

GGD Update | 16 juli 2024

In dit bericht:

- Afhandeling kinkhoest meldingen door de GGD weer terug naar regulier
- Update stand van zaken mazelen
- Voortzetting van het huidige beleid bij invasieve groep A-streptokokken

Afhandeling kinkhoest meldingen door de GGD weer terug naar regulier

Het aantal kinkhoestmeldingen in Nederland neemt af. Zie [actuele cijfers kinkhoest](#). Ook uit de cijfers van [de Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn](#) lijkt het totaal aantal huisartsenconsulten voor kinkhoestklachten te dalen in alle leeftijdsgroepen.

Sinds eind maart voerde de GGD, vanwege het hoge aantal kinkhoestmeldingen, een aangepast bron- en contactonderzoek (BCO) uit. [Hierover ontving u op 28 maart een GGD-update](#).

Per direct zullen de kinkhoestmeldingen weer worden afgehandeld conform [het reguliere beleid](#). Dit houdt in dat de GGD bij elke kinkhoestmelding:

- op basis van positieve PCR-diagnostiek contact op zal nemen met de aanvrager en een BCO zal uitvoeren (ongeacht de leeftijd van de patiënt). Dit zodat contacten met andere zuigelingen, met name op een kinderdagverblijf, snel kunnen worden geïnventariseerd en ouder(s)/verzorger(s) met onbeschermd zuigelingen tijdig geïnformeerd.
- op basis van serologie bij een kind jonger dan 12 maanden contact op zal nemen met de aanvrager en een BCO zal uitvoeren een BCO in het gezin zal uitvoeren.
- op basis van serologie bij een kind ouder dan 1 jaar GEEN contact op zal nemen met de aanvrager en GEEN BCO zal uitvoeren. De aanvrager wordt geacht actief contact op te nemen met de GGD bij bijzonderheden zoals eerste ziektedag minder dan 3 weken geleden en contact met een zuigeling of hoogzwangere, of als de patiënt zelf hoogzwanger is.

Update stand van zaken mazelen

Sinds begin 2024 tot en met 26 juni 2024 zijn er 105 meldingen van mazelen in Nederland. In 2023 waren er in totaal 7 meldingen. Er is geen sprake van een landelijke uitbraak. De afgelopen periode kreeg het RIVM meldingen van mazelen van verschillende GGD-regio's. In de afgelopen maanden heeft GGD Amsterdam inmiddels ook 2 meldingen van mazelen ontvangen. De meeste meldingen kwamen uit de GGD-regio Haaglanden.

Advies huisarts

Bij een vermoeden van mazelen is het dringende advies om de patiënt niet naar de praktijk te laten komen. Wanneer iemand toch de praktijk bezoekt: zet de patiënt een FFP2-masker op en plaats de patiënt in een aparte ruimte (niet in de wachtkamer). De hulpverlener draagt PBM voor aerogeen overdraagbare aandoeningen (FFP2), en heeft bij voorkeur immuniteit tegen mazelen. [Zie voor meer informatie de website van de NHG](#). GGD Amsterdam kan adviseren over het inzetten van diagnostiek.

Het advies bij een verdenking op mazelen is om met spoed diagnostiek in te zetten. Neem in deze gevallen contact op met uw arts-microbioloog. Bij een positieve mazelendiagnostiek is het verplicht om dit te melden bij de GGD van de woonplaats van de patiënt.

Voortzetting van het huidige beleid bij invasieve groep A-streptokokken (iGAS)

Sinds het voorjaar van 2022 is het aantal meldingen van invasieve groep-A-streptokokkeninfecties (iGAS) hoger dan voor de COVID-19-pandemie. Eerder berichtten wij hierover in. Sinds januari 2023 is er een landelijke aangepast iGAS-beleid met de verruimde meldingscriteria en het bijbehorende profylaxebeleid. Dit beleid is nu geëvalueerd en de aanvullende resultaten van het onderzoek naar secundaire iGAS laten een positief effect van het verruimde profylaxebeleid zien. Het Responsteam iGAS concludeert op dat het zinvol is om het huidige beleid voort te zetten. Voor de bevindingen en de overwegingen zie hieronder.

Verzoek om alle iGAS-gevallen binnen 24 uur te blijven melden

Omdat profylaxe zo snel mogelijk gegeven dient te worden, blijft het verzoek aan laboratoria en behandelend artsen om de diagnose telefonisch binnen 1 dag - ook in het weekend - te melden bij de dienstdoende arts infectieziektebestrijding van de GGD, ondanks de officiële meldingstermijn van 1 werkdag. Voor het aanpassen van de officiële meldingstermijn is een wetswijziging nodig. Dit verzoek geldt voor alle gevallen die aan de meldingscriteria voldoen, ook voor de gevallen die op het moment van diagnose minder ernstig lijken. De mate van ziek zijn is immers een momentopname en de patiënt kan in (zeer) korte tijd progressief verslechteren. Daarnaast is de ernst van de index-casus niet voorspellend voor de ernst van de eventueel optredende secundaire iGAS-casus. [Zie ook de meldingscriteria en de toelichting op de meldingsplicht in de LCI-richtlijn Groep A-streptokokkeninfectie.](#)

Overwegingen van het Responsteam iGAS

- De verruiming van de meldingscriteria en het bijbehorende profylaxebeleid was ingegeven om de kans op secundaire iGAS te verkleinen. Aan het voorkómen van primaire cases kan dit uiteraard niet bijdragen.
- Het onderzoek naar secundaire iGAS, dat liep van mei 2022 tot mei 2024, laat zien dat bij 1,9% van de 3.444 cases mogelijk sprake was van iGAS na contact van een persoon met iGAS (65 clusters).
- Vóór de uitbreiding van de meldingscriteria was dit 2,7% (periode mei 2022 – jan 2023), na de uitbreiding van de meldingscriteria is dit gedaald tot 1,6% (periode feb 2023 – mei 2024).
- Dit betekent dat met het huidige beleid het aantal secundaire iGAS-gevallen met ongeveer 40% afneemt. Uitgaande van 1.500 iGAS-gevallen per jaar en 1,6% secundaire iGAS (in plaats van 2,7%), worden 16 secundaire iGAS-gevallen per jaar voorkómen. Met een mortaliteitspercentage van 10-15% betekent dit tevens dat minimaal 1 iGAS-overlijden per jaar wordt voorkomen.
- Het GGD-onderzoek dat tijdens het vorige Responsteam iGAS werd gepresenteerd, laat zien dat er een hoge mate van acceptatie van de profylaxe bestaat door de daarvoor in aanmerking komende huishoud- of daarmee vergelijkbare contacten.
- Erytromycine-resistentie, als indicatie voor macrolide-resistentie, schommelde afgelopen twee jaar tussen 6 en 11%. Bij kinderen van 0-18 jaar lag dit percentage wat lager. Het resistentiepercentage was vergelijkbaar met het niveau van voor de COVID-pandemie. In 2020-2021 lag dit hoger, tot boven 15%. Er is geen resistentie voor penicilline gemeten.
- Het huidige iGAS-beleid wordt ondersteund door de verschillende beroepsgroepen met afvaardiging in het Responsteam iGAS (NVMM, NVK, NVII, NHG, NVOG, RAC en REC).
 - Dit geldt ook voor het profylaxebeleid bij neonaten. In vergelijking met het voorschrijven van antibiotica bij neonaten met verdenking neonatale sepsis draagt het profylaxebeleid iGAS bij neonaten maar voor een heel klein deel bij aan het

antibioticagebruik door neonaten en weegt dit ruimschoots op tegen het voorkómen van secundaire iGAS-infecties bij neonaten.

- De ernst van iGAS-infecties – met relatief grote kans op overlijden of blijvende lichamelijke en/of geestelijke invaliditeit – is hierbij belangrijk.
- Het voorschrijven van profylaxe heeft zeer geringe impact op het antibioticagebruik in Nederland. Het antibioticagebruik in Nederland is al het laagst binnen de EU. Op enig moment in de tijd gebruikt ca. 1% van de Nederlandse bevolking een antibioticum, in andere woorden: per 1.000 persoonsdagen wordt op 10 daarvan een antibioticum gebruikt. Uitgaande van 1.500 iGAS-gevallen per jaar en 3-4 nauwe contacten per geval, komt dit neer op 13.500 – 18.000 extra dagen per jaar waarop iemand een antibioticum gebruikt. Dat is minder dan 0,1 promille extra.
- Een aantal landen geeft alleen profylaxe aan personen met een verhoogd risico op iGAS-infectie, zoals ouderen. Hier wordt niet voor gekozen omdat transmissie naar een kwetsbaar contact ook na profylaxe nog kan plaatsvinden via andere huishoudcontacten.

Onderzoek naar risico op secundaire iGAS

Om een inschatting te maken van hoe vaak clusters van invasieve GAS-infecties vóórkomen, is net als in 2023 gebruik gemaakt van de patiëntinformatie behorende bij GAS-isolaten ingestuurd naar het NRLBM voor typering. Mogelijke clusters zijn geïdentificeerd op basis van emm-type, postcode en achternaam en ingedeeld in vermoedelijke huishoudclusters, buurtclusters en familieclusters. Voorlopige resultaten uit een WGS-analyse van een deel van de op deze manier in 2023 geïdentificeerde mogelijke clusters, liet zien dat van bij 82% van de huishoudclusters de isolaten daadwerkelijk nauw verwant waren. Dit percentage was veel lager voor de isolaten geïdentificeerd als mogelijk geclusterd op basis van postcode-4 (buurtclusters, 55%) en achternaam (familieclusters, 8%). Naar aanleiding hiervan is het clusterdetectie-algoritme aangepast, met een korter toegestaan interval tussen cases (60 i.p.v. 90 dagen) en met exclusie van veelvoorkomende achternamen.

Van het totale aantal van 3.444 iGAS-patiënten met een GAS-isolaat ontvangen tussen mei 2022 en mei 2024, was in 65 gevallen sprake van mogelijke transmissie (1,9%). Dit percentage was hoger in de periode vóór de wijziging van het iGAS-beleid (mei 2022- januari 2023) (2,7 procent) dan in de periode februari-mei 2024 (1,6%) - ná de verruiming van de meldingscriteria en het bijbehorende profylaxebeleid.

Wanneer alleen huishoudclusters in de analyse werden meegenomen was dit verschil 0,8% versus 0,4%. Naast het effect van de periode viel op dat het percentage indexen met transmissie hoger was indien de GAS type emm1 betrof (3,1%) of type emm3.93 (3,0%). Uit multivariabele logistische regressie, gecorrigeerd voor het effect van emm1 en emm3.93, bleek de periode vóór wijziging van het iGAS-beleid significant geassocieerd met transmissie (OR 2,1 (95 procent BI 1,2-3,8)). Dezelfde analyse met inclusie van alleen huishoudclusters geeft dezelfde effectschatting, maar niet statistisch significant door lagere aantallen (OR 2,1, 95% BI 0,8-6,0) [de Gier, van Sorge et al, ongepubliceerde data].

Intercollegiaal contact

Infectieziektebestrijding:

- Op werkdagen (ma t/m vrij tussen 08:30 – 17:00 uur) kunt u contact opnemen met het team Algemene Infectieziekten: 020-5555 566 (intercollegiaal nummer).
- Buiten kantoor tijden bij vragen die niet tot de volgende werkdag kunnen wachten, kunt u contact opnemen met de dienstdoende arts infectieziektebestrijding via de meldkamer: 020 555 5555 (7x5).

Streeklaboratorium:

- Op werkdagen tijdens kantooruren is de arts-microbioloog Streeklaboratorium GGD Amsterdam beschikbaar voor intercollegiaal overleg: 020 5555 293.
- Bij spoed op werkdagen na 17.00u, in het weekend en op feestdagen via de dienstdoende bacterioloog of viroloog van Amsterdam UMC: 020 566 91111

Deze nieuwsbrief wordt aan huisartsen verspreid via de huisartsenalliantie. Tevens aan huisartsen die aangegeven hebben direct de berichten van de GGD te willen ontvangen.

Mocht u op deze verzendlijst willen, stuur dan een mail met uw emailadres onder vermelding van *GGD Update* aan infectieziekten@ggd.amsterdam.nl

Alle berichten van de GGD voor huisartsen worden ook geplaatst op de website van de GGD: ggd.amsterdam.nl/huisarts