

Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding

**K N C V**
To eliminate TB



TUBERCULOSEFONDS

Colofon

LEDEN VAN DE WERKGROEP MONITORING SCREENING RISICOGROEPEN (MSR) (IN ALFABETISCHE VOLGORDE):

Drs. C.G.M. (Connie) Erkens, arts maatschappij en gezondheid, KNCV Tuberculosefonds, Den Haag

Dr. S. (Susan) van den Hof, epidemioloog, KNCV Tuberculosefonds, Den Haag

Drs. M.A.H. (Margreet) Kamphorst (voorzitter), arts maatschappij en gezondheid, GGD Rotterdam-Rijnmond, Rotterdam

Drs. S.T. (Sytze) Keizer, arts maatschappij en gezondheid, GGD Amsterdam, Amsterdam

Drs. J. (Job) van Rest (secretaris), datamanager, KNCV Tuberculosefonds, Den Haag

Vastgesteld op 26 juni 2015 door de Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding.

Revisie juni 2020

KNCV Tuberculosefonds
Den Haag, augustus 2015

© KNCV Tuberculosefonds
Overname en/of openbaarmaking van
gedeelten van deze uitgave is toegestaan,
mits dat gebeurt met bronvermelding.

KNCV TUBERCULOSEFONDS
POSTBUS 146
2501 CC DEN HAAG
TELEFOON 070 - 416 72 22
FAX 070 - 358 40 04
E-MAIL INFO@KNCVTBC.ORG
WWW.KNCVTBC.NL

Lijst met afkortingen:

CO	: Contactonderzoek
GGD	: Gemeentelijke gezondheidsdienst
HIV	: Humaan Immunodeficiency Virus
LTBI	: Latente tuberculose-infectie
MSR	: Monitoring Screening Immigranten
WHO	: World Health Organization
X-thorax	: röntgenfoto van de longen

Screening van drugsverslaafden, dak- en thuislozen, illegalen en passanten

ONDERBOUWING

Drugsverslaafden, daklozen en andere sociaal gemarginaliseerde personen worden in het kader van de tuberculosebestrijding beschouwd als risicogroepen voor tuberculose. Een verhoogde tuberculoseprevalentie en incidentie bleken aan het begin van deze eeuw duidelijk uit röntgen-thoraxscreening en lokale surveillance door een aantal grootstedelijke regio's. (1-3) Ook in andere laag endemische landen is de prevalentie van tuberculose onder dak- en thuislozen verhoogd. (4,5) De WHO beveelt actieve opsporing van tuberculose aan in populatiegroepen met een prevalentie > 1% of in groepen met een verhoogde incidentie en een beperkte toegang tot zorg(6). In laag endemische landen zoals Nederland beveelt de WHO ook aan screening en behandeling van latente tuberculose infectie (LTBI) voor daklozen en drugsverslaafden te overwegen (7).

Oorzaken van het verhoogde risico zijn een combinatie van biologische, sociale en epidemiologische factoren, zoals drugs- en alcoholverslaving, HIV-infectie (met name bij intraveneus druggebruik), slechte huisvesting met veel personen in kleine, slecht geventileerde ruimtes, deficiënte voeding, in combinatie met een beperkte toegang tot medische zorg, zorgmijndend gedrag of gebrekkige deelname aan preventieve interventies zoals contactonderzoek. Onder daklozen bevinden zich bovendien uitgediende asielzoekers uit tuberculose endemische landen, die illegaal en onverzekerd zijn en 'passanten', uit met name Oost Europa, die tijdelijk (legaal) in Nederland verblijven. In steden met grote concentraties gemarginaliseerde personen en een falende bestrijding kan door verspreiding van *M.tuberculosis* in deze risicogroepen een endemische situatie in stand blijven.

Na de eeuwwisseling is de incidentie onder Amsterdamse, Rotterdamse en Haagse drugsverslaafden en daklozen door intensieve periodieke screening en verbeterde toegang tot zorg en huisvesting, sterk gedaald tot enkele gevallen per jaar. Onder illegale uitgediende asielzoekers en passanten is de epidemiologische situatie minder voorspelbaar en variabel door nieuwe instroom uit endemische landen. Voor deze groepen is de aanwezigheid van een voorziening voor laagdrempelige diagnostiek bij klachten en ondersteuning bij de behandeling, essentieel. Regulier contactonderzoek (CO) is de meest effectieve interventie voor vroege opsporing van tuberculose en tbc-infectie. Enerzijds omdat de motivatie voor deelname aan een CO relatief hoog is wanneer zich een geval van tuberculose voordoet binnen de risicogroep en anderzijds omdat deze vorm van actieve screening een hoog percentage secundaire tbc-gevallen en geïnfecteerden oplevert. Wanneer niet alle contacten traceerbaar zijn en het contactonderzoek ontoereikend is, kunnen zich binnen korte tijd meer gevallen van tuberculose voordoen. In deze gevallen kan het zinvol zijn deze risicogroep gedurende een bepaalde periode te screenen.(8)

DOEL

Het doel van screening van marginale groepen is:

- 1) vroege diagnose en adequate behandeling (individueel belang);
- 2) voorkomen van transmissie van tuberculose in i) de instelling (bijv. de gebruikersruimte of slaapzaal), ii) de doelgroep in het algemeen, iii) het personeel van de instelling en iv) de algemene populatie in Nederland (publiek belang).

LOKAAL BELEID

Het lokale beleid dient gebaseerd te zijn op lokale surveillance data en specifieke kenmerken van de groep. Afhankelijk van de achtergrondprevalentie en de uitvoerbaarheid dient beoordeeld te worden welke wijze van screening het meest gepast is.

De volgende soorten screening kunnen worden onderscheiden:

1. **Laagdrempelige “passieve” screening:**

Garandeer een faciliteit voor laagdrempelig onderzoek na zelfverwijzing of verwijzing via instellingen (bijv. Huisartsenpost voor illegalen) vanwege voor tuberculose relevante klachten of symptomen. Regelmatig contact tussen GGD en hulpverlening en instellingen gericht op deze doelgroepen is essentieel om alertheid voor tuberculose in stand te houden en verwijzing te faciliteren.

2. **Contactonderzoek**

Rond een infectieuze patiënt dient altijd contactonderzoek te worden verricht. In bepaalde gevallen kan het contactonderzoek als aanleiding gebruikt worden voor eenmalige screening van de gehele marginale groep waar de patiënt afkomstig uit is.

3. **LTBI screening**

Overweeg (eenmalige) screening en behandeling van LTBI bij drugsverslaafden en daklozen die (gaan) deelnemen aan methadonverstrekking-, afkick- of huisvesting/overnachtingsprogramma's.

4. **X-thorax screening (periodiek of ad hoc)**

Overweeg X-thorax screening alleen voor risicogroepen die aan alle van de onderstaande criteria voldoen:

- de incidentie of prevalentie ligt structureel boven de 50 gevallen per 100.000¹
- contactonderzoek, LTBI-screening en eventuele preventieve behandeling zijn niet of slechts deels uitvoerbaar;
- de screening levert, over een periode van drie jaar, gemiddeld 1-2 gevallen van tuberculose op per jaar op.

Voor periodieke screening geldt tevens dat de personen uit de doelgroep langdurig (langer dan een jaar) dienen te zijn geregistreerd bij instellingen, zodat de personen traceerbaar zijn.

5. **Outbreakmanagement**

Wanneer er sprake is van een uitbraak van tuberculose binnen een risicogroep waarin niet alle contacten traceerbaar zijn zal het contactonderzoek ontoereikend zijn. Indien de verwachting bestaat, dat zich binnen afzienbare tijd nog meer gevallen van tuberculose zullen voordoen, kan het zinvol zijn deze risicogroep gedurende een bepaalde periode te screenen.

¹ Bij grote groepen (>1000) kan een prevalentie van 100 per 100.000 enigszins betrouwbaar worden geschat

Referenties

1. Keizer S, Langendam M, van Deutekom H, Coutinho R, van Ameijden EJC. How does tuberculosis relate to HIV positive and HIV negative drug users? *J Epidemiol Community Health*. 2000 Jan;54(1):64–8.
2. Vries G de, Hest RA van. From contact investigation to tuberculosis screening of drug addicts and homeless persons in Rotterdam. *Eur J Public Health*. 2006 Apr 1;16(2):133–6.
3. De Vries G, van Hest RAH, Richardus JH. Impact of mobile radiographic screening on tuberculosis among drug users and homeless persons. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007 Jul 15;176(2):201–7.
4. Paquette K, Cheng MP, Kadatz MJ, Cook VJ, Chen W, Johnston JC. Chest radiography for active tuberculosis case finding in the homeless: a systematic review and meta-analysis. *Int J Tuberc Lung Dis Off J Int Union Tuberc Lung Dis*. 2014 Oct;18(10):1231–6.
5. Curtis J. Impact of x-ray screening programmes for active tuberculosis in homeless populations: a systematic review of original studies. *J Public Health Oxf Engl*. 2015 Feb 25;
6. WHO. WHO | Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations [Internet]. WHO. 2014 [cited 2015 Apr 9]. Available from: <http://www.who.int/tb/tbscreening/en/>
7. Guidelines on the management of latent tuberculosis infection [Internet]. WHO, Geneva; 2014. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136471/1/9789241548908_eng.pdf?ua=1&ua=1
8. Kiers A, Bakema G, Vries G de. Uitbraak van tuberculose onder daklozen in Noord-Nederland. *Tegen Tuberc*. 2014;(110):24–7.



PARKSTRAAT 17
2514 JD DEN HAAG
POSTBUS 146
2501 CC DEN HAAG

TELEFOON (070) 416 72 22
FAX (070) 358 40 04
INFO@KNCVTBC.NL
WWW.KNCVTBC.NL