

Ingezonden

Reactie op het artikel

MRSA overdracht naar huisgenoten van MRSA-positieve patiënten

W.J.M. Niessen, A. Ott, A.V.M. Möller, G.D. Mithoe, J. Broer, J. van der Have

Het artikel van Mollema et al., 'MRSA-overdracht naar huisgenoten van MRSA-positieve personen', Infectieziekten Bulletin 22(2): 72-77, hebben wij met veel interesse gelezen. Over de epidemiologie van MRSA in landen met een lage prevalentie is nog veel onbekend en meer kennis over verspreiding in de gemeenschap is noodzakelijk voor een rationeel beleid om kolonisatie en infectie door MRSA te beperken.

Het search-and-destroybeleid is momenteel gericht op het voorkomen van introductie van MRSA in ziekenhuizen. (1) Bestrijding van MRSA in de gemeenschap is vooralsnog geen doel van het search-and-destroybeleid. (2) Mollema et al. doen een aanbeveling om het kweken en meebehandelen van huisgenoten op te nemen in het search-and-destroybeleid. Op de epidemiologische onderbouwing valt echter nog wel wat aan te merken.

Het is bekend, zoals ook in deze studie aangetoond, dat MRSA-kolonisatie voorkomt in gezinnen met MRSA-besmetting gediagnosticeerde personen. Dit betekent overigens niet dat de indexpersoon altijd de bron van besmetting van de andere gezinsleden is, zoals wel met de definitie van de *basic reproductive ratio* gesuggereerd wordt. MRSA circuleert al jaren in de algemene bevolking, maar het percentage MRSA-dragers in de bevolking blijft gering. (3) Daarin heeft ook de veegerelateerde MRSA weinig verande-

ring gebracht. Wassenberg et al. rapporteren dat het aantal MRSA-uitbraken – in elk geval in het Universitair Medisch Centrum Utrecht – al jaren stabiel is met gemiddeld 1,6 per jaar. (4) Weliswaar was er in dit ziekenhuis een toename van het aantal 'toevalsbevindingen' tot 18 op jaarbasis, maar tot problemen heeft dit niet geleid. Er is naar onze mening dan ook geen reden om het search-and-destroybeleid uit te breiden met standaard kweken van huisgenoten en behandelen van MRSA-positieve gezinscontacten. Dit leidt tot medicalisering van gezonde personen. Kennis van MRSA-dragerschap kan voor de betrokkenen belastend zijn. (5) De eradicatiebehandeling suggereert dat de huisgenoot een risico vormt en loopt. Vooral behandeling met antibiotica kan gepaard gaan met bijwerkingen. Daarna volgen de series controlekweken, (1,6) geruime tijd onzekerheid over het succes van de behandeling en niet zelden teleurstelling bij therapiefalen. De lage proportie MRSA in Nederland is voor een deel te danken aan het terughoudend gebruik van antibiotica. Terecht wordt steeds benadrukt dat er een goede indicatie voor het gebruik moet zijn. Maar valt antibiotica voor eradicatie bij gezinscontacten op maatschappelijke indicatie daar wel onder?

Een alternatief om MRSA-introductie door huisgenoten in het ziekenhuis te voorkomen is om hen als een nieuwe risicogroep voor MRSA-dragerschap te beschouwen en

bij de ziekenhuisintake ook te vragen naar (mogelijke) MRSA-besmetting bij een gezinslid. Wij zagen dat zonder eradicatetherapie sommige gezinscontacten langdurig MRSA blijven dragen, maar ook dat indexpatiënten spontaan negatief kunnen worden. (7) Nog steeds is onduidelijk hoe vaak meebehandelen van de huisgenoten noodzakelijk was om de indexpatiënt succesvol MRSA-vrij te krijgen.

Tenslotte willen we nog een kanttekening plaatsen bij de conclusies van Mollema et al. over risicofactoren voor overdracht van MRSA binnen het gezin. Deze factoren zijn alleen univariaat onderzocht. Maar tussen de risicofactoren bestaan verbanden die bij multivariate analyse tot andere uitkomsten hadden kunnen leiden. Zo zal de duur van blootstelling van huisgenoten aan MRSA veel korter zijn geweest bij de ziekenhuismedewerker dan de patiënt, omdat bij de eerste altijd direct behandeling gestart werd. Dat in de categorie zonder overdracht de duur van blootstelling korter was kan dus gevolg zijn van het hogere aandeel ziekenhuismedewerkers. Zo is waarschijnlijk ook leeftijd niet onafhankelijk van de andere risicofactoren en werd keeldragerschap meer gezien bij personen die op meer dan één kweekplek positief waren.

Auteurs

W.J.M. Niessen, (1) A. Ott, (2) A.V.M. Möller, (2) G.D. Mithoe, (2) J. Broer (3), J. van der Have (1)

1. Arts maatschappij en gezondheid, GGD Groningen
2. Arts-microbioloog, laboratorium voor Infectieziekten, Universitair Medisch Centrum Groningen
3. Arts-epidemioloog, GGD Groningen

Correspondentie

W.J.M. Niessen | wim.niessen@hvd.groningen.nl

Literatuur

1. Stichting Werkgroep Infectiepreventie (WIP). Ziekenhuizen. MRSA, ziekenhuis. Den Haag: WIP; 2008.
2. Werkgroep MRSA in de Openbare Gezondheidszorg. *Staphylococcus aureus*-infectie, inclusief MRSA. Bilthoven: Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding; 2009.
3. Wertheim et al. Low prevalence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) at hospital admission in the Netherlands: the value of search and destroy and restrictive antibiotic use. *J Hosp Infect* 2004;56:321-5.
4. Wassenberg WM, Bonten NJM. Het Nederlands MRSA-beleid kan en moet anders. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2010;154:A2575
5. Vonderhorst S. MRSA? Stress!! Universiteit Twente 2007.
6. Mollema FPN et al. Successful treatment for carriage of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and importance of follow-up. *Antimicrob Agents Chemother*. 2010;54:4020-5.
7. Niessen WJM et al. MRSA-dragerschap in gezinnen van MRSA-patiënten. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2010;154:A2276.

Zie ook het artikel 'MRSA-dragerschap in gezinnen van MRSA-patiënten' elders in dit nummer.

De auteurs van het artikel 'MRSA-overdracht naar huisgenoten van MRSA-positieve personen' is om een reactie op deze ingezonden brief gevraagd. Deze reactie is op het moment van publicatie van dit Infectieziekten Bulletin nog niet binnengekomen.