



Richtlijn voor GGD bij melding exantheem

Maart 2003

Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding
Adriaen van Ostadelaan 140

Postbus 85300
3508 AH Utrecht

T 030 252 50 99
F 030 251 18 69

lci@ggd.nl
www.infectieziekten.info

Deze richtlijn werd opgesteld door een werkgroep bestaande uit:

D. Baayen, sociaal-verpleegkundige, GG&GD Amsterdam

R. van Binnendijk, viroloog, RIVM

F. Boukes, huisarts, NHG Utrecht

A.M.W. van Elsacker, arts-microbioloog, Laboratorium voor de Volksgezondheid Leeuwarden

H. Götz, arts infectieziekten, GGD Rotterdam e.o.

R.P.M. van Kessel, arts infectieziekten, GG&GD Utrecht

H. de Melker, RIVM, afdeling CIE

W.L.M. Ruijs, arts infectieziekten, LCI

Inhoud

Inleiding	1
1. Melding door school, kindercentrum of andere instelling	2
1.1 Anamnese	2
1.2 Lichamelijk onderzoek	2
1.3 Evaluatie	2
1.4 Laboratoriumonderzoek	3
1.5 Maatregelen	4
2. Vraag van zwangere naar aanleiding van contact met exantheem	5
2.1 Anamnese	5
2.2 Evaluatie en advies	5
3. Literatuur	7

Inleiding

Het doel van deze richtlijn is om GGD-artsen en verpleegkundigen te ondersteunen bij het bepalen van het beleid bij een melding van exantheem.

In de praktijk blijken met name de vele 'vlekjesziekten' bij diagnostiek problemen op te leveren. Op grond van het klinisch beeld is geen betrouwbare diagnose te stellen. Een exacte diagnose is vanuit het perspectief van de individuele patiënt ook dikwijls niet noodzakelijk omdat de aan-doening zonder verdere behandeling geneest. In een aantal gevallen is vanuit het oogpunt van de infectieziektebestrijding nadere diagnostiek wel geïndiceerd omdat maatregelen worden overwogen ter preventie van verdere verspreiding of ter preventie van complicaties. Ingrijpende maatregelen zoals vaccinatiecampagnes of het waarschuwen van zwangeren zijn alleen gerechtvaardigd bij een bevestigde diagnose.

Klinisch goed herkenbare beelden zoals waterpokken en impetigo leveren in de GGD-praktijk weinig problemen op en blijven daarom hier buiten beschouwing. Ook diagnostiek in het kader van surveillance van het Rijksvaccinatieprogramma en wetenschappelijk onderzoek blijft in deze richtlijn buiten beschouwing. Deelname van een GGD aan surveillance- of onderzoeksprojecten kan betekenen dat er buiten onderstaande richtlijnen om aan patiënten gevraagd wordt om mee te werken aan nader onderzoek gericht op specifieke ziekteverwekkers.

Uitgaande van de GGD-praktijk wordt in de richtlijn onderscheid gemaakt tussen het beleid bij een (cluster)melding door een instelling en het beleid bij vragen van individuele zwangeren.

1. Melding door school, kindercentrum of andere instelling

Naast formele meldingen in het kader van artikel 7 van de Infectieziektewet ontvangt de GGD veelvuldig signalen over het voorkomen van exanthemateuze aandoeningen op scholen en kindercentra. Zowel bij een officiële melding als bij een ogenschijnlijk puur informatieve vraag is het van belang om het probleem zorgvuldig in kaart te brengen. In eerste instantie wordt algemene informatie gevraagd bij de melder (vaak een leerkracht of leidster) Zo nodig wordt daarna contact gezocht met de ouders van het kind¹ en de behandelend arts² voor specifieke informatie over een individueel ziektegeval.

1.1 Anamnese

Aanleiding contact met de GGD

- melding artikel 7 Infectieziektewet
- specifieke vraag

Ziekteverloop indexpatiënt(en)

- leeftijd, geslacht
- beschrijving exantheem
- verspreiding over het lichaam
- begeleidende verschijnselen
 - koorts
 - jeuk
 - keelpijn
 - rhinitis
 - conjunctivitis
 - gewrichtspijn
 - diarree
- ernst: blijft het kind vanwege de klachten thuis?
- duur van de klachten
- huisartsenbezoek, diagnose
- eventuele resultaten laboratoriumonderzoek
- vaccinatiestatus
- recent verblijf in buitenland ? waar?

¹ In verband met de privacywetgeving mag de instelling de persoonsgegevens niet doorgeven aan de GGD tenzij de ouders hiertoe gericht toestemming hebben gegeven. Laat daarom aan de ouders vragen of zij contact op willen nemen met de GGD.

² De behandelend arts mag zonder toestemming van betrokkene geen medische informatie verstrekken. Bespreek dit dus eerst met de ouders.

Epidemiologie

- aantal ziektegevallen, zo mogelijk met eerste ziektedag
- spreiding ziektegevallen over groepen
- groepsindeling school/kindercentrum
- contacten tussen de verschillende groepen: gezamenlijke speelruimte, gezamenlijke toiletten
- vaccinatiestatus kinderen
- zwangere leidsters?
- kinderen met een verhoogd risico, bijvoorbeeld neurologisch lijden.

1.2 Lichamelijk onderzoek

- zo mogelijk zelf het exantheem beoordelen of indien dit op praktische problemen stuit afgaan op de beschrijving van de behandelend arts
 - grofvlekkig/fijnvlekkig
 - glad/papels/pustels
 - krabeffecten
- begeleidende verschijnselen
 - enantheem/Koplikse vlekjes/'frambozentong'
 - lymfeklierzwellings
 - keelontsteking

1.3 Evaluatie

Klinische diagnose is bij exanthenen niet betrouwbaar. Echter in veel gevallen heeft het stellen van een exacte diagnose geen consequenties voor therapie of preventie. In onderstaande situaties is nader **laboratoriumonderzoek geïndiceerd**.

1. Overweeg onderzoek naar Streptokokken groep A indien twee of meer kinderen in een groep klinische symptomen van roodvonk hebben en er sprake is van ernstig beloop. Klinische verschijnselen van roodvonk zijn: kleinvlekkig, puntvormig exantheem (rood kippenvel) met name in de nek, op de borst, onder de oksels en in de liezen. Het gebied rondom neus en mond is vrij van exantheem (narcosekapje). Er is tevens enantheem en een 'frambozentong'. Het exantheem wordt gevolgd door vervelling van de toppen van de vingers en tenen. Naast het exantheem zijn er bij roodvonk meestal keelklachten. Er is

sprake van een ernstig beloop bij hoge koorts, heftige keel- en slikklachten, peritonsillair abces en/of zeer sterk gezwollen pijnlijke lymfeklieren. Consequentie van het aantonen van streptokokken groep A is het aanbieden van gerichte behandeling met antibiotica bij ernstig verlopende ziektegevallen en eventueel gerichte behandeling van dragerschap om verdere verspreiding van de ziekte tegen te gaan.

2. Overweeg onderzoek naar vijfde ziekte indien twee of meer kinderen in een groep klinische verschijnselen hebben die passen bij vijfde ziekte **en** er zwangere leidsters of ouders (kunnen) zijn. Klinische verschijnselen van vijfde ziekte zijn: fijnvlekkig, vliedervormig exantheem beginnend in het gezicht en zich uitbreidend over de romp en strekzijde extremiteiten. Het exantheem krijgt vervolgens een netachtig aspect. Na het verdwijnen kan het exantheem weer terugkomen in reactie op warmte, koude, inspanning of stress. Consequentie van het aantonen van vijfde ziekte is het informeren van zwangeren (eventueel gevolgd door diagnostiek en behandeling/werkaanpassing) teneinde hydrops foetalis en intra-uteriene vruchtdood te voorkomen.
3. Overweeg onderzoek naar rodehond indien er een of meer ongevaccineerde kinderen klinische verschijnselen van rodehond hebben **en** er een duidelijke relatie is met een risicogebied³ of risicogroep⁴. Klinische verschijnselen van rodehond zijn: rozerode maculopapuleuze huiduitslag beginnend in het gezicht, zich uitbreidend via de romp naar armen en benen gecombineerd met pijnlijke opgezette lymfeklieren in het hoofd-halsgebied. Consequenties van het aantonen van rodehond zijn het informeren van zwangeren (eventueel gevolgd door diagnostiek) teneinde congenitale rubella te voorkomen en het aanbieden van vaccinatie aan on-

gevaccineerde groepsgenoten teneinde verspreiding van de ziekte tegen te gaan.

4. Overweeg onderzoek naar mazelen indien een of meer ongevaccineerde kinderen klinische verschijnselen hebben die passen bij mazelen en er een relatie is met een risicogebied/risicogroep. Klinische verschijnselen van mazelen zijn: hoge koorts, conjunctivitis en een grofvlekkig exantheem dat begint achter de oren en zich via gezicht en romp uitbreidt naar de extremiteiten. Kenmerkend voor mazelen zijn kleine witte vlekjes op het mondslijmvlies, Koplikse vlekjes, die overigens niet bij elke patiënt aantoonbaar zijn. Deze Koplikse vlekjes verdwijnen binnen enkele dagen. Consequentie van het aantonen van mazelen is het aanbieden van vaccinatie aan ongevaccineerde groepsgenoten teneinde verdere verspreiding van de ziekte tegen te gaan.
5. Overweeg – in overleg met de arts-microbioloog – onderzoek naar andere verwekkers indien twee of meer kinderen in een groep een gelijksoortig exantheem hebben **en** er sprake is van ernstig beloop.
6. Overweeg onderzoek naar een niet-infectieuze oorzaak (toxisch of allergisch) als er sprake is van vrijwel gelijktijdig optreden van het exantheem bij een grote groep kinderen en/of als er samenhang vermoed wordt met blootstelling aan chemische stoffen, bijvoorbeeld na de introductie van een nieuwe zeep of bij gebruik van geneesmiddelen. Overleg eventueel met de medisch-milieukundige. Consequentie van het aantonen van toxische of allergische oorzaak is eliminatie van de bron.

1.4 Laboratoriumonderzoek

Overleg tevoren met de arts microbioloog welke onderzoeken in een specifieke situatie het best kunnen worden ingezet. Dit is afhankelijk van:

- de vermoedelijke verwekker/differentiaal diagnose

³ Risicogebied = gebied waar betreffende ziekte nog veelvuldig voorkomt.

⁴ Risicogroep = bevolkingsgroep waar bescherming tegen betreffende ziekte beperkt aanwezig is, met name door een lage vaccinatiegraad.

- tijdstip in ziekteproces
- patiëntkenmerken (leeftijd, vaccinatie-toestand, eventuele zwangerschap)
- aantal te verwachten monsters

Met betrekking tot de uitvoering van de monsternamen zijn er verschillende opties:

- patiënten uitnodigen bij de GGD
- monsternamen op locatie door GGD-medewerkers
- patiënt voor monsternamen verwijzen naar prikpost of laboratorium

Om tijdig geïnformeerd te zijn over de uitslag is het wenselijk dat de GGD het onderzoek zelf aanvraagt of een kopie van de uitslag bij de huisarts opvraagt.

1.5 Maatregelen

Maatregelen in afwachting van resultaten nader onderzoek

1. Hygiëne-adviezen

Extra aandacht voor hoest-, hand- en toilet-hygiëne.

Adviseer om de verschillende groepen gescheiden te houden om verspreiding van de ene groep naar de andere tegen te gaan.

2. Informatie aan betrokkenen

Bij onrust op de situatie toegespitste zakelijk informatie geven over aantal ziektegevallen, symptomen, feit dat er onderzoek is ingezet naar mogelijke verwekkers en dat door extra hygiënemaatregelen overdracht wordt tegengegaan.

Geen ziektespecifieke informatiebrieven verspreiden als de diagnose niet bevestigd is!

3. Surveillance

Verzoek betreffende instelling om nieuwe ziektegevallen te melden aan de GGD.

Maatregelen bij bevestigde diagnose

Zie hiervoor de betreffende LCI-protocollen.

Maatregelen bij negatief onderzoeksresultaat.

1. Interpretatie uitslagen

Bespreek de interpretatie van de uitslagen met de artsmicrobioloog. Bij een gering aantal monsters en de mogelijkheid van

vals-negatieve uitslagen, kan het zinvol zijn om bij nieuwe ziektegevallen opnieuw diagnostiek in te zetten.

2. Informatie aan betrokkenen

Leg uit dat er geen verwekker is gevonden en wat het verdere beleid zal zijn (wel of geen onderzoek bij nieuwe ziektegevallen). Geef zo nodig extra informatie over het beleid bij zwangeren die in contact zijn geweest met exantheem (zie deel 2 van deze richtlijnen).

3. Surveillance

Maak afspraken over het melden van nieuwe ziektegevallen, als daarbij nog laboratoriumonderzoek gewenst is.

Maatregelen bij onbekende verwekker (wanneer geen nader onderzoek plaatsvindt)

1. Hygiëne-adviezen

Extra aandacht voor hoest-, hand- en toilet-hygiëne.

Adviseer om de verschillende groepen gescheiden te houden om verspreiding van de ene groep naar de andere tegen te gaan. Idealiter worden deze maatregelen gehandhaafd tot 3 weken na het laatste ziektegeval, dan is de incubatietijd van de meest voorkomende exanthemateuze aandoeningen verstreken.

2. Informatie aan betrokkenen

Leg uit dat er waarschijnlijk sprake is van een virusinfectie en dat er nu geen reden is om nader onderzoek te doen. Dit heeft geen invloed op de behandeling of het voorkomen van de ziekte. Geef zo nodig extra informatie over het beleid bij zwangeren die in contact zijn geweest met exantheem (zie deel 2 van deze richtlijnen).

3. Surveillance

Maak afspraken over het melden van nieuwe ziektegevallen in andere groepen of met ernstiger beloop. Dit kan aanleiding zijn om alsnog nader onderzoek in te zetten.

2. Vraag van zwangere naar aanleiding van contact met exantheem

De zwangere heeft contact gehad met een kind met exantheem en maakt zich ongerust over eventuele nadelige consequenties voor de zwangerschap. Uitgangspunt is om op basis van de bij de zwangere beschikbare informatie een risico-inschatting te maken en haar zo nodig te adviseren om nader laboratoriumonderzoek te laten verrichten naar rodehond of vijfde ziekte. Indien de vraag van de zwangere opgevat kan worden als een signaal van een cluster van exanthemateuze aandoeningen op een school of kindercentrum wordt contact gezocht met de betreffende instelling en nadere informatie ingewonnen. Zo nodig volgt dan tevens de procedure onder 1.

2.1 Anamnese

Informatie over zwangerschap

- duur zwangerschap
- verloop zwangerschap, eventuele complicaties
- vaccinatiestatus zwangere (rubella) en eventueel. aangetoonde beschermende antistoffen
- exantheem of gewrichtsklachten bij zwangere zelf

Zo ja:

- wanneer ontstaan
- beschrijving exantheem, verspreiding over het lichaam

Contact met kind met exantheem

- datum, zwangerschapsduur ten tijde van contact
- aard van het contact: frequentie, duur, intensiteit
- betreft het een contact in de werksituatie?
- leeftijd kind, vaccinatiestatus, ziektebeeld, huisartsbezoek, laboratoriumdiagnostiek

2.2 Evaluatie en advies

Zwangere heeft zelf exantheem en/of gewrichtsklachten

→ Verwijzing naar huisarts voor nadere diagnostiek.

(Lichamelijk onderzoek en eventueel laboratoriumonderzoek rodehond en vijfde ziekte.)

Risico op rodehond bij zwangere na contact met een kind met exantheem

Rodehond is tengevolge van massavaccinatie in Nederland een zeldzame ziekte geworden, ook congenitale rubella komt zelden meer voor. Derhalve is onderzoek naar een recente rodehondinfectie in de zwangerschap alleen geïndiceerd als er aanwijzingen zijn dat de zwangere daadwerkelijk risico heeft gelopen op infectie.

1. Indien er bij de zwangere tevoren ooit IgG-antistoffen tegen rubella zijn aangetoond, is zij beschermd → geen verdere actie.
2. Indien de zwangere ten tijde van het (eerste) contact meer dan twintig weken zwanger was, is er geen verhoogd risico meer op congenitale afwijkingen bij het kind. → geen verder actie.
3. Hoe intensief was het contact? Vluchtig contact (<15 minuten in dezelfde kamer) → geen verdere actie.
4. Is er bij het kind sprake van een reëel risico op rodehond:
 - een passend klinisch beeld
 - bij een ongevaccineerd kind
 - en een relatie met een risicogebied of risicogroep
 of
 - een passend klinisch beeld
 - bij een gevaccineerd kind
 - met contact met een bewezen rubellageval
 Zo nee → geen verdere actie.
 Zo ja, tracht dan de diagnose bij dit kind met laboratoriumonderzoek te bevestigen.
5. a. Rubella bij index bevestigd → indicatie voor nadere diagnostiek bij zwangere.

- b. Rubella bij index niet bevestigd → geen verder actie.
- c. Rubella bij index blijft onbekend (geen medewerking onderzoek, contact in buitenland) → indicatie voor nadere diagnostiek bij zwangere.

Overleg bij een indicatie voor nadere diagnostiek bij de zwangere met de behandelend arts over het te voeren beleid en de begeleiding van patiënte

Overleg bij een indicatie voor nadere diagnostiek bij de zwangere met de behandelend arts over het te voeren beleid en de begeleiding van patiënte.

Let op: De interpretatie van een positieve IgM tegen rubella in de zwangerschap kan moeilijk zijn. Er kan o.a. kruisreactie plaatsvinden tussen IgM tegen rubella en IgM tegen parvovirus B19 dus bij een indicatie voor onderzoek naar IgM tegen rubella tevens IgM tegen parvovirus inzetten.

Risico op vijfde ziekte bij zwangere na contact met een kind met exantheem

1. Indien er bij de zwangere ooit IgG-antistoffen tegen parvovirus B19 zijn aangetoond, is zij beschermd → geen verder actie.
2. Indien de zwangere ten tijde van het (eerste) contact meer dan twintig weken zwanger was, is er geen verhoogd risico op het ontwikkelen van hydrops foetalis of intra-uteriene vruchtdood. (6)
3. Betreft het intensief beroepsmatig contact → verwijzing naar Arbo-dienst. (Bedrijfsarts beoordeelt aan de hand van de specifieke werksituatie het risico op overdracht, de noodzaak tot diagnostiek en het al dan niet aanpassen van de werkzaamheden.)
4. Betreft het een gezinscontact → zo nee geen verder actie.
5. Zo ja, counseling over kans op overdracht binnen het gezin (50%), kans op nadelige consequenties voor zwangerschap (10%, bij bewezen infectie van de zwangere) mogelijkheden van echocontrole/intra-uteriene transfusie en resultaten van deze behandeling. Overweeg laboratoriumbevestiging bij indexpatiënt en/of nadere diagnostiek bij zwangere zelf.

3. Literatuur

1. Ronveaux O, Bosman A, Reintjes R, Conyn-van Spaendonck M. Descriptive epidemiology of exanthems in the Rotterdam region January 1997 to June 1998. *Eurosurveillance* 1998; 3:122-4.
2. Hoebe CJPA, Wagenvoort JHT, Schellekens JFP. Een epidemie van roodvonk, impetigo en faryngitis veroorzaakt door dezelfde *Streptococcus pyogenes* type T4M4 op een basisschool. *NTVG* 2000; 144: 2148-52.
3. Hof S van den, Meffre CMA, Conyn-van Spaendonck MAE, Woonink F, Melker HE de, Binnendijk RS van. Measles outbreak in a community with a very low vaccination coverage, the Netherlands. *Emerg Infect Dis* 2001; 7:593-7.
4. Hoebe CJPA, Claas ECJ, Steenbergen JE van, Kroes ACM Confirmation of an outbreak of parvovirus B19 in a primary school using IgM ELISA and PCR on thumb prick blood samples. In press.
5. Morgan-Capner P, Cowcroft NS, on behalf of the PHLS Joint Working Party of the Advisory Committees of Virology and Vaccines and Immunisation. Guidelines on the management of, and exposure to rash illness in pregnancy (including consideration of relevant antibody screening programmes in pregnancy). *Commun Dis Public Health* 2002; 5 (1): 59-71.
6. Miller E, Fairley CK, Cohen BJ, Seng C. Immediate and long term outcome of human parvovirusinfection in pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 1998, 105, 174-178.