

Vlaams Infectieziektebulletin



Vlaanderen
is zorgzaam en
gezond samenleven

Nr. 2025/2

Overzichtstabel 2017-2024	2-3
Inleiding	3-4
Infectieziekten te voorkomen door vaccinatie	4-12
Gastro-intestinale infectieziekten	12-21
Zoönoses	21-22
Vector-overgedragen infectieziekten	22-23
Zorginfecties	23-25
Andere meldingsplichtige infectieziekten	25-30

Periodieke uitgave

Meldingen van infectieziekten in Vlaanderen 2024

Naïma Hammami¹,

1. Overzichtstabel 2017-2024

De meldingsplicht voor bepaalde infectieziekten is in de allereerste plaats bedoeld om preventieve acties te ondernemen op het terrein, om zo verdere verspreiding te voorkomen. Bovendien is de registratie van de gemelde ziekten een belangrijke bron van informatie rond het voorkomen van infectieziekten in Vlaanderen. In die zin is de meldingsplicht dan ook een wezenlijk deel van de surveillance-inspanningen van de Vlaamse Overheid. Meldingen gebeuren voornamelijk door labo's, ziekenhuizen, (huis)artsen, centra voor leerlingebegeleiding (CLB) en arbeidsgeneeskundige diensten.

Dit infectieziektebulletin geeft een overzicht van de belangrijkste infectieziekten die aan het Departement Zorg werden gemeld in 2024. Voor minder gemelde infecties werken we met aantallen, voor vaker geregistreerde met registratie- of meldingsincidenties. Deze incidenties verschillen van de werkelijke incidenties omwille van onderdiagnose en -rapportage, die per ziekte verschillen. Doorgaans is de onderrapportage voor ziekten met een grotere ernst kleiner. In die zin moet "incidentie" in de verdere tekst steeds als "registratie-incidentie" gelezen worden. Wanneer de mate van onderrapportage voor een ziekte gelijk blijft, geeft de registratie een goed beeld van de epidemiologische evolutie.

Tabel 1: Aantal gevallen van meldingsplichtige infectieziekten, Vlaanderen 2017-2024

MELDINGSPLICHTIGE ZIEKTE VLAANDEREN	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
anthrax	0	0	0	0	0	0	0	0
botulisme	0	0	1	0	0	3	0	1
brucellose	3	3	2	1	3	2	4	4
buiktyfus	16	18	26	7	4	15	23	26
Candida Auris	2	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
chikungunya*	0	0	0	0	0	0	0	2
cholera	0	1	1	0	0	0	1	1
collectieve voedseltoxi-infectie	24	26	35	13	24	22	23	33
congenitale rubella	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	0
dengue*	0	0	0	0	0	0	0	49
difterie	1	0	0	0	0	8	2	3
STEC	93	70	88	59	103	185	442	335
gastro-enteritis, bij endemische verheffing in een collectiviteit	109	71	124	57	96	112	124	233
gele koorts	0	0	0	0	0	0	0	0
gonorroe	1800	1892	2159	1632	1815	2427	3585	nvt
hepatitis A	358	102	75	29	39	76	61	139
hepatitis B (acuut)	30	34	28	8	12	15	17	20
Hib (= Haemophilus influenzae type b)	2	5	5	0	1	2	5	3
influenza (humane infectie met aviaire of een nieuw subtype influenza)	0	0	0	0	0	0	0	0
legionellose	135	145	183	125	170	183	205	219
leptospirose	9	12	11	0	6	11	18	26

¹ Team infectieziektebestrijding Oost-Vlaanderen, Departement Zorg, e-mail corresponderende auteur: naïma.hammami@vlaanderen.be

malaria*	0	0	0	2	1	1	0	1
mazelen	41	38	84	9	3	1	35	123
meningokokkeninfectie	60	69	52	33	12	25	42	42
mpox	0	0	0	0	0	405	2	28
pertussis	1106	892	610	163	17	198	1169	2785
pest	0	0	0	0	0	0	0	0
pokken	0	0	0	0	0	0	0	0
poliomyelitis	0	0	0	0	0	0	0	0
acute slappe parese (niet polio)	1	3	1	0	0	1	3	0
psittacose	8	5	2	11	14	5	11	11
Q-koorts	9	3	3	5	6	3	8	8
rabiës	0	0	0	0	0	0	0	0
SARS (=Severe Acute Respiratory Syndrome)	0	0	0	0	0	0	0	0
scabiës in een collectiviteit	113	68	78	35	85	118	139	108
sepsis door streptokokken	48	31	20	13	3	46	122	60
shigellose	207	283	293	80	123	192	398	383
syfilis	935	950	1016	667	799	894	1354	nvt
tick-borne encephalitis (tbe)	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	3
tuberculose	389	402	404	360	335	366	352	391
tularemie	1	0	1	0	3	4	7	1
virale hemorrhagische koorts	0	0	0	0	0	0	0	0
vlektyfus	2	0	2	0	0	0	1	2
West-Nilevirusinfectie	0	0	0	0	0	0	0	0
zikavirusinfectie	0	0	0	0	0	0	0	0
zorginfecties**	10	11	6	2	2	5	9	10

* infecties verworven in de EU

** meldingen uitbraken van multidrugresistente micro-organismen (MDRO) in zorginstellingen

2. Inleiding

Dit themanummer biedt een overzicht van de meldingsplichtige infectieziekten in Vlaanderen in 2024. Op 23 juni werd het [Ministerieel Besluit](#) aangepast: vijf infectieziekten werden toegevoegd (acute ernstige respiratoire infecties, *Candidozyma auris*, mpox, congenitale rubella en tekenencefalitis/TBE), vijf gevalsdefinities werden aangepast (inclusie van alle importgevallen van dengue, zikavirusinfectie en chikungunya; uitbreiding naar alle humane infecties met dierlijke influenza; en meldingsplicht vanaf twee gelinkte MDRO-zorginfecties), en vier infectieziekten, waaronder syfilis en gonorroe, werden geschrapt. SARS en MERS vallen voortaan onder de bredere categorie van acute ernstige respiratoire infecties. Deze aanpassingen volgen onder andere veranderende epidemiologische risico's op en de nood aan snelle detectie van opkomende bedreigingen. Meer informatie over de rationale is [hier](#) beschikbaar.

In de zomer van 2024 werd ook InfectioNet uitgerold (voorheen gekend als het Samenwerkingsplatform voor Uitbraak Management (SUM)), het nieuwe registratie- en communicatiesysteem voor de opvolging van meldingsplichtige infectieziekten. Het platform ondersteunt zowel de dagelijkse opvolging als het beheer van uitbraken en crisissen, onder meer via functionaliteiten voor bron- en contactonderzoek. InfectioNet wordt de komende jaren verder uitgebreid met nieuwe modules en gebruikers, waaronder relevante externe partners, zodat zij uitbraken mee kunnen opvolgen en veilig informatie kunnen uitwisselen.

In 2024 kende Vlaanderen een mazelenpiek met 123 meldingen, het hoogste aantal sinds 2011. Zestig procent van de patiënten was ongevaccineerd en 30% werd opgenomen in het ziekenhuis, vooral jonge kinderen en volwassenen tussen 25 en 44 jaar. Deze uitbraken tonen dat lokale verspreiding mogelijk blijft in ondergevacceerde groepen, ondanks de eliminatiestatus. Ook kinkhoest kende een opvallende toename, met een verdrievoudiging van het aantal meldingen ten opzichte van voorgaande jaren.

Het aantal legionellosemeldingen bleef verder stijgen, mogelijk beïnvloed door weersomstandigheden en klimaatverandering. De sterke toename in STEC-meldingen was vooral het gevolg van verbeterde diagnostiek en ging niet gepaard met meer ernstige complicaties zoals HUS.

Invasieve groep A streptokokken (iGAS) bleven vaker voorkomen dan voor de pandemie, met sterfgevallen in verschillende leeftijdsgroepen. Voor het eerst sinds de meldingsplicht werden drie vermoedelijk autochtone gevallen van tekenencefalitis (TBE) vastgesteld, wat het belang benadrukt van waakzaamheid rond vectoroverdraagbare ziekten. Tot slot bleef het aantal meldingen van mpox laag, al werden wel enkele nieuwe importgevallen gerapporteerd.

Deze evoluties benadrukken het belang van blijvende alertheid, snelle melding en gecoördineerde respons om uitbraken vroegtijdig te detecteren en in te dijken.

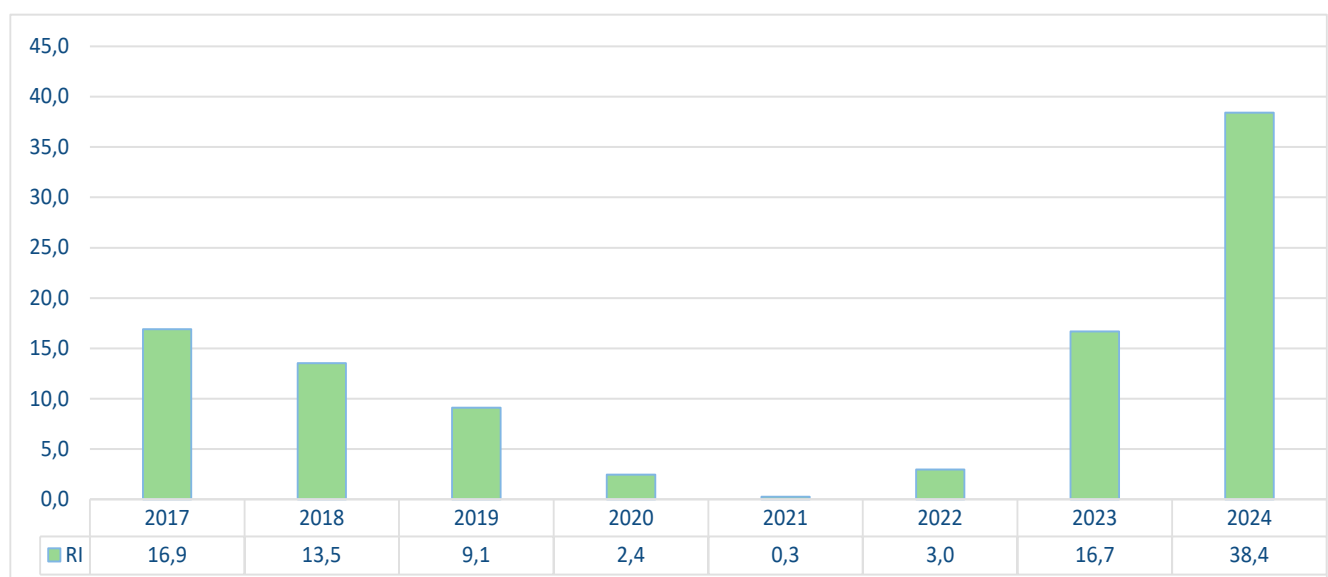
Wij moedigen iedereen aan deze cijfers te gebruiken voor verder onderzoek en analyse. Wij vragen dat u dan correct refereert, en dat kan op de volgende manier (vervang in de verwijzing hieronder de cursieve tekst door titel, datum en url van de gebruikte pagina): Departement Zorg. *Titel pagina [Online publicatie]*. Brussel, *[geraadpleegd op dag-maand-jaar]*. Beschikbaar op: [Cijfers over meldingsplichtige infectieziekten | Departement Zorg](#). Veel succes met uw publicatie! [modellicentie open data.pdf \(88.06 KB\)](#)

3. Infectieziekten te voorkomen door vaccinatie

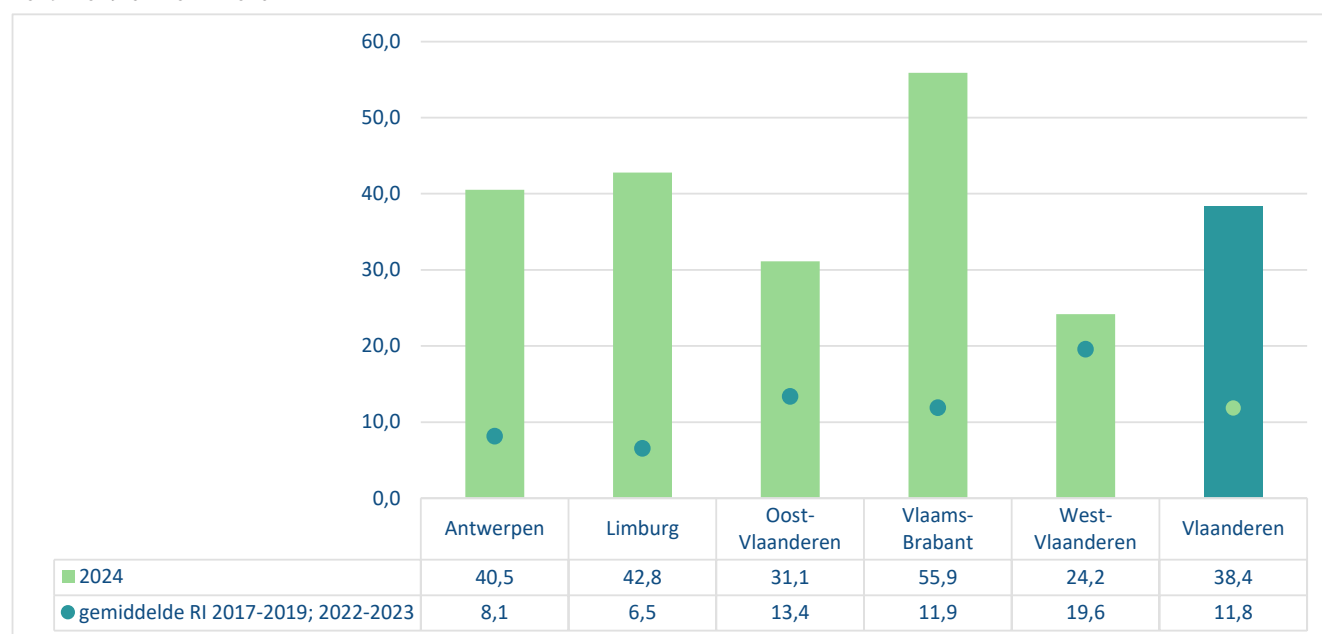
3.1 Kinkhoest

In 2024 steeg het aantal meldingen van kinkhoest in Vlaanderen tot 2.785, goed voor een incidentie van 38,4 per 100.000 inwoners (figuur 1). Dit is het hoogste niveau sinds de start van de registratie (ter vergelijking: 16,7 per 100.000 inwoners in 2023 en 9,1 in 2019). Figuur 2 toont deze stijgende trend in alle Vlaamse provincies, maar vooral in Vlaams-Brabant en Limburg.

Figuur 1: Registratie-incidentie (RI/100.000 inwoners) van kinkhoest, Vlaanderen, 2017-2024

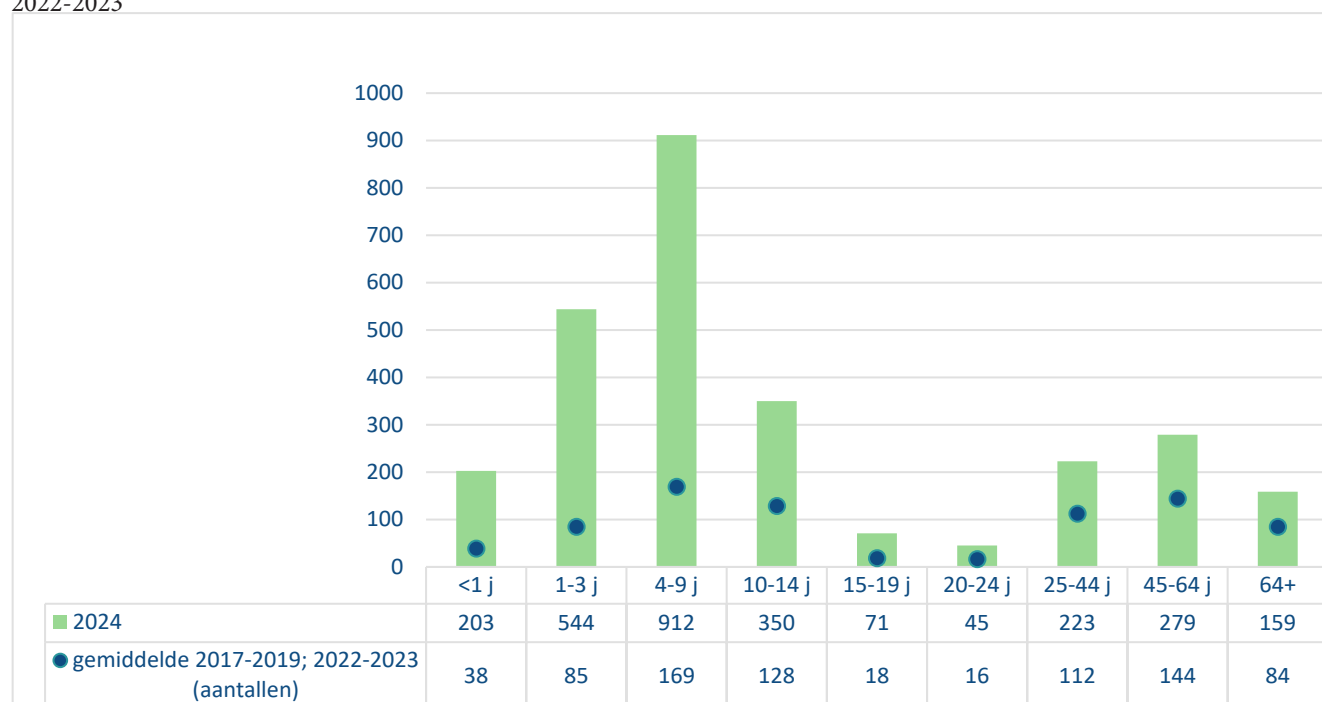


Figuur 2: Registratie-incidentie (RI/100.000 inwoners) van kinkhoest, per provincie in Vlaanderen, 2024 t.o.v. gemiddelde 2017-2019 en 2022-2023



De hoogste incidentie werd vastgesteld bij kinderen onder de 10 jaar, met een piek in de leeftijdsgroep 4–9 jaar, net voor de boostervaccinatie op 6-jarige leeftijd (figuur 3). Van de 1.670 gemelde (waarschijnlijke of bevestigde) gevallen bij kinderen <10 jaar waren er 206 bij kinderen jonger dan 1 jaar, waarvan 60 gehospitaliseerd. Sinds 2013 beveelt de [Hoge Gezondheidsraad](#) (HGR) vaccinatie aan voor zwangere vrouwen tussen 24 en 32 weken zwangerschap. Deze maternale vaccinatie biedt een passieve bescherming aan zuigelingen, vooral in de eerste zes levensmaanden. Van de 97 gemelde gevallen bij kinderen <6 maanden was 33% (n = 32) van de moeders niet gevaccineerd, 25% wel (n = 24) en bij 42% (n = 41) was de vaccinatiestatus onbekend. Aangezien in 2020 ongeveer 85% van de zwangere vrouwen in Vlaanderen gevaccineerd werd, zien we dat zuigelingen van ongevaccineerde moeders relatief vaker in de meldingen voorkomen.

Figuur 3: Aantal registraties van kinkhoest, per leeftijdscategorie, Vlaanderen, 2024 t.o.v. gemiddelde 2017-2019 en 2022-2023



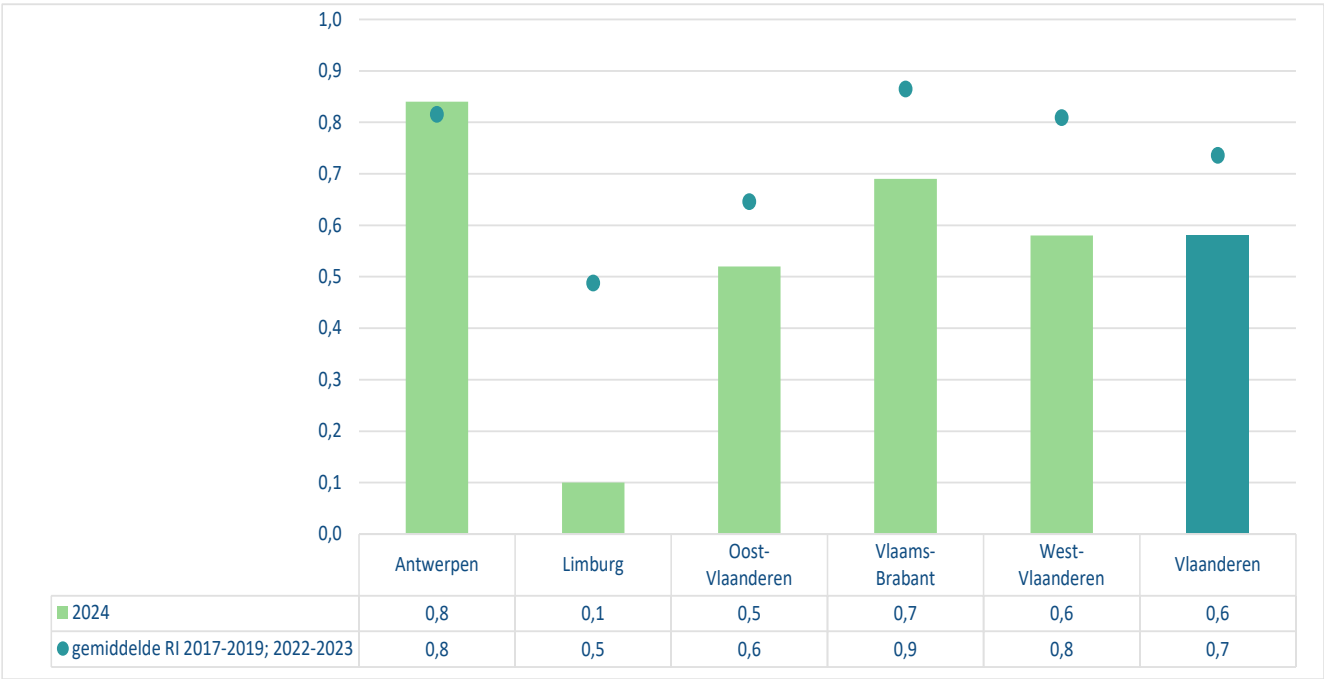
Zowel [Sciensano](#) als het ECDC ([ECDC, 2024](#)) signaleren sinds eind 2023 een duidelijke toename van pertussisgeval-
len in meerdere EU-lidstaten, waaronder Frankrijk, Zweden, Nederland, Oostenrijk en Ierland. De toename wordt
deels verklaard door het cyclisch karakter van kinkhoest en afnemende immuniteit na vaccinatie of doorgemaakte
infectie. Daarnaast leidde de verminderde circulatie van *B. pertussis* tijdens de COVID-19-pandemie tot een daling
van de groepsimmuniteit, met een toename in de groep van vatbare personen. Dit resulteerde in een ‘immunity gap’
die in 2023–2024 aanleiding gaf tot een ongewoon sterke stijging van het aantal besmettingen.

3.2 Invasieve meningokokken

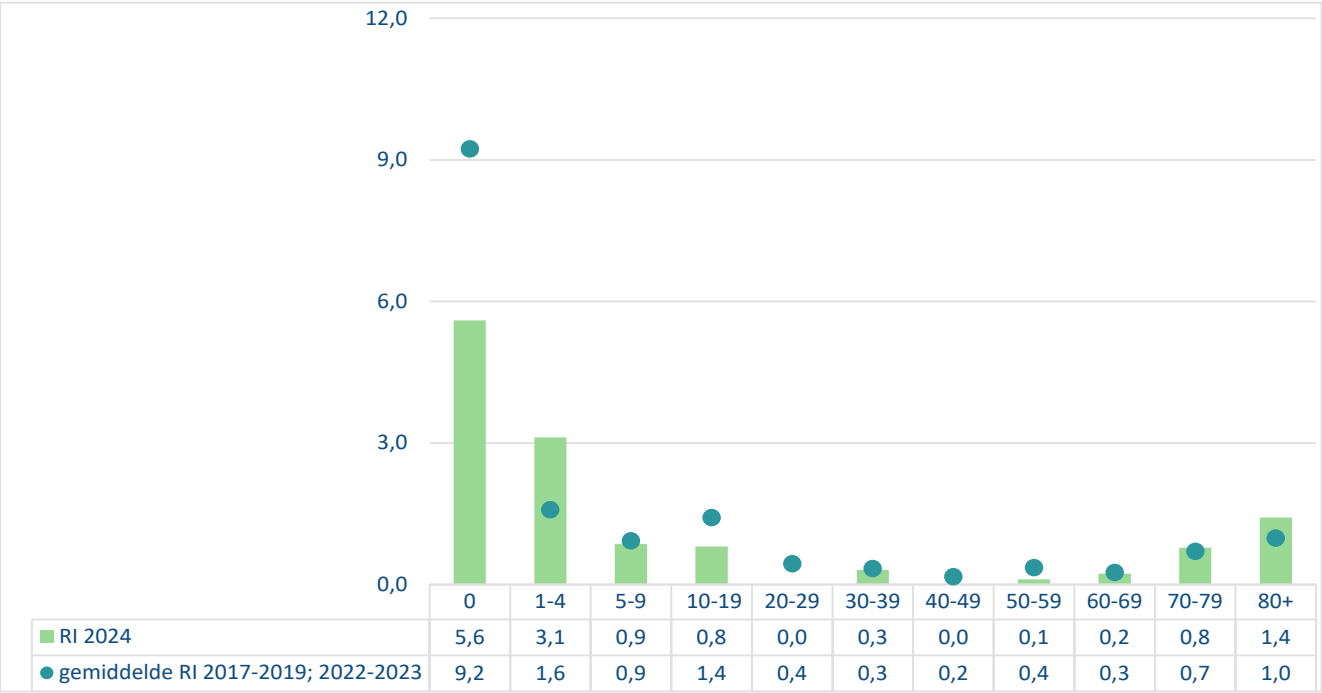
In 2024 werden in Vlaanderen 42 gevallen van invasieve meningokokkeninfectie gemeld, wat overeenkomt met een
incidentie van 0,4 per 100.000 inwoners (figuur 4). Dit ligt nog steeds onder het niveau van vóór de COVID-19-
pandemie. De incidentie verschilde provinciaal: Antwerpen had met 0,8 per 100.000 inwoners de hoogste incidentie,
terwijl in Limburg slechts één geval werd gemeld.

De incidentie was het hoogst bij kinderen <5 jaar, en vooral bij kinderen <1 jaar (figuur 5). In deze jongste leef-
tijdsgroep was wel de daling ten opzichte van de vorige jaren gemiddeld het grootst, terwijl bij de 1-4 jarigen een
stijging werd gezien. Dit benadrukt het belang van vaccinatie bij jonge kinderen en risicogroepen, en van een snelle
detectie en melding van mogelijke gevallen.

Figuur 4: Registratie-incidentie (RI/100.000 inwoners) van meningokokken, per provincie in Vlaanderen, 2024 t.o.v.
gemiddelde 2017-2019 en 2022-2023



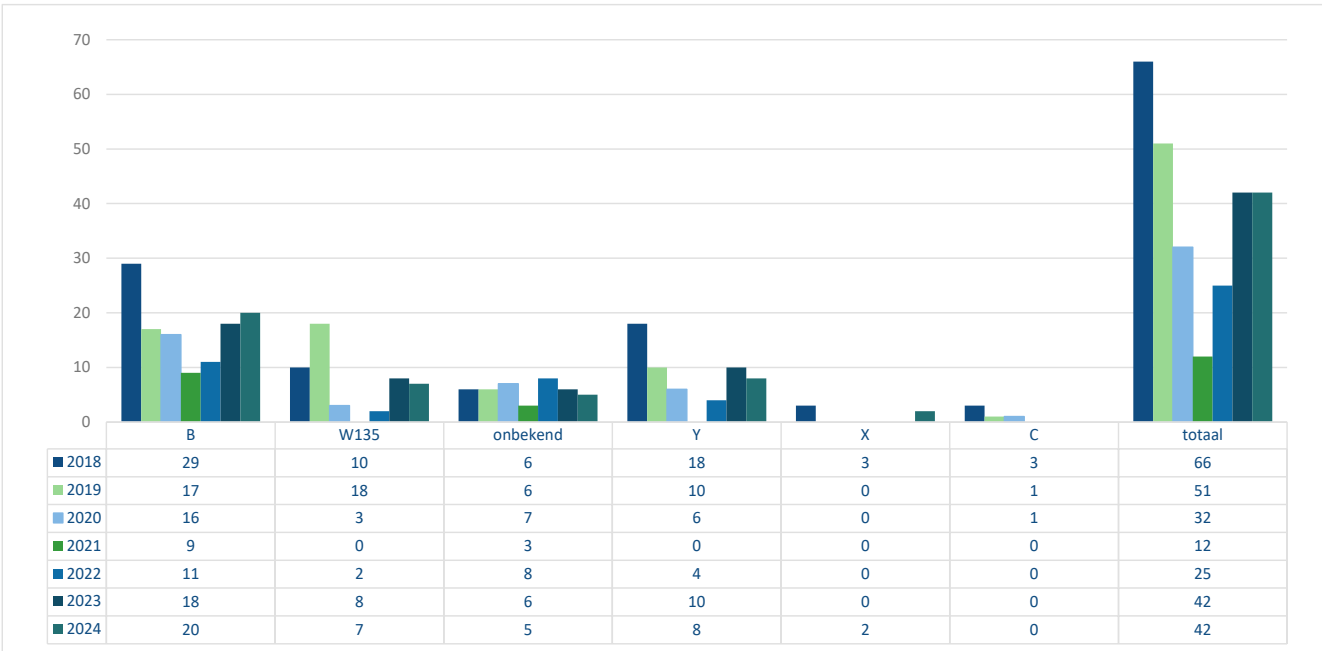
Figuur 5: Registratie-incidentie (RI/100.000 inwoners) van meningokokken, per leeftijdscategorie in Vlaanderen, 2024 t.o.v. gemiddelde 2017-2019 en 2022-2023



Wat betreft de meningokokkentypes was serogroep B in 2024 opnieuw het meest frequent (48%), gevolgd door serogroep Y (19%) en serogroep W (17%) (figuur 6). De proportie serogroep W blijft lager dan in 2019 (toen 35%), terwijl serogroep B nu een groter aandeel vertegenwoordigt dan in datzelfde jaar (33%). Serogroep B kwam hoofdzakelijk voor bij kinderen, terwijl serogroepen Y en W vaker voorkwamen bij volwassenen (zie tabel 2).

In 2024 werd in België op basis van genetische typering met behulp van whole genome sequencing geschat dat het Bexsero-vaccin bescherming zou bieden tegen 67% van de circulerende serogroep B-stammen, en het Trumenba-vaccin tegen 72%. Deze lagere geschatte dekking ten opzichte van de periode 2016–2022 (respectievelijk 81% en 89%) houdt vermoedelijk verband met verschuivingen in de circulerende clonale complexen. ([Sciensano. Belgian MenB Surveillance Report 2024](#))

Figuur 6: Meningokokkeninfecties: evolutie meldingen per serogroep, Vlaanderen 2018-2024



Sinds juli 2023 is het geconjugiseerd ACWY-vaccin opgenomen in het basisvaccinatieschema in Vlaanderen ter vervanging van het vaccin tegen meningokokken C op de leeftijd van 15 maanden, conform het advies van de [HGR](#), 2019. Deze wijziging beoogt een betere bescherming tegen de circulatie van diversie serogroepen. In 2024 werden bij 1- tot 4-jarigen 9 meldingen geregistreerd; bij 5 van deze gevallen was de serogroep bekend, en geen daarvan werd veroorzaakt door één van de vier serogroepen waartegen het ACWY-vaccin beschermt.

Tabel 2: Leeftijdsgerelateerde verdeling serogroepen meningokokkeninfecties, Vlaanderen 2024

Leeftijdscategorie	N	Serogroep B	Serogroep Y	Serogroep W135	Serogroep X	Onbekend	Overleden
0j	4	3	0	1	0	0	
1-4j	9	4	0	0	1	4	
5-9j	4	3	1	0	0	0	
10-14j	3	0	2	1	0	0	
15-19j	4	3	1	0	0	0	B(1)
20-24j	0	0	0	0	0	0	
25-44j	4	2	0	1	0	1	
45-64j	2	1	1	0	0	0	
65+j	12	4	3	4	1	0	W135 (1)
Totaal	42	20	8	7	2	5	

In 2024 werden twee overlijdens (5%) gemeld, bij patiënten ouder dan 16 jaar (tabel 2). Het overlijden trad telkens op binnen vijf dagen na het begin van de symptomen. Ter vergelijking: in 2023 waren er vier overlijdens (10%), in 2022 drie (8%) en in 2019 vier (6%).

In 2024 werd één cluster van meningokokkeninfecties vastgesteld: twee gevallen van meningitis bij kinderen uit hetzelfde gezin, met start symptomen op dezelfde dag. Beide infecties werden veroorzaakt door serogroep Y. De kinderen waren gevaccineerd met het monovalente MenC-vaccin. Naast het primordiale belang van een snelle herkenning en diagnose, blijft ook een snelle melding van een vermoeden van invasieve meningokokkeninfectie essentieel, zodat tijdig advies kan worden gegeven over chemoprophylaxe en eventuele vaccinatie voor nauwe contacten (zie [informatiebrief artsen](#)). Tot slot blijft het belangrijk om alle geïsoleerde meningokokkenstammen door te sturen naar het Nationaal Referentiecentrum, zodat circulerende types nauwgezet opgevolgd kunnen worden en gericht postexpositie vaccinatie aanbevolen kan worden.

3.3 Mazelen

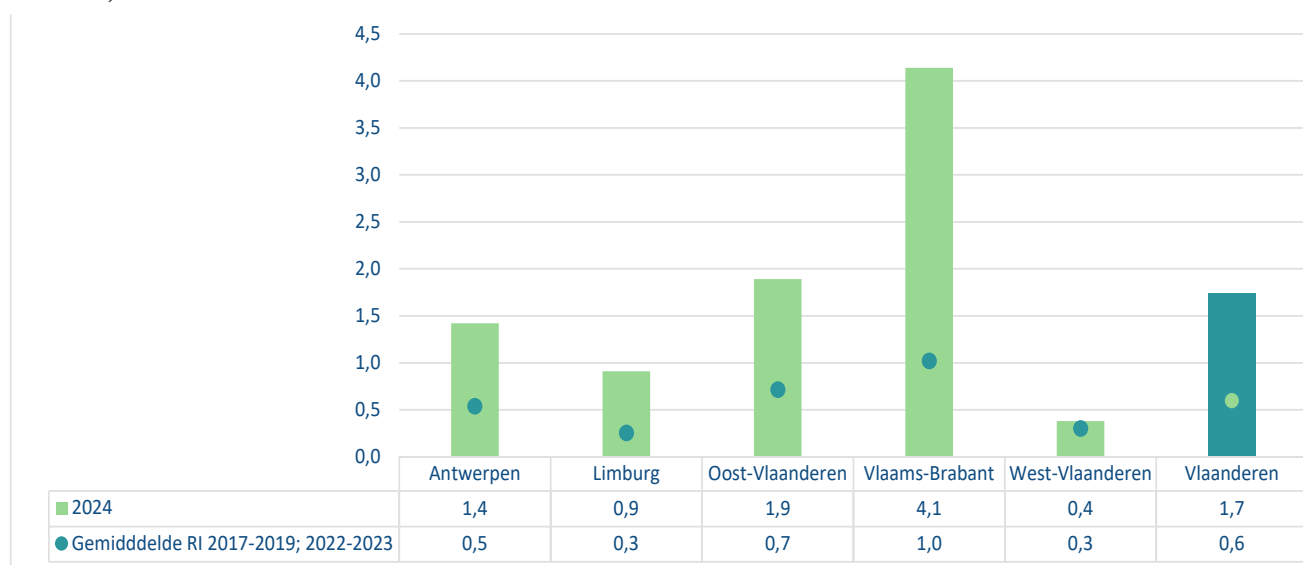
In 2024 werden in Vlaanderen 123 meldingen van mazelen geregistreerd (1,7 per 100 000 inwoners) (figuur 7). Dit is een sterke stijging ten opzichte van 2023 (35 gevallen); enkel de uitbraak van 2011 (145 meldingen) liet meer gevallen zien. De meldingen kwamen uit alle provincies, maar vooral uit Vlaams-Brabant (n = 50), Oost-Vlaanderen (29) en Antwerpen (28).

De verheffing begon in april (14 gevallen) en bereikte een piek in juni (39 gevallen), waarna het aantal daalde tot nul in oktober-november. De eerste gevallen kwamen vooral voor in Vlaams-Brabant en hadden vaak een link met Brussel, o.a. bij kinderen die in Brussel wonen maar schoollopen in Vlaanderen. Het aantal meldingen in Brussel was op dat moment hoog. Vanaf mei en vooral juni zagen we echter een verspreiding naar alle provincies.

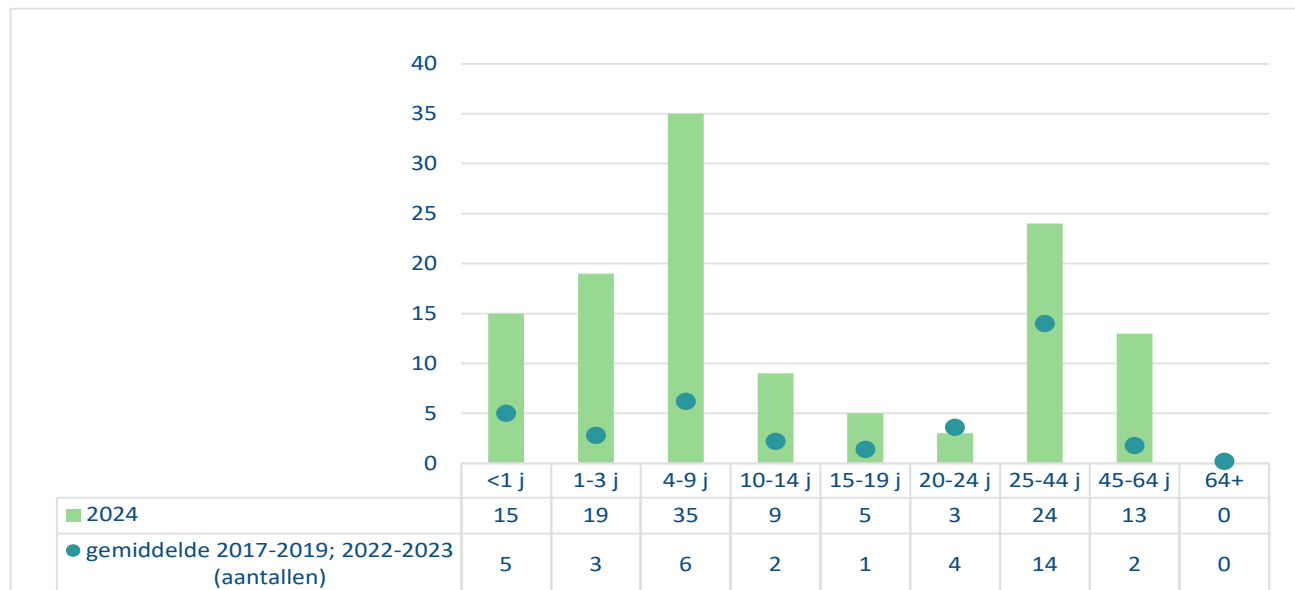
Van de 123 patiënten was 60% niet gevaccineerd, 15% had één dosis MBR ontvangen, en 25% had een onbekende (niet gedocumenteerde) vaccinatiestatus. Eén geval was een volledig gevaccineerde persoon waarbij de aviditeits-test een secundair vaccinfalen aantoonde, met beperkte besmettelijkheid. Van de 19 patiënten die één MBR dosis hadden gekregen, waren er 11 ouder dan 10 jaar (58%). Dit wijst erop dat het merendeel geen tweede dosis kreeg ondanks dat ze daar volgens het schema wel al in aanmerking voor kwamen, wat eerder op gemiste vaccinaties wijst dan op te jonge leeftijd.

De meeste meldingen betroffen kinderen jonger dan 10 jaar (56%; figuur 8), van wie 26% gehospitaliseerd werd. Vooral zuigelingen jonger dan 1 jaar, nog te jong om gevaccineerd te zijn, vormden een kwetsbare groep: 33% (5/15) werd gehospitaliseerd. Daarnaast deed zich een tweede piek voor bij volwassenen van 25–64 jaar (30% van de gevallen), waarvan bijna de helft (46%) in het ziekenhuis belandde.

Figuur 7: Registratie-incidentie (RI/100.000 inwoners) van mazelen, per provincie in Vlaanderen, 2024 t.o.v. gemiddelde 2017-2019; 2022-2023



Figuur 8: Aantal registraties van mazelen, per leeftijdscategorie, Vlaanderen, 2024 t.o.v. gemiddelde 2017-2019; 2022-2023



Ook internationaal was er een hoge circulatie van mazelen in 2024 en werden omvangrijke uitbraken gerapporteerd, o.a. in Roemenië, Marokko, Frankrijk en Oostenrijk. In Vlaanderen werden dan ook 14 importgevallen (11%) vastgesteld, vooral uit Roemenië en Marokko; enkele hiervan leidden tot secundaire transmissie (tabel 3). Dertien van deze importgevallen traden op in de tweede helft van het jaar (vanaf augustus).

Tabel 3: Besmettingsland, mazelen, Vlaanderen, 2024

Besmettingsland	N	gerelateerde clusters	Totaal aantal sec gevallen
België	107	18	39
Roemenië	5	1	3
Marokko	4	0	0
Turkije	2	1	1
Bosnië-Herzegovina	1	1	0
Italië	1	0	0
Spanje	1	0	0
Onbekend	2	0	0

In totaal werden 21 clusters vastgesteld, voornamelijk binnen gezinnen, maar ook in kinderdagverblijven, scholen en ziekenhuizen (tabel 4). Een belangrijke verspreiding werd gedocumenteerd vanaf april en juni, met transmissie in Nederlandstalige scholen in Brussel, wat de documentatie van vaccinatiestatus bemoeilijkte (verschillende vaccinatiepunten: ONE <-> CLB). Deze infectiedruk vanuit Brussel via niet gevaccineerde kinderen zorgde voor een introductie van mazelen gevallen in Vlaanderen.

Tabel 4: Overzicht clusters mazelen, Vlaanderen, 2024

Clustersetting	Aantal clusters	Range	Uitlopers, locatie
Familie	11	2-4	alle provincies
Kinderdagverblijf	5	2-14	Oost-Vlaanderen met uitloper naar de bosklassen (2) , Limburg, Vlaams-Brabant Uitlopers naar school, gezin, bosklas
School	2	2-3	Vlaams-Brabant*, Oost-Vlaanderen als uitloper van een yogakamp (2)
Ziekenhuis	3	2-6	Antwerpen als uitloper van een uitbraak in het nooddorp (7), Vlaams-brabant

*Nederlandstalige scholen in Brussel niet weergegeven - worden gerapporteerd door Brussel (domicilie)

Mazelen is een van de meest besmettelijke infectieziekten (R0: 12–18), waardoor uitbraken kunnen ontstaan wanneer de vaccinatiegraad onder de 95% daalt. België behaalde in 2020 de WHO-status “eliminatie” (≥ 3 jaren zonder endemische transmissie). De situatie in 2024, met een hoog aantal ongevaccineerde jonge kinderen en volwassenen, toont echter dat het bestaan van grotere groepen vatbare personen een blijvend risico vormt voor verspreiding. De meeste importgevallen werden vastgesteld in de tweede helft van 2024. De vaccinatiegraad voor twee doses mazelenvaccin blijft suboptimaal in Vlaanderen rond 89% ([vaccinatiegraadstudie 2020](#)), met bijkomende regionale verschillen en moeilijk bereikbare groepen. Dit creëert immuniteitshiato's die zich ook weerspiegelen in de leeftijdsverdeling van de gemelde gevallen. Analyse door het [NRC mazelen](#) bevestigt echter dat de uitbraken van 2024 onafhankelijk van elkaar ontstonden, zonder aanwijzingen voor endemische transmissie. Seroprevalentiestudies tonen daarnaast leemtes in de immuniteit bij bepaalde geboortecohorten, wat het belang van inhaalvaccinaties onderstreept.

Voor een effectieve preventie blijft systematische controle en aanvulling van de vaccinatiestatus bij zowel kinderen als volwassenen noodzakelijk. In Vlaanderen zijn twee vaccinatiedosissen opgenomen in het basisvaccinatieschema; [inhaalvaccinaties](#) zijn gratis beschikbaar, ook voor volwassenen geboren vanaf 1970. Bij reizen naar landen met hoge incidentie (zie [wanda.be](#)) kan een vervroegde vaccinatiedosis worden toegediend.

Snelle melding en isolatie van vermoedelijke gevallen blijven cruciaal, met bevestiging van de diagnose via PCR of serologie. Tijdens uitbraken moeten strikt uitbraakmanagement en gerichte vaccinatiecampagnes worden toegepast, met bijzondere aandacht voor kwetsbare en ondergevacceerde groepen.

3.4 Difterie

In 2024 werden in Vlaanderen drie meldingen van difterie geregistreerd, veroorzaakt door een toxineproducerende *Corynebacterium diphtheriae*: twee cutane gevallen en één geval van faryngitis. Eén patiënt liep de infectie op na een verblijf in Mali. Bij de patiënt met faryngitis werd difterie-antitoxine (DAT) toegediend.

Elk klinisch vermoeden van difterie moet onmiddellijk gemeld worden aan het Departement Zorg, zodat tijdig kan worden ingeschat of toediening van DAT nodig is en of screening van de patiënt (keeldragerschap) en diens nauwe contacten vereist is om het transmissierisico in te schatten en verdere verspreiding te voorkomen. De difterievaccinatie (DTP) biedt bescherming tegen het toxine en voorkomt zo ernstige ziekte, maar niet kolonisatie of transmissie. Daarom blijven melding en contactopvolging essentieel, ook bij gevaccineerde personen.

3.5 Acute slappe parese

In 2024 werden in Vlaanderen geen gevallen van acute slappe parese (acute flaccid paralysis - AFP) gemeld., er grote onderrapportage betekent. In de afwezigheid van polioviruscirculatie wordt in een sensitief surveillancesysteem immers minstens één non-polio AFP-case per 100.000 inwoners onder de leeftijd van 15 jaar verwacht ([Bron: WHO](#)).

Blijvende sensibilisering van artsen – in het bijzonder kinderartsen en neurologen – blijft cruciaal, aangezien bij elk geval van AFP poliomyelitis uitgesloten moet worden. Volgens de internationale surveillancriteria moeten bij

elk vermoeden van AFP twee fecesmonsters worden afgenomen met een tussentijd van 24 tot 48 uur, en dit binnen 14 dagen na de eerste ziekteverschijnselen.

3.6 Hepatitis B

In 2024 werden in Vlaanderen 20 gevallen van acute hepatitis B gemeld, wat aansluit bij de stijgende trend sinds 2020 (Tabel 1). Hoewel het aantal meldingen nog onder het niveau van vóór de COVID-19-pandemie ligt (28 meldingen in 2019), is het in 2024 opnieuw hoger dan het gemiddelde van de jaren 2017–2019 en 2022–2023.

De meeste meldingen in 2024 gebeurden bij volwassenen tussen 30 en 64 jaar, met een piek in de groep 35–39 jaar. Deze leeftijdsverdeling is in lijn met het effect van de systematische hepatitis B-vaccinatie in Vlaanderen, die sinds 1999 wordt aangeboden aan zowel zuigelingen als aan 12- tot 13-jarigen. De eerste gevaccineerde cohorten zijn intussen tussen de 25 en 38 jaar oud. Meldingen bij jongere volwassenen zijn zeldzaam geworden, wat de effectiviteit van vaccinatie illustreert.

Wat betreft vermoedelijke transmissiewijze werd in 2024 in 35% van de meldingen seksuele overdracht als waarschijnlijke bron gerapporteerd. Daarnaast werd één geval toegeschreven aan naaldcontact en één aan een zorggerelateerde infectie waarbij de besmetting vermoedelijk plaatsvond in Roemenië. Van deze patiënt was de vaccinatiestatus onbekend (zie tabel 5).

Het belang van bronopsporing en opvolging blijft cruciaal, vooral in het kader van de WHO eliminatiedoelstelling voor hepatitis B. Tijdige detectie en melding helpen niet alleen bij de preventie van verdere transmissie, maar ook bij het bieden van zorg en vaccinatie aan contacten.

Tabel 5: Verdeling van hepatitis b-meldingen naar vermoedelijke transmissieroute, Vlaanderen 2022–2024

	2022	2023	2024
seksuele overdracht	5	3	7
naaldcontact	0	0	1
zorginfectie	0	0	1
verticale transmissie	0	0	0
andere	1	0	2
onbekend	9	12	9

3.7 *Haemophilus influenza type b* (Hib)

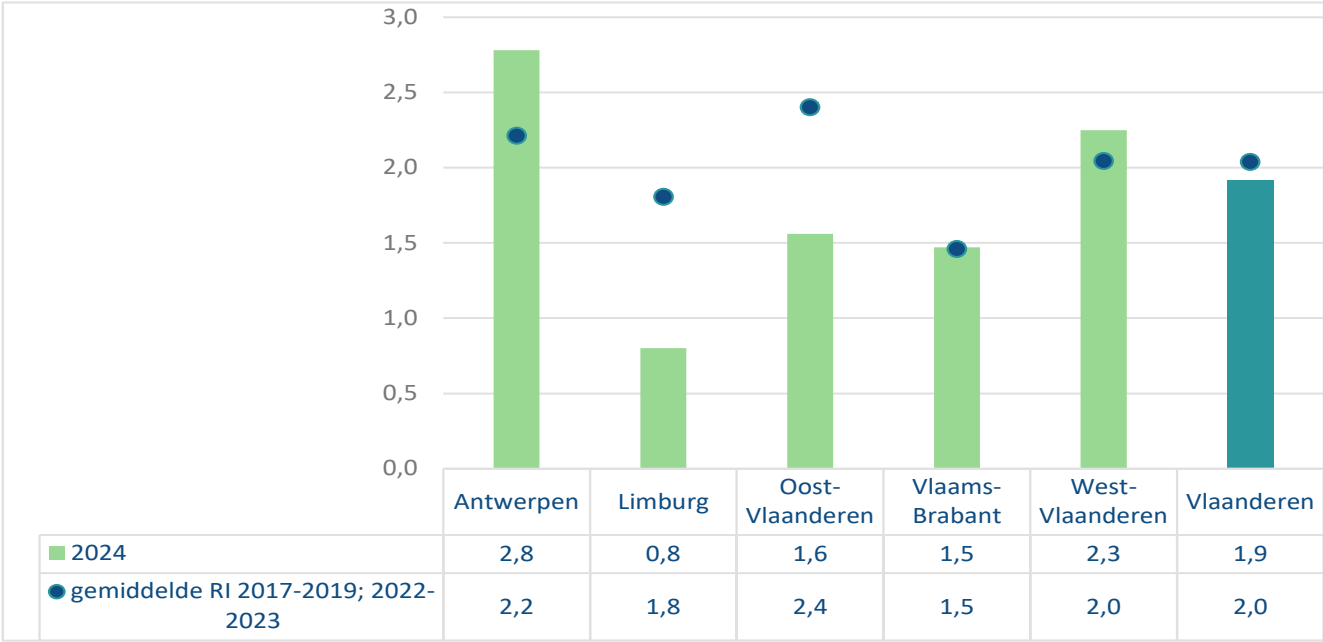
In 2024 werden in Vlaanderen drie gevallen van Hib gemeld. Het betrof volwassenen geboren tussen 1950 en 1988, allen zonder geregistreerde Hib-vaccinatie of met een onbekende vaccinatiestatus. Dat wijst er wel op dat serotype b nog steeds circuleert, en tijdige vaccinatie van jonge kinderen belangrijk blijft.

4. Gastro-intestinale ziekten

4.1 Hepatitis A

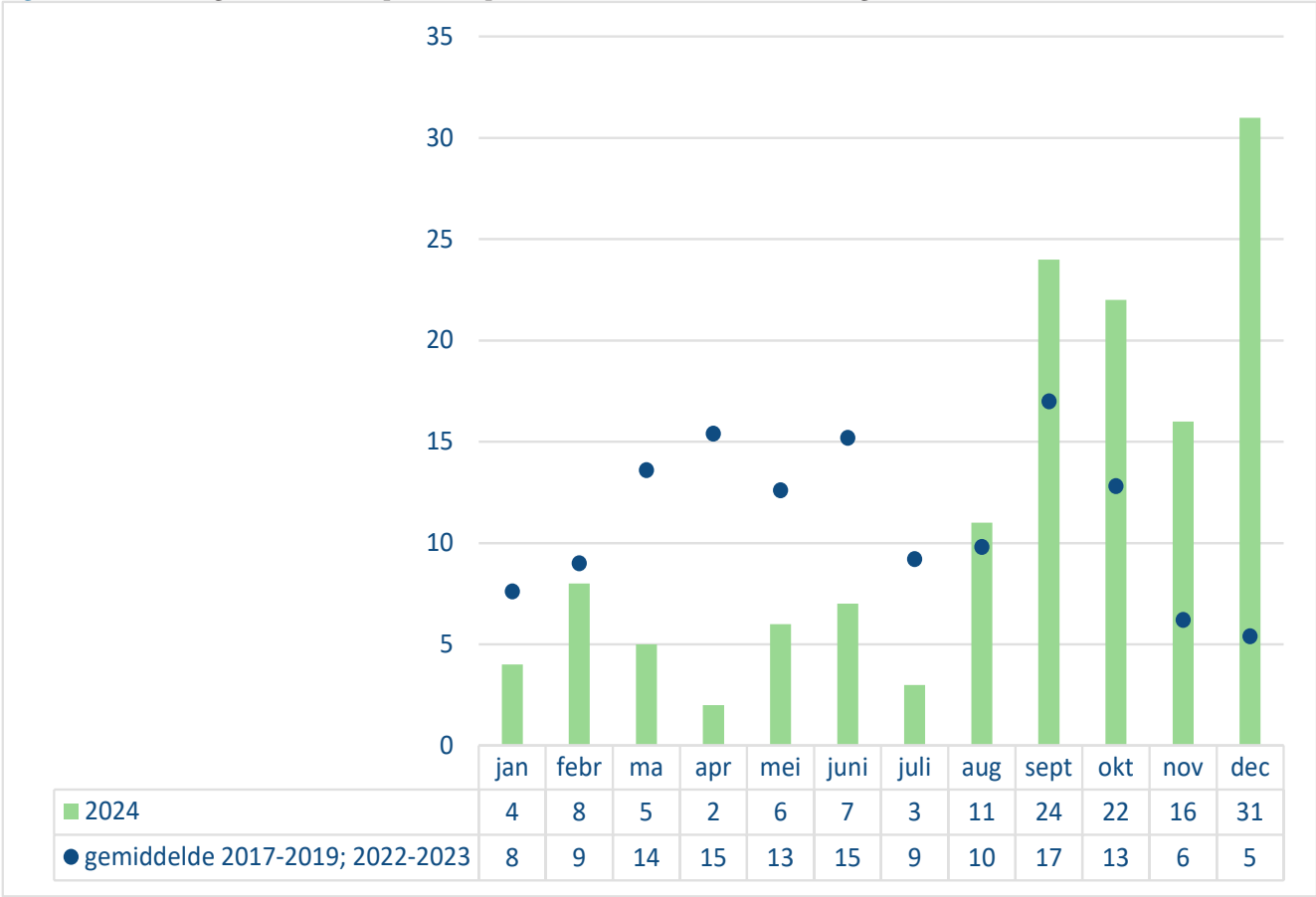
In 2024 werden in Vlaanderen 139 gevallen van hepatitis A gemeld, wat een verdubbeling betekent ten opzichte van 2023 (63 meldingen) en 2022 (76 meldingen). Ondanks deze stijging was de incidentie in Vlaanderen vergelijkbaar met het gemiddelde van de voorgaande jaren (figuur 9), hoofdzakelijk door de hoge aantallen in de pre-COVID-periode. In Limburg en Oost-Vlaanderen lag de registratie-incidentie 50% lager dan het gemiddelde van de referentie jaren (figuur 9).

Figuur 9: Registratie-incidentie (RI/100.000 inwoners) van hepatitis A, per provincie in Vlaanderen, 2024 t.o.v. gemiddelde 2017-2019, 2022-2023

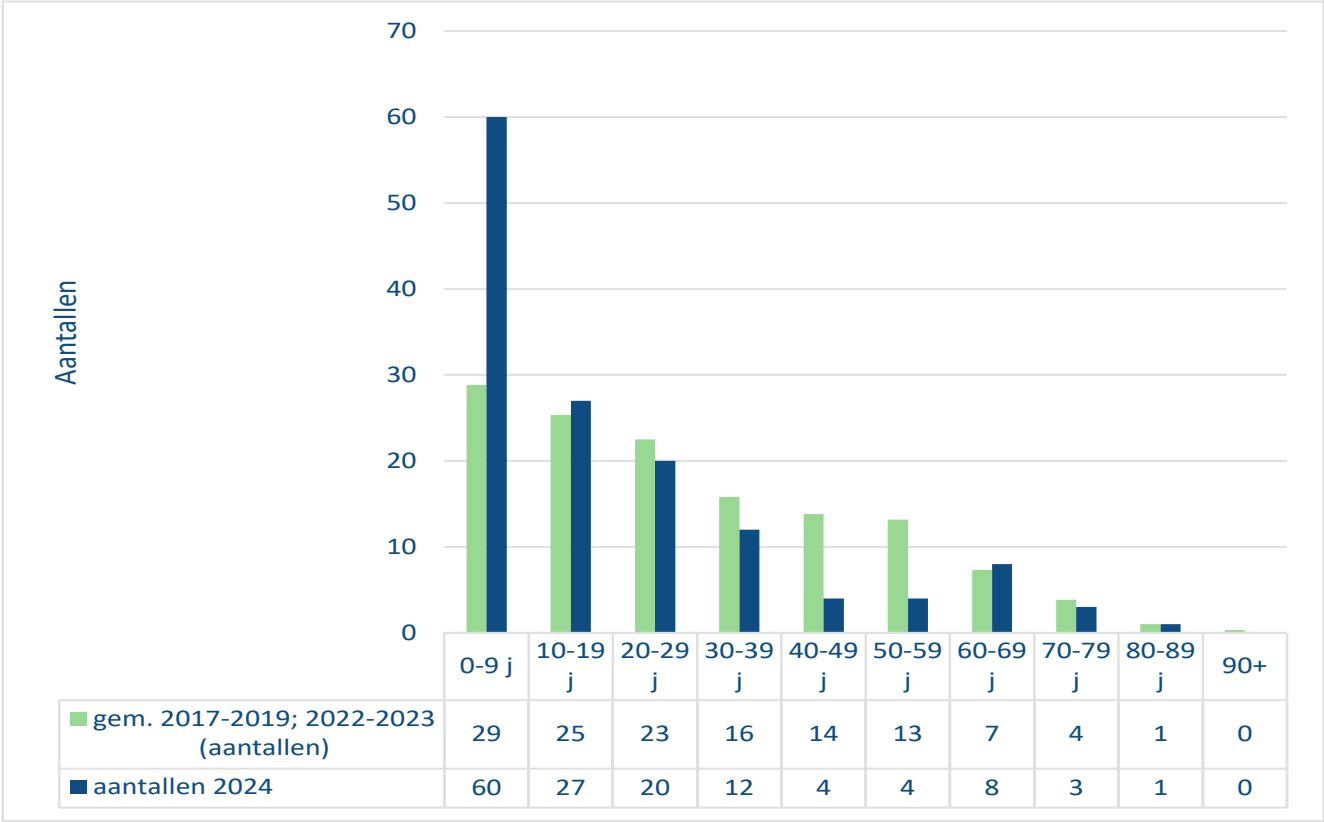


Het aantal meldingen nam toe vanaf september en piekte in december (figuur 10). Deze toename was vooral zichtbaar in de leeftijdsgroep 0–9 jaar (figuur 11), waarbij 63% (38 van de 60 gevallen) kinderen van 5 jaar of jonger waren.

Figuur 10: Aantal registraties van hepatitis A, per maand, Vlaanderen, 2024 t.o.v. gemiddelde 2017-2019, 2022-2023



Figuur 11: Aantal registraties van hepatitis A, per leeftijdscategorie, Vlaanderen, 2024 t.o.v. gemiddelde 2017-2019, 2022-2023



De belangrijkste vermoedelijke besmettingsbronnen waren contact met een zieke (51 gevallen, 37%) en reis naar het buitenland (45 gevallen, 32%). In 29% van de gevallen bleef de bron onbekend. Er werd geen (seksuele) transmissie vastgesteld binnen de gemeenschap van mannen die seks hebben met mannen (MSM), zoals wel het geval was bij de verheffing in 2017. Tabel 6 toont dat de importgevallen vooral na verblijf in Noord-Afrika en Azië komen. Deze importgevallen kunnen een verdere verspreiding veroorzaken in het gezin of in kindercollectiviteiten, vooral omdat de kliniek bij jonge kinderen vaak mild of asymptomatisch verloopt. Vaak gaat het om jonge kinderen die nog geen immuniteit hebben en tijdens een bezoek aan het land van herkomst van hun familie besmet raken.

Tabel 6: Aantal registraties van hepatitis A, verdeling per besmettingsland, 2017 – 2024

Besmettingsland	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Europa	312	77	44	24	33	60	32	97
België	305	72	42	23	33	59	32	91
Andere EU-landen	7	5	2	1	0	1	0	6
Buiten Europa	31	21	25	5	5	9	28	39
Noord-Afrika	23	13	20	2	1	3	9	21
Sub Sahara Afrika	2	0	1	1	0	1	6	5
Azië	5	7	2	2	4	4	12	12
Amerika	1	1	1	0	0	1	1	1
Oceanië	0	0	1	0	0	0	0	0
Onbekend	15	4	6	0	1	7	3	3

Het verhoogd aantal meldingen in september was vooral het gevolg van importgevallen. De stijging in november en december was gelinkt aan clusters in kindercollectiviteiten in verschillende provincies. In 2024 werden 21 clusters gedetecteerd (range: 2-16 gevallen). Antwerpen kende de meeste en grootste clusters, waaronder een uitbraak van 16 gevallen in Deurne (verspreiding in een school na importgeval uit Marokko), en twee bijkomende clusters in scholen met verspreiding naar gezinnen (respectievelijk 8 en 7 gevallen). In West-Vlaanderen betroffen de clusters jonge kinderen in kinderdagverblijven (KDV) en kleuterscholen, waaronder een cluster van 8 gevallen in een KDV en meerdere kleinere clusters in Roeselare en Wervik (totaal minstens 18 gevallen). In Oost-Vlaanderen en Vlaams-Brabant werden kleinere clusters en gezinsuitbraken gemeld, vaak met import als vermoedelijke bron (o.a. uit Marokko of Afghanistan). Bij al deze meldingen in kindercollectiviteiten werd postexposure vaccinatie georganiseerd en wanneer relevant, screening door speekseltesten om asymptomatische jonge kinderen te detecteren. Deze bevindingen benadrukken het belang van tijdige vaccinatie, zeker voorafgaand aan reizen naar landen waar hepatitis A endemisch voorkomt, om import en verdere verspreiding te voorkomen.

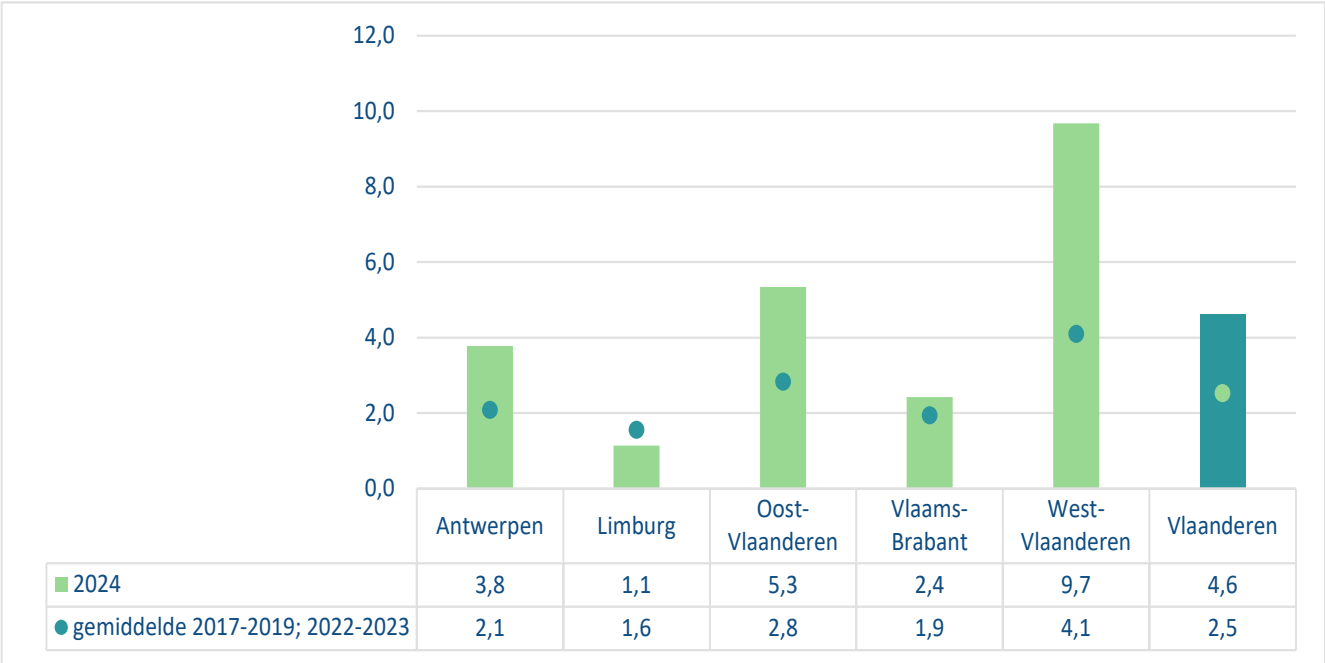
Daarnaast werd in samenwerking met het Federaal Agentschap voor de veiligheid van de voedselketen (FAVV) een mogelijk voedselgerelateerde cluster onderzocht naar aanleiding van meldingen in Nederland over diepgevroren blauwe bessen ([RIVM](#)). Bij vijf Vlaamse patiënten werd consumptie van bessen gerapporteerd, maar geen van hen kon microbiologisch aan de Nederlandse uitbraak gelinkt worden via whole genome sequencing.

5.2 Shiga Toxine producerende *Escherichia coli* (STEC)

In 2024 werd in Vlaanderen een registratie-incidentie van 4,6 per 100.000 inwoners vastgesteld voor STEC-infecties, wat aanzienlijk hoger ligt dan het gemiddelde in de referentieperiode (zie figuur 12). De sterkste stijging trad op in West-Vlaanderen en Oost-Vlaanderen.

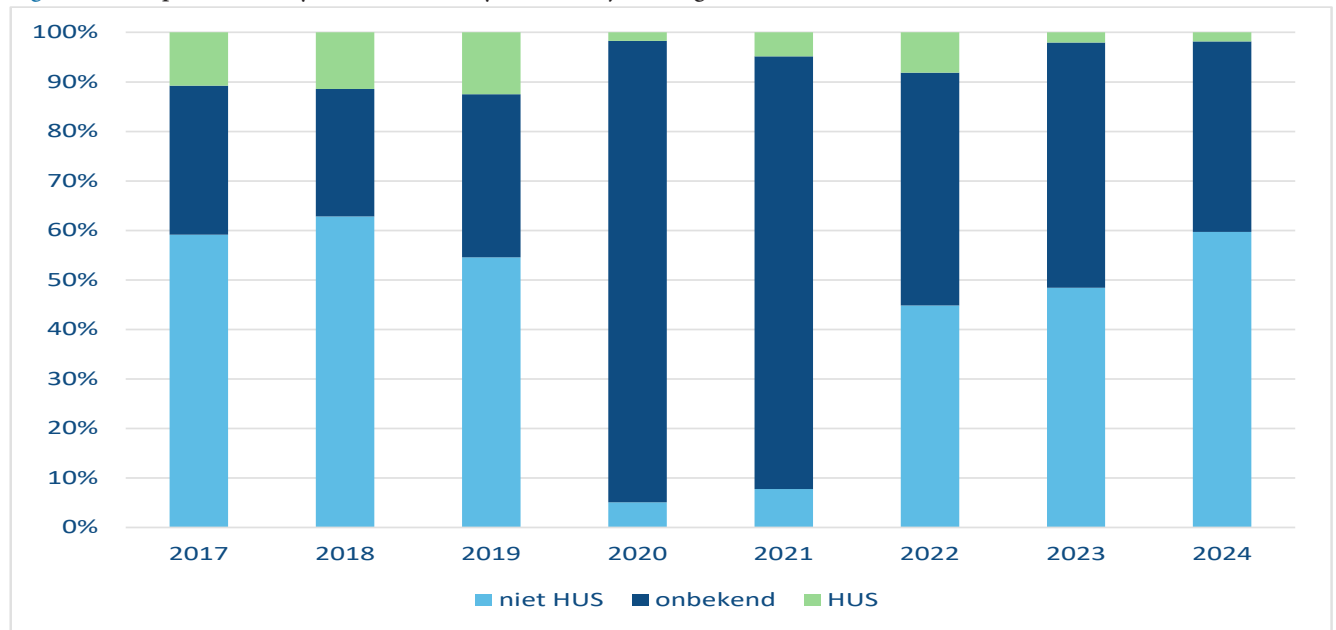
Volgens het [Nationaal Referentiecentrum \(NRC\) voor STEC](#) betreft het vooral STEC-non O157, waarschijnlijk door het toegenomen gebruik van culture-independent diagnostische testen (CIDT), zoals multiplex PCR-panels, eerder dan met een werkelijke toename van infecties. Regionale verschillen blijven bestaan en vragen soms aanvullend brononderzoek.

Figuur 12: Registratie-incidentie (RI/100.000 inwoners) van STEC, per provincie in Vlaanderen, 2024 t.o.v. gemiddelde 2017-2019, 2022-2023



Ondanks de stijging van STEC-meldingen lijkt het aantal van gevallen met hemolytisch uremisch syndroom (HUS) niet toe te nemen (figuur 13). Dit wordt bevestigd in het jaarrapport van het NRC en kan wijzen op een relatieve toename van mildere infecties of asymptomatische detecties, bijvoorbeeld door het frequenter gebruik van multiplex PCR-panelen in klinische labo's.

Figuur 13: Proportie hemolytisch uremisch syndroom bij STEC-gevallen in Vlaanderen, 2017 -2024

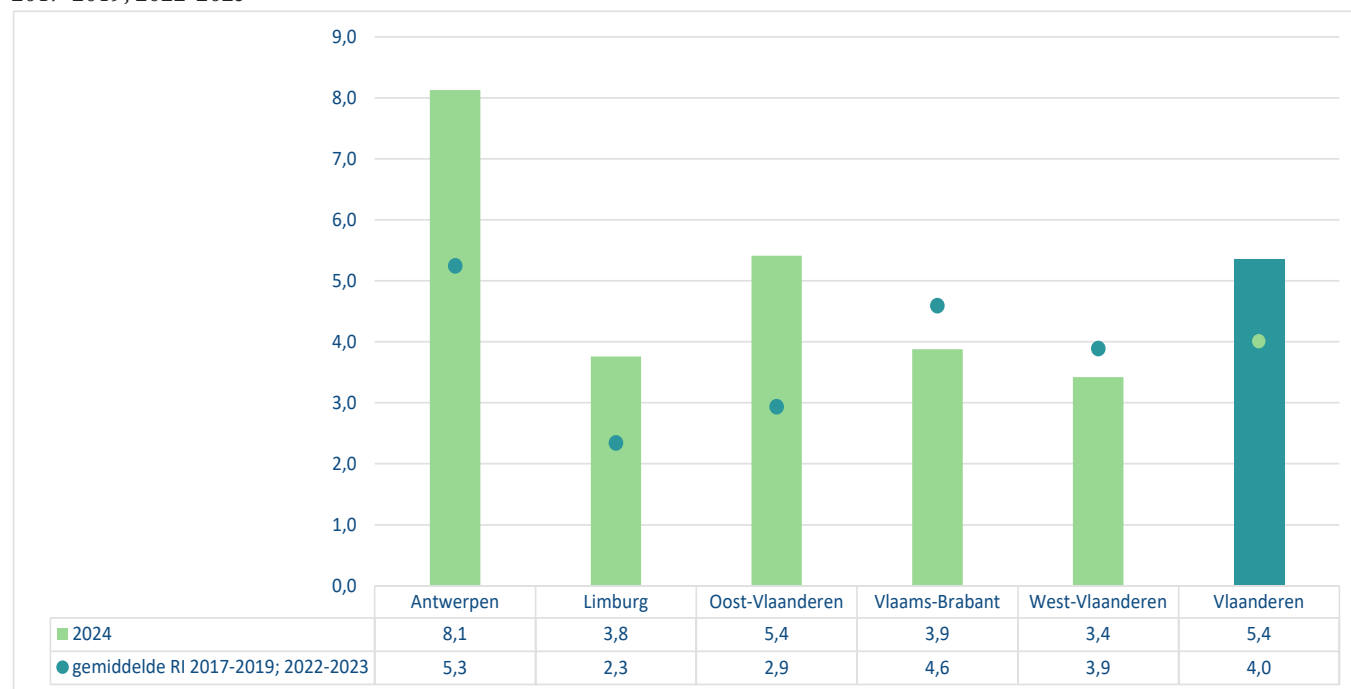


In 2024 werden door het NRC 19 genetisch unieke clusters (cgMLST niveau HC5) vastgesteld met ten minste één patiënt uit Vlaanderen. Serotype O157:H7 was het vaakst vertegenwoordigd. West-Vlaanderen kwam voor in 11 clusters, Oost-Vlaanderen in 9, Antwerpen in 6, Vlaams-Brabant in 4 en Limburg in 1. Twee O157:H7 clusters hadden een verspreiding over drie Vlaamse provincies, wat wijst op bredere transmissie of gemeenschappelijke bronnen. Enkele opvallende Vlaamse clusters betroffen uitbraken in KDV en binnen gezinnen. In Oost-Vlaanderen werd een O157-cluster vastgesteld waarbij zeven kinderen in één kinderdagverblijf na screening positief testten. Ook in Antwerpen werd een gelijkaardige cluster vastgesteld met drie besmette kinderen in een kinderdagverblijf. Daarnaast waren er signalen van familiale transmissie. Zo werd in Oost-Vlaanderen een cluster van drie personen gelinkt aan de consumptie van schapenvlees op een barbecue. In een ander cluster, eveneens met serotype O157, werden minstens vier gevallen uit dezelfde familie vastgesteld.

4.3 Shigellose

In 2024 werden in Vlaanderen 383 meldingen van shigellose geregistreerd, wat overeenkomt met een incidentie van 5,4 per 100.000 inwoners. Dit is hoger dan het gemiddelde van de referentiejaren (figuur 14). Vooral in de Antwerpen en Oost-Vlaanderen werden hogere incidentiecijfers genoteerd.

Figuur 20: Registratie-incidentie (RI/100.000 inwoners) van shigellose, per provincie in Vlaanderen, 2024 t.o.v. gemiddelde 2017-2019, 2022-2023

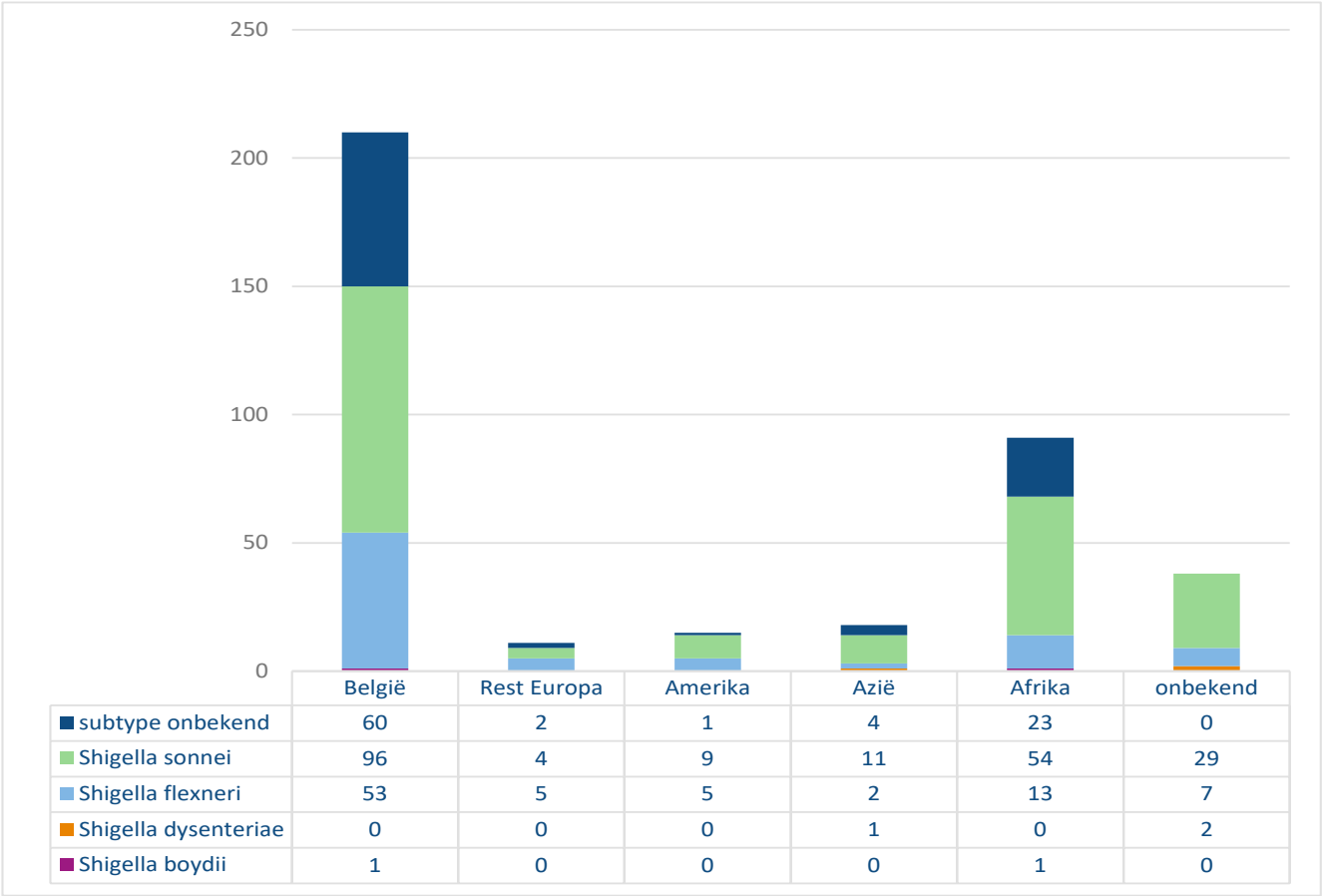


De meeste infecties werden opgelopen in België en betroffen voornamelijk *Shigella sonnei* (45%) en *S. flexneri* (25%) (figuur 15). De overdracht vond meestal plaats binnen gezinnen of huishoudens.

In Antwerpen werden in 2024 opvallend meer gevallen gemeld. In januari deed zich een uitbraak van *Shigella sonnei* voor, gelinkt aan een broodjeszaak. Zes personen ontwikkelden gastro-intestinale klachten na consumptie van broodjes op twee opeenvolgende dagen. Whole genome sequencing (WGS) bevestigde dat de isolaten tot hetzelfde cluster behoorden. De uitbaters hadden kort voordien gereisd naar Egypte. Dit illustreert het belang van moleculaire typering bij bronopsporing.

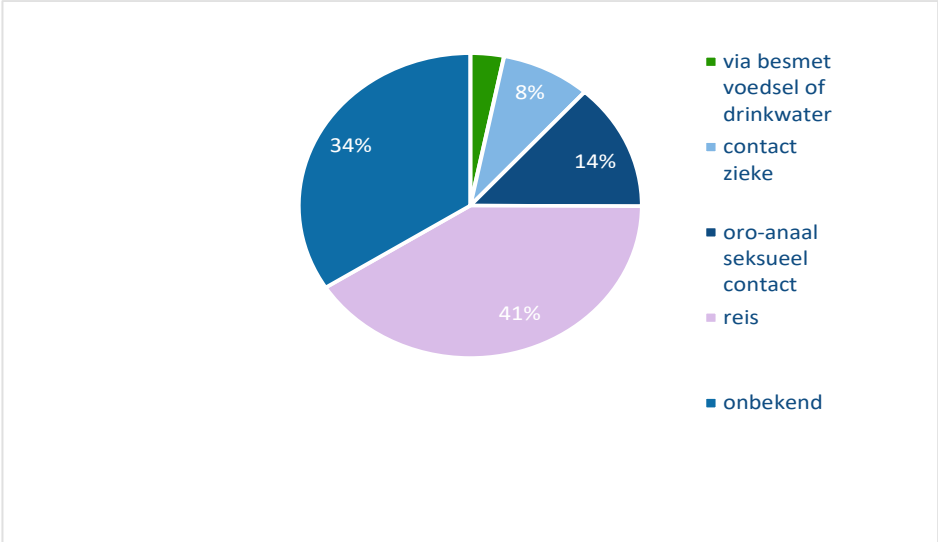
Daarnaast meldde het NRC een genomische cluster van 14 *S. sonnei*-isolaten binnen de Joodse gemeenschap in Antwerpen, voornamelijk bij kinderen <10 jaar. De stammen vertoonden resistentie tegen penicilline, derde-generatie cefalosporines en fluoroquinolonen, maar bleven gevoelig voor macroliden. Een gelijkaardige cluster werd in 2008 beschreven (42 gevallen) met een stam die in Israël circuleerde (zie [publicatie](#)). Risicofactoren voor verspreiding waren toen grote gezinnen, jonge kinderen (<5 jaar) en zorgactiviteiten door oudere kinderen. Bij dergelijke clusters is gerichte, cultureel sensitieve communicatie belangrijk, met nadruk op preventie en hygiëne, zonder te stigmatiseren.

Figuur 15: Aantal registraties van shigellose per subtype en per continent van besmetting, 2024



Figuur 16 toont de meest voorkomende transmissieroutes. Internationaal en ook in Vlaanderen worden geregeld uitbraken vastgesteld waarbij overdracht plaatsvindt in MSM gemeenschap. Volgens het meest recente [ECDC Annual Epidemiological Report \(data 2022\)](#), zijn dit vooral *S. sonnei*-uitbraken, met frequent multiresistente profielen (o.a. tegen ciprofloxacine, azitromycine en soms ceftriaxon). Aangezien in 2024 ook in Vlaanderen gevallen werden gemeld met gelijkaardige resistentieprofielen, is het belangrijk om bij shigellose niet alleen diagnostiek en melding te voorzien, maar ook stalen door te sturen naar het [NRC \(Sciensano\)](#) voor verdere typering.

Figuur 16: Aantal registraties van shigellose per transmissieroute, Vlaanderen, 2024



4.4 Buiktyfus

In 2024 werden in Vlaanderen 26 infecties door *Salmonella* Typhi of Paratyphi gemeld. Dit is vergelijkbaar met de pre-COVID jaren (tabel 1). Er waren geen opvolgingen door [Sciensano](#) om chronisch dragerschap uit te sluiten via controle-stalen één jaar na infectie.

De meeste infecties waren importgerelateerd: negen patiënten raakten besmet in Azië, acht in Afrika en twee in Zuid-Amerika en één in Iran. Bij zes gevallen werd geen duidelijke reisgeschiedenis gerapporteerd.

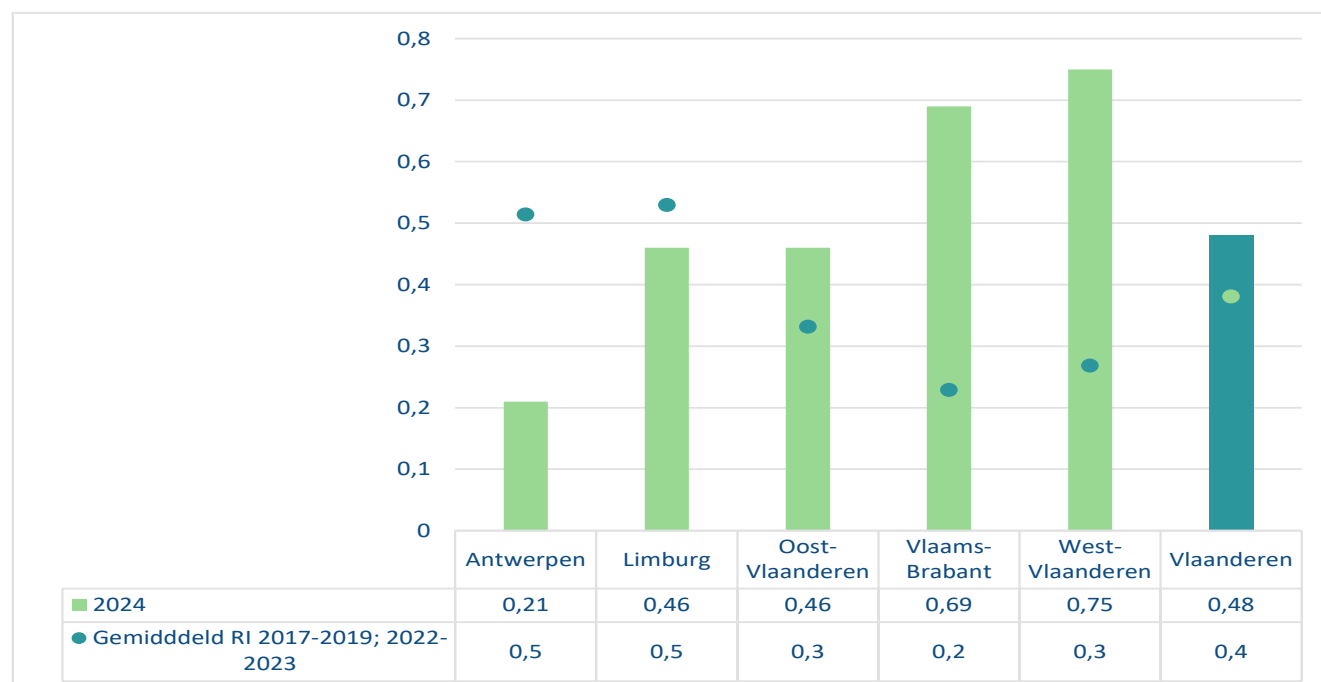
4.5 Collectieve voedseltoxi-infectie (VTI)

In totaal werden 33 collectieve voedseltoxi-infecties (VTI) gemeld in Vlaanderen in 2024 met in totaal minstens 620 gerapporteerde zieken (onderrapportering). De incidentie bleef vergelijkbaar met die van de referentie jaren 2017–2019 en 2022–2023, maar lag duidelijk hoger in West-Vlaanderen en Vlaams-Brabant (figuur 17). Deze incidentie is berekend op het aantal gemelde VTI-uitbraken, niet op het aantal individuele zieken, en omvat uitbraken veroorzaakt door verschillende pathogenen.

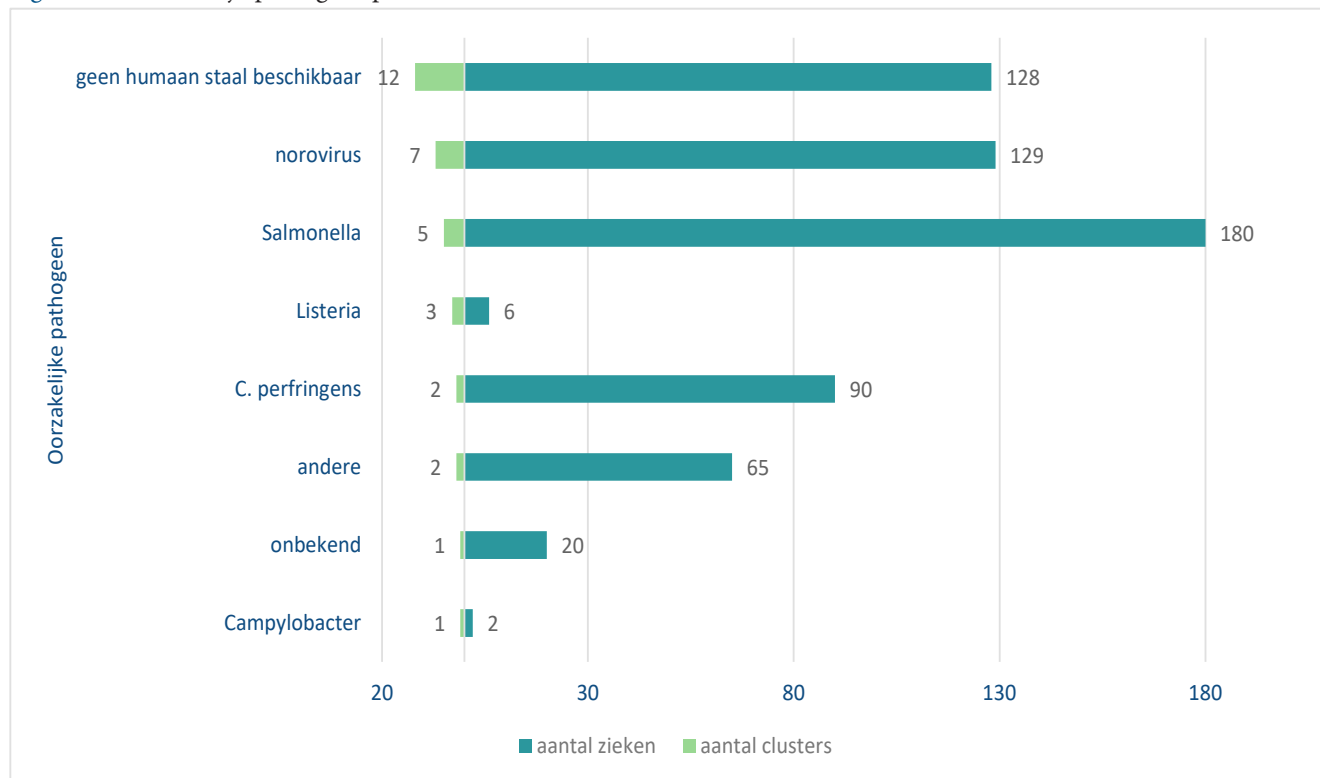
De meeste gemelde VTI's werden veroorzaakt door norovirus, dat vanwege zijn hoge besmettelijkheid ook een hoog aantal besmette personen veroorzaakte (figuur 18). Naast norovirus werden *Salmonella* Enteritidis, *Clostridium perfringens* en *Listeria monocytogenes* als oorzaken vastgesteld. Het hoge aantal besmette personen door *Salmonella* Enteritidis was gelinkt aan twee uitbraken in Limburg (jeugdorganisatie) en Vlaams-Brabant (privéfeest). In beide gevallen wees de epidemiologische informatie naar zelfgemaakte tiramisu met rauwe eieren als waarschijnlijke besmettingsbron; bij het event van de jeugdorganisatie (KSA) werd dit bevestigd door een genetische match tussen de humane stalen, de gebruikte eieren en de tiramisu. In drie *Listeria*-clusters werden minstens twee genetisch gerelateerde gevallen vastgesteld; één cluster kon gelinkt worden aan de consumptie van paté.

Het blijft essentieel om bij vermoedelijke voedselgerelateerde uitbraken systematisch humane en voedselstalen te verzamelen en tijdig te melden, zodat samen met het FAVV bronopsporing kan uitgevoerd worden en maatregelen voor verdere verspreiding kunnen worden genomen. Momenteel blijven bij VTI de oorzakelijke kiemen nog te vaak onbekend wegens het ontbreken van (onder meer) humane stalen (36%).

Figuur 17: Registratie-incidentie (RI/100.000 inwoners) van VTI, per provincie in Vlaanderen, 2024 t.o.v. gemiddelde 2017-2019, 2022-2023



Figuur 18: Oorzakelijk pathogeen per cluster en aantal zieken, VTI in Vlaanderen, 2024

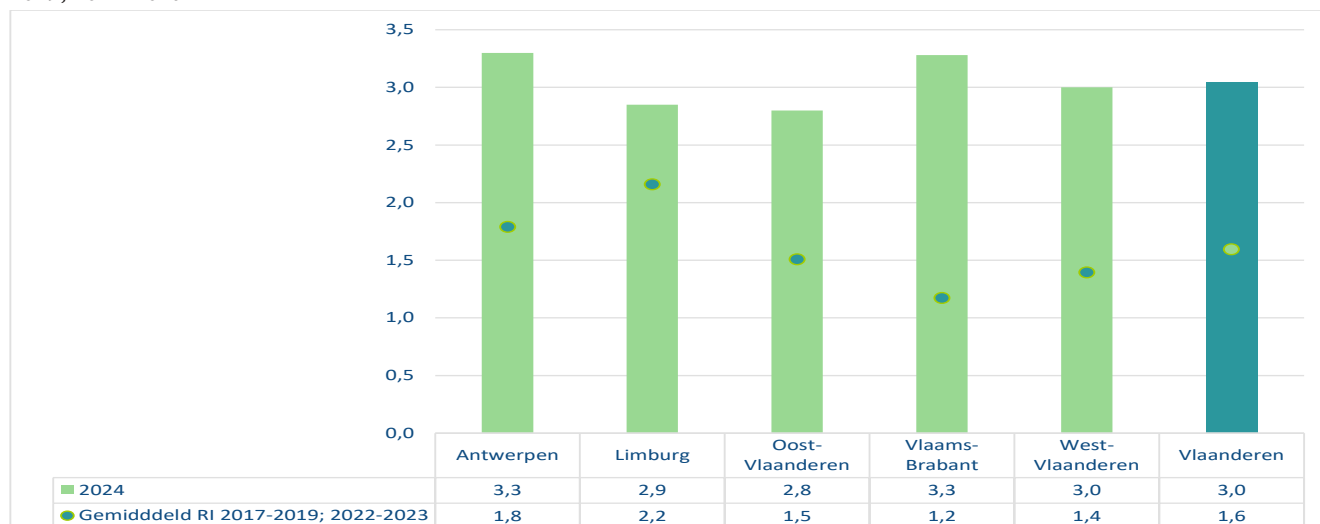


4.6 Gastro-enteritis (GE)

Gastro-enteritis wordt als meldingsplichtige infectieziekte geregistreerd wanneer er sprake is van een epidemische verheffing in een collectiviteit, zoals een school, woonzorgcentrum of opvang. In tegenstelling tot voedseltoxi-infecties, waar voedsel als waarschijnlijke besmettingsbron centraal staat, betreft gastro-enteritis vaak mens-op-mens transmissie of verspreiding via de omgeving. Hoewel de verwekkers deels overlappen, zijn de meldcriteria en opvolging verschillend. Daarom worden deze meldingen in aparte hoofdstukken gerapporteerd.

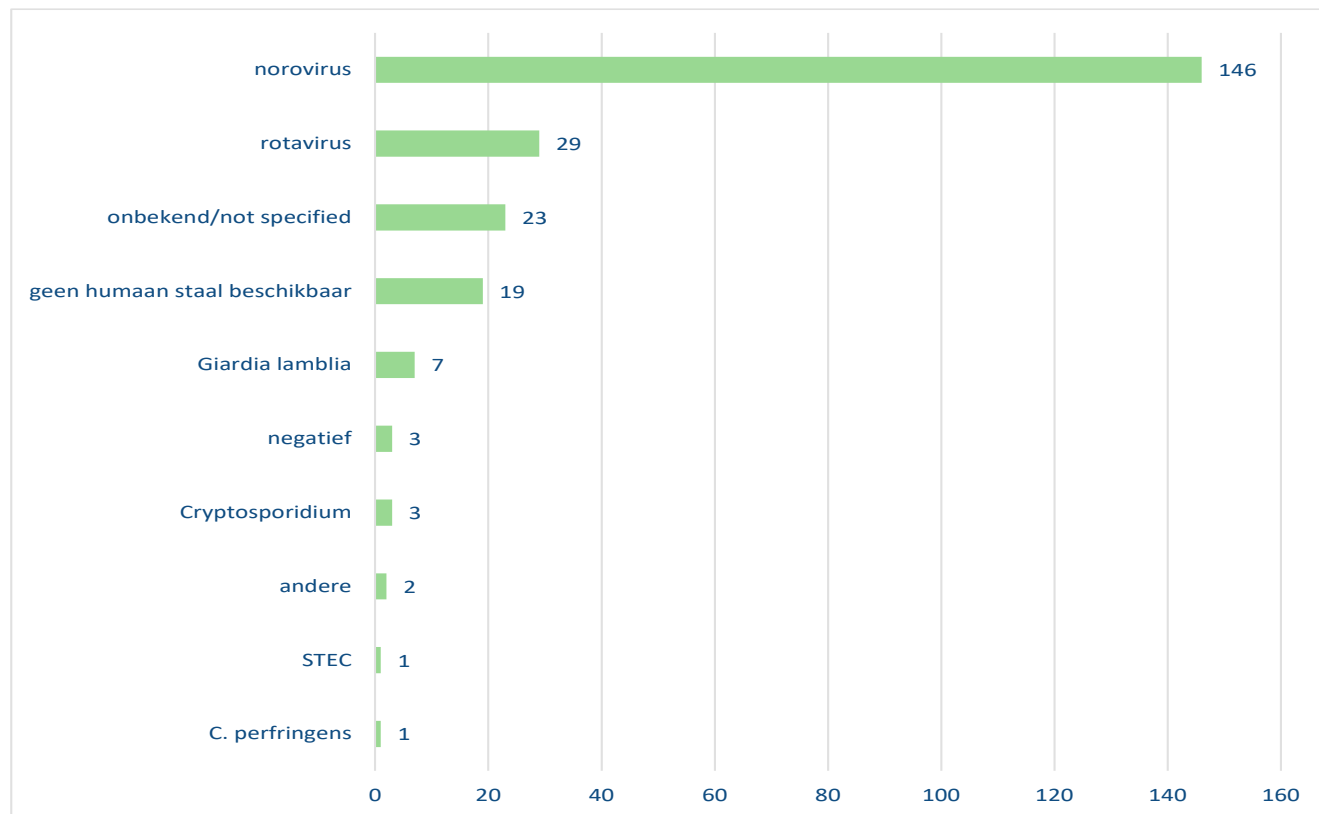
In 2024 werden in Vlaanderen 223 meldingen van collectieve gastro-enteritis geregistreerd. Dit betekent een verdubbeling van de registratie-incidentie voor alle gemelde GE ten opzichte van het gemiddelde van de referentiejaar 2017–2019 en 2022–2023. De stijging werd waargenomen in alle Vlaamse provincies (figuur 21).

Figuur 19: Registratie-incidentie (RI/100.000 inwoners) van GE, per provincie in Vlaanderen, 2024 t.o.v. gemiddelde 2017–2019, 2022–2023



Bij meldingen waarbij microbiologisch onderzoek werd uitgevoerd, werd meestal een virale oorzaak gevonden, met name norovirus en rotavirus (figuur 22).

Figuur 20: Oorzakelijk pathogeen van GE in Vlaanderen, 2024



5. Zoönose

5.1 Q-Koorts

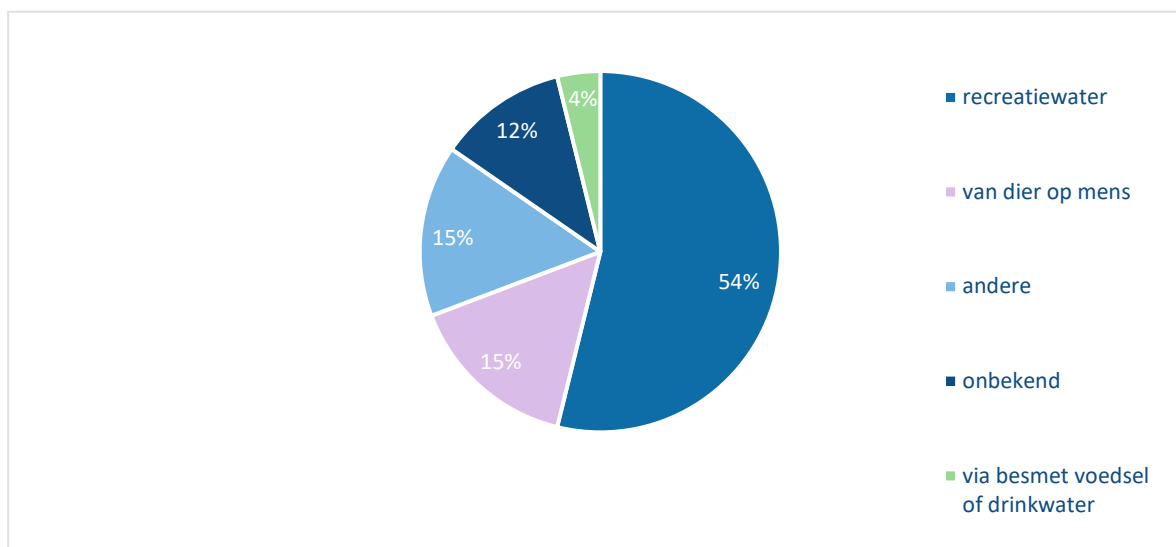
In 2024 werden in Vlaanderen acht meldingen van Q-koorts geregistreerd. Er werden geen clusters gemeld, maar vier van de acht meldingen situeerden zich in West-Vlaanderen, zonder aanwijzingen van gemeenschappelijke bron. Bij bevraging van de patiënten kon geen duidelijke bron (contact met dieren, nabijheid boerderij) van besmetting worden vastgesteld.

5.2 Leptospirose

In 2024 werden in Vlaanderen 26 gevallen van leptospirose gemeld, het hoogste aantal van de afgelopen acht jaar (tabel 1). De meeste meldingen kwamen uit Antwerpen (9) en Oost-Vlaanderen (7). Veertien patiënten werden opgenomen in het ziekenhuis, voornamelijk wegens sepsis en/of nierfalen. Er werden geen overlijdens gemeld.

Bij het merendeel van de patiënten kon de vermoedelijke transmissieroute worden achterhaald; meestal betrof dit blootstelling aan recreatiewater (figuur 21). Negen patiënten werden besmet tijdens een reis. Er werden geen clusters vastgesteld die gelinkt konden worden aan specifieke evenementen zoals mud runs.

Figuur 21: Aantal registraties van leptospirose per transmissieroute, Vlaanderen, 2024



5.3 Psittacose

In 2024 werden in Vlaanderen 11 gevallen van psittacose gemeld, waarvan de meeste gelinkt konden worden aan direct contact met vogels, zoals parkieten, papegaaien, duiven of kippen.

In één geval werd psittacose vermoedelijk overgedragen van mens op mens, na contact tussen twee leerkrachten van dezelfde school, waarvan één in Nederland woonde en daar ook bevestigd werd (genotype A). Beide gevallen werden gelinkt aan een klas met twee kinderen van een gezin die thuis intensief contact hadden met twee parkieten, die nadien overleden. Bij anamnese rapporteerden zowel de moeder als de grootmoeder van de kinderen klachten; de moeder werd opgenomen in het ziekenhuis maar testte IgM-negatief, terwijl de grootmoeder IgM-positief was. Screening van het gezin leverde verder geen positieve gevallen op. Er kon geen microbiologische match worden uitgevoerd tussen de humane gevallen en de overleden vogels. Deze mens op mens transmissie bij psittacose wordt zelden gerapporteerd.

6. Vector-overgedragen infectieziekten

6.1 Malaria

In 2024 werd één vermoedelijk autochtoon geval van malaria gemeld in Vlaanderen. De betrokken persoon was recent niet op reis geweest en werd vermoedelijk besmet in de omgeving van een luchthaven. Daarnaast werden 66 importgevallen geregistreerd.

6.2 Dengue¹

In 2024 werden in totaal 156 gevallen van dengue gemeld. Alle infecties werden opgelopen tijdens een verblijf buiten de Europese Unie (EU).

6.3 Zikavirusinfectie¹

Er werd één melding van zikavirusinfectie verworven tijdens een verblijf buiten de EU gerapporteerd.

¹ Voor de drie infectieziekten die worden overgedragen door de tijgermug, werden de meldingscriteria in juli 2024 uitgebreid met alle importgevallen. In dit rapport worden dan ook alle meldingen (alle gevalsdefinities) voor dengue, zikavirusinfectie en chikungunya voor het volledige jaar 2024 gerapporteerd, maar niet vergeleken met de vorige jaren gezien de aanpassing van de gevalsdefinitie.

6.4 Chikungunya¹

In 2024 werd één chikungunya verworven tijdens een verblijf buiten de EU gerapporteerd.

6.5 Tick borne encephalitis

In 2024 werden drie vermoedelijk autochtone gevallen van tekenencefalitis-virusinfectie (TBE) gemeld in Vlaanderen. Alle drie de patiënten – een kind uit Oost-Vlaanderen en twee volwassenen uit Antwerpen – vertoonden meningo-encefalitis. Bij twee patiënten kon de infectie microbiologisch bevestigd worden via serologie, bij één patiënt via PCR op cerebrospinaal vocht. Alle patiënten rapporteerden buitenactiviteiten in de weken voorafgaand aan de symptomen, waaronder wandelen, joggen of vrijwilligerswerk in natuurgebieden zoals het Molenbos in de provincie Vlaams-Brabant. In Grobbendonk werden teken verzameld en getest, maar er werd geen virus vastgesteld – wat niet ongebruikelijk is bij lage prevalentie. Deze meldingen wijzen op verschoven verspreidingsgebied van het virus (niet de teek) t.o.v. van het vorige decennium. Hoewel er een vaccin beschikbaar is, vormt de huidige epidemiologische situatie in België geen indicatie voor vaccinatie.

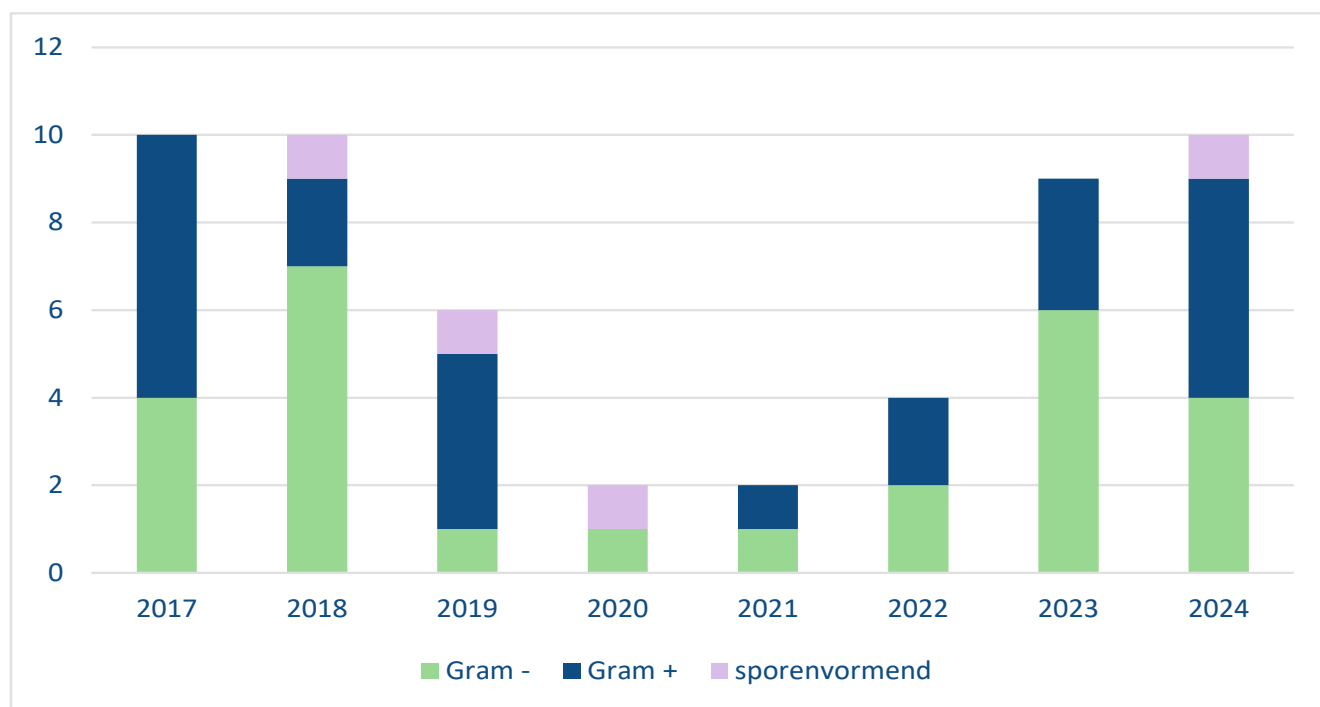
6.6 Gele koorts

Er waren geen meldingen van gele koorts in 2024.

7. Zorginfecties

Sinds 1 januari 2017 staan uitbraken met zorginfecties door multidrugresistente micro-organismen (MDRO) op de lijst van meldingsplichtige infectieziekten. In 2024 werden tien uitbraken gemeld. Alle gemelde uitbraken vonden plaats in ziekenhuizen. Van de tien gemelde uitbraken werden er vier veroorzaakt door gramnegatieve bacteriën, vijf door grampositieve bacteriën en één door een schimmel (figuur 22).

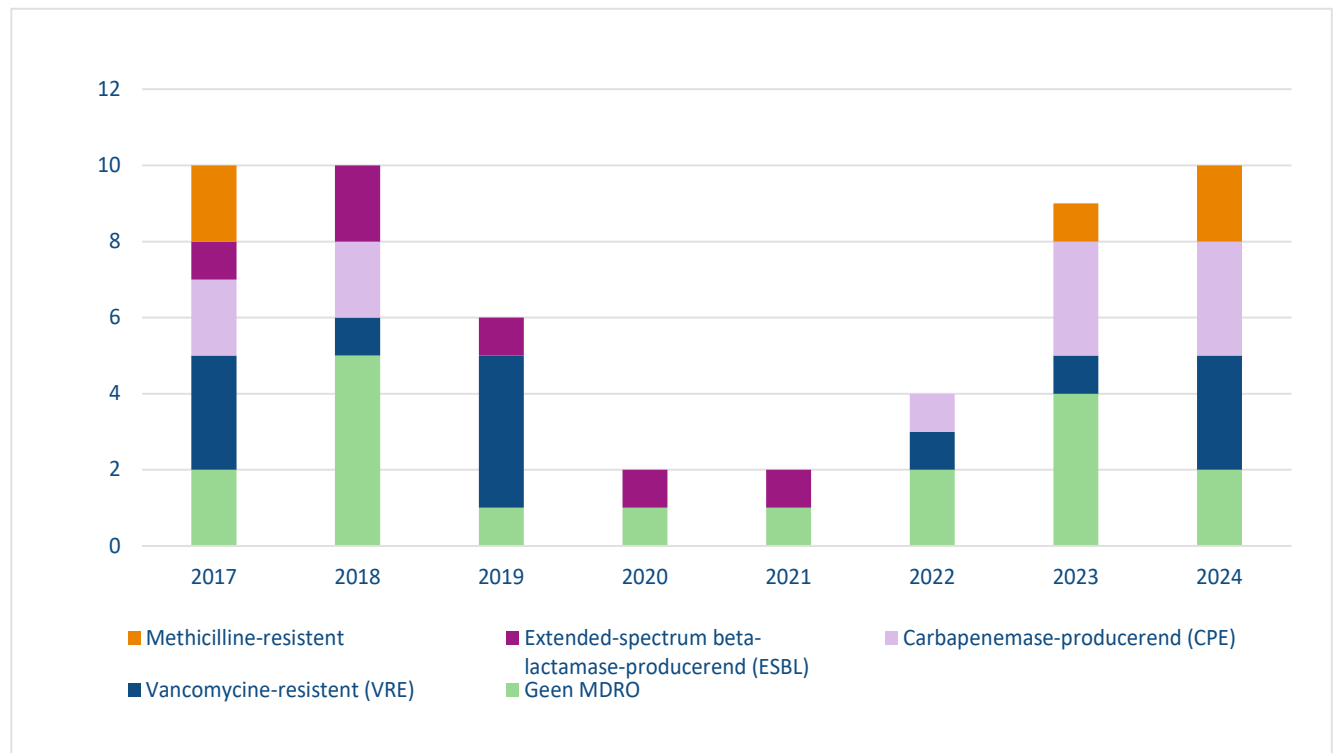
Figuur 22: Aantal meldingen van zorginfecties volgens Gramkleuring/sporenvorming, Vlaanderen 2017-2024



Acht van de tien gemelde uitbraken konden worden toegeschreven aan MDRO:

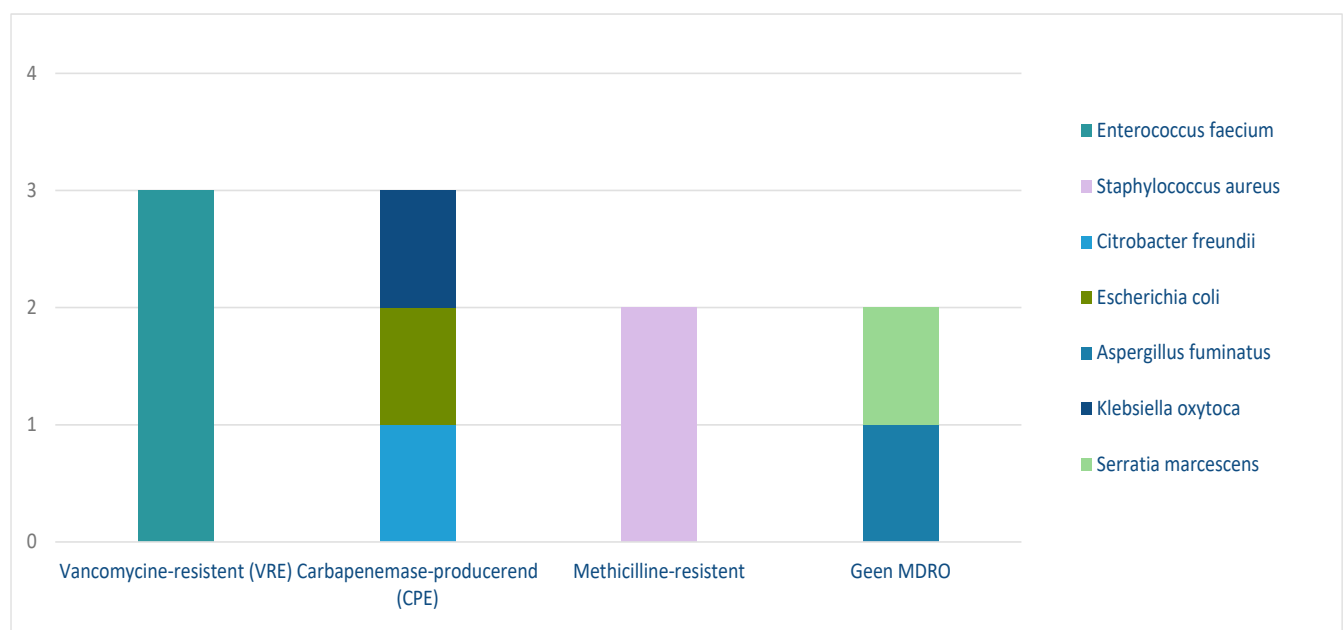
- drie door carbapenemase-producerende Enterobacteriaceae (CPE) waarvan één door *Klebsiella oxytoca*, één door *Escherichia coli* en één door *Citrobacter freundii*.
- twee uitbraken door methicilline-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA)
- drie uitbraken door vancomycine-resistente enterokok (VRE) met name *Enterococcus faecium*.

Figuur 23: Aantal meldingen van zorginfecties volgens resistentiemechanisme, Vlaanderen 2017-2024



De overige twee meldingen betroffen niet-MDRO uitbraken: één uitbraak door *Serratia marcescens* en één uitbraak door *Aspergillus fumigatus*. (zie figuur 23 en 24).

Figuur 24: Resistentiemechanisme per pathogeen voor uitbraakmeldingen, 2024

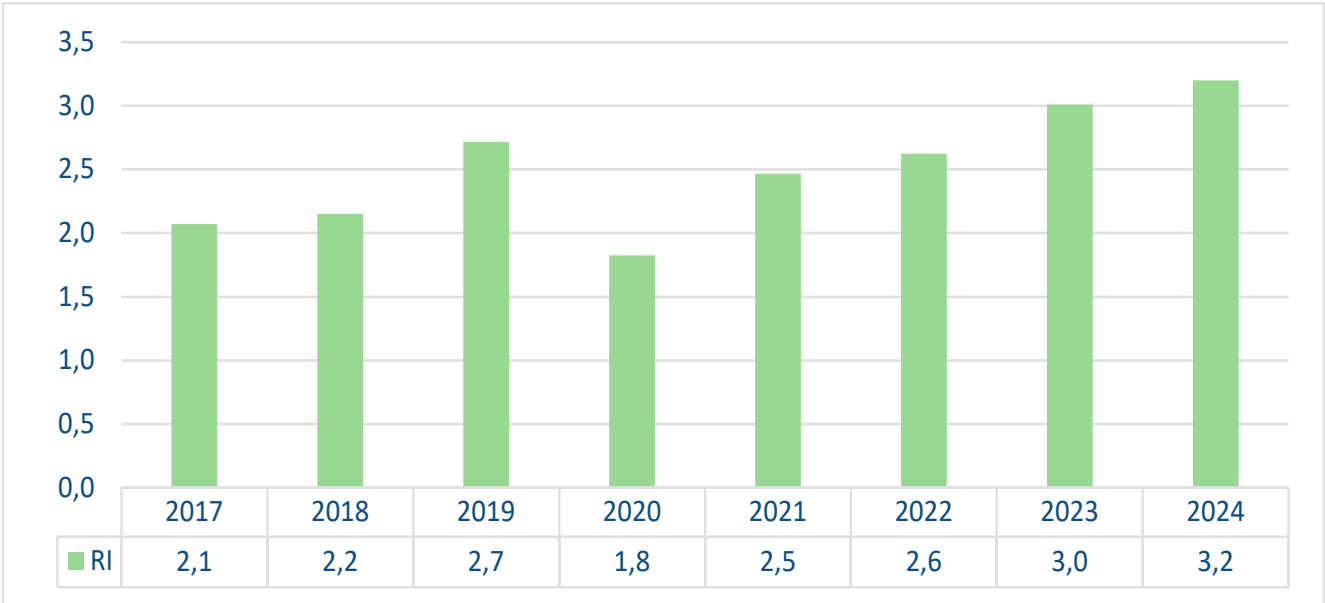


8. Andere meldingsplichtige infectieziekten

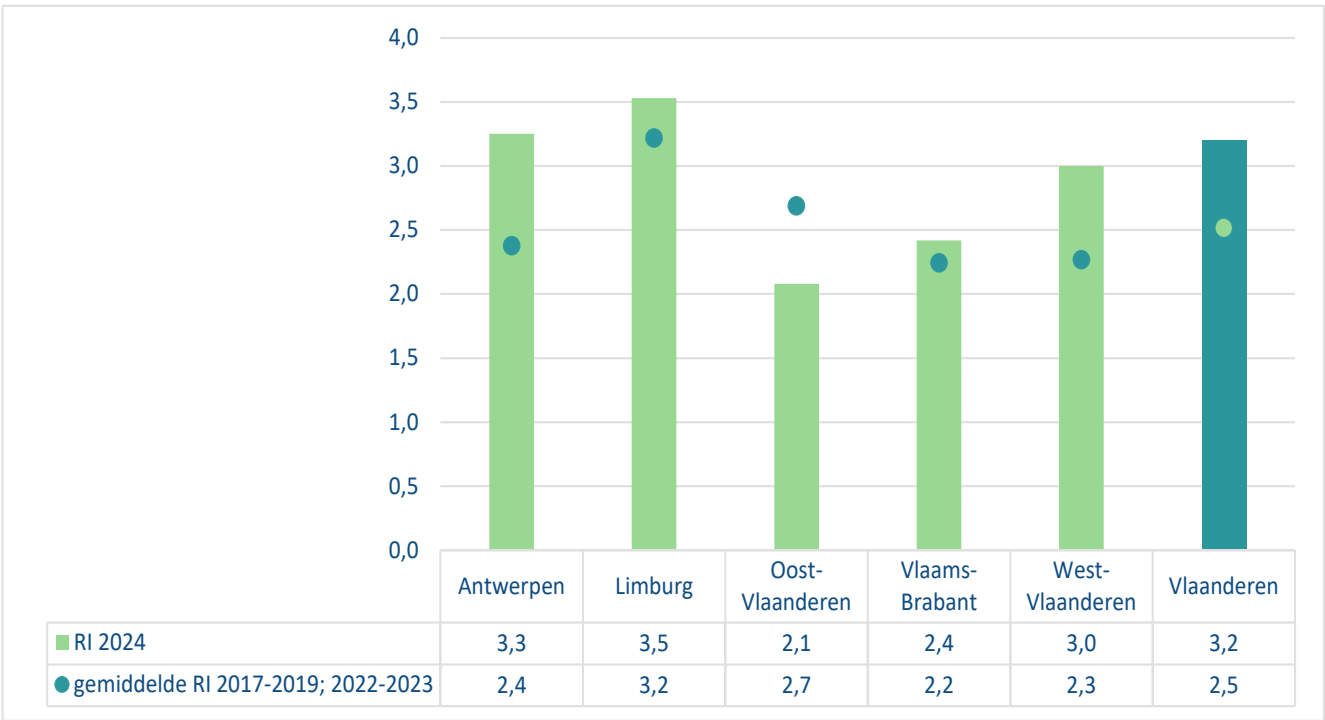
8.1 Legionellose

In 2024 werden in Vlaanderen 219 gevallen van legionellose gemeld, overeenkomend met een registratie-incidentie van 3,2 per 100.000 inwoners. Dit is het hoogste aantal sinds de start van de systematische registratie, met stijgingen in bijna alle provincies (figuur 25 en 26). De stijging van het aantal meldingen kan deels worden verklaard door verbeterde diagnostiek en een grotere meldingsbereidheid, maar ook door klimaatafhankelijke factoren die de groei van *Legionella* kunnen bevorderen.

Figuur 25: Registratie-incidentie (RI//100.000 inwoners) van legionellose, Vlaanderen, 2017-2024

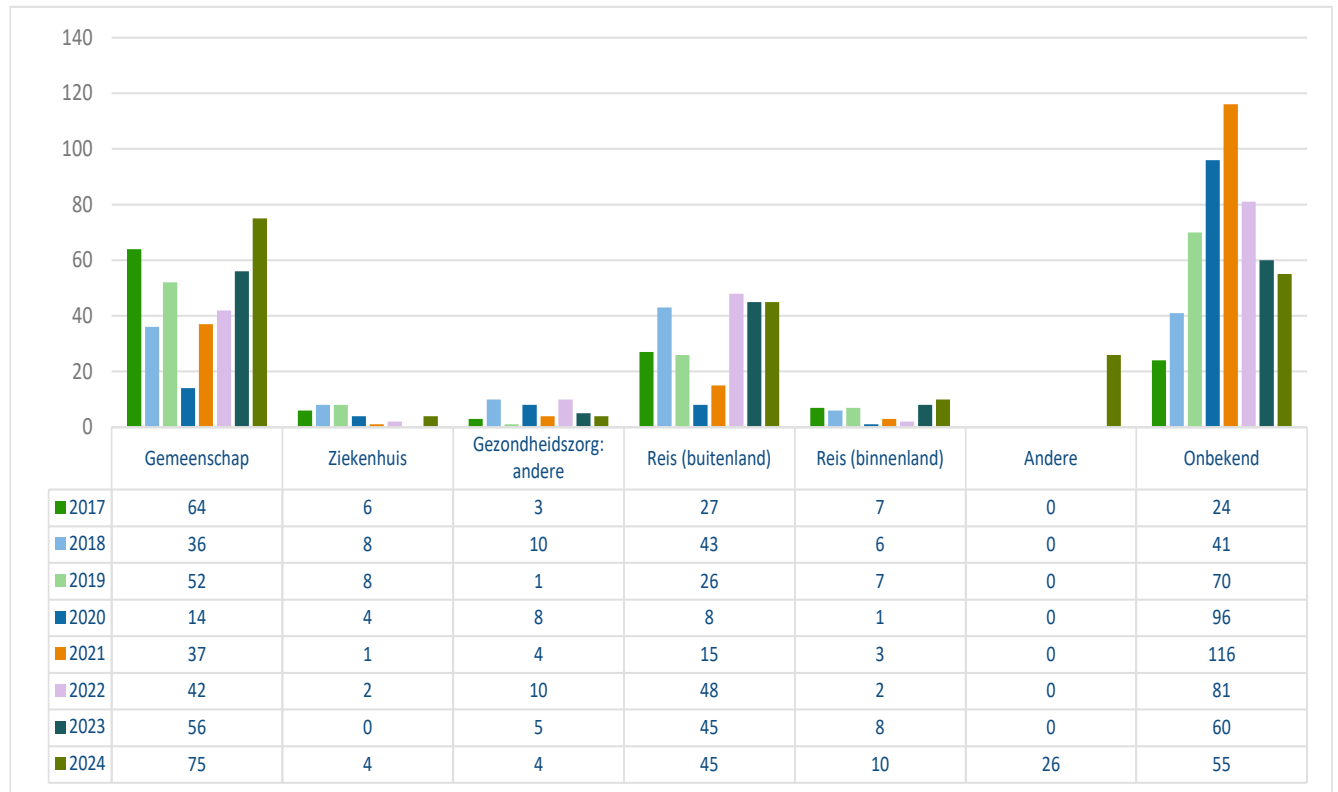


Figuur 26: Registratie-incidentie (RI/100.000 inwoners) van legionellose, per provincie in Vlaanderen, 2024 t.o.v. gemiddelde 2017-2019, 2022-2023



Van alle meldingen werd 25% als reisgerelateerd aangeduid (45 na verblijf in het buitenland en 10 binnen België). Daarnaast werd 34% vermoedelijk gelinkt aan een bron in de gemeenschap, zoals een sauna of andere aerosolproducerende installaties, en bleef het aandeel infecties gelinkt aan gezondheidszorginstellingen laag (figuur 27).

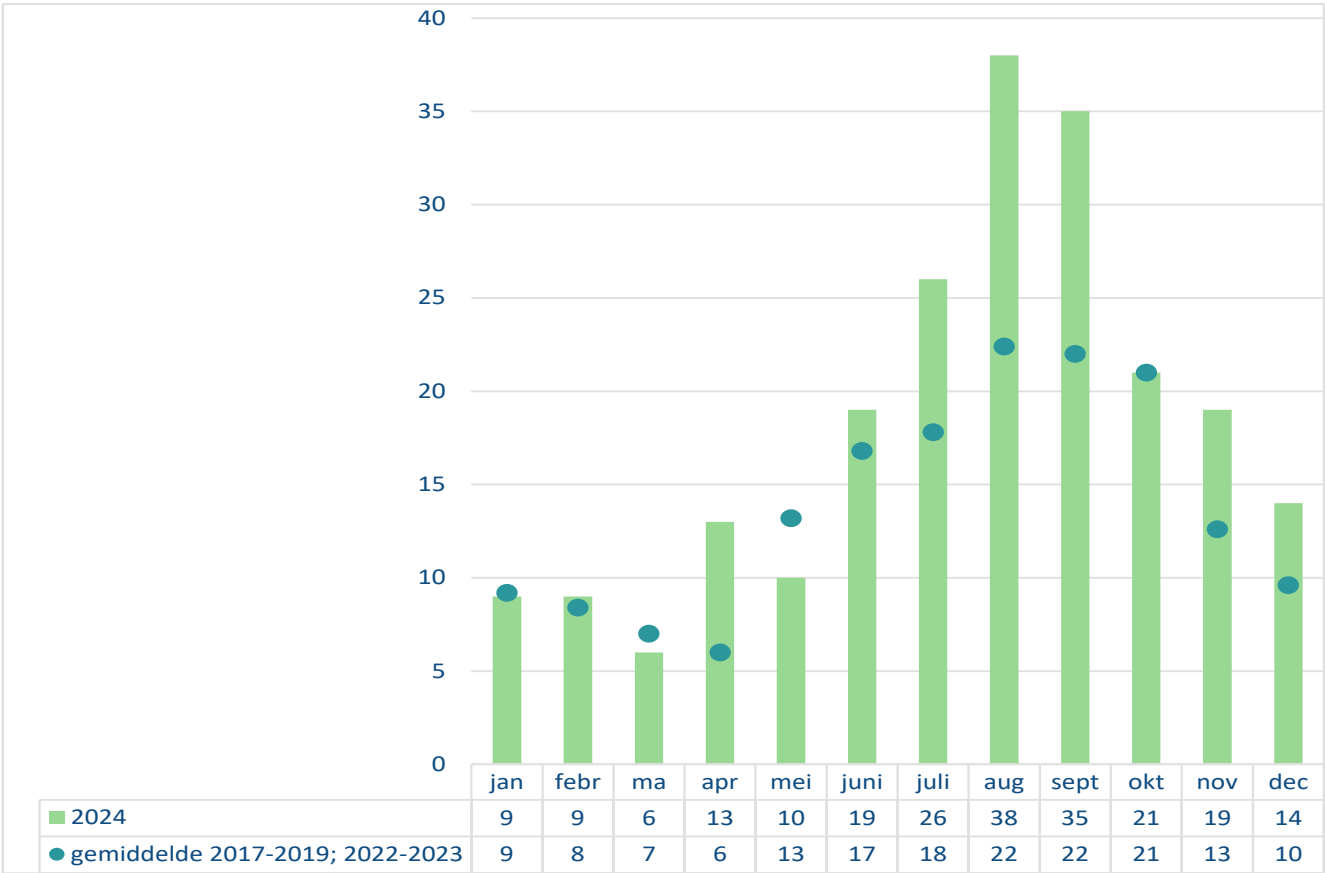
Figuur 27: Aantal registraties van legionellose, per setting van mogelijke besmetting, Vlaanderen, 2017-2024



*Gemeenschap: meldingen die niet reis- of zorggerelateerd zijn, maar waarschijnlijk verband houden met aerosolproducerende installaties zoals industriële koeltorens en systemen voor afvalwaterbehandeling, sauna (restgroep).

Zoals in vorige jaren werd bij de autochtone gevallen een duidelijke seizoenspiek waargenomen tussen juli en september, met maandpieken boven het gemiddelde van eerdere jaren (figuur 28). Volgens de literatuur bevorderen hoge temperaturen en een hoge luchtvochtigheid de groei van *Legionella* in waterleidingsystemen. In de zomer van 2024 waren de minimumtemperaturen normaal voor de tijd van het jaar (13,7°C tegenover een langjarig gemiddelde van 13,4°C) maar in de lente waren de temperaturen duidelijk hoger (8,1°C, tegenover 6,2°C). Het jaar was uitzonderlijk nat, wat mogelijk heeft bijgedragen aan de seizoensgebonden toename (bron: [KMI, 2024 KMI](#)).

Figuur 28: Aantal registraties van legionellose, per maand, Vlaanderen, 2024 t.o.v. gemiddelde 2017-2019, 2022-2023



Er werden vier kleine clusters geïdentificeerd in Vlaanderen, telkens met twee meldingen. Drie clusters waren gelinkt aan blootstelling in wellnessfaciliteiten of sportinfrastructuur in Oost-Vlaanderen, Limburg en Vlaams-Brabant. Eén cluster in West-Vlaanderen hield verband met een ziekenhuis; hier werd een genetische overeenkomst vastgesteld tussen het humane staal en een omgevingsstaal (serotype 2-14, ST 2926). In dit ziekenhuiscluster werd één overlijden gerapporteerd.

8.2 MPOX

In 2024 werden in Vlaanderen 28 bevestigde gevallen van mpox gemeld. Net zoals in 2022 en 2023 werd het merendeel van de infecties vastgesteld bij MSM. Bij drie meldingen werd heteroseksuele transmissie vermoed, waaronder één infectie bij een vrouw na een verblijf in West-Afrika. De betrouwbaarheid van de bevraging rond seksuele contacten is echter beperkt, gezien de gevoeligheid van het onderwerp.

Moleculaire typering bevestigde dat alle gevallen tot clade I1b behoorden. Er werden geen infecties gerapporteerd bij personen jonger dan 16 jaar. Slechts één patiënt werd kortstondig gehospitaliseerd, en er deden zich geen sterfgevallen voor.

8.3 Invasieve groep A streptokokken (iGAS)

In 2024 werden in Vlaanderen 60 meldingen van invasieve infecties met groep A-streptokokken (iGAS). Dit is een halvering ten opzichte van 2023 (121 meldingen), maar het aantal blijft aanzienlijk hoger dan het gemiddelde van de pre-COVID-jaren 2017–2019 (33 meldingen per jaar).

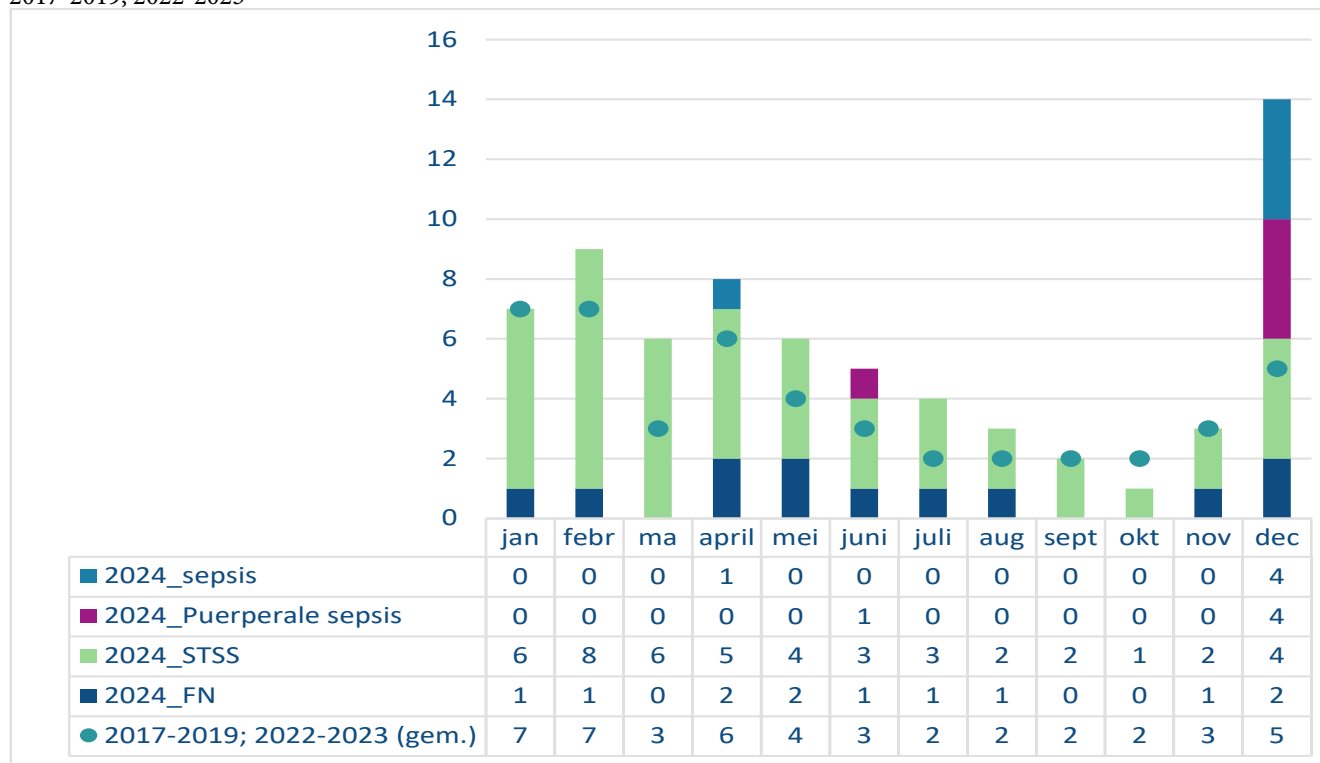
De meeste meldingen deden zich voor in het eerste trimester van het jaar, met pieken in februari en december (figuur 29).

De hoogste registratie-incidentie werd vastgesteld bij kinderen onder de 5 jaar en volwassenen ouder dan 65 jaar (figuur 30).

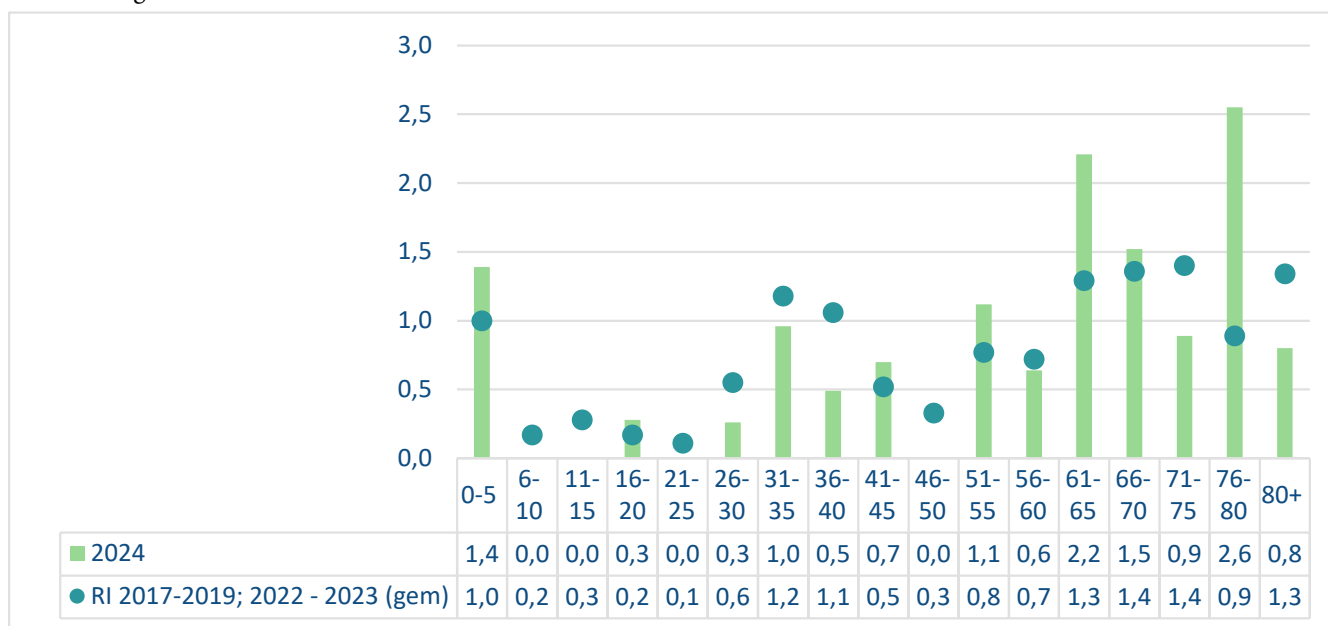
Ter herinnering: in 2023 werd een recordaantal van 122 meldingen genoteerd — het hoogste sinds de start van systematische registratie in 2017. Deze toename begon reeds in november 2022 en zette zich voort tot augustus 2023. Vergelijkbare trends werden opgemerkt in buurlanden zoals het Verenigd Koninkrijk, Nederland en Frankrijk. De stijging was toen vooral uitgesproken in de leeftijdsgroepen <5 jaar, 31–35 jaar, en 61–75 jaar.

Tot en met 2024 was de meldingsplicht voor iGAS in Vlaanderen beperkt tot vier specifieke klinische vormen (sepsis, streptokokken-toxische shocksyndroom of STSS, fasciitis necroticans en puerperale sepsis). Vanaf januari 2025 wordt de gevalsdefinitie uitgebreid naar alle vormen van invasieve GAS-infecties, met als doel een vollediger beeld te krijgen van de epidemiologie. Meer informatie hierover is beschikbaar op de [website van het Departement Zorg](#).

Figuur 29: Aantal registraties van Groep A Streptokokken, per ziektebeeld en maand, Vlaanderen, 2024 t.o.v. gemiddelde 2017-2019, 2022-2023



Figuur 30: Registratie-incidentie (RI/100.000 inwoners) van Groep A Streptokokken, per leeftijdscategorie, Vlaanderen, 2024 t.o.v. gemiddelde 2017-2019, 2022-2023



8.4 Scabiës

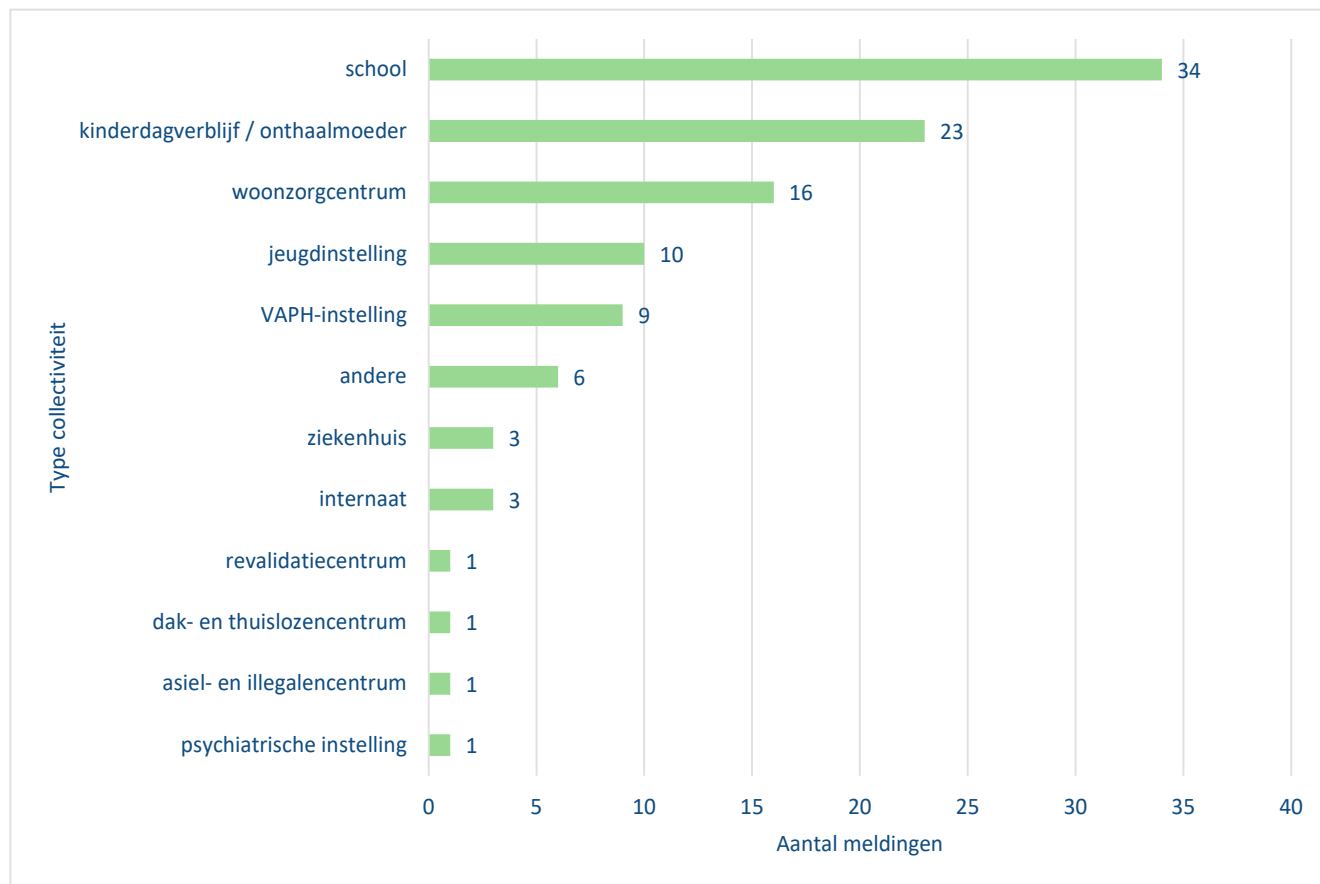
In 2024 werden in Vlaanderen 108 meldingen van scabiës in collectieve settings geregistreerd. Dit is lager dan de voorbije twee jaren (Tabel 1). De registratie-incidentie bleef met 1,6 per 100.000 inwoners stabiel ten opzichte van de referentieperiode (2017–2019, 2022–2023).

Scabiësuitbraken werden in 2024 gemeld in uiteenlopende types van collectieve settings (figuur 31), maar kwamen vooral voor in collectiviteiten gelinkt aan kinderen — zoals scholen met of zonder internaat (34%), kinderdagverblijven en onthaalouders (21%) en jeugdinstituten (9%) — en in zorginstellingen zoals woonzorgcentra (15%), ziekenhuizen (3%), VAPH-instellingen (8%) en revalidatie- of psychiatrische instellingen (1%).

In al deze contexten vraagt scabiës om een gecoördineerde aanpak, met behandeling van nauwe contacten, en indien nodig, ondersteuning door CLB of externe partners voor verdere controle en opvolging.

Er werd een [advies](#) ontwikkeld op basis van Evidence Based Practice en een inclusief proces, waarin de praktische aspecten van diagnostiek, therapie, contactopvolging en profylactische behandeling – zowel voor solitaire gevallen als bij uitbraken – uitgebreid worden behandeld.

Figuur 31: Aantal scabiës uitbraken per type collectiviteit in Vlaanderen, 2024



8.5 *Candidozyma auris*

Er waren ook twee individuele meldingen van *Candidozyma auris* in 2024. De diagnose van de eerste patiënt was reeds gekend in 2023 tijdens een langdurige opname op intensieve zorgen. Het is tijdens deze opname dat de transmissie is gebeurd vanuit een onbekende bron. De tweede patiënt werd tijdens een reis opgenomen in ziekenhuis in Miami. Bij terugkomst in België werd zij opnieuw opgenomen en daar waren de screeningstalen positief voor *Candidozyma auris*.

Overzicht van te melden infectieziekten (in voege sinds 23/06/2024)^{1,2,3}

Vanaf 23 juni 2024 is het Ministerieel Besluit over meldingsplichtige infectieziekten in Vlaanderen gewijzigd. Vijf infectieziekten werden toegevoegd, voor 6 werd de gevalsdefinitie gewijzigd en 4 werden geschrapt. Toegevoegd: acute ernstige respiratoire infecties (opkomende virussen), mpox, tekenencefalitis (TBE), Candida auris en congenitale rubella. Aangepaste definitie: dengue, zika, chikungunya (alle gevallen), humane infecties met dierlijke influenza (ook niet-aviare), en voedsel- en zorginfecties (vanaf 2 gelinkte gevallen). Syfilis en gonorrroe zijn niet meer meldingsplichtig. SARS en MERS worden nu gerapporteerd onder acute ernstige respiratoire infecties. Voor de rationale van deze aanpassingen, zie hier

Acute en ernstige respiratoire infecties in epidemiologische context van opkomende virussen ⁴	Mpox
Anthrax	Pertussis
Botulisme	Pest
Brucellose	Pokken
Candidozyma Auris	Poliomyelitis ⁵
Cholera	Psittacose
Chikungunya-infectie	Q-koorts
Congenitaal rubella syndroom	Rabies
Dengue	Salmonella typhi, S. paratyphi-infectie
Difterie	Scabies ⁹
STEC	Shigella-infectie
Gastro-enteritis ⁵	Streptococcus pyogenes-invasieve infectie
Gele koorts	Tekenencefalitis
Haemophilus influenzae type b-invasieve infectie	Tuberculose
Hepatitis A	Tularemie
Hepatitis B (acute)	Virale hemorrhagische koorts
Influenza van dierlijke oorsprong ⁶	Vlektyfus
Legionellose	Voedselinfectie ¹⁰
Leptospirose	West Nilevirusinfectie ¹¹
Malaria ⁷	Zikavirus
Mazelen	Zorginfecties door multiresistente micro-organismen ¹²
Meningokokkeninfectie-invasieve infectie	Elke ernstige infectieziekte met epidemiologisch potentieel

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 13/06/2024*
3 Alle ziekten die een onmiddellijk gevaar voor de bevolking kunnen betekenen
4 Sars-Cov-2-virus met ernstige kliniek, influenza van dierlijke oorsprong met snelle mens-op-mens transmissie of andere onbekende virussen met pandemisch potentieel omvat, inclusief infecties met SARS en MERS
5 Epidemische verheffing in een collectiviteit
6 Humane infectie met influenza van dierlijke oorsprong (of nieuw subtype) , 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 Collectieve infectie
10 Vanaf twee gevallen
11 Waarbij vermoed wordt dat de besmetting gebeurde op het Europese Continent
12. Plotse toename van infecties in vergelijking met de normale incidentie

*Dit besluit trad in werking op 23/06/2024

Adressen en contactpersonen infectieziektebestrijding Vlaanderen

REFERENT EPIDEMIOLOGIE EN REGIONAAL COÖRDINA-
TOR INFECTIEZIEKTE-UITBRAKEN

Naïma Hammami

naïma.hammami@vlaanderen.be

REGIO NOORD (ANTWERPEN)

Dr. Aaron Devos

Lange Kievitstraat 111, Bus 32

2018 Antwerpen

T02 553 08 93

aaron.devos@vlaanderen.be

REGIO OOST (LIMBURG EN VLAAMS BRABANT)

Dr. Wouter Dhaeze

Diestse poort 6 bus 52

3000 Leuven

T 02 553 08 93

wouter.dhaeze@vlaanderen.be

Dr. Fien Witters

Diestse poort 6 bus 52

3000 Leuven

T 02 553 08 93

fien.witters@vlaanderen.be

REGIO WEST (OOST/WEST VLAANDEREN)

Dr. Kris Keersmaekers

Koningin Maria Hendrikaplein 70 bus 55

9000 Gent

T 02 553 08 94

kris.keersmaekers@vlaanderen.be

Dr. Mark van den Elshout

Koningin Maria Hendrikaplein 70 bus 55

9000 Gent

T 02 553 08 94

mark.vandenelshout@vlaanderen.be

Colofon

Redactie

Aaron Devos – Arts Infectieziektebestrijding Departement Zorg, Antwerpen

Naïma Hammami – Referent epidemiologie en regionaal coördinator infectieziekteuitbraken Departement Zorg

Heidi Theeten – Arts Vaccinatie Departement Zorg, Brussel

Wim Flipse – Arts infectieziektebestrijding GGD Zeeland

Dirk Wildemeersch – Arts Infectieziektebestrijding op rust Departement Zorg, Brussel

Britt Van Dijck – Verpleegkundige Infectieziektebestrijding Departement Zorg, Antwerpen

Valeska Laisnez - Epidemioloog infectieziekten Sciensano, Brussel

Adviseurs

Elizaveta Padalko - Professor Virologie, Universiteit Gent

Koen Blot - Diensthoofd Epidemiologie van Infectieziekten, Sciensano

Erika Vlieghe - Professor Infectieziekten, Universiteit Antwerpen

Steven Callens - Professor Infectieziekten, Universiteit Gent

Niel Hens - Professor Biostatistiek & Wiskundige Epidemiologie, Universiteiten van Antwerpen en Hasselt

Marleen Finoulst - Arts-journalist, hoofdredacteur Gezondheid en Wetenschap, CEBAM

Redactiesecretariaat

Cedric Van Cleemputte - Gezondheidspromotor, Departement Zorg, Gent

Verantwoordelijke uitgever

Departement Zorg olv Karine Moykens

Contact

Departement Zorg

Team infectieziektebestrijding en vaccinatie

Simon Bolivarstraat 17

1000 Brussel

infectieziektebulletin@vlaanderen.be

<https://www.departementzorg.be/nl/vlaams-infectieziektebulletin-medisch-tijdschrift>

Vlaams Infectieziektebulletin

<https://www.departementzorg.be/nl/vlaams-infectieziektebulletin-medisch-tijdschrift>

Cijferoverzichten infectieziekten

<https://www.departementzorg.be/cijfers-over-meldingsplichtige-infectieziekten>

Richtlijnen Infectieziektebestrijding Vlaanderen:

<https://www.departementzorg.be/nl/overzicht-infectieziekten>

Het Vlaams Infectieziektebulletin is een uitgave van het Departement Zorg en verschijnt minstens 3 keer per jaar. Artikelen variëren van outbreakartikelen en guidelines tot algemene artikelen over infectieziekten tot surveillance-overzichten. Het is een medisch digitaal tijdschrift met redactieleden van Zorg en Gezondheid, Sciensano en leden van diverse universiteiten. De digitale versie van het bulletin is beschikbaar op <https://www.departementzorg.be/nl/vlaams-infectieziektebulletin-medisch-tijdschrift>.

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 zustertijdschrift Eurosurveillance, ECDC (www.eurosurveillance.org).

Departement Zorg
Koning Albert II-laan 15 bus 497
1210 Brussel
www.departementzorg.be