

Mexicaanse H1N1 Influenza

ALGEMEEN

De huidige pandemie met het nieuwe H1N1 virus werd voor het eerst vastgesteld in maart 2009 in Mexico. Ondertussen kent het virus een wereldwijde verspreiding. Het gaat om een nieuw menselijk virus met een gemengde genetische oorsprong, deels van varkensgriepvirussen, deels van vogelgriepvirussen en deels van menselijke griepvirussen (1-3).

Enkele feiten op een rij:

- 18 maart 2009: eerste vaststelling van het virus in Mexico
- 13 mei 2009: eerste bevestigd geval in België
- 11 juni 2009: WHO gaat over naar de hoogste fase (fase 6) van het pandemisch alarm
- 14 juli 2009: België gaat over van de 'containment' fase naar de 'mitigation' fase (zie verder)
- 30 juli 2009: eerste overlijden in België ten gevolge van de Mexicaanse H1N1 griep.

HUIDIGE AANPAK: MITIGATION FASE

Vanaf nu wordt geen melding meer gevraagd van elk individueel geval, maar zal de epidemiologische opvolging vooral gebeuren door een aantal peilpraktijken. Ook is het niet meer nodig om systematisch een staal af te nemen voor de bevestiging van de diagnose influenza.

Bij een griepaal syndroom (kan elk influenzavirus zijn), worden volgende maatregelen voorgesteld:

- Indien het klinisch beeld het toelaat en de patiënt niet tot een risicogroep behoort: isolatie van de patiënt thuis tot genezing (symptoomvrij) zonder antivirale behandeling.
- Indien de patiënt tot een risicogroep behoort, wordt wel een antivirale behandeling aangeraden: oseltamivir of zanamivir voor zwangere vrouwen. Risicogroepen zijn:
 - patiënten met een chronische ademhalingsziekte, waaronder patiënten die de afgelopen 3 jaar geneesmiddelen tegen astma voorgeschreven kregen.
 - patiënten met een chronische hartaandoening
 - patiënten met een matige tot ernstige nier- of leverinsufficiëntie
 - patiënten met immuunsuppressie
 - diabetespatiënten
 - zwangere vrouwen
 - personen ouder dan 65 jaar
 - kinderen jonger dan 5 jaar
 - patiënten die gehospitaliseerd zijn met een ernstig klinische beeld, onder voorbehoud van de termijn van 48 uur.
- Nauwe contacten worden niet meer systematisch in kaart gebracht. Wel wordt best aan de patiënt gevraagd zijn nauwste contacten te verwittigen dat hij of zij mogelijk besmet is met een griepvirus en hun aanraden een arts te contacteren indien ze symptomen hebben van griep.
- Contactpersonen (ook medebewoners) worden niet meer systematisch enkele dagen thuis gehouden.

DIAGNOSTIEK

Indien confirmatie van de diagnose gewenst is, is PCR de aanbevolen techniek (2). Deze test wordt uitgevoerd in het UZ Gasthuisberg aan een kostprijs van 50 Euro per test (aangerekend aan de patiënt). Afnamekits met een aangepaste enveloppe voor veilig transport kunnen in het MCH verkregen worden.

Naast de PCR, bestaan er ook sneltesten (2,5), welke wel terugbetaald worden. Deze testen hebben als voordeel dat ze goedkoper zijn dan de PCR en snel kunnen worden uitgevoerd. De sneltesten zijn ontworpen voor de detectie van Influenza A en B, maar maken geen verder onderscheid. De definitieve bevestiging dat het om het nieuwe H1N1-virus gaat, is dus enkel mogelijk via PCR. In de dagelijkse praktijk zal de diagnose van 'Influenza' meestal wel volstaan voor de verdere aanpak van de patiënt. De sneltesten zijn minder gevoelig dan de PCR. Het is belangrijk om het staal zo vroeg mogelijk tijdens de ziekte af te nemen, omdat de *viral load* dan het hoogst is. Een negatief resultaat kan de ziekte echter niet uitsluiten !

Ook in het MCH beschikken wij over de mogelijkheid tot het uitvoeren van een sneltest. Deze test kan gebeuren op nasopharyngeale aspiraten, nasopharyngeale wissers en keelwissers. U kan hiervoor de roze viruswissers (COPAN *Virus Transport*) gebruiken. Gelieve op de aanvraagbon duidelijk te vermelden dat het om de sneltest gaat.

SYMPTOMEN

Besmetting gebeurt meestal via druppelinfectie. Indirecte besmetting via besmette handen of voorwerpen speelt vermoedelijk een kleinere rol (2,3). De incubatietijd kan schommelen tussen 1 en 7 dagen (maar bedraagt meestal 1 tot 4 dagen) (2).

De symptomen van de nieuwe H1N1 griep zijn vergelijkbaar met die van een gewone seizoensgriep, hoewel gastro-intestinale symptomen iets frequenter lijken voor te komen. Ook de complicaties lijken vergelijkbaar te zijn met die van een gewone seizoensgriep.

Zowel leukocytosis als leukopenie kunnen voorkomen (2). In Mexico hadden veel gehospitaliseerde patiënten gestegen transaminases, gestegen LDH en gestegen CK-waarden (2).

Op 31 juli 2009 waren er wereldwijd 162.380 laboratorium-bevestigde gevallen waaronder 1154 doden (2). In Mexico waren 119 op 10.262 laboratorium-bevestigde gevallen fataal (1.2%). De meeste doden waren te wijten aan respiratoir falen na ernstige pneumonie met multifocale infiltraten en acuut respiratoir distress syndroom. Naast respiratoir falen, werden ook nier- en multi-orgaan falen gerapporteerd. In de VS waren op 24 juli 2009 van de 43.771 gerapporteerde gevallen 302 fataal (0.7%). In Argentinië waren 60 van de 2485 gevallen fataal (2.4%). Ook in andere landen werden een aantal fatale gevallen geregistreerd (2).

Seizoensgriep geeft een hogere mortaliteit bij patiënten met bepaalde chronische aandoeningen, bij zwangeren, en bij jonge kinderen en ouderen (2). Men ziet een gelijkaardig patroon bij de nieuwe H1N1 griep, hoewel er relatief weinig ouderen zijn aangetast. Dit is waarschijnlijk toe te schrijven aan een zekere graad van kruis-immuniteit bij personen die voor 1957 werden blootgesteld aan de destijds circulerende Influenza A (H1N1) virussen (2).

De besmettelijkheid is het hoogst tijdens het begin van de ziekte (3). Hoe lang personen het nieuwe H1N1 virus blijven uitscheiden is op dit moment niet exact geweten (2,4). Daarom baseert men zich op de gegevens van een gewone seizoensgriep: personen moeten als besmettelijk worden beschouwd van 1 dag voor tot 7 dagen na het begin van de symptomen. Sommige personen kunnen het virus echter langer uitscheiden (jonge kinderen, oudere personen, patiënten met een chronische ziekte en immuungecompromitteerden) (2,4).

Handreiniging of -desinfectie wordt beschouwd als een belangrijke maatregel om het risico van overdracht van de ene persoon naar de andere of door zelfbesmetting na aanraken van gecontamineerde voorwerpen te verminderen (3).

DOORVERWIJZEN VAN EEN PATIËNT NAAR HET MCH

Indien u een patiënt met griepsymptomen zou doorverwijzen naar het MCH, gelieve dit bij het maken van de afspraak reeds te vermelden. Op die manier kan de interne procedure hieromtrent onmiddellijk opgestart worden bij aankomst van de patiënt in het MCH. Gelieve ook aan de patiënt te vragen dat hij (zij) bij aankomst in het MCH vermeldt dat hij (zij) mogelijk besmet is met een griepvirus. Gelieve de patiënt een mondkap met te geven (ook te bekomen in het MCH).

NUTTIGE WEBSITES

- www.influenza.be
- <http://www.cdc.gov/h1n1flu/>
- <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/en/index.html>

Bij twijfel of voor bijkomend advies kunt u als arts altijd terecht bij de artsen infectiebestrijding van Toezicht Volksgezondheid in uw provincie:

Vlaams-Brabant:	016/293858	Dr. Annemie Forier
Limburg:	011/742240	Dr. Annemie Forier
Antwerpen:	03/2246204	Dr. Koen De Schrijver
Permanentie (24/24):	02/5129389	

Referenties:

1. www.influenza.be
2. Uptodate versie 17.2. www.uptodate.com. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of pandemic H1N1 influenza ('swine influenza')
3. www.rivm.nl Nieuwe influenza A (H1N1)
4. <http://www.cdc.gov/h1n1flu/specimencollection.htm>
5. Hurt AC, Baas C, Deng YM, Roberts S, Kelso A, Barr IG. 2009. Performance of influenza rapid point-of-care tests in the detection of swine lineage A(H1N1) influenza viruses. Influenza Other Respi Viruses. 3: 171-176.

B. Van Meensel, M. Lontie

De labomailings kunnen ook op internet worden teruggevonden: <http://www.mcharts.be> (kies 'labo' en vervolgens 'labomailing')