

Outbreakmanagement bij hepatitis A

Koen De Schrijver¹, Pierre Van Damme²

Key words

Hepatitis A, outbreakmanagement, outbreakcontrole

Samenvatting

Hepatitis A is een belangrijke infectieziekte die voorkomen kan worden door vaccinatie en die in te dijken is via outbreakcontrole. Deze indijking vereist coördinatie, vaccinatie van de onbeschermden, eventueel tijdelijke verwijdering uit het arbeidscircuit, de crèche of school en de toepassing van degelijke hand- en toilethygiëne. De bijsturing van de structurele hygiëne in crèche- en schoolverband maakt eveneens deel uit van de basisaanpak.

Inleiding

Hepatitis A (HA) is nog steeds een belangrijke infectieziekte die veroorzaakt wordt door een besmetting met het hepatitis A-virus (HAV). Dit virus wordt overgedragen via feco-orale weg en kan vermeden worden door vaccinatie. De uitdijking van de ziekte impliceert het nemen van de nodige indijkingsmaatregelen (outbreakmanagement en -controle).

Frequentie

HA is een merkwaardige ziekte waarvan het epidemiologische profiel in West-Europa tijdens de laatste 50 jaar grondig veranderd is. In de jaren zeventig van de vorige eeuw kwam deze ziekte nog matig frequent voor, in orde van grootte van 30 gevallen per 100.000 inwoners. HA werd toen vooral vastgesteld bij jonge kinderen en had ook meestal een onschuldig verloop. Momenteel komt de ziekte in ons land laagfrequent voor (5 per 100.000 inwoners) en treft men vooral gevallen aan bij oudere kinderen en volwassenen (2). Bij volwassen personen treft men een ernstiger ziektebeeld aan (1,3,4). Zo bedraagt de sterftekans bij personen ouder dan 50 jaar 1,8%, terwijl de letaliteit voor alle leeftijdsgroepen samen 0,3% is (4). De vermindering van "crowding" (het met veel personen dicht bij elkaar verblijven) is ondermeer het gevolg van de afname van het aantal kinderen per gezin. Ook verbeterde persoonlijke en algemene hygiëne zijn mee verantwoordelijk voor de epidemiologische verschuiving in West-Europa.

De ziekte is niet alleen belangrijk door de relatieve ernst ervan, maar ook door de frequentie en de socio-economische impact die gekenmerkt wordt door ziekenhuiskosten en door werk- en schoolverlet. De seroprevalentie in de algemene bevolking is in de loop van de voorbije decennia in belangrijke mate verlaagd. De 50%-antistoffendrempel - het niveau waarop 50% van de inwoners antistoffen hebben tegen hepatitis A - wordt nu in Vlaanderen behaald bij personen die

ouder zijn dan 50 jaar, terwijl deze drempel in 1979 nog tussen de 25-30 jaar lag. Dit brengt met zich mee dat er nu sporadisch epidemische verheffingen van hepatitis A voorkomen in de algemene bevolking door toename van het aantal vatbare personen (3,5).

Risicogroepen

In ons land zijn de belangrijkste risicogroepen voor hepatitis A gezinscontacten en nauwe contacten van hepatitis A-patiënten, mannen die seks hebben met mannen, drugsputters, personeel van medisch-pedagogische instituten (MPI) met inbegrip van de daar verblijvende kinderen en reizigers, bezoek aan familie en vrienden naar landen waar hepatitis A nog endemisch verhoogd voorkomt inbegrepen. De ziekte wordt vooral opgelopen via feco-oraal contact, maar incidenteel wordt de ziekte ook overgedragen via gecontamineerd drinkwater en voedsel. Ook de kinderen van allochtone ouders die op reis gaan naar vrienden en familieleden in het land van herkomst van hun ouders, lopen een verhoogd risico op besmetting met hepatitis A (4). Onderzoek in Nederland heeft aangetoond dat een derde van alle hepatitis A-gevallen geassocieerd is met bezoeken aan Marokko en Turkije (6-9). Dit heeft geleid tot een vaccinatiebeleid waarbij vaccinatie van jonge kinderen die op bezoek gaan bij familieleden sterk gepromoot en financieel ondersteund wordt (10). Ook gaan de Nederlandse gezondheidsdiensten telkens als er zich in de herfst na verblijf in buitenland outbreaks van hepatitis A voordoen, over tot randvaccinatie (vaccinatie van nauwe contacten) in de omgeving van geïdentificeerde patiënten (11). Dit geldt voor crèches, scholen en in sommige gevallen ook voor gezinnen.

In dit artikel gaan we in op de basisprincipes van outbreakmanagement en -controle van hepatitis A in groepsverband.

¹ Toezicht Volksgezondheid Antwerpen, Dienst Infectieziektebestrijding, e-mail: koen.deschrijver@wvg.vlaanderen.be

² Vakgroep Epidemiologie en Sociale geneeskunde, Universiteit Antwerpen

Outbreakmanagement en outbreakcontrole

Het klassieke outbreakmanagement na een eerste hepatitis A-infectie berust op vijf pijlers (1, 3,12):

1. Melding van de ziekte aan de teams Infectieziektebestrijding voor verdere coördinatie en bron- en contactopsporing;
2. Vaccinatie van vatbare contacten;
3. Tijdelijke exclusie van patiënten met hepatitis A uit crèche, school en risicohoudende beroepen (voedingssector, verzorgingssector, paramedische en medische beroepen);
4. Bijsturing van persoonlijke hygiëne op gezinsniveau;
5. Bijsturing van crèche-, bedrijfs-, voedings- of schoolhygiëne.

1. Coördinatie en bron- en contactopsporing

Hepatitis A is een schoolvoorbeeld van een ziekte waarbij behalve de behandelende arts ook andere gezondheidswerkers betrokken zijn: crèche-, school- en bedrijfsartsen, verpleegkundigen en crècheverantwoordelijken. Om risicopersonen te kunnen identificeren en om het nemen van de nodige opvolgmaatregelen te stimuleren, gebeurt het leggen van de contacten meestal door de diensten van volksgezondheid. In ons land zijn dit de teams Infectieziektebestrijding van de regionale overheden.

Ook voedsel kan de bron zijn van een hepatitis A-cluster. Op die manier kon in 2004 een vleesverwerkend bedrijf opgespoord worden dat aan de basis lag van een belangrijke epidemie van hepatitis A-gevallen in de provincies Vlaams-Brabant en Antwerpen (13). Infecties kunnen zich ook aandienen als importinfectie. Gevallen in internaat-, crèche- en schoolverband veronderstellen eveneens een gecoördineerde aanpak.

Behandelende artsen kunnen via een gerichte anamnese een zicht krijgen op de mogelijke besmettingsroutes. Voorbeelden van oriënterende vragen zijn de volgende. Is er gereisd naar het buitenland? Zijn er andere gevallen in het gezin? Wat is het beroep? Zijn er sekspartners met symptomen? Is er een verdachte voedselanamnese of waren er contacten op school en in crècheverband? Het verzamelen van deze informatie op provinciaal niveau kan op die manier leiden tot het in kaart brengen van een epidemie en een gestructureerde indijking bewerkstelligen.

Contactidentificatie op de diverse niveaus (gezin, vrienden, crèche, school) is noodzakelijk om op een gerichte wijze (rand)vaccinatie te kunnen aanbieden.

2. Vaccinatie van vatbare personen

De vaccinatie van vatbare personen in de onmiddellijke omgeving van hepatitis A-patiënten is een van de belangrijkste indijkingsmaatregelen. In het verleden gebeurde de bescherming door het toedienen van algemene of specifieke immuunglobulines. Immun-

globulines zijn in ons land niet meer op de markt. Momenteel wordt de preventie georganiseerd met het hepatitis A-vaccin waarbij de inschatting gemaakt moet worden of enkel het hepatitis A-vaccin of het combinatievaccin tegen hepatitis A en B het meest aangewezen is. Vaccinatie geeft een efficiënte, snelle en levenslange bescherming en kan ook nog vlak (binnen de 10 dagen) na blootstelling aan hepatitis A toegevend worden wat voor 80% beschermende doeltreffendheid geeft (4). Vaccinatie van contactpersonen moet dus bij voorkeur kort na de aanvang van de symptomen gebeuren. Dit geldt expliciet voor oudere personen omdat de immuunvorming in deze groep trager kan verlopen en bepaalde elementen zoals obesitas en medicatie kunnen interfereren met de aanmaak van antistoffen (10). De leeftijd van vijftig jaar kan als limietleeftijd gehanteerd worden bij het al of niet uitvoeren van een serologie vooraleer het vaccin toe te dienen. Momenteel is er in België geen terugbetaling voorzien voor het hepatitis A-vaccin, noch voor contacten van hepatitis A-patiënten, noch in gezins-, crèche- of schoolverband.

3. Tijdelijke verwijdering

Patiënten die in de acute fase zitten van hepatitis A mogen volgens de geldende regelgeving gedurende drie weken niet deelnemen aan een aantal activiteiten. Dit geldt voor scholen (leerlingen en personeel), personen die contact hebben met voedsel of deelnemen aan voedselbereiding (al of niet beroepshalve tewerkgesteld). Diverse beroepsactiviteiten die vallen onder de arbeidswetgeving en specifieke beroepsgroepen zoals verzorgend personeel - zowel medisch en paramedisch personeel, als personeel in instellingen zoals MPI's, crèches en onderwijs - kunnen slechts terug aan het werk nadat besmettelijkheid uitgesloten is. Patiënten die hepatitis A doormaken mogen pas terug naar school, naar de crèche of aan het werk na overbrugging van de besmettelijke periode van drie weken.

4. Persoonlijke hygiëne en gezinshygiëne

Hygiënemaatregelen in gezinsverband

- Na toiletgebruik grondig handen wassen met vloeibare zeep en afdrogen met wegwerphanddoeken;
- Handen wassen vooraleer voedingswaren te manipuleren;
- Nagels kortknippen en schoon houden;
- Bij voorkeur een eigen toilet voorzien voor zieke persoon;
- Na gebruik van het gemeenschappelijke toilet moet dit huishoudelijke toilet grondig gereinigd worden, met inbegrip van de WC-knop, de wastafel, de kraan en de deurklink. Minstens dagelijks correct huishoudelijke reiniging van de toiledop, de wastafel en de deurklink met chloorhoudende reinigingsproducten;
- Systematisch vervangen van schoonmaakdoeken;
- Bij onderhoud huishoudhandschoenen dragen en daarna de handen wassen;
- Handen wassen na het verluieren;
- Plastic wegwerpschort dragen bij het verluieren van zieke kindjes;
- Op momenten van infectiedruk (geval in de familie) zeker gebruik maken van wegwerpluiers;
- Het verzorgingskussen huishoudelijk reinigen na gebruik, bij voorkeur met wegwerpdoekjes;
- Peuters begeleiden bij toiletgebruik (handen laten wassen en nadien desinfecteren van toilet);
- Correct onderhoud van wastafels, bad en douches na gebruik door patiënt in ziektefase;
- Zichtbare verontreiniging ontsmetten met alcohol van 70-80% of met een chloorhoudende oplossing (1000 ppm);
- Sekspartner en andere nauwe contacten (gezinsleden, vrienden) zonodig vaccineren;
- Afvalcontainers correct manipuleren en daarna op een correcte wijze de handen wassen.

5. Hygiëne op school- en op crèche niveau

Hygiëneadviezen in schoolverband

- Extra aandacht besteden aan het toezicht op handhygiëne;
- Extra onderhoud van toiletten, toiletknoppen, deurkrukken en wastafels (minstens tweemaal per dag);
- Volledige en correcte instructie aan de leden van het onderhoudsteam;
- Ter beschikking stellen van de nodige preventiemiddelen (handschoenen, schort, desinfectans) aan onderhoudspersoneel;
- Opdrijven van onderhoudsbeurten;
- Verwijderen van collectieve handdoeken, vaste zeep en vervangen door wegwerphanddoeken en vloeibare zeep;
- Afvalcontainers met pedaal aanschaffen;
- Extra onderhoud van kraanhendels, deurkrukken, enz;
- Toezicht op de werkwijze van het personeel;
- Adviezen voor het correct verluieren van kinderen;
- Informeren (mondeling en schriftelijk) van medeleerlingen, onderhoudsteam, keukenteam, ouders en personeel over de ziekte, de besmettelijkheid, de besmettingsweg, de handhygiëne en over vaccinatie.

Bespreking

Het succes van de toepassing van controlemaatregelen blijft beperkt omdat een hepatitis A-patiënt al besmettelijk is voordat hij of zij symptomen vertoont en ook omdat veel gevallen asymptomatisch verlopen en dit vooral bij kinderen. Ook is de applicatie van de preventie maatregelen afhankelijk van de goodwill en de nauwgezetheid van de betrokkenen. Verder is hepatitis A een erg besmettelijke ziekte die via feco-orale weg vrij eenvoudig over te dragen is. Ook de leeftijd en de zindelijkheid van de patiëntjes beïnvloeden de besmettingsrisico's. Randvaccinatie is zeer efficiënt maar blijft in ons land problematisch, vooral voor groepen met een beperkte compliance (opvolgen van vaccinatieadvies) bij hepatitis A. De financiering en de promotie van vaccinatie bij vatbare personen zou in belangrijke mate kunnen bijdragen tot het voorkomen van dergelijke outbreaks. Prioriteit zou hierbij moeten gegeven worden aan mensen met een beperkt inkomen of grotere gezinnen. Hetzelfde geldt voor de contacten op schoolniveau. Scholen en crèches zouden structureel moeten investeren in het verbeteren van

basishygiëne, meer bepaald in onderhoud, gebruik van sensor-, elleboog of voetkranen, handen afdrogen met wegwerphanddoeken en informatie over het belang van handenwassen. De opvolgmaatregelen bij hepatitis A worden soms ten onrechte geminimaliseerd vanuit het vooroordeel dat hepatitis A een onschuldige ziekte zou zijn. De verschuiving naar oudere leeftijdsgroepen en de daarmee geassocieerde morbiditeit en letaliteit en de belangrijke socio-economische impact ondergraven deze stelling.

De promotie en de effectieve toepassing van vaccinatie op gezins-, crèche- en schoolniveau zijn beperkt ten gevolge van de hoge kostprijs van het vaccin. De subsidiëring of het opnemen van vaccinatie in het basisschema voor jonge kinderen of het systematisch vaccineren van jonge kinderen van mensen van allochtone origine zoals in Nederland, zijn alternatieven die een belangrijke reductie van het besmettingsrisico zouden kunnen teweegbrengen. Een uiteindelijke controle zal maar lukken in de mate dat de ziekte opgenomen wordt in het basisvaccinatieschema van alle jongeren.

Summary

Outbreak management and hepatitis A

Hepatitis A is a serious vaccine-preventable disease. Propagation can be prevented by vaccination and application of the principles of outbreak control. Basic principles are: outbreak vaccination offered to susceptible contacts, coordination, temporarily exclusion of cases in groups with increased risk of further transmission, reinforced personal hygiene in cases and contacts and refinement of hygiene measures in nurseries and schools.

Literatuur

1. Heymans LD. Control of Communicable Diseases Manual, Washington: American Public Health Association 2004.
2. Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. Gezondheidsinspectie. Registratie van infectieziekten 2004-2006. Brussel: 2006.
3. Landelijke Coördinatie Infectieziekten. Hepatitis A. In: van Steenbergen JE, Timen A eds. Guidelines Infectious Disease Control. Edition 2006 Utrecht, The Netherlands: Landelijke Coördinatie van Infectieziekten Nederland 2006.
4. André F, Van Damme P, Safary A, Banatvala J. Inactivated hepatitis A vaccine: immunogenicity, efficacy, safety and review of official recommendations for use. Expert Rev Vaccines 2002;1: 9-23.
5. Theeten H, De Cock L, Vranckx R, et al. Sero-Epidemiology of Vaccine-preventable Diseases in Belgium anno 2002-ESEN2 Study, Belgian Part, proceedings poster presented at the 23th annual meeting of the ESPID, Valencia, May 2005, abstract 113.
6. van Gorkom J, Leentvaar A, Kool JL, Coutinho RA. Jaarlijkse epidemie van hepatitis A in verband gebracht met reisgedrag van kinderen van immigranten in de vier grote steden. Ned Tijdschr Geneesk 1998;42 (34): 1919-22.
7. Temorshuizen F, van de Laar MJW. De epidemiologie van hepatitis A in Nederland 1957-1998. Ned Tijdschr Geneesk 1998;142 (3): 2364-8.
8. Sonder GJB, Bovée LPMJ, Baayen TD, Coutinho, van den Hoek JAR. Effectiveness of a hepatitis A vaccination program for migrant children in Amsterdam, The Netherlands (1992-2004). Vaccine 2006;24 (23): 4962-8.
9. van Steenbergen JE, Tjon G, van den Hoek A, Koek A, Coutinho RA, Bruisten SM. Two Years' Prospective Collection of Molecular and Epidemiological Data Shows Limited Spread of Hepatitis A virus outside Risk Groups in Amsterdam, 2000-2002. J Infect Dis 2004;189: 471-82.
10. Sonder GJB, van Steenbergen JE, Bovée LPJM, Peerbooms PGH, Roel A, van den Hoek A. Hepatitis A virus immunity and seroconversion among contacts of acute hepatitis A patients in Amsterdam, 1996-2000: an evaluation of current prevention policy. Am J Public Health 2004;94 (9): 1620-6.
11. Timen A. Preventie van hepatitis A als importziekte: een andere aanpak. Infectieziekten Bulletin 2002;13 (01): 3-5.
12. Hawker J, Begg N, Blair I, Reintjes R, Weinberg J. Communicable Disease Control Handbook. London: Blackwell Science 2001.
13. De Schrijver K. Uitbraken van hepatitis in het noorden van België. Infectieziekten Bulletin 2005;16(04): 119-20.