

België

Ziekte van Lyme – De ziekte herkennen en zich ertegen beschermen

De ziekte van Lyme is een infectieziekte die wordt veroorzaakt door bacteriën (*Borrelia sp*) die via een beet van een geïnfecteerde teek (van het geslacht *Ixodes ricinus*) op de mens worden overgedragen. Het gaat om de meest verspreide ziekte die door een vector wordt overgedragen in de gematigde gebieden. In onze regio's neemt de ziekte van Lyme echter niet toe. De pathologie wordt gekarakteriseerd door de aanwezigheid van een erythema migrans (65% van de gevallen). De chronische vorm met symptomen ter hoogte van het zenuwstelsel, de gewrichten, het hart, ... komt zelden voor. Gezien de toenemende media-aandacht voor de ziekte van Lyme hebben verschillende experts zich over de problematiek gebogen en wetenschappelijke aanbevelingen geformuleerd met betrekking tot de diagnose, de behandeling en de surveillance. Omdat de zomer en de ermee gepaard gaande buitenactiviteiten in aantocht zijn en dit de periode is waarin teken in overvloed aanwezig en actief zijn, volgt hieronder wat informatie ter herinnering:

Overdracht:

Een teek die drager is, brengt de bacterie niet noodzakelijk over. Om een gastheer te kunnen besmetten, moet de bacteriedragende teek 12 tot 24 uur vast blijven zitten; hoe langer de teek blijft zitten, hoe hoger het risico op besmetting. Bovendien ontwikkelen personen besmet met de bacterie na een tekenbeet niet noodzakelijk de ziekte. De infectie wordt niet overgedragen van persoon tot persoon, noch via de beet van een ander insect of dier. Er is geen blijvende immuniteit en dus kan men meermaals worden besmet.

Diagnose en behandeling:

De diagnose wordt meestal gesteld op grond van de anamnese (bv. blootstellingsrisico, tekenbeet, ...) en het klinisch beeld (aanwezigheid van een erythema migrans). In twijfelgevallen of bij ernstige vormen is een serologische diagnose vereist. De antilichamen verschijnen vanaf de 3e week. Er zijn 2 stalen met een tussentijd van ten minste 3 weken nodig om een actieve infectie vast te stellen. De aanwezigheid van Borrelia-antistoffen wijst niet noodzakelijk op een actieve infectie. Vier tot twintig procent van de bevolking in West-Europa heeft opspoorbare antistoffen, hoogstwaarschijnlijk ten gevolge van een infectie in het verleden.

In de 6 weken volgend op de tekenbeet moet de patiënt het eventueel verschijnen van symptomen opvolgen; als een erythema migrans optreedt, dient de patiënt een antibioticabehandeling te volgen zoals voorgeschreven door [Bapcop](#).

Preventie:

De preventie van de ziekte berust op een betere kennis van de ziekte, het sensibiliseren van risicogroepen, de individuele bescherming om de blootstelling aan een teek maximaal te voorkomen (het dragen van bedekkende kledij ter hoogte van de benen, de armen en de hals en het gebruiken van insectenwerende producten tijdens wandelingen of werkzaamheden in het bos) en tot slot, op het snel herkennen van beten en van de eerste klinische symptomen. Het is van het allergegrootste belang om het lichaam na eventuele blootstelling aan teken te controleren. Er moet over heel het lichaam naar teken worden gezocht en vooral in alle plooiën, het hoofd, achter de oren en de hals, zeker bij kinderen.

Professionelen kunnen [hier](#) terecht voor toelichtingen en het brede publiek vindt meer informatie in de [FAQ](#) en in de [fiche over Lyme](#) van het WIV-ISP.

Burkholderia – Impact van het gebruik van een besmette vloeibare zeep in de Belgische ziekenhuizen

Vanaf 27 augustus 2013 zijn in 37 Belgische zorginstellingen partijen vloeibare zeep besmet met *Burkholderia cepacia* geleverd. De zeep wordt voor de lichaamshygiëne en voor de handhygiëne van het personeel in ziekenhuismilieus gebruikt. De Gramnegatieve bacterie veroorzaakt meestal pneumonieën bij patiënten met een onderliggende pathologie zoals mucoviscidose. Antiseptische middelen en zepen kunnen tijdens het vervaardigingsproces of transport door *B. cepacia* worden besmet en kolonisaties/infecties veroorzaken in ziekenhuismilieus. Het noodsignaal is gegeven door een ziekenhuis in de provincie Luik dat tussen 30 september en 2 december 2013 veertien patiënten besmet/gekoloniseerd door *B. cepacia* rapporteerde en dezelfde kiem in de vloeibare zeep had vastgesteld. Vervolgens hebben nog twee etablissementen gevallen gerapporteerd. De fabrikant en verschillende autoriteiten zijn op de hoogte gebracht. Op 6 december 2013 is de besmette partij vloeibare zeep verwijderd uit alle zorginstellingen waar de zeep was geleverd. Alle Belgische ziekenhuizen zijn over het incident geïnformeerd en het WIV-ISP heeft een nationale microbiologische en epidemiologische enquête uitgevoerd. Uit de enquête bleek dat *Burkholderia* is geïsoleerd in 14/37 ziekenhuissites waar de besmette zeep was gebruikt en wel bij 31 patiënten (onder wie 2 met mucoviscidose). De incidentie van *Burkholderia* geïsoleerd uit klinische stalen (met uitzondering van patiënten met mucoviscidose) lag hoger in de ziekenhuissites blootgesteld aan de besmette zeep (0,19 gevallen/10.000 opnamedagen) dan in de niet-blootgestelde ziekenhuissites (0,08 gevallen/10.000). Door de termijn (15 weken) tussen het moment van de levering en het terugroepen van de besmette zeep was slechts een beperkt aantal stammen van *Burkholderia* die in de laboratoria waren geïsoleerd, nog beschikbaar. Van de 29 gevallen (met uitzondering van patiënten met mucoviscidose) gerapporteerd door de blootgestelde ziekenhuissites, zijn er 8 gevallen microbiologisch bevestigd (dezelfde kloon van *Burkholderia* en hetzelfde type MLST: ST864), 18 gevallen houden mogelijk verband met de besmette zeep en 3 gevallen hebben er niets mee te maken (ander type *Burkholderia*, ander type MLST).

U vindt meer informatie in het [eindrapport](#) op de website van het [Surveillanceprogramma van Zorggerelateerde infecties](#).

Internationaal

Chikungunya – permanente epidemie op de Caraïben

De chikungunya-epidemie in de Caraïben begon eind november 2013 op het eiland Saint Martin en breidt nog altijd uit. Zij treft op dit moment alle Caraïbische eilanden en bepaalde landen in Centraal-Amerika. Tot op heden zijn in de regio ongeveer 180.000 waarschijnlijke en bevestigde gevallen en ten minste 19 sterfgevallen gerapporteerd. Deze cijfers kunnen echter onderschat zijn omdat de diagnose in sommige landen moeilijk te stellen is. Vooral Haïti en de Dominicaanse Republiek zijn getroffen maar er staan meer landen op de lijst. Zo heeft Costa Rica in juni 2014 een eerste autochtoon geval bevestigd en ook El Salvador heeft een eerste autochtoon geval gemeld (dat nog door het CDC moet worden bevestigd). De nooit blootgestelde bevolking, de aanwezigheid van een efficiënte vector in de regio en het verkeer van personen op en tussen de eilanden en het Amerikaanse continent zijn factoren die de epidemie en haar geografische uitbreiding in de hand werken. In België moeten we waakzaam blijven voor het optreden van geïmporteerde chikungunya-gevallen onder toeristen die terugkomen van gebieden die door de epidemie getroffen zijn en die koorts hebben.

Voor toelichtingen kan u terecht bij de [Rapid Risk Assessment](#) van het ECDC en het [Nationaal Referentiecentrum](#).