

Vlaams Infectieziektebulletin



Vlaanderen
is zorgzaam en
gezond samenleven

Nr. 2026/1

Trends van scabiës in België, 2000-2025: een analyse van meerdere gegevensbronnen

Valeska laisnez, Wouter Van Dyck, Wim Van Bortel, Marie Meudec, Arne Janssens, Julia Madl, Amba Josiane Aye, Lien Bruggeman, Lode Godderis, Wouter Dhaeze, Hilde Vochten, Muriel van Durme, Florence Rolin, Ive Talboom, Julie Bossu, Lucy Catteau, Wouter Hamelinck, Nathalie Bossuyt, Soledad Colombe

3-13

Van consensus naar praktijk: Vlaamse campagne rond urineweginfecties bij ouderen

Sofie Theunis, An Merchie, Wouter Dhaeze

14-15

Onderzoek naar een hardnekkige schimmelinfectie op een basisschool

Wim Flipse, Ann Packeu, Roelke De Paepe, Aaron Devos

16-22

Periodieke uitgave

Voorwoord

Beste lezers,

De recente nieuwsberichten omtrent hantavirose op een Nederlandse cruiseschip tonen aan dat infectieziektebestrijding en publieke gezondheid, ook na de corona pandemie, nog steeds brandend actueel zijn. Overleg en maatregelen op internationaal niveau zijn noodzakelijk om zowel voorbereid te zijn als een antwoord te bieden op dergelijke uitbraken. Ook wij spelen daar een rol in, en dit zullen wij dan ook graag beschrijven in toekomstige edities van het infectieziektebulletin.

In afwachting daarvan, hopen wij u met deze editie ook enkele interessante artikels te kunnen bieden.

In deze editie van het infectieziektebulletin bespreken we allereerst belangrijke trends van scabiës in België.

Vervolgens kan u lezen over de Vlaamse campagne rond urineweginfecties, waarbij woonzorgcentra gepaste en concrete adviezen krijgen rond het testen en behandelen van bacteriurie en urineweginfecties. Een derde artikel beschrijft een uitbraak van tinea capitis en corporis en de acties die hierrond genomen werden door het team infectieziektebestrijding in samenwerking met het Nationaal Referentiecentrum voor Mycosis in Sciensano.

Wij wensen u veel leesplezier,

Het redactieteam, Vlaams infectieziektebulletin

Trends van scabiës in België, 2000-2025: een analyse van meerdere gegevensbronnen

Valeska laisnez¹, Wouter Van Dyck¹, Wim Van Bortel², Marie Meudec², Arne Janssens³, Julia Madl⁴, Amba Josiane Aye⁴, Lien Bruggeman⁵, Lode Godderis^{6,7}, Wouter Dhaeze⁸, Hilde Vochten⁸, Muriel van Durme⁹, Florence Rolin¹⁰, Ive Talboom¹¹, Julie Bossu¹², Lucy Catteau¹, Wouter Hamelinck¹³, Nathalie Bossuyt¹, Soledad Colombe²

Samenvatting

Op basis van meerdere gegevensbronnen, waaronder huisartsenregistraties, consultaties arbeidsgeneeskunde, medische opvolging van asielzoekers en mensen in precare leefsituaties, consultaties bij studentenartsen en verkoop- en terugbetalingsgegevens van scabiësmedicatie, werd de trend van scabiës tussen 2000 en 2025 geanalyseerd. Er werd een jaarlijkse stijging van 15% vastgesteld in de incidentie in de periode 2011 tot 2023, eveneens weerspiegeld in een toegenomen gebruik van eerstelijnsbehandelingen zoals permethrine. Jongeren en jongvolwassenen tussen 15 en 24 jaar, mannen en inwoners uit stedelijke gebieden werden disproportioneel aangedaan. Sedert 2023 wordt in een aantal gegevensbronnen een stabilisatie of langzame daling in de incidentie van scabiës gezien, vooral in de leeftijdsgroep 20-24 jaar. Nieuwe surveillancesystemen werden opgezet om de trends beter te kunnen opvolgen.

Summary

Based on multiple data sources, including general practitioner records, occupational health consultations, medical follow-up of asylum seekers and people in precarious living situations, consultations at student health services and data on sales and reimbursement of scabies medication, the evolution of scabies between 2000 and 2025 was analysed. An annual increase in the incidence of 15% was observed in the period 2011 to 2023, also reflected in an increased use of first-line treatments such as permethrin. Adolescents and young adults aged 15 to 24, men and urban areas were disproportionately affected. Since 2023, a number of data sources have shown a stabilisation or a slow decline in the incidence of scabies, especially in the age group 20-24 years old. New surveillance systems were put in place to enable better monitoring of trends.

1. Wetenschappelijke directie Epidemiologie en volksgezondheid, Sciensano, Brussel

2. Outbreak Research Team, Instituut voor Tropische Geneeskunde, Antwerpen

3. Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Faculteit Geneeskunde, KU Leuven, Leuven

4. Dokters van de Wereld België, Brussel

5. Medische Directie, Fedasil, Brussel

6. IDEWE, Externe Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk, Heverlee

7. Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg en Eerstelijnszorg, KU Leuven, Leuven

Inleiding

Volgens schattingen voor 2023 treft scabiës of schurft jaarlijks meer dan 400 miljoen mensen wereldwijd¹. Hoewel scabiës van oudsher wordt beschouwd als een ziekte die voorkomt in economisch kwetsbare tropische regio's, hebben verschillende Europese landen de afgelopen twee decennia een toename van scabiësbesmettingen waargenomen, vooral onder adolescenten en jongvolwassenen²⁻⁷. Scabiës is een huidinfectie veroorzaakt door de mijt *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* die leidt tot intense jeuk en huiduitslag⁸. De overdracht vindt voornamelijk plaats door langdurig huid-op-huidcontact en mogelijk indirect via besmette voorwerpen (zoals beddengoed of kleding). Schurft kan naast het ongemak ook een stigma voor de patiënt veroorzaken vanwege de misvatting dat schurft enkel verband houdt met gebrekkige hygiëne⁹. Er zijn verschillende behandelingsopties beschikbaar, zowel topisch als oraal, die allemaal een aantal beperkingen of uitdagingen hebben. Nauwe contacten moeten ook preventief behandeld worden en er zijn uitgebreide hygiënische en omgevingsmaatregelen nodig om verdere overdracht te voorkomen¹⁰.

Individuele gevallen van scabiës zijn in België niet meldingsplichtig. Dit maakt het moeilijk om trends te volgen en risicofactoren te identificeren. Een eerdere studie bracht de beschikbare gegevensbronnen met betrekking tot scabiës in België in kaart en bevestigde een stijgende trend sinds 2011¹¹. De huidige studie beschrijft de evolutie van scabiës in de periode 2000-2025 door gebruik te maken van nieuwe data uit enkele gegevensbronnen (Intego, studentengezondheidsdiensten, uitbraken gemeld aan Departement Zorg en medicatie).

8. Team infectieziektebestrijding, Departement Zorg, Brussel

9. Direction Surveillance des Maladies Infectieuses, Agence pour une Vie de Qualité, Charleroi

10. Directie Gezondheid en Bijstand van Personen, Vivalis, Brussel

11. Huisartsen van KU Leuven Stuvo, Leuven

12. Studentenartsen UGent, Gent

13. Algemene Pharmaceutische Bond, Brussel

Methodes en data

Setting/onderzoeksgebied

Scabiës wordt in België voornamelijk gediagnosticeerd door huisartsen en dermatologen. De diagnose is doorgaans gebaseerd op een klinische evaluatie, inclusief anamnese, en een deel van de gevallen wordt bevestigd door microscopisch onderzoek van huidschraapsel of dermatoscopie. Er zijn vier producten voor de behandeling van scabiës beschikbaar op voorschrift op de Belgische markt: permethrine (topisch), ivermectine (oraal of topisch) en benzylnbenzoaat (topisch)¹². Na een herziening van de richtlijnen van Departement Zorg worden deze vier behandelopties sinds maart 2025 als gelijkwaardig gezien, terwijl permethrine voorheen de eerste keuze was¹⁰. Permethrine wordt sinds november 2019 vergoed. Oraal ivermectine is sinds oktober 2022 beschikbaar voor de behandeling van scabiës (voorheen enkel off-label gebruik), maar wordt pas sinds juni 2025 vergoed. Topisch benzylnbenzoaat wordt al van vóór 2000 vergoed. Topisch ivermectine wordt niet vaak gebruikt en werd niet opgenomen in deze studie.

Onderzoekopzet

We voerden een beschrijvend, retrospectief onderzoek uit naar scabiësd diagnoses en -behandelingen in België, van 2000 tot 2025.

Gegevensverzameling

We verzamelden gegevens uit nationale en regionale bronnen, waaronder diagnoses van scabiës bij huisartsen, bedrijfsgezondheidsdiensten, studentengezondheidsdiensten, opvangcentra voor asielzoekers en medische consulten voor mensen in precare huisvestingssituaties; evenals terugbetalings- en verkoopsgegevens van geneesmiddelen gebruikt voor de behandeling van scabiës. De periodes waarvoor gegevens uit de bronnen beschikbaar waren, verschilden naargelang de dataset en gegevens uit verschillende bronnen konden niet worden gehomogeniseerd. We beschouwden diagnoses die overeenkomen met de code S72 ('scabiës/andere ziekte door mijten') van de International Classification of Primary Care, tweede editie (ICPC2) als scabiës (in de rest van dit manuscript afgekort als 'scabiësd diagnoses')¹³.

1. Scabiësd diagnoses

• In huisartsenpraktijken

De door huisartsen gestelde scabiësd diagnoses zijn afkomstig uit het INTEGEO-huisartsenregistratienetwerk, dat openbaar beschikbare gegevens verstrekt over de incidentie en prevalentie van diagnoses, geaggregeerd per jaar, geslacht en leeftijdsgroep (<https://www.intego.be/resultaten>). Het register bevat gecodeerde diagnoses die zijn ontleend aan elektronische medische dossiers van meer dan 130 huisartsenpraktijken in Vlaanderen, die in 2024 7,5 % van de Vlaamse bevolking omvatten. Voor elk jaar zijn deze gegevens gebaseerd op het aantal unieke patiënten met een bepaalde diagnose, d.w.z. de teller, ten opzichte van het totale aantal personen dat in dat jaar minstens één keer een huisarts heeft bezocht, d.w.z. de noemer, die de jaarlijkse contactgroep wordt genoemd. Aanvullende gegevens zijn op verzoek beschikbaar voor onderzoekers en beleidsmakers. We hebben het jaarlijkse aantal scabiësd diagnoses per geslacht en leeftijdsgroep voor de periode 2000-2024 geëxtraheerd. Daarnaast hebben we het aantal scabiësd diagnoses per geslacht, leeftijdsgroep en woonplaats (Local administrative unit 2-niveau) voor de periode 2011-2022 opgevraagd om geografische trends te bestuderen. De incidentie werd berekend als het jaarlijkse aantal scabiësd diagnoses per 1.000 patiënten in de jaarlijkse contactgroep.

• Bij bedrijfsgeneeskundige diensten

De externe dienst voor preventie en bescherming op het werk, IDEWE, is voornamelijk actief in de sectoren gezondheidszorg, onderwijs en overheid. IDEWE vertegenwoordigt ongeveer 17% van de werknemers in België, in Vlaanderen ligt dit rond de 23%. We hebben de jaarlijkse scabiësd diagnoses verzameld waarvoor er ofwel ziekteverzuim was of waarvoor er een verband was met het werk, per aantal werknemers met ten minste één raadpleging bij IDEWE in dat jaar, van 2011 tot 2022.

• In opvangcentra voor asielzoekers en op consultaties voor mensen in precare levenssituaties

Via het Federaal Agentschap voor de Opvang van Asielzoekers (Fedasil) hebben we het jaarlijkse aantal diagnoses van scabiës bij mensen die in opvangcentra voor asielzoekers verblijven verzameld, voor de periode 2016-2022. Scabiësbesmettingen werden gediagnosticeerd bij opname (medische controle) en tijdens het

verblijf van de persoon (medisch consult op verzoek van de patiënt). De incidentie werd berekend met als noemer het gemiddeld aantal mensen dat in alle opvangcentra in de betreffende jaren werd opgevangen. Daarnaast hebben we gegevens verzameld van de niet-gouvernementele organisatie Dokters van de Wereld, die gezondheidszorg verleent aan mensen in precare levensomstandigheden die geen toegang hebben tot de reguliere gezondheidszorg. We hebben het aantal scabiësdiaagnoses afgeleid uit het totale aantal consulten per jaar in de medische projecten in België, voor de jaren 2019-2022, per leeftijdsgroep, geslacht en maand van consultatie.

- **Bij consultaties voor studenten in Leuven en Gent**

Het jaarlijkse aantal scabiësdiaagnoses en het totaal aantal consulten werden verkregen van de medische diensten voor studenten in Leuven en Gent, voor respectievelijk de periodes 2013-2025 en 2020-2025.

- **Uitbraken in collectiviteiten in Vlaanderen**

Uitbraken van scabiës in een collectiviteit moeten sinds 2017 gemeld worden aan Departement Zorg en zijn door het onderzoeksteam verzameld.

2. Vergoedingen en verkoopgegevens voor scabiësbehandelingen

Permethrine: De nationale jaarlijkse verkoopgegevens voor permethrine (Zalvor®) voor de periode 2012-2022 zijn afkomstig van IQVIA (www.iqvia.com), dat gegevens verzamelt en extrapoleert over farmaceutische producten bij groothandels gekocht door openbare apotheken. Deze gegevens weerspiegelen aankopen op apotheekniveau en komen niet noodzakelijk overeen met het aantal afgeleverde behandelingen aan patiënten in hetzelfde jaar. Daarnaast werden gegevens verkregen uit de Pharmanet- databank van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), die informatie bevat over terugbetaalde geneesmiddelen afgeleverd in openbare apotheken en ongeveer 99% van de Belgische bevolking dekt¹⁴. Voor permethrine werden maandelijkse gegevens over het aantal terugbetaalde verpakkingen geanalyseerd voor de periode van november 2019 (start terugbetaling) tot augustus 2025, met inbegrip van informatie over leeftijdsgroep en geslacht.

Benzylbenzooat: De Algemene Pharmaceutische Bond (APB) heeft gegevens verstrekt over het maandelijks aantal magistrale bereidingen van benzylbenzooat die

in Belgische openbare apotheken werden afgeleverd, van januari 2019 tot december 2025¹⁵.

Ivermectine: Gegevens over afgeleverde geneesmiddelen (zowel terugbetaald als niet-terugbetaald) zijn beschikbaar in de Farmaflux-databank van het RIZIV, die gebaseerd is op gegevensuitwisseling met Belgische openbare apotheken¹⁶. Deze databank dekt naar schatting 95–98% van de Belgische openbare apotheken. Voor orale ivermectine (Ivermectine Substipharm®) werden maandelijkse gegevens geanalyseerd voor de periode van januari 2024 tot december 2025.

Gegevens over de algemene bevolkingsgroei zijn verkregen van Statbel, het Belgische statistiekbureau¹⁷.

Gegevensanalyse

De analyses werden uitgevoerd per databron. We voerden negatieve binomiale regressies uit met de incidentie van scabiës of het aantal vergoede of verkochte units voor medicatie gebruikt bij scabiës als afhankelijke variabele en gecorrigeerd voor tijd (maand of jaar afhankelijk van de bron), geslacht en seizoensinvloeden. We hebben een interactieterm tussen jaar en geslacht opgenomen om het verschil in trends tussen de geslachten te analyseren. We berekenden trends en hun 95% betrouwbaarheidsinterval (95% CI). P-waarden voor verschillen in proporties werden berekend met behulp van Pearson's chi-kwadraattoetsen. Een p-waarde van 0,05 werd beschouwd als drempel voor significantie. Deze analyses werden uitgevoerd in R versie 4.5.2, met behulp van het MASS-pakket voor regressies. De breekpunten voor het beschrijven van de trends in permethrine en benzylbenzooat gebruik werden bepaald aan de hand van de segmented() methode van het gelijknamige pakket. We beschreven belangrijke momenten zoals wijzigingen in beschikbaarheid, terugbetaling of richtlijnen die mogelijk een invloed kunnen gehad hebben op voorschrijfgedrag of gebruik van medicatie.

Ethische goedkeuring

De surveillance van infectieziekten is een wettelijke taak van de dienst Epidemiologie van Infectieziekten van Sciensano. Ethische goedkeuring voor het secundaire gebruik van de medische gegevens die door Dokters van de Wereld zijn verzameld, werd verleend door de Institutional Review Board van het Instituut voor Tropische Geneeskunde (referentie 1759/24).

Resultaten

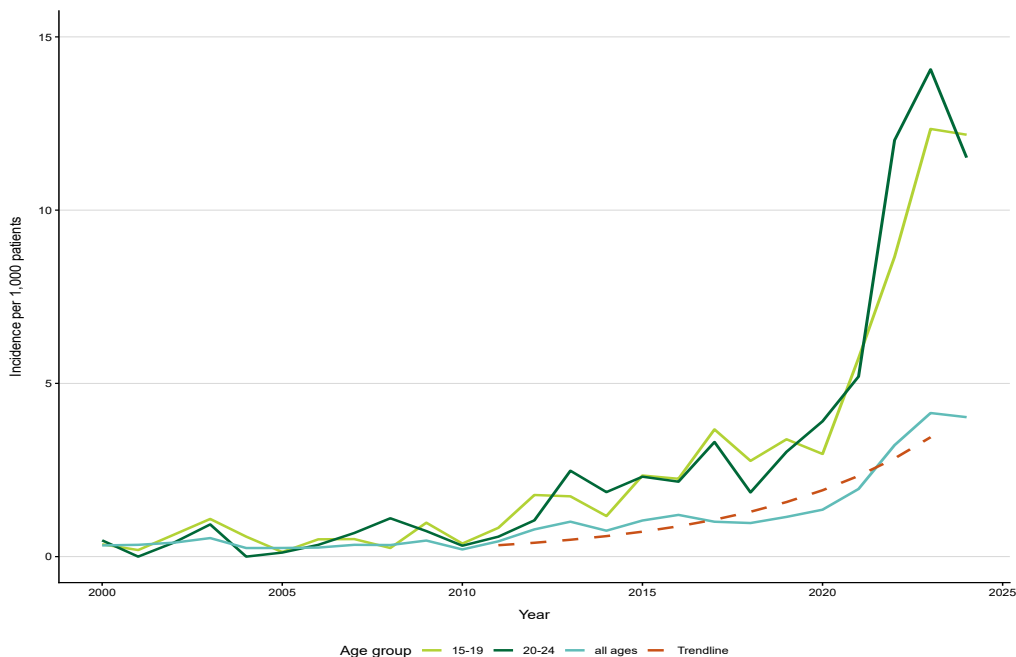
1. Diagnose van scabiës

- In huisartsenpraktijken

Na een periode met een stabiele incidentie tussen 2000 en 2010 steeg de jaarlijkse incidentie van scabiësd diagnoses tussen 2011 en 2023 van 0,4/1.000 tot 4,1/1.000.

In 2024 werd vervolgens voor alle leeftijdsgroepen een stabilisatie van de incidentie gezien ten opzichte van 2023, en voor de 20-24 jarigen een daling (Figuur 1).

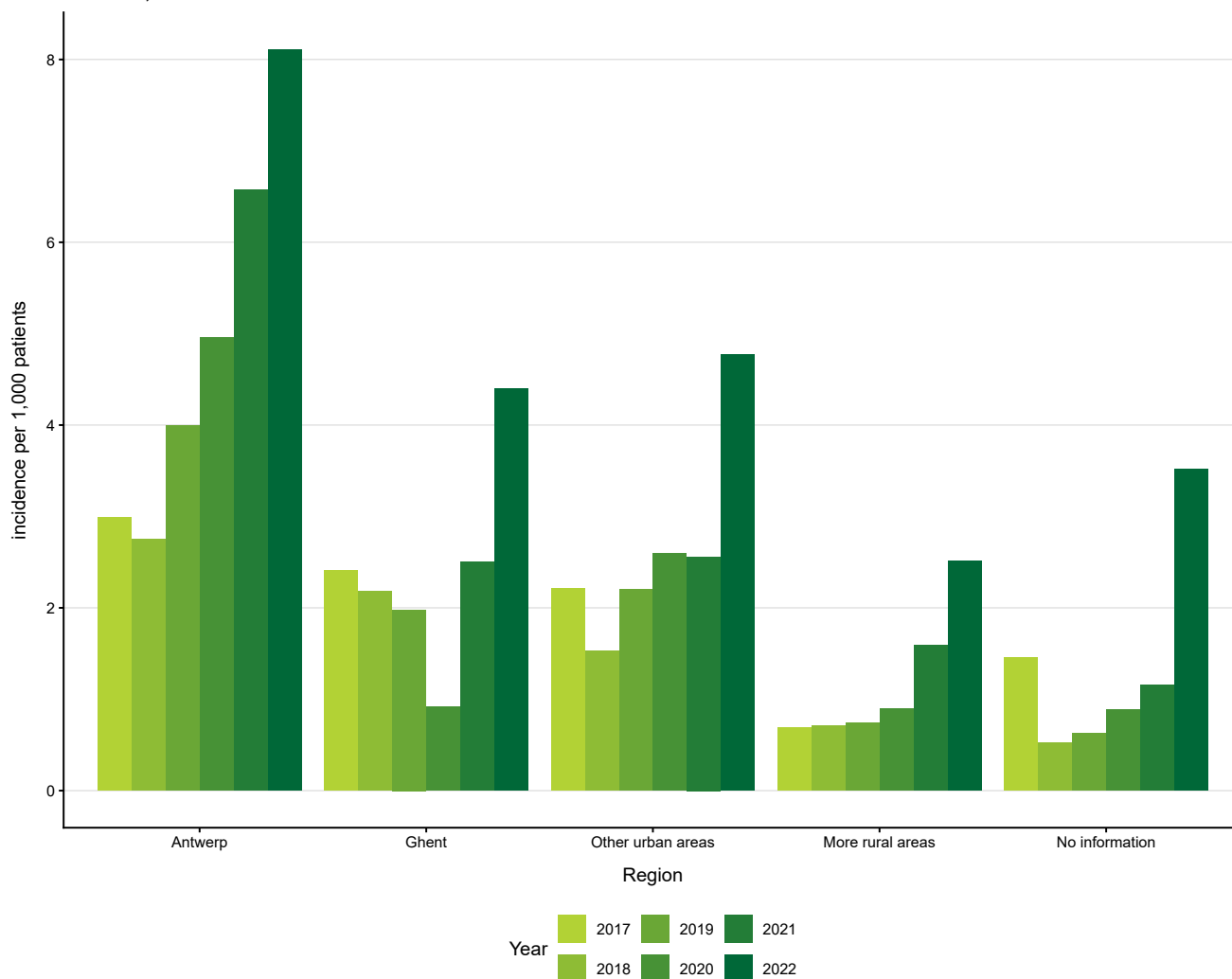
Figuur 1. Incidentie van scabiësd diagnoses tussen 2000 en 2024 in een huisartsenpraktijknetwerk, alle leeftijden versus 15-19 en 20-24 jaar, met 2011-2023 trendlijn voor de hele populatie, Vlaanderen (gegevensbron: INTEGO).



In de periode van 2011 tot 2023 bedroeg de stijging 15% per jaar (p-waarde < 0,001, 95% CI 12,2 tot 18,4%), na correctie voor geslacht (Figuur 1). De stijging was zichtbaar voor alle leeftijden maar meer uitgesproken in jongere leeftijdsgroepen, met name onder 15-19-jarigen en 20-24-jarigen, met een incidentie van respectievelijk 12,3/1.000 en 14,1/1.000 in 2023, vergeleken met 4,1/1.000 voor alle leeftijden. De incidentie bij mannen was in het algemeen 18% hoger dan bij vrouwen (p-waarde 0,05, 95% CI 0,4 tot 33,2%), deze incidenties vertoonden vergelijkbare trends (gegevens niet weergegeven).

Van 2017 tot 2022 werden in Vlaanderen de hoogste incidentiecijfers gemeld in de grootste stad, Antwerpen, en de laagste incidentiecijfers in de meer landelijke gebieden (Figuur 2). In 2022 bedroeg de incidentie in stedelijke gebieden 6,7/1.000, tegenover 2,7/1.000 in landelijke gebieden. De toename van de incidentie in de loop van de tijd werd in alle gebieden vastgesteld, ongeacht of het om landelijke of stedelijke gebieden ging. In Gent was er een tijdelijke daling in 2020. Er waren geen verschillen in geslacht (p-waarde 0,412) of leeftijdsverdeling (p-waarde 0,783) tussen de verschillende steden/gebieden.

Figuur 2. Incidentie van scabiës in een netwerk van huisartsen, per woonplaats van patiënten, 2017-2022, Vlaanderen (gegevensbron: INTEGO).



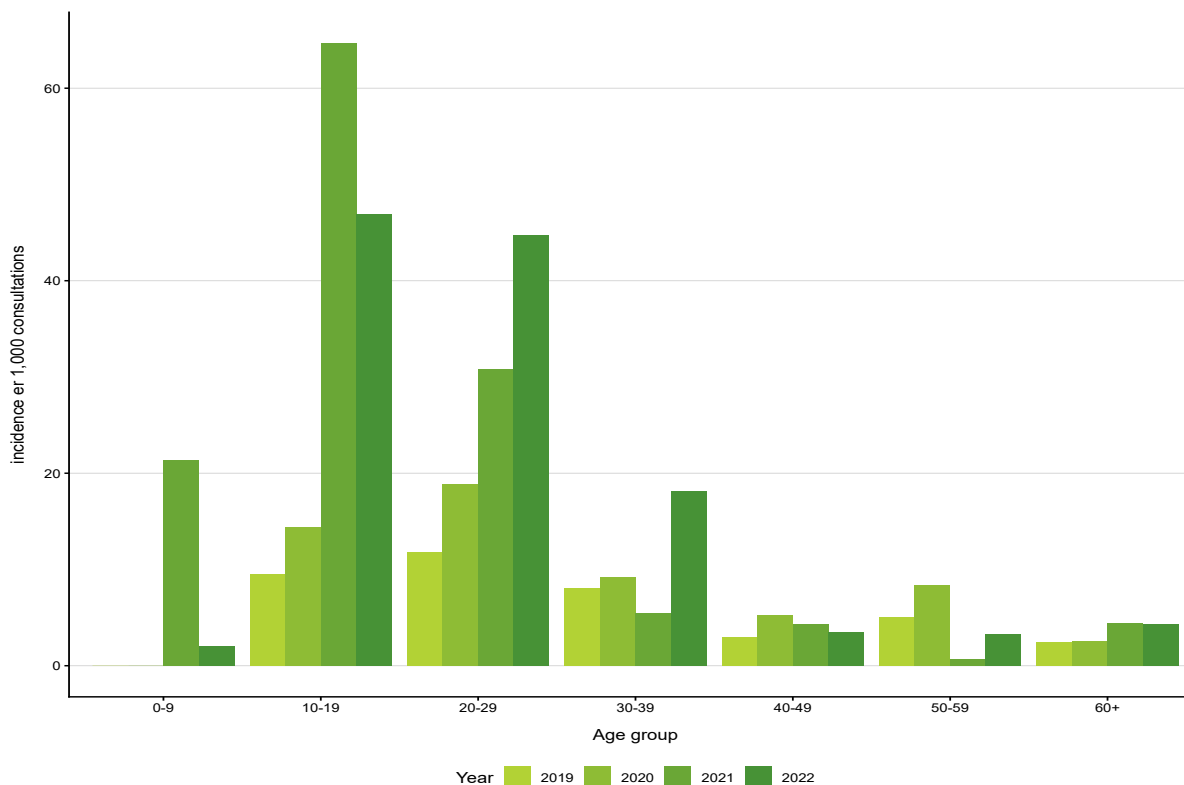
• Bij bedrijfsgeneeskundige diensten

Tussen 2011 en 2022 steeg het aantal geregistreerde scabiësd diagnoses per 1.000 werknemers die in dat jaar minstens één consultatie bij de bedrijfsgeneeskundige diensten van IDEWE hadden, jaarlijks met 16% (p-waarde < 0,001, 95% CI 9,4 tot 22,6%), met een tijdelijke daling in 2020-2021.

• In opvangcentra voor asielzoekers en op consultaties voor mensen in precare levenssituaties

Het aantal scabiësd diagnoses per gemiddeld aantal personen dat in opvangcentra van Fedasil werd opgevangen, steeg tussen 2016 en 2022 met 41 % per jaar (p-waarde < 0,001, 95 % CI 32,5 tot 49,9 %). De stijging was meer uitgesproken in 2021 en 2022. Van 2019 tot 2022 steeg het aantal scabiësd diagnoses ten opzichte van het totale aantal consultaties bij Dokters van de Wereld elk jaar met 41% (gecorrigeerd voor geslacht, p-waarde < 0,001, 95% CI 32,1 tot 50,0%). De incidentie was het hoogst in de leeftijdsgroepen 15-19, 20-24 en 25-29 (Figuur 3). De incidentie was over het algemeen vijf keer hoger bij mannen dan bij vrouwen, maar met een vergelijkbare stijgende trend bij mannen en vrouwen (p-waarde 0,202).

Figuur 3. Jaarlijks aantal diagnoses van scabiës per 1.000 consultaties per leeftijdsgroep onder patiënten van Dokters van de Wereld, 2019-2022, België (gegevensbron: Dokters van de Wereld).



• **Bij medische diensten voor studenten in Leuven en Gent**

In Leuven steeg de incidentie van 1,1 scabiësd diagnoses per 1.000 consultaties in het academiejaar 2013-2014 tot 5,3 in 2022-2023, waarna een daling inzette, tot 2,7 in 2024-2025. Ook in Gent steeg de incidentie aanvankelijk van 6,00 per 1.000 consultaties in kalenderjaar 2020 tot 9,7 in 2022, waarna een daling inzette, tot 5,3 in 2025.

• **Uitbraken in collectiviteiten in Vlaanderen**

Het aantal uitbraken in collectiviteiten dat jaarlijks bij het Departement Zorg werd gemeld, schommelde in de periode 2017-2025, maar bereikte in 2023 het hoogste niveau tot nu toe (140 uitbraken) en is sindsdien gedaald, met 68 gemelde uitbraken in 2025.

2. Terugbetalings- en verkoopgegevens van medicatie gebruikt voor scabiës

Permethrine: Het aantal verpakkingen permethrine dat door apotheken bij de groothandel werd aangekocht, verviervoudigde tussen 2012 en 2022, met een gemiddelde jaarlijkse stijging van 15 % (p-waarde < 0,001, 95 % CI 12,0 tot 18,6 %). In deze periode groeide de Belgische

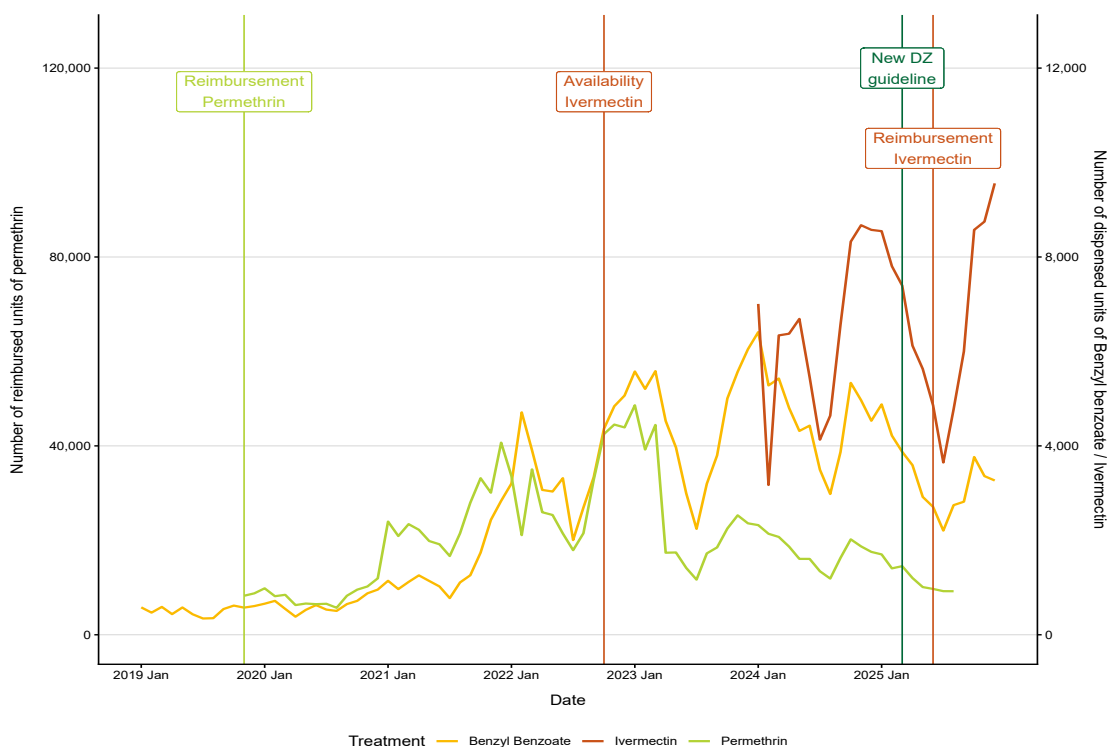
bevolking met 0,2 tot 0,6 % per jaar¹⁷. De evolutie van het aantal terugbetaalde verpakkingen permethrine vertoont twee fases. Het aantal terugbetalingen steeg tussen november 2019 (start van de vergoeding) en januari 2023 (piek zoals bepaald met de segmented() methode) gemiddeld met 3,7% per maand (p-waarde < 0,001, 95% CI 1,7 tot 6,3%). In de periode van januari 2023 tot augustus 2025 daalde het aantal terugbetaalde verpakkingen gemiddeld met 8,4% per maand (p-waarde < 0,001, 95% CI -11,4 tot -5,3%) (Figuur 4). Het aantal terugbetalingen lag hoger in de wintermaanden. Er was geen significant verschil in het aantal vergoede verpakkingen of in de trend tussen vrouwen en mannen (p-waarde 0,376), zowel in de stijgende fase (november 2019 tot januari 2023) als tijdens de daaropvolgende daling (januari 2023 tot augustus 2025). Zestig procent van de vergoedingen voor permethrine was voor personen in de leeftijd van 20-59 jaar.

Benzylbenzoaat: Ook de evolutie van het aantal verstrekte eenheden benzylbenzoaat vertoont twee fases. Tussen januari 2019 en mei 2023 (piek zoals bepaald met de segmented() methode) was er een gemiddelde maandelijkse toename van 4,1% (p-waarde < 0,001, 95% CI 3,6 tot 4,6%). Van mei 2023 tot december 2025 was er een gemiddelde maandelijkse afname met 2,7% die

echter niet significant was (p-waarde 0,065, CI -0,1 tot 5,5%) (Figuur 4).

Ivermectine: Voor ivermectine oraal was er een toename van 36% in het aantal verstrekte verpakkingen per maand van januari 2024 tot december 2025 (Figuur 4).

Figuur 4. Aantal verstrekte of terugbetaalde eenheden in België per maand, voor benzylbenzoaat (januari 2019 – december 2025, gegevensbron: APB), permethrine (november 2019 – augustus 2025, gegevensbron: Pharmanet, RIZIV) en ivermectine oraal (januari 2024 – december 2025, gegevensbron: Farmaflux, RIZIV). De assen zijn verschillend voor permethrine (links) en benzylbenzoaat en ivermectine oraal (rechts). De gekleurde kaders duiden relevante tijdstippen aan zoals wijzigingen in richtlijnen of beschikbaarheid en terugbetaling van medicatie.



Bespreking

Alle onderzochte gegevensbronnen wijzen op een globale stijging van de scabiësincentie in België in de periode 2000-2025. Deze stijging was het meest uitgesproken in 2021-2023. Over de voorbije twee jaar wordt een stabilisatie of daling gezien in de gegevens van Intego, van studentengezondheidsdiensten en van Departement Zorg; en voor het aantal terugbetaalde verpakkingen permethrine en verstrekte eenheden benzylbenzoaat. Niet voor alle databronnen waren gegevens beschikbaar voor de meest recente jaren en de trend moet verder nauwkeurig opgevolgd worden.

Stijgende fase

De oorzaken voor de geregistreerde stijging zijn vermoedelijk multifactorieel. Zowel in-vitro-onderzoek als casusrapporten wijzen op mogelijke resistentieontwikkeling, al blijft het methodologisch moeilijk om therapiefalen eenduidig toe te schrijven aan resistentie¹⁸⁻²⁰. De correcte toepassing van een lokale behandeling kan voor patiënten erg uitdagend zijn en de behandeling van nauwe contacten vraagt ook een grote inspanning van zowel patiënten als zorgverleners²¹. Tijdens de onderzoeksperiode waren er momenten waarop permethrine tijdelijk beperkt beschikbaar was in Belgische apotheken²². Voor de invoering van de terugbetaling in november 2019 vormde bovendien de kostprijs mogelijk een drempel voor patiënten en hun nauwe contacten. Al deze vertragingen in behandeling dragen bij tot een langere besmettelijke periode, mogelijk meer mijten per geïnfecteerde persoon, en dus een hogere transmissie.

De toename van het aantal gevallen in de vluchtelingencentra van Fedasil, met de hoogste incidentie in 2021-2022, lijkt niet te worden veroorzaakt door een hogere bezettingsgraad van de opvangcentra, wat tot hogere besmettingscijfers zou kunnen hebben geleid. De bezettingsgraad in 2016 was vergelijkbaar met die in 2021 en 2022, maar de incidentie van scabiës was in 2016 zeven keer lager dan in 2021-2022. Een studie in Griekenland meldde scabiës als de op twee na meest voorkomende infectieziekte onder asielzoekers, met een stijgende trend²³. De auteurs van deze Griekse studie verwijzen naar de omstandigheden op de transnationale migratieroutes als mogelijke oorzaken voor de hoge prevalentie van scabiës onder asielzoekers.

Meest getroffen groepen

We registreerden een hogere incidentie bij mannen dan bij vrouwen, zij het met een p-waarde van 0,05. De bevindingen in andere studies variëren: sommige meldden een hogere incidentie bij vrouwen, terwijl recentere studies een hogere incidentie bij mannen beschreven^{3,4,24}. In onze studie werd bovendien bij mensen in precare levenssituaties een vijf keer hogere incidentie bij mannen dan bij vrouwen vastgesteld. Daarnaast waren de incidenties bij adolescenten en jongvolwassenen hoger en kenden een sterkere stijging, wat overeenkomt met bevindingen uit andere West-Europese landen^{3,4,6}.

Ook geografisch werden verschillen vastgesteld: steden in Vlaanderen hadden over het algemeen een hogere incidentie dan plattelandsgebieden. Een mogelijke hypothese is dat deze patronen samenhangen met verschillen in sociale contactstructuren aangezien jongvolwassenen en stedelijke populaties doorgaans bredere en meer wisselende sociale netwerken hebben³. Ook verschillen in de bevolkingssamenstelling kunnen een rol spelen, aangezien er in stedelijke gebieden doorgaans een groter aandeel jongvolwassenen woont, de leeftijdsgroep die het meest door scabiës wordt getroffen. Jongere personen hebben volgens sommige studies ook een lagere therapietrouw²⁵. Socio-economische factoren kunnen dit verder versterken, aangezien stedelijke populaties in België een groter risico op armoede en onvervulde medische zorgbehoeften kennen^{26,27}. Een Duits onderzoek naar internetzoekopdrachten met betrekking tot scabiës vond een positieve correlatie tussen het aantal zoekopdrachten en de bevolkingsdichtheid²⁸. Mannelijke asielzoekers die zonder familie in België aankomen hebben geregeld meer moeite om onderdak te vinden en verblijven vaker op straat in hechte groepen. Dergelijke omstandigheden kunnen de overdracht van scabiës bevorderen.

Aanwijzingen voor trendbreuk

Sinds begin 2023 tekent zich een nieuw patroon af. In 2024 werd in de INTEGO-cijfers voor het eerst een stabilisatie waargenomen, en een daling voor de leeftijdsgroep 20 tot 24-jarigen. Het maandelijks aantal terugbetaalde verpakkingen permethrine vertoont vanaf januari 2023 een duidelijke daling. Opvallend is dat deze daling eerder en meer uitgesproken inzet dan de stabilisatie in de INTEGO-incidentiecijfers. Dit suggereert dat de afname in permethrinegebruik niet uitsluitend kan worden verklaard door een daling van het aantal scabiësgevallen. Een mogelijke (gedeeltelijke) verklaring voor deze discrepantie is een verschuiving in het therapeutisch beleid. Sinds november 2022 is orale ivermectine beschikbaar op de Belgische markt voor de behandeling van scabiës. Samen met de toenemende bezorgdheid over mogelijke resistentie tegen permethrine, kan dit hebben geleid tot een wijziging in het voorschrijfgedrag. Toch compenseert een eventuele therapeutische verschuiving de daling in permethrinegebruik slechts gedeeltelijk, aangezien het aantal verstrekte verpakkingen benzylbenzooat en orale ivermectine aanzienlijk lager blijft. Bovendien vertoonde benzylbenzooat een piek in mei 2023, waarna ook hier een daling lijkt te volgen.

Voor orale ivermectine zijn enkel gegevens beschikbaar voor 2024 en 2025, de geregistreerde toename tussen januari 2024 en december 2025 moet bovendien geïnterpreteerd worden in een context van seizoensgebonden fluctuaties. Orale ivermectine wordt aangeraden voor de aanpak van uitbraken in collectiviteiten en AVIQ (Regionale Gezondheidsautoriteit in Wallonië) meldde een toename van clusters in scholen, waarvoor ivermectine als behandeling gebruikt werd. Dit kan een gedeeltelijke verklaring zijn voor de toename. Aangezien het om een erg korte periode gaat, moet een eventuele stijgende trend verder bevestigd worden. Het globale beeld suggereert dus dat de recente daling in het gebruik van permethrine ook samenhangt met een daadwerkelijke afname van het aantal scabiësgevallen. Deze hypothese wordt ondersteund door de daling in het aantal clusters gemeld aan Departement Zorg en voorlopige gegevens uit de Huisartsen Infectiebarometer (opvolging S72), die eveneens een dalende trend suggereren vanaf eind 2024 (gegevens niet getoond)²⁹.

Ook in Nederland lijkt een daling ingezet sinds 2024-2025, met name in de leeftijdsgroep 15-24 jaar³⁰. De waargenomen trendbreuk in de meest recente data dient echter verder opgevolgd en bevestigd te worden, rekening houdend met het aantal consultaties maar ook met een

geïntegreerde analyse van de trends in het gebruik van permethrine, ivermectine oraal en benzylbenzooat.

Kanttekeningen bij de databronnen

Elke geraadpleegde gegevensbron brengt waardevolle informatie rond scabiës, maar moet zorgvuldig geïnterpreteerd worden. Hoewel het INTEGO netwerk enkel actief is in Vlaanderen, werd een gelijkaardige evolutie vastgesteld in de nationale gegevens over de verkoop en terugbetaling van scabiësbehandelingen. Dit ondersteunt de interpretatie dat de Vlaamse INTEGO-data vermoedelijk representatief zijn voor de nationale situatie. De toename van het aantal vergoede eenheden permethrine (tussen november 2019 en januari 2023) hield niet uitsluitend verband met de start van de vergoeding of de wijziging in behandelrichtlijnen (van één naar twee behandelmomenten), aangezien er al vóór 2019 een stijging zichtbaar was in de jaarlijkse verkoopcijfers van groothandels aan apotheken. De tijdelijke daling van het aantal scabiësd diagnoses dat IDEWE in 2020 registreerde, kan waarschijnlijk in verband worden gebracht met het begin van de COVID-19-pandemie. Door lockdowns en telewerken waren er in die eerste maanden minder consultaties bij arbeidsgeneeskundige diensten. In de andere gegevensbronnen registreerden we geen daling van scabiës in 2020, in tegenstelling tot wat werd waargenomen voor andere infectieziekten. Enkel in Gent (INTEGO-gegevens) werd ook een tijdelijke daling gezien, hiervoor hebben we geen verklaring kunnen vinden.

Beperkingen studie

De resultaten van deze studie moeten worden geïnterpreteerd in het licht van een aantal beperkingen. We hebben verschillende gegevensbronnen gecombineerd, met verschillende collectiemethoden en noemers, die niet uniform zijn voor alle regio's van België. Hierdoor is deze studie niet geschikt voor vergelijkingen tussen deze groepen of voor het trekken van conclusies over de factoren of personen die bijdragen aan de scabiës-epidemie in België. Mogelijk hebben de wijzigingen in de richtlijnen gedurende de studieperiode een invloed gehad op de wijzigingen in diagnostische en behandelings trends. Aangezien alle geraadpleegde gegevensbronnen echter dezelfde stijgende trend aangeven tot 2023, en we sinds 2023 een stabilisatie tot daling zien in zowel de gegevens van INTEGO, studentenartsen, Departement Zorg als permethrine en benzylbenzooat, geloven we dat onze studie de werkelijke epidemiologische situatie weergeeft. We hadden ook geen toegang tot gegevens over scabiësd diagnoses door dermatologen. Dit werd ondervangen door de verkoop- en terugbetalingsgegevens van scabiësmedicatie te analyseren. Geneesmiddelgegevens moeten echter geïnterpreteerd worden als indirecte proxies voor de incidentie en kunnen in belangrijke mate beïnvloed worden door voorschrijfgedrag, wijzigingen in behandelrichtlijnen, terugbetalingsregels en beschikbaarheid van behandelingen. Het gebruik van S72 als code voor scabiës samen met de moeilijkheden die artsen kunnen ondervinden bij de diagnose, kan geleid hebben tot misclassificatie bias. Ten slotte konden we op basis van de beschikbare gegevensbronnen niet bepalen welk deel van de diagnoses of verstrekte behandelingen verband hield

Tabel 1. Diagnose van scabiës bij de huisarts (Bron: CEBAM Richtlijn Diagnose van scabiës)

Zekerheidsdiagnose door visualisatie van scabiësmijten met een dermatoscoop.
Klinische waarschijnlijkheidsdiagnose bij minstens één van volgende kenmerken: 1. Scabiës gangetjes 2. Typische letsels ter hoogte van de mannelijke genitaliën 3. Typische letsels op typische plaatsen met jeukklachten én wanneer deze patiënt een nauw contact is van een individu met jeukklachten of typische letsels op typische plaatsen
Vermoeden van scabiës bij: 1. Typische letsels op typische plaatsen en jeukklachten 2. Typische letsels op typische plaatsen en wanneer deze patiënt een nauw contact is van een individu met jeukklachten of typische letsels op typische plaatsen 3. Atypische letsels of letsels op atypische plaatsen met jeukklachten én wanneer deze patiënt een nauw contact is van een individu met jeukklachten of typische letsels op typische plaatsen

met therapiefalen, herbesmettingen, nieuwe besmettingen of de behandeling van nauwe contacten.

Herziening richtlijnen

Zoals hierboven vermeld werden de diagnostische en therapeutische richtlijnen van Departement Zorg herzien, in samenwerking met Domus Medica, Universiteit Gent en de Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn (WOREL)¹⁰. De diagnostische criteria worden weergegeven in Tabel 1.

Een belangrijke wijziging in de WOREL-richtlijn wat betreft de behandeling is dat zoals vermeld, voor kinderen >15kg en volwassenen, permethrine 5% lokaal, benzylbenzoeaat 25% lokaal, ivermectine 1% lokaal en ivermectine 0,2 mg/kg peroraal nu als gelijkwaardig beschouwd worden. De keuze van de behandeling is afhankelijk van onder andere de setting (bv. in een woonzorgcentrum kan een orale behandeling makkelijker toe te passen zijn), contra-indicaties en eventueel falen van een eerdere behandeling. Bij kinderen ouder dan twee maand met een lichaamsgewicht ≤15 kg wordt permethrine 5% lokaal of benzylbenzoeaat 25% lokaal geadviseerd. Voor kinderen jonger dan twee maand wordt benzylbenzoeaat 25% lokaal aangeraden. Nauwe contacten worden nu twee maal behandeld, voorheen slechts één maal. Meer details, ook in verband met veiligheid en bijwerkingen kunnen gevonden worden in de richtlijn. De actualisatie van de richtlijn van Departement Zorg over collectieve scabiës zal binnenkort gepubliceerd worden.

Conclusie

Onze studie toont een langdurige stijging van scabiës vanaf 2011, met een piek in 2021–2023, gevolgd door signalen van stabilisatie en mogelijk beginnende daling sinds 2023–2024. In welke mate deze recente trendbreuk het gevolg is van verbeterd therapeutisch beleid, natuurlijke epidemiologische fluctuatie of andere factoren, zal verdere opvolging moeten uitwijzen. Daartoe is onlangs de ICPC2-code voor scabiës toegevoegd aan de Huisartsen Infectiebarometer gecoördineerd door Sciensano, en zullen ook gegevens over het gebruik van scabiësmedicatie op continue basis worden gemonitord.

Dankwoord

De auteurs willen Marc De Falleur (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, RIZIV) bedanken voor het ter beschikking stellen van de Pharmanet- en Farmafluxgegevens over afgeleverde en terugbetaalde

permethrine en ivermectine. Speciale dank gaat uit naar alle huisartsen die deelnemen aan het INTEGOnetwerk.

Referenties

1. World Health Organization. Scabies Key Facts. Scabies Key Facts. Accessed March 30, 2026. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/scabies>
2. Sunderkötter C, Aebischer A, Neufeld M, et al. Increase of scabies in Germany and development of resistant mites? Evidence and consequences. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*. 2019;17(1):15-23. doi:10.1111/ddg.13706
3. Reichert F, Schulz M, Mertens E, Lachmann R, Aebischer A. Reemergence of Scabies Driven by Adolescents and Young Adults, Germany, 2009–2018 - Volume 27, Number 6—June 2021 - *Emerging Infectious Diseases journal - CDC*. doi:10.3201/eid2706.203681
4. Amato E, Dansie LS, Grøneng GM, et al. Increase of scabies infestations, Norway, 2006 to 2018. *Eurosurveillance*. 2019;24(23):190020. doi:10.2807/1560-7917.ES.2019.24.23.190020
5. Lugovi -Mihi L, Aždaji MD, Filipovi SK, et al. An Increasing Scabies Incidence in Croatia: A Call for Coordinated Action Among Dermatologists, Physicians and Epidemiologists. *Zdr Varst*. 2020;59(4):264-272. doi:10.2478/sjph-2020-0033
6. Deursen B van, Hooiveld M, Marks S, et al. Increasing incidence of reported scabies infestations in the Netherlands, 2011–2021. *PLOS ONE*. 2022;17(6):e0268865. doi:10.1371/journal.pone.0268865
7. Chatterjee A, Roy Á, García-Blázquez C, et al. Rising scabies incidence in Spain: a retrospective observational analysis of four national data sources, 2011 to 2023. *Eurosurveillance*. 2025;30(47):2500296. doi:10.2807/1560-7917.ES.2025.30.47.2500296
8. CDC - Scabies. June 6, 2023. Accessed March 30, 2026. <https://www.cdc.gov/parasites/scabies/index.html>
9. Middleton J, Cassell JA, Jones CI, Lanza S, Head MG, Walker SL. Scabies control: the forgotten role of personal hygiene – Authors' reply. *The Lancet Infectious Diseases*. 2018;18(10):1068-1069. doi:10.1016/S1473-3099(18)30558-9
10. Scabiës (uitbraak in collectiviteit). Departement Zorg. Accessed August 7, 2025.

<https://www.departementzorg.be/nl/infectieziekte/scabies-uitbraak-collectiviteit>

11. Laisnez V, Brosius I, Van Bortel W, et al. Increasing trend of scabies in Belgium, 2000–2023. *Arch Public Health*. 2025;83(1):197. doi:10.1186/s13690-025-01684-3
12. Belgische Commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid (BAPCOC). Volksgezondheid. December 1, 2015. Accessed March 30, 2026. <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/advies-en-overlegorgaan/commissies/BAPCOC>
13. International Classification of Primary Care, 2nd edition (ICPC-2). Accessed March 30, 2026. <https://www.who.int/standards/classifications/other-classifications/international-classification-of-primary-care>
14. Statistieken over geneesmiddelen afgeleverd in openbare apotheken (Farmanet) - RIZIV. Accessed March 30, 2026. <https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/geneesmiddel/Paginas/Statistieken-geneesmiddelen-apotheken-farmanet.aspx>
15. Welkom op apb.be. Accessed March 30, 2026. <https://www.apb.be/nl/corp/Pages/default.aspx>
16. Overeenkomst Data Federaal Gezondheidsbeleid (contract). December 21, 2023. Accessed March 28, 2026. http://www.farmaflux.be/nl-BE/CareInitiatives/OPVOLG/overeenkomst-data-federaal-gezondheidsbeleid-contract_229NL
17. Structuur van de bevolking | Statbel. Accessed February 22, 2026. <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/structuur-van-de-bevolking#figures>
18. Mounsey KE, Holt DC, McCarthy JS, Currie BJ, Walton SF. Longitudinal Evidence of Increasing In Vitro Tolerance of Scabies Mites to Ivermectin in Scabies-Endemic Communities. *Archives of Dermatology*. 2009;145(7):840-841. doi:10.1001/archdermatol.2009.125
19. Mbuagbaw L, Sadeghirad B, Morgan RL, et al. Failure of scabies treatment: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Dermatology*. 2024;190(2):163-173. doi:10.1093/bjd/ljad308
20. Absil G, Lebas E, Libon F, el Hayderi L, Dezfoulian B, Nikkels AF. Scabies and therapeutic resistance: Current knowledge and future perspectives. *JEADV Clinical Practice*. 2022;1(3):157-164. doi:10.1002/jvc2.25
21. Nemecek R, Stockbauer A, Lexa M, Poepl W, Mooseder G. Application errors associated with topical treatment of scabies: an observational study. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2020;18(6):554-559. doi:10.1111/ddg.14122
22. FarmaStatus – De online applicatie over de beschikbaarheid van geneesmiddelen. Accessed March 28, 2026. <https://farmastatus.be/medical-products/71037>
23. Louka C, Logothetis E, Engelman D, Samiotaki-Logotheti E, Pournaras S, Stienstra Y. Scabies epidemiology in health care centers for refugees and asylum seekers in Greece. *PLoS Negl*
24. Lassa S, Campbell MJ, Bennett CE. Epidemiology of scabies prevalence in the U.K. from general practice records. *Br J Dermatol*. 2011;164(6):1329-1334. doi:10.1111/j.1365-2133.2011.10264.x
25. Glombiewski JA, Nestoriuc Y, Rief W, Glaesmer H, Braehler E. Medication Adherence in the General Population. *PLOS ONE*. 2012;7(12):e50537. doi:10.1371/journal.pone.0050537
26. Urban-rural Europe - income and living conditions. Accessed July 16, 2024. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Urban-rural_Europe_-_income_and_living_conditions
27. Buffel V, Nicaise I. ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare Belgium 2018. Published online June 1, 2018.
28. Wu J, Tizek L, Rueth M, et al. The national burden of scabies in Germany: a population-based approach using Internet search engine data. *Infection*. 2022;50(4):915-923. doi:10.1007/s15010-022-01763-5
29. Huisartsen Infectiebarometer. [sciensano.be](https://www.sciensano.be/nl/huisartsen-infectiebarometer). Accessed February 27, 2026. <https://www.sciensano.be/nl/huisartsen-infectiebarometer>
30. Cijfers Ziekten per week in Nederland - actueel: wat heerst er? | Nivel. Accessed April 13, 2026. <https://www.nivel.nl/nl/zorg-en-ziekte-in-cijfers/actuele-cijfers-ziekten-per-week>

Van consensus naar praktijk: Vlaamse campagne rond urineweginfecties bij ouderen

Sofie Theunis¹, An Merchie², Wouter Dhaeze¹

Urineweginfecties (UWI) behoren tot de meest voorkomende zorginfecties. Vaak wordt bij een UWI een behandeling met antibiotica opgestart. Dit kan leiden tot onjuist en overmatig antibioticagebruik en draagt bij aan de toename van antimicrobiële resistentie (AMR). Dit is een groeiend probleem dat de effectiviteit van behandelingen vermindert en ook binnen de ouderenzorg steeds meer aandacht vraagt.

Om zorgverleners hierin te ondersteunen, ontwikkelde het Departement Zorg samen met de Vlaamse Hospital Outbreak Support Teams (HOST) en Urobel een campagne rond preventie, diagnose en behandeling van UWI, gebaseerd op een recent Vlaams consensusdocument over UWI bij bewoners in woonzorgcentra (WZC) ^(1,2). De campagne omvat praktische tools zoals een flowchart, affiche en informatiemateriaal.

Diagnose van UWI bij ouderen

De diagnose van een UWI is niet altijd eenvoudig, vooral niet bij ouderen of patiënten met een urinaire katheter. Typische symptomen zoals dysurie, pollakisurie, toegenomen mictiedrang of suprapubische pijn zijn vaak minder uitgesproken of zelfs afwezig. In veel gevallen beperken de klachten zich tot atypische, minder suggestieve symptomen zoals delier, agitatie of een algemene achteruitgang.

Bevestiging met een urinecultuur op een correct afgenomen midstream urinestaal is daarom aangewezen. Een cultuur bevestigt niet alleen de diagnose, maar geeft ook informatie over het veroorzakende micro-organisme en de gevoeligheid voor antibiotica.

Het gebruik van urine dipsticks wordt afgeraden in deze populatie. Door het frequent voorkomen van asymptomatische bacteriurie is de kans op vals-positieve resultaten groot. De aanwezigheid van bacteriën in de urine zonder klinische symptomen is op zich geen reden tot behandeling.

Behandeling en antibioticagebruik

Antibiotica hebben uiteraard hun plaats in de behandeling van UWI, maar moeten doordacht worden ingezet. Het is essentieel om eerst de diagnose te bevestigen alvorens een behandeling op te starten. Het antibiogram laat toe gericht te behandelen en onnodig breedpectrumgebruik te vermijden. In uitzonderlijke situaties, bijvoorbeeld bij een ernstig klinisch beeld, kan gestart worden met empirische therapie, maar ook dan blijft herevaluatie noodzakelijk.

Het behandelen van asymptomatische bacteriurie wordt afgeraden. Ook langdurig of profylactisch antibioticagebruik bij ouderen met recidiverende UWI biedt doorgaans weinig meerwaarde en gaat gepaard met een verhoogd risico op bijwerkingen en resistentieontwikkeling.

Preventie en katheterbeleid

Preventieve maatregelen blijven een belangrijk onderdeel van de aanpak. Goede hydratatie, diurese en persoonlijke hygiëne zijn hierbij essentieel.

Daarnaast vormt de aanwezigheid van urinaire katheters een belangrijke risicofactor voor het ontstaan van katheter-geassocieerde urineweginfecties (CAUTI). Katheters worden bij voorkeur enkel geplaatst bij een duidelijke indicatie en zo snel mogelijk verwijderd. Elke extra dag dat een katheter aanwezig blijft, verhoogt het risico op bacteriële kolonisatie en infectie.

Ook correcte katheterzorg is van belang. Aseptische plaatsing, het behoud van een gesloten systeem en het gelijktijdig vervangen van katheter en urinezak dragen bij tot het beperken van het infectierisico.

Besluit

UWI vormen een veelvoorkomend probleem bij ouderen en patiënten met een urinaire katheter, maar de diagnose is niet altijd evident. Een doordachte aanpak met aandacht voor correcte diagnostiek, gericht

1. Team infectieziektebestrijding, Departement Zorg

2. Departement zorg, Crisis Preparedness Cel

antibioticagebruik en preventieve maatregelen is noodzakelijk om onnodige behandeling te vermijden.

Binnen het kader van antimicrobial stewardship (AMS) blijft het belangrijk om kritisch om te gaan met het voorschrijven van antibiotica. De Vlaamse UWI-campagnes bieden hiervoor praktische ondersteuning aan zorgverleners in het werkveld.

Op basis van het consensusdocument wordt momenteel een CEBAM-gevalideerde richtlijn ontwikkeld, die de verdere uitwerking van de campagne zal ondersteunen.

Meer info over urineweginfecties en het campagnemateriaal vindt u hier: <https://www.departementzorg.be/nl/campagnes-urineweginfecties>



Referentie

(1) Jodie Langbeen, Veroniek Saegeman, Laura Heireman, Koen Magerman, Hilde Jansens, Dana Van Kerkhoven, Wouter Dhaeze, Jan De Lepeleire, Katrien Latour, Indira Coenen, Erwin Ho, Dieter Vereecke, Door Jouck, Frederik Van Hoecke & Dirk Vogelaers (05 Nov 2024): Flemish consensus statement on the prevention, diagnosis and treatment of urinary tract infections in older nursing home residents, Acta Clinica Belgica, DOI: 10.1080/17843286.2024.2423120

(2) J. Langbeen, V. Saegeman, L. Heireman, K. Magerman, H. Jansens, D. Van Kerkhoven, W. Dhaeze,

J. De Lepeleire, K. Latour, I. Coenen, E. Ho, D. Vereecke, D. Jouck, F. Van Hoecke & D. Vogelaers (19 augustus 2025): Preventie, diagnostiek en behandeling van urineweginfecties bij bewoners in woonzorgcentra: een interdisciplinaire consensus vanuit de Vlaamse Hospital Outbreak Support Teams, Sciensano https://www.sciensano.be/sites/default/files/2025_langbeen_et_alii_consensus_uwi_woonzorgcentra.pdf

Onderzoek naar een hardnekkige schimmelinfectie op een basisschool

Wim Flipse¹, Ann Packeu², Roelke De Paep², Aaron Devos³

Samenvatting

In een schoolklas bestond over een langere periode een hardnekkig probleem van een schimmelinfectie. Het Team infectieziektebestrijding startte een onderzoek. Ouders kregen een vragenlijst, alle kinderen uit het betrokken klasje werden gescreend en ook enkele broertjes en een zusje werden meegenomen in het onderzoek. Verder werd er een informatieavond gehouden en een omgevingsonderzoek verricht door de dienst Mycologie van Sciensano. *M. audouinii* werd gedetecteerd. De onderzoeken leverden inzichten in de diversiteit van behandelingen, de moeilijkheid van onderzoek en opmerkelijke bevindingen uit het omgevingsonderzoek. De verspreiding vond voornamelijk plaats via familie en vriendengroepjes en mogelijk oppervlakten in het klasje. Er werden hygiënemaatregelen genomen in de hele school. Tijdens de coronapandemie werd de school gesloten. In 2025 bleek de situatie opgelost en zaten de destijds betrokken leerlingen ondertussen in het middelbaar onderwijs.

Summary

In a school class there was a persistent problem of a fungal infection over a longer period of time. The Infectious Disease Control Team investigated the problem. A questionnaire was sent to the parents of the class and all children from that class were screened as well as some brothers and a sister. Furthermore, an information evening was held and an environmental study was carried out by the department of Mycology of Sciensano. *M. audouinii* was found. The studies provided insight into the diversity of treatments, the difficulty of research, and remarkable findings from the environmental research. The spread mainly took place through family and friendships and possibly surfaces in the classroom. Hygiene measures were taken throughout the school. During the corona pandemic, the school

was closed. In 2025, it turned out that there were no longer any problems and the students involved at the time had left for secondary education.

Inleiding

Tinea capitis en tinea corporis worden veroorzaakt door verschillende schimmels die grotendeels tot de genera *Trichophyton* en *Microsporum* behoren.

Tinea capitis, een schimmelinfectie op de hoofdhuid, kent twee vormen: enerzijds ectothrix, waarbij de schimmel rond de haarschacht groeit, en anderzijds endothrix, waarbij de schimmel in de haarschacht groeit. Beide types kunnen schilfering, haaruitval en (soms blijvende) kale plekken veroorzaken. Een ernstigere, inflammatoire infectie is ook mogelijk in de vorm van kerion (ectothrix) of favus (endothrix). Tinea capitis komt meestal bij jonge kinderen voor. Volwassenen worden niet vaak geïnfecteerd. De reden hiervoor is dat de talg van volwassenen een hogere vetzuurconcentratie bevat dan die van kinderen, wat een fungistatisch effect heeft.

Tinea corporis laat zich zien als een rode verheven ring, ook wel ringworm genoemd. Deze kan op de armen, benen, torso, gelaat en hals voorkomen. Zowel tinea corporis als tinea capitis kunnen overgedragen worden naar anderen¹.

De Belgische incidentie van schimmelinfecties bedroeg in 2024 19.68/1000 patiënten². Mogelijk is dit een onderschatting omdat deze cijfers afhankelijk zijn van een correcte registratie door de huisarts. Mycosen troffen 20 tot 25% van de wereldbevolking in 2009. Wanneer gekeken wordt per locatie, vinden we *T. rubrum* het vaakst terug bij huidinfecties, gevolgd door *T. mentagrophytes*³. Bij haar en hoofdhuid infecties zijn *M. audouinii* (35%), *T. soudanense* (25%) en *T. tonsurans* (17%) de meest frequente oorzakelijke kiemen⁴.

1. Team infectieziektebestrijding GGD-Zeeland voorheen Departement Zorg Antwerpen

2. Sciensano, Dienst Mycologie en Aerobiologie

3. Team infectieziektebestrijding Antwerpen Departement Zorg; aaron.devos@vlaanderen.be

De schimmels worden vooral verspreid via direct (contact met een geïnfecteerd persoon) of indirect contact (bijvoorbeeld via mutsen en jassen).

Af en toe komt (huid)schimmel in het nieuws, maar meestal blijft het een onzichtbaar probleem, omdat het veelal geen ernstige complicaties geeft. Toch is het een belangrijke ziekte, omdat ze vaak voorkomt bij kinderen en naast fysieke letsels, ook druk op het psychisch welzijn van het kind kan leggen (schaamte,...). *Tinea capitis* is niet meldingsplichtig, maar bij een hulpvraag zal het Departement Zorg wel bijstand verlenen. Bovendien is het de richtlijn van de centra voor leerlingenbegeleiding (CLB) om toch te melden aan het team infectieziektebestrijding bij twee of meer besmettingen in dezelfde klas in één maand tijd. Samen met de meldende collectiviteit zal een uitbraakteam samengesteld worden, screening georganiseerd worden en behandeladvies gegeven.

Dit artikel beschrijft een aanhoudende uitbraak van dermatofyten in een basisschool in 2018, met focus op klinische presentatie, microbiologische bevindingen, behandeling en omgevingscontaminatie.

De casus

De eerste keer dat melding werd gemaakt aan het team infectieziektebestrijding van het Departement Zorg omtrent tinea was in november 2017. In september 2017 was er al een isolaat van *Trichophyton interdigitale* getypeerd bij een kind. In het derde kleuterklasje werd toen bij negen kinderen ringworm geconstateerd. Drie kinderen hadden letsels op het behaarde hoofd, de resterende kinderen hadden letsels in het aangezicht. Drie kinderen met letsels in het gezicht waren nog niet behandeld. In het klasje werd extra hygiëne geadviseerd door de arts van CLB. Twee weken later volgde een opvolging door hen.

Eind december 2017 bestond de problematiek nog steeds. Op dat moment werd er ook één geval van tinea capitis in het eerste leerjaar vastgesteld, maar deze leerling had ook nog activiteiten samen met de derde kleuterklas. Er was één kind naar een dermatoloog geweest, die een staal had afgenomen. Er werd afgesproken om de situatie na kerst opnieuw te beoordelen.

Half februari 2018 nam de CLB-arts weer contact op met Departement Zorg en het team infectieziektebestrijding werd toen actief betrokken. Bijna elke drie weken was er nu een nieuw klinisch geval. In de derde kleuterklas waren de meeste kinderen geïnfecteerd, in het eerste leerjaar bleef het bij één geval. Bij meerdere kinderen betrof het letsels op het hoofd. De schimmelinfecties veroorzaakten onrust op school. Tinea is doorgaans een onschuldige aandoening, maar kan in bepaalde omstandigheden hardnekkig verlopen, zoals deze casus illustreert.

Begin maart 2018 vond het screeningsonderzoek plaats. In april werd er een informatieavond op de school gehouden. De bevindingen waren aanleiding om een omgevingsonderzoek in te stellen wat in december 2018 werd verricht.

Methode

Het onderzoek was beschrijvend, met screening van zowel symptomatische als asymptomatische kinderen van het derde kleuterklasje aangevuld met drie symptomatische broertjes en zusje uit andere klassen. Voorafgaand aan de screening van de kinderen uit de betrokken kleuterklas, werd een vragenlijst naar hun ouders gestuurd, waarin toestemming voor de screening werd gevraagd. De screening bestond uit een visuele inspectie van het bovenlichaam en de hoofdhuid. Wanneer huidletsels zichtbaar waren, werden stalen genomen ter hoogte van de letsels. Indien geen letsel werd gevonden werd de bovenarm geborsteld. Kinderen zonder letsels werden gezien als geen geval. Kinderen met zichtbare letsels werden beschouwd als een waarschijnlijk geval. Wanneer bij staalname een schimmel werd aangetroffen, werd dit beschouwd als een bevestigd geval.

De stalen werden verstuurd naar Sciensano. Het tandenborstelstaal werd geënt op zes verschillende plaatsen van een voedingsbodem specifiek voor dermatofyten, namelijk SAC (*Sabouraud - Actidione - Chloramphenicol*) medium.

Negen maanden na de screening werd een omgevingsonderzoek uitgevoerd door de dienst Mycologie & Aerobiologie van Sciensano, nadat er nog steeds tinea werd geconstateerd, maar nu in een andere klas. In dit onderzoek werden oppervlakken in de schoolomgeving bemonsterd met behulp van RODAC contactplaatjes die de voedingsbodem SAC bevatten.

Resultaten

De response rate van de 23 vragenlijsten was 100%. Nog drie andere kinderen werden na vraag van de ouders gezien.

Tijdens het onderzoek werd in totaal zeven gevallen van tinea capitis geconstateerd, zes keer tinea faciei,

vier keer tinea corporis, waarbij de genezen letsels zijn meegenomen. Zes stalen waren positief voor *M. audouinii*. Alle stalen die van de arm genomen werden, bij kinderen die nooit laesies hadden, waren negatief.

Tabel 1. Klinische bevindingen en microbiologische resultaten bij gescreende kinderen (n = 29)

Klas	Laesies volgens ouders	Laesies bij onderzoek	<i>M. audouinii</i>	Aantal
3de	Ja	Verdacht	positief	3
			negatief	3
		Niet verdacht	positief	1
	Ja, genezen	Verdacht	positief	1
			negatief	2
		Niet verdacht	negatief	4
	Nee	Verdacht	positief	1
			negatief	3
		Niet verdacht	negatief	5
	NVT	Afwezig	onbekend	3
Andere klassen	Ja	Verdacht	negatief	1
	Ja, genezen	Niet verdacht	negatief	2
NVT	NVT	NVT	positief	29

Uit de patiëntbevraging tijdens de screening bleek dat er een grote variatie in behandeling was. Mogelijk was dit te wijten aan het ontbreken van uniforme

richtlijnen of verschillen in het voorschrijfgedrag van verschillende artsen.

Tabel 2. Behandeling, resultaat met de producten van behandeling.

Behandeling en resultaat	Product	Aantal
Oraal, genezen	fluconazol (2 met zalf: terbinafine en miconazol)	3
Oraal, genezen volgens ouders maar nog letsel	terbinafine met ketoconazol en seleniumsulfideshampoo	1
	fluconazol	1
Oraal, nog in behandeling	terbinafine met miconazol zalf of seleniumsulfide shampoo	2
Oraal, nog actieve, langdurige behandeling (> 8 weken)	eerst fluconazol, vervolgens terbinafine, met zalf (miconazol, Travocort [®] , terbinafine, ketoconazol, sulconazol)	2
lokaal, genezen	miconazol	2
	ketoconazol	1
Lokaal, nog in behandeling	ketoconazol (crème & shampoo) + sulconazol	2
	Daktacort [®] (miconazol met hydrocortisone)	1

Het omgevingsonderzoek vond ruim een half jaar later plaats en de resultaten zijn in Tabel 3 te zien. De antropofiele dermatofyt, *Microsporium audouinii*, werd zowel in de turnzaal als in de klas van het 1ste leerjaar aangetroffen.

Tabel 3 Resultaten van het omgevingsonderzoek in de school.

2de kleuterklas	Brandweerhelm	Negatief
	Gordijn	Negatief
	Jas	<i>M. audouinii</i>
	Knuffel	Contaminant
	Pietenkleren	Negatief
	Poppen	Negatief
	Tapijt	Contaminant
	Tapijt	Contaminant
	Verkleedkoffer	Contaminant
	Verkleedkoffer	Contaminant
	Verkleedkoffer	Contaminant

3de kleuterklas	Kerstkussen	Negatief
	Kerstmuts	Contaminant
	Knuffel	Negatief
	Knuffel	Contaminant
	Koets	Contaminant
	Muts	Contaminant
	Muts	Negatief
	Schilderschorten	Negatief
	Tapijt	Contaminant
	Tapijt	Contaminant
	Verkleedkoffer	Contaminant
	Verkleedkoffer	Contaminant
	Verkleedkoffer	Contaminant

Turnzaal	Bok	Contaminant
	Stoel	Contaminant
	Stoel	Contaminant
	Turnmat	Contaminant
	Turnmat	Contaminant
	Turnmat	<i>M. audouinii</i>
	Turnmat	Contaminant
	Turnmat	Contaminant
	Turnmat	Contaminant
	Turnmat	Contaminant

1ste leerjaar	Jas	Negatief
	Jas	<i>M. audouinii</i>
	Jas	Negatief
	Jas	Negatief
	Kap	<i>M. audouinii</i>
	Kap	<i>M. audouinii</i>
	Kapstok	Negatief
	Kapstok	Contaminant
	Kapstok	Contaminant
	Kapstok	Contaminant
	Koptelefoon	<i>M. audouinii</i>
	Koptelefoon	<i>M. audouinii</i>
	Muts	Negatief
Tapijt	Contaminant	

3de leerjaar	Gordijn	Negatief
	Gordijn	Negatief
	Jas	Negatief
	Jas	Contaminant
	Jas	Contaminant
	Muts	Contaminant
	Muts	<i>M. audouinii</i>

5de leerjaar	Jas	Negatief
	Koptelefoon	<i>M. audouinii</i>
	Muts	Contaminant

Ook werd de specifieke schimmel teruggevonden op de mutsen, kappen en jassen van leerlingen die tinea hadden.

Discussie

Deze cluster van dermatofyrose deed zich voor in een kleuter- en basisschool. In totaal werden 23 kinderen gescreend, waarvan 20 uit het 3e kleuterklasje en drie afzonderlijke kinderen (broertjes en zusje) werden op vraag van de ouders ook gescreend. Bij deze screening werden zeven gevallen van tinea capitis geconstateerd, 10 keer tinea corporis/faciei (vier en zes respectievelijk), inclusief genezen letsels op basis van rapportage door de ouders. In 26% van de screenings werd de diagnose microbiologisch bevestigd, telkens met isolatie van *Microsporum audouinii*. Deze bevindingen wijzen op een aanhoudende circulatie van een antropofiele dermatofyt binnen de schoolomgeving.

De hoge response rate deed vermoeden dat de ouders de schimmelinfecties op school inderdaad als een probleem ervoeren. De brief werd 's avonds meegegeven en 's ochtends terug naar school meegebracht, zodat de screening met toestemming van de ouders kon plaatsvinden.

De eerste tabel onderstreept de beperkingen van louter visuele inspectie bij het identificeren van dermatofyten in een uitbraakcontext. In enkele gevallen dachten ouders dat hun kind genezen was, maar bleken de kinderen drager te zijn. Bij screening werden naast de negen gekende kinderen, waarvan drie volgens ouders reeds genezen nog drie andere kinderen gepresenteerd met een mogelijke schimmelinfectie. Dit wijst op het belang van asymptomatisch of subklinisch dragerschap, dat in eerdere studies^{5,6,7} is beschreven als een belangrijke factor in de persisterende transmissie van *M. audouinii* in school- en gezinscontexten. Andere klassen waren nauwelijks aangedaan en de gevallen waren familie van de gevallen in klas 3, waar veel kinderen aangedaan waren. De observaties passen in het beeld dat de verspreiding door contacten voornamelijk via familie en vriendengroepjes gaat⁸.

Omdat aanvankelijk van tinea corporis werd uitgegaan, werd besloten van de arm een tandenborstelstaal af te nemen indien geen letsels te zien waren. Bij onderzoek bleken verschillende kinderen tinea capitis te hebben, dus werden stalen van het behaarde hoofd genomen.

Daarnaast werd uit de analyse van de vragenlijsten een aanzienlijke variatie vastgesteld in de gekozen behandelingen en in de duur van de therapie. De behandeling is niet eenduidig, afhankelijk hoe ernstig de aandoening wordt ingeschat en dus geen standaard therapie⁹. Bij vermoeden van candida wordt een imidazole-derivaat aangeraden, bij tinea wordt dan weer een allylaminepreparaat aangeraden. Toch werden verschillende kinderen verschillend behandeld. Zowel lokale als systemische antifungale middelen werden toegepast, vaak in wisselende combinaties.

Afhankelijk van de locatie is de behandeling verschillend: bij tinea corporis geniet topische behandeling met zalf of crème de voorkeur. Bij letsels op de hoofdhuid is de voorkeursbehandeling dan weer een antimycotische shampoo. Bij meer uitgebreide, confluërende letsels is systemische behandeling noodzakelijk, maar hierbij dient rekening gehouden te worden met mogelijke bijwerkingen. In geval van een uitbraak, maar ook wanneer therapie niet lijkt aan te slaan, is een staal waardevol. De behandeling zal namelijk mee bepaald worden door het type schimmel (antropofiel tegenover zoöfiel).

De continue besmetting van kinderen bracht de problematiek ook naar de omgeving. De school had al verregaande hygiënische maatregelen genomen om schimmelsporen in het 3e kleuterklasje en andere lokalen te reduceren. Ondanks deze maatregelen bleken de infectie moeilijk onder controle te krijgen. Sciensano werd ingeschakeld om een omgevingsonderzoek te doen. Dit onderzoek werd door een samenloop van omstandigheden meerdere maanden later uitgevoerd, maar toonde alsnog *M. audouinii* aan op verschillende objecten. De detectie van deze schimmel toont geen directie causaliteit aan voor transmissie maar ondersteunt wel het concept van omgevingscontaminatie als een potentiële factor voor het in stand houden van een uitbraak. Tijdens de screening werden stalen genomen van verschillende objecten. Jassen, mutsen en kappen bleken het vaakst besmet: 31% van deze objecten was positief. Hoewel dit een belangrijke mogelijke factor kan zijn, is het goed om rekening te houden met een mogelijke selectiebias. Ook stalen van de turnmat en enkele koptelefoons bleken positief, verspreiding via deze wegen is dus niet uit te sluiten. Doordat sporen lang buiten het lichaam kunnen overleven is transmissie via zeer veel voorwerpen mogelijk.

Nogmaals werden de preventieve maatregelen doorgenomen; handen goed wassen, gemeenschappelijke

voorwerpen of kleding vermijden, voorwerpen ontsmetten met 70% alcohol, nat reinigen banken en vloeren en fysiek contact vermijden en afdekken letsels.

Conclusie

Deze casus illustreert dat dermatofyten in een schoolsetting, en in het bijzonder tinea capitis veroorzaakt door *Microsporum audouinii*, zich hardnekkig kunnen manifesteren en langdurig kunnen circuleren ondanks standaard hygiënemaatregelen. De screening toonde aan dat visuele inspectie alleen onvoldoende is om geïnfecteerde kinderen te identificeren, aangezien ook asymptomatische of ogenschijnlijk genezen kinderen microbiologisch positief kunnen zijn.

Bij kinderen zonder zichtbare letsels kan het in een uitbraaksetting van tinea corporis aanbevolen zijn om ook de hoofdhuid te samplen met de tandenborstelmethod, aangezien een beginnende infectie zich daar kan verstoppen. Dit wordt typisch achter de oren uitgevoerd.

Daarnaast werd een aanzienlijke variatie vastgesteld in de keuze en duur van de behandeling, wat wijst op het ontbreken van uniforme therapeutische benaderingen in de eerstelijnszorg. Dit kan bijdragen aan persisterende transmissie binnen de schoolomgeving. Het omgevingsonderzoek bevestigde de aanwezigheid van *M. audouinii* op gedeelde objecten en textiel, wat het belang onderstreept van blijvende aandacht voor hygiënemaatregelen en het vermijden van gedeeld gebruik van persoonlijke items.

Deze bevindingen benadrukken de nood aan duidelijke, praktijkgerichte richtlijnen voor diagnostiek, behandeling en opvolging van dermatofyten in uitbraaksettings, evenals aan een gecoördineerde aanpak tussen school, CLB en behandelende artsen om verdere verspreiding te beperken.

Verder verloop

Met een brief werden de ouders geïnformeerd of er bij hun kind een schimmelinfectie was geconstateerd of niet. Daarnaast werd een advies voor de huisarts toegevoegd. Bij *Microsporum audouinii* kon zowel terbinafine als itraconazol gebruikt worden: terbinafine doseringsadvies 10-20 kg 1dd 62,5 mg gedurende vier weken en itraconazol doseringsadvies 10-20 kg

(5mg/kg/dag) dus 50-100 mg per dag (bestaat ook als siroop).

Na de covid-periode, waarin scholen gedurende een langere tijd gesloten werden en strenge isolatiemaatregelen werden opgelegd, heeft deze school geen meldingen meer gekregen van bijkomende letsels. Het is echter niet mogelijk om met zekerheid te bepalen in welke mate het uitdoven van deze uitbraak het gevolg is van de maatregelen tijdens de pandemie, specifieke maatregelen voor deze uitbraak of omdat de betrokken leerlingen ondertussen ouder zijn en dus mogelijk niet meer op de school aanwezig zijn.

Referenties

1. Richtlijn tinea capitis, 2019, Departement Zorg, Richtlijn infectieziektebestrijding Vlaanderen – Tinea capitis
2. Intego epi-tool, 2026, KULeuven, <https://www.intego.be/en/epitool/tool>
3. Havlickova B, Czaika VA, Friedrich M. Epidemiological trends in skin mycoses worldwide. *Mycoses*. 2008 Sep;51 Suppl 4:2-15. doi: 10.1111/j.1439-0507.2008.01606.x. Erratum in: *Mycoses*. 2009 Jan;52(1):95. PMID: 18783559.
4. Sacheli R, Harag S, Dehavay F, Evrard S, Rousseaux D, Adjetey A, Seidel L, Laffineur K, Lagrou K, Hayette MP. Belgian National Survey on Tinea Capitis: Epidemiological Considerations and Highlight of Terbinafine-Resistant *T. mentagrophytes* with a Mutation on SQLE Gene. *J Fungi (Basel)*. 2020 Sep 29;6(4):195. doi: 10.3390/jof6040195. PMID: 33003309; PMCID: PMC7712443.
5. Pomeranz AJ, Sabnis SS, McGrath GJ, Esterly NB. Asymptomatic dermatophyte carriers in the households of children with tinea capitis. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999 May;153(5):483-6. doi: 10.1001/archpedi.153.5.483. PMID: 10323628.
6. White JM, Higgins EM, Fuller LC. Screening for asymptomatic carriage of *Trichophyton tonsurans* in household contacts of patients with tinea capitis: results of 209 patients from South London. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007 Sep;21(8):1061-4. doi: 10.1111/j.1468-3083.2007.02173.x. PMID: 17714125.

7. Lecerf P, Dangoisse C, Van Ooteghem A, Vujovic A, Vollono L, Richert B. Asymptomatic Scalp Carriage among Household Contacts of Children Affected by Tinea Capitis: A Prospective Study in the Metropolitan Area of Brussels, Belgium. *Skin Appendage Disord.* 2022 May;8(3):200-205. doi: 10.1159/000520107. Epub 2021 Dec 30. PMID: 35707285; PMCID: PMC9149463.

8. Robert Koch Institut. *Microsporum audouinii*: Management eines Ausbruchs in Bonner Gemeinschaftseinrichtungen im Jahr 2015. *Epid Bull* 5/2019.

9. BCFI, transparantie fiches dermatomycosen 2019 verkregen op 30 maart 2026 op <https://tf.bcfi.be/nl/frontend/indication-group/75/summary>.

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-aviaire), en voedsel- en zorginfecties (vanaf 2 gelinkte gevallen). Syfilis en gonorrhoe 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
Candida auris	Poliomyelitis ⁸
Cholera	Psittacose
Chikungunya-infectie	Q-koorts
Congenitaal rubella syndroom	Rabies
Dengue	Salmonella typhi, S. paratyphi-infectie
Difterie	Scabies ⁹
EHEC-infectie	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	

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

Teamverantwoordelijke infectieziekten

Philip Tavernier

philip.tavernier@vlaanderen.be

Arts-infectieziekten en epidemiologie

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

Permanentienummer meldingen infectieziekten: 02 512 93 89

Colofon

Redactie

Aaron Devos – Arts Infectieziektebestrijding Departement Zorg, Antwerpen

Naïma Hammami – Arts-infectieziekten en epidemiologie Departement Zorg

Heidi Theeten – Arts Vaccinatie Departement Zorg, Brussel

Wim Flipse – Arts infectieziektebestrijding GGD Zeeland

Dirk Wildemeersch – Arts Infectieziektebestrijding op rust Departement Zorg, Brussel

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 Bolivarslaan 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 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 '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 zusterschrift Eurosurveillance, ECDC (www.eurosurveillance.org).

Departement Zorg
Koning Albert II-laan 35 bus 30
1030 Brussel
www.departementzorg.be