

Mazelen

Ziektebeeld

Mazelen is een zeer besmettelijke, acute, virale infectieziekte die gekenmerkt wordt door een typische huiduitslag.

Klassiek begint mazelen met prodromale symptomen. Klachten tijdens deze fase zijn algemene malaise, koorts (tot $>39^{\circ}\text{C}$), conjunctivitis, verkoudheid en hoesten. Bij kinderen is er vaak zwelling van de lymfeklieren. Daarnaast kunnen er zogenaamde 'Koplik spots' verschijnen, dit zijn kleine witte of blauwwitte vlekjes op een erythemateuze basis op het mondslijmvlies. Enkele dagen tot een week na aanvang van de klachten verschijnt een gegeneraliseerde, erythemateuze, maculopapuleuze rash. Deze begint achter de oren, bij de haargrens en verspreidt zich dan in 3 dagen via gezicht, nek en romp naar de extremiteiten. De huiduitslag verbleekt na enkele dagen volgens hetzelfde patroon, soms treedt schilfering van de huid op. De ziekte duurt ongeveer twee weken.

Verwikkelingen:

- otitis media door bacteriële surinfectie: frequent (5-10%);
- diarree: frequent bij kinderen;
- pneumonie: frequent (1-5%), door het virus zelf of ten gevolge van bacteriële surinfectie;
- laryngitis, tracheïtis, bronchitis;
- acute encefalitis: zeldzaam (0,1%). Treedt op tijdens de herstelfase en gaat gepaard met koorts, hoofdpijn, braken, nekstijfheid, duizeligheid, consulvies, coma; vaak is er blijvende hersenschade (25%) of overlijden (15%);
- subacute scleroserende panencefalitis (SSPE): zeer zeldzaam (0,001%) en wordt in België sinds jaren niet meer geobserveerd. Het is een late complicatie (gemiddeld 7 jaar na de infectie) ten gevolge van een persisterende, langzaam progressieve mazeleninfectie in de hersenen met toenemende gedragsafwijkingen en neurologische symptomen, uitmondend in een vegetatieve toestand en na verloop van maanden tot jaren leidend tot overlijden; SSPE komt vooral voor bij kinderen die mazelen hebben doorgemaakt vóór de leeftijd van 2 jaar;
- overlijden: grootste kans bij $<1\text{j}$ (0,1%), meestal door pneumonie.

Afwijkend verloop:

- zeer mild verloop bij partiëel immune kinderen (vb. verdwijnende maternale antistoffen, secundair vaccinfalen);
- ernstig verloop bij risicopersonen (zie Vatbaarheid).

Incubatieperiode

10 tot 14 dagen.

Ziekteverwekker

Mazelenvirus, familie *Paramyxoviridae*, genus *Morbillivirus* (RNA-virus).

Voorkomen

Wereldwijd en epidemisch. In gebieden met een gematigd klimaat kwam mazelen vóór de veralgemeende vaccinatie overwegend voor in de periode van late winter tot (vroeg) lente en werd het typisch doorgemaakt tijdens de lagere school.

In België registreerden de peillaboratoria 27 gevallen van mazelen in 2008, waarvan 21 gevallen geclusterd voorkwamen tijdens de mazelenepidemie in Antwerpen. In de periode 2004-2007 bedroeg het aantal 7 of 8 per jaar.

Reservoir

De mens is het enige reservoir.

Transmissie

Mazelen is zeer besmettelijk.

De overdracht gebeurt door:

- druppelinfectie via neus- en keelholte;
- direct contact;
- minder frequent via besmette voorwerpen of oppervlakken of aerogeen door verspreiding van virus via de lucht over grotere afstand buiten de mens (wel beperkte overleving (2u), bv. in een wachtkamer).

Besmettelijke periode

Een 4-tal dagen vóór tot 4 dagen na het optreden van de huiduitslag.

Opmerking: immuungecompromitteerden kunnen het virus uitscheiden via de luchtwegen gedurende de hele ziekteperiode.

Vatbaarheid

Personen die niet-immuun zijn door natuurlijke infectie en/of vaccinatie.

Risicopersonen (verhoogde kans op een ernstig verloop/verwikkelingen):

- kinderen <1j, voornamelijk pasgeborenen van niet-immune moeders;
- zwangeren;
- volwassenen: met toenemende leeftijd doen zich meer complicaties voor;
- immuungecompromitteerde kinderen;

- ondervoede kinderen, ontwikkelingslanden.

Opmerking: vooral volwassenen geboren tussen ca. 1975 en 1985 zijn mogelijk vatbaar (niet of onvolledig gevaccineerd/geen mazelen doorgemaakt). Vaccinatie tegen mazelen is beschikbaar sinds 1974, maar werd pas op grote schaal ingevoerd na de introductie van het trivalent vaccin in het nationaal vaccinatieprogramma in 1985.

Immuniteit

Levenslang na het doormaken van de infectie.

Herinfectie heeft een natuurlijk boostereffect.

Een zuigeling is beschermd door maternale antistoffen gedurende 6-9 maanden na de geboorte. Waarschijnlijk is deze periode van bescherming korter wanneer de moeder enkel immuniteit heeft door vaccinatie en niet door natuurlijke infectie.

Diagnose

De diagnose wordt in de eerste plaats klinisch gesteld. Omdat in onze streken mazelen veel minder voorkomt dan vroeger, wordt het lastiger mazelen uitsluitend op grond van de klinische verschijnselen te diagnosticeren en differentiaaldiagnostisch te onderscheiden van andere exanthemateuze infectieziekten. Daarenboven is het in deze fase van eliminatie (WGO programma) noodzakelijk het klinisch vermoeden ook bij grote zekerheid, door laboratoriumtesten te bevestigen.

Laboratoriumonderzoeken zijn dus nodig om de diagnose te bevestigen bij zo veel mogelijk patiënten. Een eventuele epidemiologische relatie met een bevestigd geval moet bij melding meegedeeld worden.

Laboratoriumdiagnostiek in het kader van contactonderzoek bestaat uit een speekseltest (afnamemateriaal te verkrijgen via de dienst Infectieziektebestrijding van de afdeling Toezicht Volksgezondheid of via het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid). Op speeksel worden de volgende testen uitgevoerd:

- specifieke IgM-antistoffen kunnen aangetoond worden tot 4 weken na het optreden van het exantheem, maar deze test kan tijdens de eerste dagen van de ziekte negatief zijn.
- virusdetectie met de PCR-methode. Deze test zal reeds vanaf het begin positief zijn en is nodig om genotypering van het virus uit te voeren. Dit laat toe de oorsprong van het virus na te gaan.

Ook serologie (bepalen van IgM en IgG) en een neus- en keeluitstrijkje (PCR en genotypering) kunnen aangewend worden in de diagnostiek van mazelen.

Behandeling

Symptomatisch.

Eventueel vitamine A-suppletie bij deficiëntie.

Preventie

Vaccinatie volgens de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad.

Passieve immunisatie: toediening van immunoglobulines binnen 6 dagen na blootstelling zou ziekte kunnen voorkomen of de ernst ervan beïnvloeden. Het epidemiologische en klinische nut van passieve immunisatie staat echter ter discussie.

Maatregelen naar aanleiding van een geval

In het kader van het Belgische eliminatiebeleid van mazelen vereist een vermoeden van mazelen dringend overleg met de dienst Infectieziektebestrijding van de afdeling Toezicht Volksgezondheid!

Wanneer spreken we van een geval:

Mogelijk: patiënt met een klinisch verdacht beeld.

Vermoedelijk: patiënt met een klinisch verdacht beeld, epidemiologisch gelinkt aan een bevestigd geval.

Bevestigd: klinisch compatibel geval met laboratoriumconfirmatie.

Melding:

Elk geval van mazelen moet zo snel mogelijk gemeld worden aan de dienst Infectieziektebestrijding van de afdeling Toezicht Volksgezondheid.

Gevalsopsporing:

Bronopsporing is vooral van belang bij een solitair of een eerste geval. Contactonderzoek is gericht op het opsporen van andere gevallen op school en op de identificatie van nauwe contacten en klasgenoten. Bronopsporing en contactonderzoek worden gecoördineerd door de dienst Infectieziektebestrijding. Het CLB kan hierbij een ondersteunende rol spelen op schoolniveau.

Maatregelen te nemen door de CLB-arts bij elk geval van mazelen:

- Contact opnemen met de behandelende arts: gaat het over een mogelijk, vermoedelijk of bevestigd geval? Verdere diagnostiek met aandrang aanraden indien nog niet gebeurd. Zijn er andere gevallen gekend? Bespreken wie de melding op zich heeft genomen of zal nemen.
- Wering van school:
 - Wering van een patiënt is aangewezen gedurende minstens 4 dagen na het verschijnen van de huiduitslag. Wering alleen zal echter niet voldoende zijn om een epidemie in te dijken. Mazelen is zeer besmettelijk, ook al vóór het verschijnen van de huiduitslag. Bovendien is er in geval van een epidemie ook kans op blootstelling buiten de school.
 - Wering van contacten is in principe niet aangewezen. In uitzonderlijke gevallen kan het toch aangewezen zijn vatbare contacten uit te sluiten gedurende een

bepaalde periode (bv. bepaalde immuungecompromitteerde kinderen). Dit gebeurt steeds in overleg met de dienst Infectieziektebestrijding.

- Nagaan van de vaccinatiestatus van nauwe contacten en klasgenoten binnen de school. Vaccinatie aanbieden binnen 72u na het laatste contact met de patiënt indien er geen bewijs is van twee gedocumenteerde dosissen (met een interval van minstens 28 dagen tussen beide dosissen) of ander bewijs van immuniteit (antistofbepaling), of zo nodig verwijzen voor vaccinatie naar de behandelende arts. In overleg met de dienst Infectieziektebestrijding kan het nodig zijn ook de vaccinatiestatus van verdere contacten binnen de school na te gaan en zo nodig aan te vullen. [Zie voorbeeldbrieven](#). Kinderen en jongeren die in het verleden om een bepaalde reden geen gebruik gemaakt hebben van het (volledige) gratis aanbod tot vaccinatie, hebben recht op gratis inhaalvaccinatie. Voor vaccinatie met het mazelen-bof-rubellavaccin, geldt dit voor alle leerlingen die niet of onvolledig gevaccineerd zijn. Tijdens een outbreak van mazelen kan het echter zijn dat vervroegde vaccinatie, d.w.z. toediening van de herhalingsinenting vóór het voorziene moment in het 5^e leerjaar, noodzakelijk is. Voor de praktische regeling hiervan moet overleg gepleegd worden met de dienst Infectieziektebestrijding.
- Contact opnemen met het gezin van de zieke leerling. Aanraden de vaccinatiestatus van alle gezinsleden na te gaan. Indien er geen bewijs is van twee gedocumenteerde dosissen (met een interval van minstens 28 dagen tussen beide dosissen) of ander bewijs van immuniteit (antistofbepaling) verwijzen voor vaccinatie naar de behandelende arts.
- Informeren van ouders, medeleerlingen en personeel over het ziektebeeld en adviseren een arts te raadplegen bij symptomen. Belang benadrukken van goede hoest-, snuit- en nieshygiëne. [Zie voorbeeldbrieven](#).
- Informeren van de externe dienst voor preventie en bescherming op het werk van de school.

Chemoprofylaxe:

Geen

Bijkomende hygiënemaatregelen:

Geen.

Een goede [hoest-, snuit- en nieshygiëne](#) en een goede [handhygiëne](#) zijn altijd belangrijk in de preventie van overdracht van besmettelijke ziekten.