

4 Infectieziekten in de regio Gelre-IJssel

Infectieziekten zijn ook in de 21-ste eeuw een belangrijk volksgezondheidsprobleem. Steeds meer mensen maken verre reizen en lopen risico om infectieziekten te krijgen en ze te verspreiden. Daarnaast zijn er risicogroepen, zoals daklozen, druggebruikers en prostituees, die extra gevoelig zijn voor bepaalde infectieziekten. De GGD houdt de gegevens van aantal en aard van infectieziekten in de regio Gelre-IJssel bij en onderneemt waar nodig actie om de uitbraak van epidemieën te voorkomen en te bestrijden.

In deze factsheet wordt een aantal opmerkelijke ontwikkelingen op het gebied van infectieziekten beschreven. Daarnaast besteden we aandacht aan de taken die de GGD in het kader van de infectieziektebestrijding uitvoert.

DE GGD EN HET BESTRIJDEN VAN INFECTIEZIEKTEN

Infectieziektebestrijding van de GGD houdt zich bezig met het opsporen, bestrijden en voorkómen van infectieziekten. De taken die hiervoor uitgevoerd worden, zijn:

- algemene infectieziektebestrijding, waaronder ook passieve opsporing;
- actieve bron- en contactopsporing, tenminste bij een vermoeden van een epidemie van infectieziekten;
- in geval van een epidemie: het zondig aanbieden van vaccinatie aan specifieke bevolkingsgroepen;
- het voortdurend verzamelen, analyseren en toepassen van epidemiologische gegevens over infectieziekten;
- het geven van voorlichting en begeleiding;
- het beantwoorden van vragen uit de bevolking.

MELDINGSPLICHTIGE INFECTIEZIEKTEN

Artsen zijn verplicht een aantal ziekten die genoemd staan in de Infectieziektewet te melden bij de GGD. Op basis van deze meldingen kan de GGD eventueel maatregelen nemen, zoals bron- en contactopsporing, voorlichting, vaccinatie of behandeling. De GGD is verplicht potentieel bedreigende infectieziekten te melden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. In tabel 1 staan de meldingen van de meest voorkomende meldingsplichtige infectieziekten in de periode 2003 tot september 2008.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008**
	aantal	aantal	aantal	aantal	aantal	aantal
Bacillaire dysenterie	5	9	13	4	6	7
Buiktyfus	2	0	1	1	0	0
Cholera	0	0	0	1	0	0
Creutzfeld-Jacob's D.	0	0	1	0	0	1
Hepatitis A	10	14	7	10	8	2
Hepatitis B	91	50	61	60	48	36
w.v. acute gevallen	11	8	10	8	6	10
Hepatitis C (acuut)	*	0	1	1	0	0
Kinkhoest	104	312	215	167	253	219
Legionellose	15	11	16	21	13	10
Mazelen	0	0	0	0	0	1
Meningokokkose	14	12	11	10	10	6
Paratyfus	0	1	0	2	0	1
Tuberculose	81	44	21	31	38	17
Voedselvergiftiging	8	7	3	3	5	4
Enterohem. E-coli	7	0	5	2	1	6
Leptospirose	1	2	0	0	1	10
Malaria	6	7	8	6	4	3
Ornithose/psittacose	0	0	6	2	4	1
Q-koorts	0	0	0	0	2	3
Rodehond	0	3	18	0	0	0

* (nog) niet bekend

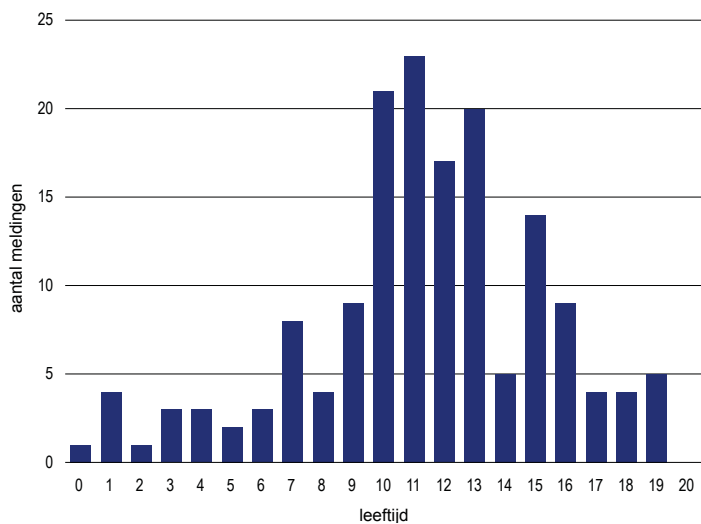
** aantal aangiften tot 1 september 2008

Tabel 1 Aantal meldingen van de meest voorkomende meldingsplichtige infectieziekten bij GGD Gelre-IJssel in de periode 2003 t/m 2008.

Kinkhoest

Kinkhoest is een bacteriële infectie van de luchtwegen (*Bordetella pertussis*). Hierbij vallen vooral de aanvallen van langdurige, heftige droge hoest op, die weken kunnen aanhouden. Blijvende schade aan longen of hersenweefsel kunnen het gevolg zijn van de complicaties. Bij zeer jonge kinderen kan de ziekte zelfs dodelijk zijn.

De meeste infectieziektemeldingen die de GGD binnenkrijgt zijn meldingen van kinkhoest. Ruim zestig procent van de meldingen van kinkhoest in 2007 betrof kinderen en jongeren tot en met 19 jaar. Opvallend is de piek bij de tien- tot dertienjarigen. Bij kinderen jonger dan 10 jaar lijkt kinkhoest minder vaak voor te komen. Dit kan verklaard worden door de invoering van de boostervaccinatie (herhaling), die sinds 2001 wordt gegeven aan alle 4-jarigen.



Figuur 1 Aantal meldingen van kinkhoest naar leeftijd, bij de jeugd in de Gelre-IJssel (2007)

Verder valt op dat veel volwassenen en ouderen (mogelijk ouders en grootouders) in 2007 kinkhoest kregen: 32% van de meldingen betrof volwassenen tussen 20 en 60 jaar en 5% betrof ouderen van 60 jaar of ouder.

Q-koorts

Q-koorts is een zoonose die wordt veroorzaakt door de bacterie *Coxiella burnetii*. De ziekte kan worden overgebracht via schapen, geiten en eventueel koeien middels het inademen van besmet fijnstof (mest). Het drinken van besmette rauwe melk zou ook een bron van besmetting kunnen zijn. In 3% van de Nederlandse schapen zijn antistoffen tegen

C. burnetii aangetoond. De ziekte begint met koorts en algemene malaiseklachten zoals moeheid, luchtwegklachten, hoofd- en spierpijn. Ook braken en diarree komen voor. Incidenteel gaat het over in een zeldzame chronische vorm van Q-koorts. Dit is meestal een ontsteking van de hartkleppen. Mensen die beroepsmatig met vee in aanraking komen, zoals veehouders, dierenartsen, abattoirpersoneel en laboratoriummedewerkers die werken met geïnfecteerde dieren of weefselkweken, lopen de meeste risico op besmetting.

Tot 2007 dacht men in Nederland niet zo snel aan Q-koorts; er waren gemiddeld slechts 5-20 meldingen in Nederland per jaar. In 2007 echter deed zich een grote uitbraak van Q-koorts voor onder de bevolking in de provincie Noord-Brabant. Zo'n 170 mensen meldden zich met ziekteverschijnselen. De plaatselijke GGD'en en het RIVM hebben onderzoek gedaan naar de bron van deze ziektegevallen. Ook in de regio Gelre-IJssel zijn in 2007 twee gevallen van Q-koorts gemeld. Deze gevallen hingen niet samen met de uitbraak die speelde in Noord-Brabant. De GGD heeft de patiënten bezocht om na te gaan waar de besmetting mogelijk heeft plaatsgevonden (zie casus Q-koorts). In 2008 heeft Q-koorts zich uitgebreid naar de oostelijke helft van Noord-Brabant en Zuid Gelderland. In de eerste helft van 2008 zijn in Nederland 497 gevallen van Q-koorts gemeld bij het RIVM, waarvan drie uit de regio Gelre-IJssel.

Bof

Bof (parotitis epidemica) is een ontsteking van de speekselklieren veroorzaakt door het bofvirus. De ziekte heeft meestal een mild beloop. Ongeveer de helft van de gevallen verloopt zonder ziekteverschijnselen. Bof kan echter gepaard gaan met koorts, soms griepachtige verschijnselen en zwelling van de speekselklier (meestal dubbelzijdig) en het omliggende weefsel. Deze zwelling veroorzaakt pijn bij het openen van de mond en vaak ook oorpijn. Na ongeveer een week neemt de zwelling af en na twee weken is deze weer verdwenen. Complicaties zijn meningitis (met name op de kinderleeftijd) en orchitis (=bijbalontsteking) met name na de puberteit. Orchitis is meestal eenzijdig en leidt zelden tot steriliteit. Sinds 1987 is vaccinatie tegen bof (BMR) opgenomen in het Rijksvaccinatieprogramma.

Sinds oktober 2007 lijkt er in Nederland een toename te zijn van het aantal gevallen van bof, voornamelijk onder ongevaccineerden. In de eerste zes maanden van 2008 heeft de GGD acht meldingen van klinische bofverschijnselen gekregen waarop (tevens door het RIVM) diagnostiek is verricht. In vijf van de acht gevallen is daadwerkelijk bof vastgesteld. In twee van deze gevallen bleek de patiënt (één of twee maal) gevaccineerd te zijn tegen bof.

Landelijk is in deze periode bij 89 gevallen de diagnose bof door middel van virologisch onderzoek bevestigd, waarvan 13 gevallen één of twee maal waren gevaccineerd. Over de

CASUS Melding van Q koorts

De GGD krijgt een melding van het laboratorium van een 32-jarige man met Q-koorts. Er wordt contact opgenomen met de behandelaar voor nadere informatie waarna de GGD op huisbezoek gaat bij de cliënt in verband met bron- en contactopsporing. De man is hovenier in een vakantiepark waar ook hobbydieren worden gehouden. Ook is hij op een kinderboerderij geweest. Dit zouden mogelijke bronnen kunnen zijn voor het oplopen van Q-koorts. De GGD overlegt met de Voedsel en Waren Autoriteit (VWA). De VWA heeft onderzoek gedaan bij de dieren in het vakantiepark en op de kinderboerderij. Deze bleken niet besmet te zijn met Q-koorts. Een aanwijsbare bron is in dit geval niet gevonden.

Naar aanleiding van de meldingen van Q-koorts heeft de GGD met de diverse laboratoria in de regio afgesproken dat behandelaars op het laboratoriumformulier bij luchtweggerelateerde klachten ook Q-koorts kunnen aanvinken. Dit om behandelaars te attenderen op een tot voor kort weinig voorkomende infectieziekte.

CASUS Melding van bof

De directeur van een basisschool in de regio Gelre-IJssel belt met de vraag of een 6-jarige jongen die ziek thuis is geweest in verband met bof weer naar school mag komen. Er wordt informatie verstrekt over besmettingsrisico's van bof. De jongen mag gewoon weer naar school. De GGD vraagt toestemming om contact met de ouders op te nemen om te vragen of ze mee willen werken aan het RIVM-onderzoek naar bof. Een medewerker van de afdeling infectieziekten bezoekt het gezin en neemt kweken af ten bate van het onderzoek. De uitslag is positief. De jongen heeft inderdaad bof. De ouders worden geïnformeerd door de GGD. Inmiddels blijkt de oudere zus ook bof te hebben. Deze kinderen waren om religieuze redenen niet gevaccineerd.

omvang van de huidige bofepidemie kan slechts worden gespeculeerd, maar vaccinfalen is inmiddels een internationaal erkend probleem.

Tuberculose

Tuberculose is een infectieziekte die wordt veroorzaakt door de tuberkelbacterie (*Mycobacterium tuberculosis*). Een infectie met deze bacterie kan leiden tot ernstige aantasting van de longen. De meest voorkomende klachten in het beginstadium zijn hoesten, vermoeidheid, koorts en een gebrek aan eetlust. Naar schatting is eenderde van de wereldbevolking geïnfecteerd met de tuberkelbacterie. Dit wordt een latente tuberculose infectie genoemd (LTBI). Hierbij heeft iemand de tuberkelbacterie ergens in het lichaam zonder dat dit klachten geeft. De bacterie is als het ware in slapende toestand aanwezig. De kans om ooit ziek te worden van de tuberculosebacterie is 10%.

De meeste mensen worden ziek in de eerste twee jaar nadat ze een infectie hebben opgelopen. Bij actieve tuberculose heeft iemand klachten. Vaak is het afweersysteem van het lichaam krachtig genoeg om de ontwikkeling van de ziekte te voorkomen. Mensen met verminderde afweer, bijvoorbeeld door hiv-infectie, hebben echter een sterk verhoogd risico op het ontwikkelen van tuberculose. Alleen mensen met (onbehandelde) longtuberculose kunnen anderen infecteren door verspreiding van de bacterie via hoesten of niezen. Jaarlijks sterven wereldwijd ruim anderhalf miljoen mensen aan tuberculose.

Tuberculose (tbc) komt in Nederland nog regelmatig voor. Het aantal patiënten in Nederland ligt jaarlijks tussen de 1000 en 1200. Ongeveer tweederde van de Nederlandse tbc-patiënten komt oorspronkelijk uit een land waar tuberculose veel voorkomt en/of niet goed wordt behandeld. Wie geboren is in het buitenland, loopt 20 keer zoveel risico om tuberculose te krijgen. Daarmee is tuberculose steeds meer een 'importziekte'. Immigranten en asielzoekers uit landen buiten de EU worden bij aankomst in Nederland verplicht

gescreend op tuberculose. Meer dan veertig procent van de Nederlandse tbc-patiënten behoort tot een 'risicogroep' voor tuberculose (zoals immigranten, gevangenen, dak- en thuislozen en drugverslaafden).

In het eerste halfjaar van 2008 werden in de regio Gelre-IJssel 20 personen met actieve tuberculose gemeld en 70 met een latente tuberculose infectie (LTBI). In het eerste halfjaar van 2007 waren dat 17 personen met actieve tuberculose en 44 met LTBI.

De GGD is verantwoordelijk voor het uitvoeren van het tuberculosebestrijdingsbeleid in haar regio. Mensen die voor langere tijd naar Oost Europa, Afrika, Azië, Midden en Zuid Amerika gaan wordt geadviseerd om contact op te nemen met de afdeling tuberculosebestrijding van de GGD. De casus beschrijft de preventieve taken van de GGD bij de tuberculosebestrijding.

Scabiës

Scabiës of schurft is een besmettelijke aandoening die wordt veroorzaakt door de *Sarcoptes scabiei* (schurftmijt). De mijt is niet met het blote oog te zien. Deze graaft gangetjes oppervlakkig in de huid en legt daar haar eitjes. Een van de belangrijkste verschijnselen is toenemende jeuk. Die kan over het hele lichaam voorkomen en geeft vooral last als het warm is en tijdens de nachts. Op de huid kunnen blaasjes en rode bultjes ontstaan, bijvoorbeeld tussen de vingers, polsen en voeten. Soms zijn de gangetjes die de mijt in de huid heeft gegraven als rode streepjes zichtbaar. Alleen bij kleine kinderen tot 4 jaar kunnen de verschijnselen ook optreden op de hoofdhuid. De eerste keer dat

CASUS tuberculose onderzoek

Een 23-jarige studente gaat voor drie maanden op stage naar een weeshuis in India.

Voor de reis laat zij bij de afdeling tuberculosebestrijding van de GGD een onderzoek doen om te kijken of zij geïnfecteerd is met de tuberkelbacterie. Dit onderzoek noemt men een tuberculine-huidtest. De test is negatief: de studente is niet geïnfecteerd.

Acht weken na terugkomst laat zij hetzelfde onderzoek doen, om opnieuw te kijken of zij geïnfecteerd is. De uitslag is nu positief: de studente is tijdens haar stage geïnfecteerd met de tuberkelbacterie. Dit betekent dat zij tuberkelbacteriën heeft ingeademd en dat haar lichaam afweer opbouwt. De studente heeft echter nog geen tuberculose.

Om te voorkomen dat de studente op termijn de ziekte tuberculose zal krijgen, worden haar gedurende een half jaar medicijnen voorgeschreven om de bacterie in haar lichaam te doden. Deze medicijnen moet zij iedere dag slikken. Ook worden er röntgenfoto's van de longen gemaakt voor de behandeling en na het stoppen met de medicatie.

iemand besmet raakt, duurt het twee tot zes weken voordat verschijnselen optreden. Bij een volgende besmetting treedt de jeuk al na een paar dagen op. Besmetting kan plaatsvinden door langdurig (15 minuten of langer) of regelmatig intensief lichamelijk contact met iemand die scabiës heeft. Bijvoorbeeld bij lichamelijke verzorging, seksueel contact of door gezamenlijk gebruik van bed, kleding, verkleedkleden en knuffelbeesten.

Scabiës komt nog geregeld voor in Nederland. Ook in de regio Gelre-IJssel wordt de diagnose scabiës met enige regelmaat gesteld door de (huis)arts of de dermatoloog. In 2007 is de GGD negen maal betrokken geweest bij een scabiëscasus. Vier keer kwam de vraag voor bron- en contactopsporing via een dermatoloog, eenmaal via een huisarts, twee keer via een arts van een zorginstelling en twee keer via de taakgroep SOA van de eigen GGD. Bij twee van de negen casussen betrof het een cluster. Bij de andere casussen betrof het een incidenteel geval of een uitbraak binnen een gezin of vriendenkring.

Als zeer waarschijnlijke besmettingsbronnen werden gevonden: overdracht via seksueel contact, het gebruik maken van hetzelfde bed/beddengoed en familiebezoek vanuit het buitenland. Bij twee casussen werd de bron niet gevonden.

SOA en HIV

SOA (seksueel overdraagbare aandoeningen) zijn infectieziekten die door seksueel contact kunnen worden overgedragen. Sinds 1999 is landelijk een toename te zien in het aantal SOA-infecties. In de factsheet 'SOA in de regio Gelre-IJssel' (2006) staat meer informatie over het SOA-spreekuur en SOA- en HIV-infecties in de regio Gelre-IJssel.

SPEERPUNTEN VOOR DE KOMENDE PERIODE

Uit deze factsheet blijkt dat infectieziektebestrijding ook in de 21-ste eeuw belangrijk is. Infectieziekten kunnen ernstige gevolgen hebben voor de gezondheid van de bevolking. Het belang van preventie wordt hiermee opnieuw duidelijk. In de komende periode zal de GGD zich onder andere richten op de volgende aandachtsgebieden:

- van re-actief naar pro-actief beleid (beter voorkomen dan genezen);
- een actievere rol in beleidsadvisering naar gemeenten;
- versterking outbreakmanagement;
- intensivering van de samenwerking met andere GGD'en in de regio en het RIVM.

Oefening van infectieziekte-uitbraak door GGD

Na een grondige voorbereiding heeft GGD Gelre-IJssel in november 2007 een oefening gehouden van een infectieziekte-uitbraak. De doelen waren het oefenen, inrichten en operationeel maken van het actiecentrum van de GGD en het oefenen van de afdeling infectieziektebestrijding. Ook medewerkers van de GHOR (Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen) en het LCI (Landelijk Centrum Infectieziekten bestrijding van het RIVM) hebben een bijdrage geleverd aan deze oefening.

De deelnemers gingen aan de hand van een realistisch scenario vooral praktisch aan het werk. Door de opzet van de oefening werd samenwerking tussen de diverse deelnemers gestimuleerd. Het scenario waarmee geoefend werd, betrof een explosie van de bacterie E-Coli O 157, eerst her en der in de regio voorkomend. Sommige ziektegevallen hadden een zeer ernstig verloop. De afdeling infectieziektebestrijding startte bron- en contactopsporing en nam vragenlijsten af, maar dit leverde niet veel aanwijzingen op. Vervolgens kwam een melding van een kinderdagverblijf, waar meerdere kinderen ernstige diarreeklachten kregen, waarvan enkelen met bloed. Er konden echter nog geen diagnoses gesteld worden. Ook een verpleeghuis meldde zich bij de GGD met klachten van bewoners met diarree, lijkend op E-coli. Eén en ander gaat de capaciteit van de afdeling infectieziekten te boven. Dit is de aanleiding om het actiecentrum te openen: veel vragenlijsten moeten worden afgenomen; het kinderdagverblijf en het verpleeghuis moeten worden bezocht; de Inspectie voor Gezondheidszorg maakt zich zorgen; de media heeft vragen; huisartsen en specialisten moeten worden geïnformeerd enzovoort. De afdeling infectieziektenbestrijding heeft de oefening als leerzaam en succesvol ervaren. De oefening is geplaatst op de oefenbank van RIVM/Cib.

Een nieuwe wet: de Wet Publieke Gezondheid

Op 1 december 2008 treedt een nieuwe wet in werking: de Wet publieke gezondheid (WPG). Deze wet dient om nieuwe internationale afspraken op het gebied van infectieziektebestrijding in te voeren in Nederland. Deze afspraken zijn nodig om mondiale dreigingen van infectieziekten crises het hoofd te kunnen bieden. Denk aan de snelle internationale verspreiding van Sars en de dreiging van vogelgriep. Daarnaast worden de bevoegdheden van de burgemeester uitgebreid. De taken en bevoegdheden op het gebied van infectieziektebestrijding zijn straks vastgelegd in één wet. Nu staan deze nog versnipperd over drie wetten: de Wet collectieve preventie volksgezondheid, de Infectieziektewet en de Quarantainewet.



Gelre-IJssel

Tekst

Dinie Wijnberger (sociaal verpleegkundige) en Caroline Timmerman-Kok (epidemioloog)

Met dank aan: taakgroep infectieziekten, taakgroep tuberculosebestrijding

Ontwerp

Witte Rook grafisch ontwerpers

Arnhem/Deventer/www.witterook.nl

Infectieziekten in de regio Gelre -IJssel is een onderdeel van de Gezondheidsatlas van de regio Gelre-IJssel, een uitgave van: GGD Gelre-IJssel, Kennis- en expertisecentrum

Postbus 51

7300 AB Apeldoorn

088 - 433 37 05

E-mail: kenniscentrum@ggdgelre-ijssel.nl

De Gezondheidsatlas is te downloaden via www.ggdgelre-ijssel.nl/ info voor /gemeenten.

Overname van gegevens is toegestaan, mits voorzien van bronvermelding.

Jaar van uitgave: 2008