

EPIDEMIOLOGISCH BULLETIN VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

Nr 27 1999/3

Artikelen

Redactioneel

In dit bulletin gaan we in op een aandoening die de laatste tijd vrij frequent voorkomt. Zo'n tien jaar geleden werd scabiës afgedaan als een kwaal uit een lang vervlogen verleden. Scabiës zou enkel via seksueel contact overdraagbaar zijn en de belangrijkste besmettingsgroep zou voornamelijk uit gemarginaliseerde personen bestaan. Nieuwe samenlevingspatronen, veroudering van de bevolking

en exclusie (uitsluiting door armoede) hebben ervoor gezorgd dat scabiës nog niet de wereld uit is.

Het feit dat de symptomatologie vrij specifiek is en dat de therapie heel wat inspanning vergt, brengt mee dat het de moeite loont om alles op een rij te zetten. Hierbij vindt u artikels over de klinische symptomen van scabiës, de diagnose, de therapie, de grootte en de collectieve aanpak.

Artikelen

Scabiës redactioneel

Scabiës terug van weggeweest

Koen De Schrijver
Gerrit Tilborghs

Aanpak van scabiës in collectief verband

Koen De Schrijver

Behandeling en medicatie

Gerrit Tilborghs

Registratieoverzichten

Peillaboratoria

Melding besmettelijke ziekten

Redactie

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

Redactiesecretariaat

R. IDEMA
Gezondheidsinspectie Antwerpen
Copernicuslaan 1 bus 5
2018 Antwerpen

tel. (03)224 62 04
fax. (03)224 62 01
e-mail.: kdschrij@epinov.ihe.be

Verantwoordelijke uitgever
D. WILDEMEERSCH

Scabiës terug van weggeweest

Koen De Schrijver ⁽¹⁾
Gerrit Tilborghs ⁽¹⁾

Samenvatting

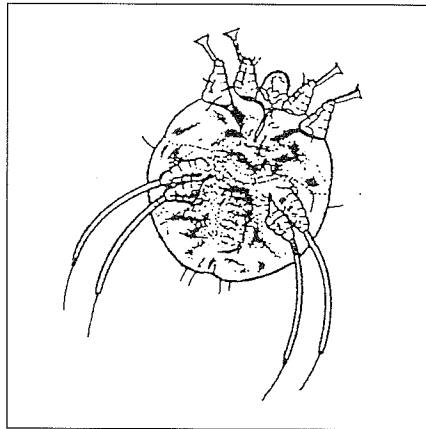
Scabiës is een parasitaire aandoening veroorzaakt door een infectie met "*Sarcoptes scabiei*" die momenteel frequent in bejaardente-huizen voorkomt. Kenmerkende symptomen zijn nachtelijke collectieve jeuk, polymorfe letsels ter hoogte van predilectieplaatsen. De diagnose is gebaseerd op klinische, epidemiologische en microscopische vaststellingen.

Achtergrond

Scabiës is een erg oude ziekte. Ze werd al in 1200 a.C. beschreven in bijbelse teksten. Ook Aristoteles, Vergilius, Horatius en Avenzoar maakten er in hun geschriften reeds melding van. Linnaeus nam de schurftmijt op in zijn classificatie. Recent werd de kwaal echter opnieuw ontdekt. Scabiës is als epidemisch verlopende kwaal voor tal van hedendaagse artsen en verantwoordelijken van gezondheidscentra soms een tamelijk nieuw probleem.

Sarcoptes scabiei

Scabiës is een tamelijk onschuldige aandoening voor mens en dier, veroorzaakt door de schurftmijt. Elke soort mijt heeft een bepaalde gastheer. Op de mens vinden we de *Sarcoptes scabiei hominis*. Sommige mijten kunnen een tijdelijke gastheer hebben: zo kan de hond optreden als tijdelijke gastheer voor de schurftmijt bij de mens. Na de



Afbeelding 1. ♀ Scabiësmijt grootte 0,4 mm.

copulatie sterft het mannetje en graaft het vrouwtje zich in het stratum corneum in, waar ze 40 tot 60 eieren legt en op haar beurt sterft na 25 dagen. De eieren groeien uit tot larven die naar de oppervlakte migreren en op de huid leven. Na een tijdje veranderen ze in nimfen die eerst geslachtsloos zijn. In dat stadium is de kans op besmetting door lichamelijk contact het grootst. Daarna worden de nimfen volwassen en start de cyclus opnieuw. Op een scabiëspatiënt tellen gemiddeld 10 tot 15 volwassen vrouwelijke mijten. Volwassen vrouwtjes kunnen op kamertemperatuur 24 tot 36 uur overleven, nimfen 2 tot 5 dagen. Hogere temperaturen of een lagere luchtvochtigheid verlagen de overlevings-tijd. Hoe lang de eitjes kunnen overleven en infectieus blijven zonder gastheer, is tot op heden onbekend. Mijten kunnen zich ook verplaatsen, hierbij halen ze een snelheid van 25 mm/min. Wanneer de omgevingstemperatuur beneden 15°C daalt, bewegen ze zich niet meer.

Symptomen

Scabiës gaat gepaard met een allergische reactie op de aanwezigheid van mijten in het epidermis. Het secreet, de uitwerpselen, de eitjes en substanties op de mijt fungeren vermoedelijk als antigeen. De incubatietijd bedraagt twee tot zes weken. Bij een herbesmetting ontstaan de reacties al na één tot vier dagen (jeuk zonder gangetjes).

Symptomen zijn hevige jeuk, papels, papulo-vesikels, pustels, crustae, krabletsels en de typische miltengangetjes. In twee derde van de gevallen komen die voor tussen de vingers, op de handpalmen en op de polsen. Andere predilectieplaatsen zijn de elleboogplooï, de oksels, de penis, de dijen en de voetzolen. Bij volwassenen blijven het hoofd en de rug meestal gespaard.

De jeuk neemt geleidelijk aan toe en is het ergst bij hogere temperaturen, bijvoorbeeld in bed. Op de plaats van de jeuk bevinden zich niet noodzakelijk de mijten. De gangetjes zijn smalle, gekronkelde, bruine laesies, die een beetje verheven zijn en een lengte hebben van maximaal vijftien millimeter. Aan het begin van het gangetje kan de huid wat schilferen, aan het andere uiteinde, waar de mijt zich bevindt, kan een papel of een blaasje zichtbaar zijn. Na een afdoende behandeling kan de jeuk nog tot vier weken aanhouden.

¹ Gezondheidsinspectie Antwerpen

Pyodermieën door *Streptococcus pyogenes* en/of *Staphylococcus aureus*, met purulente crustae en pustels, maken deel uit van het ziektebeeld en zijn het gevolg van krabletsels.

Crusteuze vorm

Naast de gewone vorm van scabiës is er ook de scabiës norvegica, die erg besmettelijk is. Het aantal mijten op patiënten die lijden aan deze vorm van scabiës, kan oplopen tot enkele tienduizenden.

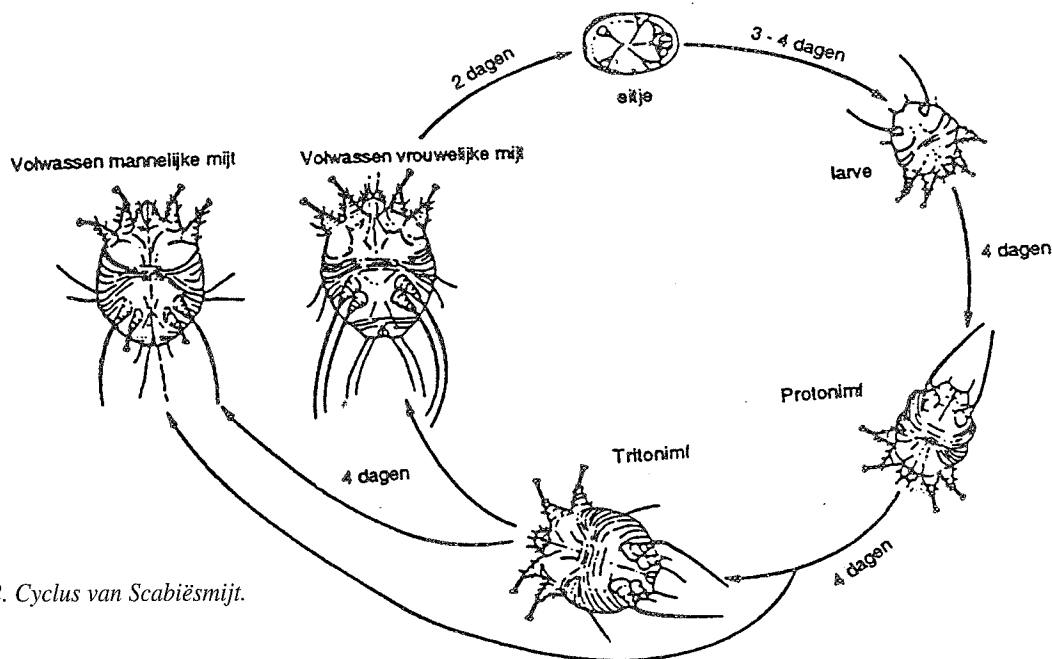
Overdracht en besmettelijkheid

Factoren die de kans op scabiës verhogen, zijn promiscuïteit, clustering, verminderde immuunafweer, onvoldoende verzorging, gebrekkige voeding en hygiëne, vaak veroorzaakt door vereenzaming, financiële problemen of dementering. Samen met de relatief lange incubatieperiode en de atypische symptomen van de ziekte, zorgen de eventuele aanwezigheid van andere huidproblemen, de de-

ger contacten. Scabiësmijten overleven zeer moeilijk los van de mens: meestal niet meer dan twee dagen bij kamertemperatuur. Een goede persoonlijke hygiëne vertraagt een mogelijke infectie maar wassen alleen doodt geen mijten of eitjes.

Mijten en huisdieren

Mijten met dieren als specifieke gastheer verblijven meestal slechts korte tijd op het menselijk lichaam. Ook die mijten kunnen huidrupties en



Afbeelding 2. Cyclis van Scabiësmijt.

De huidschilfers van die patiënten zitten vol mijten en jongere mijtenstadia.

Specifieke risicogroepen voor scabiës norvegica zijn personen die een verminderde immuniteit hebben en verminderde sensibiliteit voor jeuk en/of een verminderde motoriek om te krabben. Door minder te krabben, sterven minder mijten en kunnen ze zich op een ongeremde manier voortplanten. Dat komt voor bij ouderen en bij personen die corticosteroïden gebruiken.

mentering van de populatie en het onvoldoende vertrouwd zijn met het ziektebeeld voor regelmatig terugkerende epidemieën.

De mijt wordt meestal overgebracht door een relatief langdurig (10 min) of frequent direct lichamelijk contact. Ook besmette kledij of beddengoed kan scabiës overdragen als de omstandigheden voor de mijt gunstig zijn (hoge luchtvochtigheid, temperatuur van 10 tot 15°C). In geval van scabiës norvegica is besmetting ook mogelijk via vluchtig-

dermatitis veroorzaken die enkele weken kan aanhouden. Mensen met die vorm van scabiës zijn zelf niet besmettelijk voor andere mensen. Zij genezen ook vanzelf na de behandeling van de besmette dieren.

Diagnose

De diagnose kan worden gesteld op basis van klinisch en microscopisch onderzoek. De nachtelijke jeuk die bij verschillende personen kan optreden en de polymorfe laesies ter hoogte van de predilectieplaatsen zijn oriënte-

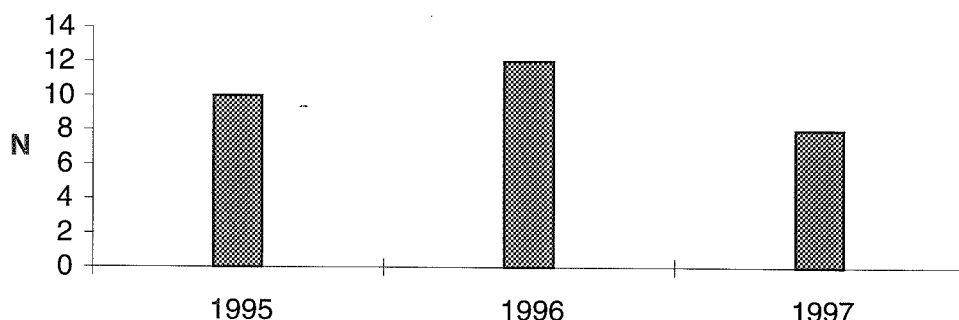
rend. De aanwezigheid van gangetjes kan worden aange- toond door het inwrijven van vermoedelijke gangetjes met inkt. Tenslotte kan de klinische diagnose worden onderbouwd via het aantonen van mijten uit de gangetjes.

Frequentie

In België kwam scabiës vooral voor tijdens de wereldoorlogen, als gevolg van de gebrekkige leefomstandigheden. Na verbetering van de algemene hygiëne werd sca- biës als een seksueel over- draagbare aandoening be- schouwd. Nu zien we dat de ziekte zich verplaatst van de familiale kring naar de verzor- gingsinstellingen voor gehan- dicapt en bejaarden. In het verleden kwamen groepsin- fecties ook voor, maar dan vooral in legerkringen. Pas nu is er een nieuwe risicogroep ontstaan, met de verhoogde opnamegraad van bejaarden en met de veroudering en de- mentering van de bevolking.

Sinds 1995 is scabiës opge- nomen op de lijst van de te melden infectieziekten. In de overzichtstabellen noteren we naast individuele ook collec- tieve meldingen. Bij scabiës is er steeds sprake van een ze- ker collectief aspect. Ons on- derzoek beperkt zich tot infec- ties die zich voordeden in woongemeenschappen buiten het gezin.

Hoewel scabiës ondergerap- porteerd is, kon men toch dertig clusters beschrijven in de periode tussen 1995 en 1997. De bijhorende figuur geeft de spreiding in de tijd weer. Zowel in de provincie Antwerpen als in Oost-Vlaan- deren brak de ziekte tien keer



Figuur 3: Meldingen van scabiësclusters in de periode tussen 1995 en 1997.

uit en in Limburg acht keer.

De samenlevingsvormen die het meest met het probleem te maken hadden, waren RVT's en bejaardentehuizen (elk 30%). Verder ging het om ziekenhuizen, scholen, kin- deropvanghuizen, jeugdhui- zen, beschutte werkplaatsen, een vluchthuis en een be- schutte woonplaats voor ge- handicapt.

De omvang van de uitvoer- de collectieve behandelingen varieerde van 4 tot 1500 be- handelingen per keer. In totaal werden 27 besmettingen bij personeelsleden beschreven. Omdat scabiës zich vrij mak- kelijk in een gesloten groep uitbreidt, gebeurt het relatief frequent dat bij de vaststelling van de epidemie al heel wat personen besmet zijn.

De belangrijkste factoren die de uitbreiding van de infectie stimuleerden, waren: laattijdig opmerken van de ziekte, inef- ficiënte bestrijding, slechte af- spraken, gebrekkige mede- werking van personeel en di- rectie, onvolledig bereiken van de doelgroep, miskennen van de problematiek en hygië- nische fouten bij het perso- neel.

Literatuur

- (1) Benenson A S. ed, "Con- trol of Communicable Disea- ses Manual", American Public Health Association, Washing- ton 1995 : 415-417.
- (2) Bilkert-Mooiman M A J, Dumas A, et al red, "Proto- collen infectieziekten", LCI, Rijswijk 1997.
- (3) Isada C M, Kasten B L, et al. "Infectious Diseases Hand- book.", Lexi-Comp Inc 1995 : 188.
- (4) Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Afdeling Pre- ventieve en Sociale Gezond- heidszorg, "Draaiboek infec- tieziekten.", Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Brussel 1998.
- (5) Vanhoutte F, "Schurft." In : Wellcontact. Erembodegem- Aalst : Wellcome 1994.

Summary

Scabies is a parasitic disea- se of the skin caused by a mite "Sarcoptes scabiei". Outbreaks are seen in ho- mes for the elderly. Symp- toms are an itching, poly- morphous skin lesions. Dia- gnosis is based on clinical, epidemiological and micro- scopic observation.

Collectieve aanpak van scabiës

Dr. K. De Schrijver *

Samenvatting

Om scabiës efficiënt aan te pakken moeten er afspraken zijn over verschillende punten: de inventarisatie, de identificatie van de te behandelen patiënten, de behandeling, de randbehandeling, de infoverstrekking, het preventieplan, de rapportage, de coördinatie, de personeelsproblemen en het oplossen van financiële en administratieve problemen.

ties, partners of ex-partners, leerkrachten, personeel, residenten en bezoekers.

Scabiës veronderstelt een korte collectieve en goed gestructureerde aanpak. Naast het bepalen van het juiste medicament (zalf), is het erg belangrijk om de te behandelen groep precies te identificeren, informatie te geven, de omgeving te saneren, en preventieve en hygiënische maatregelen te treffen.

biëSCOÖrdinator aangewezen wordt. Wie dat precies moet zijn, kan variëren. In een ziekenhuiscontext is de arts- of verpleegkundige-ziekenhuis-hygiënist(e) de juiste keuze.

Klassiek begint de aanpak met de validering van de diagnose zonder de lat te laag of te hoog te leggen.

Nachtelijke collectieve jeuk met discrete letsels ter hoogte van de predilectie plaatsen volstaat als aanvangsdiagnose. Dermatologische confirmatie (gangetjes en mijtvisualisatie onder de microscoop) is echter aangewezen voor maatregelen met belangrijke implicaties.

Eens het probleem onderkend is, wordt er bij voorkeur een stuurgroep opgericht. Hierbij wordt een procedure afgesproken die gaat van planning over uitvoering tot follow-up. In deze stuurgroep zetelen naast de coördinator, de bedrijfsarts, de dermatoloog, het hoofd van de nursing, een afgevaardigde van de directie, een communicator, de hoofd-geneesheer, het diensthoofd onderhoud, enz.

Hierbij maakt men afspraken waarbij de precieze verantwoordelijkheden worden aangeduid.

Probleemomschrijving

Waar doet het zich voor? Wat is de aard van de groep? Wat is de omvang? Sedert wanneer bestaat het? Hoeveel

Tabel 1: Scenario bij de aanpak van scabiësepidemies.

probleemomschrijving en inventarisatie van de gevallen;
identificatie van groepen van te behandelen personen;
afspraken over behandeling;
afspraken verantwoordelijkheden;
info aan personeel, patiënten en bezoekers;
opvang vragen van diverse personen;
opstellen van preventieplan;
afspraken qua rapportage;
afspraken qua juridische en financiële aspecten;
afspraken qua coördinatie personeelsproblemen;
afspraken qua verwittigen van andere diensten.

Scabiës is een erg vervelende, erg besmettelijke maar prima behandelbare kwaal. Omdat de besmetting heel makkelijk uitdijt, zijn de sociale implicaties niet te onderschatten. Heel snel volgen er emotionele reacties: mensen worden beschuldigd, besmette patiënten krijgen een stigma opgeplakt. Er is veel weerstand, bovendien worden vaak financiële eisen gesteld. Voormelde reacties komen, naargelang de context van direc-

Bij voorkeur volgt men een stappenplan waarbij in onderling overleg een voorgesteld scenario wordt toegepast (tabel 1). Het is belangrijk dat het probleem niet onderschat wordt. Men mag echter ook niet overreageren.

Als het probleem zich voordoet op een plaats waar veel mensen samen zijn (tehuis, ziekenhuis, rustoord, school, camping, hotel, enz.) is het noodzakelijk dat er één sca-

* Dr. Koen De Schrijver, gezondheidsinspecteur provincie Antwerpen - coördinator Infectieziekten Vlaamse Gemeenschap.

patiënten in functie van de tijd? Zijn er gevallen bij het personeel? Namen, leeftijden, afdelingen.

Actieve screening van personeel en residenten op klachten en symptomen

Dit is aangewezen omdat scabiës vrij atypisch verloopt en toch vrij besmettelijk is.

Identificatie van de te behandelen groep en het vastleggen van wie op welk moment behandeld gaat worden is belangrijk.

De volgende personen kunnen daaronder vallen : patiënt + gezin (eventueel kinderen) + ex-partner, personeel inbegrepen (partners en kinderen), patiënten op dezelfde afdeling, bezoekers, (naaste kennissen), randcontacten (radiologie, kinestherapie, onderhoud, wasserij).

Keuzes van behandeling

A) Afspraken rond de therapie: Datum? Keuze product? Hoe aanbrengen? Wie brengt het aan?

Financiering? Schorten en

handschoenen voor personeel. Geschreven handleiding voor het aanbrengen van het medicament. Eventuele herhaling?

B) Afspraken over de randbehandeling:

Linnen, kledij, schoeisel, bed, huisdieren, douche, nagels, ... Afleveren product aan personeel, partners.

Informatie

Info aan : patiënt, familie, bezoekers, huisartsen (?), directie, leerkrachten, personeel, andere diensten.

Schriftelijk - mondeling - overleg vergadering - contactpersoon.

Aanwijzen van communicator. Wie beantwoordt deze vragen? Wat zegt men?

Persbericht?

Verwittigen van derden.

Randdiensten (onderhoud, wasserij, V-diensten, stagiairs, scholen, crèches ...).

Opstellen van preventieplan

Afspraken rond preventie: (1) actief toezicht, (2) samenwerking met arbeidsgeneeskundi-

ge dienst, (3) sanitair toezicht, (4) sociale begeleiding, (5) intake onderzoeken, (6) screening, (7) vroegtijdige opsporing (klachtenbevraging), (8) aanwijzen van verantwoordelijke.

Rapportage en eindoverleg

Opstellen van eindverslag met rapportage naar diverse betrokkenen (comité ziekenhuis-hygiëne, directie, personeel, gezondheidsinspectie).

Creëren van afsluitende briefing met ruimte voor noteren van klachten en suggesties.

Summary

Important control measures for scabies are drawing up an inventory of the cases, source identification, general treatment scheme, a well organized information campaign, preventive measurements, coordination of the epidemic and a solution for the financial problems.

Behandeling en medicatie

Gerrit Tilborghs (1)

Samenvatting

De behandeling van scabiës is gebaseerd op een collectieve behandeling van alle potentieel blootgestelden. Deze behandeling omvat een algemene aanpak en een specifieke dermatologische behandeling. Een algemene aanpak betekent een desinfectie van kleding, linnen en beddengoed. De specifieke behandeling varieert van permethrine over malathion tot benzylnbenzoaat.

Bij de bestrijding van de schurftmijt komt heel wat kijken. Daarenboven is er op de markt een heel palet aan bestrijdingsmiddelen beschikbaar. Wij hebben getracht de behandeling gestructureerd en overzichtelijk voor te stellen. Niet alleen de patiënt en zijn contacten, maar ook het wasgoed en het meubilair moeten worden aangepakt. Voorkeurpreparaat is permethrine, alternatieven zijn malathion en benzylnbenzoaat. In sommige gevallen van scabiës norvegica kan het gebruik van ivermectine worden overwogen.

Behandeling

Het product moet worden aangebracht op een propere, droge huid. Als de huid vuil is moet die eerst worden gewassen en moet er worden gewacht met het insmeren tot de huid goed droog is. Bij patiënten met een crusteuze scabiës worden best eerst de

korsten verwijderd met een keratolytische zalf of met teer-shampoo.

Meestal moet het hele lichaam met uitzondering van het hoofd goed worden ingesmeerd vanaf de kaakrand tot en met de voetzolen, vooral in de huidplooien. Bij patiënten met scabiës norvegica, kinderen tot vier jaar, bedlegerige patiënten en patiënten met verminderde weerstand moet ook het hoofd mee behandeld worden, vooral achter de oren. Belangrijk is dat het middel ook onder de nagels wordt aangebracht, daarom worden nagels best kort geknipt. Het middel mag niet in de ogen, de mond of op andere slijmvliezen komen. Als dat toch gebeurt moet met water worden gespoeld en, indien mogelijk, met zeep. Daarom trekt men bij baby's en mentaal gehandicapten handschoenen en/of sokken over de handen om te vermijden dat ze het middel smeren waar het niet hoort.

Omdat het onmogelijk is zichzelf volledig in te smeren moet een tweede persoon helpen. Die draagt handschoenen of wast achteraf zeer grondig zijn/haar handen en armen tot aan de ellebogen als deze zelf de behandeling niet moet volgen.

Telkens wanneer tussentijds de handen worden gewassen, na een toiletbezoek of na de verzorging bij incontinentie,

moet worden bijgesmeerd. Tijdens de behandeling mogen geen schoonheidsproducten of crèmes worden gebruikt.

Wanneer de jeuk niet te harden is kan hij worden bestreden met een antihistaminicum van de eerste generatie.

Alle kleren, ondergoed en beddengoed, gebruikt de laatste 48 uur, moeten na de behandeling worden gewassen.

Omgeving

Na een gewone scabiës gaan kleding (en pantoffels) die in direct contact met de huid zijn gekomen, alsook lakens en kussenslopen die in de 48 uur voor de behandeling gebruikt zijn, in de was. Dit geldt zowel voor de patiënten als voor de contactpersonen met een hoog risico (langdurig of frequent huidcontact met een patiënt). Het best zo warm mogelijk wassen, de wastemperatuur moet hoger zijn dan 50°C. Moeilijk wasbaar goed gaat naar de stomerij of wordt, liefst buiten, gelucht gedurende 3 tot 4 dagen. Niet-wasbare kledij kan ook minimaal 10 minuten in de droogkast staan aan een temperatuur boven 50°C. Ze kan ook verpakt worden in plastic zakken en gedurende 3 tot 4 dagen bewaard worden.

Bij scabiës norvegica wordt niet alleen alle kleding (en pantoffels) en alle beddengoed maar ook de dekens, het

¹ Gezondheidsinspectie Antwerpen

matras en de kussens behandeld worden zoals na gewone scabiës. Na de behandeling moet het matras en de kussens nog eens extra 48 tot 72 uur luchten.

Na scabiës norvegica worden de kamers waar de patiënt gewoonlijk verbleef eerst 24 tot 72 uur afgesloten en daarna grondig huishoudelijk gereinigd.

Producten

Het voorkeurpreparaat bij de behandeling van scabiës is permethrine 5% (Zalvor[®]-crème). Voor de patiënten met gewone scabiës is één keer insmeren met permethrine voldoende, als dit zorgvuldig en volgens de onderstaande voorschriften gebeurt. Voor de behandeling van scabiës norvegica geldt minimaal twee keer insmeren met permethrine zo snel mogelijk na de eerste keer, bijvoorbeeld de volgende ochtend. De contactpersonen hoeven de behandeling niet te herhalen. Het product moet 8 tot 12 uur inwerken. Permethrine is niet vlekkerig, heeft geen storende geur en is veilig. Ook voor zuigelingen vanaf 2 maand, voor zwangere vrouwen en voor bejaarden. Een nadeel is wel de prijs van 544 BEF (13,49 EUR) per tube van 30 g. Daarenboven is er geen terugbetaling door het ziekenfonds. De dosering bedraagt boven de 12 jaar 1 tube, 5-12 jaar 1/2 tube, 1-5 jaar 1/4 tube, 2 maand-1 jaar 1/8 tube. Na de inwerkperiode moet het lichaam grondig worden gewassen. Contra-indicaties zijn overgevoeligheid voor pyrethroiden, pyretrinen of isopropanol (lotion).

En eerste alternatief is malathion 0,5% (magistraal R/Malathion 200 mg - Unguens refrigerans ad 40 gram). Malathion is uiterst effectief en patiëntvriendelijk. 24 uur inwerken volstaat. Een nadeel is dat het een toxisch en milieu-onvriendelijk product is. Ook is het ongeschikt voor kinderen onder de 5 jaar, zwangere vrouwen en vrouwen die borstvoeding geven, mensen met een laag lichaamsgewicht, epilepsie en vooraf reeds bestaande generaliseerde huidafwijkingen (zoals ichthyosis en uitgebreid eczeem). De behandeling is te herhalen na enkele dagen. Eén dosis van deze magistrale bereiding kost ongeveer 300 BEF (7,44 EUR), verpakking niet inbegrepen, en wordt niet terugbetaald door het ziekenfonds. Er mag maximaal twee keer met malathion worden behandeld. De malathion-lotions zijn ongeschikt voor de behandeling van scabiës. Na de behandeling moet het product worden weggewassen met water en zeep.

Een tweede alternatief is benzylbenzoaat (magistraal R/Benzylbenzoaat 25% - emulgerende was 2g, aqua tot 100ml of R/ Benzylbenzoaat 20-25% - carbopol 940 2g, triethanolamine 4g, aqua conservans tot 100ml). Dit is echter een zeer kleverig goedje met een erg onplezierige geur, dat brandt in open krabwondjes en soms moeilijk wordt verdragen (dermatitis). Het doodt alleen mijten maar geen eitjes. Wel is het product goedkoop. De zalf kost ongeveer 80 BEF (1,98 EUR) per 100g, verpakking niet inbegrepen. Het is de voorkeurtherapie voor zuigelingen maar dan

twee- tot driemaal verdund. Benzylbenzoaat moet 24 uur op de huid blijven, waarna de behandeling nog tweemaal wordt herhaald met 24 uur ertussen. Het lichaam mag pas worden gewassen na nog eens 24 uur. Zo nodig wordt deze procedure nog eens herhaald na vijf dagen. Er zijn geen contra-indicaties.

Bij de behandeling van scabiës norvegica kan een combinatie van één van bovenstaande producten met ivermectine (Mectizan[®] - comprimé 6mg) worden overwogen. Ivermectine is een orale, eenmalige behandeling. Het product is in België niet geregistreerd. In de literatuur (5) werd een verband met de plotseling verslechtering van de gezondheidstoestand van de mentee bejaarden gesuggereerd. Voorzichtigheid blijft dus geboden. De dosering bedraagt 200 µg/kg of 12 mg (volwassenen) in één enkele orale dosis.

Summary

Treatment of scabies is a combination of general and specific measures for all potentially exposed persons. In addition to the general treatment there is a specific dermatological therapy. The general treatment supposes disinfection of clothing, underwear and bedclothes. The specific therapy contains permethrin, malathion and benzylbenzoate ointments.

Literatuur

1. Barkwell R, Schields S, "Deaths associated with ivermectin for scabies". Lancet 1997; 349 : 1144-5.
2. Benenson A S. "Scabies". In : Control of Communicable Diseases Manual. Washington : American Public Health Association, 1995 : 415-7.
3. Campbell W C, ed. "Ivermectin and Abamectin". New York : Springer-Verlag, 1989.
4. Coyne P E, Addiss D G, "Deaths associated with ivermectin for scabies". Lancet 1997; 350 : 215-6.
5. Meinking T L, Taplin D, et al. "The treatment of scabies with ivermectin". N Engl J Med 1995; 333 : 26-30.
6. Vanhoutte F. "Schurft". In : Wellcontact. Erembodegem-Aalst : Wellcome 1994.

Onze dank aan dr. M. Anseeuw (Sint-Trudo Ziekenhuis), prof. dr. H. Degreef (UZ Leuven) en prof. dr. E. Van Hecke (UZ Gent) voor hun kritische aanmerkingen.

Uitreiking Petra Meerburgprijs

In dit berichtje wordt de winnares van deze prijs bekend gemaakt.

Deze prijs wordt toegekend aan kandidaten die een uitzonderlijke prestatie op het gebied van infectieziektenbestrijding geleverd hebben, van belang in Nederland zowel als in Vlaanderen.

Op 12 mei 1999, de dag van de verpleging, is tijdens het afscheidssymposium van Anne Leentvaar, hoofd afdeling Infectieziekten van de GG&GD voor de tweede maal de Petra Meerburgprijs uitgereikt. Deze prijs is vernoemd naar

Petra Meerburg, sociaal verpleegkundige bij de afdeling Infectieziekten van de GG&GD Amsterdam. Deze tweejaarlijkse prijs van 5000 gulden is ingesteld in oktober 1995 door de stichting Sarphati tijdens een symposium infectieziekten ter ere van het 25-jarig ambtsjubileum van Petra Meerburg en is voor het eerst uitgereikt tijdens de algemene leden vergadering van de Landelijke Vereniging van Sociaal Verpleegkundigen in GGDen (LVSVggd) in juni 1997.

Dit jaar werd de Petra Meerburgprijs toegekend aan Andrea Drost, werkzaam als so-

ciaal verpleegkundige tuberculosebestrijding bij de GGD Noord-Friesland te Leeuwarden. Zij heeft een uitzonderlijke prestatie geleverd op het gebied van de tuberculosebestrijding bij het onderzoek naar de bron en de omvang van de zogenoemde "Harlinger explosie".

divisie volksgezondheid en milieu GG&DG
postbus 2200
1000 CE Amsterdam
tel.: +31 20 5555 286

Meldingen Infectieziekten

Legionellose infecties

In totaal zijn er 7 infecties gemeld waarvan er 6 samenhangen met een besmettingsbron in een hotel in Houffalize. Het alleenstaande geval heeft betrekking op een vrouw van 85 jaar uit Turnhout die een atypische pneumonie ontwikkelde. De serologie pleitte voor een legionellapneumonie serotype 11. De bronopsporing leverde geen duidelijke oorzaak op.

De Houffalize-besmetting kwam aan bod via een melding uit Nederland. Tien dagen na een verblijf met een Oldtimersclub kon men in Nederland bij twee vrouwen van respectievelijk 43 en 66 jaar de diagnose stellen.

In het kader van de case finding bleek dat er ook verschillende Belgen betrokken waren bij de club. Na bevraging en verdere doorverwijzing kwamen daar vier vermoedelijke infecties uit. Het ging hier telkens om een combinatie van klinische en serologische vaststellingen. De leeftijd van de betrokken vrouwelijke patiënten varieerde van 59 jaar tot 66 jaar. Er waren gevallen in Oost-Vlaanderen en Antwerpen. Naast leden van de Oldtimersclub kon men ook bij een 66-jarige vrouw uit Vlaams-Brabant een waarschijnlijke diagnose stellen.

Ook deze patiënte verbleef in de betrokken periode in het hotel. Hetzelfde gold voor een 72-jarige patiënt uit West-Vlaanderen. Ondertussen heeft men ook de kiem teruggevonden in waterreservoirs waar water van 50°C aanwe-

zig was. Via chloreren, spuien, opwarmen en kortstondig verhitten van het leidingwater is het probleem thans onder controle. Deze legionellagevallen sluiten aan bij de reeks van Belgische gevallen die teruggevonden werden naar aanleiding van een beurs in Bovenkarspel (Nederland). In totaal beschreef men daar 270 gevallen met 28 overlijdens.

Kinkhoestinfecties

Het microbiologisch lab van de VUB meldde vier gedocumenteerde infecties. Ook bij een meisje van 6 weken uit Asse werd de serologische diagnose gesteld.

Bij een meisje van twee maanden werd via PCR en op basis van het kenmerkend ziektebeeld de diagnose weerhouden.

In Laken kon men in één gezin drie gevallen beschrijven: de moeder van 26 jaar en twee kinderen van drie maanden en twee jaar oud. Alle gevallen werden via PCR bevestigd.

De moeder zou in haar eerste levensjaar gevaccineerd zijn.

Voedselinfecties

Er werden 10 collectieve infecties genoteerd waarvan 4 in Antwerpen, 3 in West-Vlaanderen en één in elk van de overige provincies.

In Ninove beschreef men een salmonellose bij 16 personen nadat zij kip met puree(ei) hadden gegeten.

De maaltijd werd geleverd door een traiteur. In Antwerpen was er een niet koortsige

gastro-enteritis in een gezin na het eten van een pizza. In Ieper zag men een infectie met *S. enteritidis* bij 21 personen na een middagmaaltijd.

In de mayonaise die met verse eieren bereid was groeide de kiem. In Dessel (Antwerpen) kwamen er na een sportkamp een aantal kinderen thuis met een diarree. Vermoedelijk was sabayon de dader. In Schoten beschreef men verschillende salmonelloses na een filet-américain maaltijd.

Uit Wilsele meldde men een collectieve stafylococcenintoxicatie bij vier kleuters die chocolademelk gedronken hadden. De kiem kon in de drank teruggevonden worden. In Genk waren er 258 zieke kleuters na een hamburger, friet en mayonaise feest en in Kontich tenslotte beschreef men bij vier gezinsleden een collectieve salmonellose na het eten van zelfbereide tiramisu op basis van eieren.

Meningokokkeninfecties

Ook deze maand waren er 26 meldingen wat het totaal op 183 brengt.

Collectieve scabiës

In twee rusthuizen en in een zigeunerkamp meldde men scabiësproblemen.

Een collectieve behandeling drong zich op.

Meldingen van infectieziekten

MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP - AFDELING P.S.G. - GEZONDHEIDSINSPECTIE							MAAND	JAAR	MAANDEN
MELDINGEN INFECTIEZIEKTEN - VLAAMSE GEMEENSCHAP							6	1999	
Provincie	ANTWERPEN	VLAAMS-BRABANT	LIMBURG	OOST-VLAANDEREN	WEST-VLAANDEREN	TOTAAL	TOTALEN		
Aantal inwoners (in miljoen)	1,63	0,99	0,77	1,35	1,12	5,86	VORIGE MAAND	VAN 1 tot 06/99	VAN 1 tot 06/98
INFECTIEZIEKTEN									
GROEP A	Botulisme								
	Febris recurrens								
	Hondsdolheid								
	Malaria (1)								1
	Pest								
	Poliomyelitis								
	Hemorragische koorts (2)								
	Vlektyfus								
GROEP B	Brucellose								2
	Buiktyfus								3
	Cholera								
	Difterie								
	Gele koorts								
	Hantavirus-infectie								
	Mening. Haemoph. infl. b (3)							1	
	Legionellose	2	1		4	7	1	18	11
	Leptospirose								
	Meningococcose	8	5	3	8	26	29	183	104
	Psittacose								1
	Trichinose								
	Tuberculose	10	13	11	11	60	46	310	306
GROEP C	Gonorrhoe	4			1	5	6	21	15
	Hepatitis A	8	4	11	1	25	11	78	99
	Hepatitis B	7			2	9	9	45	46
	Hepatitis C	4		9	5	18	11	67	32
	Kinkhoest		5			5	1	9	2
	Listeriose	1	1		1	4	2	10	10
	Miltvuur								
	Protozoaire besm. c.z.s. (4)								
	Rickettsiose (5)								1
	Scabiës			6	14	26	24	166	64
	Shigellose	2	1		1	4	6	16	13
	Syfilis	3				3	3	10	7
	Tetanus								
	Gastro-enteritis (> 2 g.) (6)	4	1	1	1	3	2	21	8
Collectieve aan-doeningen	Scabiës			2	1	3	2	12	6
	Voedseltoxi-infecties (7)	4	1	1	1	3	2	18	7
DECREET VAN 05 APRIL 1995 <i>Indeling in functie van afnemende urgentiemaatregelen</i> 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) Autochtone malaria. (2) Hemorragische koortsen zoals Ebola-, Lassa- en Marburg-koorts e.a.. (3) Meningitis tengevolge van <i>Haemophilus influenzae</i> serotype b. (4) Protozoaire besmettingen van het centrale zenuwstelsel. (5) Rickettsiosen, andere dan vlektyfus. (6) Elk gastro-enteritisincident, dat ten minste 3 gevallen telt binnen éénzelfde leefgemeenschap en in de tijdspanne van één week wordt veroorzaakt door éénzelfde kiem. (7) Voedselintoxicatie en voedselinfectie.		

Peillaboratoria netwerk

Aantal gediagnosticeerde gevallen gedurende de observatieperiode (weken 22 tot 25)
cumulatief sinds het begin van het jaar (weken 01 tot 25)

Verwerking op 14/07/99

KIEMEN / VIRUSSEN weken	BRUSSEL		VLAANDEREN		WALLONIE		ONBEKEND ^a		TOTAAL	
	22-25	01-25	22-25	01-25	22-25	01-25	22-25	01-25	22-25	01-25
ADENOVIRUS	19	138	17	292	5	67	1	16	42	513
BORRELIA BURGDOFFERII	2	14	26	122	9	62	0	1	37	199
CAMPYLOBACTER	36	213	195	1442	71	394	14	96	316	2145
CHLAMYDIA PNEUMONIAE	7	39	6	66	1	96	2	5	16	206
CHLAMYDIA PSITTACI	1	1	0	0	0	1	0	0	1	2
CHLAMYDIA TRACHOMATIS	12	96	13	12	5	68	1	27	31	312
CYCLOSPORA ^d	0	1	0	2	0	2	0	0	0	5
CRYPTOCOCCUS ^d	0	3	0	3	1	1	0	2	1	9
CRYPTOSPORIDIUM	9	49	12	84	17	160	0	7	38	300
E. COLI (VTEC+EHEC)	0	2	0	9	0	5	0	3	0	19
E. HISTOLYTICA ^d	4	23	14	77	4	26	0	3	22	129
GIARDIA	12	71	45	391	19	153	0	69	76	684
H. INFLUENZAE ^c	3	42	13	135	10	89	1	6	27	272
HANTAVIRUS ^d	1	3	0	1	10	30	0	1	1	35
HEPAT. A	9	55	15	56	7	54	0	3	31	168
INFLUENZA A	0	12	6	109	3	67	0	1	9	308
INFLUENZA B	0	54	1	59	1	35	0	4	2	152
L. PNEUMOPHILA (BACT.+SEROL.)	2	23	3	7	1	4	0	3	6	37
LISTERIA ^d	0	2	3	1	2	4	0	0	5	17
MYCOPLASMA PNEUMONIAE	24	122	53	700	23	385	1	21	10	1228
N. GONORRHOEAE	2	19	6	31	3	29	0	1	1	80
N. MENINGITIDIS ^{c + d}	2	14	18	149	5	39	0	2	25	204
PARAINFLUENZA	34	87	9	35	6	29	2	3	51	154
P. MULTOCIDA ^e	0	2	2	10	2	7	1	4	5	23
PLASMODIUM ^d	6	34	5	80	2	24	0	3	13	14
RSV	1	84	7	243	8	252	0	9	16	588
ROTAVIRUS	3	129	54	2478	21	928	2	62	80	3597
SALMONELLA ENTERITIDIS ^e	69	310	275	1383	152	638	0	0	496	2331
SALMONELLA HADAR ^e	1	21	5	53	0	24	0	0	6	98
SALMONELLA TYPHIMURIUM ^e	15	146	100	1023	49	354	0	0	164	1523
SALMONELLA ANDERE ^e	2	61	37	407	31	159	0	3	70	630
SHIGELLA	3	23	6	31	0	5	0	3	9	62
S. PNEUMONIAE ^c	8	109	24	399	22	274	1	14	55	796
S. PYOGENES ^c	4	22	4	60	6	56	1	3	15	14
Y. ENTEROCOLITICA	3	25	27	198	8	53	0	9	38	285
TOTAAL	294	2158	1001	10267	504	4574	27	394	1826	17393
aantal laboratoria ^f		14		75		38				127
(%) deelname ^b	50	78	65	86	62	86			62	85

^a onbekende postcode

^b deelnamepercentage van de peillaboratoria: aantal opgestuurde formulieren / aantal verwachte formulieren

^c diepe lokalisaties

^d referentielaboratorium + peillaboratoria

^e referentielaboratorium

^f verdeling volgens de locatie van het laboratorium