

VLAAMS INFECTIEZIEKTEBULLETIN

ARTIKELN

HPV-vaccinatie in Vlaanderen - Resultaten
van het eerste vaccinatiejaar 2010-2011

Geert Top, Annick Paeps

4-7

KORT GERAPPORTEERD

INFECTIEZIEKTENIEUWS BINNEN EN BUITEN EUROPA

NIEUWSFLASH

BERICHTEN

Vlaams Infectieziektebulletin:

www.infectieziektebulletin.be/

Richtlijnen Infectieziektebestrijding Vlaanderen:

www.zorg-en-gezondheid.be/Publicaties/Publicaties-ziektes/

Registraties infectieziekten - Vlaanderen Toezicht Volksgezondheid:

www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Ziekten/Cijfers-over-ziekten-en-vaccinatie/

Peillaboratoria netwerk:

www.wiv-isp.be/epidemio/labo

Hoofdredacteur

Koen De Schrijver

Redactie

Petra Claes
Pia Cox
Wim Flipse
Annemie Forier
Valeska Laisnez
Ludo Mahieu
Ruud Mak
Elizaveta Padalko
Martine Sabbe
Geert Top
Viviane Van Casteren
Pierre Van Damme

Cartoons

Dany Smet

Redactiesecretariaat

Riek Idema

Infectieziektebestrijding 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
Vlaams 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 dienst Infectieziektebestrijding (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid). Artikelen variëren van outbreakartikelen, guidelines, algemene artikelen over infectieziekten tot surveillance-overzichten. Het is een peer-reviewed medisch digitaal tijdschrift met redactieleden van de dienst Infectieziektebestrijding, het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en van diverse universiteiten. Het verschijnt minstens vier keer per jaar. Dit bulletin is beschikbaar op het internet (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 op de elektronische versie via de website.

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

HPV-vaccinatie in Vlaanderen

Resultaten van het eerste vaccinatiejaar 2010-2011

Geert Top¹, Annick Paeps²

Samenvatting

Baarmoederhalskanker is een belangrijke kanker bij vrouwen die veroorzaakt wordt door infecties met sommige types van het humaan papillomavirus (HPV). In september 2010 werd HPV-vaccinatie toegevoegd aan het vaccinatieprogramma in Vlaanderen en gratis ter beschikking gesteld van de vaccinatoren om de meisjes in het eerste jaar secundair onderwijs te vaccineren. Alle vaccinatoren werden eveneens geïnformeerd over het belang om deze vaccinaties te registreren voor de opvolging van het vaccinatieprogramma. Dit heeft geleid tot een toename van het gebruik van Vaccinnet, het online bestel- en registratiesysteem voor vaccins en de bijhorende centrale vaccinatiedatabank. Met de gegevens uit Vaccinnet willen we de deelname aan het programma en de aanvaardbaarheid van deze vaccinatie in kaart brengen. De analyse van de vaccinatiegegevens vertoont een participatiegraad aan het HPV-vaccinatieprogramma van ongeveer 85%. Dit wijst op een goede aanvaarding van dit vaccin en een goede vaccinatiegraad betreft het eerste jaar dat dit programma werd geïmplementeerd.

Achtergrond

Baarmoederhalskanker is de 7de frequentste kanker bij vrouwen in het algemeen en de tweede meest voorkomende kanker bij vrouwen tussen 15 en 44 jaar in België. Jaarlijks worden in Vlaanderen ongeveer 350 vrouwen getroffen door deze kanker. Er wordt aanbevolen dat vrouwen van 25 tot en met 64 jaar om de drie jaar via een uitstrijkje onderzocht worden om eventuele beginnende kankerletsels van de baarmoederhals vroeg te ontdekken en te behandelen. Deze kankers worden in praktisch 100% van de gevallen veroorzaakt door HPV-infecties. De vaccins tegen HPV beschermen tegen type 16 en type 18 die samen ongeveer 70% van de gevallen van baarmoederhalskanker veroorzaken. Vaccinatie kan dus een belangrijke aanvulling zijn bij de screening op baarmoederhalskanker. De besmetting gebeurt vooral in de eerste jaren wanneer men seksueel actief wordt. Daarom is het belangrijk om op vrij jonge leeftijd te vaccineren, zoals aanbevolen door de Hoge Gezondheidsraad (1). Het vaccin Gardasil® beschermt daarnaast ook tegen types 6 en 11 die meespelen bij het ontstaan van bijna 100% van de genitale wratten (2).

Beide vaccins, zowel Cervarix® als Gardasil® worden gebruikt sinds ze op voorschrift in de apotheek beschikbaar waren. Voor deze beide vaccins is een gedeeltelijke terugbetaling voorzien via het RIZIV en de mutualiteiten voor meisjes van

12 tot en met 18 jaar (sinds 2007). Omdat het gaat om dure vaccins waarvan 3 dosissen nodig zijn voor volledige vaccinatie (aankoopprijs 124,22 euro per vaccin in de apotheek, waarvan 11 euro remgeld voor een gewone verzekerde) en de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB's) hiervoor niet konden ingeschakeld worden, was het niet evident om een hoge vaccinatiegraad te halen.

Sinds september 2010 werd HPV-vaccinatie toegevoegd aan het gratis aangeboden vaccinatieprogramma in Vlaanderen. Dit vaccin was voorbehouden voor de meisjes van het eerste jaar secundair onderwijs of, voor schooljaar 2010-2011, geboren in 1998. Er werd gevaccineerd met het vaccin Gardasil® (tegen HPV types 6, 11, 16 en 18). Deze vaccins worden gratis ter beschikking gesteld van de vaccinatoren (CLB's, huisartsen en kinderartsen). Met de gegevens uit de vaccinatiedatabank van Vaccinnet willen we de deelname aan het programma gedurende het eerste jaar evalueren.

Methode

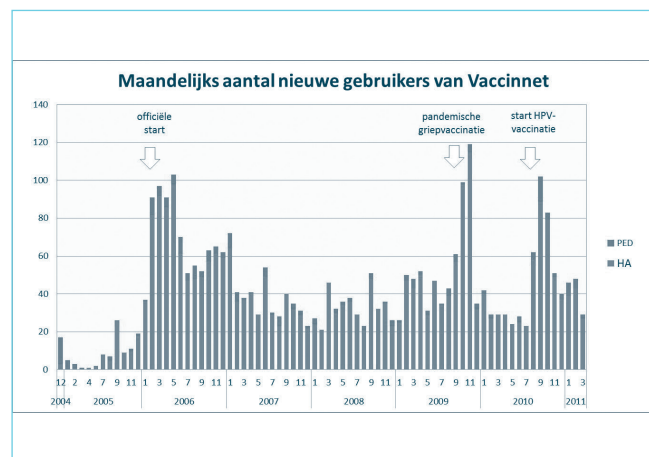
Bij het starten van het vaccinatieprogramma tegen HPV werd een informatiefolder gemaakt voor de leerlingen van het eerste jaar secundair onderwijs. Ook werd bijkomende informatie op de vaccinatiewebsite van de Vlaamse overheid

1. Toezicht Volksgezondheid, team Infectieziektebestrijding, Vaccinatieprogramma Vlaanderen, e-mail: geert.top@wvg.vlaanderen.be
2. Toezicht Volksgezondheid, team Infectieziektebestrijding, Vaccinatieprogramma Vlaanderen

geplaatst. De folder werd via de CLB's verspreid naar alle leerlingen van het eerste jaar secundair onderwijs, zowel naar meisjes als naar jongens, zodat die ook kon gebruikt worden op school tijdens de les. Vaccins kunnen besteld worden door huisartsen, kinderartsen en de CLB's. Er werd gericht gecommuniceerd over deze vaccinatie naar alle vaccinatoren, waarbij het belang van de registratie van HPV-vaccinatie in de vaccinatiedatabank van Vaccinnet onderstreept werd.

Recente data uit Vaccinnet werden geanalyseerd om de impact op het gebruik van Vaccinnet in het algemeen na te gaan. Deze analyse gebeurde met de gegevens van 1 april 2011 waarbij een eerste inschatting van de participatiegraad aan het vaccinatieprogramma gemaakt werd (3). Eind juli 2011 werden de geregistreerde HPV-vaccinaties uit Vaccinnet geanalyseerd sinds het begin van het vaccinatieprogramma (vanaf 1 september 2010) (4).

Figuur 1 Aanvragen tot gebruik van Vaccinnet per maand (HA: huisartsen, PED: pediaters)



Resultaten

Net na de start van het HPV-vaccinatieprogramma was er een duidelijke toename van het aantal nieuwe gebruikers van Vaccinnet. Een gelijkaardig fenomeen werd opgemerkt ter gelegenheid van de vaccinatie tegen pandemische griep in 2009 (figuur 1). De doelgroep voor de HPV-vaccinatie in het schooljaar 2010-2011 waren alle meisjes van het eerste jaar secundair onderwijs, ongeacht hun geboortjaar, en alle meisjes geboren in 1998 in het Buitengewoon Onderwijs of in de hogere jaren van het Secundair Onderwijs. Via het Vlaams ministerie van Onderwijs verkregen we de leeftijdsspreiding van deze doelgroep. Voor de inschatting van de grootte van de doelgroep werden de oudste en jongste leerlingen buiten beschouwing gelaten (geboren voor 1996 of na 1999). Op die manier behoorden er 35.109 meisjes tot de doelgroep voor vaccinatie tegen HPV in het schooljaar 2010-2011.

Voor elk van deze geboortejaren werden gegevens uit Vaccinnet geanalyseerd. Tabel 1 bevat alleen gegevens over geregistreerde vaccinaties vanaf 1 september 2010 voor meisjes uit de betreffende geboortejaren.

Analyse van de geregistreerde vaccinatiegegevens uit Vaccinnet toont aan dat ruim 80% van de doelgroep twee dosissen HPV-vaccin kreeg via de CLB's en 75% een derde dosis. Aangezien ongeveer 90% van de geleverde vaccins besteld waren door de CLB's en nog niet alle toegediende derde vaccindosissen geregistreerd waren, ligt de reële vaccinatiegraad mogelijk nog 5-8% hoger.

Tabel 1 Aantal (%) meisjes die tot de doelgroep behoorden per geboortjaar volgens het Vlaams Ministerie Onderwijs, en aantal vaccinaties per geboortjaar geregistreerd in Vaccinnet vanaf 1 september 2010, voor een eerste (HPV1), tweede (HPV2) en derde (HPV3) dosis, in totaal, toegediend door de CLB's

geboortjaar	1996		1997		1998		1999		totaal	
doelgroep	612 (1,7%)		5.677 (16,2%)		28.375 (80,8%)		409 (1,2%)		35.109 (100,0%)	
vaccinaties	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%
HPV 1	1.588	259,5%	5.567	98,1%	24.209	85,3%	396	96,8%	31.760	90,5%
HPV 2	1.326	216,7%	5.236	92,2%	23.886	84,2%	355	86,8%	30.803	87,7%
HPV 3	1.086	177,5%	4.555	80,2%	22.252	78,4%	294	71,9%	28.187	80,3%
CLB - HPV 1	482	78,8%	4.273	75,3%	23.487	82,8%	310	75,8%	28.552	81,3%
CLB - HPV 2	441	72,1%	4.176	73,6%	23.269	82,0%	303	74,1%	28.189	80,3%
CLB - HPV 3	372	60,8%	3.749	66,0%	21.839	77,0%	286	69,9%	26.246	74,8%

Discussie

Het relatieve aantal registraties bij meisjes geboren in 1996 (en deels in 1997) ligt duidelijk hoger dan bij de meisjes die geboren werden in 1998. Hierbij gaat het vermoedelijk om een deel meisjes dat al in een hogere klas zit dan in het eerste jaar secundair onderwijs, maar omdat er in de databank geen link is met het schoolniveau, kan dit niet worden nagegaan. Het is mogelijk dat deze meisjes vaccins kregen die werden aangekocht in de apotheek en die toch ook geregistreerd werden. Het feit dat de vaccinatie voor deze leeftijdsgroepen al eerder was gestart (via de mogelijkheid van gedeeltelijke terugbetaling), kan het lagere vaccinatiepercentage door de CLB's verklaren (5).

De gegevens van de meisjes geboren in 1998 geven wellicht de beste benadering van het percentage meisjes van de doelgroep dat gevaccineerd werd. Hier zien we een geregistreerde vaccinatiegraad van respectievelijk 85,3% voor de eerste dosis, 84,2% voor de tweede dosis en 78,4% voor de derde dosis. Omdat ongeveer 61,5% van de huisartsen en 55% van de kinderartsen gebruik maken van Vaccinnet, is er voor de door deze groep uitgevoerde vaccinaties zeker een onderregistratie in Vaccinnet.

Wat de vaccinaties betreft die toegediend worden door de CLB's gaan we ervan uit dat het om de correcte doelgroep gaat, omdat de CLB's het gewend zijn om schooljaarcohortes te vaccineren binnen hun takenpakket. We stellen vast dat ruim 80% van de doelgroep HPV-vaccinaties geregistreerd werden door de CLB's voor de eerste twee dosissen en ongeveer 75% voor de derde dosis. Het is mogelijk dat nog niet alle derde dosissen toegediend of geregistreerd waren op het moment dat de vaccinatiegegevens uit Vaccinnet opgevraagd werden (juli 2011). Van september 2010 tot en met juni 2011 werd bijna 89,8% van alle HPV-vaccins besteld door de CLB's, de overige 10% door huisartsen en kinderartsen. Als we ervan uitgaan dat al deze vaccins voor de correcte doelgroep gebruikt werden, kan men veronderstellen dat het aandeel van de vaccinaties door de CLB's 90% bedraagt van de reële vaccinatiegraad binnen de doelgroep. Als de andere 10% ook aan deze doelgroep toegediend zijn, dan zou dit globaal voor de vaccinatiegraad in het eerste vaccinatiejaar betekenen dat ongeveer 90,6% van de doelgroep een eerste dosis kreeg, 89,4% een tweede dosis en 83,2% een derde dosis. Omdat onduidelijk is in welke mate de geleverde vaccins ook al toegediend zijn, kan deze benadering een lichte overschatting zijn van de realiteit. Een vaccinatiegraadstudie in 2012 zal wellicht meer duidelijkheid brengen over de reële vaccinatiegraad tegen HPV bij deze doelgroep.

In vergelijking met een aantal andere landen waar HPV-vaccinatie ook al deel uitmaakt van het vaccinatieprogramma, kan dit als een zeer goed resultaat beschouwd worden. Zo bereikte men in Nederland volgens een recente vaccinatiegraadstudie van het RIVM 52% (6). Engeland bereikt voor dezelfde doelgroep ongeveer een gelijke vaccinatiegraad: voor vaccindosis 1, 2 en 3 respectievelijk: 84,3% - 82,3% - 76,4% (7). Volgens het VENICE 2-rapport bedroeg de HPV-vaccinatiegraad in Portugal bij 13-jarige meisjes 81% (8).

Besluit

Voor het eerste jaar vaccinatie tegen HPV in Vlaanderen kan gesteld worden dat 85-90% van de meisjes in de doelgroep gebruik gemaakt heeft van de mogelijkheid om zich met de gratis vaccins te laten vaccineren. Ongeveer 80%-83% van de doelgroep kreeg een volledige vaccinatie met 3 dosissen. Het aandeel van de CLB's in dit vaccinatieprogramma bedraagt ongeveer 90%. Deze relatief hoge vaccinatiegraad voor een eerste vaccinatiejaar kon gehaald worden dank zij het systematische aanbod van vaccinaties via de schoolgeneeskunde in combinatie met het aanbod ervan via huisartsen en kinderartsen. Bovendien werden de vaccinatoren gericht ingelicht, kreeg de doelgroep een aangepaste informatiefolder en maakte de Vlaamse overheid gebruik van een vaccinatiesysteem dat reeds goed ingeburgerd was.

Summary

HPV-vaccination in Flanders - Results of the first year of the vaccination programme (2010-2011)

Cervical cancer is an important cancer in woman and is caused by some types of HPV-infections. In September 2010 HPV-vaccination was added to the vaccination programme in Flanders and offered free of charge to vaccinate girls in the first year of secondary school. Communication to all vaccinators about the importance of registering these vaccinations for the follow-up of the vaccination programme enhanced the use of Vaccinnet, the online vaccine ordering and registration system and its centralized vaccination database. Based on these data from Vaccinnet we want to evaluate the participation in the programme and the acceptability of this vaccination. Analysis of vaccination data registered in the system gives a first estimate of vaccination coverage of about 85%. This indicates a good acceptance and coverage for the first year of implementation of this new vaccination programme.

Trefwoorden: HPV-vaccinatie

Literatuurreferenties

1. Hoge Gezondheidsraad. Vaccinatie tegen infecties veroorzaakt door het humane papillomavirus. December 2007. Brussel: FOD Volksgezondheid. HGR nr. 8367 – herziening nr. 8204.
2. Lacey CJN, Lowndes CM, Shah KV. Burden and management of non-cancerous HPV-related conditions: HPV-6/11-disease. Vaccine 2006;24 (Suppl.3):S35-41.
3. Top G, Paeps A. Starting HPV-vaccination in Flanders. Preliminary data on participation in the programme, enhanced use of Vaccinnet and its vaccination registry. Poster presentation at the 29th annual meeting of the European Society for Paediatric Infectious Diseases. The Hague, June 7-11 2011.
4. Top G, Paeps A. HPV-vaccination programme in Flanders – Evaluation of the first year of the programme. E-poster presentation at Eurovaccine 2011, Stockholm – http://ecdc.europa.eu/en/eurovaccine/Documents/Eurovaccine_2011_Top.pdf
5. Lefevere E, Hens N, De Smet F, Van Damme P. 2011. Dynamics of HPV-vaccination initiation in Flanders (Belgium) 2007-2009: A Cox regression Model. BMC Public Health 11:470.
6. RIVM Rapport 210021014 - <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/210021014.pdf>
7. Annual HPV vaccine coverage in England in 2009/2010 – http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_123795
8. http://venice.cineca.org/Venice2_WP3_Report_December2010.pdf

Collectieve voedseltoxi-infectie na een barbecue

Valeska Laisnez¹, Katrien Matthys²

Inleiding

Op dinsdag 13 september 2011 kreeg de dienst Infectieziektebestrijding van West-Vlaanderen een melding van een bevestigd geval van *Shigella sonnei*. Op de aangifte stond vermeld dat er verschillende zieken waren na een barbecue. Er werd een onderzoek opgestart om de collectieve voedseltoxi-infectie te bevestigen, in kaart te brengen en in te dijkten.

Onderzoek en maatregelen

Er werd contact opgenomen met de indexpatiënte. Zij bevestigde dat zij ziek was geworden na een barbecue bij een bevriende huisarts thuis. Via deze arts ontvingen we een lijst met aanwezigen, met vermelding van ziekte en eventueel antibioticagebruik. Verschillende artsen die ook op de barbecue geweest waren, namen preventief antibiotica om het risico hun patiënten te besmetten, te beperken. Na overleg met het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid werd beslist om coproculturen te vragen van de mensen die ziek (geweest) waren en die géén antibiotica genomen hadden. Het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen ging op inspectie bij de slager die de barbecue verzorgde en legde ter plaatse tijdelijk strengere hygiënemaatregelen op. Aan de op de barbecue aanwezige gasten werd een brief gestuurd met de oproep tot verhoogde waakzaamheid en het nemen van extra hygiënemaatregelen in het kader van een mogelijke shigellose. Wegens de mogelijkheid dat via de slager of via de aanwezigen op de barbecue secundaire gevallen zouden optreden, werden ook de huisartsen uit de regio per e-mail op de hoogte gebracht.

Resultaten

De indexpatiënte was een 55-jarige verpleegster die aanwezig was op de barbecue op zondag 4 september 2011. Op maandagavond 5 september werd zij ziek met rillingen, braken en diarree en werd op donderdag 8 september opgenomen in het ziekenhuis, maar werd niet behandeld met

antibiotica. Haar echtgenoot werd ziek op dinsdag 6 september en haar inwonende kleinkind op vrijdag 9 september. Beiden waren ook aanwezig op de barbecue. Anamnese bracht geen andere mogelijke bron aan het licht. Op de barbecue waren volgens de gekregen lijst 80 personen aanwezig. Van hen werden 37 personen ziek (46%). De barbecue werd verzorgd door een slager en zijn echtgenote, die tevens patiënten zijn van de huisarts die de barbecue organiseerde. De slager en zijn gezin kwamen op 26 augustus 2011 thuis van een reis naar Tunesië. Op 27 augustus werd de echtgenote ziek. Coproculturen waren negatief voor *Shigella*. Er werd een behandeling ingesteld met ofloxacin. Op 1 september werden ook de zoon en de dochter uit het gezin ziek. Zij kregen ook ofloxacin. In het weekend van 3 en 4 september was de echtgenote van de slager genezen en hielp mee aan de voorbereiding van de barbecue. Ze bereidde de rauwe groenten.

Vijftien mensen konden telefonisch bereikt worden voor bevraging. Er werd navraag gedaan naar de datum van eerste symptomen, de duur van de symptomen, de aanwezigheid van diarree of bloederige diarree, braken en koorts. De gemiddelde ziekteduur was 6,3 dagen. Alle 15 ondervraagden hadden diarree (gehad), waarvan 3 bloederige diarree. Twaalf van de 15 hadden koorts gehad en 7 van de 15 braakklachten, meestal in een lichte vorm. Van deze 15 mensen waren er twee secundaire gevallen: twee kinderen die niet aanwezig waren op de barbecue en die besmet werden via hun ouders. De epidemische curve toont aan dat de meeste mensen ziek werden één of twee dagen na de barbecue (fig 1 - volgende pagina).

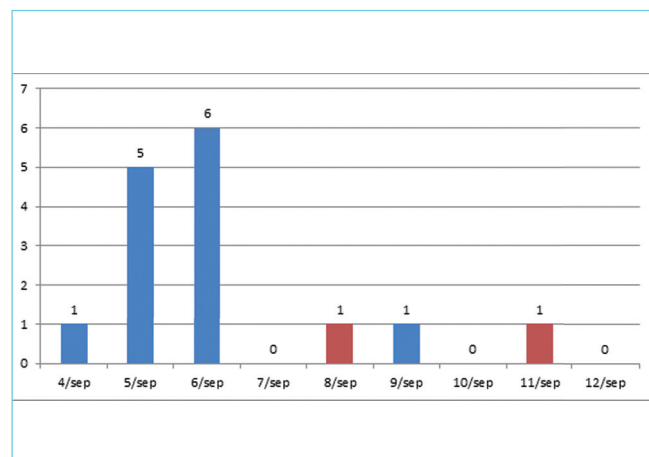
Uiteindelijk werden van elf mensen coproculturen onderzocht, waaronder ook die van de slager en zijn echtgenote. Alle stalen waren negatief voor *Salmonella*, *Shigella*, *Yersinia*, *Campylobacter* en *VTEC*; behalve het staal van de indexpatiënte, dat na 3 negatieve stalen opnieuw positief werd voor *Shigella sonnei*. Zij werd opnieuw gecontacteerd. Zijzelf voelde zich niet echt ziek maar haar echtgenoot en haar kleinkind hadden opnieuw diarree gekregen. Een nieuwe anamnese naar een mogelijke andere bron dan de barbecue bracht

1. Infectieziektebestrijding West-Vlaanderen, e-mail:valeska.laisnez@wvg.vlaanderen.be

2. Infectieziektebestrijding West-Vlaanderen

niets op. Er werd na overleg met de patiënte en haar huisarts beslist om het volledige gezin tegelijk gedurende drie dagen een quinolone te geven. Omdat de coproculturen van de slager en zijn echtgenote negatief waren, werden de eerder opgelegde strengere hygiënemaatregelen opgeheven.

Figuur 1 Epidemische curve voedseltoxi-infectie na een barbecue



*De twee gevallen in het rood zijn secundaire gevallen

Besluit

Wij hebben niet kunnen bewijzen waardoor de voedseltoxi-infectie veroorzaakt werd. Het vinden van *Shigella sonnei* bij de indexpatiënte en het feit dat de echtgenote van de slager ziek geweest was na een reis in Tunesië wezen in de richting van shigellose. De incubatieperiode (in het algemeen meestal 1 tot 3 dagen) en de eerder lange ziekteduur (in het algemeen 6 tot 10 dagen) zouden kunnen wijzen op shigellose. Ook de symptomen passen hierbij: vooral diarree en koorts, braken in mindere mate. Verschillende patiënten vertelden ook dat zij na één of enkele dagen beter geweest te zijn, opnieuw een herval hadden. Het is wel vreemd dat dit in geen enkele van de andere coproculturen bevestigd kon worden, maar de vraag moet gesteld worden of de stalen niet te lang na het incident afgenomen werden en of het transport ervan niet beter gekoeld had kunnen verlopen. Als team Infectieziektebestrijding is het bij nieuwe incidenten eerder aangewezen ter plaatse gaan bij de zieken om hen het belang van staalname uit te leggen en recipiënten aan te bieden. Dit kan de vertraging op het verkrijgen van stalen beperken.

Een jongeman die in Oost-Vlaanderen tegelijkertijd twee niet alledaagse infectieziekten opliep

Een jongeman maakte een leptospirose-infectie door. Aanvankelijk werd dit niet gemeld aan het team Infectieziektebestrijding (leptospirose is niet meldingsplichtig) maar wel aan het team Milieu en Gezondheid van Toezicht Volksgezondheid, wegens een mogelijke bron in een Gents kanaal waar wat later een waterrecreatie-activiteit zou doorgaan. Enkele weken later kwam er een melding binnen van bof, bij dezelfde persoon. Door contact op te nemen met de behandelende arts werd duidelijk dat het om dezelfde jongen ging.

Het klinische ziektebeeld begon met sufheid wat zich snel ontwikkelde naar een beeld van hoge koorts, dyspneu, nausea en hoofdpijn. Enkele dagen later volgde een ziekenhuisopname wegens bloederige sputa. Uit de anamnese kwam naar voren dat de jongen twee weken voordat hij ziek werd in een Gents kanaal had gezwommen, samen met enkele vrienden. Eén van de vrienden kreeg daarna diarree. Op de beeldvorming vond men interstitieel longlijden met bilateraal pneumonische infiltraten en een splenomegalie. Een eerste serologische test voor leptospirose was negatief maar een controletest was positief. De toestand van de jongen evolueerde naar ARDS (zuurstofnood, trombopenie, acute nierinsufficiëntie). Door antibiotica, steroïden, mechanische ventilatie en bloed- en bloedplaatjestransfusie evolueerde hij uiteindelijk gunstig. Naar aanleiding van gestegen lipasen werd ook nog een serologie voor bof uitgevoerd waarvan de IgM en de IgG positief waren. De PCR voor bof op BAL-vocht was negatief. Dus wellicht maakte deze jongen ongeveer gelijktijdig leptospirose en bof door. De vraag rijst of dit toeval is of dat de ene infectieziekte zorgde voor een grotere vatbaarheid voor de andere infectieziekte.

Cluster van leptospirose na een vakantiecamp van een West-Vlaamse jeugdbeweging

De wachtarts infectieziektebestrijding kreeg op vrijdagavond 17 augustus een oproep van een infectioloog. In een perifeer ziekenhuis waren drie kinderen opgenomen met een beeld van virale meningitis met symptomen van hoofdpijn, keelpijn, nekpijn en koorts. Eén van de kinderen had ook een dreigende nierinsufficiëntie. De kinderen kwamen van een jeugdvakantiecamp aan de Semois. Ze hadden er onder andere in de rivier gezwommen en hadden een dode rat gevonden in één van de tenten. De differentiaaldiagnose bestond vooral uit hantavirose, leptospirose of virale meningitis.

Het team infectieziektebestrijding nam contact op met de Waalse collega's om hen op de hoogte te brengen van deze situatie. Zij meldden ons dat er in de streek van Dinant en langs de Franse grens een verhoogd voorkomen was van hantavirus. Men had geen weet van een verhoogd voorkomen van leptospirose maar de ziekte is daar, zoals bij ons, niet aangifteplichtig. Enkele dagen later kwam de bevestiging dat het om leptospirose ging. Het Centrum voor Onderzoek in Diergeneeskunde en Agrochemie (CODA/CERVA) ging ter plaatse en er werden negen muskusratten gevangen aan de Semois. Van deze ratten hadden er vijf een positieve serologie voor leptospirose. Bij twee van die vijf ratten was ook de PCR positief. De serotypering is nog lopende. Van een tweede groep die op dezelfde kampplaats verbleven had, ontwikkelde één meisje ook een fulminante leptospirose. In beide groepen waren er ook kinderen die minder ernstig ziek waren (koorts, spierpijnen) en bij wie geen verdere diagnostiek werd uitgevoerd.

Ebola-uitbraak in de Democratische Republiek Congo

Het Ministerie van Gezondheid in de Democratische Republiek Congo meldt een Ebola-uitbraak in de provincie Oriental in het oosten van het land. In een bericht van de Wereldgezondheidsorganisatie van 3 september 2012 worden 28 zieken gemeld, waarvan er 14 overleden. Op nationaal niveau is een responsteam samengesteld en experts van het ministerie, de WHO en het CDC zijn, ter ondersteuning, in het gebied aanwezig. In het naburige Oeganda is momenteel ook een Ebola-uitbraak gaande. In de Democratische Republiek Congo gaat het echter om de Bundibugyo-stam van het virus, terwijl het in Oeganda gaat om de Sudan-stam. Bron: http://www.who.int/csr/don/2012_09_05/en/index.html

1. Infectieziektebestrijding West Vlaanderen, e-mail: valeska.laisnez@wvg.vlaanderen

Legionellose in Québec

In Québec (Canada) is een uitbraak van legionellose aan de gang. Op 7 september 2012 waren er 176 gevallen gemeld, waaronder 11 overlijdens. Sinds 29 augustus werden er geen nieuwe gevallen meer gemeld. De incubatietijd bedraagt meestal 2 tot 10 dagen, dus het is mogelijk dat de uitbraak onder controle is. Bij negen patiënten zou *Legionella pneumophila* serogroep 1 gevonden zijn, allen met hetzelfde genotype. Dit suggereert een gemeenschappelijke bron. Sinds het begin van de uitbraak werden 129 koeltorens gereinigd. Het onderzoek van de stalen uit de koeltorens was nog lopende. Uit sommige stalen werd legionella gekweekt maar om een gemeenschappelijke bron aan te tonen moet de bacterie nog vergeleken worden met de bacterie die bij de patiënten gevonden werd. Bron: Promedmail Published Date: 2012-09-09 Subject: PRO/EDR> Legionellosis - Canada (06): (QC) fatal, *L. pneumophila* Archive Number: 20120909.1287573

WIV SEMINARIE

Op 22 november 2012 wordt het 28e seminarie ISP/WIV georganiseerd met als onderwerp: "Diagnose en surveillance van infectieuze aandoeningen".

Voor het programma, online inschrijvingen en meer informatie kunt u terecht op de website:
https://www.wiv-isp.be/Events/Pages/NL-28thSeminar_Infectious_diseases.aspx

U kunt hiervoor ook steeds contact opnemen met mevr. Geneviève Ducoffre, ISP/WIV-Epidemiologie, tel. 02 642 57 77, fax. 02 642 54 10.