

RICHTLIJN INFLUENZA

Inleiding.

Influenza is een luchtweginfectie veroorzaakt door influenzavirus type A, B of C; Er bestaan ook tal van influenza-achtige ziektebeelden die hetzelfde klinisch beeld vertonen maar 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 soms aanzienlijke mortaliteit.

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

Ziektebeeld.

Na een incubatietijd van één tot drie (soms tot zeven) dagen treedt een plotselinge temperatuurstijging op tot 40°C, vaak gepaard gaande met koude rillingen. Na enkele uren ontstaat een algeheel ziektegevoel met hoofdpijn en spierpijn en met keelpijn en hoesten. Deze verschijnselen verdwijnen meestal na drie tot vijf dagen. Volledig herstel kan twee tot drie weken in beslag nemen.

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 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.
- ontregeling van chronische aandoeningen zoals hartfalen, diabetes mellitus, reumatoïde artritis, ziekte van Parkinson, multiple sclerose.

Er bestaat een vergroot risico op morbiditeit en mortaliteit bij bepaalde aandoeningen en in bepaalde omstandigheden:

- preëxistente cardiale aandoeningen: o.m. doorgemaakt hartinfarct, 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
- diabetes mellitus
- recidiverende furunculose (alook bij gezinsleden van deze patiënten)
- verminderde weerstand tegen infecties: o.m. door recente beenmergtransplantatie, hematologische neoplasmata, hiv-infectie, tijdens cytostaticabehandeling of radiotherapie.
- personen van 65 jaar en ouder.

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 en overdrachtskans van het virus. Dit geldt ook voor grote instellingen voor verstandelijk gehandicapten, waarbij de kans op besmetting groter is door crowding of door het ontbreken van hygiënisch normbesef 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 de kans op het krijgen van influenza niet hoger dan bij de algemene populatie.

De kans op complicaties is hoger bij mensen

- met een verlaagde weerstand wegens een meervoudig complexe handicap,
- met een ernstige vorm van epilepsie, waarbij door hoge koorts een status epilepticus kan optreden.

Van chronische medicatie zoals neuroleptica, antihypertensiva, diuretica, laxantia kan de werkzaamheid veranderen. Dit wordt in de hand gewerkt 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 cerebraal vasculair accident.

Diagnostiek

De feitelijke diagnose van het klinisch beeld wordt slechts bevestigd door middel van een viruskweek of snelle antigeentest.

Dit is vooral belangrijk voor de behandeling bij een explosie, vooral als ook postexpositieprohylaxe wordt overwogen. Dan moet 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 verdere beleid.

Preventie en behandeling

Tot voor kort stonden in de bestrijding van influenza, hygiëne en vaccinatie van de risicogroepen centraal; maar 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 moeten in 'intramurale' voorzieningen contacten van cliënten en personeelsleden beperkt blijven tot de eigen woning.

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

Vaccinatie

Influenzavaccinatie is gericht tegen virustype A en B. De effectiviteit is afhankelijk van de circulerende virusstam. De reductie van de morbiditeit wordt geschat op 70-80%. Bij ouderen bedraagt dit slechts 30-70%, maar de complicaties worden wel met 70-80% gereduceerd.

De vaccinatie wordt jaarlijks verricht eind oktober of begin november.

*Vaccinatie is geïndiceerd bij personen met verhoogd risico op morbiditeit en mortaliteit (zie boven).

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

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

Contraïndicaties voor vaccinatie zijn:

- allergie voor kipeiwit
- acute ziekte
- reconvalescentie van een acute ziekte.

Medicamenteuze behandeling en postexpositieprofylaxe

- Algemeen:

In principe is medicamenteuze behandeling niet noodzakelijk.

Eventueel symptomatische therapie bij koorts en hoest.

Antibiotica alleen bij een secundaire bacteriële infectie.

- Bij een explosie en virologisch vastgestelde influenza kan, voornamelijk bij personen uit de risicogroep, gestart worden met een neuraminidaseremmer: *oseltamivir (Tamiflu)*, in een dosis van *75 mg 1x daags*, gedurende minstens 7 dagen.

Bij ernstige nierfunctiestoornis de dosis halveren.

Er is momenteel onvoldoende 'evidence' voor profylactisch gebruik van neuraminidaseremmers bij zieke ouderen of mensen met verminderde weerstand.

Overwegingen bij deze behandeling zijn:

- *effectiviteit* :

oseltamivir remt op cellulair niveau de uitscheiding van influenzavirus. De effectiviteit is enkel bij gezonde volwassenen aangetoond. Er zijn nog geen resultaten van ander onderzoek (bv. verpleeghuiszorg, meervoudig complex gehandicapten intramuraal) bekend.

Indien de therapie gestart wordt binnen 36 uur na het ontstaan van de eerste ziekteverschijnselen kan de ziekteperiode met 2 dagen bekort worden.

- *bijwerkingen* :

misselijkheid (7%) en braken (2%)

- *resistentievorming* :

niet aangetoond.

- *reïntroductie* van het influenzavirus:

het doel van de behandeling is enkel het doorbreken van de explosie.

Na beëindiging is men opnieuw vatbaar voor infectie.

Bronnen :

- Concept NVVA-richtlijn Influenzapreventie in verpleeg- en verzorgingshuizen (december 2003)
- LCI –nieuws Infectieziekten: Inhoudelijke achtergronden bij het influenzabeleid in verpleeg- en verzorgingshuizen in verband met een nieuw verschenen influenzavirus.
- NHG-Standaard Influenza en influenzavaccinatie (december 2003)
- LCI : Draaiboek explosies van luchtwegeninfecties in instellingen (2001)