

EPIDEMIOLOGISCH BULLETIN VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

Artikelen

Orf.

**Melding van een
tetanus geval.**

**Toename van
kinkhoestmeldingen in
Nederland.**

**Is dit ook een probleem
voor Vlaanderen?**

Berichten

**Cursus "HIV en AIDS,
De klinische aanpak".**

**Registratieoverzichten
tuberculose
peillaboratoria
besmettelijke ziekten**

Artikelen

Is het anthrax of is het de ziekte van Orf?

*K. De Schrijver**

Enkele maanden geleden ontving de GI een melding van een geval van anthrax bij een 23-jarige man. Deze man zou zich besmet hebben na contact met schapen. Ter hoogte van de vingers van de rechterhand vertoonde hij drie grote zwarte necrotische ulcera. Enkele dagen later vertoonde hij een opstijgende lymfangitis die uitmondde in een pijnlijke lymfadenitis van de rechter oksel. Patiënt werd doorgestuurd voor ziekenhuisopname. Hij werd met een breed-

spectrum antibioticum behandeld en na twee dagen kon hij het ziekenhuis verlaten. De wondcultuur was negatief.

Na deze toch ongewone en uitzonderlijke melding volgde er een verder onderzoek. De dierenarts die ondertussen de schapen gezien had, constateerde een stomatitis aftosa bij twee van de drie lammeren die in een stal van de woning stonden. Voor hem was het duidelijk dat er geen sprake was van anthrax maar wel van

Redactie

K. DE SCHRIJVER (GI)
A. FORIER (GI)
A. SMIS (GI)
P. VAN DAMME (UIA)
V. VAN CASTEREN (WIV)
F. VAN LOOCK (WIV)
D. WILDEMEERSCH (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

een lammerziekte gekend als "zere bekjes".

Enkel via het klinisch beeld is het niet éénvoudig een cutane anthrax van andere huidletsels te onderscheiden.

Anthrax geeft na een incubatieperiode van twee tot zeven dagen een letsel dat in een eerste fase gekenmerkt is door jeuk om dan vrij snel na papel- en vesikelvorming uit te lopen op een vorming van een zwarte weinig pijnlijke korst. Soms is er sprake van secundair oedeem.

De ziekte van Orf of de ecthyma contagiosum, wat hier de uiteindelijke diagnose was, is een virale infectie die door een parapoxvirus veroorzaakt wordt. Na een contact met

een geïnfecteerd dier of met het karkas ontstaat een typisch huidletsel. Eerst ziet men een papel, vervolgens een vesikel al of niet met delvorming verschijnen, om dan ten slotte een bulla te geven die vaak etterig is. Ulcera en papilloomvorming kunnen voorkomen. Meestal vindt men slechts één laesie op vingers of handen. Surinfectie kan eveneens voorkomen. De ziekte kent een volledig goedaardig verloop en geneest binnen enkele weken. Als complicatie zijn er de problemen van de surinfectie.

In de differentieel diagnose moet men denken aan pyodermieën, melkersknobbels, een vaccinia infectie en anthrax.

De ziekte van Orf wordt overgedragen via direct contact met schapen en geiten. Met name het uit de hand laten eten van schapen - wat ook hier gebeurd is - is een courante besmettingsroute.

Meldingen van deze ziekte zijn vrij uitzonderlijk. Dikwijls wordt de diagnose niet gesteld of verloopt zij dermate goedaardig zodat een arts niet gecontacteerd wordt.

Anthrax is sowieso uitzonderlijk. De laatste twintig jaren zijn er geen meldingen meer gebeurd. Daarvoor gold anthrax als één van de typische beroepsziekten die overgedragen werden via contact met besmette dieren, huiden, lommen of beendermeel.

Melding van een tetanus geval

*K. De Schrijver**

Onlangs ontvingen we een melding van een tetanus geval bij een 68-jarige man uit de provincie Antwerpen.

Hij werd opgenomen met lichte koorts, een "stijve" keel en discrete myoclonieën. Enkele dagen later ontwikkelde hij tijdens zijn ziekenhuisopname een veralgemeende tetanie met de typische risus sardonius.

Ademhalingsmoeilijkheden deden zich niet voor. Hij werd met supportieve en symptomatische therapie behandeld.

De anamnese leerde dat hij voor de eerste en ook voor de laatste maal in 1947 ten tijde van zijn legerdienst gevaccineerd was. De vraag stelt zich met welk vaccin hij destijds gevaccineerd werd. Het geadsorbeerd tetanus-anatoxine dat we nu nog steeds kennen, dateert van de begin jaren zestig. De eerste tetanus vaccinaties en dit was dan in legerverband dateren van bij het uitbreken van de tweede wereldoorlog. Het type vaccin dat toen gebruikt werd was een "fluïde vaccin" dat qua antistoffen-inductie beperkte mogelijkheden

had. Deze man was dus waarschijnlijk niet beschermd tegen tetanus.

Hoe heeft deze man zich nu besmet?

Patiënt is paraplegieker en leefde in vrij onhygiënische omstandigheden. Hij was alleenstaand en als hobby hield hij konijnen. De aanwezigheid van decubitusletsels die een prima anaëroob milieu kunnen uitmaken voor de tetanus-sporen waarmee hij via zijn konijnenhok in contact kwam en de vrij marginale levenswijze zijn

* Gezondheidsinspectie Antwerpen.

waarschijnlijk essentiële tussentappen in de besmettingsketen.

Meldingen van tetanus blijven zeldzaam. Waarschijnlijk komt de ziekte in onze populatie erg zeldzaam voor. De vaccinatie-

graad van de bevolking ligt vrij hoog. Voor schoolkinderen ligt deze thans op $\pm 90\%$. Bij oudere personen vindt men echter nog steeds een behoorlijk aantal ongevaccineerden.

Bij systematische navraag op diensten intensieve zorgen van

grote ziekenhuizen noteerde men een drie gevallen. Een extra probleem qua registratie is het feit dat tetanus een klinische diagnose is. In 1996 rapporteerde men 3 tetanusmeldingen.

Overzicht tetanusgevallen in Vlaanderen 1996						Gezond. Insp.
Nr.	Datum	Provincie	Leeftijd	Geslacht	Vaccinatie-status	Besmettingsomstandigheid
1	januari	Oost-Vlaanderen	42 jaar	m	?	vuilbak
2	maart	Vlaams-Brabant	88 jaar	m	?	?
3	oktober	Oost-Vlaanderen	35 jaar	m	volledig	voetbalspel

Toename van kinkhoestmeldingen in Nederland. Is dit ook een probleem voor Vlaanderen?

Koen De Schrijver*

Samenvatting:

Sedert 1993 stijgt het aantal gevallen van kinkhoest in Nederland. In Vlaanderen is dit voorlopig nog niet het geval.

Diagnose van kinkhoest wordt op de eerste plaats op klinische basis gesteld.

Serologieondersteuning is aangewezen. Als controlemaatregelen zijn chemoprophylaxe en voldoende lange isolatie aangewezen.

Sedert 1993 stijgt het aantal kinkhoestmeldingen in Neder-

land. Dit blijkt thans in die mate te verlopen dat men spreekt van een kinkhoestepidemie (Infectieziektenbulletin 3, 1997). In 1995 waren er 319 aangiften en in 1996 waren er 2771 aangiften.

In de eerste twaalf weken van 1997 werden reeds 1767 kinkhoestgevallen gemeld.

Als mogelijke verklaringen voor de epidemie noemde men een verlaagde vaccinatiegraad, een verandering in het micro-organisme, een veranderde diagnostiek, een verhoogde aandacht, eventuele

problemen met het vaccin en interferentie met de H. influenzae vaccinatie.

Er wordt thans nagegaan in welke mate één of verschillende van deze factoren de toename beïnvloeden. Voor elk van deze factoren is er nog geen uitsluitsel. Men zit in de actieve analysefase. De vraag stelt zich dus of men ook in Vlaanderen met een gelijkaardig probleem geconfronteerd wordt of gaat worden.

Op dit ogenblik blijft het aantal meldingen in Vlaanderen vrij laag. Zo waren er drie meldin-

* Gezondheidsinspectie Antwerpen.

gen in 1994, drie in 1995 en acht in 1996. Het peilnet voor laboratoria registreerde voor België in 1996 vier gevallen. In 1995 waren dat er zes.

Voor de eerste drie maanden van 1997 telden we ook slechts drie aangiftes in Vlaanderen.

De helft van deze meldingen van 1996 waren afkomstig uit de provincie Antwerpen. Deze vaststelling is niet onbelangrijk in het licht van het verhoogd voorkomen van kinkhoest in Nederland. Zes van de acht meldingen waren serologisch onderbouwd. In 50% van de meldingen was de vaccinatiestatus van de patiënt in orde. Twee patiënten waren nooit gevaccineerd. De leeftijd van de patiënten schommelde van vier maand tot veertien jaar. Eén van de Antwerpse patiënten bleek van Nederlandse origine te zijn.

Om uit te sluiten dat we in het noorden van de provincie Antwerpen eventueel te maken hadden met een niet gerapporteerde uitbraak werd schriftelijk gepeild naar het voorkomen van kinkhoest in zes grensgemeenten. Zo werden eind december 1996 tweeënzestig huisartsen en vier ziekenhuizen aangeschreven met het oog op het vooralsnog opsporen van niet gerapporteerde kinkhoestgevallen. Via dit onderzoek werden twee niet gekende gevallen gevonden.

In ieder geval is er op het moment geen sprake van een duidelijk verhoogd voorkomen van kinkhoest.

Juist omdat kinkhoest zo zelden voorkomt bestaat er een gevaar dat heuse gevallen miskend zouden worden.

Kinkhoest is een acute, erg besmettelijke, bacteriële ziekte die zich kenmerkt door een infectie van de luchtwegen. Ze wordt veroorzaakt door een besmetting met *Bordetella pertussis* en minder frequent met ***Bordetella parapertussis***. De mens blijkt de enige gekende gastheer te zijn. De besmetting verloopt aërogeen. Klassiek onderscheidt men 3 fasen: een catarrhale fase die 2 weken kan omvatten, een paroxismale fase met een identieke duur en een herstelfase van enkele weken.

Het aantal meldingen en serodiagnoses in België beperkt zich tot enkele gevallen per jaar.

Na een **incubatieperiode** van gemiddeld 1 à 2 weken ontwikkelt de patiënt een koortsige bovenste luchtweginfectie met rhinitis en tracheïtis. Na 2 weken verschijnen de typische hoestbuien die gepaard gaan met een kenmerkende gierende inademingsfase en dikwijls gevolgd worden door het opgeven van slijm. Deze hoestbuien kunnen gepaard gaan met een periode van apnee en cyanose.

In de ongecompliceerde gevallen duurt de ziekte (6 weken). **Complicaties** zijn bronchopneumonie over emfyseem, bronchiëctasiën, pneumothorax, convulsies en bij kinderen onder de één jaar encefalitis met spastische paralysebeelden en psychomotorische retardatie.

De **diagnose** wordt klassiek op basis van de beschreven symptomen gesteld. Een verhoogde lymfocytose wordt herhaaldelijk aangetroffen. Aanhoudende hoestbuien van meer dan 2 weken moeten de aandacht trekken. In de differentieel diagnose betreft men dan onder meer

tuberculose, emfyseem, astmatische bronchitis en een vreemd voorwerp in de luchtwegen. Een laboratoriumtechnisch onderbouwde diagnose berust op het isoleren van de kiem via een pernasale keeluitstrijk op een specifieke bodem (*Bordet-Gengou*) of het aantonen van een significante verhoging van specifieke antistoffen (DIF, ELISA).

Het is de regel dat manifeste gevallen zeker bij jonge kinderen in **ziekenhuisverband behandeld** worden. Hierbij komen dan aspecten zoals isolatie in het gezin of ziekenhuis, symptomatische ondersteuning en antibiotica aan bod. Makroliden zijn vooral in de eerste fase van de ziekte belangrijk.

Directe gezinscontacten moeten onafgezien van hun vaccinatiestatus, gedurende 14 dagen een **chemoprophylaxe met erythromycine** in een dosis van 50 mg/kg/dg verdeeld in vier dosissen krijgen met een maximum van 2 g/dg. De rationale achter deze aanpak zit in het feit dat de vaccinatie-effectiviteit maar rond de 80% schommelt. Bij kinderen onder één jaar is chemoprophylaxe extra aangewezen. Na vijf dagen van de "veertien-dagen therapie" kunnen "contacten" terug naar school, naar het werk of naar de crèche.

Overeenkomstig de wetgeving die betrekking heeft op de **verwijderingsduur** voor leerlingen en schoolpersoneel geldt een afwezigheidstermijn van 28 dagen bij patiënten.

Eenzelfde periode is ook aangewezen in een doorsnee werkverband. Bijsturen van de vaccinatiestatus bij oudere kinderen gebeurt thans via het **acellulair kinkhoestvaccin**.

Summary:

The incidence of pertussis in the Netherlands has been increasing since 1993. Up to now this is not the case for Flanders.

Diagnosis of pertussis is based on a combination of clinical and microbiological criteria. Chemoprophylaxis and isolation, such as school ex-

clusion, are important control measures.

Overzicht tetanusgevallen in Vlaanderen 1996					Gezond. Insp.
Nr.	Datum	Provincie	Leeftijd	Geslacht	Vaccinatie-status
1	januari	Vlaams-Brabant	4 mnd	m	/
2	februari	Oost-Vlaanderen	7 jaar	m	onvolledig
3	mei	Antwerpen	5 jaar	m	OK
4	juni	Vlaams-Brabant	2 mnd	m	/
5	juni	Vlaams-Brabant	14 jaar	v	OK
6	juni	Antwerpen	2 mnd	m	onvolledig
7	oktober	Antwerpen	11 jaar	v	OK
8	oktober	Antwerpen	10 jaar	v	OK

Berichten

Cursus "HIV en AIDS, De klinische aanpak"

oktober 1997 - januari 1988 - 12 donderdagavonden van 20.00-22.00 uur.

Mark Vandenbruane*

Doelgroep:

1. Docenten van verpleegkundescholen of van medische faculteiten
2. Artsen en verpleegkundigen met HIV- of aidspatiënten in hun werkkring.
3. Artsen en verpleegkundigen met interesse voor het onderwerp.

Organisatie:

Instituut voor Tropische Geneeskunde en Universitair Ziekenhuis Antwerpen.

Coördinatie:

Mw. Ria Koeck (UZA),
Dr. Marc Vandenbruane (ITG),
Dr. Herlinde Wijnants (ITG)

Locatie: Instituut voor Tropische Geneeskunde, Antwerpen.

Inschrijvingen: Mw. Bernadette Goffin of Mw. Geert De Greef, tel: 03/247.64.55, fax: 03/247.64.32, Instituut voor Tropische Geneeskunde te Antwerpen, Nationalestraat 155, 2000 Antwerpen.
Cursusgeld: 4000 BF.

Registratieoverzichten

VRGT Tuberculose registratie

Periode van 1/1/97 tot en met 31/5/97

Provincie	Geslacht			Nationaliteit			Tuberculose type					Totaal
	man	vrouw	onbepaald	Belg	niet-Belg	onbepaald	1	2	3	4	5	
Antwerpen	29	11	0	22	18	0	26	5	9	0	0	40
Limburg	16	7	0	20	3	0	19	2	2	0	0	23
Oost-Vlaanderen	15	9	0	24	0	0	18	5	1	0	0	24
Vlaams-Brabant	10	10	0	18	2	0	17	3	0	0	0	20
West-Vlaanderen	11	6	0	10	7	0	11	4	2	0	0	17
Totaal	81	43	0	94	30	0	91	19	14	0	0	124

Tuberculose type:

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

* Instituut voor Tropische Geneeskunde Antwerpen.

Meldingen van infectieziekten

MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP - AFDELING P.S.G. - GEZONDHEIDSINSPECTIE							MAAND	JAAR
MELDINGEN INFECTIEZIEKTEN - VLAAMSE GEMEENSCHAP							5	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			1			1	0	2
Brucellose						0	0	0
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)						0	2	4
Legionellose				1	1	2	2	4
Leptospirose						0	0	0
Meningococcose	9	2	4	2	2	19	28	96
Psittacose						0	0	0
Trichinose						0	0	0
Tuberculose	3	8	7		18	36	30	271
GROEP C				1		5	5	19
Gonorrhoe	4			2		15	20	145
Hepatitis A	3	2	8	1		4	12	39
Hepatitis B	1		2			3	5	34
Hepatitis C	2		1			1	0	3
Kinkhoest	1					1	1	12
Listeriose			1			0	0	0
Miltvuur						0	0	0
Protozoaire besm. c.z.s. (4)						0	0	0
Rickettsiose (5)						0	0	3
Scabiës			3	8	2	13	15	97
Shigellose	1					1	1	9
Syfilis						0	2	5
Tetanus		1				1	0	1
Gastro-enteritis (> 2 g.) (6)	1	1			1	3	3	11
Collectieve Aan- doeningen								
Scabiës						0	1	6
V.T.I.		1				1	1	5
						0	0	0
						0	0	0
DECREET VAN 05 APRIL 1995 <i>Indeling afhankelijk van afnemende urgentiemaatregelen</i>								
Groep A : aan te geven door elke arts en elk laboratorium binnen de 24 uur.			(1) Malaria, waarbij vermoed wordt dat de besmetting op het Belgische grondgebied gebeurde.					
Groep B : aan te geven door elke arts en elk laboratorium binnen de 48 uur.			(2) Hemorragische koortsen en andere ernstige virusziekten zoals Ebola-, Lassa- en Marburgkoorts.					
Groep C : aan te geven door elke arts binnen de 48 uur.			(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.					

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 18 tot 22)
cumulatief sinds het begin van het jaar (weken 01 tot 22)

KIEMEN / VIRUSSEN weken	BRUSSEL		VLAANDEREN		WALLONIE		ONBEKEND ^a		TOTAAL	
	18-22	01-22	18-22	01-22	18-22	01-22	18-22	01-22	18-22	01-22
ADENOVIRUS	18	100	18	65	1	26	1	8	38	199
BORRELIA BURGDOFFERII	0	0	1	8	0	22	0	0	1	30
CAMPYLOBACTER	27	135	259	1.035	67	277	7	27	360	1.474
CHLAMYDIA PNEUMONIAE	1	5	3	25	9	53	0	2	13	85
CHLAMYDIA PSITTACI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CHLAMYDIA TRACHOMATIS	5	44	21	86	7	83	5	13	38	226
CRYPTOCOCCUS ^d	1	6	1	2	0	2	1	1	3	11
CRYPTOSPORIDIUM	2	10	1	51	18	98	0	2	21	161
E. COLI (VTEC+EHEC) ^d	0	3	2	9	0	0	0	1	2	13
E. HISTOLYTICA ^d	4	23	12	45	2	13	0	0	18	81
GIARDIA	13	76	48	282	17	121	1	16	79	495
H. INFLUENZAE ^c	7	29	20	155	10	75	3	21	40	280
HANTAVIRUS ^d	0	1	0	0	4	18	0	0	4	19
HEPAT. A	2	23	9	61	13	77	1	8	25	169
INFLUENZA A	0	198	0	118	0	30	0	36	0	382
INFLUENZA B	3	39	1	39	1	14	0	1	5	93
L. PNEUMOPHILA (BACT.+SEROL.)	0	4	2	4	0	1	0	0	2	9
LISTERIA ^d	0	0	3	12	0	1	0	0	3	13
MYCOPLASMA PNEUMONIAE	7	57	25	218	12	173	3	30	47	478
N. GONORRHOEAE	3	7	6	19	4	14	0	2	13	42
N. MENINGITIDIS ^{c+d}	1	19	14	81	9	33	0	3	24	136
PARAINFLUENZA	15	54	6	33	2	28	1	1	24	116
PLASMODIUM ^d	5	26	25	74	7	19	1	4	38	123
RSV	4	129	4	349	12	313	1	59	21	850
SHIGELLA	2	10	5	29	2	5	0	1	9	45
S. PNEUMONIAE ^c	12	77	70	450	29	186	3	22	114	735
S. PYOGENES ^c	1	7	5	64	8	47	0	4	14	122
Y. ENTEROCOLITICA	0	6	19	128	3	32	0	1	22	167
TOTAL	133	1.088	580	3.442	237	1.761	28	263	978	6.554
deelname percentage (%) ^b	59	76	72	84	60	79			67	82

^a onbekende postcode

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

^c diepe localisaties

^d referentielaboratorium + peillaboratoria