

Nr. 2008/65/3

VLAAMS INFECTIEZIEKTEBULLETIN

ARTIKELLEN

Drie legionellapneumonieën
in een bejaardenhome
in de provincie Antwerpen

Koen De Schrijver

4 - 6

HIV-infecties en AIDS in België

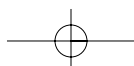
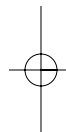
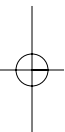
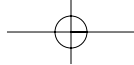
André Sasse, Ann Defraye

8 - 12

NIEUWSFLASH

INFECTIEZIEKTENIEUWS BINNEN EN BUITEN EUROPA

INFECTIEZIEKTESURVEILLANCE OVERZICHTEN



Hoofdredacteur

Koen De Schrijver

Redactie

Petra Claes
 Annemie Forier
 Ludo Mahieu
 Ruud Mak
 Elizaveta Padalko
 Emmanuel Robesyn
 Geert Top
 Viviane Van Casteren
 Pierre Van Damme

Cartoons

Dany Smet

Redactiesecretariaat

Riek Idema

Toezicht Volksgezondheid Antwerpen
 Anna Bijnsgebouw
 Lange Kievitstraat 111-113, bus 31
 2018 Antwerpen
 Tel.: +32 3 224 62 04
 Fax: +32 3 224 62 01
 e-mail: infectieziektebulletin@vlaanderen.be
 url: <http://www.infectieziektebulletin.be>

Verantwoordelijk uitgever

Dirk Wildemeersch

Agentschap Zorg en Gezondheid
 Ellipsgebouw, Koning Albert II-laan 35, bus 33
 1030 Brussel
 e-mail: dirk.wildemeersch@wvg.vlaanderen.be

Het Vlaams Infectieziektebulletin is een uitgave van de afdeling Toezicht Volksgezondheid van het Agentschap Zorg en Gezondheid. Artikelen kunnen variëren van outbreakartikelen, guidelines, algemene artikelen over infectieziekten tot surveillance-overzichten. Het is een peer-reviewed medisch tijdschrift met redactieleden van de afdeling Toezicht Volksgezondheid, van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en de universiteiten. Het verschijnt vier keer per jaar. Dit bulletin is beschikbaar op het internet (<http://www.infectieziektebulletin.be>).

De inhoudelijke verantwoordelijkheid voor de artikelen berust bij de auteurs. Overname van artikelen is mogelijk na contactname met de redactie, mits bronvermelding en na toestemming van de auteur.

Voor het indienen van artikelen vindt u "richtlijnen voor auteurs" op de website van dit bulletin. Als arts kunt u zich gratis laten abonneren.

Outbreaksurveillancecommunicatie op Europees niveau gebeurt ondermeer via het zusterijdschrift Eurosurveillance (www.eurosurveillance.org).

Drie legionellapneumonieën in een bejaardenhome in de provincie Antwerpen

Koen De Schrijver¹

Samenvatting

In november 2007 werden er in een bejaardenhome drie geclusterde legionellapneumonieën ontdekt bij een groep van veertien bewoners die kort tevoren in een noodvleugel van het rusthuis ondergebracht waren. Bij een van de patiënten werd deze ziekte microbiologisch geconfirmeerd. De andere twee patiënten kregen al antibioticatherapie voor de diagnostiek. Het onderzoek toonde aan dat de waterleiding en de wastafels van de noodoptrek sterk gecontamineerd waren met meer dan 100.000 KVE/l Legionella pneumophila serogroep 1. Vermoedelijk was de combinatie van langdurige stagnatie van leidingwater, een relatief lage warmwatertemperatuur (45°C) en een gecontamineerde boiler verantwoordelijk voor de cluster. De contaminatie resulteerde in een attack rate van 21,4% (3/14) bij de residenten. Case finding leverde geen bijkomende gevallen op. De drie patiënten herstelden volledig na behandeling. Bij heringebruikname van leidingen die water bevatten dat lange tijd heeft stilgestaan, is microbiologische controle aangewezen.

Inleiding

Een legionellapneumonie is een bacteriële infectieziekte die veroorzaakt wordt door een besmetting met *Legionella pneumophila* die nog steeds gepaard gaat met een substantiële morbiditeit en letaliteit (1,2,3). Serogroep 1 van *L. pneumophila* is verantwoordelijk voor meer dan 90% van de legionella-infecties (1). De registratie-incidentie in het noorden van ons land schommelt rond 1 geval per 100.000 inwoners (1) wat waarschijnlijk een onderschatting is van de werkelijkheid. Men schat het aantal legionellapneumonieën op 2 tot 16% van het totale aantal pneumonieën die jaarlijks in ons land gediagnosticeerd worden (4). Hoewel besmettingen in groepsverband al verschillende malen in ons land beschreven zijn, nemen ze in het geheel van de geregistreerde gevallen slechts een beperkte plaats in (1,2,3). Ook kunnen eenduidige bronnen slechts incidenteel geïdentificeerd worden (1). In dit artikel beschrijven we een groepsinfectie in een bejaardentehuis.

Figuur 1 Elektroboiler rustoord



Op 14 november 2007 werd de dienst Infectieziektebestrijding van de provincie Antwerpen ervan op de hoogte gebracht dat drie bewoners uit hetzelfde bejaardentehuis gezamenlijk in het ziekenhuis waren opgenomen met een pneumonie. Bij één van de drie patiënten die er het ergst aan toe was, kon met een positieve urinaire antigeentest als diagnose legionellapneumonie gesteld worden.

Bij het onderzoek werd samengewerkt met de preventiedienst van de instelling, de Arbeidsgeneeskundige dienst, het team milieugezondheidszorg van Toezicht Volksgezondheid Antwerpen, de ziekenhuisartsen van het Imeldaziekenhuis te Bonheiden, de afdeling microbiologie van het Provinciaal Instituut voor Hygiëne van Antwerpen en huisartsen.

Achtergrond

In oktober 2007 werd gestart met verbouwingswerken van een bejaardeninstelling. Eind oktober verhuisden 14 bejaarde bewoners, die al jaren in het rustoord verbleven, naar een nieuw geconstrueerd tijdelijk noodonderkomen. De tijdelijke opvang bestond uit een combinatie van wooncontainers die aan elkaar verbonden werden. Het totale aantal residenten in het rustoord, met inbegrip van de 14 vermelde residenten, was 87.

De leeftijd van de bewoners schommelde van 71 tot 92 jaar met een gemiddelde leeftijd van 81,6 jaar.

In deze noodvleugel waren 14 kamers ingericht voorzien voor een verblijfsduur van een jaar. Er was verwarming en er werden sanitaire voorzieningen aangebracht. Op elke kamer was er een wastafel met mengkraan. Er waren ook gemeenschappelijke toiletten, douches en ligbaden. Het water werd verwarmd met een "elektroboiler" (figuur 1) die in de hoek van de noodvleugel opgesteld stond. Vier personeelsleden stonden in voor het onderhoud van het complex.

¹ dienst Infectieziektebestrijding Antwerpen, e-mail: koen.deschrijver@wvg.vlaanderen.be

Ziektegeschiedenis

Op 8 november 2007, ongeveer 10 dagen na de intrek in de noodvleugel, ontwikkelde een 83-jarige patiënte een progressief ziektebeeld dat gekenmerkt was door koorts, moeheid, malaise en discrete hoest. Dit ging gepaard met een toenemende sufheid. Drie dagen later werd ze in het ziekenhuis opgenomen met een bilaterale RX-bevestigde pneumonie. De urinaire legionella-antigeentest van 9 november was positief op *L. pneumophila*. Twee andere vrouwelijke medebewoners van 84 en 87 jaar, werden eveneens opgenomen met een radiologisch bevestigde pneumonie. Klassieke oorzaken van pneumonie konden uitgesloten worden. Hun ziektebeeld was minder expliciet. Bij hen was de legionella-antigeentest negatief. Alle drie de patiënten werden met neo-macroliden behandeld en konden na ongeveer een week het ziekenhuis verlaten. De gemiddelde leeftijd van de drie patiënten bedroeg 84,6 jaar, de "attack rate" bedroeg 21,4% (3/14). Behalve qua leeftijd waren er bij de patiënten geen specifieke individuele risicofactoren.

Ze waren al jaren kostganger in de instelling en hadden in de twee weken voor het uitbreken van de symptomen de instelling niet verlaten. De anamnese leerde dat de bejaarden sinds hun verhuizing van eind oktober naar de noodvleugel van het gebouw geen douche of bad genomen hadden en dat ze zich enkel wassen aan de wastafel van hun kamer. De gemeenschappelijke badkamer was buiten gebruik omwille van de lage temperatuur van het warmwaternet.

Milieuonderzoek

Voordat de ziekte zich manifesteerde waren er al problemen gemeld over de lage temperatuur van het warmwater. Bij een meting die dateerde van begin oktober bleek dat de gemeten temperatuur van het warmwater op kamerniveau niet boven de 45°C kwam. Het water werd verwarmd door een elektroboiler met een capaciteit van 300 liter die afgesteld was op een temperatuur van 50°C.

De woonunits die bestonden uit aan elkaar gebouwde containers, werden in augustus 2007 door een onderaannemingsbedrijf gemonteerd en waren voordien ook al op andere werven gebruikt.

Kort na de detectie van longontstekingen bij de patiënten werden verschillende waterstalen genomen. Uit onderzoek van deze stalen bleek dat de waterstalen afkomstig van de kamers van de patiënten sterk gecontamineerd waren met *L. pneumophila* serogroep 1 met meer dan 100.000 kolonievormende eenheden (KVE) per liter. In het water dat afkomstig was van de gemeenschappelijke badkamer van de noodunit werd 7500 KVE/l aangetroffen. Stalen die afkomstig waren van andere vleugels en verdiepingen van het bejaardentehuis waren negatief bij onderzoek op legionellabacteriën.

Opvolging

Bij de 11 overige bewoners van de noodvleugel en bij het personeel dat instond voor het onderhoud werd een serologisch onderzoek uitgevoerd met antistofbepaling tegen legionellabacteriën. Bij een geteste persoon werd een gestoorde serologische test gevonden. Deze persoon had echter geen klachten.

Acties

De preventiedienst ging in overleg met het controlerende laboratorium over tot afsluiting van een deel van het waternet en grondige desinfectie van de leidingen. Na verhitting en flushing van het water was er geen verbetering van de waarden. Vervolgens werd door een sanitair bedrijf het leidingnet gedemonteerd, mechanisch gereinigd en de verwarmingsketel werd vervangen. Na deze ingreep bleken de vervolgstalen negatief te zijn voor *L. pneumophila*.

Andere residenten en personeel werden geïnformeerd.

Bespreking

In deze casus werd er bij drie oudere patiënten die gezamenlijk in een rustoord verbleven de diagnose gesteld van een legionellapneumonie. Merkwaardig was dat de ziekte al enkele dagen na de ingebruikname van een noodvleugel opgelopen werd. Het onderzoek toonde aan dat het leidingnet van de noodwoonvoorziening sterk gecontamineerd was. In dit watercircuit werden meer dan 100.000 KVE/l *L. pneumophila* aangetroffen. Al voor de detectie van de gevallen werden temperatuurklachten gerapporteerd. Een combinatie van stagnatie van water in het net en een te lage temperatuur van het warmwater bleken aan de basis te liggen van de infectie.

Opmerkelijk is de hoge attack rate (21,4%) en de korte interval tussen de eerste blootstelling en het uitbreken van de ziekte. Ondanks het feit dat er geen douches of baden genomen werden, volstond het blijkbaar zich te wassen aan een kraan waaruit gecontamineerd water kwam.

De microbiologische diagnostiek bij deze patiënten gebeurde zoals in 90% van de huidige diagnoses van een legionellapneumonie in ons land door middel van een urinaire legionella antigeentest. Dit is een snelle, specifieke maar slechts matig gevoelige test bij patiënten met een minder ernstig ziektebeeld. De gevoeligheid van de test bedraagt 63-67 % in niet geconcentreerde urine en kan oplopen tot 86% als men geconcentreerde urine gebruikt (5). De test kan bij sommige patiënten in de eerste vijf dagen van de ziekte negatief zijn. Bij milde gevallen rekent men op een gevoeligheid die schommelt tussen de 40-53% (5).

Vergelijking van de stammen of matches is bij gebrek aan microbiologisch onderzoek ook onmogelijk wat een beperking betekent voor het epidemiologische onderzoek (5,6). Een andere beperking is dat legionellastammen andere dan *L. pneumophila* en andere serogroepen niet kunnen opgespoord worden (5). Een eenmalig positief serologisch onderzoek bij een asymptomatische patiënt telde niet als gevals criterium. Deze persoon werd niet meegeteld in het totale aantal zieken.

Vermoedelijk ligt een combinatie van factoren aan de basis van deze uitbraak zoals de relatief lage temperatuur van het warmwater, de stagnatie van water in ongebruikte leidingen, de opslag van water in de elektroboiler en het feit dat de units eerder al gebruikt werden.

Deze casus onderlijnt het belang van een correcte instelling van de temperatuur en de noodzakelijke doorstroming van de warmwaterleidingen. Zeker bij (her)gebruik na stagnatie van een installatie is micro-

biologische evaluatie van het water aangewezen voordat bewoners hieraan worden blootgesteld (7). De problematiek van onderaanneming komt hier ook aan de orde en wijst op het extra moeilijke probleem van risico-

beheersing in deze omstandigheden. Deze casus onderlijnt de noodzaak van vroegtijdige rapportering van de ziekte met het oog op eliminatie van het risico en detectie van patiënten.

Summary

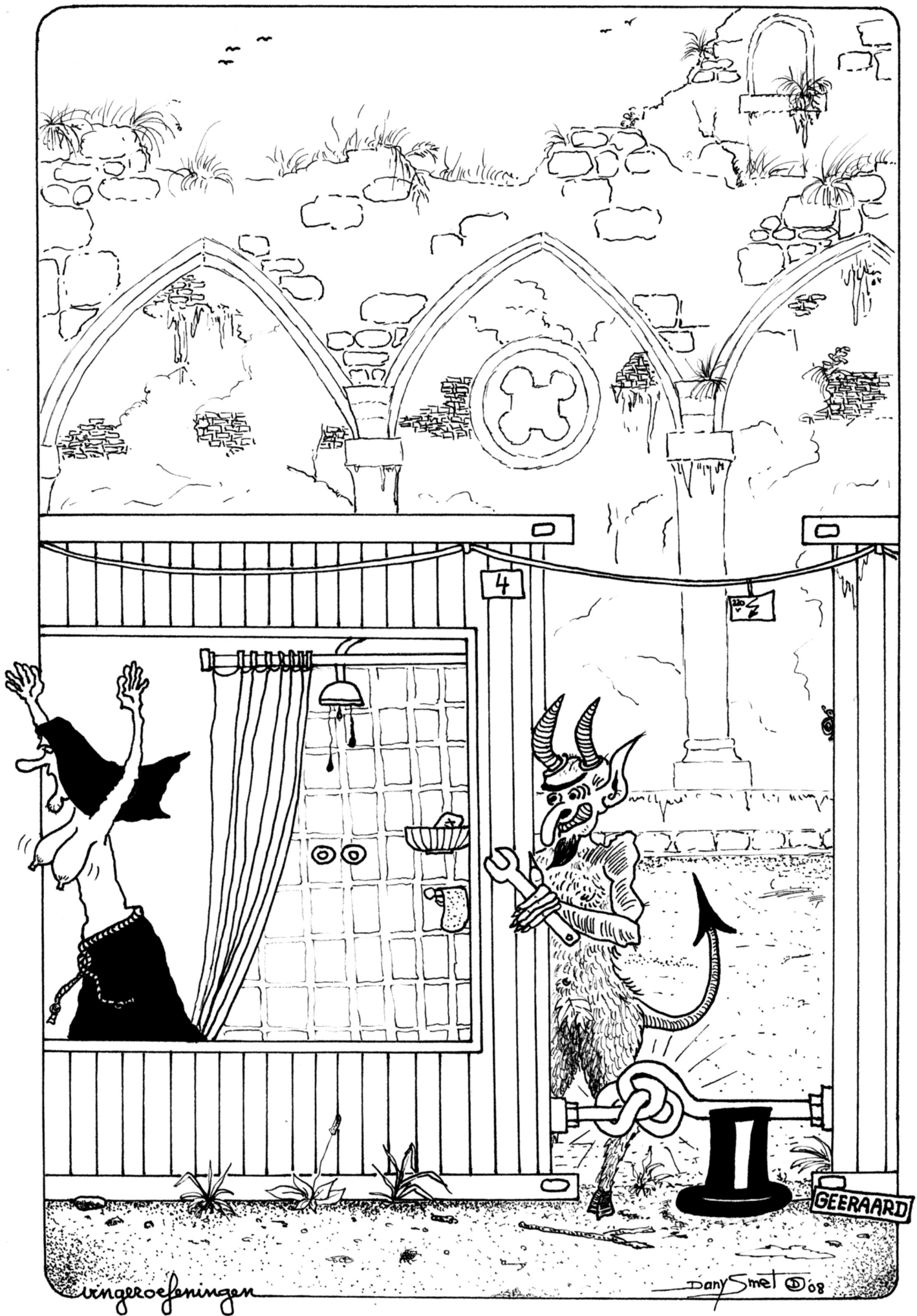
Three cases of legionella pneumonia in a home for the elderly

In November 2007 three cases of legionella pneumonia were reported among a group of residents of a home for the elderly. A group of 14 people had recently moved out to a temporary building awaiting reconstruction of the main building shortly before the first symptoms of pneumonia appeared. Over a period of two days, three female residents developed pneumonia. In one of them the diagnosis could be confirmed with a positive urinary antigen test. Two other patients with probable disease were treated with antibiotics before diagnosis and developed a less severe pneumonia. The attack rate was 21.4 % (3 cases out of 14 residents). Active case finding could not identify supplementary cases. All patients were able to leave the hospital without major complications. More than 100.000 CFU/l of Legionella pneumophila serogroup 1, were found in the warm water circuit of the temporary building. Most likely the outbreak can be explained by a combination of long stagnation of water, contamination of the boiler and relatively low temperature (45°C) in the circuit. Other cases could not be identified by active case finding. All patients were able to leave the hospital without major complications. In case sanitary equipments have been out of use for a long time, the legionella-risk needs to be considered and appropriate measures should be taken.

Trefwoorden: *Legionella pneumophila*, legionellainfectie

Literatuur

1. De Schrijver K, Van den Branden D, Eilers K, Noorts F. Een cluster van nosocomiale legionellapneumonieën in een Antwerps ziekenhuis. Vlaams infectieziektebulletin 2007;61(3):4-9.
2. De Schrijver K, Dirven K, Van Bouwel E et al. Een uitbraak van veteranenziekte na de handelsbeurs van Kapellen in 1999: epidemiologische aspecten. Tijdschr Geneesk 2002;58:952-7.
3. De Groof I, De Schrijver K, Mortelmans L, Mareels J, Verbist L, Van Bouwel E. Vroegere epidemieën van *Legionella pneumophila*. Tijdschr Geneesk 2002;58:947-51.
4. Ieven G. Legionella pneumophila: current diagnosis and therapeutic aspects. Seminarie diagnose en surveillance van infectieuze aandoeningen 22 november 2007. Brussel: IPH 2007:1-2.
5. Dirven K, Ieven M, Peeters MF, van der Zee A, De Schrijver K, Goossens H. Comparison of three Legionella urinary antigen assays during an outbreak of legionellosis in Belgium. J Med Microbiol 2005;54, 1213-6.
6. Schalekamp J. Het belang van stammentypering uit patiënt- en omgevingsisolaten. Infectieziekten Bulletin 2004;15(7):248-50.
7. De Cuyper K. Ook uw waterinstallatie kan ten prooi vallen aan legionella WTCB-dossier 2004;10:1-15.



HIV-infecties en AIDS in België

André Sasse¹, Ann Defraye¹

Samenvatting

In 1981 werd AIDS voor het eerst gedefinieerd en in 1983 werd het virus geïsoleerd. In deze tekst geven we een overzicht van de AIDS- en HIV-cijfers in ons land van 1985 tot 2007. Doordat slechts enkele laboratoria gefinancierd worden om bevestigingstesten te doen geven deze gegevens een volledig beeld van de bekende HIV-infecties. AIDS-diagnoses worden aangegeven door de behandelende artsen op basis van de Europese gevalsdefinitie. Tussen 1997 en 2000 was er een stijgende trend van het jaarlijkse aantal nieuw gediagnosticeerde HIV-infecties (+36 %). Deze werd gevolgd door een minder grote stijging tussen 2000 en 2003 (+11 %) en een tendens naar stabilisatie tussen 2003 en 2007. Bij Belgische mannen bij wie er een risicofactor gekend is, heeft 68,3 % seksuele contacten gehad met een andere man en 4,5 % verklaart intraveneuze drugs te hebben gebruikt. Overdracht via heteroseksuele weg zou verantwoordelijk zijn voor 25,1 % van de HIV-infecties bij mannen en 79,5% bij vrouwen. Bij seropositieve personen van andere nationaliteiten overheerst heteroseksuele overdracht voor beide geslachten, 61,5 % bij mannen, 88,3% bij vrouwen. Voor AIDS is er tussen 1991 en 1995 een plateau voor wat het aantal nieuwe AIDS-patiënten betreft, met gemiddeld 255 gevallen per jaar. Vanaf 1996 ziet men een significante daling van de incidentie van AIDS als gevolg van het gebruik van nieuwe antiretrovirale therapieën. Het feit dat het jaarlijks aantal nieuwe HIV-infecties niet daalt doet vermoeden dat de preventieboodschap in de kerngroepen van de transmissie van HIV onvoldoende doorgedrongen is en dat verdere intensieve preventiecampagnes noodzakelijk zijn.

Inleiding

In 1981 merkten de epidemiologen van de CDC op dat er aan de oost- en westkust van de VS een nieuw ziektebeeld voorkwam in de kringen van de promiscue mannelijke homogemeenschap. De ziekte was blijkbaar het gevolg van een verworven immunodeficiëntiestoornis. Kort daarop werd duidelijk dat de ziekte zich niet alleen bij homoseksuele mannen voordeed, maar dat ze ook overgedragen werd via heteroseksueel contact, bloed, transplantatie, intraveneus druggebruik en van moeder op kind. In 1983 konden Montagnier en medewerkers van het Pasteurinstituut in Parijs een retrovirus isoleren dat later HIV genoemd werd en dat verantwoordelijk bleek voor de infectie. Er zijn twee subtypes van HIV bekend waarvan het type HIV-2 predominant is in West-Afrika en HIV-1 in de rest van de wereld. De ziekte is gekenmerkt door een geheel van ziektebeelden die bij immuun-competente personen quasi niet voorkomen. Een van de eerste infecties die men in verhoogde mate met AIDS associeerde was een *Pneumocystis carinii*-pneumonie.

In deze tekst wordt een overzicht gegeven van de AIDS- en HIV-cijfers in ons land voor de periode 1985 tot 2007.

Methodologie

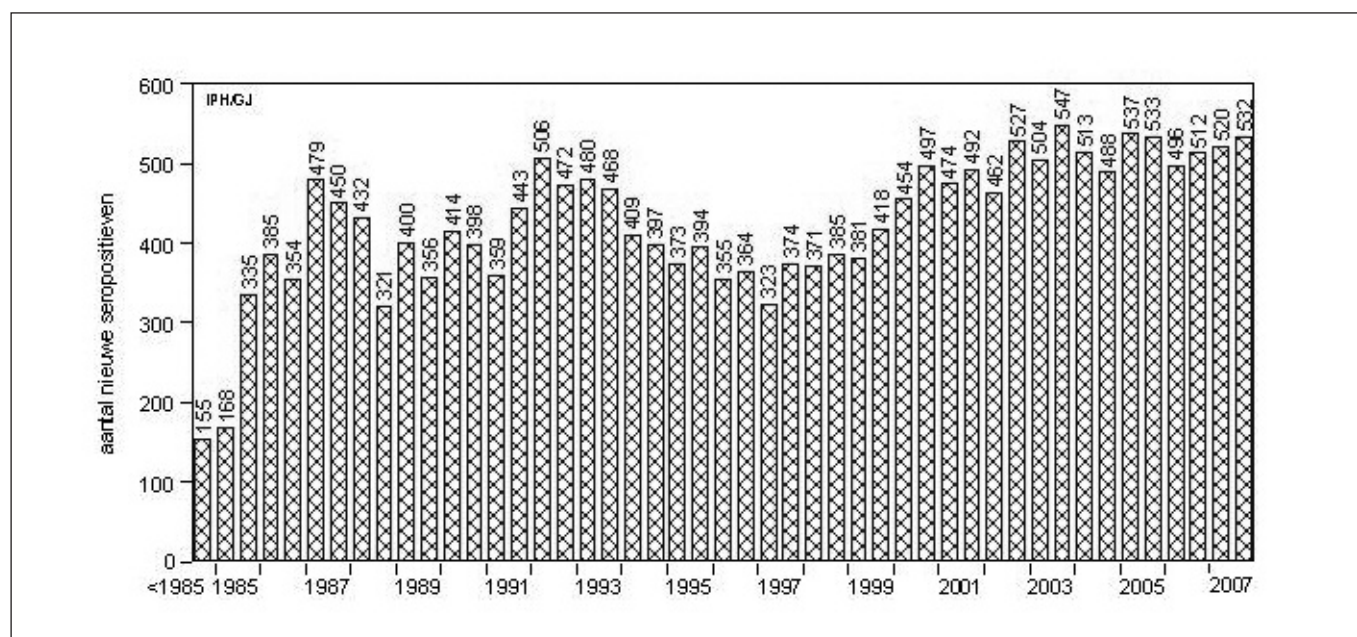
Er bestaan in België zeven AIDS-referentielaboratoria, die erkend zijn door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid. Eén van hun taken is het uitvoe-

ren van confirmatietesten op sera die positief werden bevonden bij een screeningstest. Omdat enkel deze zeven laboratoria gefinancierd worden voor de confirmatietesten, geeft de aangifte van de nieuwe HIV-seropositieven een quasi totaalbeeld van het totale aantal gediagnosticeerde seropositieve personen in België. De aangifte is anoniem en vaak worden verscheidene confirmatietesten uitgevoerd op het bloed van dezelfde persoon. Daarom bestaat er een risico dat een aantal seropositieven meerdere malen aangegeven wordt. Om deze reden worden enkel die personen in de analyse opgenomen van wie genoeg gegevens voorhanden zijn om dubbeltellingen uit te sluiten. Naast het uitvoeren van de confirmatietesten, trachten de AIDS-referentielaboratoria een aantal epidemiologische gegevens van seropositieven te verzamelen. Dit gebeurt met behulp van een gestandaardiseerd formulier dat wordt gestuurd aan elke arts die een nieuwe seropositieve persoon in zijn praktijk heeft.

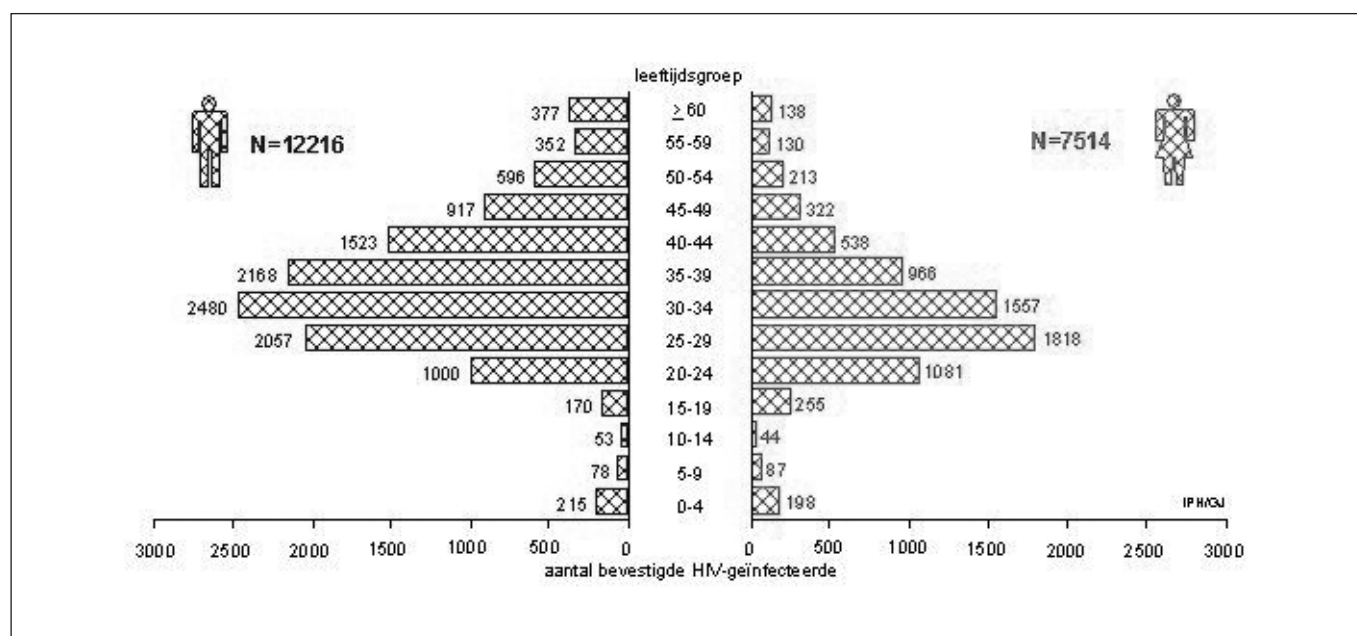
Onafhankelijk van deze registratie worden de AIDS-patiënten aangegeven door hun behandelend arts. Deze aangiften, die anoniem zijn zoals die van de HIV-registratie, worden op gestandaardiseerde formulieren ingevuld. Zesmaandelijks worden alle nieuwe aangegeven AIDS-gevallen gecontroleerd op conformiteit met de AIDS-definitie. De gebruikte definitie is de Europese gevalsdefinitie. Sinds januari 1993 werden er drie nieuwe diagnoses bijgevoegd die indicatief zijn voor AIDS namelijk recidiverende pneumonie (twee episodes binnen een periode van maximaal één jaar), pulmonaire tuberculose en baarmoederhalskanker bij een seropositieve persoon.

¹ Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV), Afdeling Epidemiologie, Juliette Wytsmanstraat 14, B-1050 Brussel, tel. 02 642 50 39 (André Sasse), 02 642 57 05 (Ann Defraye), Fax: 02 642 54 10, e-mail: andre.sasse@iph.fgov.be, ann.defraye@iph.fgov.be

Figuur 1 aantal nieuwe HIV-diagnoses in België, per semester



Figuur 2 Verdeling van de geïnfecteerde personen naar geslacht en leeftijd



Resultaten

Evolutie van het aantal nieuwe HIV-diagnoses in België

Sinds 1986 zijn de nieuwe HIV-diagnoses in België geëvolueerd van gemiddeld 1,9 naar 2,9 per dag. Zoals uit de cijfers blijkt, is er slechts een kleine marge in de schommelingen. De hoogste pieken ziet men in 1992, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006 en 2007 met respectievelijk 978, 989, 1051, 1001 en

1070, 1008 en 1052 nieuw gediagnosticeerde gevallen en de laagste in 1997 met 697 geregistreerde infecties.

Tussen 1997 en 2000 was er een stijgende trend van het jaarlijkse aantal nieuwe gediagnosticeerde HIV-infecties (+36%) die gevolgd werd door een minder grote stijging tussen 2000 en 2003 (+11%) en een tendens naar stabilisatie tussen 2003 en 2007. In het eerste semester van 2007 werden 520 nieuwe gevallen van HIV gediagnosticeerd, in het tweede 532 (figuur 1).

Tabel 1 Verdeling van de HIV-diagnoses per nationaliteit, geslacht en waarschijnlijke overdrachtswijze (1984-2007)

Waarschijnlijke overdrachtswijze	Belgische nationaliteit			Andere Nationaliteit			Totaal**		
	M	V	T*	M	V	T*	M	V	T*
Homo-/biseksuele contacten	2892	-	2892	906	-	906	3925	-	3925
IV druggebruik	157	81	238	309	75	384	499	163	662
Homos./biseks. + IV drug	36	-	36	32	-	32	71	-	71
Hemofilie	25	-	25	9	-	9	39	-	39
Transfusie1	63	61	124	117	230	348	186	297	484
Heteroseksuele contacten	1071	725	1797	2358	3318	5691	3515	4156	7690
Moeder/Kind	44	45	89	106	133	239	177	202	384
Onbekend	534	160	696	678	551	1240	3804	2696	6752
TOTAAL	4822	1072	5897	4515	4307	8849	12216	7514	20007

* Patiënten met onbekend geslacht inbegrepen/ ** Patiënten met onbekende nationaliteit en/of geslacht inbegrepen

(1) De vermelding van de categorie transfusie als mogelijke overdrachtswijze wil niet zeggen dat de besmetting met HIV het gevolg is van een transfusie. Dit wil alleen zeggen dat die patiënten vermeldde dat zij een bloedtransfusie gekregen hebben. Van de 124 Belgen die een transfusie vermeldde als een eventueel risico waren er 76 die ook heteroseksuele contacten als risico vermelden, voor de andere patiënten ontbreekt verdere informatie. Van de 124 gevallen kregen er 45 een transfusie in België, 24 in Afrika, 9 in andere Europese landen, 3 in een ander continent en voor 43 gevallen ontbreken de gegevens. Van de 45 gekende gevallen die in België een transfusie kregen waren er 36 voor augustus 1985. Zeven van de personen die een transfusie kregen na deze datum vermeldde dat zij ook heteroseksueel contact hadden. Wat betreft de twee gedocumenteerde personen, die een transfusie kregen in 1986 en 1998, werd de seroconversie van de donor pas vastgesteld na de transfusie.

Tabel 2 Verdeling van de AIDS-patiënten in functie van de residentiestatus en nationaliteit

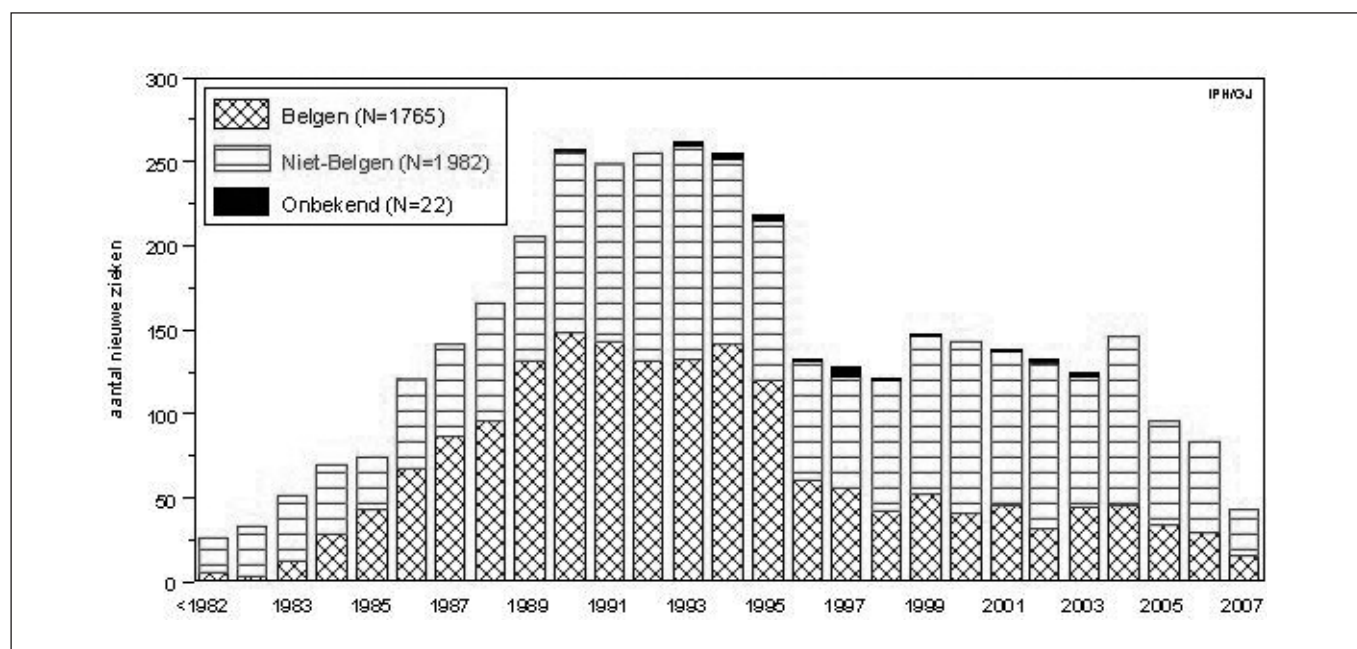
	Residenten	Niet-residenten	Woonplaats onbekend	Totaal
Belgen	1491	117	157	1765
Andere nationaliteiten	573	1017	392	1982
Onbekende nationaliteiten	2	3	17	22
Totaal	2066	1137	566	3769

Gecumuleerd totaal van gediagnosticeerde HIV-infecties sinds het begin van de epidemie

Tussen het begin van de epidemie in België en 30 december 2007 werden in totaal 21.138 personen aangegeven van wie men veronderstelde dat zij besmet waren met HIV. Voor 1131 onder hen waren er onvoldoende gegevens om een eventuele dubbel telling uit te sluiten. Dit aantal werd dan ook niet meegeteld in de analyses en figuren van dit

rapport. In feite zijn er dus in België tussen 20.007 en 21.138 gekende geïnfecteerde personen.

Op 31 december 2007 waren er 3769 AIDS-patiënten geregistreerd. Van 19.300 patiënten (96,4 %) zijn de leeftijd en het geslacht bekend. Bij de geïnfecteerde personen vindt men 1,6 maal meer mannen dan vrouwen. De sterkst vertegenwoordigde leeftijds-klasse, is die van 30-34 jaar bij mannen en 25-29 jaar bij vrouwen (figuur 2).

Figuur 3 Nieuwe AIDS-patiënten naar jaarlijkse aangifte en nationaliteit**Internationale vergelijking**

Aangegeven HIV-infecties op 31 december 2006 in West-Europa (tabel 3).

Tabel 3 Nieuw gediagnosticeerde HIV-infecties en incidentie (aantal nieuwe gevallen per miljoen inwoners) per land en jaar van rapportage (2002-2006) en de cumulatieve totalen; gegevens gerapporteerd op 31 december 2006

Land	Jaar van rapportage					Cumulatief totaal N
	2002 N (incidentie)	2003 N (incidentie)	2004 N (incidentie)	2005 N (incidentie)	2006 N (incidentie)	
Duitsland	1867 (22,6)	1902 (23,0)	2237 (27,1)	2433 (29,4)	2718 (32,9)	29017
Oostenrijk	442 (54,4)	423 (51,9)	470 (57,5)	453 (55,3)	435 (53,0)	3705
België	992 (95,8)	1052 (101,4)	1002 (96,3)	1074 (103,1)	995 (95,3)	18890
Denemarken	292 (54,3)	259 (48,0)	308 (56,9)	283 (52,1)	245 (45,0)	4746
Finland	129 (24,8)	133 (25,5)	128 (24,4)	138 (26,3)	195 (37,1)	2082
Frankrijk*	-	3293 (-)	5492 (88,5)	6142 (98,6)	5750 (91,9)	20677
Griekenland	396 (35,8)	436 (39,4)	447 (40,3)	564 (50,7)	569 (51,1)	8164
Ierland	364 (92,6)	399 (99,6)	356 (87,3)	318 (76,7)	337 (80,0)	4419
Italië"	1637 (86,0)	1576 (81,9)	1649 (84,6)	1460 (74,4)	-	6322
Luxemburg	33 (73,8)	47 (103,7)	60 (130,7)	63 (135,5)	56 (118,9)	770
Nederland^	3361 (209,2)	1578 (97,7)	1317 (81,2)	1286 (78,9)	1070 (65,4)	12730
Noorwegen	204 (44,8)	223 (48,7)	272 (59,2)	201 (43,5)	271 (58,4)	3496
Portugal	2474 (239,5)	2243 (216,0)	2785 (266,7)	2612 (248,9)	2162 (205,0)	30366
Spanje #	-	1124 (81,3)	1106 (80,0)	952 (68,8)	-	3182
Verenigd Koninkrijk	5919 (99,9)	6902 (116,1)	7211 (120,9)	8431 (140,9)	8925 (148,8)	8925
Zweden	278 (31,1)	363 (40,5)	431 (47,8)	391 (43,2)	377 (41,6)	84816
Zwitserland	752 (104,3)	773 (107,0)	776 (107,2)	715 (98,6)	757 (104,2)	29353

* Nieuw HIV-rapportagesysteem gestart in 2003 (gegevens van maart tot december).

" Gegevens van alle provincies slechts beschikbaar voor de jaren 2002-2005; onvolledige gegevens voor 2006 niet voorgesteld.

^ Nieuw HIV-rapportagesysteem gestart in 2002; gegevens van 2002 bevatten veel gevallen van vorige jaren.

Gegevens voor de jaren 2003-2005 maar beschikbaar voor 8 regio's; incidentie berekend op de populatie van de 8 regio's.

De nationaliteit, het geslacht en de waarschijnlijke overdrachtswijze zijn bekend voor 12.810 patiënten (64%). Bij Belgische mannen met een gekende risicofactor, hebben 68,3% seksuele contacten gehad met een andere man en 4,5% verklaart intraveneuze drugs te hebben gebruikt. Overdracht via heteroseksuele weg zou verantwoordelijk zijn voor 25,1% van de HIV-infecties.

Voor vrouwen met Belgische nationaliteit wordt een heteroseksuele overdracht genoemd in 79,5% van de gevallen. De situatie is erg verschillend bij seropositieve personen van andere nationaliteiten. De heteroseksuele overdracht overheerst bij beide geslachten, 61,5% bij mannen en 88,3% bij vrouwen (tabel 1).

Gecumuleerd totaal van alle AIDS-diagnoses sinds het begin van de epidemie

In totaal werden in België sinds het begin van de epidemie 3769 AIDS-patiënten gediagnosticeerd. De informatie over "de woonplaats", dit wil zeggen, minstens 5 jaar in België wonend op het moment van de AIDS-diagnose, is gekend voor 3203 onder hen (85,0%). Voor de patiënten van wie de woonplaats bekend is, vertegenwoordigen de "residenten" 64,5% van de gediagnosticeerde AIDS-patiënten. De meerderheid hiervan heeft de Belgische nationaliteit. De "niet-residenten", die meest waarschijnlijk geïnfecteerd werden buiten België, vormen 35,5% van de AIDS-patiënten (tabel 2).

Evolutie van het aantal nieuwe AIDS-gevallen

De eerste AIDS-patiënten werden in het begin van de jaren tachtig geregistreerd. In figuur 3 wordt de evolutie van het aantal nieuw aangegeven patiënten per jaar weergegeven.

Als men de cijfers van verschillende jaren bekijkt tussen 1991 en 1995 bereikte het aantal nieuwe AIDS-patiënten een plateau, met gemiddeld 255 gediagnosticeerde gevallen per jaar. Vanaf 1996 ziet men een significante daling van de incidentie als gevolg van het gebruik van de nieuwe antiretrovirale therapieën. Het feit dat we een vertraging zien in de daling van het aantal AIDS-gevallen kan deels verklaard worden doordat bij een belangrijk deel van de AIDS-patiënten de diagnose van een HIV-infectie pas gesteld wordt op het ogenblik van hun ziekte.

Conclusie

Na een belangrijke stijging die geobserveerd werd tussen 1997 en 2003 (+51%), lijkt de jaarlijkse incidentie van nieuw gediagnosticeerde HIV-infecties zich te stabiliseren sinds 2003. De piek van de epidemie werd echter bereikt in 2005 met 1070 nieuw gediagnosticeerde gevallen.

De jaarlijkse incidentie van nieuwe AIDS-patiënten is bijna met de helft verminderd tussen 1995 en 1997 dankzij de meer doeltreffende antiretrovirale behandelingen. Daarna ziet men dat de afname zich niet verder doorzet. Vanaf 1997 krijgen we een status quo. Een en ander doet vermoeden dat de preventieboodschap in de hard core groepen van de transmissie van HIV nog onvoldoende doorgedrongen is en dat verdere intensieve preventiecampagnes noodzakelijk zijn.

Summary

HIV-infections and aids in Belgium

AIDS was first defined in 1981 and the responsible virus was isolated in 1983. This study describes AIDS and HIV data in Belgium from 1985 till 2007. Since only a limited number of laboratories are being financed for confirmation tests its data are comprehensive. AIDS-diagnoses are notified by the treating physicians using the European case definition. Between 1997 and 2000 an increase in the yearly diagnosed new HIV-infections (+36%) was observed, followed by a slower rise between 2000 en 2003 (+11%) and a tendency for stabilisation between 2003 en 2007. Among Belgian men with a known risk factor 68.3 % had sexual contacts with other men and 4,5 % admitted using intravenous drugs. Heterosexual transmission would be responsible for 25.1% of the HIV-infections in men and 79.5 % in women. Heterosexual transmission is predominant for seropositive persons of other nationalities for both sexes, 61.5 % in men, 88.3% in women. For AIDS the number of new diagnoses levels off between 1991 and 1995 with a mean of 255 cases per year. Since 1996 a significant decrease of the incidence is observed related to the introduction of new antiretroviral therapies. However, the yearly number of new HIV-infections is not decreasing, which may lead to the conclusion that prevention messages did not fully penetrate in core groups of transmission of HIV. Therefore, further intensive prevention campaigns remain necessary.

Trefwoorden: AIDS, HIV-infecties

Dit rapport is beschikbaar via Internet: <http://www.iph.fgov.be/epidemie/aids>

Nieuwsflash

Petra Claes¹

Controle op de verspreiding van tuberculose tijdens vliegtuigreizen en preventieve maatregelen

De Wereldgezondheidsorganisatie heeft nieuwe richtlijnen gepubliceerd in verband met controle en preventiemaatregelen tegen verspreiding van tuberculose tijdens vliegtuigreizen.

De derde editie van deze richtlijnen, "Tuberculosis and air travel: Guidelines for prevention and control" is te vinden via http://www.who.int/tb/publications/2008/WHO_HTM_TB_2008.399_eng.pdf Deze richtlijnen kwamen tot stand in samenwerking met de ECDC (European Center for Prevention and Disease Control), verschillende regionale diensten van volksgezondheid en internationale experts ter preventie en controle van tuberculose en reisgeneeskunde.

Markante infectieziekteclusters binnen en buiten Europa

Petra Claes¹

Twee casussen van botulisme in Noord-Frankrijk

Begin augustus werden een moeder (60+) en haar dochter (40+) in het ziekenhuis opgenomen met gastro-intestinale klachten, troebel zicht, dysfagie en facialisparesse. Naar aanleiding van een snel progressieve en veralgemeende paralyse met nood aan mechanische ventilatie, werd klinisch de diagnose gesteld van botulisme. Beide patiënten werden behandeld met antitoxines en de diagnose werd formeel bevestigd. De evolutie van de patiëntes, die de tweede week van september nog steeds beademd werden, verbeterde begin september voor het eerst lichtjes.

Beide patiëntes hadden daags voor de eerste symptomen een industrieel bereide Tex-Mex-schotel gegeten. In restanten van de "vlees-groentenvulling van enchiladas" werd *Clostridium botulinum* aangetroffen en een uitzonderlijk hoge hoeveelheid botuline toxine A ($2,8 \times 10^5$ lethale dosis voor een muis/gram). De schotel was op kamertemperatuur bewaard in plaats van gekoeld en één dag na de vervaldatum verbruikt.

In andere verpakkingen van hetzelfde lot (dat enkel in Frankrijk verdeeld werd) werd noch *Clostridium botulinum*, noch het toxine teruggevonden. De Franse bevolking werd geïnformeerd en het belang van correcte bewaring van voedsel werd sterk benadrukt. Andere loten worden behalve in Frankrijk ook in België, Zwitserland en Spanje verkocht. Europese landen werden gealarmeerd via het "Early Warning and Response System" en het "Rapid Alert System for Food and Feed". De firma riep veiligheidshalve alle door hen geproduceerde enchilada's en fajita's terug. Uit grondig nazicht van de fabriek bleek dat deze beantwoordt aan alle hygiëne- en veiligheidsnormen. De firma gaat de verpakking zodanig aanpassen dat de maximale bewaar temperatuur beter opvalt voor de consument.

Het fabricageproces hield onder andere een pasteurisatie in boven de 85°C gedurende 2 uur. Botuline-A-intoxicaties zijn vaak geassocieerd met groenten die gecontamineerd worden door sporen uit de grond. Men veronderstelt dat het pasteurisatieproces niet volstond om alle *Clostridium* sporen te doden en dat de sporen vervolgens de kans kregen te ontkiemen door de twee weken lange bewaring op kamertemperatuur, met massale productie van toxines tot gevolg.

Deze casus illustreert andermaal het belang van correcte bewaring van voedsel en duidelijke instructies hierover.

¹ dienst Infectieziektebestrijding Vlaams Brabant, e-mail: petra.claes@wvg.vlaanderen.be

VLAAMSE OVERHEID - AFDELING TOEZICHT VOLKSGEZONDHEID

REGISTRATIES INFECTIEZIEKTEN VLAANDEREN

apr-jun 2008

Provincie	ANT-WERPEN	VLAAMS BRABANT	LIMBURG	OOST-VLAANDEREN	WEST-VLAANDEREN	TOTAAL VLAANDEREN	TOTALEN		
Aantal inwoners (in miljoen)	1,70	1,05	0,82	1,39	1,14	6,11			
INFECTIEZIEKTEN	apr tm jun 2008						apr tm jun 2007	apr tm jun 2006	apr tm jun 2005
GROEP I									
Botulisme									
Febris recurrens									
Hemorragische koorts ¹									
Legionellose	1	1	2	4	5	13	14	13	11
Malaria (inheems)									
Meningococcose	5			3	2	10	19	16	27
Pest									
Poliomyelitis									
Rabies									
Vlektyfus									
GROEP II									
Brucellose									
Buiktyfus	1					1	2	6	
Cholera			1			1	2		
Difterie									
Gele koorts									
Gonorrroe	68	12	22	15	8	125	110	89	64
H. influenzae type b ²									1
Hantavirose			3	1		4	11	2	3
Hepatitis A	14	6	3	5	2	30	36	27	55
Hepatitis B	2	3	1	1	1	8	31	70	88
Hepatitis C					3	3	110	166	158
Kinkhoest	22	4	9	6	2	43	50	31	11
Leptospirose							1		
Listeriose	2	3	1	1	2	9	8	6	11
Miltvuur									
Protozoaire besm. c.z.s ³									
Psittacose				1		1			1
Rickettsiose (Q - fever) ⁴		2			1	3		1	
Scabies	2	3	4	12	6	27	37	51	52
Shigellose	19	5		3	2	29	19	21	27
Syfilis	52	10	7	14	5	88	79	84	65
Tetanus							1		2
Trichinose									
Tuberculose	37	12	10	12	5	76	133	108	143
Gastro-enteritis ⁵	2	3	1	1		7	11	6	12
Collectieve aandoeningen									
Collectieve VTI ⁶			1			1	9	4	4
Collectieve Scabies	1				2	3	5	7	11
DECREET VAN 5 APRIL 1995				(1) Hemorragische koortsen zoals Ebola-, Lassa- en Marburgkoorts e.a.					
<i>Indeling in functie van afnemende urgentiemaatregelen</i>				(2) Meningitis door <i>Haemophilus influenzae</i> serotype b.					
				(3) Protozoaire besmettingen van het centrale zenuwstelsel.					
				(4) Rickettsiosen, andere dan vlektyfus.					
				(5) Elk gastro-enteritisincident, met minstens 3 gevallen, dat niet veroorzaakt wordt door voedselinname.					
				(6) Voedselintoxicatie en voedselinfectie					
Groep I: aan te geven door elke arts en elk laboratorium binnen 24 uur.									
Groep II: aan te geven door elke arts en elk laboratorium binnen 48 uur.									

WETENSCHAPPELIJK INSTITUUT VOLKSGEZONDHEID

Dienst Epidemiologie
Geneviève Ducoffre

Fax: 02 642 54 10
e-mail: genevieve.ducoffre@iph.fgov.be
Tel.: 02 642 57 77

PEILLABORATORIA NETWERK

kiemen	BRUSSEL ^a			VLAANDEREN ^a			WALLONIE ^a			ONBEKEND ^a			TOTAAL		
	2008		2007	2008		2007	2008		2007	2008		2007	2008		2007
	14-26	01-26	01-26	14-26	01-26	01-26	14-26	01-26	01-26	14-26	01-26	01-26	14-26	01-26	01-26
Adenovirus	130	262	277	70	139	132	19	47	48	2	6	7	221	454	464
B. pertussis	3	11	17	36	70	65	5	15	34		8	34	44	104	150
B. burgdorferi ^{i+j}	13	35	5	172	318	237	49	117	96	7	12	6	241	482	344
Campylobacter	88	143	210	709	1317	1504	307	553	587	23	36	46	1127	2049	2347
C. psittaci				1	2								1	2	
C. trachomatis	225	411	400	325	666	511	70	170	138	16	32	27	636	1279	1076
Cryptococcus ^f			2		2	4	1	2	2		1		1	5	8
Cryptosporidium				25	54	53	2	9	28	2	2	1	29	65	82
Cyclospora ^d	1	1		6	8	5		1	6			1	7	10	12
E. histolytica ^d	10	21	14	32	69	65	10	15	17	7	8	3	59	113	99
E. coli (VTEC + EHEC)	6	8	3	8	11	7	1	2	7	1	2		16	23	17
Giardia	23	42	40	160	383	294	33	79	81	8	18	12	224	522	427
H. influenzae ^g		2	4	4	20	23	6	10	12	1	1		11	33	39
Hantavirus ^d	15	23	6	13	25	22	54	112	106	1	1	3	83	161	137
Hepatitis A	48	102	36	20	60	32	4	15	12	3	4	1	75	181	81
Hepatitis B	30	60	42	41	114	98	7	25	5	3	11	7	81	210	152
Hepatitis C ⁱ	126	288	297	75	194	168	16	33	68	6	34	16	223	537	567
Influenza A	10	226	494	15	280	601	2	50	83	2	11	16	29	567	1194
Influenza B	33	175	13	29	149	14	2	19	5	2	4	1	66	347	33
L. pneumophila (bact. + serol.)	7	13	8	2	4	2	1	5	3	2	3	3	12	25	16
L. pneumophila (urine)	3	3	4	4	7	9	2	4	2				9	14	15
Listeria ^d	1	4		9	19	18	6	8	6	2	5		18	36	24
Morbillivirus	7	12						1					7	13	
M. pneumoniae	34	81	98	297	768	1055	75	192	206	9	28	14	415	1069	1373
N. gonorrhoeae	49	97	69	80	171	132	15	39	27	5	6	4	149	313	232
N. meningitidis ^d	5	11	10	12	32	47	9	23	32	1	1		27	67	89
Parainfluenza	188	212	138	68	81	80	13	20	27	12	16	4	281	329	249
Parvovirus B19	1	2	5	47	67	35	4	6	4				52	75	44
Plasmodium ^d	9	18	26	20	37	36	4	10	20			1	33	65	83
RSV	12	249	315	102	866	707	36	430	388	3	25	19	153	1570	1429
Rotavirus	60	234	368	889	2268	2401	235	654	752	15	54	50	1199	3210	3571
Rubivirus	3	8	6	1	2	3	1	2	5				5	12	14
S. enteritidis ^f	10	15	20	75	130	168	25	35	43	23	28	29	133	208	260
S. hadar ^f			1	3	9	16	3	3	4			2	6	12	23
S. typhimurium ^f	17	30	36	446	733	563	111	197	174	56	111	111	630	1071	884
Salmonella andere ^f	17	28	27	113	228	165	46	84	52	25	47	38	201	387	282
Shigella	1	5	5	18	32	42	5	10	8	1	1	1	25	48	56
S. pneumoniae ^k	23	55	61	143	368	316	64	156	116	3	7	8	233	586	501
S. pyogenes ^c			1	25	52	38	8	15	15			1	33	67	55
Y. enterocolitica		3	2	57	113	73	9	25	21	2	3	2	68	144	98
TOTAAL	1208	2890	3060	4152	9868	9741	1260	3193	3240	243	514	486	6863	16465	16527
aantal laboratoria ^e		13	15		57	57		36	37					106	109
% deelname ^b	78	81	84	85	90	91	75	83	81				81	87	87

- a verdeling volgens de locatie van de patiënt
b deelnamepercentage van de peillaboratoria : (aantal opgestuurde formulieren / aantal verwachte formulieren) x 100
c diepe isolaties
d referentielaboratorium + peillaboratoria
e verdeling volgens de locatie van het laboratorium
f referentielaboratorium
g diepe isolaties behalve ooretter
i nieuwe + oude gevallen
j verdachte + bevestigde gevallen

OVERZICHT VAN DE WETTELIJK TE MELDEN INFECTIEZIEKTEN⁽¹⁾

Groep I	Groep II	
Botulisme Febris recurrens Hemorragische koorts Legionellose Malaria (inheems) Meningococcose Pest Poliomyelitis Rabies Vlektyfus Elke ernstige besmettelijke ziekte die een epidemisch karakter dreigt aan te nemen.	Brucellose Buiktyfus Cholera Difterie Gastro-enteritis (>2 gevallen) ⁽²⁾ Gele koorts Gonorrhoe H. influenzae type b meningitis Hantavirose Hepatitis A Hepatitis B Hepatitis C Kinkhoest	Leptospirose Listeriose Miltvuur Protozoaire infecties c.z.s. ⁽³⁾ Psittacose Rickettsiose ⁽⁴⁾ Scabies Shigellose Syfilis Tetanus Trichinose Tuberculose
Onmiddellijk telefonisch te melden ziektes door het lab en door de arts, schriftelijk te bevestigen binnen 24 uur	Te melden binnen 48 uur na de diagnose door lab en arts	

1 Vermoedelijke en geconfirmeerde gevallen.

2 Elke gastro-enteritis met meer dan twee gevallen uit dezelfde groep, met dezelfde kiem, binnen een week.

3 Protozoaire infecties van het centrale zenuwstelsel (amoebenmeningitis).

4 Rickettsiosen andere dan vlektyfus

TOEZICHT VOLKSGEZONDHEID*

Coördinatie infectieziekten

Dr. Emmanuel Robesyn
 Koning Albert II-laan 35, bus 33, 1030 Brussel
 tel.: 02 553 35 86 fax: 02 553 36 16
 e-mail: emmanuel.robresyn@wvg.vlaanderen.be

Antwerpen

Dr. Koen De Schrijver
 Lange Kievitstraat 111-113, bus 31, 2018 Antwerpen
 tel.: 03 224 62 04 fax: 03 224 62 01
 e-mail: koen.deschrijver@wvg.vlaanderen.be

Limburg

Dr. Annemie Forier
 Koningin Astridlaan 50, bus 7, 3500 Hasselt
 tel.: 011 74 22 40 fax: 011 74 22 59
 e-mail: anmarie.forier@wvg.vlaanderen.be

Oost-Vlaanderen

Dr. Ruud Mak
 Elf Julistraat 45, 9000 Gent
 tel.: 09 244 83 60 fax: 09 244 83 70
 e-mail: ruud.mak@wvg.vlaanderen.be

Vlaams-Brabant

Dr. Petra Claes
 Brouwersstraat 1, bus 4, 3000 Leuven
 tel.: 016 29 38 58 fax: 016 29 37 69
 e-mail: petra.claes@wvg.vlaanderen.be

West-Vlaanderen

Dr. Ruud Mak
 Spanjaardstraat 15, 8000 Brugge
 tel.: 050 44 50 70 fax: 050 34 28 69
 e-mail: ruud.mak@wvg.vlaanderen.be

Permanentienuummer meldingen infectieziekten: 02 512 93 89 (buiten de kantooruren)

* Toezicht Volksgezondheid staat in voor bron- en contactopsporing en coördinatie bij het voorkomen van infectieziekten.