

Nr. 9 1996

**EPIDEMIOLOGISCH
BULETIN
VAN DE
VLAAMSE
GEMEENSCHAP**

UV

DRUKWERK

Verantwoordelijke uitgever:
F. DONDEYNE
Afdeling Preventieve en
Sociale Gezondheidszorg
Administratie
Gezondheidszorg
Afzender:
Vlaamse Gemeenschap
Markiesstraat, 1
1000 BRUSSEL

EPIDEMIOLOGISCH BULLETIN VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

In dit nummer worden 2 ziekten voorgesteld die hun seksuele transmissie gemeen hebben.

Voorwat hepatitis B betreft breken de auteurs een lans voor een veralgemeende vaccinatie en dit via de kanalen van Kind en Gezin.

De vaccinatie is er ondertussen ook gekomen maar weliswaar onder een andere vorm dan diegene waarvoor in dit artikel gepleit wordt. Vanaf begin februari is het hepatitis B vaccin terugbetaalbaar via het RIZIV. Dit geldt onder meer voor kinderen onder de dertien jaar. Of deze formule vanuit het standpunt volksgezondheid de meest aangewezen is

,blijft vooralsnog de vraag.

P.I.D. of 'pelvic inflammatory disease' is een belangrijke complicatie bij seksueel overdraagbare aandoeningen. Deze aandoening interfereert ook met fertiliteitsproblemen en vormt één van de belangrijkste complicaties van deze groep van ziekten. Redenen te over om dit probleem op een efficiënte wijze via een aangepast therapeutisch schema te voorkomen.

PAGINA 37:

Universele vaccinatie tegen hepatitis B is economisch haalbaar in Vlaanderen

PAGINA 38:

De huidige aanpak van PID

Verantwoordelijke uitgever
F. DONDEYNE

Gezondheidsinspectie
K. DE SCHRIJVER
D. WILDEMEERSCH
A. SMIS
C. SPOELDERS
W. VANDER BRACHT

Instituut voor Hygiëne en
Epidemiologie
F. VAN LOOCK
V. VAN CASTEREN

Universele vaccinatie tegen hepatitis B is economisch haalbaar in Vlaanderen

P. Beutels, G. Tormans, E. Van Doorslaer en P. Van Damme*

Op een bijeenkomst in mei 1992 besloot de "World Health Assembly" dat alle betrokken landen, waaronder ook België, tegen 1997 de hepatitis-B-vaccinatie zouden opnemen in de nationale immunisatieprogramma's. In de Verenigde Staten wordt universele vaccinatie van zuigelingen tegen hepatitis B sinds 1994 aanbevolen. In Europa hebben Albanië, Andorra, Bulgarije, Frankrijk, Italië, Polen, Portugal, Roemenië en Spanje nationale richtlijnen uitgevaardigd om adolescenten, zuigelingen of beide systematisch te vaccineren tegen hepatitis B.

Onderzoekers van de vakgroep Epidemiologie en Sociale Geneeskunde van de Antwerpse Universiteit (UIA) hebben in opdracht van Mevr. Leona Detiège en Dhr. Leo Peeters, beide opeenvolgend Vlaams Minister van Tewerkstelling en Sociale Aangelegenheden in de vorige regering, een studie uitgevoerd naar de economische haalbaarheid van een universele vaccinatie tegen hepatitis B in Vlaanderen.

Impact van Hepatitis B

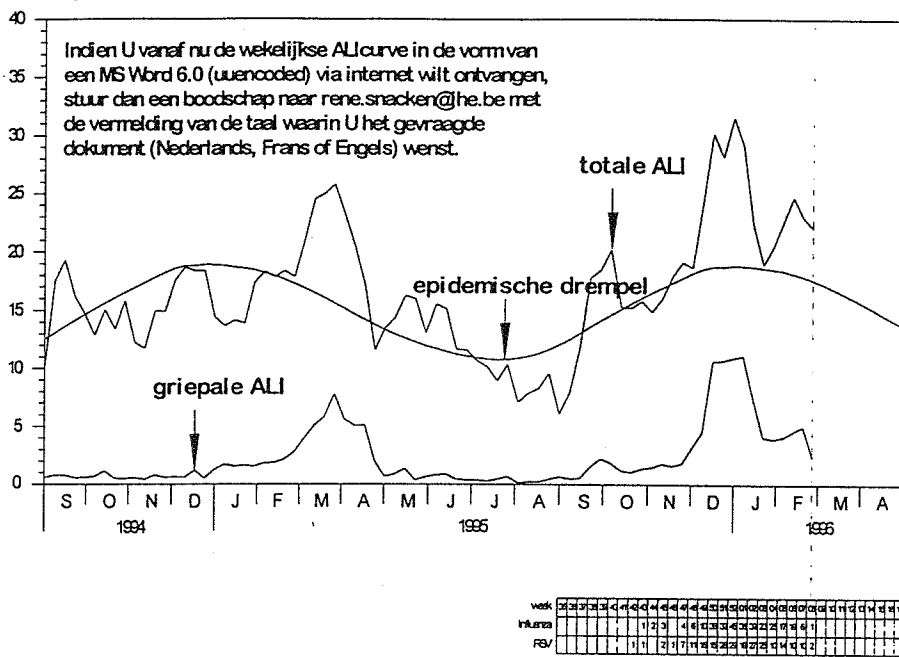
Hepatitis B is een besmettelijke vorm van geelzucht die, volgens een recent onderzoek, voorkomt bij 7,6 % van de Vlamingen. Hepatitis B kan in bepaalde gevallen chronisch verlopen. Dit kan op termijn leiden tot levercirrose, leverkanker en vroegtijdige sterfte. Chronische hepatitis B-patiënten blijven levenslang besmettelijk. Sedert meer dan 10 jaar is een vaccin beschikbaar dat een goede bescherming biedt tegen het hepatitis B-virus.

Momenteel is er in Vlaanderen nog geen massavaccinatieprogramma tegen hepatitis B voorzien. De vraag die zich stelt is of een veralgemeende vaccinatie economisch haalbaar is en door de overheid moet georganiseerd worden.

Surveillanceprogramma ACUTE LUCHTWEGINFECTIES en GRIEP

Weekrapport toestand op : 25/02/1996 (week 08)

Aantal gevallen/100 patiëntencontacten



Vaccinatiekosten

Indien de kosten van productiviteitsverlies t.g.v. hepatitis B worden meegerekend, dan blijkt een nog duidelijker positief effect. Zo zou het vaccineren van een cohort zuigelingen via Kind & Gezin, mits een investering van 79 miljoen BEF, voor de gemeenschap een netto-besparing opleveren van meer dan een half miljard BEF, gespreid over de levensloop van de gevaccineerden.

Welke vaccinatiestrategie wordt verkozen, heeft uiteindelijk niet zo'n groot belang, omdat vaccinatie van zuigelingen en vaccinatie van 12-jarigen vergelijkbare resultaten opleveren.

Praktische overwegingen i.v.m. vaccinatie via georganiseerde structuren zullen hier veelal de doorslag geven. Wel kan men best - indien men opteert voor zuigelingenvaccinatie - gedurende de eerste 11 jaar ook de 12-jarigen vaccineren, omdat in de eerste plaats voor beide leeftijdsgroepen geldt dat vaccineren tegen HBV voordeliger is dan niets doen.

Vaccinatie via de huisartsen zou op dit moment duidelijk minder renderen.

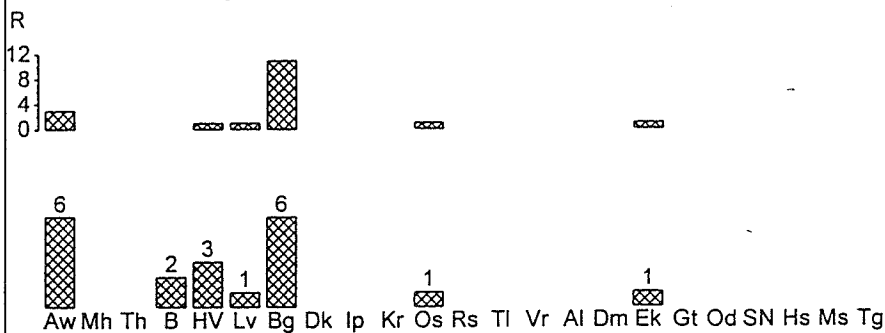
Financiering

Men kan zich wel de vraag stellen wie in de nabije toekomst deze vaccinatie zou kunnen financieren. Als de Vlaamse Gemeenschap de vaccinatiekosten draagt, zal de directe (medische) opbrengst zich slechts geleidelijk, verspreid over de levensloop van de gevaccineerden (dus circa 70 jaar), manifesteren, voornamelijk doordat het RIZIV nauwelijks nog zal moeten tussenkomen in de behandelingskosten van hepatitis B-infecties voor de groep mensen die gevaccineerd is. De indirecte opbrengst, die veel groter is dan de directe opbrengst en die op een gelijkaardige manier geleidelijk wordt teruggewonnen door de gemeenschap, is niet terug te vinden in tastbare budgettaire besparingen, maar manifesteert zich door een toegenomen productiviteit, wat uiteindelijk een bijdrage levert aan de **Vlaamse economie**.

Uiteraard hebben preventieve vaccinatiecampagnes niet tot doel om geld op te brengen, maar in de eerste plaats het doel om pijn en lijden te vermijden. Uit het economisch luik van de haalbaarheidsstudie blijkt dat een universele hepatitis B-vaccinatiecampagne niet enkel zeer efficiënt de ziekte voorkomt, maar dat het door-

*UIA-Antwerpen Epidemiologie en Sociale Geneeskunde

N. meningitidis (Referentielabo.) - M = 10 / N = 20



S. pneumoniae : toename van het aantal gevallen gediagnosticeerd in Vlaanderen t.o.v. december 1995 (N=61), in het bijzonder in de arrondissementen **Antwerpen** en **Brugge**;

N. meningitidis : toename van het aantal gevallen gediagnosticeerd in Vlaanderen t.o.v. december 1995 (N=9) in het bijzonder in de arrondissementen **Antwerpen** en **Brugge** (sterke toename);

Campylobacter : toename van het aantal gevallen t.o.v. december 1995 in **Brussel** (23/37 zijn 5 jaar oud) en in de arrondissementen **Antwerpen** (9/17 in de stad Antwerpen), **Halle-Vilvoorde** (5/24 in Wemmel en de andere zijn verspreid) en **Leuven**;

Giardia & Cryptosporidium blijven hoog in de beide provincies **Brabant**;

H. influenzae & S. pneumoniae : het aantal gevallen blijft hoog in het arrondissement **Maaseik** (op te merken ook de 5 gevallen van *S. pyogenes*).

voeren ervan zelfs geld zou kunnen besparen, wat een uitzonderlijke luxe is, hoewel dit zeker geen grond mag zijn voor het nemen van een beslissing. Er blijkt dus geen enkele reden om deze waardevolle bescherming niet voor iedereen toegankelijk te maken.

Vaccinatiestrategieën

In deze economische evaluatie werden drie vaccinatiestrategieën vergeleken met de huidige situatie waarin niet routinematig gevaccineerd wordt :

1. routinevaccinatie van alle zuigelingen
2. routinevaccinatie van alle 12-jarigen
3. routinevaccinatie van alle zuigelingen en gedurende 11 jaar ook alle 12 jarigen

Daarbij werd een onderscheid gemaakt tussen vaccinatie via een georganiseerde structuur (via Kind en Gezin voor zuigelingen of via Medisch Schooltoezicht voor 12 jarigen) en vaccinatie die gebeurt via de huisarts op eigen initiatief.

De onmiddellijke interventiekost (toedieningskost + vaccinkost) voor het vaccineren van de zuigelingen via Kind en Gezin wordt op circa 79 miljoen BEF per jaar geraamd. Voor het vaccineren van 12-jarigen via het

Medisch Schooltoezicht bedraagt dit ongeveer 77 miljoen BEF.

Voor de derde strategie geldt de som van deze beide bedragen. De totale interventiekost via de huisarts is hoger dan via de georganiseerde structuren omdat zowel de toedieningskost (550 BEF t.o.v. 50 à 100 BEF per vaccindosis) als de aankoopprijs (680 BEF t.o.v. 400 BEF per vaccindosis) van het vaccin hoger liggen.

In het onderzoek werd voor elke vaccinatiestrategie berekend wat een vermeden infectie zou besparen voor de betaler van de gezondheidszorg (RIZIV en patiënt) en voor de gemeenschap.

Dit leidde tot de slotsom dat de investeringen voor vaccinatie gedurende de levensloop van de gevaccineerden kunnen gecompenseerd worden door de betaler van de gezondheidszorg, indien de kostprijs van de vaccinatie (de vaccinprijs + de toedieningsprijs ervan) voldoende laag blijft (401 BEF per dosis of minder). M.a.w. door systematisch te vaccineren tegen hepatitis B kunnen er middelen vrijkomen die op een efficiëntere manier elders in de gezondheidszorg kunnen besteed worden. Dit geldt onafgezien van de organisatie die instaat voor de vaccinatie : als de interventie (toedieningskost + vaccinkost) kan gebeuren

voor 400 BEF of minder per dosis, dan is HBV-vaccinatie in Vlaanderen kostenbesparend voor de gezondheidszorgbetaler.

De huidige aanpak van PID**

Prof. Dr. D. Avonts*

Een ontsteking van het kleine bekken bij de vrouw is een lastige aandoening. Niet alleen voor de vrouw in kwestie, maar ook voor de geconsulteerde huisarts. De klachten zijn vaak specifiek en de klinische diagnose is niet eenvoudig. Toch is tijdig herkennen en adequaat behandelen van PID erg belangrijk om complicaties en verwikkelingen op lange termijn te voorkomen. Want na één episode van PID hebben vrouwen 4 maal meer kans op onvruchtbaarheid, vergeleken met vrouwen zonder PID in de voorgeschiedenis (13 % post-PID, tegenover 3 % zonder PID).

Het risico op een buitenbaarmoederlijke zwangerschap is zelfs 9 maal groter (9 % post-PID, tegenover 1 % zonder PID).

Een werkgroep van het Nederlands Huisartsengenootschap ploos de recente literatuur na. Met die informatie als basis maakten ze een beleidslijn voor PID in de huisartsenpraktijk. Nadat ze de commentaar van 30 huisartsen erin verwerkten, verscheen 'De Standaard PID' in een recent nummer van Huisarts en Wetenschap (1995; 38 (7) : 310-316). Tijd om even de huidige beleidslijn bij PID uit de doeken te doen.

Hoe ontstaat een PID ?

Ongeveer 6 op 10 gevallen van PID wordt veroorzaakt door een SOA. Meestal gaat het om Chlamydia trachomatis of een nog onbekend micro-organisme dat bij de man verantwoordelijk is voor een specifieke urethritis. Neisseria gonorrhoeae speelt slechts sporadisch een rol bij PID, en dan nog meestal bij vrouwen met een verhoogd risico op een gonokokkeninfectie : prostituees, seks in een endemisch gebied of met een partner met een etterige urethritis.

Is een SOA vaak de initiator van de infectie, in het kielzog ervan klimmen

* UIA Huisartsgeneeskunde

** Pelvic inflammatory disease

anaërobe micro-organismen (Bacteroides en Peptostreptococci) of opportunistische endogene bacteriën (E. Coli, Streptococci, Mycoplasma, Ureaplasma) mee op tot in eileider en adnexen. Dat luidt de polymicrobiële fase in van een PID. De kans op een opstijgende infectie via de cervix neemt toe als de cervixbarrière minder stevig is. Dat is het geval na de menses, bij het inbrengen van een spiraal, tijdens het uitvoeren van een abortus en in de loop van de bevalling. Langs de andere kant is het risico op PID kleiner bij gesteriliseerde vrouwen. De afgesloten eileiders beletten het diep doordringen van pathogene kiemen. Maar wie vroeger al een PID doormaakte, is wel vatbaarder voor een nieuwe infectie.

De diagnose

Het vaststellen van een PID steunt op het klachtenpatroon, een nauwkeurig klinisch onderzoek en eventueel enkele aanvullende onderzoeken. Volgens de werkgroep van het Nederlands Huisartsengenootschap is een laparoscopie niet noodzakelijk om de diagnose te stellen als een buitenbaarmoederlijke zwangerschap en een appendicitis kunnen uitgesloten worden.

De hoofdklacht van een vrouw met PID is pijn in de onderbuik.

Dat is weinig specifiek, want onderbuikpijn is een erg frequente klacht bij de huisarts. Vaak gaat het dan om spasmen van de dikke darm of een urinaire infectie. In tegenstelling tot darmspasmen is de pijn bij PID aanhoudend aanwezig, met soms verergeringen. Min of meer typisch is een toename van de pijn bij trappen lopen of wanneer de vrouw zich van teenstand plots op de hielen laat zakken (hakvalpijn).

De onderbuikpijn komt niet acuut op, maar ontstaat in de loop van enkele dagen tot een week. Meestal wordt de pijn ook steeds erger. Dit in tegenstelling tot een spastisch colon waarbij de pijn een golvend patroon volgt zonder een duidelijke progressie in de loop van de voorbije dagen. In de eerste lijn klagen vrouwen met PID enkel over onderbuikpijn. Slechts zelden zijn andere symptomen aanwezig, zoals rillingen, hoge koorts, ernstig ziek zijn of een toenomen vaginale afscheiding.

Het klinisch onderzoek bij verdenking op PID omvat palpatie van de buik, een speculumonderzoek, een vaginaal toucher, onderzoek van de urine, een zwangerschapstest en het meten van de temperatuur.

Betasten van de buik laat toe om de onderbuikpijn te lokaliseren en eventueel een gespannen colon te voelen. Loslaatpijn ter hoogte van de onderbuik is suggestief voor een infectieus proces. Het is nuttig om ook even de leverstreek te onderzoeken op drukpijn of kloppijn. Want een PID kan zich tot het leverkapsel uitbreiden (perihepatitis).

Het speculumonderzoek toont eventueel de aanwezigheid van een etterige afscheiding uit de cervix, wat een argument is voor een PID. Het is in ieder geval aangewezen om cervicaal materiaal te nemen voor onderzoek op chlamydia en gonorrhoe.

Het vaginaal toucher levert de meest relevante klinische informatie. Is er opdrukpijn? Is er slingerpijn? Zijn de adnexen pijnlijk? Is er een zwelling voelbaar ter hoogte van de ovaria? De diagnose PID is steeds te overwegen, ook als slechts één van deze afwijkingen tijdens het vaginaal toucher wordt vastgesteld. Omgekeerd wordt de diagnose van PID wel erg onwaarschijnlijk als het vaginaal toucher volledig normaal uitvalt.

Onderzoek van de urine mag niet ontbreken. Zijn er tekens van een urinaire infectie? Is er een beginnende zwangerschap? Ook meten van de lichaamstemperatuur levert belangrijke informatie. Meer dan 38°C suggereert een infectieus proces. Een bloedanalyse kan nuttig zijn om de sedimentatie en een leucocytose te bepalen.

De therapie

Een snelle en juiste antimicrobiologische behandeling is belangrijk om de schade aan de eileiders te beperken. Daarom lijkt het aangewezen om bij twijfel aan de diagnose, maar wanneer andere aandoeningen (appendicitis, buitenbaarmoederlijke zwangerschap) uitgesloten zijn, toch maar een therapie voor PID te starten.

Er zijn verscheidene antibiotica-

schema's. De Nederlandse Standaard kiest voor een 10 daagse kuur met een combinatie van doxycycline (2 x 100 mg per dag) en metronidazol (2 x 500 mg per dag). Enkel bij een sterke verdenking op een infectie met *Neisseria gonorrhoeae* wordt ciprofloxacin toegevoegd: 500 mg éénmalig.

Na twee dagen is het aangewezen om de ingestelde therapie te evalueren: het beloop van de klachten en de evolutie van de lichaamstemperatuur. Wanneer nog een spiraal aanwezig is, wordt dat verwijderd tijdens het eerste controlebezoek. Om de kans op bacteriëmie en sepsis te verkleinen, lijkt het beter om het IUD niet onmiddellijk na het stellen van de diagnose te verwijderen, maar pas na 2 dagen antibioticatherapie.

Bij onvoldoende beterschap, of bij verergering van de klachten, is verwijzing noodzakelijk. Verdere specialistische aanpak is ook op zijn plaats bij ernstig algemeen ziek zijn, een verdenking van een abces in het kleine bekken en bij personen met een gedaalde afweer.

Tien dagen na de start van de behandeling volgt de laatste controle om de genezing te evalueren. Het is niet ongewoon dat de vrouw nog onderbuikpijn heeft. Zelfs maanden na een doorgemaakte PID kunnen vergroeiingen in het kleine bekken voor PID-achtige pijnklachten zorgen, onder andere bij coïtus.

De partner

Een PID is als een SOA te beschouwen. Maar vaak verdringt de concentratie op de diagnose de aandacht voor onderzoek van de partner. Toch is het belangrijk om tijdens het eerste controlebezoek de eerste-straals-urine (liefst van de ochtendurine) van de partner(s) te onderzoeken op de aanwezigheid van witte bloedcellen. Meer dan 10 per veld in het sediment, of bepaald via een leucocyte esterase test (stick), suggereert een urethritis. Dan is zeker een aanvullend onderzoek en therapie aangewezen om de vrouw te behoeden voor een reïnfectie via de niet-behandelde partner.

Literatuur
Bijvoegsel Folia Pharmacotherapeutica, juni 1995, nummer 6.
NHG-Standaard Pelvic Inflammatory Disease, Huisarts en wetenschap 1995; 38 (7): 310 - 316.

EPIDEMIOLOGISCHE OPGAVE
februari 1996

Van meningitis veroorzaakt door een *Haemophilus influenzae* meldde men twee gevallen. Het ging hier respectievelijk om een meisje van 3 jaar afkomstig uit Antwerpen en een Limburgs meisje van twee jaar.

Van meningokokken infecties gaf men 13 gevallen aan wat het totaal voor 1996 op 37 brengt. In Vlaams-Brabant en Antwerpen registreerde men respectievelijk 3 en 5 gevallen. Zes patiënten waren onder 5 jaar en de overige bevonden zich voor het merendeel in de leeftijdsgroep 15 tot 19 jaar.

Van tuberculose werden er 24 meldingen genoteerd. Deze worden verder geïnvestigeerd en in een afzonderlijke tabel voorgesteld.

In Oost-Vlaanderen maakte een zevenjarige jongen kinkhoest door. De diagnose werd op klinische basis gesteld. Hij bleek niet gevaccineerd te zijn omwille van het doormaken van een meningitis op een leeftijd van 7 weken. Ten gevolge van deze meningitis was hij trouwens paraplegisch.

Van listeriose meldde men 5 gevallen, waarvan vier in Vlaams-Brabant. Eén geval deed zich voor bij een 28-jarige zwangere. Voedselstalen waren negatief.

In totaal werden 39 gevallen van scabiës aangegeven. Verschillende van deze gevallen bleken te behoren tot groepsinfecties. Zo konden er vier groepsinfecties weerhouden worden. Twee in Antwerpen, één in Limburg en één in Oost-Vlaanderen. Het ging hier om respectievelijk een kinderdagverblijf, een gezin, een hotelschool en een jeugdteluis. Eén geïsoleerd(?) scabies geval deed zich voor bij een 98-jarige dame.

Bij het enige gemelde syfilis geval bleek het om een oude besmetting te gaan die dateerde van in oorlogstijd.

Tenslotte meldde men in Antwerpen een uitbraak van een collectieve gastro-enteritis. Een zevental personen uit dezelfde school die samen op reis gingen werden ziek. Er volgden twee kortstondige ziekenhuisopnames. Bronopsporing was negatief. De behandelend geneesheren vermoedden een virale gastro-enteritis.

MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP - AFDELING P.S.G. - GEZONDHEIDSINSPECTIE							MAAND	JAAR
MELDINGEN INFECTIEZIEKTEN - VLAAMSE GEMEENSCHAP							2	1996
PROVINCIE	ANTWERPEN	VLAAMS-BRABANT	LIMBURG	OOST-VLAANDEREN	WEST-VLAANDEREN	TOTAAL	AANTAL GEVALLEN	
Aantal inwoners (in miljoen)	1,63	0,99	0,77	1,35	1,12	5,86	VORIGE MAAND	VANAF 01/01/96
INFECTIEZIEKTEN								
GROEP A								
Botulisme						0	0	0
Febris recurrens						0	0	0
Hondsdoelheid						0	0	0
Malaria (1)						0	0	0
Pest						0	0	0
Poliomyelitis						0	0	0
Hemorragische koorts (2)						0	0	0
Vlektyfus						0	0	0
GROEP B								
Brucellose						0	1	1
Buiktyfus						0	0	0
Cholera						0	0	0
Difterie						0	0	0
Gele koorts						0	0	0
Hantavirus-infectie						0	0	0
Mening. Haemoph. infl. b(3)	1		1			2	0	2
Legionellose						0	0	0
Leptospirose						0	1	1
Meningococcose	5	3	1	2	2	13	24	37
Psittacose						0	0	0
Trichinose						0	0	0
Tuberculose		21			3	24	22	46
GROEP C								
Gonorrhoe	1					1	5	6
Hepatitis A	4	2	3	5	6	20	37	57
Hepatitis B	5	2	2	3	3	15	20	35
Hepatitis C	2			8	5	15	28	43
Kinkhoest				1		1	1	2
Listeriose	1	4				5	4	9
Miltvuur						0	0	0
Protozoaire besm. c.z.s. (4)						0	0	0
Rickettsiose (5)						0	0	0
Scabiës	21	2	3	12	1	39	37	76
Shigellose	3				1	4	3	7
Syfilis		1				1	2	3
Tetanus						0	1	1
Gastro-enteritis (> 2 g.) (6)	1					1	1	2

DECREET VAN 05 APRIL 1995

Indeling in functie van afnemende urgentiemaatregelen

Groep A : aan te geven door elke arts en elk laboratorium binnen de 24 uur.

Groep B : aan te geven door elke arts en elk laboratorium binnen de 48 uur.

Groep C : aan te geven door elke arts binnen de 48 uur.

(1) Malaria, waarbij vermoed wordt dat de besmetting op het Belgische grondgebied gebeurde.

(2) Hemorragische koortsen en andere ernstige virusziekten zoals Ebola-, Lassa- en Marburgkoorts.

(3) Meningitis tengevolge van *Haemophilus influenzae* serotype b.

(4) Protozoaire besmettingen van het centrale zenuwstelsel.

(5) Rickettsiosen, andere dan vlektyfus.

(6) Elk gastro-enteritisincident, dat ten minste 3 gevallen telt in dezelfde leefgemeenschap en in 1 week wordt veroorzaakt door dezelfde kiem.

De verdeling van HIV-geïnfekteerde personen op 31 december 1995

