

# EPIDEMIOLOGISCH BULLETIN VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

Nr 18 1997

## Artikelen

**Griep: een jaarlijks gevaar waaraan niemand ontsnapt.**

**Shigellose na een zomerkamp van de jeugdbeweging.**

## Berichten

**Eurosurveillance Weekly op internet.**

## Registratieoverzichten

**tuberculose  
peillaboratoria  
besmettelijke ziekten**

## Redactie

K. DE SCHRIJVER (GI)  
A. FORIER (GI)  
L. MAHIEU (UZA)  
A. SMIS (GI)  
P. VAN DAMME (UIA)  
V. VAN CASTEREN (WIV)  
F. VAN LOOCK (WIV)  
D. WILDEMEERSCH (GI)

## Redactiesecretariaat

R. IDEMA  
J. DILLEN  
Gezondheidsinspectie Antwerpen  
Copernicuslaan 1 bus 5  
2018 Antwerpen

TEL. 03/224.62.04

FAX. 03/226.62.01

E-mail:

giantwerpen@epinov.ihe.be

**Verantwoordelijke uitgever**  
F. DONDEYNE

## Artikelen

### **Griep: een jaarlijks gevaar waaraan niemand ontsnapt**

*Rene Snacken<sup>1</sup>*

Een griep epidemie kan in enkele weken tijd 1/10 van de totale bevolking treffen met enorme gevolgen op medisch als op economisch vlak. Een degelijke inenting tegen griep kan vaak ernstige complicaties voorkomen of verminderen.

Het griep- of influenzavirus ondergaat ieder jaar genetische mutaties, zodat het viruskapsel er jaar na jaar telkens enigszins anders uitziet. Op zich zijn die veranderingen niet aanzienlijk - wat omvang noch wat aantal betreft - maar ze volstaan om een nieuw vaccin noodzakelijk te maken als men wil dat de bevolking op afdoende wijze beschermd

wordt. Daarom is ook voor de winter van 1997-98 het griepvaccin weer lichtjes gewijzigd. In deze tekst willen we het hebben over alle aspecten die bij inenting tegen griep komen kijken.

#### **Impact van de ziekte**

Niet alleen het grote publiek maar zelfs een aantal mensen uit

OVERNAME VAN ARTIKELEN IS MOGELIJK MET BRONVERMELDING. DE VERANTWOORDELIJKHEID VOOR DE GEGEVENS BERUST BIJ DE AUTEUR

de medische wereld zien griep als een goedaardige ziekte. Strikt genomen is dat een correcte vaststelling; tijdens een epidemie worden voor het merendeel jonge mensen besmet. Jonge mensen ontwikkelen weinig of geen complicaties, in tegenstelling tot oudere of reeds zieke mensen, die weliswaar in kleinere aantallen getroffen worden maar dan wel meer complicaties krijgen. Een griepepidemie kan 5 tot 10% van de bevolking treffen, wat in België neerkomt op 500.000 à 1.000.000 mensen. Naar schatting krijgt 9,5% van de griepslachtoffers daarbovenop complicaties aan de luchtwegen (van goedaardige of ernstige aard), d.w.z. ongeveer 50.000 tot 100.000 gevallen waarvoor ten minste een doktersbezoek vereist zal zijn. Het sterftcijfer, hoofdzakelijk binnen de groep van 60-plussers, loopt op tot 0,5%. Dat lijkt een klein percentage maar vertegenwoordigt niettemin 2.500 tot 5.000 overlijdens binnen de enkele weken die een epidemie duurt.

### **Doeltreffendheid van het vaccin**

Inenting verleent geen absolute bescherming tegen het griepvirus maar maakt het niettemin mogelijk het aantal griepgevallen en de complicaties van de ziekte aanzienlijk te beperken. Het vaccin wordt bereid op basis van drie stammen van het griepvirus

die onschadelijk gemaakt worden. Die stammen veroorzaken nog altijd een immuunrespons, waardoor de ingeënte persoon beschermende antistoffen aanmaakt. De Wereldgezondheidsorganisatie legt ieder jaar de samenstelling van het nieuwe vaccin vast in functie van de virusstammen die over de hele wereld gesignaleerd werden. De vaccin stammen stemmen in 88% van de gevallen overeen met de feitelijk circulerende virusstammen, wat een succes is als men beseft dat het om kansberekening gaat. Het vaccin maakt een vermindering van de ziekte met 70% mogelijk, maar dat percentage is bij oudere mensen lager. In hun geval zal het gunstig effect van de inenting veeleer verduidelijkt worden door een daling van het aantal ziekenhuisopnamen met 30 tot 70%, en vooral van het aantal overlijdens met 80%. Concreet: als iedereen die moest ingeënt worden ook ingeënt was, zou de inenting het mogelijk maken tijdens een zware epidemie 4.000 overlijdens te voorkomen, terwijl zich dan zonder enige inenting 5.000 sterfgevallen zouden hebben voorgedaan. Naast dit verwachte voordeel voor het individu is ook het gunstig effect voor de samenleving niet min. Een Amerikaans onderzoek heeft aangetoond dat het inenten van alle bejaarden - ongeacht of ze ziek dan wel gezond zijn - de samenleving een besparing van 1,1 dollar per ingeënte persoon

zou opleveren, wat voor de Verenigde Staten neerkomt op een totaal voordeel van ongeveer 60 miljoen dollar. Ten slotte, de inenting van werknemers maakt het mogelijk het absentisme met 43% te verminderen.

### **Wie hoeft niet ingeënt te worden ?**

De enige bekende tegenindicatie voor griepinenting is kippeneiwitallergie. Inenting tegen griep is een preventieve medische handeling die binnen een groter geheel moet gezien worden, met name preventie van luchtweginfecties zoals de pneumokokken vaccinatie. Ook moet men hieraan toevoegen dat koorts geen tegenindicatie vormt.

### **Wie wordt ingeënt ?**

Het geheel van mensen die ingeënt zouden moeten worden, zoals opgenomen in de lijst, komt neer op ongeveer een kwart van de bevolking. En toch worden in België jaarlijks slechts een miljoen dosissen toegevend. Het aantal ingeënte personen neemt jaar na jaar weliswaar een beetje toe, maar het blijft ontoereikend als men het aantal griepgevallen en de weerslag van de ziekte wil indijken. De huisarts blijft een beslissende rol spelen door al dan niet bereid te zijn de patiënt te overtuigen van de nood van een inenting.

### **Wie moet ingeënt worden ?**

De officiële aanbevelingen in België zijn vergelijkbaar met die in de Verenigde Staten en in West-Europa, namelijk :

#### **1. Risicogroepen :**

- 65-plussers;
- bewoners van rusthuizen;
- patiënten, ongeacht hun leeftijd, met een hart- en vaataandoening of een longziekte, met inbegrip van astma;
- patiënten met een stofwisselingsaandoening door ziekte of als gevolg van bepaalde geneesmiddelen: diabetes, nieraandoening, leverziekte, onderdrukking van het immuunsysteem (HIV positieven);

- kinderen (vanaf 6 maanden) die langdurig met aspirine behandeld worden.

#### **2. Mensen die de ziekte kunnen doorgeven aan risicogroepen :**

- medisch personeel in ziekenhuizen (met inbegrip van administratief personeel) en daarbuiten;
- personeel van rusthuizen;
- mensen in de omgeving van risicopersonen.

#### **3. Anderen :**

- iedereen die ingeënt wenst te worden;
- zwangere vrouwen;
- reizigers.

## Wanneer inenten ?

Aangezien de bescherming die het vaccin biedt niet onbeperkt is in de tijd, mag men niet te vroeg inenten. Dit betekent niet dat men hoeft te wachten op de komst van een epidemie om ermee te beginnen. De ideale periode van inenting ligt tussen 15 oktober en 15 november. Als men al in september de kans heeft zich te laten inenten, mag men die niet laten liggen - te meer daar er in het verleden reeds vroege epidemieën geweest zijn, d.w.z. tijdens de ideale inentingsperiode. Hiermee is aangetoond hoe belangrijk een bewakingsnetwerk is dat elke epidemie van bij het begin opspoorst. Samenwerking met andere detectienetwerken in het buitenland maakt zo'n snelle opsporing nog beter mogelijk. Ook moet men weten dat het vaccin doeltreffender is wanneer men zich jaarlijks laat inenten. Voor wie er laat bij is, rijst veelal de vraag of men tijdens een epide-

mie nog kan inenten. Vanzelfsprekend heeft inenting weinig zin als een epidemie volop woedt. Maar epidemieën beginnen vaak op een geniepige manier, met enkele geïsoleerde gevallen. Op dat ogenblik is het opportuun het vaccin toe te dienen aan mensen die nog niet ingeënt waren, zeker als men weet dat de bescherming al vanaf de zesde dag na de inspuiting intreedt.

## Welke nevenwerkingen ?

Een onmiddellijke allergische reactie is mogelijk bij gevoelige mensen. Andere reacties zoals koorts, spierpijn of in algemenere zin pijn op de injectieplaats zijn hinderlijk maar ongevaarlijk.

## Besluit

Griep is de enige ziekte die in staat is in enkele weken 5 tot 10% van de bevolking lam te leggen. Naast de economische gevolgen daarvan zijn er de talrijke medische complicaties, vooral bij

mensen die als gevolg van leeftijd of ziekte meer kwetsbaar zijn. In tegenstelling tot andere infecties is het uitroeien van griep onmogelijk omdat het virus niet alleen bij de mens circuleert maar ook, en wel op overvloedige wijze, bij een aantal dieren. Inenting maakt het echter mogelijk de besmettelijkheid en vooral de vaak heel ernstige complicaties te voorkomen of aanzienlijk te verminderen. Patiënten met een aandoening aan het hart en/of de bloedvaten zijn bijzonder kwetsbaar en moeten zich beslist jaarlijks laten inenten, net als de mensen uit hun onmiddellijke omgeving.

This article summarizes the highlights of the influenza control in Belgium. Influenza can affect 10% of the population and can be controlled by a well organized vaccination campaign.

---

## Shigellose na een zomerkamp van de jeugdbeweging

Anne Smis<sup>1</sup>

In dit artikel wordt een collectieve shigellosebesmetting op een kamp beschreven. Een infectie met *Shigella sonnei* lag aan de basis van de epidemie waarbij twintig personen de ziekte ontwikkelden. De indexpatiënt werd vermoedelijk in Egypte besmet.

### Inleiding

Op 27 augustus 1996 kreeg de gezondheidsinspectie van Oost-Vlaanderen een fax van het laboratorium van de Stadskliniek van Sint-Niklaas, waarin men een collectieve infectie meldde van

*Shigella sonnei* (groep D). Zes meisjes tussen 8 en 18 jaar van een jeugdbeweging meldden zich ziek toen ze op 21 augustus 1996 thuishkwamen van een zomerkamp, dat tien dagen had geduurd.

Eén meisje was flink ziek en werd in het ziekenhuis opgenomen. Van de zes meisjes werd een coprocultuur afgenomen met het gemelde resultaat.

<sup>1</sup> Gezondheidsinspecteur Oost-Vlaanderen

Shigellose of dysenterie is een zeer besmettelijke darm-infectie, gekenmerkt door een acuut begin met (hoge) koorts, buikkrampen en diarree, vaak vermengd met bloed en/of slijmen.

De besmetting verloopt faeco-oraal en de bron is altijd de mens. De infectieuze dosis is zeer laag: 10-100 bacteriën zijn voldoende. De kiemen kunnen na defecatie nog uren overleven op handen, vochtige toiletten of aangeraakte voorwerpen, zoals deurklinken en kranen.

De shigellae kunnen ook direct, via door de mens besmet voedsel, worden overgebracht. Ook symptoomloze dragers kunnen de infectie overdragen. De ziekte is meestal zelflimiterend.

Antibioticabehandeling verkort de uitscheiding van kiemen.

De meeste shigellosen zijn thans importgevallen, of zijn secundair aan een importziekte.

## Onderzoek

Aan de hoofdverantwoordelijke van het kamp werd een volledige namenlijst met adressen opgevraagd van deelnemers, leiders en koks. Zij stuurde ons de lijst waarop de gekende zieken waren aangeduid en een kopie van de informatiebrief die aan de leden werd gestuurd op advies van het klinisch laboratorium, waarin was gewaarschuwd voor "buikgriep" door Shigella.

## Situering

Het zomerkamp had plaats in een jeugdheem in Geel. Er werd contact opgenomen met de uitbaters van dit heem om meer informatie te vergaren over de omstandigheden van het kamp: drinkwaterbevoorrading, voed-

selvoorziening en -bereiding, sanitaire voorzieningen.

Uit dit gesprek en uit een gesprek met de hoofdverantwoordelijke van de groep bleek dat het ging om een kampformule, waarbij de kleintjes in het heem sliepen, terwijl de groteren op de omliggende kampeerweiden in tenten sliepen.

Twee eigen koks kookten voor de hele groep op eigen voorzieningen.

De keukeninfrastructuur van het heem werd niet gebruikt.

Het sanitair, dat uit wc's en douches bestond, werd echter wel door iedereen gebruikt, ook door de kampeerders.

Drinkwater werd gehaald uit een boorput, waarvan de uitbaters een recente analyse door de gezondheidsinspectie voorlegden. Het resultaat was goed.

Er was geen enkel contact met andere groepen en de kinderen gingen zwemmen in het gemeentelijk (circulatie)bad.

## Resultaten epidemiologisch onderzoek en bespreking

De lijst vermeldde 48 deelnemers (de gewone leiders en twee koks inbegrepen), waarvan 15 zieken en 33 niet-zieken. Eén van de koks werd ziek, maar pas één week na het kamp. Hij bleek dus niet de bronpersoon te zijn van de collectieve infectie. De hoofdkamplidster maakte echter vóór het kamp een cruisereis in Egypte. Daar maakte ze een gastro-enteritis door met koorts en slijmerige diarree. Ze herstelde spontaan van deze "buikgriep" en werd niet behandeld. Meer dan de helft van de medereizigers was ook ziek. Ook de hoofdverantwoordelijke van de jeugdgroep was op deze cruisereis en maakte een lichte diarree door, waarvan zij spontaan genas. Zij bezocht het kamp één dag, samen met haar vader, die in de tussenperiode eveneens het slachtoffer werd van deze "buikgriep".

De kok was dus slechts een medeslachtoffer van de infectie op kamp.

De kamplidster zelf en/of de hoofdverantwoordelijke, geen

van beiden vermeld op de oorspronkelijke lijst, zijn dus waarschijnlijke bronpersonen van deze collectieve infectie.

## Opvolging

Rekening houdend met de lange tijd dat er door onbehandelde zieken en dragers kiemen worden uitgescheiden en met de hoge besmettelijkheid van Shigella, vermoedden wij dat er nog kampleden ziek konden worden en dat er veel kans was op bijkomende secundaire gevallen in hun thuisomgeving.

Aan alle deelnemers werd vervolgens een informatieve brief gestuurd, vergezeld van een enquêteformulier, om de epidemiologie van deze collectieve infectie in kaart te brengen.

Er was een zeer goede respons op de enquête en uit de antwoorden bleek dat er nog twee bijkomende shigellagevallen en een twijfelgeval bij de kampdeelnemers waren. Ook vonden wij aanwijzingen voor vijf secundaire gevallen, o.a. de vader van de hoofdverantwoordelijke, in de "thuisomgeving". Opvallend in de antwoorden is vooral dat weinig diagnoses bevestigd werden door een coprocultuur en dat weinig zieken met antibiotica behandeld werden. Er werd ook weinig aandacht besteed aan preventie.

## Maatregelen

Aan de uitbater werd onmiddellijk de raad gegeven om de volledige sanitaire installaties een grondige poets- en ontsmettingsbeurt te geven met bleekwater, met speciale aandacht voor de toiletten en voor alle deurklinken en kranen. Er bleken geen nieuwe groepen meer van het heem gebruik te maken na dit kamp.

Er werden ook aanbevelingen meegegeven aan de betrokken deelnemers om secundaire infecties in de thuisomgeving te voorkomen:

- bevestiging van de diagnose door coprocultuur;
- adequate behandeling van zieken met de gepaste antibiotica en faeco-orale hygiëne bij ver-

zorging;

- verwijdering van zieken en dragers uit het werkmilieu in de voedings- en verzorgingssector tot de faecesweek tweemaal negatief blijft;

- informeren van contactpersonen (en zo nodig diagnose en behandeling).

Verder werd er ook op aange-drongen om nieuwe gevallen onmiddellijk aan de gezondheidsinspectie te melden.

### Conclusie

Er waren 50 deelnemers als we de kampleidster en de groeps-verantwoordelijke meetellen.

Hiervan waren er 20 ziek, waarvan 15 ernstig ziek: 6 gevallen werden met coprocultuur bevestigd (*Shigella sonnei*), 9 gevallen werden niet bevestigd.

2 andere zieken vertoonden een mild ziektebeeld, compatibel met

shigellose,

3 anderen een "twijfelachtig" mild ziektebeeld.

Er zijn 7 onbekenden (geen antwoord), die op de oorspronkelijke lijst als niet-ziek werden opgegeven en 23 niet-zieken, die volledig gespaard bleven van ziekte-tekens.

Daarnaast zijn er (slechts) 5 secundaire gevallen genoteerd, geen enkel bevestigd door een coprocultuur. Bij een tweede rondvraag werden er geen nieuwe gevallen gesignaleerd.

Ongeveer 40% van de deelnemers werd ziek, maar slechts bij zes van de twintig zieken werd een coprocultuur afgenomen. Alleen de zes werden met antibiotica behandeld.

Vermoedelijk waren er vijf secundaire gevallen.

46% van de deelnemers werd niet ziek. De rest blijft onbekend.

In elk geval heeft het niet diagnosticeren van de shigella-infectie bij de bronpersoon, die op een cruise in Egypte werd besmet, ernstige consequenties gehad voor de deelnemers aan dit jeugdkamp en voor hun gezinnen, die het slachtoffer werden van een collectieve shigellose.

This article describes a collective shigellosis infection at a camp site. A *Shigella sonnei* infection caused the epidemic as a consequence of which twenty individuals developed the disease. The index patient was probably infected in Egypt.

---

## Berichten

### Eurosurveillance Weekly op internet (URL: <http://www.eurosurv.org>)

Eurosurveillance Weekly, een wekelijks Europees bulletin over overdraagbare ziekten en een zusterblad van Eurosurveillance, werd in juni op het "world wide web" voorgesteld. De Eurosurveillance Weekly homepage wordt elke week geactualiseerd en wordt aangevuld zodra er nieuwe ontwikkelingen optreden. Het bulletin geeft bondige, actuele en betrouwbare informatie

over overdraagbare en in Europa significante ziekten. Abonnees worden via e-mail op de hoogte gebracht en na eenmalige registratie kunnen zij de site rechtstreeks raadplegen. Op deze site vindt u recente verslagen van andere sites die Europees, nationaal en internationaal belangrijk zijn. Voor wie geen toegang heeft tot het world wide web, maar wel tot e-mail, zijn tekstbe-

standen beschikbaar. Om deze versie te ontvangen of voor meer informatie, neemt u contact op met Caron Röhlsler in het PHLS Communicable Disease Surveillance Centre, London, ([eurowkly@eurosurv.org](mailto:eurowkly@eurosurv.org)). Eurosurveillance Weekly wordt samengesteld door hetzelfde redactiecomité van Eurosurveillance. Het wordt financieel gesteund door de Europese Commissie.

# Registratieoverzichten

## VRGT Tuberculose registratie

Periode van 1/1/97 tot en met 1/11/97

Provincie	Geslacht			Nationaliteit			Tuberculose type					Totaal
	man	vrouw	onbepaald	Belg	niet-Belg	onbepaald	1	2	3	4	5	
Antwerpen	88	32	0	78	41	1	84	17	19	0	0	120
Limburg	42	16	0	40	17	1	40	11	6	1	0	58
Oost-Vlaanderen	42	25	0	55	12	0	45	15	6	1	0	67
Vlaams-Brabant	35	27	0	52	10	0	46	10	6	0	0	62
West-Vlaanderen	44	23	0	62	5	0	44	15	8	0	0	67
<b>Totaal</b>	<b>251</b>	<b>123</b>	<b>0</b>	<b>287</b>	<b>85</b>	<b>2</b>	<b>259</b>	<b>68</b>	<b>45</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>374</b>

Tuberculose type:  
1) long- of luchtweg tuberculose  
2) andere respiratoire tuberculose  
3) extra-respiratoire tuberculose (exclusief meningitis)  
4) meningitis  
5) lokalisatie onbekend

---

## Meldingen infectieziekten voor de maand oktober

### Kinkhoest in Vlaanderen

Bij een 8-jarig meisje uit Rijkersveld, werd de diagnose van kinkhoest gesteld. De ziekte werd serologisch geconfirmeerd. Zij had in haar eerste levensjaar het volledige basisvaccinatieschema gekregen.

Een 44-jarige man uit Hasselt maakte volgens de meldende arts een voor kinkhoest verdacht ziektebeeld door. Hetzelfde gold voor een 10-jarige jongen uit Kortrijk waarvan de vaccinatiestatus ook volledig zou in orde zijn.

### Salmonellose in Borsbeek

Een drietal personen maakten na het eten van een bal gehakt en een kerrieworst die aangekocht werden in een plaatselijke frituur, een salmonellose door.

### Campylobacteriose in Borgerhout

Na het eten van kippenbrochettes die afkomstig waren van een plaatselijke frituur, ontwikkelden drie personen een campylobacteriose.

### Hepatitis A in Genk

In een basisschool kwamen verschillende gevallen van hepatitis A voor die onderling verwant waren. In overleg met de schoolarts werden voorkomingsmaatregelen uitgewerkt.

### Stafylococcose in Antwerpen

Een veertigtal werknemers van een verzekeringsfirma maakten een collectieve voedselintoxicatie door die erg verdacht was voor een intoxicatie met stafylokokkentoxines. Bron- en eetwa-

renonderzoek zijn nog verder in uitvoering.

### Scabiës in Brabant

In een neuropsychiatrische inrichting werd men geconfronteerd met een vrij omvangrijke scabiës-epidemie. Verschillende gevallen deden zich voor bij patiënten en personeel. Ook waren er diverse randbesmettingen waaronder ook een taxichauffeur, zodat één en ander leidde tot een collectieve veralgemeende behandeling.

### Salmonellose in Hemiksem

Na een avondmaaltijd waarbij een aangekochte pizza op het menu stond kregen drie gezinsleden een collectieve diarree te verwerken die door een besmetting met *S. enteritidis* bleek veroorzaakt te zijn.

## Meldingen van infectieziekten

MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP - AFDELING P.S.G. - GEZONDHEIDSINSPECTIE							MAAND	JAAR
MELDINGEN INFECTIEZIEKTEN - VLAAMSE GEMEENSCHAP							10	1997
Provincie	ANTWERPEN	VLAAMS- BRABANT	LIMBURG	OOST- VLAANDEREN	WEST- VLAANDEREN	TOTAAL	AANTAL GEVALLEN	
Aantal inwoners (in miljoen)	1,63	0,99	0,77	1,35	1,12	5,86	VORIGE MAAND	VANAF 01/01/97
INFECTIEZIEKTEN								
<b>GROEP A</b>	Botulisme					0	0	3
	Febris recurrens					0	0	0
	Hondsdolheid					0	0	0
	Malaria (1)					0	0	1
	Pest					0	0	0
	Poliomyelitis					0	0	0
	Hemorragische koorts (2)					0	0	0
	Vlektyfus					0	0	0
<b>GROEP B</b>	Brucellose					0	0	3
	Buiktyfus					0	0	1
	Cholera					0	0	0
	Difterie					0	0	0
	Gele koorts					0	0	0
	Hantavirus-infectie					0	0	0
	Mening. Haemoph. infl. b (3)					0	0	5
	Legionellose					0	0	4
	Leptospirose					0	1	1
	Meningococcose	1	2	2	2	2	9	6
	Psittacose					0	0	0
	Trichinose					0	0	0
	Tuberculose	13	13		20	9	54	65
							65	591
<b>GROEP C</b>	Gonorrhoe	4				4	7	35
	Hepatitis A	7		16	3	3	29	17
	Hepatitis B	3	1	1	1	2	8	9
	Hepatitis C	4			6		10	7
	Kinkhoest	1		1		1	3	2
	Listeriose	6		1			7	3
	Miltvuur					0	0	0
	Protozoaire besm. c.z.s. (4)					0	0	0
	Rickettsiose (5)					0	0	3
	Scabiës	4	21	11	5	7	48	8
	Shigellose	9		1	2		12	7
	Syfilis					1	2	13
	Tetanus					0	0	1
	Gastro-enteritis (> 2 g.) (6)	4		1			4	6
<b>Collectieve Aan- doeningen</b>	Scabiës		1			1	2	14
	V.T.I. (7)	4				4	6	27
						0	0	0
						0	0	0

**DECREET VAN 05 APRIL 1995**  
*Indeling afhankelijk van afnemende  
urgentiemaatregelen*

Groep A : aan te geven door elke arts en elk laboratorium binnen de 24 uur.  
Groep B : aan te geven door elke arts en elk laboratorium binnen de 48 uur.  
Groep C : aan te geven door elke arts binnen de 48 uur.

(1) Malaria, waarbij vermoed wordt dat de besmetting op het Belgische grondgebied gebeurde.  
(2) Hemorragische koortsen en andere ernstige virusziekten zoals Ebola-, Lassa- en Marburgkoorts.  
(3) Meningitis tengevolge van Haemophilus influenzae serotype b.  
(4) Protozoaire besmettingen van het centrale zenuwstelsel.  
(5) Rickettsiosen, andere dan vlektyfus.  
(6) Elk gastro-enteritisincident, dat ten minste 3 gevallen telt in dezelfde leefgemeenschap en in 1 week wordt veroorzaakt door dezelfde kiem.  
(7) Voedselintoxicatie en voedselinfectie

# WETENSCHAPPELIJK INSTITUUT VOLKSGEZONDHEID - LOUIS PASTEUR

Dienst Epidemiologie  
Dr Frank VAN LOOCK  
Mevr. Geneviève DUCOFFRE

Fax: 02/642.54.10  
Email: f.vanloock@ihe.be  
Tel.: 02/642.57.77

## Peillaboratoria netwerk

Aantal gediagnosticeerde gevallen gedurende de observatieperiode (weken 36 tot 39)  
cumulatief sinds het begin van het jaar (weken 01 tot 39)

KIEMEN / VIRUSSEN weken	BRUSSEL		VLAANDEREN		WALLONIE		ONBEKEND <sup>a</sup>		TOTAAL	
	36-39	01-39	36-39	01-39	36-39	01-39	36-39	01-39	36-39	01-39
<b>ADENOVIRUS</b>	6	134	6	133	1	34	3	13	16	314
<b>BORRELIA BURGDORFERI</b>	1	4	6	38	13	86	4	6	24	134
<b>CAMPYLOBACTER</b>	44	305	288	2.597	87	785	7	190	426	3.877
<b>CHLAMYDIA PNEUMONIAE</b>	0	6	2	30	7	105	0	4	9	145
<b>CHLAMYDIA PSITTACI</b>	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
<b>CHLAMYDIA TRACHOMATIS</b>	10	99	15	175	7	119	2	47	34	440
<b>CRYPTOCOCCUS <sup>d</sup></b>	1	7	0	4	0	3	1	3	2	17
<b>CRYPTOSPORIDIUM</b>	3	18	19	118	30	197	0	9	52	342
<b>E. COLI (VTEC+EHEC) <sup>d</sup></b>	1	7	0	15	0	3	0	1	1	26
<b>E. HISTOLYTICA <sup>d</sup></b>	7	44	12	111	13	44	1	10	33	209
<b>GIARDIA</b>	21	134	81	560	41	234	8	96	151	1.024
<b>H. INFLUENZAE <sup>c</sup></b>	1	32	5	184	1	97	1	12	8	325
<b>HANTAVIRUS <sup>d</sup></b>	0	1	1	2	7	30	0	1	8	34
<b>HEPAT. A</b>	25	61	9	105	12	126	1	9	47	301
<b>INFLUENZA A</b>	0	198	0	123	0	33	0	36	0	390
<b>INFLUENZA B</b>	1	40	0	40	0	15	0	1	1	96
<b>L. PNEUMOPHILA (BACT.+SEROL.)</b>	0	5	0	5	1	2	0	0	1	12
<b>LISTERIA <sup>d</sup></b>	0	0	1	15	0	5	0	0	1	20
<b>MYCOPLASMA PNEUMONIAE</b>	10	86	31	411	12	280	1	35	54	812
<b>N. GONORRHOEAE</b>	5	16	4	37	2	19	0	3	11	75
<b>N. MENINGITIDIS <sup>c + d</sup></b>	2	32	4	122	6	56	0	4	12	214
<b>PARAINFLUENZA</b>	7	76	3	56	1	32	0	3	11	167
<b>PLASMODIUM <sup>d</sup></b>	5	44	7	150	2	40	0	5	14	239
<b>RSV</b>	1	130	7	366	1	330	1	61	10	887
<b>SHIGELLA</b>	13	48	12	73	3	13	0	3	28	137
<b>S. PNEUMONIAE <sup>c</sup></b>	5	95	15	578	10	258	0	33	30	964
<b>S. PYOGENES <sup>c</sup></b>	0	12	4	98	1	68	1	5	6	183
<b>Y. ENTEROCOLITICA</b>	1	16	29	264	9	72	1	17	40	369
<b>TOTAAL</b>	170	1.650	561	6.411	267	3.087	32	607	1.030	11.755
% deelname <sup>b</sup>	61	80	70	92	60	85			66	88

<sup>a</sup> onbekende postcode

<sup>b</sup> deelname percentage : aantal opgestuurde formulieren / aantal verwachte formulieren

<sup>c</sup> diepe localisaties

<sup>d</sup> referentielaboratorium + peillaboratoria