

EPIDEMIOLOGISCH BULLETIN VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

Artikelen

Voetbal, een feest? FC Opitter - S. aureus: 0-14

*Dirk Wildemeersch**

Op zaterdag 22 juli 1995 werden veertien overwegend jonge mannen met gastro-intestinale klachten met spoed opgenomen in het ziekenhuis van Bree, in het noord-oosten van Limburg. De zieken kregen de klachten tijdens een voetbaltraining, kort na een gemeenschappelijke pasta-maaltijd. De spoedarts van het ziekenhuis legde dan ook snel het verband tussen het incident en de maaltijd. Alhoewel de klachten ernstig waren en twee personen ook even het

bewustzijn verloren, konden alle zieken de dag na opname het ziekenhuis verlaten.

Wat was er juist gebeurd?

Plan

Om het nieuwe oefenseizoen op een prettige manier in te luiden plande de voetbalploeg van Opitter op de eerste trainingsdag een gemeenschappelijke maaltijd in het clublokaal. Een vrijwilligster bood

Voetbal een feest?

Dirk Wildemeersch

Krabletsels bij voetballers

Koen De Schrijver

Salmonellose Brugge- DePinte- Deinze

Anne Smis

Berichten

Registratieoverzichten

tuberculose

peillaboratoria

besmettelijke ziekten

Redactie

K. DE SCHRIJVER (GI)

A. SMIS (GI)

V. VAN CASTEREN (WIV)

F. VAN LOOCK (WIV)

D. WILDEMEERSCH (GI)

A. FORIER (GI)

Redactiesecretariaat

R. IDEMA

J. DILLEN

Gezondheidsinspectie Antwerpen

Copernicuslaan 1 bus 5

2018 Antwerpen

TEL. 03/224.62.04

FAX. 03/226.62.01

Verantwoordelijke uitgever

F. DONDEYNE

aan om voor deze gelegenheid een heerlijke koude pastasalade te bereiden. Het beloofde immers een erg zomerse dag te worden.

Uitvoering

De dag voor de training kookte ze pasta en voegde er erwten, verse tomaten en hard gekookte eieren aan toe. Ze bereidde het gerecht zoals ze dat tevoren ook al voor haar gezin had gedaan. Alleen was de hoeveelheid die klaargemaakt moest worden natuurlijk heel wat groter. Niet minder dan twintig pakjes macaroni van 250 g en zes borden erwten gingen in een grote weckketel. Voor de bewaring van zo'n hoeveelheid bood de koelkast uiteraard onvoldoende plaats en dus zette de kokkin de ketel tot 's anderendaags in de kelder. Een uurtje voor de geplande maaltijd bracht iemand de ketel naar het clublokaal. Op ieder bord kwam naast de pastasalade ook een in fijne stukjes gesneden plak gekookte ham. Er was tevens een keuze aan sausjes en frisdranken voorzien. De smulpartij kon beginnen.

Resultaat

Heel wat mensen namen deel aan deze "clubdag met maaltijd". In dit vooral mannelijk (29 mannen/ 5 vrouwen) en jong (gem. leeftijd: 29,5 jaar) gezelschap telden we niet alleen 24 spelers maar ook 10 supporters. Na de ochtendtraining ging iedereen omstreeks 12u30 aan tafel. Sommigen waren van mening dat de salade niet erg fris rook, maar ver-

kozen "uit beleefdheid" toch maar mee te eten. Slechts één persoon vertrouwde volledig op haar neus en stelde zich tevreden met een kop koffie. Geen slechte keuze zo bleek want een tweetal uren na het begin van de maaltijd werden de eerste personen ziek. Vooral buikkrampen, braken en diarree stonden op de voorgrond. Een aantal vertoonden ook cyanotische extremiteiten en twee personen verloren even het bewustzijn. In het totaal moesten 13 spelers de namiddagtraining stopzetten. Ook 1 supporter werd ziek. De zieken werden naar het ziekenhuis vervoerd.

Aangezien er door de gebeurtenissen ook wat paniek ontstond, bezochten er naast de personen met gastro-enteritis ook nog 8 ongeruste spelers het ziekenhuis voor onderzoek. Zij konden na een geruststellend woordje en een bloedonderzoek terug naar huis. Ondanks het feit dat de zieken erg onder de voet waren konden ook zij, een dag na opname, na een ondersteunende therapie en wat rust gezond en wel het ziekenhuis verlaten. Na contact met de gezondheidsinspectie gaf de spoedarts opdracht om de etensresten voor verder onderzoek in de diepvriezer te bewaren.

Onderzoek

De gemeenschappelijke maaltijd, de symptomatologie en de korte incubatietijd deden al snel het vermoeden van een voedselintoxicatie met enterotoxines van *Bacillus cereus* of *Stafylococcus aureus* rijzen. Alle zieken hadden van de pastasalade gegeten en 13

onder hen hadden deelgenomen aan de voetbaltraining. De gemiddelde leeftijd van de zieken bedroeg 26,5 jaar. De attack rate bedroeg 42,4 % bij de pasta-etters. De enige vrouw die niet gegeten had werd niet ziek. Ondanks de verschillen in hoeveelheid opgegeten pasta konden we geen positieve dosis respons relatie terugvinden.

Bij vier van de opgenomen patiënten gebeurde er een coprocultuur. De vier culturen waren positief op *Stafylococcus aureus*.

Ook het microbiologisch voedselonderzoek leverde resultaten op. Een mesofiel kiemgetal van $>3.10^8$ /g pasta samen met de aanwezigheid van grote hoeveelheden *S. aureus* ($>1,5.10^6$ /g pasta) en *B. cereus* ($>3.10^7$ /g pasta) toonde aan dat het voedsel een onaanvaardbare hygiënisch-bacteriologische kwaliteit had en in feite bedorven was. Dit onderbouwde de hypothese dat enterotoxines aan de basis lagen van deze voedselintoxicatie. Een verdere zoektocht naar enterotoxines leverde een positief resultaat op voor *S. aureus* enterotoxine A.

Sterk onder de indruk van het voorval vertrok de kokkin tijdens het onderzoek onverwacht met vakantie. Een poging om de eventuele herkomst van de oorzakelijke kiem te achterhalen via een onderzoek met een neuswisser mislukte dan ook.

Besluit

Deze uitbraak van een voedselvergiftiging duidt nogmaals

het belang aan van het respecteren van een aantal hygiënische basisprincipes in de keuken. Naast de vermoedelijke contaminatie van het voedsel tijdens de bereiding is het feit dat een gezinskeuken niet uitgerust is om grote hoeveelheden voedsel te bereiden, de belangrijkste oorzaak van dit incident. Het eten klaar maken nam veel tijd in beslag, mede waardoor het lang voor de maaltijd

diende te gebeuren. De koelkast was te klein om meer dan vijf kilogram pastasalade te bewaren, zodat de afkoeling van het gerecht traag verliep en ook de verdere bewaring onder niet optimale omstandigheden gebeurde.

Een goed bedoeld aanbod en de inzet van een gedreven lid van een voetbalclub mondde dan ook uit in een wel erg vervelende gebeurtenis.

Tenslotte toch nog dit...

Sinds mensenheugenis fungeert onze neus als detectiesysteem voor voedselbederf. Ook hier signaleerde dit gevoelige meetinstrument een potentieel gevaarlijke situatie. Toch verkozen de meeste gasten het "onzekere voor het zekere" te nemen...

Krabletsels bij voetballers

*Koen De Schrijver**

Dat het er in de voetbalwereld wild aan kan toegaan wisten we zowaar, maar dat dit ook betekent dat voetballers elkaar kunnen besmetten met schaamluizen leek ons toch even ongewoon of niet soms?

Zo ontvingen we een melding van een collectieve schaamluisbesmetting bij 5 voetballers van één en dezelfde club.

Dat voetballers niet enkel van de bal leven is nogal wieses maar of dit ook betekent dat... blijft toch de vraag.

Gelukkig hoeft elke schaamluisbesmetting geen seksueel overdraagbare aandoening te zijn. Er zijn tal van varianten op dit thema.

In principe kiest de schaamluis voor de pubisbehaaring maar bij aanwezigheid van een groot aantal luizen en dan vooral bij mannen is het niet zo vreemd deze diertjes aan te treffen in borstharen, oksels, beenharen, wenkbrauwen, wimpers, baarden of snorren.

Direct lichaamscontact met alle variaties op hetzelfde thema maar ook het gebruik van gemeenschappelijke handdoeken en uitwisselen van truitjes volstaan om deze diertjes over te dragen (oef!).

De schaamluis (*Phthirus pubis*) maakt samen met de hoofdluiz (*Pediculus capitis*) en de kleepluis of lichaamsluiz (*Pediculus humanis*) deel uit

van de groep van bloedzuigende menselijke luizen. In totaal zijn er wel een 3000 tal luizen. Er komen er echter maar drie voor bij de mens.

De schaamluis is iets "gestuikter" dan zijn soortgenoten en meet ongeveer 1 tot 2,5 mm. Hij heeft dan ook een enigszins vierkante vorm. In functie van de huidskleur van de gastheer wisselt de kleur van de luiz. Zo is hij bruin-zwart bij zwarten en wit-grijs bij blanken....

Schaamluizen maken net als hoofd- en kleepluizen een gedaanteverwisseling door op een twintigtal dagen.

Na een vijf tot acht dagen komen uit de 26 eitjes die een

* Gezondheidsinspectie Antwerpen.

vrouwelijke luis gemiddeld per dag legt 26 larven uit. Na een veertiental dagen volgen dan de volwassen insecten.

De schaamluis of de *Phthirus pubis* is een vrij sedentaire luis die met zijn zuignuit uren kan doorbrengen in de huid van de gastheer. Op die manier kunnen ze aanleiding geven tot jeukende papels en blaasjes. Secundair kunnen dan besmette krabletsels ontstaan.

In tegenstelling met de lichaamsluis of klierluis die drager kan zijn van rickettsia's en die vlektyfus en febris recurrens kunnen veroorzaken, beperkt de schaamluis zijn bezoek zich tot een allergische dermatose.

De behandeling is vrij eenvoudig en is verwant met de behandeling van de hoofdluis. Een malthionshampoo volstaat.

Alternatieven zijn lindaan-, permethrines- en pyrethrumderivatenshampoos. Het betrekken van de partner(s) en eventueel de rest van de equipe bij de behandeling is evident. Dat preventieve sportadviezen bij voetballers zich niet enkel mogen beperken tot lossen en stretchen is bij deze ook genoteerd.

Salmonellose Brugge- De Pinte- Deinze

Anne Smis*

Op 3/9/96 werd bij de GI van Oost-Vlaanderen telefonisch aangifte gedaan van een collectieve voedsel-toxi-infectie. Een huisarts uit De Pinte meldde dat de junioren van de voetbalploeg De Pinte-Deinze op zondag 1/9 op Cercle Brugge gingen shotten en dat verschillende spelers en hun familieleden 48 uren later flink ziek waren met hoge koorts, braken, buikkrampen en diarree.

De huisarts in kwestie was opgeroepen bij een 10-jarig meisje en haar moeder, die beide mee waren gaan supporteren in Brugge en in de kantine van de club broodjes gehakt hadden gegeten. Het

meisje werd opgenomen in het ziekenhuis.

Bij beide werd een coprocultuur afgenomen.

De huisarts meldde eveneens dat ook collega-huisartsen in Deinze gelijkaardige gevallen te behandelen kregen en dat er contact opgenomen was met de uitbaatster van de kantine om het verdachte gehakt te onderzoeken.

Actieve rondvraag bij de huisartsen in de regio leverde nog 7 bijkomende gevallen op met dezelfde symptomatologie en met broodjes gehakt in de voedingsanamnese. Eén huisarts had drie gevallen in één gezin en moest moeder en dochter laten opnemen

wegens de ernst van hun symptomen.

Bij beide gebeurde een coprocultuur.

Verdere navraag bij de uitbaatster leverde ook informatie op. De echtgenoot van de kantine-uitbaatster vond de broodjes na bereiding door zijn vrouw zo lekker dat hij er verschillende na mekaar opat en binnen de 24 uur flink ziek werd.

De huisarts werd erbij geroepen en identificeerde de broodjes met rauw gehakt als het verdachte voedsel. Er was nog gehakt over dat kon bemonsterd worden en hierin werd *Salmonella* species geïdentificeerd. Ook

* Gezondheidsinspectie Oost-Vlaanderen.

de coprocultuur bij zijn patiënt toonde *Salmonella* aan. Deze huisarts meldde dat er nog een 5-tal zieken waren bij verschillende huisartsen in Brugge. Dit werd doorgegeven voor verder onderzoek aan de GI van West-Vlaanderen.

De uitbaatster zelf at maar één broodje en vertoonde een dag later enkel lichte maag-darmstoornissen. Zij haalde het gehakt bij een bekende

slager slechts één uur voor het besmeren van de broodjes. Er was geen tussentijdse bewaring of bereiding in de kantine. De slager zelf zou het rauw gehakt vooraf "bereid" hebben door toevoeging van rauwe verse eieren.

Navraag later bij de huisarts van de kantine-uitbaatster in Brugge leert dat de kiem in zowel gehakt als in de coprocultuur verder getypeerd werd als *Salmonella enteritidis*.

Ook de andere coproculturen identificeerden *Salmonella enteritidis* als de boosdoener. Vermoedelijk zijn dus de toegevoegde eieren bron van infectie geweest.

Verdere typering in het Nationaal Centrum voor *Salmonella* van het I.H.E. behoorde niet tot de mogelijkheden -hoewel dit het zou kunnen- om het causaal verband beter te onderbouwen.

Berichten

CHLAMYDIA TRACHOMATIS BESMETTING BIJ SCHOOLGAANDE MEISJES

Uit Soa-aids nieuwsbrief, januari 1996

Mark Vandenbruane*

In november 1996 is er een onderzoek gestart naar de besmettingsgraad van schoolgaande meisjes met de soakiem *Chlamydia trachomatis* in Groot-Antwerpen. Een gesprek met Piet Vandenbulcke, arts bij het Medisch Schooltoezicht en medisch coördinator van het project.

"Het is een prioriteit in de jeugdgezondheidszorg om een idee te hebben van de omvang van soa-besmettingen bij jongeren, want systematische cijfers hierover ontbreken in Vlaanderen. Jongeren hebben meer wisselende partners en op die manier een hogere besmet-

tingskans. Jongeren hebben meestal ook minder toegang tot de gezondheidsdiensten en laten zich minder snel behandelen. Daarom willen we bij hen *Chlamydia trachomatis*-tests uitvoeren op urinstalen. Een aantal nieuwe tests, de LCR en PCR maken dit mogelijk. De chlamydia-prevalentie is dan een graadmeter, een bovengrens van de soa-prevalentie in het algemeen, want *Chlamydia trachomatis* wordt aanzien als de meest voorkomende bacteriële soa in West-Europa. De laatste 5 jaren ziet men een daling in de prevalentie-cijfers o.a. in Zweden en in Noorwegen. Waarschijnlijk

heeft het te maken met intensivering van de chlamydia-opsporingsprogramma's. Deelnemende huisartsen en gynaecologen in Zweden en Noorwegen maken bij elke vrouw een soa-risicoprofiel op en ze stellen een chlamydia-test voor aan vrouwen die positief scoren op zo'n profiel. Voorbeeld van zo'n risicoprofiel is een leeftijd jonger dan 20 jaar, gecombineerd met meer dan één of een nieuwe partner in de laatste 3 maanden. In België tasten we in het duister qua kennis over de chlamydia-besmettingsgraad en het overeenkomstig risicoprofiel in de algemene bevolking: elk systematisch

* Instituut voor Tropische Geneeskunde Antwerpen.

cijfer ontbreekt. Er bestaan dan ook geen beleidslijnen voor het opsporen van chlamydia-infecties die gebaseerd zijn op Vlaamse cijfers.

Wij willen in de eerste plaats weten of er een pool van asymptomatische besmettingen bestaat bij jonge meisjes.

Praktisch zal het onderzoek lopen via de centra voor medische schooltoezicht. We nemen een steekproef uit de groep van meisjes in de hoogste leergang. Deelnemende meisjes zullen we vragen om

een eerste straalurine te geven en een vragenlijst in te vullen. Zo sporen we mogelijke risicofactoren voor infectie op, risicofactoren die we later gebruiken in chlamydia-opsporingsprogramma's."

Voor vragen kan men terecht bij Dr. Marc Vandenbruaene, Dr. Bea Vuylsteke, Instituut voor Tropische Geneeskunde, Nationalestraat 155, 2000 Antwerpen, tel. 03/247.64.65., 03/247.65.31. fax: 03/247.64.32., 03/247.65.32.,

of bij Dr. Piet Vandenbulcke, Gezondheidscentrum, Jaak De Boekstraat 71, 2170 Merksem, tel: 03/645.46.40.

Het project is mogelijk met de steun van het Departement Gezondheidszorg van de Vlaamse Overheid en van het Nationaal Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek.

Registratieoverzichten

VRGT Tuberculose registratie

Periode van 1/1/97 tot en met 28/2/97

Provincie	Geslacht			Nationaliteit			Tuberculose type					Totaal
	man	vrouw	onbepaald	Belg	niet-Belg	onbepaald	1	2	3	4	5	
Antwerpen	18	7	0	11	14	0	15	3	7	0	0	25
Limburg	6	1	0	4	3	0	4	3	0	0	0	7
Oost-Vlaanderen	1	3	0	4	0	0	4	0	0	0	0	4
Vlaams-Brabant	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
West-vlaanderen	8	2	0	10	0	0	9	1	0	0	0	10
Totaal	33	13	0	29	17	0	32	7	7	0	0	46

Tuberculose type:

- 1) long- of luchtwegtuberculose
- 2) andere respiratoire tuberculose
- 3) extra-respiratoire tuberculose (exclusief meningitis)
- 4) meningitis
- 5) lokalisatie onbekend

Meldingen van infectieziekten

MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP - AFDELING P.S.G. - GEZONDHEIDSINSPECTIE							MAAND	JAAR
MELDINGEN INFECTIEZIEKTEN - VLAAMSE GEMEENSCHAP							2	1997
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 01/01/97
INFECTIEZIEKTEN								
GROEP A								
Botulisme						0	0	3
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	0	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	1	3
Legionellose						0	0	0
Leptospirose						0	0	0
Meningococcose	3	1	3	2	2	11	11	60
Psittacose						0	0	0
Trichinose						0	0	0
Tuberculose	16	4	6		3	29	29	234
GROEP C								
Gonorrhoe	2					2	2	11
Hepatitis A	8	2	11		2	23	23	133
Hepatitis B	4	1	1	1	1	8	8	31
Hepatitis C	3			3		6	6	32
Kinkhoest		2				2	2	4
Listeriose	1					1	1	11
Miltvuur						0	0	0
Protozoaire besm. c.z.s. (4)						0	0	0
Rickettsiose (5)						0	0	3
Scabiës	7		7	6		20	20	89
Shigellose		1				1	1	8
Syfilis						0	0	3
Tetanus						0	0	0
Gastro-enteritis (> 2 g.) (6)			1			1	1	6
Collectieve Aan-doeningen								
Scabiës	1		1	1		3	3	8
V.T.I.			1			1	1	4
						0	0	0
						0	0	0
DECREET VAN 05 APRIL 1995 <i>Indeling afhankelijk van afnemende urgentiemaatregelen</i>			(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 influenza 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.					
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.								

WETENSCHAPPELIJK INSTITUUT VOLKSGEZONDHEID - LOUIS PASTEUR

Dienst Epidemiologie
Dr Frank VAN LOOCK
Mevr. Geneviève DUCOFFRE

Fax: 02/642.54.10
Email: f.vanloock@ihe.be
Tel.: 02/642.57.77

Peillaboratoria netwerk

Aantal gediagnosticeerde gevallen gedurende de observatieperiode (weken 10 tot 13)
cumulatief sinds het begin van het jaar (weken 01 tot 13)

KIEMEN / VIRUSSEN weken	BRUSSEL		VLAANDEREN		WALLONIE		ONBEKEND ^a		TOTAAL	
	10-13	01-13	10-13	01-13	10-13	01-13	10-13	01-13	10-13	01-13
ADENOVIRUS	28	66	8	33	3	21	1	2	40	122
BORRELIA BURGDOFFERII	0	0	2	5	4	10	0	0	6	15
CAMPYLOBACTER	26	82	181	547	54	155	4	15	265	799
CHLAMYDIA PNEUMONIAE	1	4	5	16	10	33	1	2	17	55
CHLAMYDIA PSITTACI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CHLAMYDIA TRACHOMATIS	7	26	19	50	12	46	4	8	42	130
CRYPTOCOCCUS ^d	3	5	0	1	1	1	0	0	4	7
CRYPTOSPORIDIUM	1	7	8	46	15	57	0	2	24	112
E. COLI (VTEC+EHEC) ^d	1	3	2	6	0	0	0	1	3	10
E. HISTOLYTICA ^d	4	14	10	25	1	9	0	0	15	48
GIARDIA	15	51	56	176	18	70	2	14	91	311
H. INFLUENZAE ^c	4	16	28	91	19	47	2	8	53	162
HANTAVIRUS ^d	0	0	0	0	2	10	0	0	2	10
HEPAT. A	7 ^e	17	11	36	19	48	0	6	37	107
INFLUENZA A	1	197	10	111	3	29	0	36	14	373
INFLUENZA B	8	34	13	33	5	13	0	1	26	81
L. PNEUMOPHILA (BACT.+SEROL.)	2	3	0	1	0	0	0	0	2	4
LISTERIA ^d	0	0	0	4	0	0	0	0	0	4
MYCOPLASMA PNEUMONIAE	16	44	36	141	32	125	5	25	89	335
N. GONORRHOEAE	0	2	3	8	4	7	0	2	7	19
N. MENINGITIDIS ^{c + d}	4	14	18	52	3	15	0	2	25	83
PARAINFLUENZA	11	27	6	19	4	20	0	0	21	66
PLASMODIUM ^d	3	15	14	38	3	10	1	3	21	66
RSV	24	115	38	277	60	264	2	55	124	711
SHIGELLA	3	5	2	20	1	2	0	1	6	28
S. PNEUMONIAE ^c	13	51	66	273	31	119	2	13	112	456
S. PYOGENES ^c	2	5	13	42	8	33	1	2	24	82
Y. ENTEROCOLITICA	3	5	25	85	4	19	0	1	32	110
TOTAL	187	808	574	2.136	316	1.163	25	199	1.102	4.306
deelnamen percentage (%) ^b	71	86	76	83	68	76		73	81	

^a onbekende postcode

^b deelnamen percentage : aantal opgestuurde formulieren / aantal verwachte formulieren

^c diepe localisaties

^d referentielaboratorium + peillaboratoria