
Een goedkope last-minute kan duur uitpakken...

Reizen naar tropische oorden worden steeds goedkoper aangeboden. Een last minute vakantie naar, bijvoorbeeld, Gambia is ook met een kleine beurs zo geboekt. Wat vaak vergeten wordt, is dat deze reizen de nodige medische risico's met zich meebrengen, risico's die goed te voorkomen zijn door vaccinatie en andere profylaxe. Soms heeft een reiziger wel in de gaten dat er vaccinaties nodig zijn, maar ziet hij daar vanaf omdat het pakket aan maatregelen haast even duur is, zo niet duurder, dan de reis zelf. Gezond op reis en gezond weer terug klinkt zo gewoon. Toch gaat bijna de helft van de verre reizigers onbeschermd op reis.

DR. RIES (M.A.) SCHOUTEN

Tijdens het middagspreekuur ziet de huisarts patiënt Jansen voor het verwijderen van hechtingen. Meneer Jansen is recent acuut opgenomen geweest in het ziekenhuis vanwege buikpijn, die bleek te berusten op een dissectie van de a. lienalis. Vanwege een groot miltinfarct is een splenectomie verricht waarvan nu de hechtingen verwijderd mogen worden. Vol enthousiasme vertelt de heer Jansen dat hij binnenkort op vakantie gaat naar de Dominicaanse Republiek, lekker bijkomen van alle beslommeringen in een resort in Punta Cana. De huisarts informeert of alle vaccinaties al geregeld zijn waarop de heer Jansen antwoordt dat er volgens de chirurg geen vaccinaties of aanvullende maatregelen nodig zouden zijn na de operatie. De huisarts twijfelt aan dit advies en

overlegt voor de zekerheid met een reizigersgeneeskundige. Uit het overleg wordt duidelijk dat het niet verstandig is voor de heer Jansen om in deze conditie naar de Dominicaanse Republiek te gaan; op dit moment komt er veel malaria tropica voor in Punta Cana en dat zou bij deze asplene man snel fataal kunnen zijn. Daarnaast is de heer Jansen door zijn splenectomie verhoogd vatbaar voor allerlei infecties en moet hij daartegen beschermd worden door middel van vaccinaties en antibiotica op zak. Enigszins aangeslagen verlaat hij de praktijk. Ruim een week later ontvangt de huisarts een ansichtkaart met daarop zonnige groeten uit Miami.

Risico's immuun gecompromitteerde patiënten

Niet alleen de steeds exotischere bestemmingen, maar zeker ook de immuun suppressieve therapieën die tegen-



Dr. Ries (MA) Schouten is na zijn artsexamen werkzaam geweest als tropenarts in Thailand en Rwanda. Zijn specialisatie tot arts-microbioloog heeft hij in het St. Radboudziekenhuis te Nijmegen gedaan. In 1999 is hij toegetreden tot de regionale Maatschap Medische Microbiologie en Medische Immunologie Gelderland en is hij werkzaam in Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede met als aandachtsgebied parasitologie, tropische ziekten en reizigersgeneeskunde. Daarnaast werkt hij in de Travel Clinic Vivre. In 2001 is hij gepromoveerd op het proefschrift getiteld: 'Vancomycin-Resistant Enterococci; Epidemiology and Control'. e-mail: schoutenr@zgvl.nl

woordig gegeven worden, maken dat reizigers zich medisch beter voor moeten bereiden op een reis.



Figuur 1. Mooie exotische vakantie bestemming....

Zeker nu grote groepen patiënten, door het gebruik van biologicals, zich veel beter en mobieler voelen. Reuma-patiënten die voorheen amper van huis kwamen maken zich inmiddels op voor een trektocht door de Himalaya. Ook dichterbij huis loeren infectierisico's waar de gemiddelde reiziger niet op bedacht is. Zo wordt voor een reis naar Turkije vaak vergeten dat bescherming tegen hepatitis A essentieel is, ook - of misschien wel vooral - als het om familiebezoek aldaar gaat. Daarnaast komen infectieziekten ook steeds meer onze kant op; kijk maar naar malaria wat tegenwoordig in delen van Griekenland aanwezig is, of knokkelkoorts wat je nu ook al op Madeira kunt oplopen. Het is daarom essentieel dat reizigers, zeker als ze een gestoorde immuniteit hebben, zich goed laten voorlichten over de gezondheidsrisico's verbonden

aan de landen die ze willen gaan bezoeken en een advies op maat krijgen wat betreft de te nemen beschermende maatregelen.

Hoeveel tijd vergt een goede voorbereiding?

Wanneer moet een reiziger zich melden voor advies? Meestal is het voldoende om 6 weken voor vertrek het eerste consult te hebben. Mocht er een serie vaccinaties nodig zijn, bijvoorbeeld vier rabiës vaccinaties verdeeld over vier weken, dan heb je die voorbereidingstijd echt nodig. Mensen die biologicals gebruiken en naar een Afrikaans of Zuid Amerikaans land willen reizen waar gele koorts endemisch is hebben een extra uitdaging. Het gele koorts vaccin is een levend verzwakt vaccin wat niet toegediend mag worden aan mensen die immuun gecompromitteerd zijn. Willen deze mensen toch reizen naar een gele koorts endemisch gebied dan zijn er een paar alternatieven waarvan niet reizen naar desbetreffend gebied de veiligste is. Een andere mogelijkheid is dat samen met de reiziger gekeken wordt wat het risico is om gele koorts op te lopen in het te bezoeken gebied en dat afzet tegen de noodzaak van de reis. Als de reiziger bereid is het risico te lopen dan kan een verklaring worden afgegeven waarin staat dat gele koorts vaccinatie op medische gronden niet mogelijk is. Meestal komt de reiziger met deze verklaring het land wel binnen maar een garantie geeft het absoluut niet. Een andere mogelijkheid is dat de immuun suppressieve therapie tijdelijk gestopt wordt en er, na de wash-out periode van het betreffende biological, alsnog gevaccineerd wordt. Vervelend is alleen dat het

voor sommige middelen tot wel 6 maanden na het stoppen duurt voordat vaccineren zonder gevaren mogelijk is. Gezien het onderliggend lijden en de klachten die daardoor weer terug zullen komen is het de vraag of zo lang stoppen van de biologicals wel verantwoord is.

Voorkomen is beter dan genezen

Om al deze problemen te voorkomen is het veel handiger om (nieuwe) patiënten, alvorens te starten met biologicals, te verwijzen naar een centrum waar vaccinatie in zijn algemeenheid en reizigersadvisering in het bijzonder mogelijk zijn. Samen met de patiënt kan dan gekeken worden welke vaccinaties er in ieder geval nodig zijn wegens het starten van de biologicals, en of er nog aanvullende vaccinaties nodig zijn mocht de patiënt in de toekomst een -al dan niet lang gekoesterde- reis gaan ondernemen. Een centrum als een travel clinic is bovendien ingericht voor het bewaren, toedienen, en officieel registreren van vaccinaties, veelal geholpen door de nodige ICT ondersteuning, die het oproepen van patiënten voor revaccinatie eenvoudig maakt en borgt. Een gemiddelde polikliniek is niet toegerust om een diversiteit aan vaccins op voorraad te houden; mocht dat al wel lukken dan is er vaak voor de polikliniek medewerkers de tijd niet om naast het gewone consult ook nog eens te vaccineren.



Figuur 2. Vaccinatiecentrum in Bangkok.

Daarom is het verstandig om binnen een ziekenhuis setting te kijken of er een mogelijkheid is voor alle voorschrijvers van biologicals om hun patiënten op een centrale plaats de benodigde vaccinaties en adviezen te laten krijgen. Een lastig punt is de financiële kant van dit verhaal; vaccinaties die noodzakelijk zijn vanwege het gebruik van biologicals moeten betaald worden vanuit de DOT. Vaccinaties in het kader van reizen vallen onder de niet verzekerde- of aanvullend verzekerde zorg. Het is nog een hele uitdaging om deze financiële knoop te ontwarren en het voor iedereen werkbaar te houden.

Welke preventie is wenselijk en zinvol?

Welke preventieve maatregelen zijn er allemaal nodig? Dat is, zoals eerder gezegd, afhankelijk van de immuunstatus van de patiënt en de risico's die de patiënt gaat lopen, ofwel de epidemiologie van infectieziekten. Wereldwijd zijn er diverse richtlijnen opgesteld die onderling grote verschillen laten zien. De preventieve maatregelen die specifiek voor de verschillende landen gelden en in Nederland veelal gebruikt worden zijn beschreven in de richtlijn van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvisering (LCR). Deze richtlijn geeft per land aan welke maatregelen er voor de reiziger aanbevolen of zelfs verplicht zijn. Ook wordt aangegeven of immuun gecompromitteerde reizigers extra voorzorgsmaatregelen moeten nemen. Deze richtlijn is niet vrij toegankelijk; alleen abonnees ontvangen de LCR protocollen en kunnen ze inzien op de website van het LCR. Vrijwel alle professionals die zich bezig houden met reizigersadvisering zullen gebruik maken van deze LCR richtlijn. Toch komt het voor dat reizigers binnen hetzelfde gezelschap, die verschillende centra voor reizigersadvisering hebben bezocht, niet dezelfde adviezen hebben gekregen. Dit wil niet zeggen dat er foute adviezen gegeven zijn; tijdens een consult wordt samen met de aanstaande reiziger gekeken wat de persoonsgebonden risico's zijn en welke risico's de reis of het land zelf met zich mee

brenge. Zowel de gezondheidstoestand van de reiziger, als de mate waarin deze reiziger risico wil of durft te lopen, bepalen het uiteindelijke pakket aan maatregelen. Rabiës vaccinatie wordt voor reizigers naar bepaalde landen sterk geadviseerd, maar omdat deze vaccinatie vrij prijzig is zijn sommige reizigers bereid het risico, om rabiës op te lopen, te nemen.

Richtlijnen en speciale situaties betreffende infectierisico's

Tijdens een eerste consult zal vooral gekeken worden of de vaccinaties van het Rijks Vaccinatie Programma (RVP) allemaal gegeven zijn en of die nog voldoende bescherming bieden. Zo nodig wordt dit op peil gebracht. Daarnaast wordt aan de hand van de LCR richtlijn gekeken welke aanvullende vaccinaties er nodig zijn op basis van het te bezoeken land en op basis van onderliggend lijden of medicatiegebruik. Ook worden er diverse adviezen gegeven over hoe bepaalde (infectie) risico's vermeden kunnen worden. Deze adviezen zijn ook weer tijd en plaats gebonden; een ziekte als Japanse encefalitis wordt voornamelijk in het regenseizoen vaker over gedragen, omdat de vector dan meer aanwezig is. Een kortdurende reis in het droge seizoen brengt dus veel minder risico met zich mee en kan betekenen dat vaccinatie niet geïndiceerd is. Speciale situaties kunnen er toe leiden dat er extra maatregelen nodig zijn. Op het moment dat er in Afrika op de plaats van bestemming een meningitis uitbraak woedt, is meningitis vaccinatie geïndiceerd, ook al ligt het gebied buiten de gebruikelijke "meningitis belt". Ook buitenlandse overheden kunnen aanvullende eisen stellen. Zo is het voor pelgrims naar Mekka verplicht om gevaccineerd te zijn tegen meningokokken. Dit is ingevoerd nadat in het verleden enkele meningitis uitbraken ontstonden, die hun oorsprong hadden in Mekka. Een ander risico in Mekka is het oplopen van hepatitis B. Na de bedevaart laten de mannen hun hoofd kaal scheren door lokale kappers. Omdat er veel hepatitis B in Saoedi

Arabië voor komt zijn deze kappers verplicht om wegwerpmesjes te gebruiken en voor iedere nieuwe klant een nieuw mesje te nemen. Niet iedere kapper houdt zich hieraan. De bedevaartgangers lopen op hun blote voeten, daarmee is het risico om in al het gedrang in een weggegooid mesje te trappen heel reëel. Volledige vaccinatie tegen hepatitis B vereist een voorbereiding van ten minste 6 maanden.

Vaccinatie adviezen aanpassen aan actuele situatie

Vanwege de steeds weer veranderende epidemiologie van infectieziekten, nieuwe uitbraken op steeds weer verrassend nieuwe plaatsen en al dan niet terechte overheidseisen is het goed om als adviserende instantie continue op de hoogte te blijven van nieuwe ontwikkelingen. Adviezen aan reizigers kunnen immers door de actuele ontwikkelingen drastisch aanpassing noodzakelijk maken.

Malaria profylaxe

Malaria profylaxe is ook een onderdeel van de advisering wat aan verandering onderhevig is. Helaas worden ook parasieten meer en meer resistent tegen de gebruikte medicatie.



Figuur 3. Malaria mug.

Profylaxe die vorig jaar nog afdoende was, kan vandaag onwerkzaam blijken. Daarnaast kunnen mensen last krijgen

van bijwerkingen van de profylaxe. Omdat het vervelend is daar pas achter te komen als je diep in het regenwoud zit, heeft het de voorkeur om voor vertrek een proefdosis van een profylacticum te nemen. Dat geldt niet voor iedereen en alle profylaxe. Vooral mefloquine heeft in de volksmond een slechte naam vanwege de psychische problemen (stemmingsstoornissen, hallucinaties) die het middel zou veroorzaken. Daarom kan het geen kwaad om mensen, die eerder soortgelijke psychische problematiek hebben gehad, thuis een proefdosis te laten nemen en te zien hoe het gaat. Mocht het middel inderdaad niet goed verdragen worden, dan kan nog op tijd worden uitgeweken naar een alternatief.

Door allerlei negatieve verhalen over malaria profylaxe op internet kan het soms lastig zijn mensen te overtuigen dat profylaxe echt nodig is. Speciale aandacht is nodig voor mensen die opgegroeid zijn in een malaria endemisch land, inmiddels al weer enige jaren in Nederland verblijven, en nu weer terug gaan naar hun geboorteland voor bijvoorbeeld familiebezoek. Deze mensen zullen zich niet zo snel melden voor malaria profylaxe omdat zij er vanuit gaan dat zij tegen malaria beschermd zijn. Ze zijn immers in een malaria endemisch land opgegroeid en hebben waarschijnlijk ook meerdere malen malaria gehad. Wat ze niet realiseren is dat hun immuniteit tegen malaria zo goed als verdwenen is. Zeker als zij langer dan

een jaar buiten hun geboorteland hebben gewoond, in een malariavrij gebied, dan lopen zij net zoveel risico om malaria op te lopen als een autochtone Nederlander. In tegenstelling tot hun familieleden die in het geboorteland zijn blijven wonen, zullen ze dus tijdens familiebezoek malaria profylaxe moeten gebruiken.

Onwetendheid (en zeker vaak onnozelheid) kan tot gevaarlijke situaties leiden. Zo werd er enkele jaren geleden een Nederlandse man in ons ziekenhuis opgenomen wegens ernstige malaria die hij had opgelopen tijdens een zakenreis in Afrika. Deze man leefde in de veronderstelling dat malaria profylaxe alleen iets voor toeristen was maar niet voor zakelijke reizigers. Malaria muggen maken hierop echter geen onderscheid alvorens aan hun bloedmaal te beginnen.

Het komt voor dat reizigers terug komen uit de tropen en vertellen dat ze tijdens hun verblijf malaria hebben gehad. Wegens koorts is dan onderzoek verricht bij een lokale medische post waaruit bleek dat er sprake was van malaria. Onderzoek onder dit soort reizigers, bij wie in het buitenland de diagnose malaria is gesteld, laat vaak zien dat slechts een enkeling van hen antistoffen heeft tegen malaria. De meesten hebben dus helemaal geen malaria doorgemaakt.



Figuur 4. Medische post en filariasis diagnostiek in Oeganda.

Medische zorg op een afgelegen post in de tropen is natuurlijk niet te vergelijken met onze zorg. Diagnostische middelen zijn beperkt evenals het therapeutisch arsenaal. Malaria is in die gebieden een bekende doodsoorzaak en het is om die reden goed te begrijpen dat lokale werkers bij koorts empirisch malaria therapie zullen geven.

Voor de praktijk

Mensen zonder (werkende) milt, zoals in de casus van onze meneer Jansen lopen vooral risico op infecties met gekapselde bacteriën. Die bacteriën worden normaliter door de milt uit de bloedbaan verwijderd waardoor de kans op een ernstige infectie bij miltlozen groot is. Vorig jaar is een richtlijn verschenen waarin uitgebreid beschreven wordt welke preventieve maatregelen er genomen moeten worden bij asplenie en welke adviezen men een patiënt moet geven. Helaas wordt na een splenectomie nog wel eens vergeten om de benodigde maatregelen te nemen. Hier valt zeker nog een stuk gezondheidswinst te behalen door bij electieve splenectomie voor de ingreep met preventieve maatregelen te beginnen. Daarnaast heeft de komst van nieuwe geneesmiddelen - waaronder biologicals - er voor gezorgd mensen voorheen beperkt door hun aandoening nu ook verre reizen kunnen maken. Dat verhoogt het risico op bedreigende infecties enorm. Hier zou al bij het begin van het starten van dergelijke therapieën zorgvuldig aandacht dienen te worden besteed om onnodig leed en kosten te besparen.

Referenties

1. Visser H, et al. Gezondheidsrisico's en adviezen voor hadjipelgrims. NTvG 2011; 155:A396.
2. http://www.rivm.nl/Bibliotheek/Professioneel_Praktisch/Draaiboeken/Infectieziekten/LCI_draaiboeken/Preventie_van_infecties_bij_mensen_met_functionele_hypo_en_asplenie



Longfibrose: *steeds minder zuurstof*

Patricia (1949): "Een paar jaar geleden kreeg ik steeds meer moeite met dagelijkse dingen zoals fietsen, lopen en traplopen. Na diverse onderzoeken volgde de diagnose: longfibrose. Een ernstige chronische longziekte waarbij de longen als gevolg van bindweefsel- of littekenvorming niet voldoende zuurstof opnemen. Sindsdien is mijn leven compleet veranderd. Ik ben lid geworden van de longfibrosevereniging. Deze belangenvereniging brengt mensen met longfibrose met elkaar in contact en dat steunt ons enorm. Ook komt de longfibrosevereniging op voor onze belangen en ondersteunen zij onderzoek naar de oorzaken en de juiste behandeling."


Longfibrose
patiëntenvereniging

**Word lid
of donateur**
www.longfibrose.nl

Steun daarom het werk van de longfibrosevereniging en word lid of donateur. Aanmelden kan via www.longfibrose.nl. U ontvangt bovendien 5 x per jaar het blad 'over leven met longfibrose'. Kijk voor meer informatie op www.longfibrose.nl of maak direct uw gift over op bankrekening 68.43.33.015 t.n.v. Belangenvereniging Longfibrosepatiënten Nederland.