

Vlaams Infectieziektebulletin



Vlaanderen
is zorg

Nr. 2019/2

Themanummer

Meldingen van infectieziekten in Vlaanderen 2017-2018

Inhoud

Overzichtstabel	5 - 6
Seksueel overdraagbare aandoeningen	7 - 9
Infectieziekten te voorkomen door vaccinatie	10 - 16
Respiratoire ziektes	17 - 18
Gastro-intestinale ziekten	19 - 25
Zoonoses en infectieziekten overgedragen door vectoren	26 - 26
Ziekten met meldingsplicht sinds 2017	27 - 33

Periodieke uitgave

Vlaams Infectieziektebulletin

www.zorg-en-gezondheid.be/vlaamsinfectieziektebulletin of www.infectieziektebulletin.be

Cijferoverzichten infectieziekten

www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers-over-meldingsplichtige-infectieziekten

Richtlijnen Infectieziektebestrijding Vlaanderen:

www.zorg-en-gezondheid.be/overzicht-infectieziekten-en-bijhorende-richtlijnen

Het Vlaams Infectieziektebulletin is een uitgave van het Agentschap Zorg en Gezondheid en verschijnt minstens 4 keer per jaar. Artikelen variëren van outbreakartikelen en guidelines tot algemene artikelen over infectieziekten tot surveillance-overzichten. Het is een peer-reviewed medisch digitaal tijdschrift met redactieleden van Zorg en Gezondheid, Sciensano en leden van diverse universiteiten. De digitale versie van het bulletin is beschikbaar op www.zorg-en-gezondheid.be/vlaamsinfectieziektebulletin.

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 'de richtlijnen voor auteurs' op de website van dit bulletin.

Via de website kunt u zich ook gratis abonneren op de elektronische versie van het bulletin.

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

Colofon

Redactie

Wim Flipse - Infectieziektebestrijding, Zorg en Gezondheid, Antwerpen

Valeska Laisnez - Infectieziektebestrijding, Zorg en Gezondheid, Brugge

Sofie Theunis - Infectieziektebestrijding, Zorg en Gezondheid, Hasselt

Marleen van Dijk - Communicatie, Zorg en Gezondheid, Brussel

Adviseurs

Koen De Schrijver - Professor Epidemiologie en Sociale Geneeskunde, Universiteit Antwerpen

Pierre Van Damme - Professor Vaccinologie, Universiteit Antwerpen

Elizaveta Padalko - Professor Virologie, Universiteit Gent

Redactiesecretariaat

Kim Luyten - Infectieziektebestrijding, Zorg en Gezondheid, Hasselt

Verantwoordelijke uitgever

Dirk Wildemeersch - Infectieziektebestrijding, Zorg en Gezondheid, Brussel

Contact

Zorg en Gezondheid

Team infectieziektebestrijding

Koningin Astridlaan 50 bus 7

3500 Hasselt

T 011 74 22 51 - F 011-74 22 59

infectieziektebulletin@zorg-en-gezondheid.be

www.zorg-en-gezondheid.be/vlaamsinfectieziektebulletin

Auteurs voor dit nummer

[Alice Reynaerts](#) - Beleidsmedewerker preventie, Zorg en Gezondheid, Brussel

[Naïma Hammami](#) - Arts infectieziektebestrijding, Zorg en Gezondheid, Gent

[Valeska Laisnez](#) - Arts infectieziektebestrijding, Zorg en Gezondheid, Brugge

1. Overzichtstabel

De registratie van meldingsplichtige infectieziekten is één van de belangrijkste informatiebronnen rond het voorkomen van infectieziekten in Vlaanderen en België. Meldingen gebeuren door labo's, ziekenhuizen, (huis)artsen, CLB's, arbeidsgeneeskunde, Het doel van de meldingen is enerzijds surveillance en anderzijds het nemen van maatregelen om verdere transmissie te beperken.

Onderrapportage komt voor bij sommige infectieziekten doordat de diagnose niet gesteld wordt, of door onvolledige rapportage aan het team Infectieziektebestrijding dat verantwoordelijk is voor deze registratie.

Dit infectieziektebulletin geeft een overzicht van de belangrijkste infectieziekten die aan Agentschap Zorg en Gezondheid werden gemeld in 2017 en 2018.

Tabel 1 Aantal gevallen van meldingsplichtige infectieziekten, incidentie per 100.000 inwoners, Vlaanderen 2014-2018

Meldingsplichtige ziekte	Vlaanderen				
	2018	2017	2016	2015	2014
<i>anthrax</i>	0	0	0	0	0
<i>botulisme</i>	0	0	0	1	1
<i>brucellose</i>	3	3	2	5	4
<i>buiktyfus</i>	18	16	20	12	22
<i>chikungunya</i>	0	0	1	3	3
<i>cholera</i>	1	0	1	0	0
<i>collectieve voedseltoxi-infectie</i>	26	24	16	31	33
<i>dengue</i>	0	0	11	11	11
<i>difterie</i>	0	1	2	0	0
<i>EHEC</i>	70	93	61	55	34
<i>gastro-enteritis, bij endemische verheffing in een collectiviteit</i>	71	109	86	58	69
<i>gele koorts</i>	0	0	0	0	0
<i>gonorroe</i>	1892	1800	1667	1590	1371
<i>hepatitis A</i>	102	358	66	61	111
<i>hepatitis B (acuut)</i>	34	30	33	36	51
<i>Hib (= Haemophilus influenzae type b)</i>	4	2	1	8	7

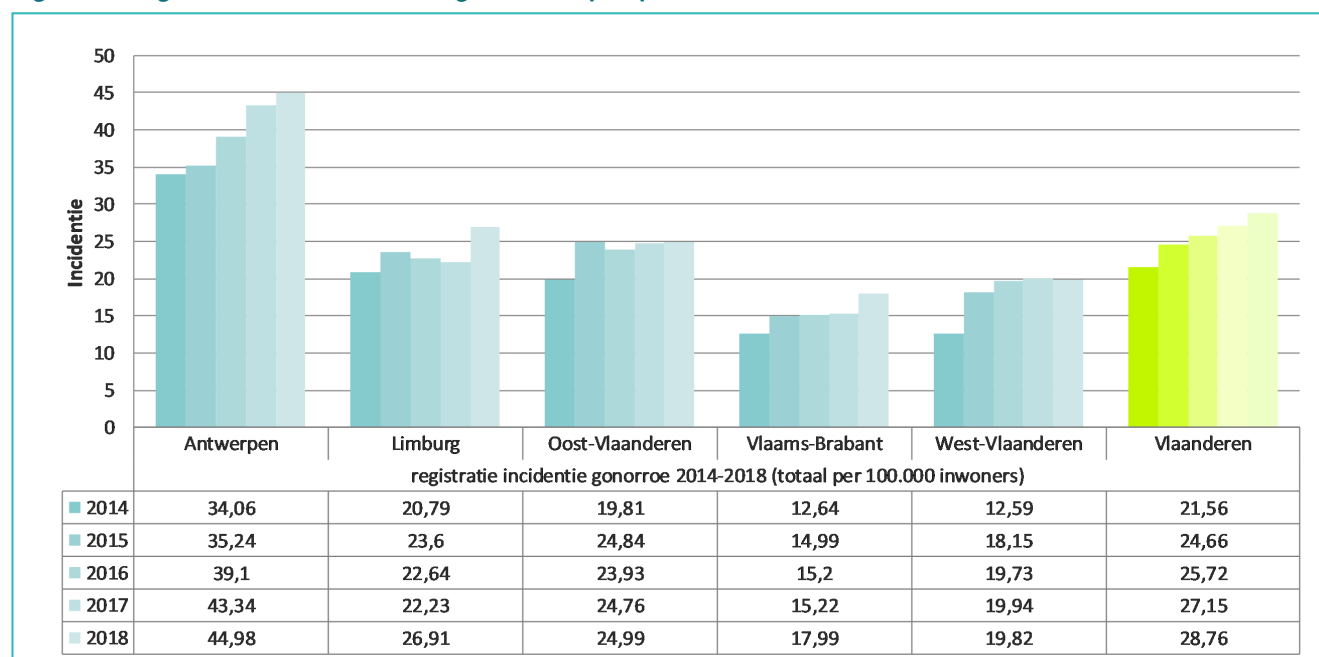
Meldingsplichtige ziekte	Vlaanderen				
	2018	2017	2016	2015	2014
<i>influenza (humane infectie met aviaire of een nieuw subtype influenza)</i>	0	0	0	0	0
<i>legionellose</i>	145	135	100	88	80
<i>leptospirose</i>	12	9			
<i>malaria</i>	0	0	0	1	0
<i>mazelen</i>	38	41	21	6	47
<i>meningokokkeninfectie</i>	69	60	59	59	53
<i>pertussis</i>	892	1106	1060	1129	1055
<i>pest</i>	0	0	0	0	0
<i>pokken</i>	0	0	0	0	0
<i>poliomyelitis</i>	0	0	0	0	0
<i>acute slappe parese</i>	0	2	1		
<i>psittacose</i>	5	8	6	5	10
<i>Q-koorts</i>	3	9	11	9	12
<i>rabies</i>	0	0	0	0	0
<i>SARS (=Severe Acute Respiratory Syndrome)</i>	0	0	0	0	0
<i>scabies</i>	73	119			
<i>sepsis door streptokokken</i>	31	48			
<i>shigellose</i>	283	207			
<i>syfilis</i>	950	937	671	663	631
<i>tuberculose</i>	402	389	441	422	419
<i>tularemie</i>	0	1	1	0	0
<i>virale hemorrhagische koorts</i>	0	0	0	0	0
<i>vlektyfus</i>	0	2	1	2	0
<i>West-Nilevirusinfectie</i>	0	0	0	0	0
<i>zikavirusinfectie</i>	0	0			
<i>zorginfecties</i>	11	10	0	0	0

2. Seksueel overdraagbare aandoeningen

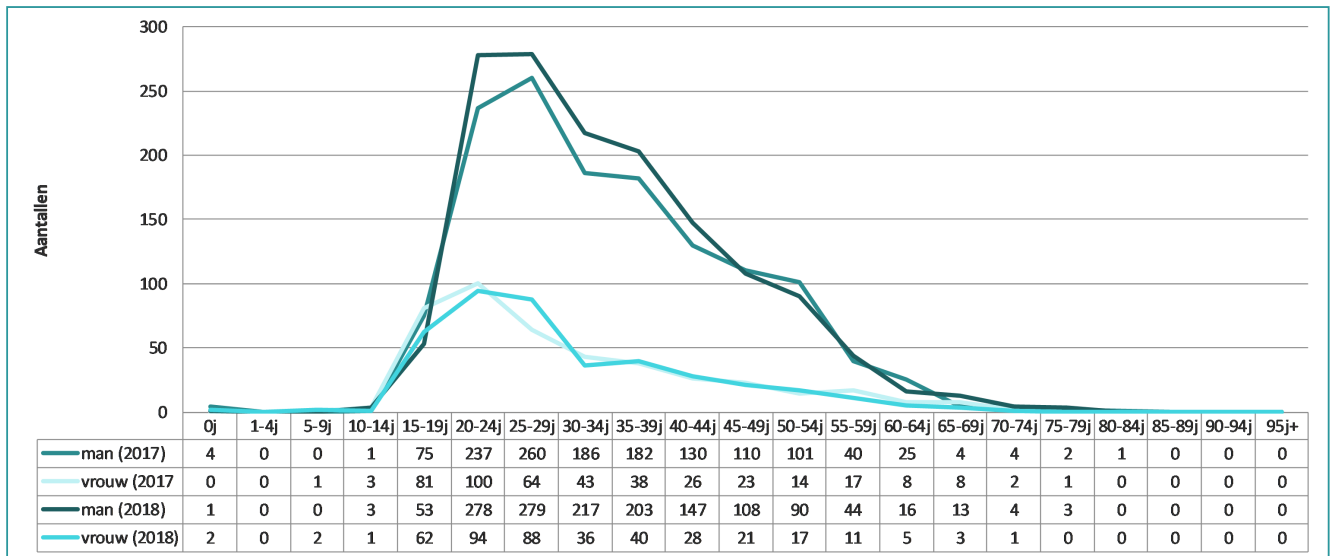
2.1 Gonorroe

De meldingen van gonorroe in Vlaanderen blijven toenemen, met een stijging van 1371 gevallen in 2014 tot 1892 gevallen in 2018. Dit is consistent met de trend in andere Europese landen in het afgelopen decennium. De data van [Euro-GASP](#) tonen ook aan dat de resistentie tegen cefixim en ciprofloxacin stabiel bleef over de laatste jaren. Sinds 2015 is er geen resistentie meer vastgesteld tegen ceftriaxon. Er wordt daarentegen een hoge resistentie tegen azithromycine gerapporteerd. Binnen de teams infectieziektebestrijding werd een werkgroepje opgericht om deze verontrustende stijging en de mate van resistentie van de gonokok van nabij te kunnen opvolgen. De evolutie in de resistentie tegen ciprofloxacin lijkt stabiel in Vlaanderen bij de meldingen waarbij een kweek werd uitgevoerd (figuur 3). De diagnose gebeurt echter steeds vaker door PCR waarbij geen antibiogram bepaald wordt.

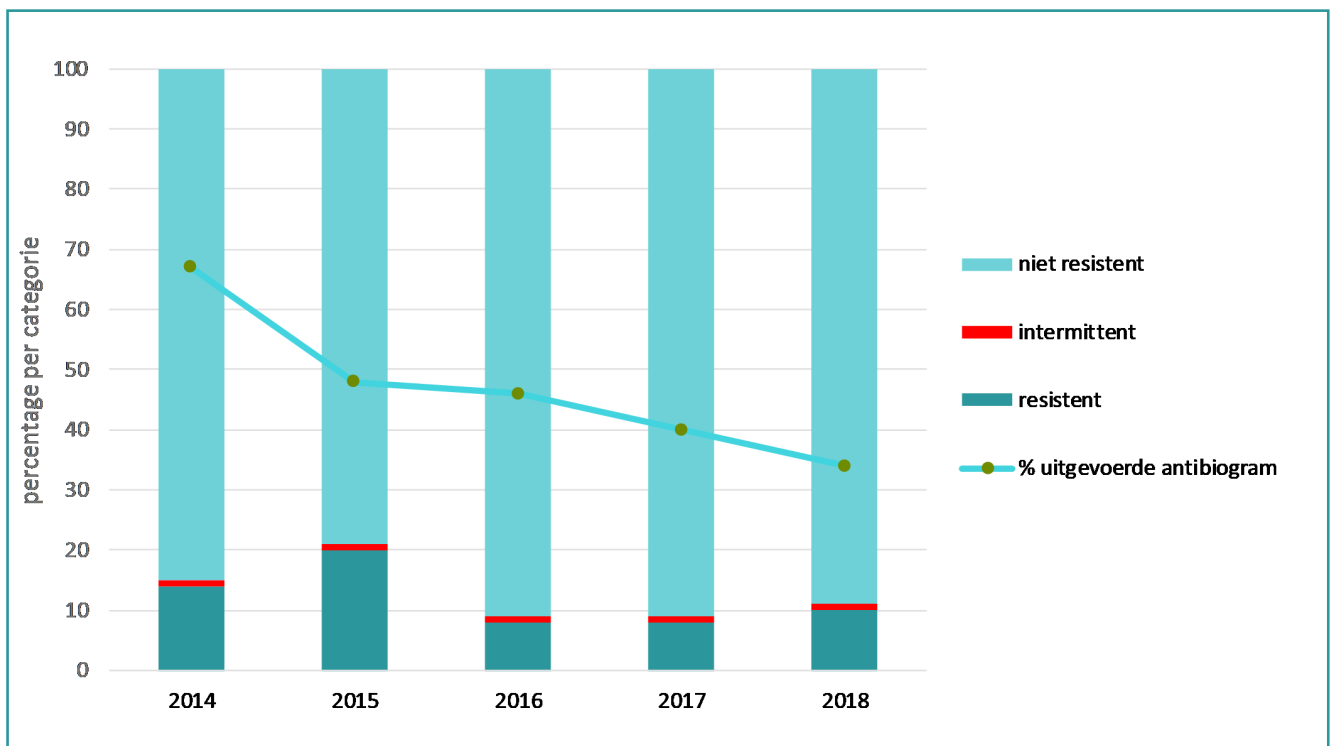
Figuur 1 Registratie incidentie van gonorroe, per provincie in Vlaanderen, 2014-2018



Figuur 2 Aantal registraties van gonorroe, per geslacht en leeftijdscategorie, Vlaanderen, 2017-2018



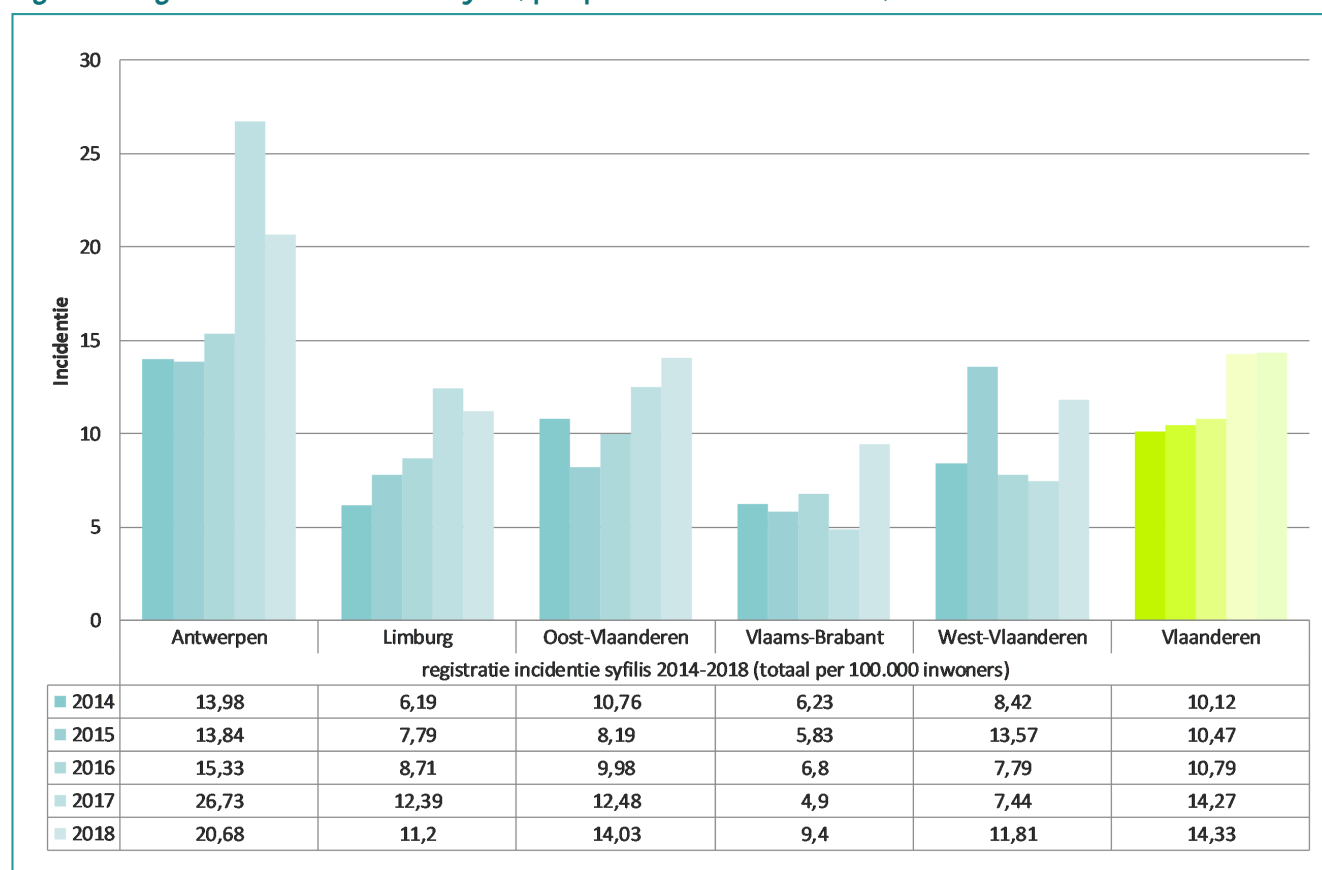
Figuur 3 Aantal registraties van gonorroe: resistentie ciprofloxacine, 2014-2018



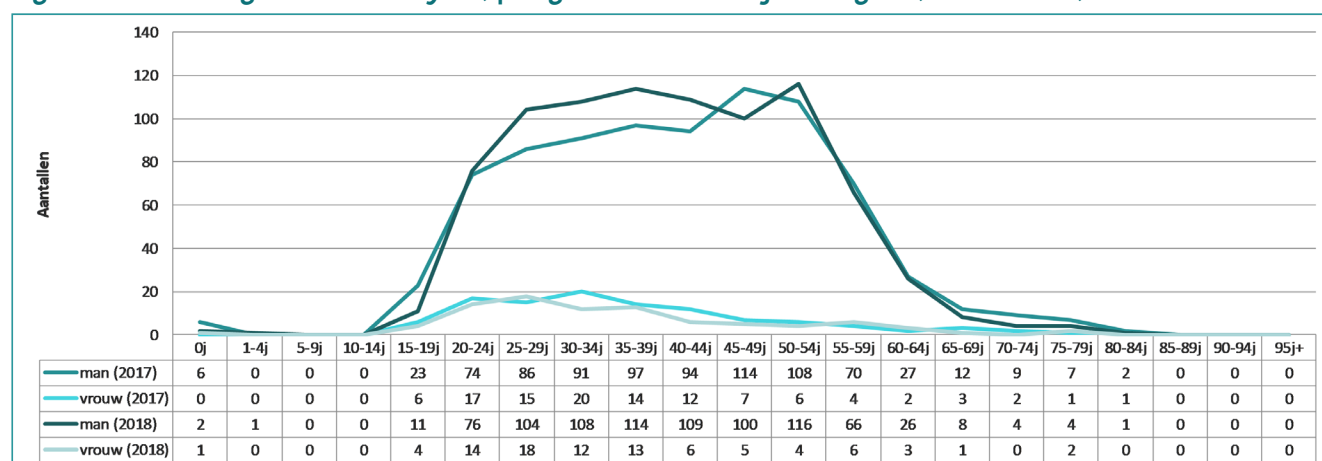
2.2 Syfilis

In januari 2017 werden enkele gevalsdefinities aangepast. Bij syfilis is het voor Zorg en Gezondheid niet steeds mogelijk om de klinische criteria van de gevalsdefinitie af te toetsen. Daarom werd beslist om de gevallen waarbij dat niet gebeurd is, als mogelijke gevallen te registreren. Deze worden echter wel meegenomen in de cijfers. Voorheen was dit niet zo, dus zien we nu een stijging in het aantal syfilis gevallen, die niet (enkel) gebaseerd is op een echte toename maar vooral op een wijziging in de registratie.

Figuur 4 Registratie incidentie van syfilis, per provincie in Vlaanderen, 2014-2018



Figuur 5 Aantal registraties van syfilis, per geslacht en leeftijdscategorie, Vlaanderen, 2017-2018



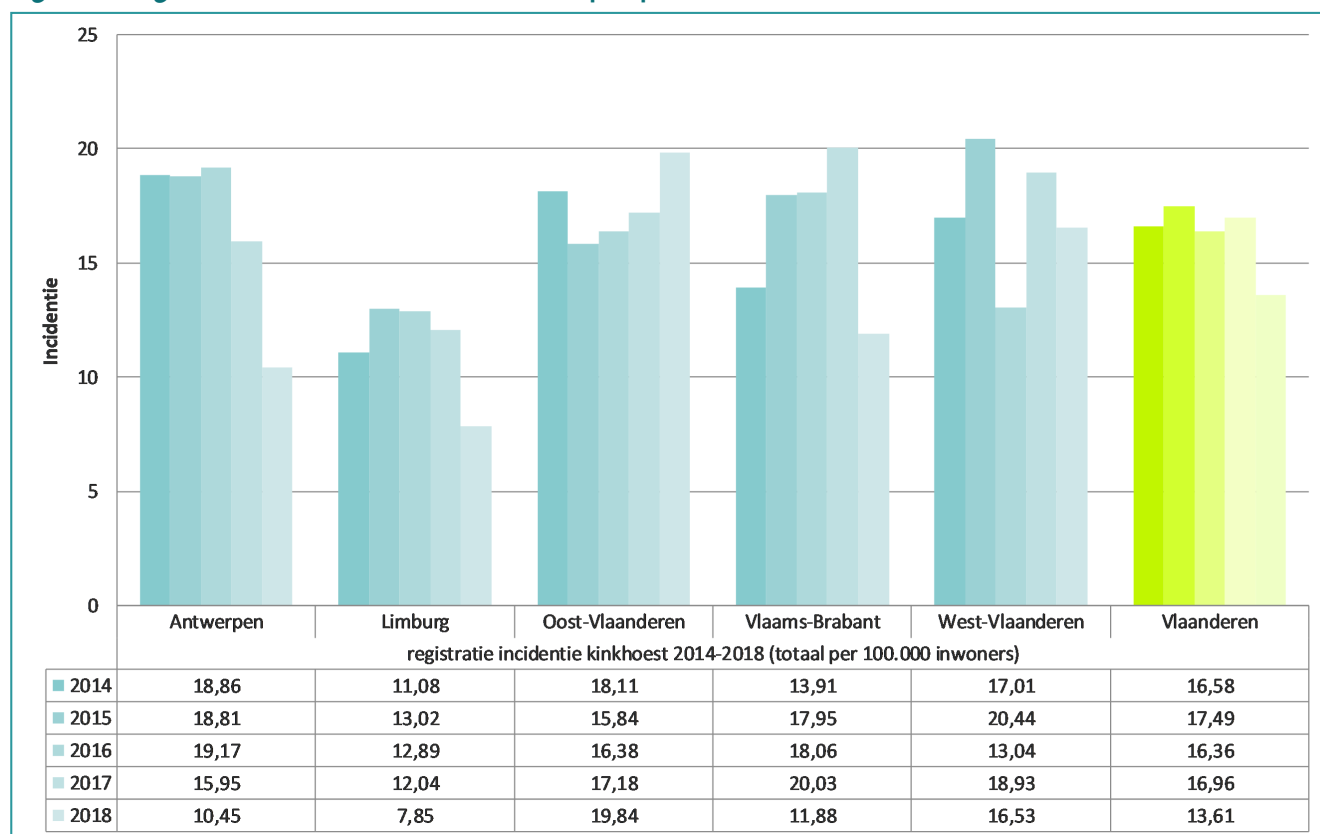
3. Infectieziekten te voorkomen door vaccinatie

3.1 Kinkhoest

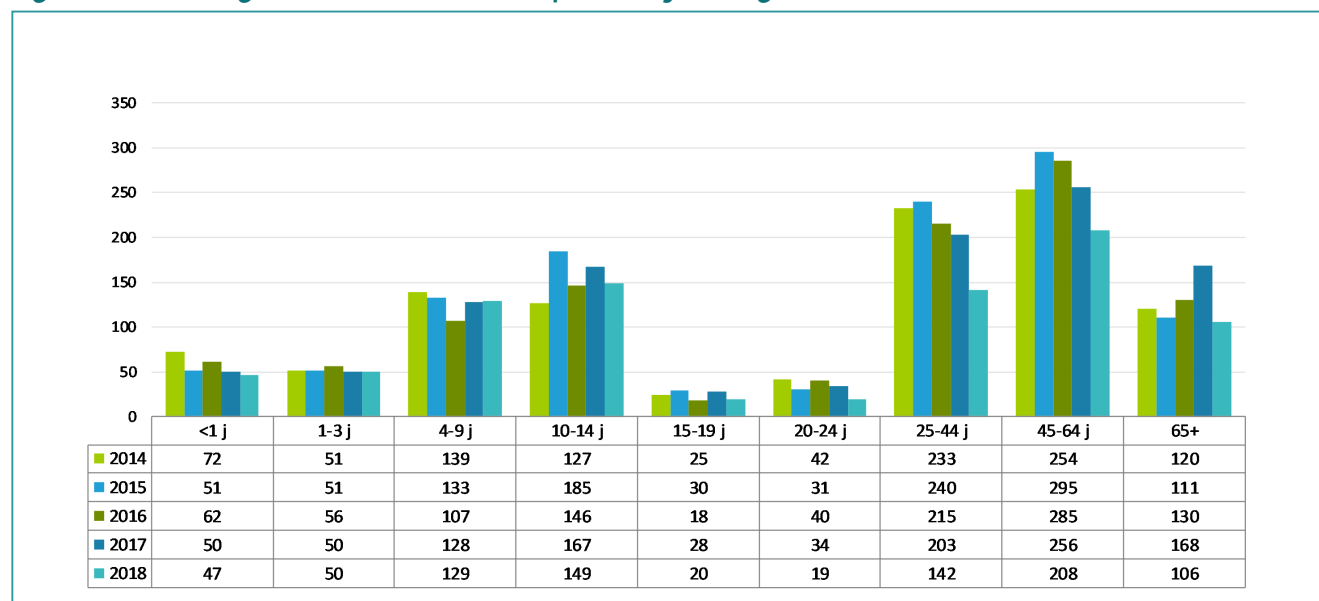
Globaal is de incidentie blijvend hoog in Vlaanderen. Er werd een stabilisatie bereikt in de jaren 2015 tot 2017 en een daling vastgesteld in 2018 (figuur 6).

Sinds 2013 beveelt de [Hoge Gezondheidsraad](#) (HGR) vaccinatie aan bij zwangere vrouwen tussen 24 en 32 weken zwangerschap. Uit onze meldingen bij de groep kinderen jonger dan 1 jaar met kinkhoest blijkt dat in 2017, 42% van deze moeders gevaccineerd werd tijdens de zwangerschap.

Figuur 6 Registratie incidentie van kinkhoest, per provincie in Vlaanderen, 2014-2018



Figuur 7 Aantal registraties van kinkhoest, per leeftijdscategorie, Vlaanderen, 2014–2018



3.2 Meningokokken

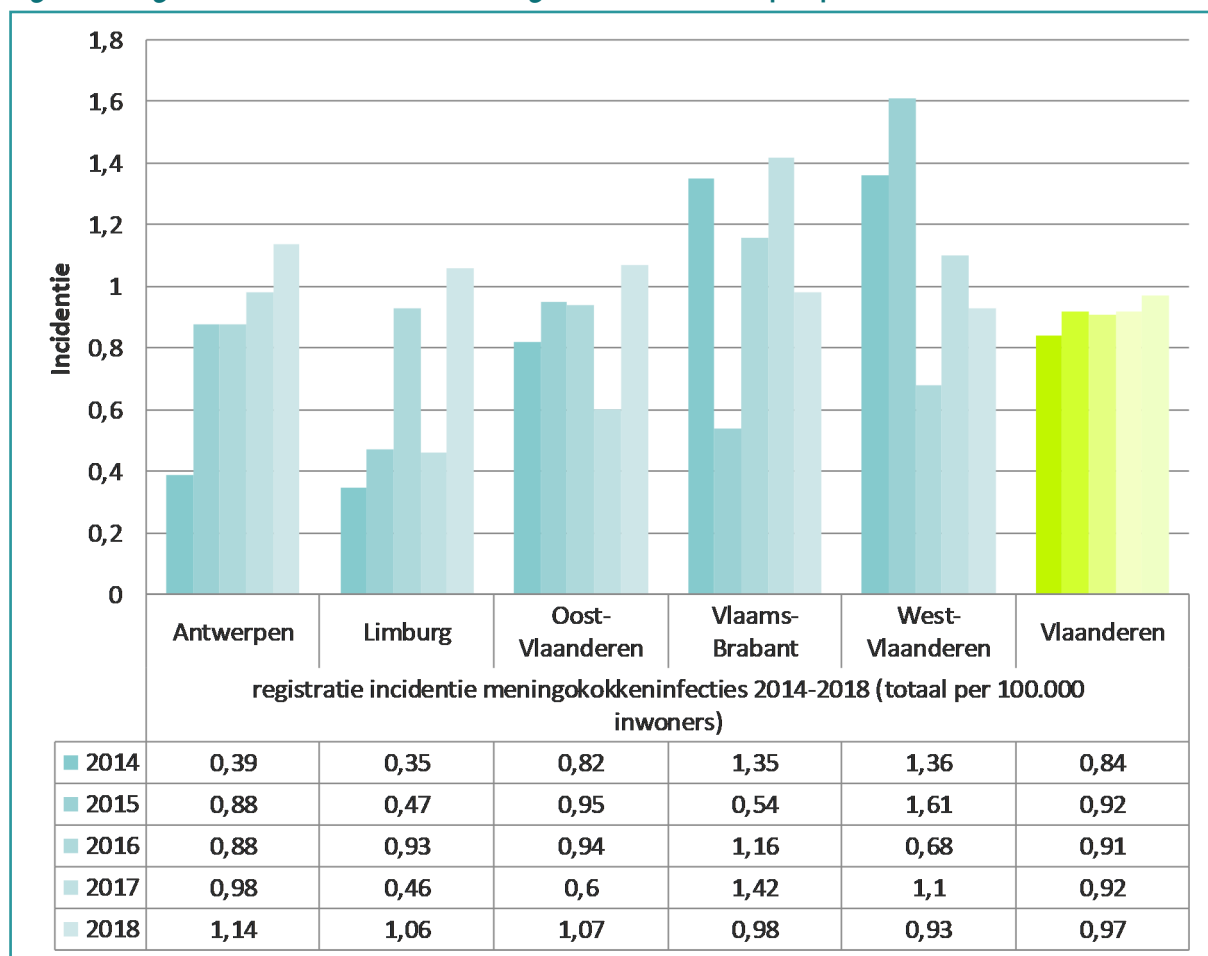
De incidentie blijft stabiel over de jaren in Vlaanderen (figuur 8). In 2017 waren er 8 overlijdens (13%) en in 2018 waren er 5 overlijdens (7%).

De serogroepen worden van nabij opgevolgd: de overgrote meerderheid wordt veroorzaakt door serogroep B en bovendien zien we voorlopig niet diezelfde toename van serogroep W zoals in Nederland (figuur 10-12). Uit studies in Nederland blijkt dat de toename van serogroep W van 2015 tot 2018 vooral veroorzaakt wordt door de specifieke cc11-UK2013 lineage. Deze stam werd in België geïdentificeerd in 4 gevallen in 2016, 6 gevallen in 2017 en 13 gevallen in 2018.

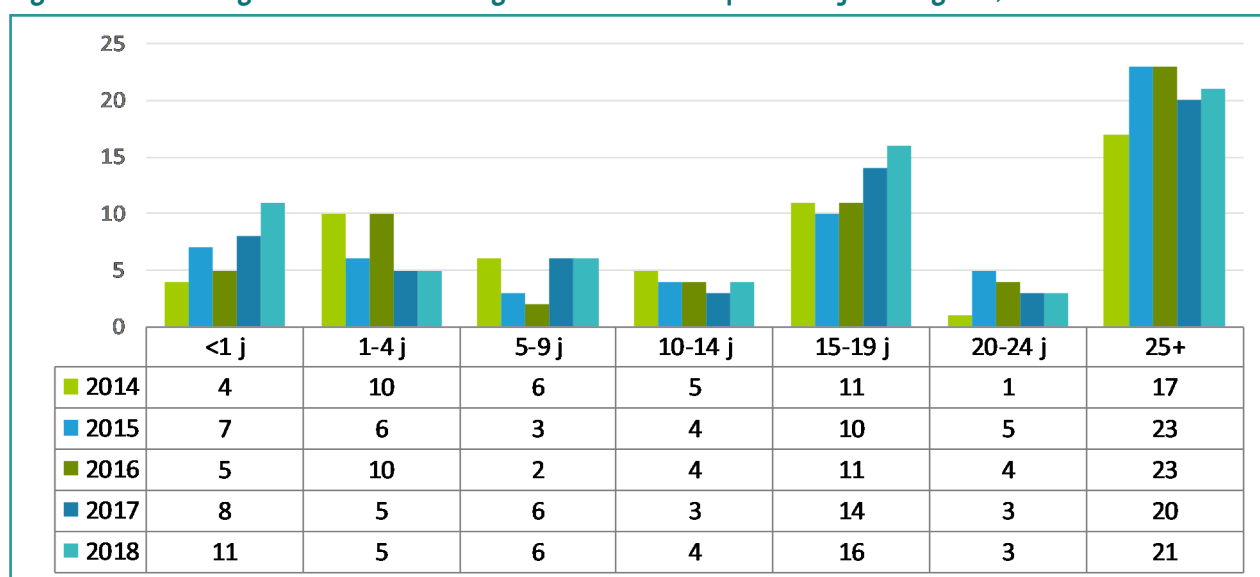
De [HGR](#) bracht recent een aanbeveling uit om het vaccin tegen meningokokken C te vervangen door het geconjugerd vaccin tegen meningokokken ACWY.

Een snelle melding bij een vermoeden van een invasieve infectie van meningokokken blijft belangrijk zodat adviezen kunnen gegeven worden over de nodige profylaxe voor de nauwe contacten ([zie informatiebrief artsen](#)). Daarnaast is het belangrijk om alle geïsoleerde meningokokken door te sturen naar het [referentielabo](#) zodat de circulerende types nauw kunnen opgevolgd worden.

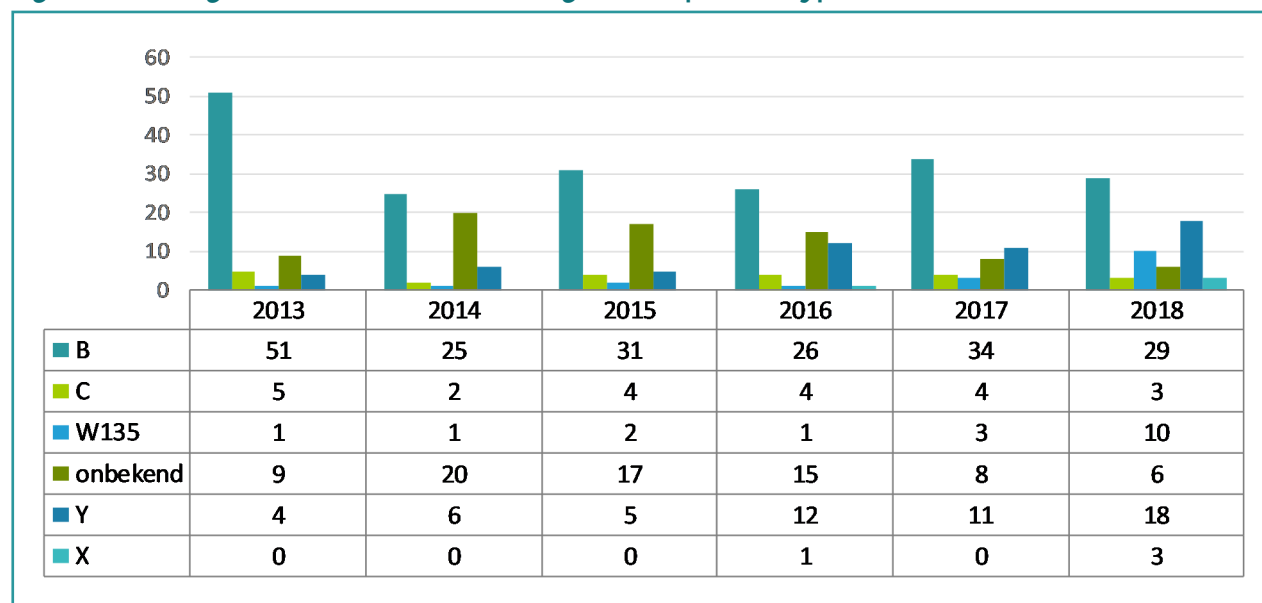
Figuur 8 Registratie incidentie van meningokokkeninfecties, per provincie in Vlaanderen, 2014-2018



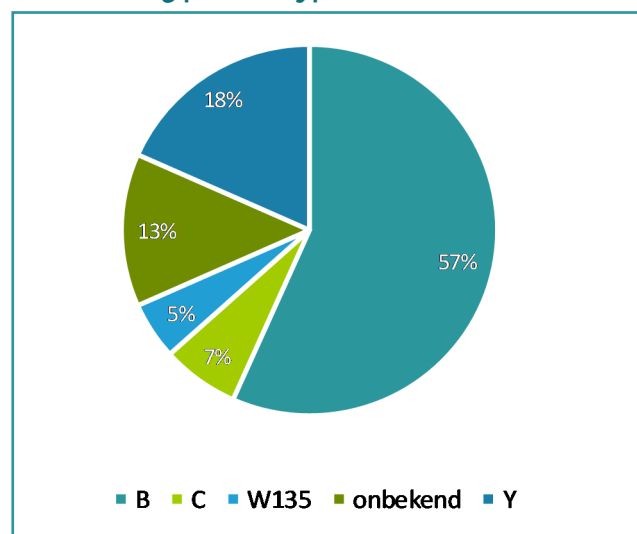
Figuur 9 Aantal registraties van meningokokkeninfecties per leeftijdscategorie, Vlaanderen 2014-2018



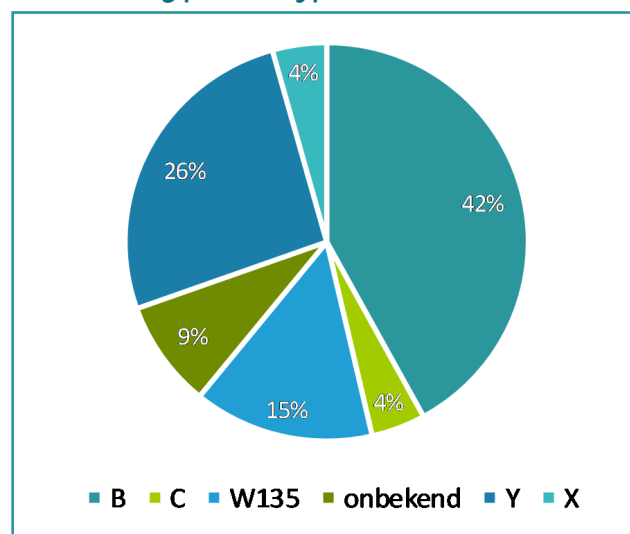
Figuur 10 Meningokokkeninfecties: aantal registraties per serotype, Vlaanderen 2014-2018



Figuur 11 Meningokokkeninfecties: aantal registraties verdeling per serotype (n=60), Vlaanderen 2017



Figuur 12 Meningokokkeninfecties: aantal registraties verdeling per serotype (n=69), Vlaanderen 2018



3.3 Mazelen

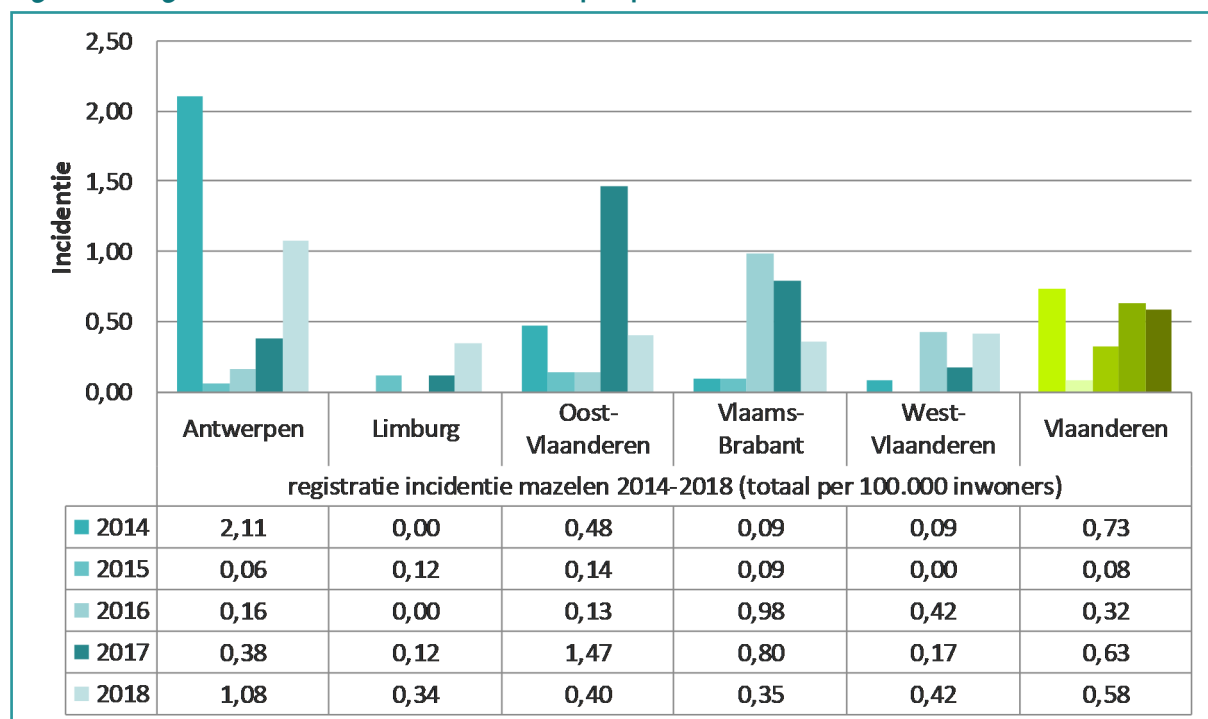
In 2017 was er een belangrijke toename in het aantal meldingen. Er werden vier clusters gemeld. Drie van telkens twee gevallen (kinderdagverblijf, ziekenhuis en familieverband) (figuur 13).

Daarnaast was er een cluster in de gevangenis van Gent die de toename grotendeels verklaart (zie figuur besmettingsland). In totaal waren er 12 bevestigde en zeven waarschijnlijke gevallen onder de gedetineerden en de personeelsleden. Bij transfer van een gevangene met gecompliceerde mazelen naar de gevangenis van Brugge werd een personeelslid besmet. Het indexgeval kwam uit een land waar mazelen endemisch is, dit werd bevestigd door de identificatie van een B3 stam. De vaccinatiegegevens werden gecontroleerd bij alle 19 mazelengevallen in Vaccinnet: bij 16 gevallen waren er geen gegevens over mazelen vaccinatie beschikbaar (84 %), bij één geval was één vaccinatie tegen mazelen gedocumenteerd (5%) en twee personen waren niet opgenomen in Vaccinnet. De voorzorgsmaatregelen bestonden uit isolatie van mazelen gevallen en hun directe celgenoten, de beperking van mobiliteit van de gevangenen, restricties in het bezoek en een massavaccinatie van de gedetineerden en de personeelsleden.

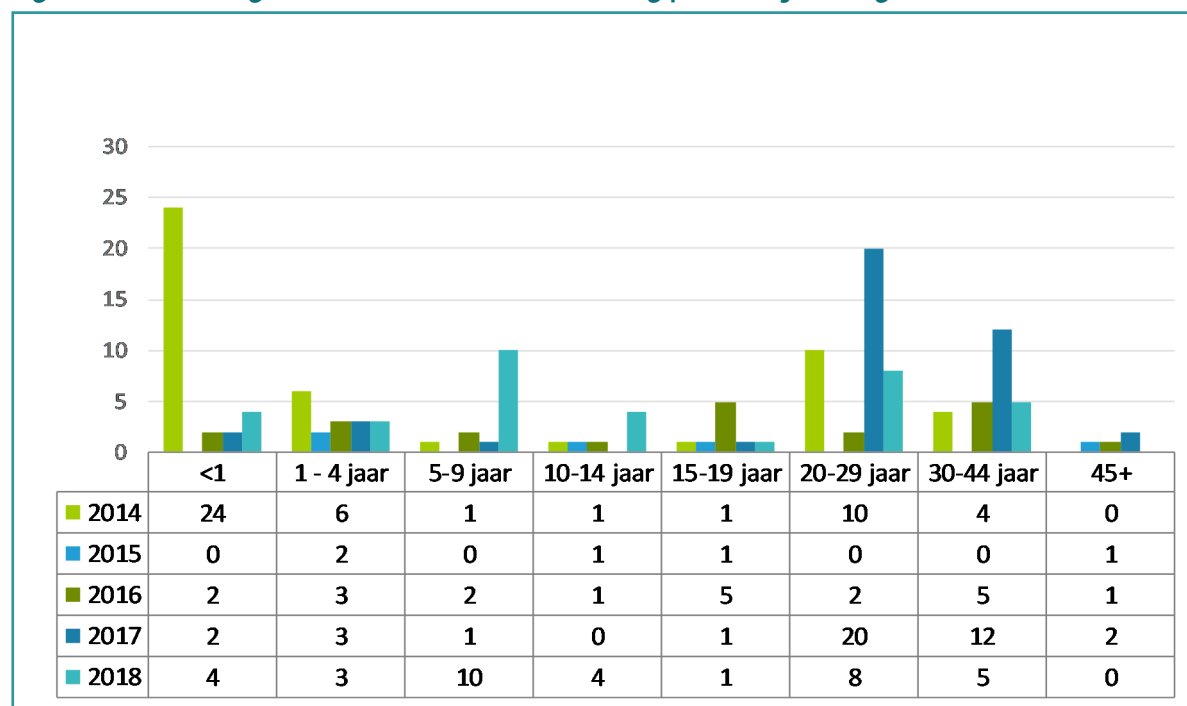
Deze uitbraak in de gevangenis toont duidelijk aan dat mazelen een zeer besmettelijke infectieziekte is, die ondanks een efficiënt vaccin nog steeds voorkomt in ons land. Figuur 17 toont aan dat een belangrijke proportie van de mazelen gevallen niet (20%) of onvolledig (12%) gevaccineerd zijn, of dat de vaccinatiestatus onbekend is (56%). Bij een vroegtijdige melding van mazelen zal het team infectieziektebestrijding (Agent-schap Zorg en Gezondheid) randvaccinatie organiseren binnen de drie dagen.

In 2018 waren er ook 38 meldingen van mazelen. Deze stijgende trend past in de algemene toename in [Europa](#). De grootste cluster (15 gevallen) was gelinkt aan een school. Er waren twee clusters in familieverband (respectievelijk 5 en 3 gevallen) en één cluster (6 gevallen) gelinkt aan een vakantiepark.

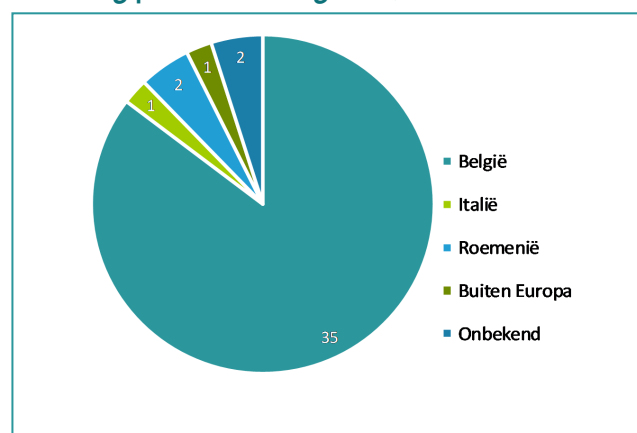
Figuur 13 Registratie incidentie van mazelen, per provincie in Vlaanderen, 2014-2018



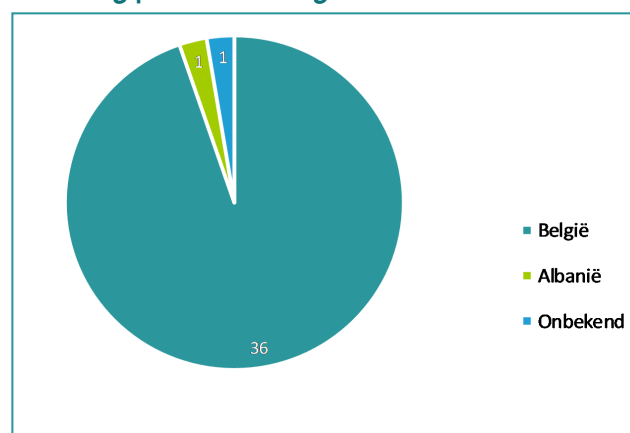
Figuur 14 Aantal registraties van mazelen, verdeling per leeftijdscategorie Vlaanderen, 2014-2018



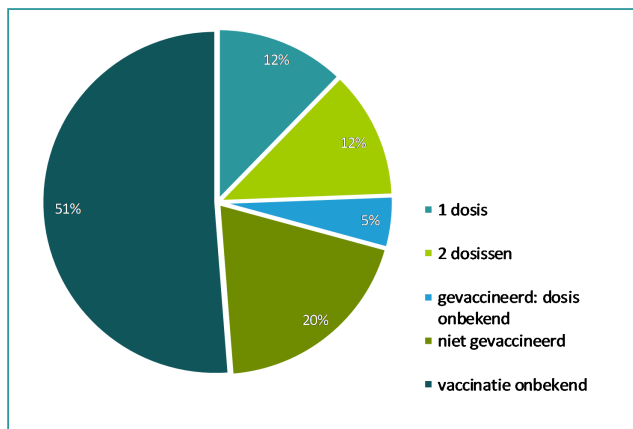
Figuur 15 Aantal registraties van mazelen, verdeling per besmettingsland, 2017



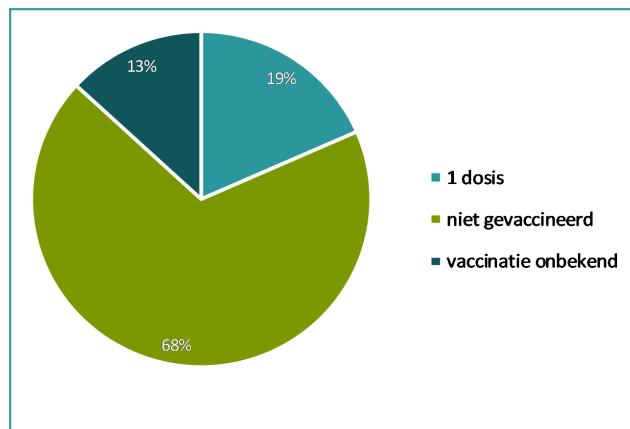
Figuur 16 Aantal registraties van mazelen, verdeling per besmettingsland, 2018



Figuur 17 Aantal registraties van mazelen per vaccinatiegraad (n=41), 2017



Figuur 18 Aantal registraties van mazelen per vaccinatiegraad (n=38), 2018



3.4 Difterie

In Vlaams-Brabant was er in 2017 één melding van een cutane difterie veroorzaakt door toxineproducerende *Corynebacterium diphtheriae*. Deze infectie gebeurde tijdens een verblijf in Mali. Via screening werd keeldragerschap bij de familieleden uitgesloten.

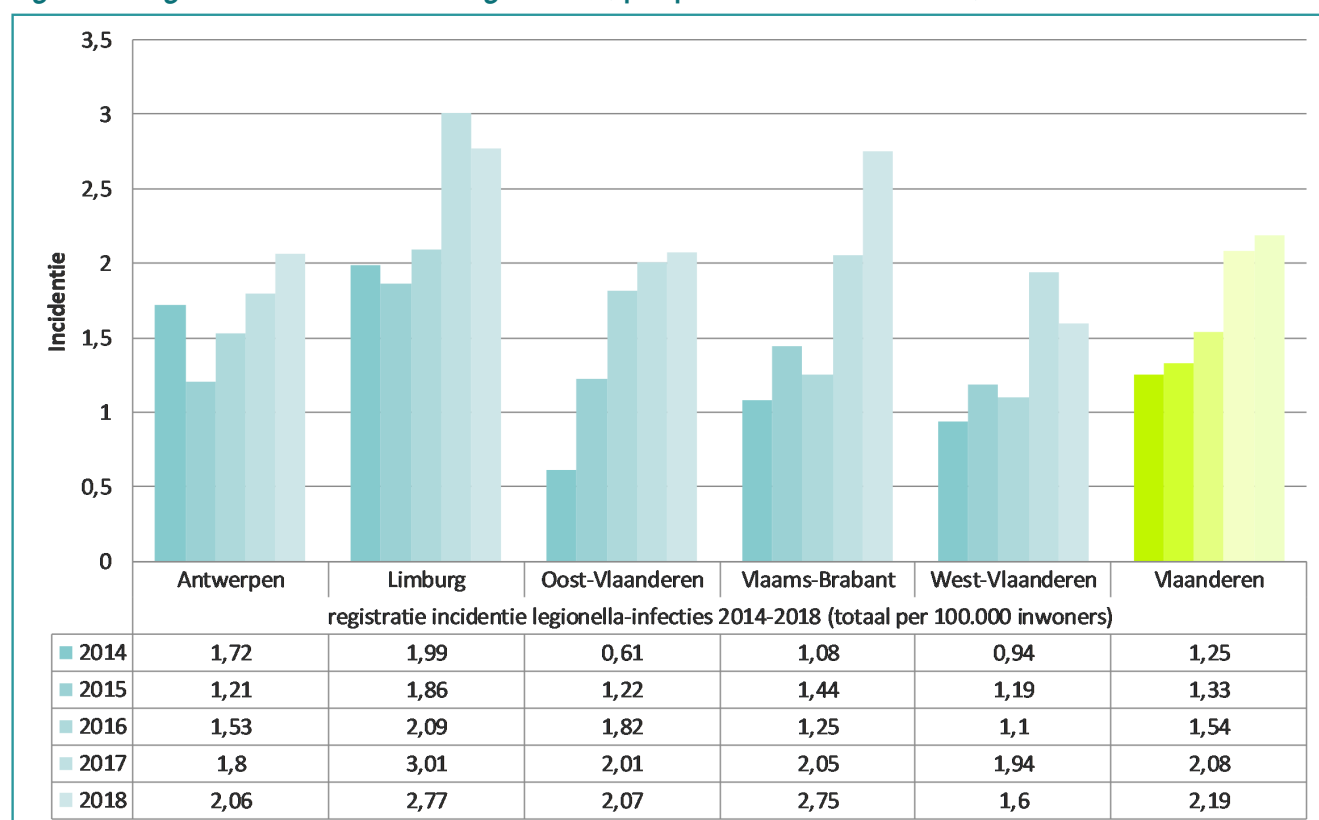
4. Respiratoire ziektes

4.1 Legionellose

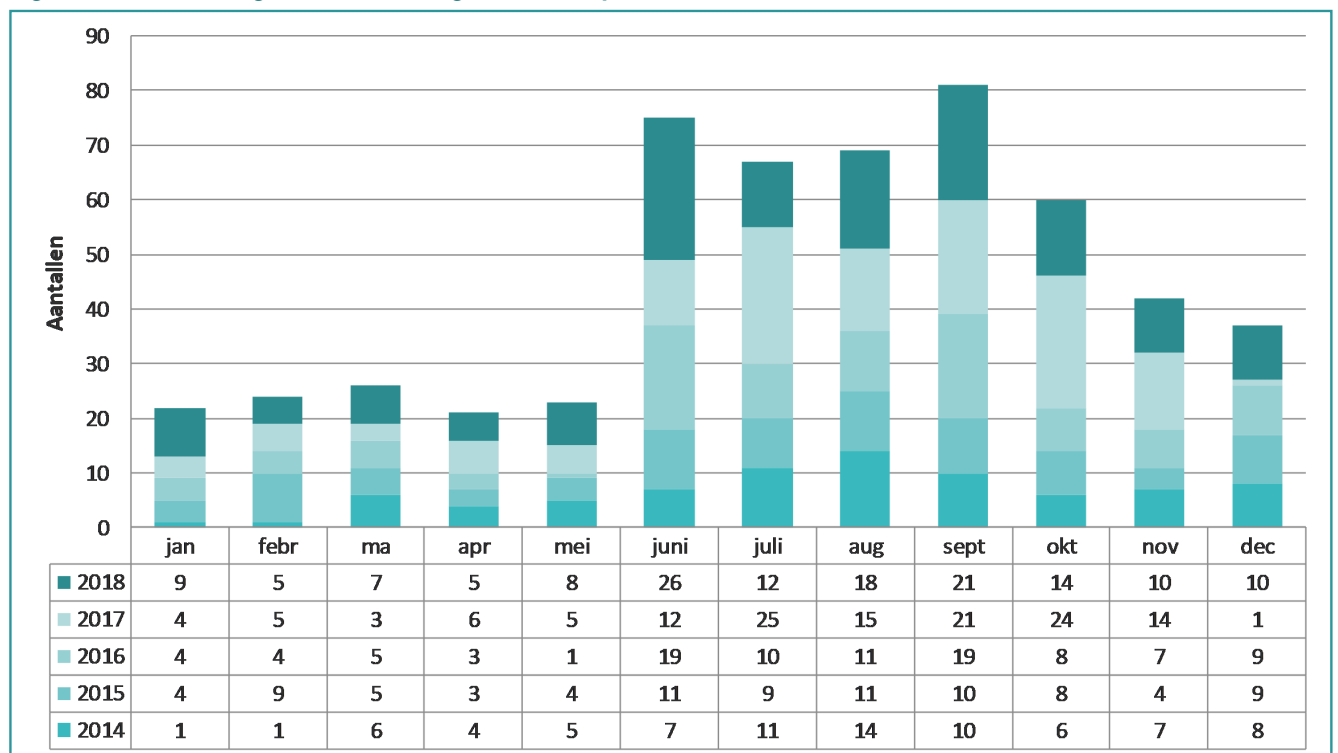
Globaal is er een toename in de incidentie van legionellose in Vlaanderen. In 2017 en 2018 zijn er geen belangrijke clusters vastgesteld. De meeste meldingen gebeuren tussen juli en oktober (figuur 19). Dit kan verklaard worden omdat mensen dan meer reizen. Van de 135 meldingen in 2017 waren 25% reis gerelateerd (27 in buitenland en 7 binnen België). In 2018 was dit 34% van de 145 meldingen (43 in buitenland en 6 binnen België). Daarnaast wordt in de literatuur een relatie beschreven tussen bepaalde weersomstandigheden (hogere temperaturen en hoge vochtigheid) en het voorkomen van legionellosen.

In 2017 werd er een matching aangevraagd tussen humane en omgevingsstalen in vier gevallen: twee hiervan waren positief. In 2018 werd acht keer een matching aangevraagd, waarvan drie positief waren. Het blijft belangrijk om respiratoire stalen af te nemen bij de patiënt zodat de bron kan bevestigd worden.

Figuur 19 Registratie incidentie van legionellose, per provincie in Vlaanderen, 2014–2018



Figuur 20 Aantal registraties van legionelloses, per maand, Vlaanderen, 2014-2018



5. Gastro-intestinale ziekten

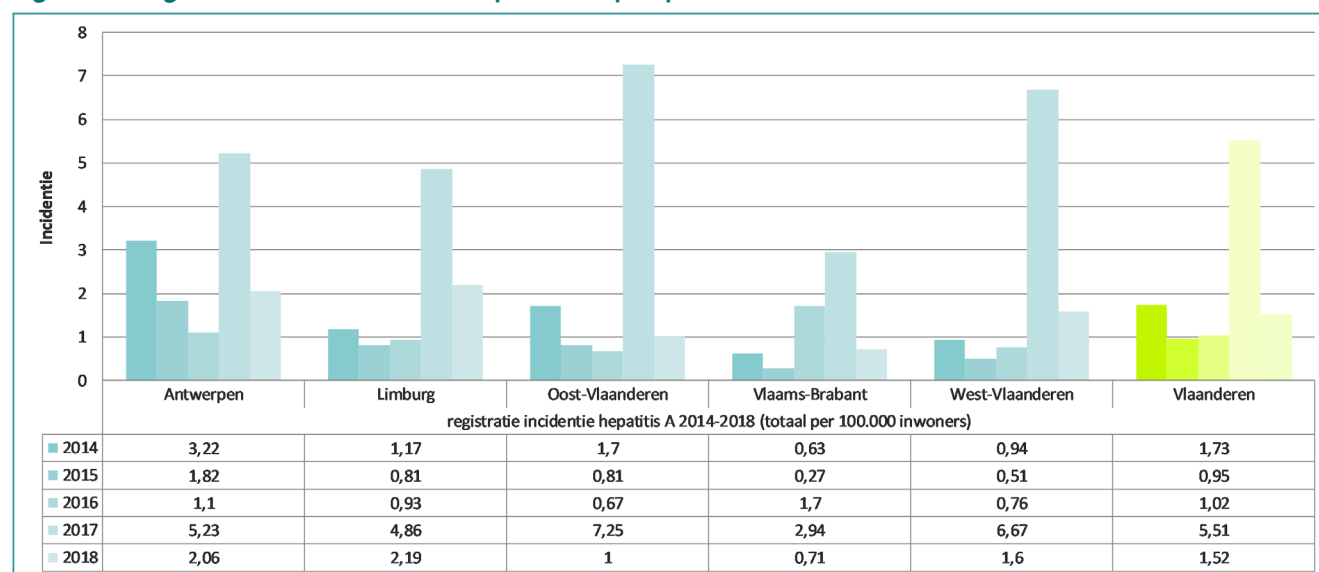
5.1 Hepatitis A

In 2017 was er een belangrijke toename in incidentie voor hepatitis A (figuur 21). Dit werd veroorzaakt door een uitbraak onder mannen die seks hebben met mannen (MSM). Dit had een impact op het profiel van de patiënten: volwassen mannen met melding mogelijke bron “oro-anaal seksueel contact” (zie figuur 23-25).

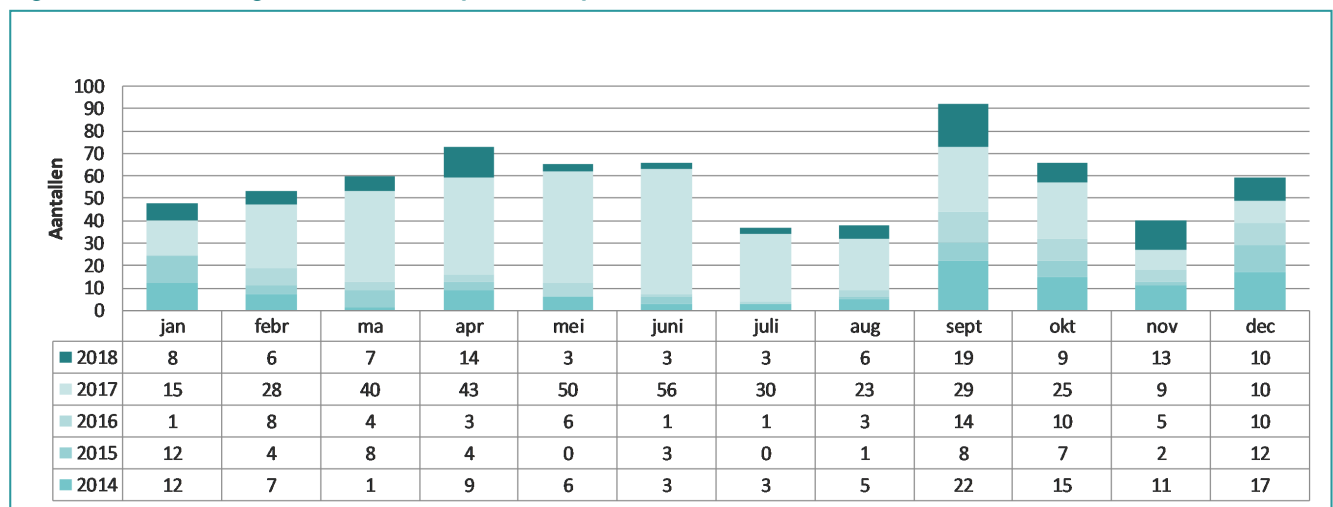
De voorzorgsmaatregelen bestonden uit organiseren van randvaccinatie (binnen de twee weken), hygiënische maatregelen tijdens de besmettelijke periode (één week voor en één week na optreden van icterus of koorts) en sensibilisatie van MSM via de website van Sensoa over hepatitis A vaccinatie.

De cluster in Vlaanderen maakte deel uit van een outbreak onder MSM in Europa. Op basis van genotypering gaat het om drie verschillende clusters. In Vlaanderen behoren de gevallen waarbij typering uitgevoerd werd voornamelijk maar niet uitsluitend tot de cluster die in Nederland startte na het EuroPride festival in Amsterdam in juli en augustus 2016.

Figuur 21 Registratie incidentie van Hepatitis A, per provincie in Vlaanderen, 2014-2018



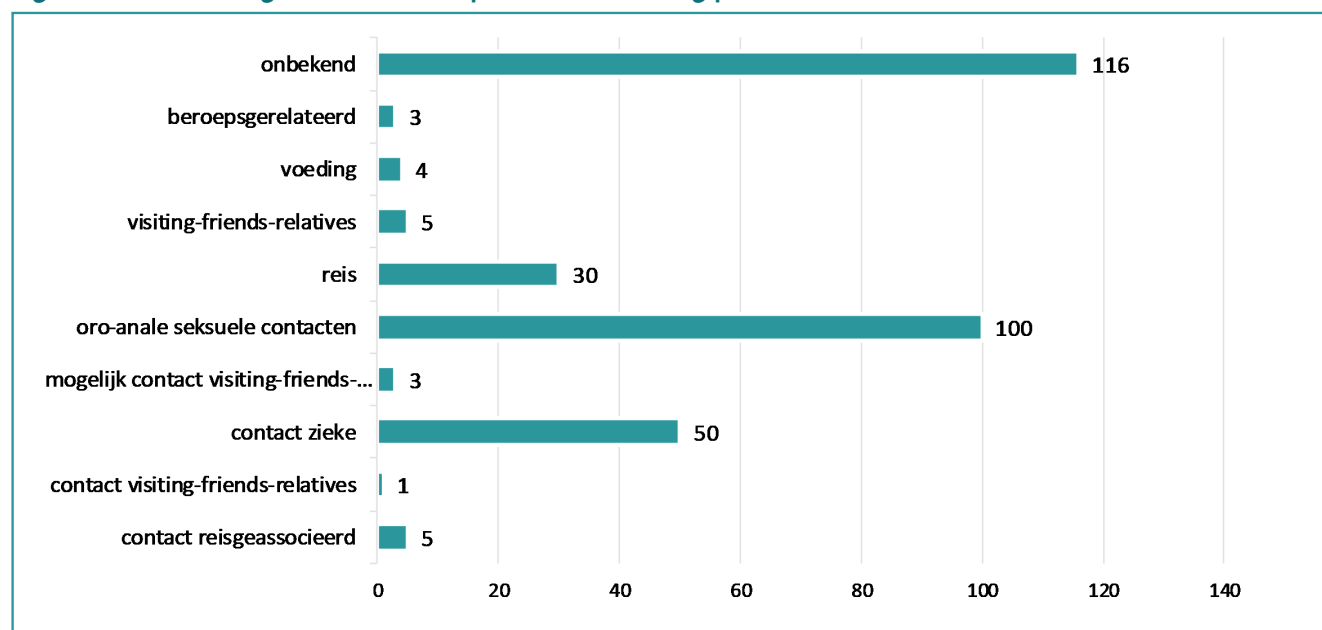
Figuur 22 Aantal registraties van Hepatitis A, per maand, Vlaanderen, 2014–2018



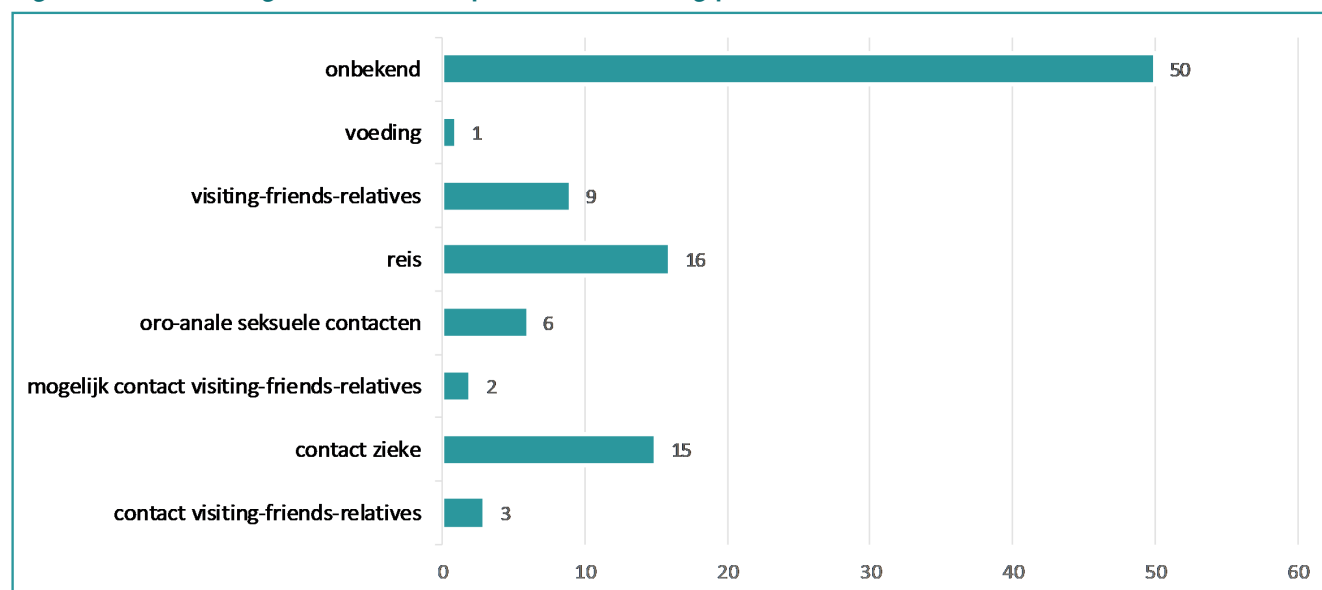
Tabel 1 Aantal registraties van Hepatitis A, verdeling per besmettingsland, 2017 en 2018

Besmettingsland	2017	2018
Europa		
België	305	72
Spanje	1	1
Polen	2	1
Oekraïne	1	0
Verenigd Koninkrijk	1	0
Roemenië	0	2
Frankrijk	2	0
Zweden	0	1
Buiten Europa		
West-Afrika	2	0
Noord-Afrika	23	13
Azië	5	7
Amerika	1	1
Onbekend	15	4

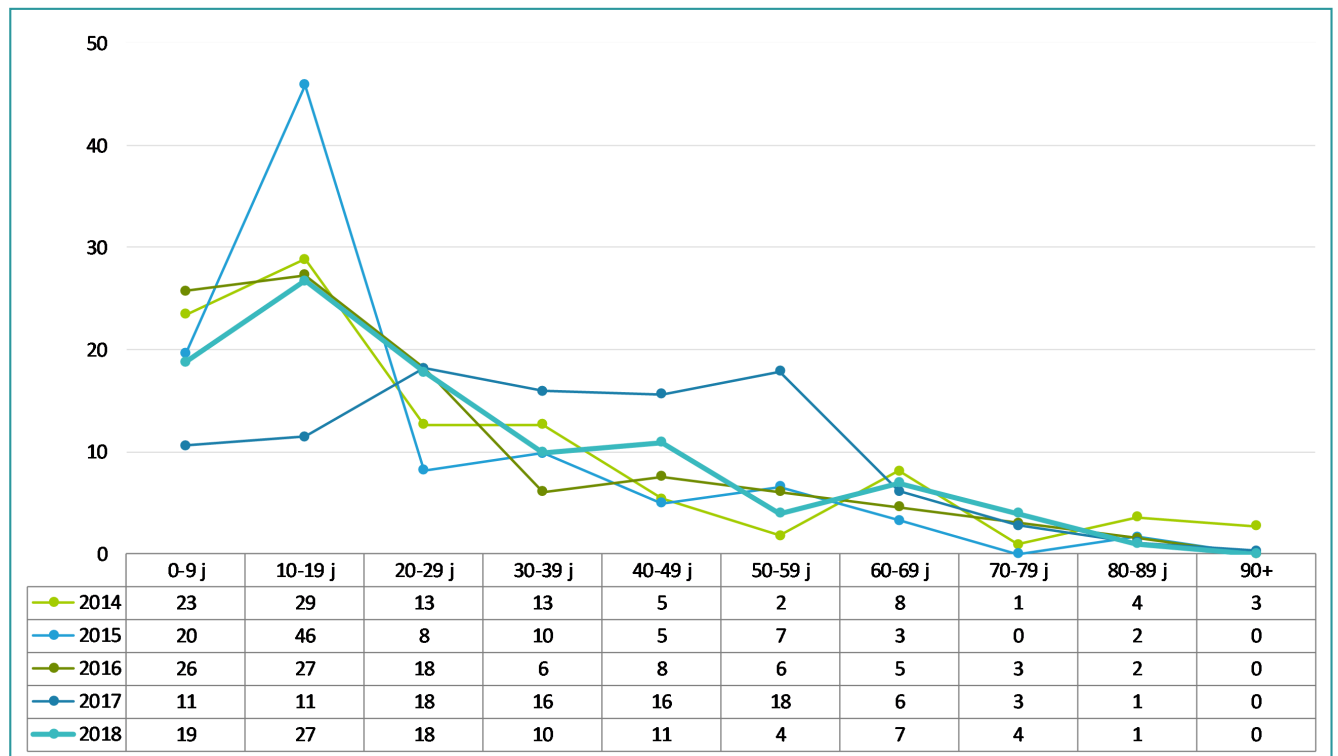
Figuur 23 Aantal registraties van Hepatitis A, verdeling per bronnen, 2017



Figuur 24 Aantal registraties van Hepatitis A, verdeling per bronnen, 2018



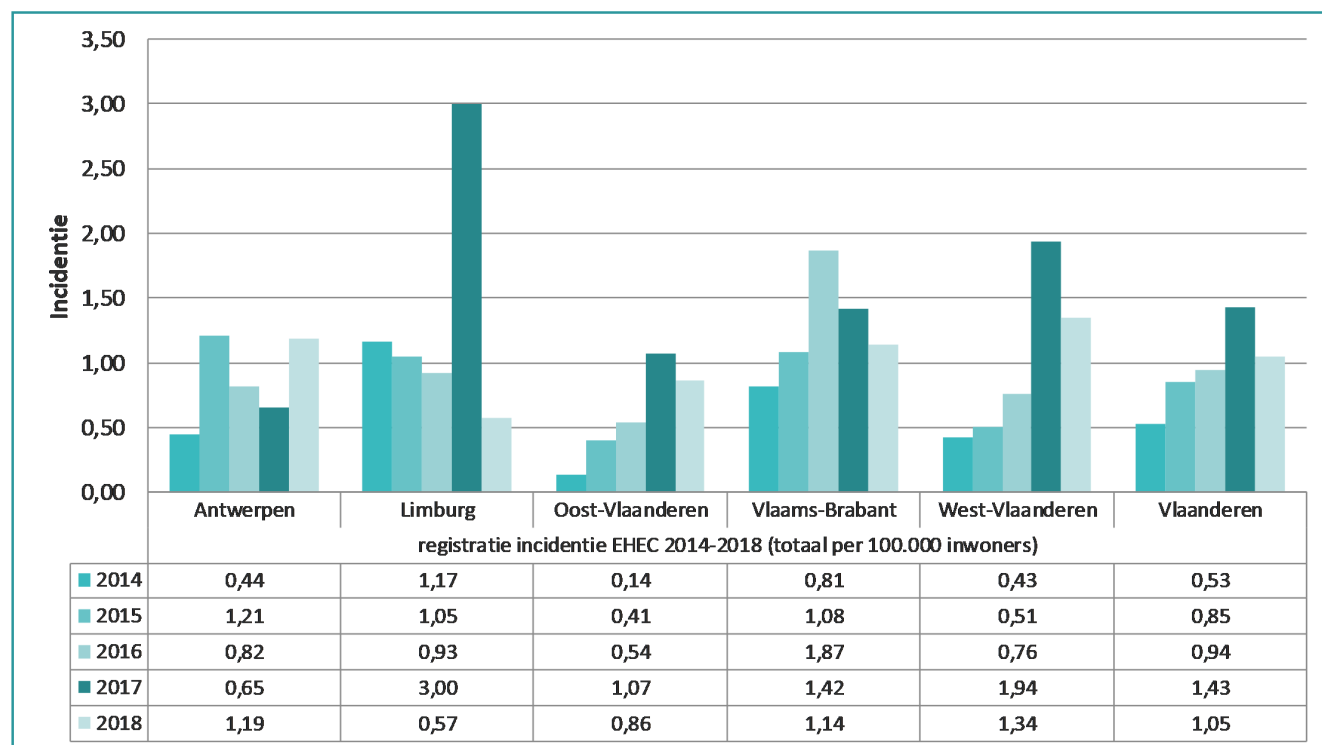
Figuur 25 Registraties van Hepatitis A, percentuele verdeling per leeftijdscategorie Vlaanderen, 2014-2018



5.2 EHEC

De laatste jaren zien we een stijging in het aantal EHEC meldingen, met een piek van 97 gevallen in 2017, terug dalend naar 51 in 2018 (tabel 2). In 2017 werd een verheffing van type G gemeld door het NRC. Ondanks bevraging werd geen bron geïdentificeerd voor deze verheffing.

Figuur 26 Registratie incidentie van Enterohemorragische *Escherichia coli* (EHEC), per provincie in Vlaanderen, 2014-2018



Tabel 2 Mogelijke bronnen bij EHEC meldingen, Vlaanderen 2017 en 2018

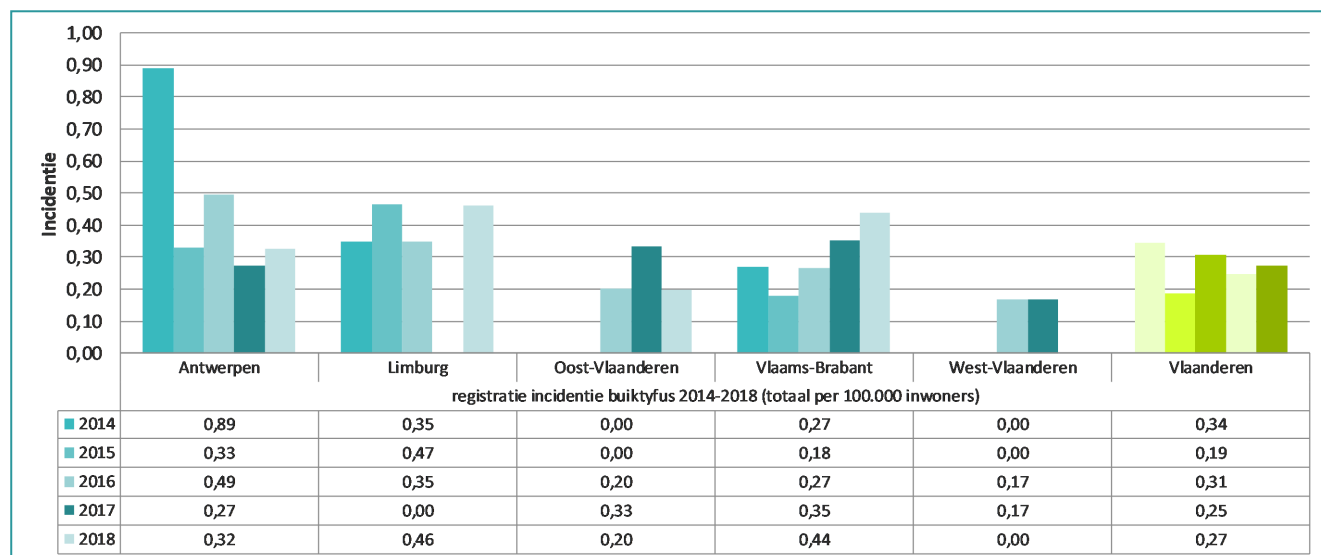
Bron	N meldingen 2017 (%)	N meldingen 2018 (%)
Dieren	4 (4)	2 (3)
Omgeving	4 (4)	2 (3)
Reis	4 (4)	0
Voeding	25 (26)	13 (18)
Onbekend	58 (61)	54 (76)
Andere	1 (1)	0
Totaal	96 (100)	71 (100)

Meerdere bronnen mogelijk bij één melding.

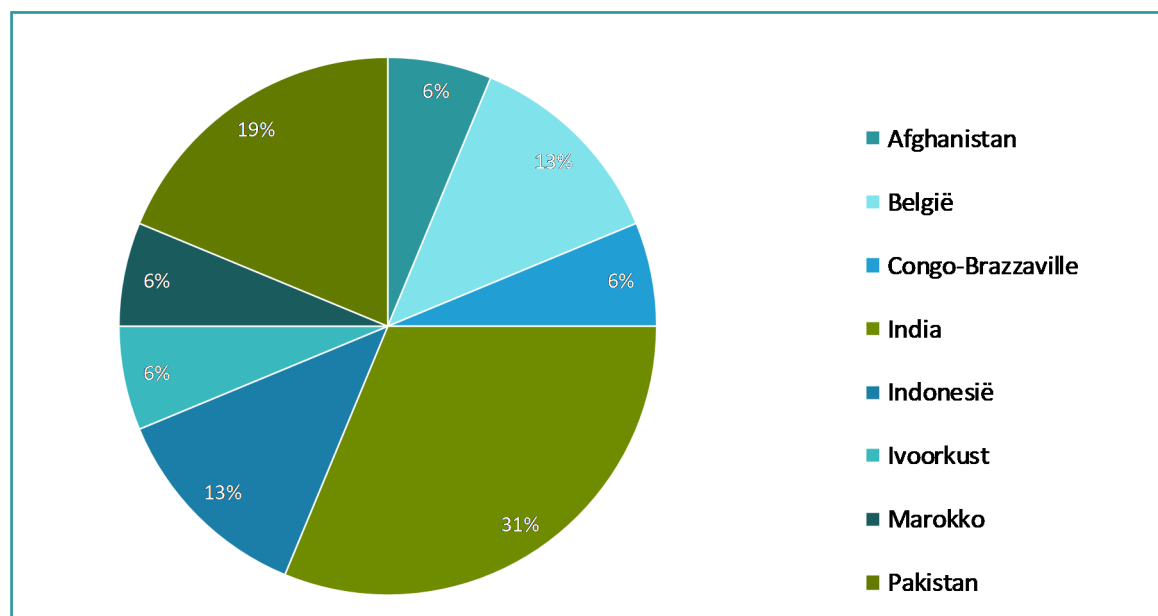
5.3 Buiktyfus

Van de 16 gevallen die in 2017 gemeld werden zijn er twee waarschijnlijk in België besmet (figuur 28). In 2018 werden 18 gevallen gemeld waarvan terug twee met een waarschijnlijke besmetting in België (figuur 29).

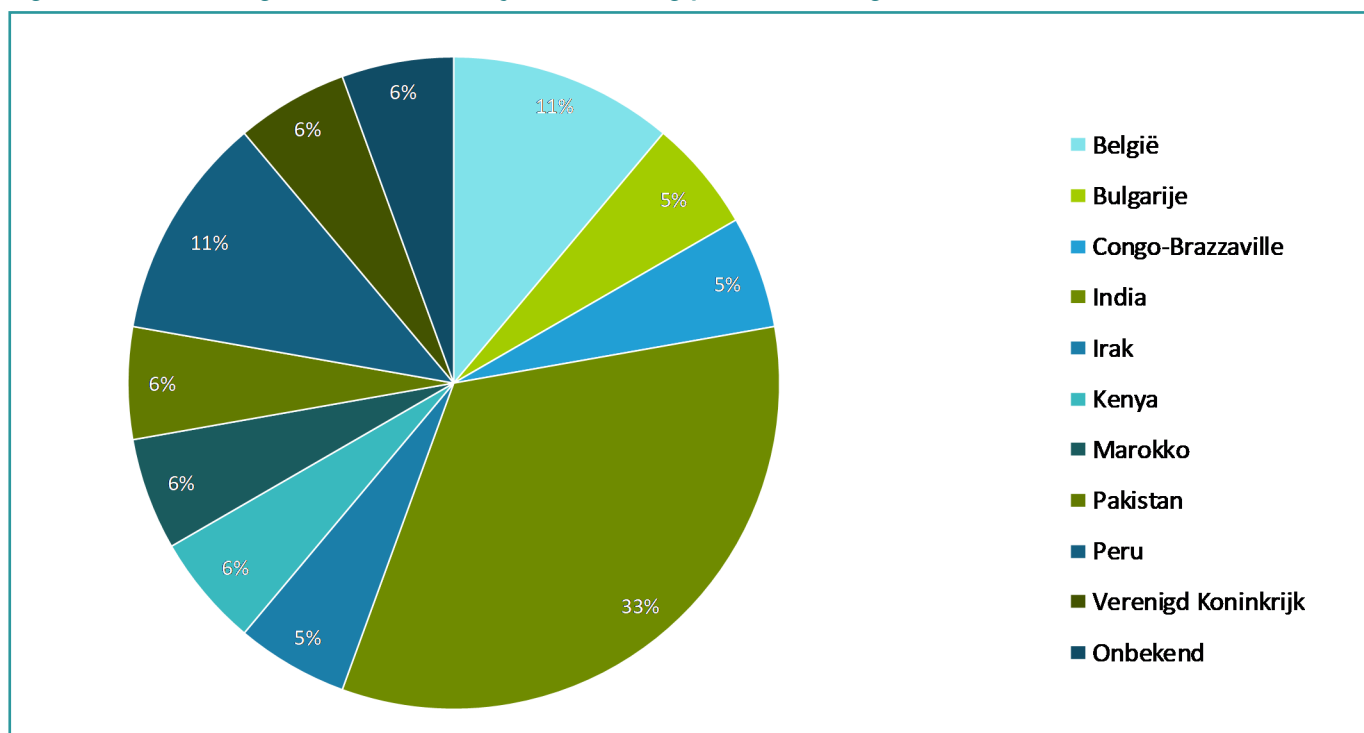
Figuur 27 Registratie incidentie van buiktyfus, per provincie in Vlaanderen, 2014-2018



Figuur 28 Aantal registraties van buiktyfus, verdeling per besmettingsland, 2017 (n=16)



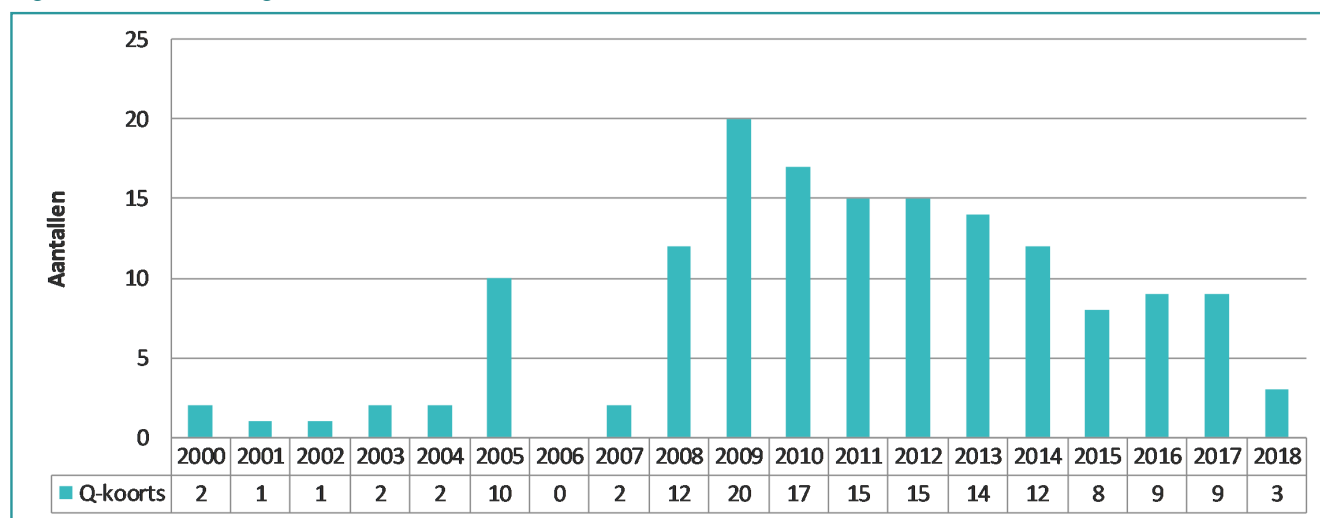
Figuur 29 Aantal registraties van buiktyfus, verdeling per besmettingsland, 2018 (n=18)



6. Zoonoses en infectieziekten overgedragen door vectoren

6.1 Q-koorts

Figuur 30 Aantal registraties van Q-koorts, Vlaanderen, 2000-2018

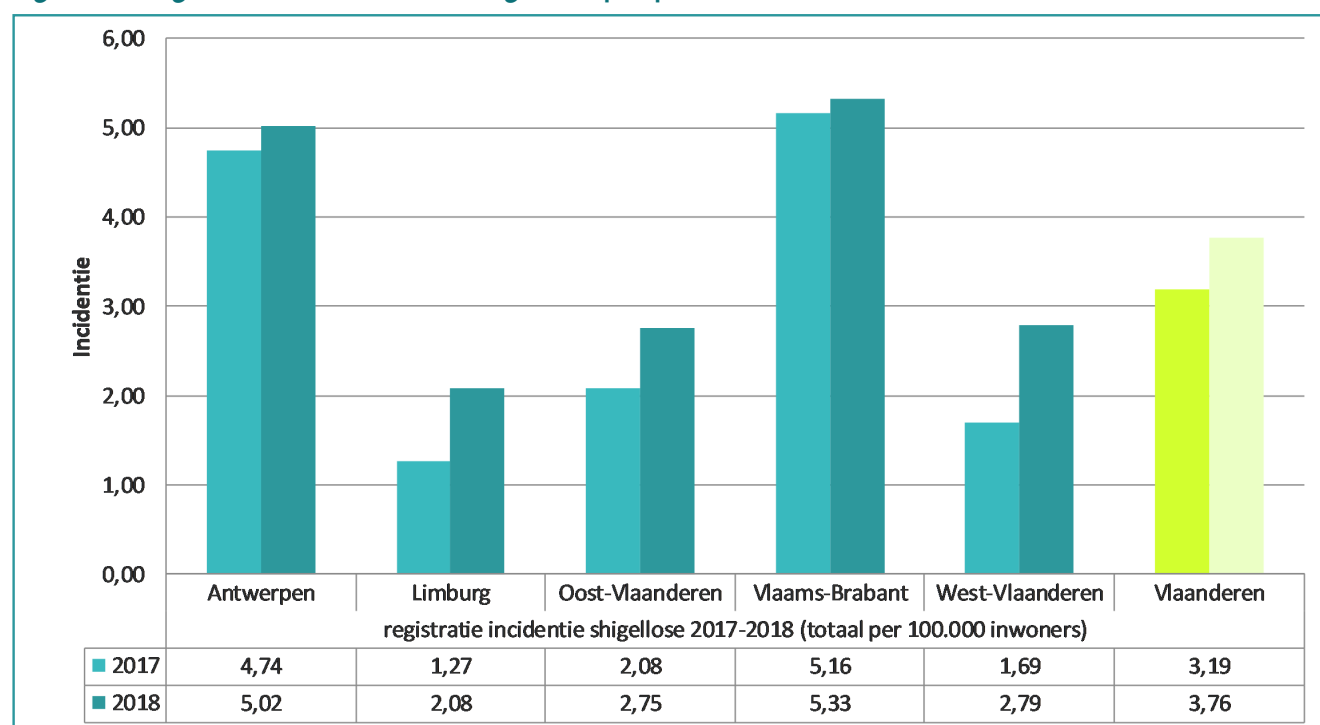


7. Ziekten met meldingsplicht sinds 2017

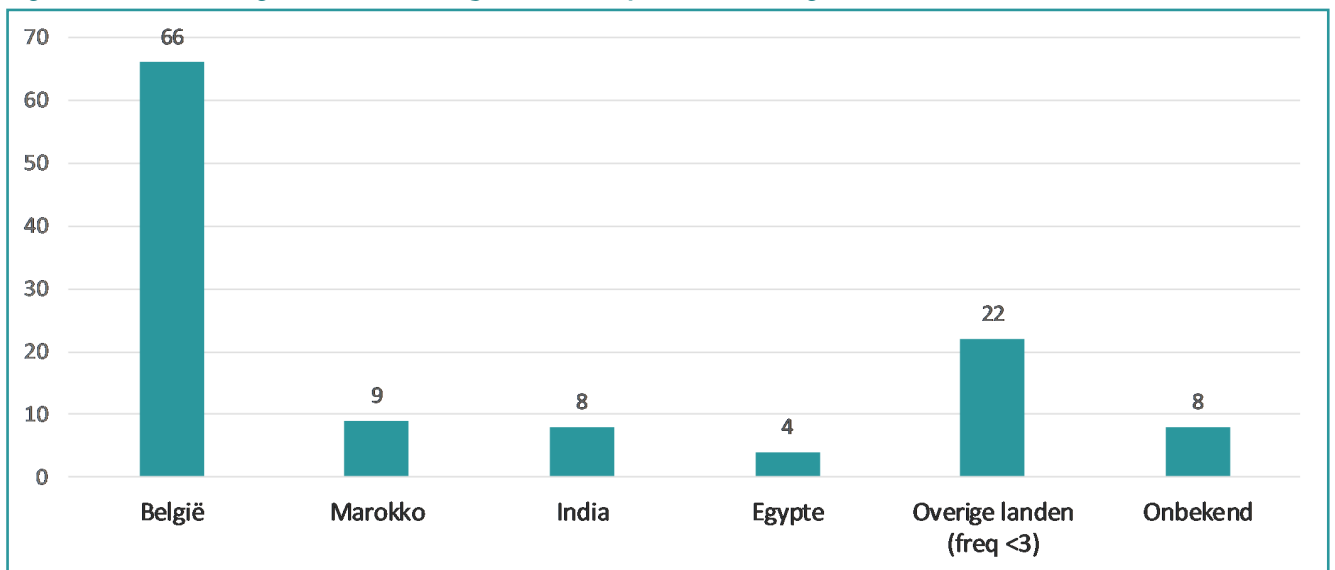
7.1 Shigellose

Onder de 207 meldingen in 2017, zijn er ook autochtone shigelloses door respectievelijk *Shigella sonnei* (66) *flexneri* (18), *boydii* (6) en *dysenteriae* (1) (figuur 32, 34, 36 en 38). In 2018 waren er 283 meldingen waarvan 93 autochtone gevallen door *S. sonnei* en 22 autochtone gevallen door *S. flexneri* (figuur 33, 35, 37 en 38).

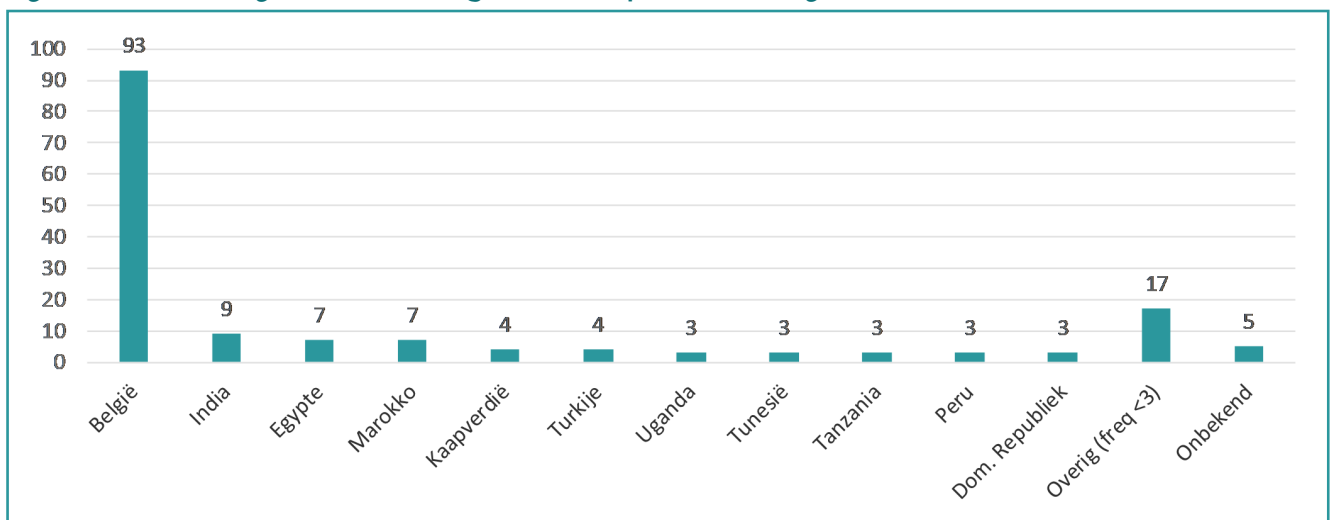
Figuur 31 Registratie incidentie van shigellose, per provincie in Vlaanderen, 2017-2018



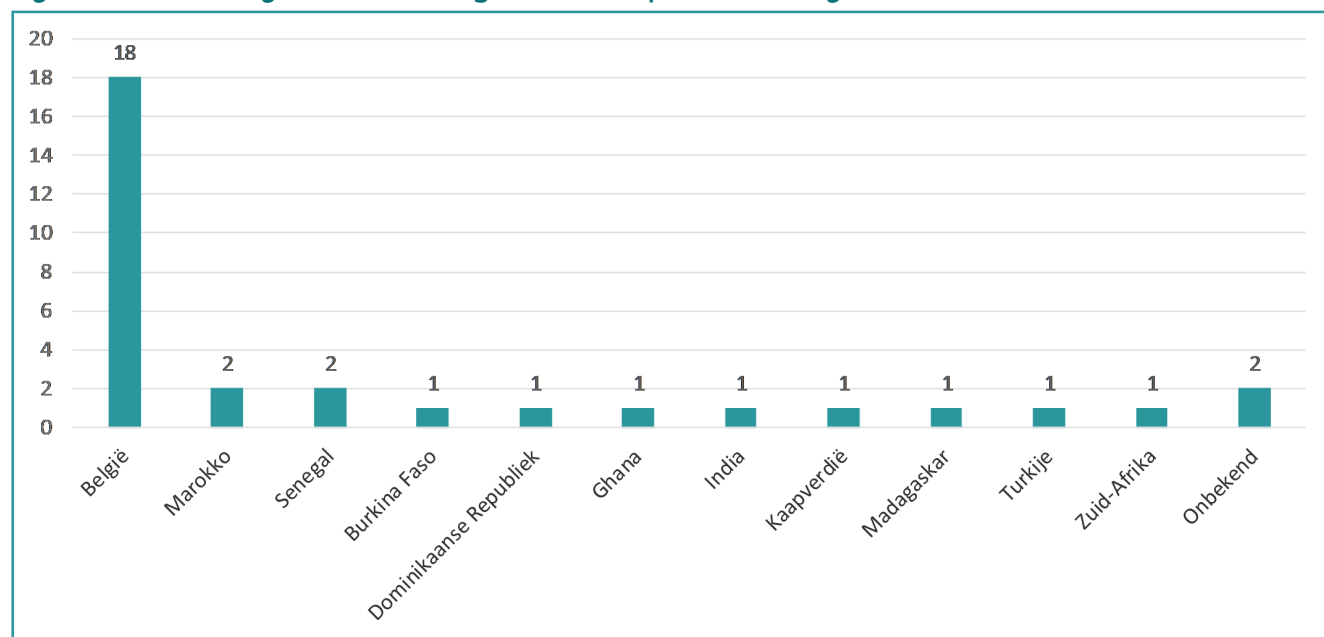
Figuur 32 Aantal registraties van *Shigella sonnei* per besmettingsland, 2017



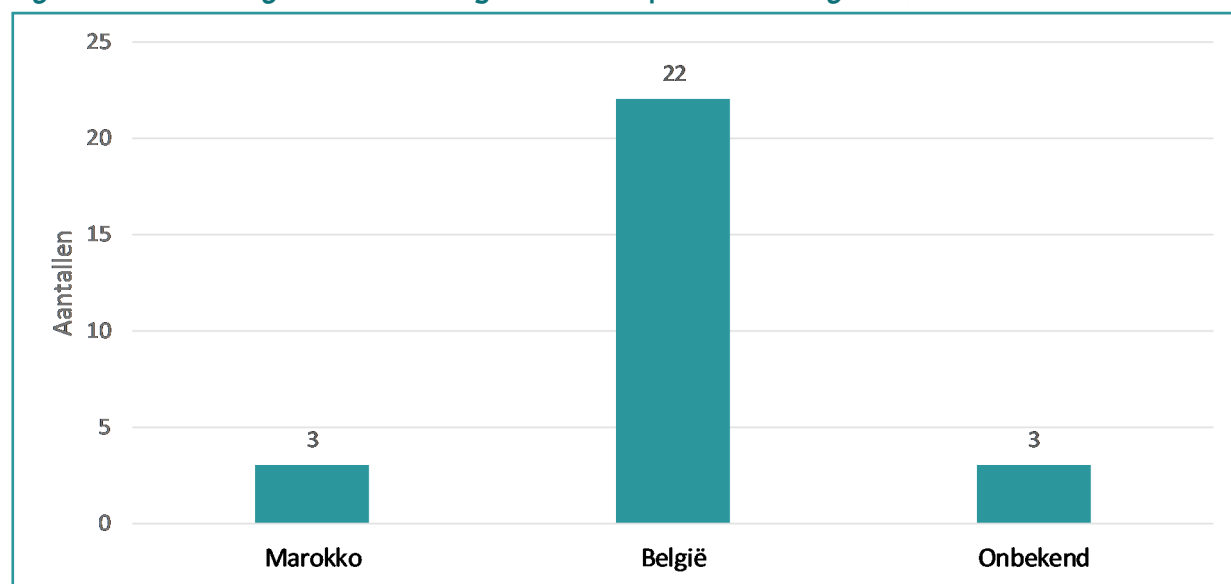
Figuur 33 Aantal registraties van *Shigella sonnei* per besmettingsland, 2018



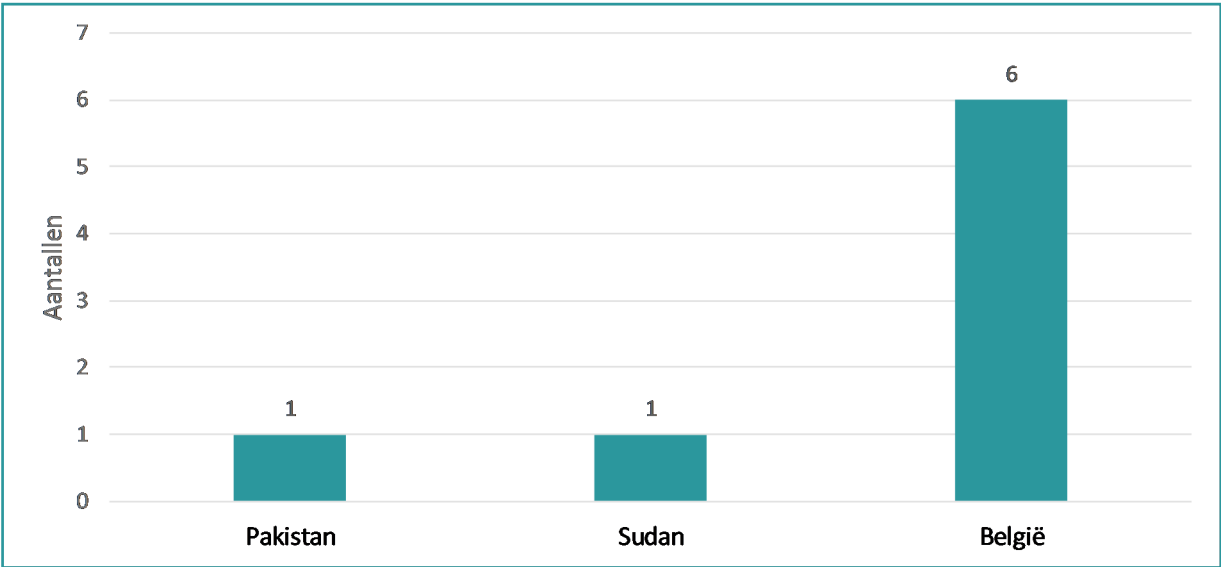
Figuur 34 Aantal registraties van *Shigella flexneri* per besmettingsland, 2017



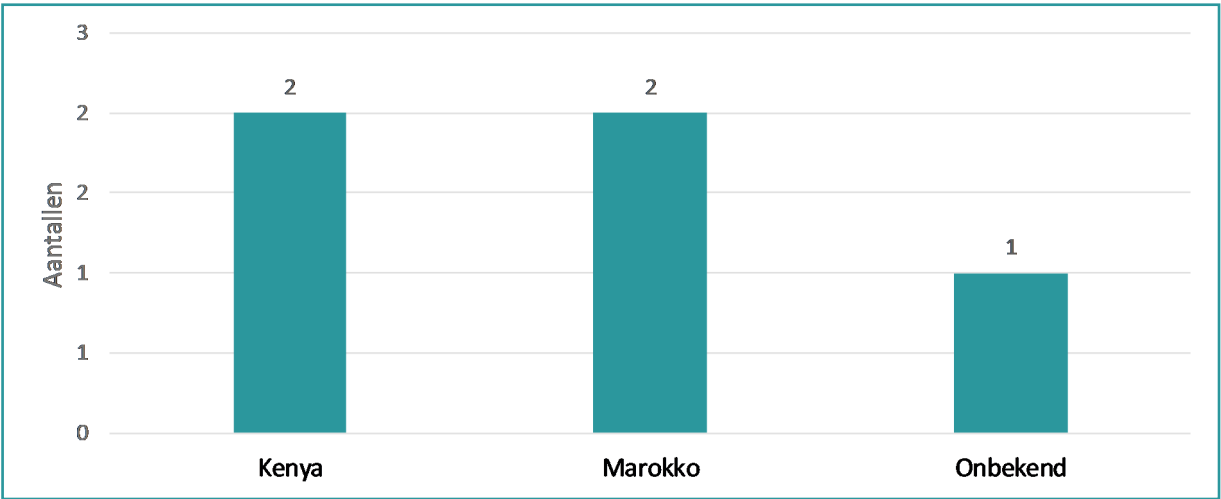
Figuur 35 Aantal registraties van *Shigella flexneri* per besmettingsland, 2018



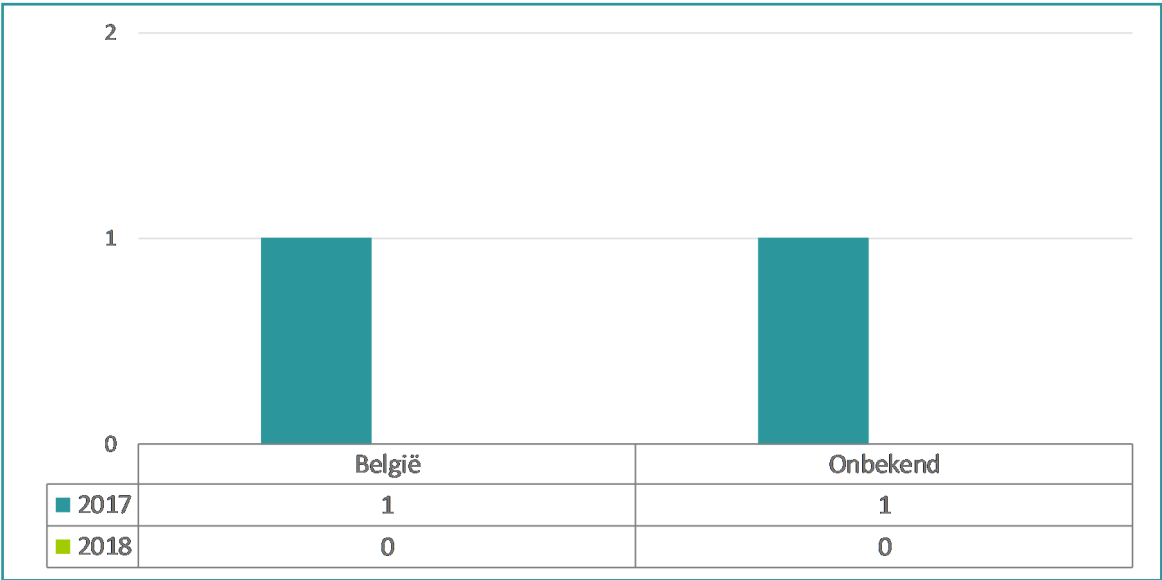
Figuur 36 Aantal registraties van *Shigella boydii* per besmettingsland, 2017



Figuur 37 Aantal registraties van *Shigella boydii* per besmettingsland, 2018



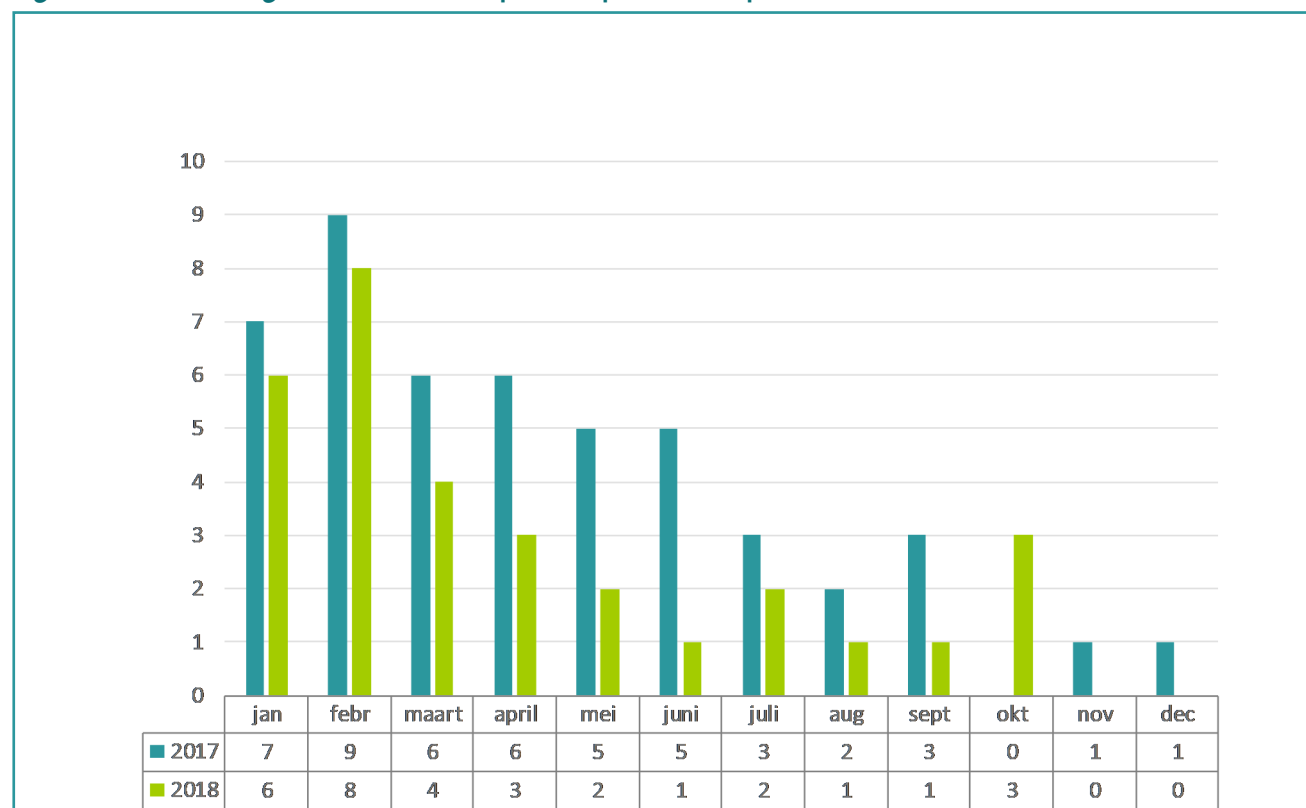
Figuur 38 Aantal registraties van *Shigella dysenteriae* per besmettingsland, 2017-2018



7.2 Groep A streptokokken

Fasciitis necroticans en Septic Toxic Shock Syndrome (STSS) veroorzaakt door groep A streptokokken zijn meldingsplichtig sinds 2017 (figuur 39). De reden voor deze meldingsplicht is dat bij deze invasieve infecties door een aantal landen profylaxis wordt ingesteld voor de huishoudcontacten. België volgt dit advies op ([zie informatiebrief artsen](#)).

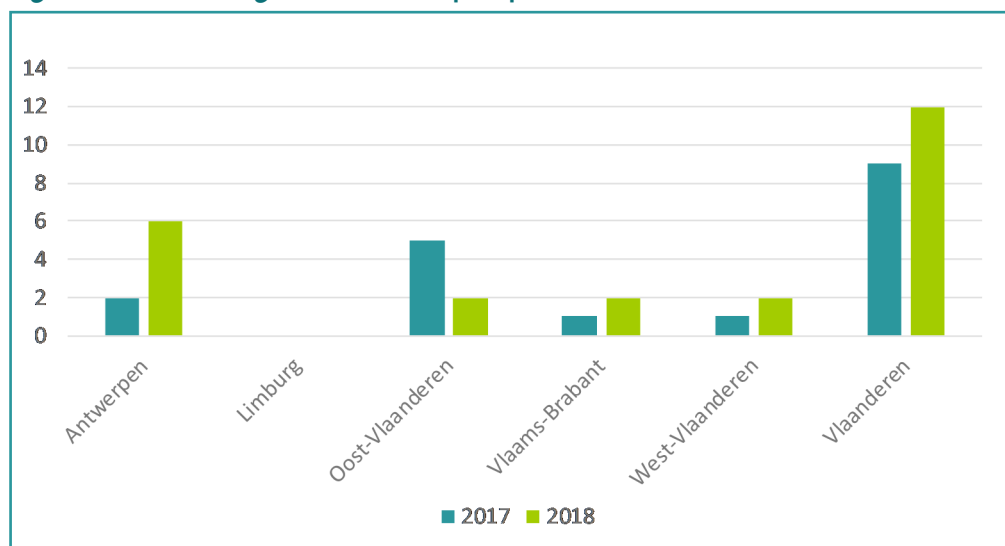
Figuur 39 Aantal registraties van Groep A Streptokokken per maand, Vlaanderen, 2017-2018



7.3 Leptospirose

Er werden twee kleine clusters gemeld van leptospirose in 2017 na een reis in Vietnam (twee mensen) en in 2018 na een reis naar Spanje (drie mensen).

Figuur 41 Aantal registraties van leptospirose, Vlaanderen, 2017-2018



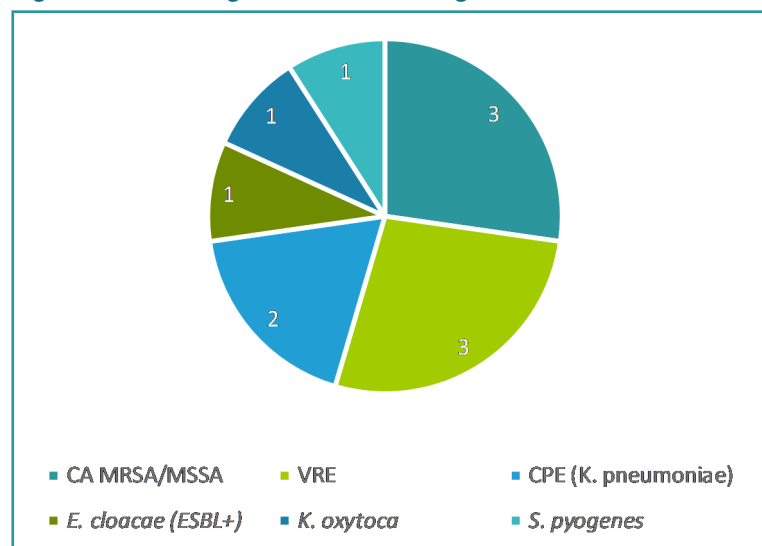
7.4 Uitbraken zorginfecties door MDRO

Uitbraken door zorginfecties met multidrugresistente micro-organismen (MDRO) zijn sinds 2017 meldingsplichtig.

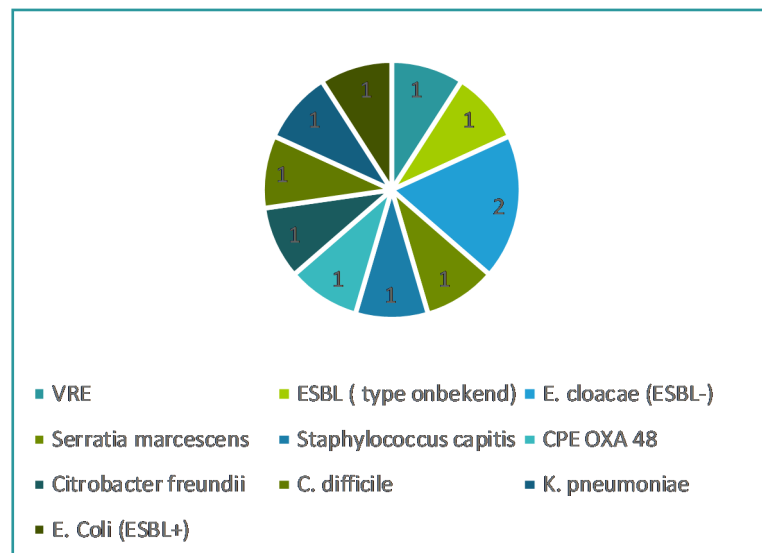
In 2017 werden 10 meldingen gemaakt en 1 melding van een niet-MDRO gerelateerde uitbraak. Alle gemelde uitbraken deden zich voor in acute ziekenhuizen. Acht ziekenhuizen hadden een hulpvraag aan het outbreak-supportteam (OST). Uitbraken met Vancomycine resistente enterokokken (VRE) en community-associated MRSA/MSSA werden in 2017 het meest gemeld.

In 2018 werden 11 meldingen gemaakt. Tien van de 11 gemelde uitbraken deden zich voor in acute ziekenhuizen, 1 in een woonzorgcentrum. Bij 7 uitbraken werd de hulp van het OST ingeroepen. Bij 2 grote uitbraken (VRE en ESBL – *E. cloacae*) werd strikte cohortering / opnamestop toegepast om de uitbraak te kunnen beëindigen. Omgevingshygiëne blijft, naast handhygiëne, een cruciale rol spelen in alle gemelde uitbraken. Ook een bijsturen van het antibioticabeleid is een belangrijk factor.

Figuur 40 Meldingen uitbraken zorginfecties door MDRO, Vlaanderen, 2017



Figuur 41 Meldingen uitbraken zorginfecties door MDRO, Vlaanderen, 2018



Overzicht van te melden infectieziekten^{1,2,3}

Anthrax	Pest
Botulisme	Pokken
Brucellose	Poliomyelitis ⁸
Cholera	Psittacose
Chikungunya-infectie ⁴	Q-koorts
Dengue ⁴	Rabies
Difterie	Salmonella typhi, S. paratyphi-infectie
EHEC-infectie	SARS ⁹
Gastro-enteritis ⁵	Scabies ¹⁰
Gele koorts	Shigella-infectie
Gonorrroe	Streptococcus pyogenes-invasieve infectie
Haemophilus influenzae type b-invasieve infectie	Syfilis
Hepatitis A	Tuberculose
Hepatitis B (acute)	Tularemie
Influenza (aviaire) ⁶	Virale hemorrhagische koorts
Legionellose	Vlektyfus
Leptospirose	Voedselinfectie ¹¹
Malaria ⁷	West Nilevirusinfectie ¹²
Mazelen	Zikavirus ¹³
Meningokokkeninfectie-invasieve infectie	Zorginfecties door multiresistente micro-organismen ¹⁴
Pertussis	

1 Vermoedelijke en geconfirmeerde gevallen, en elk vermoeden van een ernstige infectie die een epidemisch karakter dreigt aan te nemen

2 Ministerieel Besluit 19/06/2009, B.S. 20/07/2009, Besluit van de Vlaamse Regering 19/06/2009, B.S. 16/09/2009, wijziging artikel 1,

Ministerieel Besluit 19/06/2009 op 18/07/2016*

3 Alle ziekten die een onmiddellijk gevaar voor de bevolking kunnen betekenen

4 Waarbij vermoed wordt dat de besmetting gebeurde op het Europese Continent

5 Epidemische verheffing in een collectiviteit

6 Humane infectie met aviaire (of nieuw subtype) influenza, alleen in de eerste weken

7 Malaria waarbij vermoed wordt dat de besmetting heeft plaatsgevonden op het Europese continent

8 Inclusief acute slappe parese

9 (Severe Acute Respiratory Syndrome), MERS (Middle East Respiratory Syndrome), coronavirusinfectie

10 Collectieve infectie

11 Vanaf twee gevallen

12 Waarbij vermoed wordt dat de besmetting gebeurde op het Europese Continent

13 Waarbij vermoed wordt dat de besmetting gebeurde op het Europese Continent

14 Plotse toename van infecties in vergelijking met de normale incidentie

*Dit besluit trad in werking op 1 januari 2017

Adressen en contactpersonen infectieziektebestrijding Vlaanderen

Coördinatie

Dr. Dirk Wildemeersch
Koning Albert II-laan 35 bus 33
1030 BRUSSEL
T 02 553 35 07
dirk.wildemeersch@zorg-en-gezondheid.be

Oost-Vlaanderen

Dr. Naïma Hammami
Koningin Maria Hendrikaplein 70 bus 55
9000 GENT
T 09 276 13 70 - F 09 276 13 85
naïma.hammami@zorg-en-gezondheid.be

Antwerpen

Dr. Wim Flipse
Lange Kievitstraat 111-113 bus 31
2018 ANTWERPEN
T 03 224 62 06 - F 03 224 62 01
wim.flipse@zorg-en-gezondheid.be

Vlaams-Brabant

Dr. Wouter Dhaeze
Diestse poort 6 bus 52
3000 LEUVEN
T 016 66 63 53 - F 016 66 63 55
wouter.dhaeze@zorg-en-gezondheid.be

Limburg

Dr. Annemie Forier
Koningin Astridlaan 50 bus 7
3500 HASSELT
T 011 74 22 42 - F 011 4 22 59
anmarie.forier@zorg-en-gezondheid.be

West-Vlaanderen

Dr. Valeska Laisnez
Koning Albert I-laan 1-2 bus 53
8200 BRUGGE
T 050 24 79 15 - F 050 24 79 05
valeska.laisnez@zorg-en-gezondheid.be

Permanentienummer meldingen infectieziekten: 02 512 93 89

