijk de kans op het optreden van ernstige invasieve infecties in te schatten. Hierdoor kan sneller worden besloten tot profylactisch behandelen van contacten. De definitie van contacten is verscherpt. Bij recidiverende impetigo kan bij bewezen groep-A-streptokokken-dragende gezinscontacten chemoprofylaxe worden overwogen. Bij invasieve infecties wordt alleen aan gezinscontacten routinematig chemoprofylaxe gegeven. Kinderen met impetigo mogen school of kinderdagverblijf bezoeken mits de aandoening wordt behandeld of de blaasjes zijn ingedroogd. Blaasjes afplakken is niet wenselijk omdat hierdoor 'broei' kan optreden en de impetigo verder kan uitbreiden. Er is geen meldingsplicht, maar het Landelijk Overleg Infectieziektebestrijding heeft wel een voorstel gedaan aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) om een aantal groep-A-streptokokkeninfecties meldingsplichtig te maken in groep B. Het gaat om GAS-infecties waarbij overwogen moet worden profylaxe te geven aan de contacten.

### Herziening protocol 'Rabiës'

De postexpositiebehandeling van ongevaccineerden na blootstelling aan een mogelijk rabide dier bestaat voortaan uit 5 in plaats van 6 injecties. Volgens het WHO-Essen-schema vindt actieve immunisatie plaats op dag 0, 3, 7, 14 en 28 in combinatie met passieve immunisatie, bestaande uit een eenmalige toediening van MARIG op dag 0. Als MARIG niet op de dag van de eerste vaccinatie (dag 0) is gegeven, dan dient dit alsnog binnen 7 dagen na de vaccinatie te gebeuren. Voor gevaccineerden die een volledige primaire serie of een boostervaccinatie hebben ontvangen, is het schema vereenvoudigd: zij krijgen geen MARIG en slechts 2 boosterinjecties met rabiësvaccin (dag 0 en 3). Aan immuno-incompetenten wordt altijd MARIG gegeven na blootstelling. Er wordt in het protocol uitgebreid aandacht besteed aan de bijwerkingen van het vaccin. Er bestaat geen internationale consensus over de vraag binnen welke termijn na het contact met rabiës toediening van MARIG nog zinvol is. In Nederland moet in ieder geval bij ernstige verwondingen (volgens criteria in protocol) aan ongevaccineerden zo snel mogelijk na blootstelling MARIG worden toegediend. Als de persoon zich later dan 48 uur na de blootstelling meldt, wordt voor toediening van MARIG altijd overlegd met het bureau LCI of het RIVM-NVIC. Het protocol is in overleg met het RIVM-NVIC herzien.

### Bureau LCI




---

**IN DEN VREEMDE**


---

## Het EIS-gevoel

*Masja Straetemans werkt als EIS-officer bij het CDC in Atlanta.*



Mijn buurman keek me vol verbazing aan toen ik vertelde dat ik een weekend naar de Great Smokey Mountains (VS) zou gaan. De semafoon, mobiele telefoon inclusief oplader en laptop die ik in mijn hand had, pasten inderdaad niet helemaal bij mijn backpackeroutfit. Waarom moest ik mijn principes laten varen (geen mobiele telefoon als ik ga wandelen), en daarentegen zelfs 3 keer controleren of ik de nodige communicatiemiddelen wel bij me had? Het antwoord op deze vraag is dat ik een 'Epidemic Intelligence Service (EIS) Officer' ben bij het CDC in de VS.

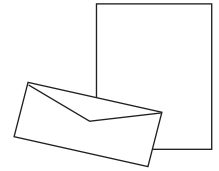
Tijdens dit eerste weekend in september was de verwoestende orkaan 'Frances' op weg naar Florida, terwijl 3 weken eerder Florida al was geteisterd door 'Charley'. De mogelijkheid bestond dat ik opgeroepen zou worden om de Florida Health State Department te assisteren met een 'rapid needs assessment'. Ik moest dus goed bereikbaar zijn om, indien nodig, weer in mijn auto te stappen en terug te rijden naar Atlanta. Dit bewuste weekend was mijn eerste ervaring met het 'EIS-gevoel': 24 uur per dag en 7 dagen per week bereikbaar én bereid zijn om te vertrekken naar een andere staat of land als je opgeroepen wordt. EIS-officers zijn de 'Disease Detectives' van het CDC. De meeste mensen denken direct aan de film 'Outbreak' als ik uitleg wat ik doe, maar omdat ik werk bij het National Center for Environmental Health is de film Erin Brockovic een betere vergelijking. In deze film ontdekt de actrice Julia Roberts dat een chemieconcern het grondwater ernstig heeft vervuild, waardoor veel mensen ernstige gezondheidsklachten hebben ontwikkeld. Het doel van het EIS-programma is het trainen van gezondheidsdeskundigen om te reageren op nationale en internationale verzoeken voor epidemiologische assistentie bij het plotseling optreden van bepaalde ziekten in een specifieke tijd en plaats. Het CDC reageert op deze verzoeken van staten, andere overheidsinstanties of internationale instituten in de vorm van een 'Epi-Aid'. Een vereiste voor EIS-officers is om tijdens het 2 jaar durend programma in minstens 1 Epi-Aid de hoofdonderzoeker te zijn. Enkele weken nadat ik gestart was, viel ik al direct met mijn neus in de boter. De Food & Drug Administration (FDA) had onze afdeling gevraagd om epidemiologische assistentie te verlenen bij een onderzoek naar het optreden van o.a. blaren, zwellingen, bultjes, rode en droge huid enkele weken en/of maanden nadat mensen een cosmetische tatoeage hadden gekregen op wenkbrauwen, lippen en/of eyeliners. Voordat dit project van start ging, hielden we diverse 'conference calls' met collega's van de FDA. Om de vraag te beantwoorden of ons project een public health onderzoek of een wetenschappelijk onderzoek was, moest ik me al snel gaan verdiepen in de regels van de medische ethische commissie (IRB) van het CDC. Omdat een deel van het project in de laatste categorie valt, kunnen we hiermee pas van start gaan als we de toestemming hebben van de IRB. Echter, voordat ik ons project kon indienen moest ik eerst een test afleggen waarin ik aantoonde op de hoogte te zijn van de IRB-regels en procedures. Dit was niet de enige test die ik heb mogen afleggen sinds ik werk bij het CDC. Zo heb ik o.a. verschillende testen moeten voltooien om te laten zien dat ik op de hoogte ben van de procedures en regels die betrekking hebben op werkgerelateerde reizen, zowel lokaal als nationaal en international. Voor mij waren de testen en vele regels nog onbekende aspecten van het werken bij de overheid waar ik nog niet eerder mee te maken had gehad, ondanks diverse stages en enkele jaren werkervaring bij (semi) overheidsinstellingen. Ik vermoed dat de testen gebruikt worden om mensen te motiveren alle procedures en regels te lezen. De vele procedures zijn ook noodzakelijk om alles op een gestandaardiseerde manier uit te voeren. Of het in de VS er echt veel bureaucratischer aan toe gaat dan in Nederland durf ik echter niet te zeggen. Stage-ervaringen bij het RIVM en de GGD zijn waarschijnlijk geen goede vergelijking met werkervaring bij het CDC. Mijn weekend in de Great Smokey Mountains was ontspannend, want al mijn communicatiemiddelen functioneerden toch niet op de momenten dat we aan het wandelen waren. Zodra we in het dorp kwamen kon ik ze wel controleren. Ik werd niet opgeroepen dat weekend. Terugkijkend, besef ik dat mijn EIS-gevoel was ontwikkeld: ik ging door met mijn sociale activiteiten en had de flexibiliteit om op korte termijn te kunnen reageren op verzoeken voor epidemiologische assistentie.

**Masja Straetemans**, e-mail: [bwg7@cdc.gov](mailto:bwg7@cdc.gov)

---

**INGEZONDEN BRIEF**


---



Reactie op bericht Uit het veld: Profylactische toediening van oseltamivir in verpleeg- en verzorgingshuis, *Infectieziekten Bulletin* 15(2): 47-48.

Als geïnteresseerde lezers en als professionals willen we u het volgende ter overweging geven: in bovengenoemd nummer van het *Infectieziekten Bulletin* verscheen een artikel waarin de bestrijding van een influenza-uitbraak in een verpleeg- en verzorgingshuis werd beschreven. Het artikel beschrijft de manier waarop de influenza-uitbraak in de instelling werd vastgesteld, het aantal ziektegevallen onder bewoners en personeel, de voorgenomen preventie- en bestrijdingsmethoden en de wijze waarop de influenza-uitbraak daadwerkelijk werd bestreden. De auteurs besluiten de beschrijving met de uitspraak dat 'de aanpak succesvol is verlopen'.<sup>1</sup> In het licht van onze ervaring met surveillance van influenza-uitbraken en oseltamivir gebruik in verpleeg- en verzorgingshuizen, zetten wij uiteen waarom bij deze conclusie enige voorzichtigheid op zijn plaats zou zijn geweest.

Ten eerste laten de auteurs in het artikel nogal wat onduidelijkheden bestaan ten aanzien van de praktische uitvoering van het voorgenomen preventie- en bestrijdingsbeleid. In eerste instantie besloot de instelling om alle bewoners en personeelsleden oseltamivir voor profylaxe aan te bieden. Aan zieke bewoners en personeelsleden zou binnen 48 uur na het begin van de klachten therapeutisch oseltamivir worden aangeboden. In het artikel bleef echter onverklaard waarom 4 van de in totaal 22 niet-zieke bewoners geen profylaxe ontvingen en slechts 1 van de 13 zieke bewoners therapeutisch werd behandeld. Naast deze inconsistenties werd van 3 zieke bewoners en van 14 zieke personeelsleden de eerste ziektedag niet beschreven, waardoor onduidelijk is of deze patiënten oseltamivir profylaxe hebben ontvangen.<sup>1</sup> Een epidemische curve die inzicht geeft in het verschijnen van de casussen in de tijd en de data waarop oseltamivir werd toegediend, had hier verheldering kunnen geven.

Ten tweede suggereren de auteurs dat op basis van de gepresenteerde veldgegevens enige conclusie kan worden getrokken over de effectiviteit van oseltamivir bij het couperen van influenza-uitbraken.<sup>1</sup> Echter, dit is juist bij veldgegevens uiterst moeilijk omdat een controlegroep in deze gevallen ontbreekt. Hierdoor kan het effect van oseltamivir op het voorkomen van het aantal ziektegevallen niet worden vergeleken met een situatie waarin geen oseltamivir voor profylaxe wordt ingezet of oseltamivir alleen the-

rapeutisch wordt ingezet. Enig inzicht in het effect van oseltamivir in deze instelling zou wellicht kunnen worden verkregen wanneer de auteur de 2 zorgeenheden had gesplitst naar de wijze van behandeling met oseltamivir. Het verschil in het aantal ziektegevallen na de inzet van oseltamivir tussen de zorgeenheden zou een indicatie kunnen zijn voor het effect ervan. Echter, hierbij blijft de mogelijkheid bestaan dat de resultaten vertekend zijn door onder andere verschillen in het onderliggend lijden van de zieke bewoners van de vergeleken zorgeenheden, verschillen in mobiliteit binnen de vergeleken zorgeenheden en verschillen in andere genomen preventie maatregelen (bijvoorbeeld verschillen in het percentage gevaccineerd personeel).

Ten derde kan het gegeven dat na toediening van de profylaxe aan bewoners geen ziektegevallen meer werden gemeld, niet als bewijs dienen voor 'een goed verloop van de aanpak' door de instelling. In dergelijke gevallen blijft immers de vraag bestaan of oseltamivir wellicht te laat werd ingezet en de epidemie al op een natuurlijke wijze was uitgedoofd. In de instelling werd binnen 10 dagen 37% (13/35) van de bewoners ziek en 10 dagen na de eerste zieke (een personeelslid) werd pas profylactisch oseltamivir ingezet.<sup>1</sup>

### **RIVM surveillance in verpleeg- en verzorgingshuizen**

In seizoen 2003-2004 is op verzoek van het Ministerie van VWS door het RIVM een surveillance onder verpleeghuizen opgezet om het effect van oseltamivir op het verloop van influenza-uitbraken binnen deze instellingen te monitoren. In totaal 9 verpleeg- en verzorgingshuizen namen deel aan de gegevensverzameling. Tijdens de RIVM-surveillance in verpleeg- en verzorgingshuizen werden 'attack rates' van gemiddeld 40% (range 15%-97%) per zorgeenheid gevonden. Op het moment van melding van de uitbraak aan de GGD lag het aantal klinische influenzagevallen tussen de 6 en 24 per instelling. In totaal werden 247 bewoners in 7 instellingen en 118 personeelsleden in 5 instellingen profylactisch behandeld met oseltamivir. Deze profylaxe werd in alle gevallen gestart binnen 4 dagen na melding van de uitbraak aan de GGD. Op het moment van de start van de profylaxe waren in de afzonderlijke instellingen tussen de 7 en 30 klinische influenzagevallen bekend. Net als in de instelling beschreven in het artikel werden in de surveillance, onder zorgeenheden met een bekende oseltamivirbehandeling en startdatum van behandeling, bij 50% van de zorgeenheden met een profylacti-

sche/therapeutische behandeling (n=12) en 50% van de zorgeenheden met alleen een therapeutische behandeling (n=4), geen vervolgcasussen meer gevonden. Bij 2 zorgeenheden werd 1 vervolgcasus van klinische influenza aangetroffen op respectievelijk dag 1 en dag 2 na de profylactische/therapeutische inzet van oseltamivir. Van de overige zorgeenheden met een bekende behandeling en behandelingsstartdatum was van veel casussen de eerste ziektedag onbekend. Hierdoor kan het aantal zorgeenheden met vervolgcasussen in werkelijkheid groter zijn geweest.

Aangezien ook in de surveillance een controlegroep ontbrak, bleef het effect van profylactische oseltamivir op het couperen van uitbraken onzeker. Het artikel en de surveillance tonen echter wel aan dat oseltamivir voor profylaxe vaak met (grote) vertraging wordt ingezet en dat hier wellicht nog winst te behalen valt. De NVVA adviseert oseltamivirprofylaxe binnen 48 uur na de klinische diagnose wanneer deze laboratorium bevestigd is en oseltamivirtherapie binnen 48 na aanvang van symptomen.<sup>2</sup> Gebleken is dat de inzet van profylaxe al effectief is wanneer de indexcase nog geen koorts vertoont.<sup>3</sup> Dit betekent dat al bij waarneming van verminderd functioneren van de indexcase (bijvoorbeeld vallen, toegenomen afhankelijkheid of verlies van eetlust) activiteiten voor het vaststellen van een infectie kunnen worden gestart en ook de profylaxe vroeger ingezet kan worden.<sup>4</sup> Ook van antivirale therapie is bekend dat vroegtijdige inzet de periode van virusuitscheiding kan verkorten.<sup>5</sup> Naast oseltamivirprofylaxe, zou wellicht dus ook oseltamivirtherapie voor bewoners waarbij nog lichte symptomen worden waargenomen een deel van de transmissie kunnen voorkomen. In de praktijk lijkt dit een moeilijk te realiseren optie, gezien de veelheid aan pathologie bij verpleeghuisbewoners die zich vaker manifesteert met vallen, toegenomen afhankelijkheid en verminderde eetlust.

## Vaccinatie tegen influenza

Vooralsnog is influenzavaccinatie het meest effectief in het voorkomen van ernstige ziekte, secundaire complicaties en sterfte bij verpleeghuisbewoners. In de instellingen die deelnamen aan de surveillance en in de instelling beschreven in het artikel, werd onder bewoners een hoge vaccinatiegraad gevonden (93% tot 100%).<sup>1</sup> Desondanks vond tussen bewoners toch transmissie van influenza plaats. Hoewel de verminderde bescherming tegen influenza in seizoen 2003-2004 te wijten kan zijn geweest aan de mismatch tussen de influenza A(H3N2)-vaccinstam en de circulerende influenza A(H3N2) Fujian-achtige stam, is ook bekend dat vaccinatie bij ouderen niet altijd leidt tot voldoende toename van antilichamen tegen influenza.<sup>6</sup> Bij ouderen in verpleeghuizen voorkomt influenzavaccinatie slechts 30-40% van de ziekte door influenza.<sup>7</sup> Naast vaccinatie van verpleeghuisbewoners blijft vaccinatie van personeel dus een punt van aandacht omdat ook dit de mortaliteit onder bewoners en de mate van nosocomiale transmissie zou kunnen verlagen.<sup>8</sup> In de instellingen die deelnamen aan de surveillance en in de instelling<sup>1</sup> uit het artikel was slechts 20-30% van het personeel gevaccineerd. Het getuigt van een goed beleid dat in de instelling uit het artikel, na vaststelling van de lage vaccinatiegraad onder personeel, vaccinatie aan het personeel werd aangeboden.<sup>1</sup> Wij hopen dat in de toekomst ook andere instellingen zullen kiezen voor een tijdige vaccinatie van het verpleeghuispersoneel.

**S.M. van der Plas**, RIVM-CIE, **A. Meijer**, RIVM-LIS en **H.J. Boot**, RIVM-LTR

## Literatuur

1. Dijk van G, Maat ATJ, Maas-Jongerius MM, Lambregts H. Profylactische toediening van oseltamivir in verpleeg- en verzorgingshuis. *Infectieziekten Bulletin* 2004; 15(2):47-8.
2. NVVA. Richtlijn Influenza preventie in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. 2003.
3. Welliver R, Monto AS, Carewicz O et al. Effectiveness of oseltamivir in preventing influenza in household contacts: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 285(6):748-54.
4. Drinka PJ, Krause P, Nest L, Gravenstein S, Goodman B, Shult P. Delays in the application of outbreak control prophylaxis for influenza A in a nursing home. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2002; 23(10):600-3.
5. Hayden FG, Treanor JJ, Fritz RS et al. Use of the oral neuraminidase inhibitor oseltamivir in experimental human influenza: randomized controlled trials for prevention and treatment. *JAMA* 1999; 282(13):1240-6.
6. Couch RB, Cate TR. Managing influenza in older patients. *Geriatrics* 1983; 38(9):61-3, 67, 71-4.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention and control of influenza; recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MWWR*; vol Vol 53).
8. Carman WF, Elder AG, Wallace LA et al. Effects of influenza vaccination of health-care workers on mortality of elderly people in long-term care: a randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 355(9198):93-7.

## Reactie op ingezonden brief

Op het bericht over de verstrekking van oseltamivir in een verpleeg- en verzorgingshuis is door S. van der Plas e.a. commentaar gegeven. Hiervoor hartelijk dank. Het commentaar wordt grotendeels onderschreven, maar wel wil ik een paar opmerkingen maken.

De uitbraak in het tehuis vond plaats voordat we kennis konden nemen van het door het RIVM opgestelde onderzoeksprotocol.

Het verzamelen van de gegevens met betrekking tot zieken was lastig. Ook is van ziek personeel niet meteen duidelijk wat er aan de hand is. Het ontbrak ons aan een duidelijke casedefinitie van influenza. Er zou alleen sprake zijn van influenza als het virologisch onderzoek positief was. We hebben echter afgezien van uitgebreid virologisch onderzoek.

In onze conclusie wordt minder stellig over succes gesproken dan in het commentaar wordt aangegeven. Een uitblijven van nieuwe ziektegevallen kan uiteraard ook het gevolg zijn van een natuurlijk beloop.

Deze gebeurtenis in het tehuis te beschouwen als een veldexperiment was voor ons geen optie. Naast ethische implicaties miskent het de situatie in een tehuis, waar met name tijdens de feestdagen (met ziek personeel) de werkzaamheden met moeite kunnen worden uitgevoerd.

De presentatie van de gegevens heeft aanleiding gegeven tot verwarring. Daarom volgt hier een verduidelijking. Er is besloten om aan zieken, binnen 48 uur na begin van de klachten, een therapeutische behandeling met oseltamivir aan te bieden. Van de in totaal 13 zieken kwamen 12 zieken niet voor dit beleid in aanmerking, omdat het begin van de klachten langer dan 48 uur geleden was.

De gegevensverzameling is echter in volgende gevallen zeker een punt van aandacht.

Daarnaast zouden we graag een discussie willen over het inzetten van profylaxe met oseltamivir. Doe je dit in alle gevallen van een influenza-uitbraak in een verpleeghuis? Laat je het afhangen van de ernst van de ziekteverschijnselen op dat moment? Speelt het moment in het griepseizoen bij je beoordeling een rol? Aan het begin van het seizoen een meer voorzichtige opstelling? Het kan zijn dat je meerdere keren in een griepseizoen oseltamivir aan bewoners van een verpleeghuis moet verstrekken. Is dit, nog afgezien van de kosten, goed medisch handelen?

**G. van Dijk**, arts infectieziektebestrijding, GGD West-Brabant, e-mail: [gdiijk@ggdwestbrabant.nl](mailto:gdiijk@ggdwestbrabant.nl), **A.T.J. Maat**, sociaalverpleegkundige infectieziektebestrijding, GGD West-Brabant, **M.M. Maas**, verpleeghuisarts, Circonflex, Stichting voor zorg en wonen.

---

## AANKONDIGINGEN & MEDEDELINGEN

---

### NSPOH-cursus

#### Waar te beginnen: signaleren en prioriteren

Epidemiologische gegevens, wijkonderzoeken en politiek geven signalen voor de aanpak van gezondheidsproblemen. U leert op basis van gegevens en signalen te prioriteren.

**Doelgroep:** Gezondheidsbevorderaars en preventiemedewerkers met minimaal 1 jaar werkervaring uit diverse werkvelden, zoals GGD, RIAGG/GGZ, verslavingszorg, thuiszorg, patiëntenvoorlichting, landelijke categorale instellingen en ondersteuningsinstituten. De module is met name geschikt voor de preventiemedewerker, de preventiefunctionaris/functionaris gezondheidsbevordering, de beleidsmedewerker of senior gezondheidsbevordering en preventie.

**Kosten:** € 550

**Data:** dinsdag 8 en 22 maart 2005

**Locatie:** NSPOH te Amsterdam

**Mee informatie:** [www.nspoh.nl](http://www.nspoh.nl), tel. 020-5664949, [info@nspoh.nl](mailto:info@nspoh.nl)



**NSPOH**

Netherlands School of  
Public & Occupational Health



## 16<sup>th</sup> biennial meeting of the ISSTDR

### Re-emerging STI's: the challenge

The aim of the ISSTDR 2005 is to provide a forum for investigators and policy makers and to discuss recent advantages in research and control of all STDs including HIV. As in the past the congress will consist of plenary lectures, symposia, slide sessions, workshops and poster sessions providing an opportunity for education and discussion on the latest information relevant to all aspects of STDs. Oral presentations and posters will be selected from abstracts submitted. Abstracts can be submitted on-line until 31 March 2005. For instructions see the website.

Datum: 10-13 juli 2005  
 Plaats: RAI congrescentrum, Auditorium complex, Amsterdam  
 Kosten: € 425 (aanmelden voor 31 maart 2005).  
 Meer informatie: [www.isstdr.org](http://www.isstdr.org)



### Luchtbeheersing op de OK, bijdrage aan de infectiepreventie

Tijdens dit symposium komen zowel de operatiepraktijk, de praktijk van het bouwen, meten, onderhouden en beheren aan de orde. Het luchttechnisch ontwerp zal daarbij een specifiek aandachtspunt zijn. Naast het lezingenprogramma zal in de diverse pauzes een specifieke informatiemarkt worden gehouden voor leveranciers en dienstverleners rond het OK-bedrijf. Het symposium wordt georganiseerd door de Vereniging Contamination Control Nederland (VCCN) in samenwerking met de Vereniging voor Hygiëne & Infectiepreventie in de Gezondheidszorg (VHIG).

Datum: maandag 14 maart 2005  
 Plaats: Jaarbeurs Utrecht, Congreszaal Irene, Jaarbeursplein, 3521 AL Utrecht  
 Kosten: deelnamekosten symposium 90,-, de deelnamekosten stand 575,-  
 Meer informatie: VCCN verenigingsbureau, mw. S. van Ewijk, tel. 033-4345765,  
 e-mail: [a.vanewijk@tvvl.nl](mailto:a.vanewijk@tvvl.nl)



### Cursussen Hogeschool Leiden

#### Bio-informatica voor laboratoriummedewerkers (HBO/post-MBO)

Cursus data: 7 en 8 april 2005  
 Aanmelding: vóór 25 februari 2005  
 Cursusgeld: € 675

#### VMT: veilig werken met micro-organismen, ggo's en cellijnen (post-HBO)

Cursus data: 29, 30, 31 maart, 1 en 4 april 2005  
 Aanmelding: vóór 18 februari 2005  
 Cursusgeld: € 1450

Aanmeldingsformulieren kunnen worden aangevraagd bij: Hogeschool Leiden, Mw. T. Robbers, Postbus 382, 2300 AJ Leiden, tel: 071-5188743, fax: 071-5188415, E-mail: [posthbo.techniek@hsleiden.nl](mailto:posthbo.techniek@hsleiden.nl), [www.hsleiden.nl](http://www.hsleiden.nl)



## REGISTRATIE INFECTIEZIEKTEN

## Meldingen Infectieziektenwet

	Week 41 - 44 totaal	Week 45 - 48 totaal	Week 49 - 53 totaal	Totaal t/m week 53 2004	Totaal t/m week 52 2003
<b>Groep A</b>					
Kinderverlamming	-	-	-	-	-
SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome)	-	-	-	-	-
<b>Groep B</b>					
Bacillaire dysenterie	52	35	41	346	267
Botulisme	-	-	-	-	1
Buiktyphus	2	1	1	31	39
Cholera	-	-	-	1	1
Creutzfeld-Jacob's Disease - Klassiek	-	-	1	14	12
Creutzfeld-Jacob's Disease - Variant	-	-	-	-	-
Difterie	-	-	-	-	-
Febris recurrens	-	-	-	-	-
Hepatitis A	50	25	27	447	375
Hepatitis B	135	138	205	1.883	1.900
Hepatitis C Acuut	2	-	4	34	4
Hepatitis C Acuut en Drager	-	-	-	2	424
Hondsolheid	-	-	-	-	-
Kinkhoest	1.032	785	866	9.112	2.701
Legionellose	25	19	25	239	222
Mazelen	-	-	-	11	4
Meningokokkose	14	21	19	297	382
Paratyphus A	1	2	3	21	17
Paratyphus B	3	-	6	17	13
Paratyphus C	-	-	-	-	6
Pest	-	-	-	-	-
Tuberculose	110	90	135	1.401	1.420
Virale hemorrhagische koorts	-	-	-	-	-
Vlektyphus	-	-	-	-	-
Voedselvergiftiging of voedselinfectie	7	6	7	86	141
<b>Groep C</b>					
Brucellose	-	2	-	8	4
Enterohemorragische E.coli	8	4	4	42	59
Gele koorts	-	-	-	-	-
Leptospirose	7	6	7	31	19
Malaria	16	28	21	307	356
Miltvuur	-	-	-	-	-
Ornithose/psittacose	4	-	2	33	27
Q-koorts	1	1	2	20	10
Rodehond	3	6	30	46	1
Trichinose	-	-	-	-	3

\* Zie periodiek overzicht.

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

## Meldingen virologische ziekteverwekkers

	Week 41 - 44 totaal	Week 45 - 48 totaal	Week 49 - 53 totaal	Totaal t/m week 53 2004	Totaal t/m week 52 2003
Adenovirus	38	60	115	659	723
Bofvirus	1	-	3	7	6
Chlamydia psittaci	2	5	6	32	31
Chlam. trach.	745	782	891	8742	6814
Coxiella burnetti	-	-	1	11	14
Enterovirus	95	88	72	853	680
Hepatitis A virus	21	11	11	146	153
Hepatitis B virus	82	73	97	932	849
Hepatitis C virus	47	49	77	640	559
Influenza A virus	1	5	22	349	496
Influenza B virus	-	1	8	46	101
Influenza C virus	-	-	-	1	1
Mazelenvirus	1	-	-	5	1
Mycopl.pneumoniae	35	37	71	414	415
Parainfluenza	14	20	34	315	388
Parvovirus	9	5	14	207	134
Rhinovirus	30	16	48	217	131
RS-virus	24	144	868	2118	1062
Rotavirus	12	10	44	975	1079
Ricket conorii	-	-	-	-	-
Rubellavirus	1	1	10	20	9

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

# Tuberculose in Nederland

## Kwartaalrapportage

In het eerste kwartaal van 2004 werden 326 patiënten met actieve tuberculose gemeld: dit aantal is vergelijkbaar met het aantal patiënten in het eerste kwartaal van 2003. Van deze patiënten is 94% nooit eerder behandeld voor tuberculose, een lichte daling ten opzichte van 2003. Het percentage patiënten met de Nederlandse nationaliteit stijgt iets ten opzichte van 2003 van 39% naar 46%. Zoals in voorgaande jaren heeft tweederde van de patiënten een pulmonale vorm van tuberculose en eenderde alleen een extrapulmonale vorm. Ook krijgen iets meer mannen dan vrouwen tuberculose.

Het aantal gerapporteerde tuberculine-infecties is na een daling in 2003 in het eerste kwartaal van 2004 weer gestegen, hoewel het aantal omslagen relatief minder is gestegen.

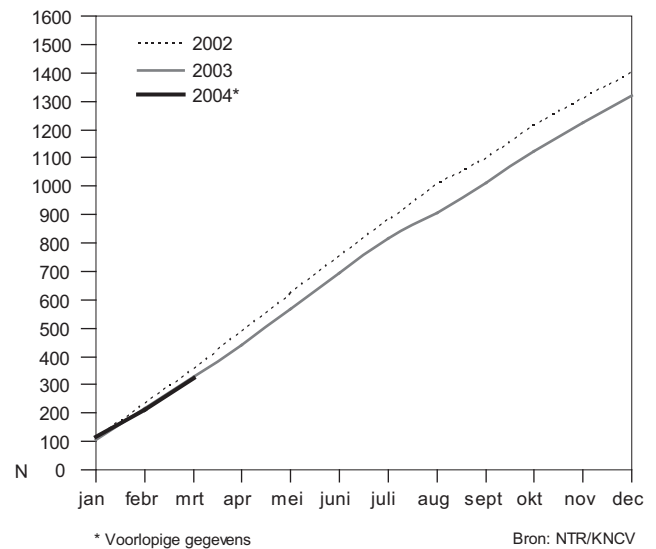
Van 94% van de patiënten die gerapporteerd werden in het eerste kwartaal van 2003 zijn de behandelresultaten bekend. Het percentage patiënten dat de behandeling succesvol afrond, is met 77% lager dan het percentage over dezelfde periode in 2002 (83%) en ook lager dan het percentage over 2003 (81%). De daling van het percentage patiënten dat de behandeling succesvol afrond, wordt vooral veroorzaakt door een toename van de sterfte (4% in 2003 en 9% in 2004) en dan met name de sterfte door andere oorzaken dan tuberculose (3% in 2003 en 6% in 2004).

**N. Kalisvaart**, KNCV Tuberculosefonds, e-mail: [kalisvaartn@kncvtbc.nl](mailto:kalisvaartn@kncvtbc.nl)

### Cumulatieve resultaten van de behandeling van tuberculosepatiënten gerapporteerd in de periode 1 januari 2003 t/m 31 maart 2003\*, vergeleken met dezelfde periode in 2002

	2002		2003*	
	n	%	n	%
Totaal geëvalueerd	352		326	
Genezen/voltooid	291	83	250	77
Afgebroken (zie reden)	20	6	22	7
Elders voortgezet	7	2	4	1
Overleden aan tuberculose	4	1	10	3
Overleden andere oorzaak dan tuberculose	9	3	20	6
(Nog) niet ingevuld	21	6	20	6
Reden voortijdige beëindiging				
Bijwerkingen	2	1	1	0
Onttrokken aan behandeling	15	4	18	6
Onbekend	3	1	3	1

Bron: NTR/KNCV



**Figuur.** Aantal geregistreerde actieve tuberculose (alle vormen) naar maand van diagnose, 2002-2004\*, Nederland.

### NTR kwartaalrapportage I/2004. Cumulatieve gegevens over de periode 1 januari 2004 t/m 31 maart 2004\*, vergeleken met dezelfde periode in 2003. (NTR/KNCV/NK/07-01-005)

	2003		2004*	
	n	%	n	%
<b>Gerapporteerde patiënten</b>				
Totaal	326		325	
Pulmonaal	175	54	191	59
Extrapulmonaal	118	36	115	35
Pulmonaal en extrapulmonaal	33	10	19	6
Waarvan				
Nieuw	315	97	306	94
Eerder tuberculose	11	3	19	6
Nationaliteit				
Nederland	127	39	148	46
niet-Nederland	199	61	177	54
Nederlanders				
Man	76	60	93	63
Vrouw	51	40	55	37
niet-Nederlanders				
Man	116	58	94	53
Vrouw	83	42	83	47
<b>Gerapporteerde (recente) infecties</b>				
Totaal	519		659	
Tuberculine-omslag	110	21	121	18
Positieve tuberculine-reactie	409	79	538	82

Bron: NTR/KNCV

## **I N H O U D**

<b>3</b>	<b>Gesignaleerd</b>
<b>6</b>	<b>Berichten</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Unieke kans voor nieuw Centrum</li><li>• Werkconferentie Centrum Infectieziekten: Nieuwe Centrum moet relaties met het veld goed verzorgen</li><li>• MRSA in de openbare gezondheidszorg</li><li>• Uitspraak Raad van State van belang voor vrijwillige surveillancesystemen</li><li>• Gezamenlijk product van LCHV en LCI: Informatiemap voor Hygiëne en Infectieziekten voor Kindercentra herzien</li></ul>
<b>12</b>	<b>Uit het veld</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Zomers weerzien eindigt in mazelen</li><li>• Hoofdbrekens</li></ul>
<b>15</b>	<b>Artikelen</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Aangifte acute hepatitis B in 2003</li><li>• Chronische hepatitis B infecties in Nederland</li></ul>
<b>23</b>	<b>Abstract</b>
<b>24</b>	<b>Lezenswaardig</b>
<b>26</b>	<b>Boekbespreking</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nieuwe 18de editie: Control of Communicable Diseases Manual</li></ul>
<b>27</b>	<b>Van de LCI</b>
<b>28</b>	<b>In den vreemde</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Het EIS-gevoel</li></ul>
<b>29</b>	<b>Ingezondenbrief</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ingezonden brief</li><li>• Reactie op ingezonden brief</li></ul>
<b>31</b>	<b>Aankondigingen / mededelingen</b>
<b>33</b>	<b>Registraties Infectieziekten</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Meldingen Infectieziektenwet (week 49- 53)</li><li>• Meldingen virologische ziekteverwekkers (week 49 - 53)</li><li>• Tuberculose in Nederland</li></ul>

### **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](http://www.infectieziektenbulletin.nl)