

Richtlijn INFLUENZA

Deze richtlijn is tot stand gekomen via een intercollegiale discussie tussen de leden van de NVAVG commissie 'Infectieziekten en –preventie' met terugkoppeling ter evaluatie naar een regionale GGD en het LCI/RIVM. Belangrijke schriftelijke bronnen hierbij waren de NHG standaard en de NVVA richtlijn alsook het advies van de Gezondheidsraad.

Oktober 2012

Inhoud

Inhoud.....	2
Inleiding.....	2
Ziekte.....	2
1. Besmetting.....	2
2. Incubatie.....	2
3. Ziektebeeld.....	2
4. Beloop.....	2
5. Complicaties.....	2
Diagnostiek.....	3
Preventie en behandeling.....	3
Hygiëne.....	3
Vaccinatie.....	3
Medicamenteuze behandeling.....	4
Outbreak management.....	5

Inleiding

Influenza is een luchtweginfectie veroorzaakt door influenzavirus type A, B of C; waarvan enkel de types A en B de bekende epidemieën veroorzaken.

Er bestaan ook tal van influenza-achtige ziektebeelden die hetzelfde klinisch beeld vertonen, maar die veroorzaakt worden door andere virussen, zoals het para-influenza-, adeno- en rhinovirus.

Influenzavirussen zijn onderhevig aan variaties in de antigeenstructuur van de virale oppervlakte-eiwitten. Kleine cumulatieve veranderingen daarin worden 'antigene drift' genoemd. Hiermee omzeilt het virus de in de loop van de jaren in de bevolking door infecties of vaccinatie verworven immuniteit en weet het iedere winter bij alle leeftijdsgroepen een grotere of kleinere epidemie te veroorzaken met een soms aanzienlijke mortaliteit.

Door een snelle persoon tot persoon transmissie kunnen explosies optreden in intramurale zorginstellingen.

Ziekte

1. Besmetting

Overdracht van het influenzavirus verloopt via de respiratoire route, met verspreiding door hoesten of niezen, veelal in besloten ruimten. Besmetting via handen of voorwerpen speelt waarschijnlijk een veel kleinere rol.

2. Incubatie

De incubatietijd is kort : één tot twee (soms tot vier) dagen.

3. Ziektebeeld

In ongeveer 50% van de gevallen, vooral bij volwassenen met (partiële) immuniteit, verloopt de infectie subklinisch.

Wordt de ziekte symptomatisch dan ontwikkelt zich het influenza-achtige beeld, de trias van :

- acuut begin;
- respiratoire symptomen: hoesten, neusverkoudheid, niezen, pijn op de borst, zere keel;
- systemische symptomen: plotselinge temperatuurstijging tot 39°C of hoger, vaak gepaard gaand met koude rillingen, hoofdpijn, myalgie, arthralgie, malaise en moeheid.

4. Beloop

Na daling van de temperatuur treedt binnen 1 tot 3 weken volledig herstel op. Gezonde volwassenen scheiden het virus uit tot ongeveer 5 dagen nadat de eerste symptomen zich manifesteerden.

5. Complicaties

Complicaties van een infectie met type A of B zijn :

- een viruspneumonie (zeldzaam): deze ontstaat binnen 48 uur met een progressieve kortademigheid en opgeven van sereus sputum;
- secundaire bacteriële infecties, zoals otitis media en pneumonie: bij een tweede temperatuurstijging direct na de influenzaperiode bestaat er verdenking op een secundaire bacteriële infectie, vaak met *Haemophilus influenzae*, pneumokokken of minder vaak *Staphylococcus aureus*. Bij patiënten met COPD moet men hierop alert zijn;

- acute bronchitis en myocarditis;
- ontregeling van chronische aandoeningen zoals hartfalen, diabetes mellitus, reumatoïde artritis, ziekte van Parkinson, multiple sclerose.

Verhoogd risico op besmetting en complicaties bij mensen met een verstandelijke handicap :

In een intramurale zorginstelling, zoals verzorgings- en verpleeghuizen is er een verhoogde vatbaarheid van de cliënten en overdrachtskans van het virus. Dit geldt ook voor instellingen voor verstandelijk gehandicapten, waarbij de kans op besmetting groter is door 'crowding' en door het beperkte vermogen om gepaste hygiëne te betrachten bij de bewoners. Door de huidige ontwikkelingen naar decentralisatie in de zorg, waarbij mensen met een verstandelijke handicap in huizen in de stad of het dorp wonen, is het verhoogde risico op het krijgen van influenza verminderd.

De kans op complicaties is hoger bij mensen

- met een verlaagde weerstand, hetzij immunologisch, hetzij door andere oorzaken;
- met een ernstige vorm van epilepsie, waarbij door hoge koorts een status epilepticus kan optreden.

Van chronische medicatie zoals neuroleptica, anti-epileptica, antihypertensiva, diuretica, laxantia kan de werkzaamheid veranderen. Dit wordt veroorzaakt door een veelal bij koortsende ziekten optredende verminderde eetlust, een verhoogde kans op uitdroging en interacties met bepaalde antipyretica.

Door de bedlegerigheid is de kans op urineweginfecties, blaasretentie, obstipatie en decubitus verhoogd bij ouderen en mensen met een meervoudig complexe handicap.

Ouderen zouden ook een verhoogd risico lopen op een cerebrovasculair accident.

Diagnostiek

De feitelijke diagnose van het klinische beeld wordt slechts bevestigd door middel van laboratoriumonderzoek (viruskweek, immunofluorescentie, polymerasekettingreactie of sneltests). De arts beoordeelt op basis van de klinische en epidemiologische gegevens of een directe virologische bevestiging noodzakelijk is.

Dit is vooral belangrijk voor de behandeling bij een explosie, vooral als ook postexpositieprofylaxe wordt overwogen. Dan moet er zo snel mogelijk begonnen worden met het verzamelen van monsters, waarbij later besloten kan worden op welke wijze de diagnostiek zal worden uitgevoerd op het materiaal.

Hiervoor kan men het beste contact opnemen met de regionale GGD, die over een draaiboek beschikt voor de organisatie en coördinatie van de diagnostiek en het verder beleid.

Preventie en behandeling

Tot voor kort stonden in de bestrijding van influenza hygiëne en vaccinatie van de risicogroepen centraal. Met het beschikbaar komen van nieuwe, snellere diagnostiek en neuraminidaseremmers voor zowel therapeutische als profylactische toepassing zijn de interventiemogelijkheden toegenomen.

Hygiëne

Het naleven van de normale hygiënerichtlijnen, met voornamelijk hand- en hoesthygiëne, staat centraal, vooral op plaatsen waar mensen dagelijks in groepsverband nauwe contacten hebben.

In geval van influenza is het aanbevolen om in 'intramurale' voorzieningen contacten van cliënten en personeelsleden zo veel mogelijk te beperken tot de eigen woning.

Aan medewerkers met een influenza-achtig beeld kan geadviseerd worden om thuis te blijven.

Meer informatie met betrekking tot te nemen hygiënemaatregelen kan gevonden worden op de website van 'Gezondheid en Verkoudheid':

http://toolkits.loketgezondleven.nl/infectieziekten/?page_id=117

Vaccinatie

Influenzavaccinatie is gericht tegen virustype A en B.

De effectiviteit is afhankelijk van de circulerende virusstam.

Volgens het RIVM is de effectiviteit van het vaccin in het voorkomen van ziekteverschijnselen hoog bij gezonde, immuuncompetente mensen jonger dan 65 jaar: 70-90% bescherming wanneer de vaccinstammen goed overeenkomen met de circulerende stammen.

Volgens de NHG-standaard wordt de reductie van de morbiditeit geschat op 30-70% en de complicaties worden met 20 tot 50% gereduceerd.

De vaccinatie wordt jaarlijks verricht, eind oktober of begin november.

Vaccinatie is geïndiceerd bij personen met verhoogd risico op morbiditeit en mortaliteit.

Volgens de aanbevelingen van de Gezondheidsraad (2007) behoren personen met de volgende aandoeningen tot de risicogroepen die geïndiceerd zijn voor vaccinatie:

- preëxistente cardiale aandoeningen: o.m. doorgemaakt myocardinfarct, angina pectoris, ritmestoornissen, klepgebreken of chronische longstuwung;
- preëxistente pulmonale aandoeningen: o.m. astma bronchiale, chronische bronchitis, emfyseem, longcarcinoom, longfibrose, mucoviscidose, ernstige kyfoscoliose, algemene ademhalingsstoornissen;
- chronische nierinsufficiëntie :o.m. bij dialyse en niertransplantatie;
- ernstige leveraandoeningen;
- diabetes mellitus (type I en II);
- verminderde weerstand tegen infecties: o.m. door recente beenmergtransplantatie, hematologische neoplasmata, hiv-infectie, tijdens chemotherapie, cytostaticabehandeling of radiotherapie.

De Gezondheidsraad beveelt daarnaast ook primaire preventie aan voor

- personen van 60 jaar en ouder;
- personen met een verstandelijke handicap in intramurale instellingen;
- bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen;
- werkers in de gezondheidszorg die veelvuldige en intensieve contacten hebben met kwetsbare patiënten/cliënten.

Kinderen onder de 6 jaar krijgen een tweede dosis na 4 tot 6 weken om tot voldoende antistofvorming te komen.

Deze tweede vaccinatie kan vervallen indien in een van de twee voorafgaande seizoenen ook vaccinatie plaatsvond.

Contra-indicaties voor vaccinatie zijn :

- allergie tegen kippenei-eiwit
- acute ziekte
- reconvalescentie van een acute ziekte.

Vaccinaties worden voor cliënten, met verblijf in zorgorganisaties, gratis ter beschikking gesteld door de Stichting Nationaal Programma Grieppreventie (SNPG). Artsen kunnen daar de vaccins bestellen en doen na vaccinatie opgave van het aantal toegediende vaccins, die dan vanuit de AWBZ vergoed worden.

Medicamenteuze behandeling

Algemeen

- In principe is medicamenteuze behandeling niet noodzakelijk.
- Eventueel symptomatische therapie bij koorts en hoest.
- Antibiotica alleen bij een secundaire bacteriële infectie.

Postexpositieprofylaxe

Bij een explosie en virologisch vastgestelde influenza kan, voornamelijk bij personen uit de risicogroep, gestart worden met een neuraminidaseremmer. Hierdoor wordt de aanmaak van nieuwe virusdeeltjes geblokkeerd.

Beschikbare middelen zijn *oseltamivir (Tamiflu)* en *zanamivir (Relenza)*. Oseltamivir is oraal in te nemen in een dosis van 75 mg 1x daags en Zanamivir moet worden geïnhaleerd ('diskhaler') in een dosis van 2x dgs 2 inhalaties van 5 mg, beide gedurende 5 dagen. Bij ernstige nierfunctiestoornis de dosis halveren of aanpassen op geleide van de creatinineklaring.

Behandeling moet zo snel mogelijk, maar binnen de 48 u na het begin van de klachten, gestart worden.

Overwegingen bij deze behandeling als profylactische inzet zijn:

- *Effectiviteit* :
Bij tijdig starten van de behandeling bedraagt de te verwachten verkorting van de ziekteduur 1 tot 2 dagen, terwijl ook de ernst van de ziekte vermindert. Hoewel er onvoldoende 'evidence' is voor profylactisch gebruik van neuraminidaseremmers zijn er aanwijzingen dat ook de kans op complicaties verlaagd wordt.
- *Bijwerkingen* : relatief weinig

- Misselijkheid (7%) en braken (2%) is beschreven bij oseltamivir,
- *Resistentievorming*
De laatste jaren komen resistente mutanten, o.m. het H1N1 virus, in toenemende mate voor, vooral tegen oseltamivir.
- *Reïntroductie* van het influenzavirus
Het doel van de behandeling is enkel het doorbreken van de explosie. Na beëindiging is men opnieuw vatbaar voor infectie.

Outbreak management

Van een uitbraak is klinisch sprake wanneer zich in een woning of locatie binnen de 48 uur een tweede geval van influenza voordoet.

'Intramurale instellingen' zijn op grond van artikel 26 van de Wet publieke gezondheid verplicht om explosies van infectieziekten te melden bij de GGD.

De GGD heeft een adviserende rol bij de bestrijding.

Bij een uitbraak is het aan te bevelen om een coördinatieteam te formeren met omschrijving van duidelijke bevoegdheden en verantwoordelijkheden, alsook over een bedrijfsondersteuningsplan of continuïteitsplan te beschikken bij hoge personeelsuitval.

Bronnen :

- NVVA-richtlijn Influenzapreventie in verpleeg- en verzorgingshuizen (april 2004).
 - LCI –nieuws Infectieziekten : Inhoudelijke achtergronden bij het influenzabeleid in verpleeg- en verzorgingshuizen in verband met een nieuw verschenen influenzavirus.
 - NHG-Standaard Influenza en influenzavaccinatie (laatst gewijzigd in april 2008).
 - LCI: Draaiboek explosies van luchtwegeninfecties in instellingen (2001).
 - LCI/RIVM: Richtlijn infectieziekten/Influenza (laatst gewijzigd in aug. 2009) met bijlage IV (Influenza in verpleeg- en verzorgingshuizen).
 - Gezondheidsraad: 'Griepvaccinatie: herziening indicatiestelling' (Publicatienr 2007/9).
-

Auteur: Luc Goffin, AVG

Met deskundige ondersteuning van de leden van de infectiecommissie :

- *Joop van den Berg, AVG;*
- *Jacinta Bruin, AVG;*
- *Tonny Hermsen, AVG;*
- *Marisa Huizinga, AVG;*
- *Marien Nijenhuis, AVG.*