

Infectieziekten en kinderen van vluchtelingen

Van: Sectie International Child Health

Laatst bijgewerkt: 4 december 2015

Clusters van infectieziekten

Clusters van syndromen zoals huidziekten, luchtwegaandoeningen, geelzucht en maagdarminfecties moeten conform artikel 26 van de Wet publieke gezondheid bij de GGD worden gemeld. GGD'en wordt geadviseerd om goede afspraken te maken met de noodopvanglocaties in hun werkgebied over surveillance en melding van infectieziekten. (Er is een surveillancesysteem via de huisartsen van de GCA in voorbereiding in samenwerking met Nivel).

Febris recurrens, loopgravenkoorts en vlektyfus

Zeldzame infectieziekten met onbegrepen koorts die kunnen voorkomen in deze patiëntengroep zijn Febris recurrens (verwekker *Borrelia recurrentis*), loopgravenkoorts (febris quintana, verwekker *Rickettsia quintana*) en vlektyfus (verwekker *Rickettsia prowazekii*). Deze ziektes zijn in Nederland nog niet gesignaleerd maar wel in de ons omringende landen.

Al deze infectieziekten kunnen worden overgebracht door de klierluis (*pediculus humanis* var. *corporis*). Bij Ethiopische, Eritreese en Somalische asielzoekers kan infestatie met klierluis voorkomen. Klierluis kan alleen bij direct contact met kleding van een besmet persoon worden overgedragen. De kans hierop is echter klein.

Bij patiënten met onbegrepen aanhoudende koorts, die niet reageren op medicatie voor malaria staan deze infectieziekten in de differentiaaldiagnose. Asielzoekers uit deze regio worden in Ter Apel preventief voor klierluis behandeld door het wassen van kleding en het verstrekken van ivermectine tegen scabies. Deze ivermectine werkt ook tegen luizen.

Meer informatieve op de website van het RIVM:

LCI-richtlijn Febris recurrens

[http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Professioneel Praktisch/Richtlijnen/Infectieziekten/LCI_richtlijnen/LCI_richtlijn_Febris_recurrens_relapsing_fever](http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Professioneel_Praktisch/Richtlijnen/Infectieziekten/LCI_richtlijnen/LCI_richtlijn_Febris_recurrens_relapsing_fever)

LCI-richtlijn Vlektyfus

[http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Professioneel Praktisch/Richtlijnen/Infectieziekten/LCI_richtlijnen/LCI_richtlijn_Vlektyfus](http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Professioneel_Praktisch/Richtlijnen/Infectieziekten/LCI_richtlijnen/LCI_richtlijn_Vlektyfus)

Hepatitis A, B en C

Infectieuze oorzaken waaronder de virale hepatitisen staan bij deze groep patiënten hoog in de differentiaaldiagnose als er sprake is van icterus.

Op dit moment worden asielzoekers nog niet gescreend op deze infectieziekten.

Meer informatieve op de website van het RIVM:

Hepatitis A

http://www.rivm.nl/Onderwerpen/H/Hepatitis_A

Hepatitis B

http://www.rivm.nl/Onderwerpen/H/Hepatitis_B

Hepatitis C

http://www.rivm.nl/Onderwerpen/H/Hepatitis_C

Malaria

Bij kinderen van asielzoekers wordt soms malaria gezien. Met name kinderen uit Noord/Oost Afrika. Kinderen afkomstig uit (hyper) endemische gebieden zijn vaak gedeeltelijk immuun. Vaak zijn ze al lang onderweg geweest. Qua incubatie tijd is het dan vaak onwaarschijnlijk dat ze Plasmodium falciparum infectie hebben. Meestal is de verantwoordelijke parasiet Plasmodium vivax. Het bijzondere aan P. vivax is dat de parasiet zich als hypnozoïet in de lever kan bevinden, de slaapvorm. Lang na de besmetting kunnen zich relapses vanuit de lever voordoen. De infectie verloopt vaak mild. Echter, er bestaat altijd een kans op de ernstigere vorm P. falciparum, wanneer logischerwijs de incubatietijd past bij het optreden van symptomen.

Symptomen

Bij koorts zonder aanwijzingen voor een luchtweg- of urineweginfectie staat malaria bij een asielzoeker uit Afrika hoog in de differentiaaldiagnose. Naast koorts komen specifieke symptomen als hoofdpijn, spierpijn, misselijkheid, braken en diarree, gewrichtspijn en buikpijn voor. Ook bij anamnestic recidiverende koorts zonder duidelijke oorzaak moet bij deze groep patiënten worden gedacht aan malaria.

Beleid

De diagnose malaria wordt gesteld door middel van een malariadikkedruppelonderzoek. Deze bepaling wordt soms door de lokale huisartsenlaboratoria gedaan en in alle ziekenhuizen. Overleg bij verdenking op malaria laagdrempelig met infectioloog of medisch microbioloog

MRSA

Er zijn signalen dat er een verhoogde incidentie is van MRSA onder Eritreeërs en Ethiopiërs met. Ziekenhuizen zijn door de Werkgroep Infectiepreventie (WIP) geadviseerd om personen die minder dan 2 maanden geleden woonachtig zijn geweest in een instelling voor asielzoekers bij opname te screenen op MRSA. Op dit moment gelden de huidige WIP-richtlijnen voor preventie van verspreiding bij verdenking op MRSA.

Meer informatie

WIP-richtlijn MRSA Ziekenhuis
WIP-richtlijn BRMO ziekenhuis.

Polio

In de landen waar op dit moment de meeste asielzoekers vandaan komen, komt polio niet voor. In 2014 is een uitbraak geweest in Syrië waarna grootscheepse vaccinatie programma's zijn opgestart. De meeste Nederlanders zijn gevaccineerd tegen polio. Op de COL in Ter Apel worden kinderen bij binnenkomst gevaccineerd tegen poliovirus. Kinderen die een achterstand hebben met vaccinaties worden zo snel mogelijk gevaccineerd. Verder controleert het RIVM regelmatig het rioolwater op het voorkomen van enterovirus.

Meer informatie op de website van het RIVM:

<http://www.rivm.nl/Onderwerpen/Polio>

Scabies

Momenteel wordt er veel scabiës gezien onder asielzoekers afkomstig uit Afrika. Dit houdt verband met slechte hygiënische omstandigheden gedurende hun lange reis. Bij Syriërs wordt het zelden gezien. In de centrale opvanglocatie (COL) Ter Apel wordt aan mensen afkomstig uit Afrika preventief behandeling tegen scabiës aangeboden. Er wordt meteen met ivermectine gestart ipv met zalven ivm compliantie. GGD inschakelen om omgeving mee te behandelen en hygiëne instructies zoals wassen van kleding etc.

Symptomen

(Nachtelijke) jeuk en gangetjes met name tussen de vingers, zijkanten van de handpalm, pols, ellebogen, mediale voetrand en enkel.

Beleid

Informeren van de locatie waar de asielzoeker verblijft. Behandeling volgens de LCI richtlijnen.

Meer informatieve op de website van het RIVM:

<http://www.rivm.nl/Onderwerpen/S/Scabies>

Tuberculose (TBC)

Tuberculose komt vooral bij asielzoekerskinderen uit Noord-oost Afrika zoals Ethiopië en Eritrea vaker voor. De prevalentie bij asielzoekers uit Syrië is aanzienlijk lager. In Nederland worden ze niet als risico populatie gezien. De screening voor Syriërs wordt momenteel dan ook uitgesteld om capaciteit vrij te maken voor mensen afkomstig uit hoog-risicolanden. Asielzoekers die Nederland via de centrale opvanglocatie (de COL) binnenkomen worden na registratie gescreend op TB. In de noodopvang worden niet alle asielzoekers gescreend. Kinderen worden gecontroleerd op BCG. Kinderen tot 12 jaar krijgen een BCG vaccinatie, indien zij geen bewijs van vaccinatie en geen BCG litteken hebben.

Meer informatie:

<http://www.ggdghorkennisnet.nl/?file=22997&m=1431422190&action=file.download>

Symptomen

Kinderen hebben een grotere kans op extrapulmonale tuberculose, zoals cerebrale tuberculose, klier tuberculose, tuberculose van de wervelkolom etc. Denk aan tuberculose wanneer er een eertse graads contact is met een bekende patient, en wanneer het kind niet opknapt onder de ingestelde therapie. Overleg hierover zonodig met de tuberculosearts van de GGD.

Beleid

Overleg laagdrempelig met kinderinfectiologen en met de GGD. De GGD heeft inzicht in de contacten van mensen met TB.

Vaccinatiestatus

Syrië kende een goed georganiseerd curatief en preventief gezondheidssysteem voordat de oorlog uitbrak. Kinderen van 5 jaar en ouder zijn over het algemeen goed gevaccineerd. Kinderen uit Noord Afrika zijn minder goed beschermd. De volgende link geeft informatie hoe de vaccinaties momenteel geregeld zijn.

Meer informatieve op de website van het RIVM:

<http://www.rivm.nl/Nieuwsbrieven/NBR0-it-0058.nsf/NieuwsbriefSendWeb?OpenForm&Query=629B072C9788359AC1257ED1002A2030>

De volgende link geeft informatie over de taken van de GGD/GHOR over het basis pakket asielzoekerskinderen.

<http://www.ggdghorkennisnet.nl/thema/publieke-gezondheidszorg-asielzoekers-pga/publicaties/publicatie/1506-basistakenpakket-jeugdgezondheidszorg-voor-asielzoekerkinderen-0-19-jaar>

Waterpokken (Varicella zostervirus, VZV)

Waterpokken komt in de (sub) tropen minder voor dan in Nederland zodat volwassen asielzoekers een verhoogde kans hebben op het krijgen van een primaire VZV-infectie. Bij volwassenen met VZV is er een verhoogd risico op complicatie met een varicellapneumonie, die moeilijk te behandelen kan zijn. Zwangeren uit Syrië hebben een seroprevalentie van antistoffen van ruim 90%, bij vrouwen afkomstig uit oost Afrika is dit aanzienlijk lager. Vooral zwangeren hebben bij primaire infectie met VZV meer kans op ernstige complicaties; 5-10% procent van de zwangeren met waterpokken krijgt een varicellapneumonie. De sterftekans kan hierbij oplopen tot 14%. Hoe verder de zwangerschap is gevorderd, hoe groter de kans op complicaties. De meeste andere complicaties bij zwangeren - hepatitis, encefalitis, cerebellitis, pericarditis, nefritis, artritis en myocarditis - zijn zeldzaam. Verder is er risico op vroeggeboorte en congenitaal varicellasyndroom, vooral bij besmetting tussen de 13^e en 20^e zwangerschapsweek. Waterpokken bij de moeder rond de bevalling veroorzaakt vaak een ernstig verlopende neonatale infectie bij de pasgeborene. Als een zwangere minder dan 96 uren geleden in contact is geweest met een patiënt met VZV, kan varicella zoster-immunoglobuline nog worden toegediend om infectie te voorkomen of af te zwakken. Bij verdenking van een patiënt met waterpokken in een asielzoekerscentrum is het raadzaam te overleggen met de GGD. De GGD kan nagaan of er zich personen met een verhoogd risico op ernstig beloop onder de contacten bevinden.

Meer informatieve op de website van het RIVM:

http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Professioneel_Praktisch/Richtlijnen/Infectieziekten/LCI_richtlijnen/LCI_richtlijn_Varicella_en_herpeszostervirusinfectie

De informatie is tot stand gekomen in samenwerking met het RIVM, Lizzy Slok.

http://www.rivm.nl/Onderwerpen/A/Asielzoekers_en_infectieziekte_risico

Hemoglobinopathien (i.s.m. M. Peters, AMC)

De hielprikscreening wordt in de landen van herkomst vaak niet gedaan. Het RIVM/GGD doet de hielprik bij immigranten alleen bij kinderen onder de 6 maanden oud.

In Syrië is 5-7% van de bevolking drager van Thalassemie. In totaal zijn er in Syrië rond de 8000 patiënten. Jaarlijks worden er 800 nieuwe patiënten gediagnosticeerd. Momenteel zijn de medische voorzieningen slecht voor mensen uit Syrië.

Noordoost Afrika (Egypte/Tunesië) heeft een laag percentage dragers van sikkelcelziekte. Ook daar is het percentage dragers van een thalassemie 5%.

Symptomen

Indien u bij een kind een ernstige anemie met forse ijzerstapeling vindt kan dit wijzen op een bèta thalassemie major. Ten gevolge van frequente bloedtransfusies zonder adequate ontijzering treedt ijzerstapeling op.

Een bèta thalassemie intermedia geeft het beeld van een splenomegalie, matige microcytarie anemie dat niet verklaard kan worden door een gebrek aan ijzer en een afwijkend Hbpathie onderzoek: verhoogd HbF en HbA2. Dragerschap van beta thalassemie wordt gekenmerkt door microcytaire anemie, een hoog HbA2 gehalte en kan worden gevold door een Hbpathie onderzoek.

Denk aan erfelijke bloedziektes als er hemolyse ontstaat na infectie, medicatie of het eten van tuinbonen. Een G6PD wordt dan meer waarschijnlijk.