

DE ZIEKTE VAN LYME: UPDATE

In de Folia van mei 2002 en mei 2003 werd aandacht besteed aan de preventie en behandeling van de ziekte van Lyme. Met het tekenseizoen in het vooruitzicht worden belangrijke elementen hernomen, en enkele bijkomende punten besproken.

De ziekte van Lyme (syn. „Lyme borreliose”) wordt veroorzaakt door spirocheten van de *Borrelia burgdorferi* sensu lato-groep, en wordt overgebracht door teken van het geslacht Ixodes. Men schat dat in Europa ongeveer 20% van de teken is besmet, maar slechts een klein percentage van de tekenbeten geeft aanleiding tot de ziekte van Lyme. De ziekte van Lyme dient te worden onderscheiden van „tick-borne encephalitis” die eveneens wordt overgebracht door teken van het geslacht Ixodes, maar die veroorzaakt wordt door flavivirussen [zie ook nota van de redactie].

Preventie

- De beste preventieve maatregel is het vermijden van tekenbeten, b.v. door dragen van beschermende kledij en gebruik van repellants [zie „Reizen en geneesmiddelen: update” elders in dit nummer]. Een repellant geeft enkel bescherming op de plaatsen waar hij is aangebracht, en de bescherming is onvolledig en duurt slechts enkele uren.
- De productie van het vaccin tegen *B. burgdorferi*, dat in de Verenigde Staten beschikbaar was, werd in de loop van 2002 stopgezet; dit vaccin had in elk geval geen waarde voor gebruik in Europa.
- Na wandelen of spelen in bossen, is het aanbevolen teken op te sporen. Eventueel aanwezige teken dienen te worden verwijderd (zo snel mogelijk en bij voorkeur binnen de 24 uur na de beet om de kans op overdracht van infectie in mate van het mogelijke te beperken), dit door ze door middel van een adequate pincet of tekentang, -vork of -lasso zo dicht mogelijk bij de huid vast te pakken, en ze met een gelijkmatige, aanhoudende kracht langzaam los te trekken. De huid wordt best nadien ontsmet, b.v. met alcohol of povidonjood [informatie over tekentang, -vork en -lasso is te vinden via website <http://www.otom.com> en <http://www.codaproducts.com>].
- Het bepalen van *Borrelia*-serologie na een tekenbeet is zinloos. Wel dient na een tekenbeet gedurende zeker één maand te worden nagegaan of klinische tekenen van infectie (met name „erythema migrans”) optreden. Bepalen van *Borrelia*-serologie kan wel nuttig zijn bij de diagnosestelling van ziekte van Lyme wanneer de anamnese en/of het klinisch onderzoek geen zekerheid biedt.
- Het doormaken van de ziekte van Lyme biedt geen blijvende immuniteit, o.a. door de heterogeniteit van de *Borrelia burgdorferi*-stammen.
- Antibioticaprofylaxis is bij vinden van een tekenbeet in de Belgische situatie in principe niet aangewezen. Argumenten die pleiten tegen profylaxis (o.a. geen bewezen voordeel van systematische profylaxis, zelfs niet bij de hoog-risicopatiënten) werden besproken in de Folia van mei 2002.

Behandeling

- Een asymptomatische infectie vastgesteld door positieve Borrelia-serologie, moet niet worden behandeld.
- Vanaf het vroege gelokaliseerde stadium van de infectie, dus bij optreden van „erythema migrans”, worden antibiotica wel aanbevolen; in aanwezigheid van dit symptoom en voorgeschiedenis van een potentiële of reële tekenbeet, dient geen serologische bevestiging te gebeuren vooraleer de behandeling te starten. Volgende antibiotica worden als eerste keuze voorgesteld [zie Folia mei 2002].
 - Volwassenen: doxycycline (200 mg p.d. in 2 giften, niet tijdens de zwangerschap en de periode van borstvoeding), amoxicilline (1,5 g p.d. in 2 giften) of cefuroximaxetil (1 g p.d. in 2 giften).
 - Kinderen: doxycycline (enkel vanaf de leeftijd van 8 jaar: 2 à 4 mg/kg/dag in 2 giften, met max. 200 mg p.d.), amoxicilline (50 mg/kg/dag in 3 giften) of cefuroximaxetil (30 mg/kg/dag in 2 giften).

Een macrolide komt pas in aanmerking wanneer de andere antibiotica niet verdragen worden of gecontra-indiceerd zijn.

Als behandelingsduur werd in de Folia, op basis van de richtlijnen, een periode van 2 à 3 weken voorgesteld. De optimale behandelingsduur is evenwel niet bekend. In een recente studie bij patiënten met erythema migrans was behandeling met doxycycline gedurende 10 dagen even doeltreffend als behandeling gedurende 20 dagen, en dit in termen van verdwijnen van de huiduitslag en van de geassocieerde systemische symptomen, en van preventie van objectieve en subjectieve langetermijncomplicaties (b.v. artritis, cardiale of neurologische complicaties, vermoeidheid) [*Ann. Intern. Med.* **138**, 697-704 (2003), met editoriaal *Ann. Intern. Med.* **138**, 761-762 (2003)].

- In het gedissemineerd stadium is, afhankelijk van de aard van de problemen (neurologische problemen, cardiale problemen en/of gewrichtsproblemen), orale of parenterale (b.v. ceftriaxon) toediening van antibiotica noodzakelijk [gedetailleerde adviezen via <http://www.cbo.nl/product/richtlijnen/folder20021023121843/lymebor2004.pdf/view>].
- Het volgen van Borrelia-serologie na behandeling is zinloos.

Naar P. Speelman et al.: Richtlijn Lyme borreliose. *Ned. Tijdschr. voor Geneesk.* **148**, 659-663 (2004); de volledige richtlijn is te consulteren via <http://www.cbo.nl/product/richtlijnen/folder20021023121843/lymebor2004.pdf/view>

Nuttige websites i.v.m. ziekte van Lyme:

- <http://www.iph.fgov.be/epidemie/epinl/plabnl/lyme.htm>, website „Instituut volksgezondheid”, afdeling epidemiologie
- <http://www.itg.be>, klik „reisadvies” onder de titel „Reisgeneeskunde”, website van het Instituut voor Tropische Geneeskunde of dadelijk via <http://www.itg.be/itg/Uploads/MedServ/nteken.pdf>

Nuttige patiëntenfolder via: <http://www.wvc.vlaanderen.be/buitenrecreatie/word/teken.pdf>

Nota

Meningo-encefalitis door flavivirus („Tick-borne encephalitis” of „Frühsommer Meningo-enzephalitis”) wordt, zoals de ziekte van Lyme, overgebracht door teken van het geslacht Ixodes, maar wordt veroorzaakt door flavivirussen. Er bestaat een vaccin tegen meningo-encefalitis door flavivirus (FSME Immun). Vaccinatie wordt aanbevolen wanneer een reis naar gebieden met hoog risico wordt gepland, vooral verblijf in de natuur in Centraal- en Oost-europa. De doorsnee-toerist die bijvoorbeeld naar Oostenrijk reist, dient niet systematisch te worden gevaccineerd; vaccinatie kan wel worden overwogen wanneer de reiziger bijvoorbeeld plant in de natuur te overnachten. Over de indicatiestelling wordt best overlegd met een vaccinatiecentrum. [Nuttige info via <http://www.itg.be/itg/Uploads/MedServ/nteken.pdf>]

HITTESLAG

In Frankrijk werd vorige zomer een verhoogde mortaliteit vastgesteld ten gevolge van de warmte. Het is daarom nuttig de aandacht te vestigen op mogelijke gezondheidsproblemen ten gevolge van de warmte.

Dergelijke problemen treden vooral op bij alleenstaande, bejaarde personen met cardiovasculaire aandoeningen. De eerste symptomen zijn zwaktegevoel, nausea, braken, hoofdpijn, pilo-erectie (kippenvel), rillingen, hyperventilatie, spierkrampen, centrale effecten en syncope. Men spreekt van hittedslag in geval van hyperthermie boven de 40° C in associatie met een neuropsychisch syndroom en cardiovasculaire en respiratoire problemen leidend tot multi-orgaanfalen.

Algemene maatregelen ter preventie van hittedslag dienen genomen te worden. Daarnaast dient men er zich ook van bewust te zijn dat meerdere geneesmiddelen(klassen) het optreden van een hittedslag kunnen helpen uitlokken of de effecten ervan verergeren: osmotische laxativa, diuretica, β -blokkers, anticholinergica, het anti-epilepticum topiramaat, neuroleptica (fenothiazines en butyrfenonen), MAO-inhibitoren, amfetamines.

De behandeling van gezondheidsproblemen ten gevolge van de warmte bestaat erin de patiënt te hydrateren (oraal of intraveneus) en af te koelen (door met water te besprenkelen en het water te laten verdampen). De behandeling van een hittedslag is een spoedbehandeling, en bestaat erin de patiënt snel af te koelen (onderdompeling en massage in koud water of ijs) en hem voorzichtig te hydrateren.

Naar Prevention and treatment of heat injury. *The Medical Letter* **45**, 58 (2003)

M. Baudrant en M.A. Tran: Les médicaments peuvent-ils favoriser le coup de chaleur? *BIP* **9**, 12 (2003), via http://www.chu-toulouse.fr/pharmaco_p/BIP2003N04.pdf