

Shigellose

Ziektebeeld

Shigellose is een acute, bacteriële ziekte ter hoogte van het distale deel van de dunne darm en ter hoogte van het colon. De klinische symptomen variëren van milde, waterige diarree met minimale of zelfs geen algemene symptomen tot een ernstig ziektebeeld met hoge koorts, buikkrampen en slijmerige diarree met of zonder bloed. Men spreekt in het laatste geval van dysenterie. De meeste ziektegevallen in onze regio zijn eerder mild en zelflimiterend binnen enkele dagen. Asymptomatische infecties zijn mogelijk. De ernst van de ziekte is afhankelijk van de gastheer en het serotype van de oorzakelijke kiem, de meest ernstige infecties worden veroorzaakt door *Shigella dysenteriae*. In tropische landen kan een shigellose zeer ernstig verlopen bij kinderen (voornamelijk jonger dan 10 jaar).

Mogelijke, doch zeldzame complicaties zijn: toxische encefalopathie (komt vooral voor bij kinderen), sepsis (bij immuungecompromitteerden), colonperforatie of toxisch megacolon. Andere zeldzame complicaties zijn hemolytisch uremisch syndroom (HUS) (komt voor bij infecties met *Shigella dysenteriae* type 1, maar veel minder frequent dan door een infectie met enterohemorragische *E. coli*) en reactieve artritis, al dan niet in het geheel van het syndroom van Reiter (optreden van conjunctivitis, artritis en urethritis enkele weken na de infectie, vooral met *Shigella flexneri*).

Bepaalde personen hebben een verhoogde kans op een ernstig verloop:

- jonge kinderen en oudere personen;
- hiv-geïnfecteerden en bij sommige andere immunestoornissen (maar bijvoorbeeld niet bij IgA-deficiëntie of hypogammaglobulinemie);
- patiënten met een (ernstige) comorbiditeit;
- bij behandeling met motiliteitsremmers.

Incubatieperiode

1 tot 7 dagen, meestal 1 tot 3 dagen.

Ziekteverwekker

Shigella, familie *Enterobacteriaceae*. Er zijn vier species te onderscheiden:

- groep A: *Shigella dysenteriae*
- groep B: *Shigella flexneri*
- groep C: *Shigella boydii*
- groep D: *Shigella sonnei*

Van groepen A, B en C bestaan er meerdere serotypes.

Shigella spp. kunnen toxines produceren: Shigatoxines 1 en 2 (komen vooral voor bij *Shigella dysenteriae*) en andere enterotoxines. Toxines spelen o.a. een rol bij de ontwikkeling van HUS.

Voorkomen

Wereldwijd voorkomen. Infecties met *Shigellae* zijn endemisch in zowel tropische als gematigde klimaatzones.

In geïndustrialiseerde landen komen hoofdzakelijk 2 species voor, namelijk *Shigella sonnei* (75%) en *Shigella flexneri* (20%).

Tweederde van de gevallen en de meeste sterfgevallen doen zich voor bij kinderen jonger dan 10 jaar.

In Vlaanderen werden er de laatste 10 jaar jaarlijks minimaal 50 en maximaal 194 gevallen gemeld aan de dienst Infectieziektebestrijding. In 2007 isoleerden de peillaboratoria in België 361 stammen waarvan 67% *S. sonnei* en 25% *S. flexneri*.

Reservoir

De mens is het enige reservoir van betekenis.

Transmissie

Shigellose is zeer besmettelijk.

De overdracht gebeurt feco-oraal via besmet voedsel en water en via direct en indirect (via voorwerpen of oppervlakken) contact met een besmet persoon. Ook vliegen kunnen de kiemen overdragen. Verspreiding wordt bevorderd door armoede, slechte hygiëne en overbevolking.

Besmettelijke periode

Een patiënt is besmettelijk zolang er bacteriën aantoonbaar zijn in de feces. De grootste besmettelijkheid treedt op tijdens de acute fase, nadien is het aantal uitgescheiden kiemen per gram feces lager. Uitscheiding kan, zonder antibiotische behandeling, aanhouden gedurende enkele weken na infectie, maar chronisch dragerschap (langer dan 1 jaar) is zeldzaam.

Vatbaarheid

Risicopersonen in geïndustrialiseerde landen zijn gezinsleden van geïnfecteerde personen, in het bijzonder (jonge) kinderen en reizigers naar (sub)tropische landen.

Immuniteit

Typespecifieke immuniteit wordt opgebouwd. Aangezien er veel serotypes bestaan, kan een persoon meerdere infecties doormaken.

Diagnose

De diagnose wordt in principe gesteld via feceskweek.

Behandeling

De behandeling bestaat in hoofdzaak uit het voorkomen en behandelen van vocht- en elektrolytenverlies.

Antibiotica verminderen de ernst en de duur van de klachten en verkorten de duur van uitscheiding. De meeste infecties verlopen echter mild en in die gevallen zijn antibiotica niet aangewezen omwille van het risico op het ontwikkelen van resistentie. Antibiotica worden enkel aangeraden in bijzondere gevallen zoals bij ernstig zieke patiënten, bij immuungecompromitteerden of in geval van belangrijke groepsinfecties.

Het gebruik van motiliteitsremmers is tegenaangewezen.

Preventie

Er is geen vaccin beschikbaar.

Algemene hygiënemaatregelen ter preventie van feco-orale overdracht van ziekten en ter preventie van overdracht van ziekten via voedsel moeten altijd nageleefd worden. (Zie algemene fiche Gastro-enteritis)

Maatregelen naar aanleiding van een geval

Gevalsdefinitie:

Vermoedelijk: een patiënt met dysenterie in nauw contact met een geconfirmeerd geval.

Geconfirmeerd: een klinisch compatibel geval met laboratoriumconfirmatie.

Laboratoriumcriteria:

Laboratoriumconfirmatie: isolatie van *Shigella* species uit klinisch staal.

Melding:

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

Gevalsopsporing:

Bronopsporing is steeds aangewezen, zowel bij een individueel geval als bij een cluster van meerdere gevallen. Contactonderzoek door middel van feceskweek is aangewezen in bepaalde gevallen. Bronopsporing en contactonderzoek gebeuren steeds in opdracht van de dienst Infectieziektebestrijding.

Maatregelen te nemen door de CLB-arts vanaf 1 geval:

- Contact opnemen met de dienst Infectieziektebestrijding voor overleg en advies.
- Zie ook algemene [fiche Gastro-enteritis](#)
- Wering van school:
 - Wering van de patiënt is aangewezen tot klinisch herstel, mits goede hand- en toilethygiëne kan uitgevoerd worden. Kinderen die onvoldoende kunnen zorgen voor goede hand- en toilethygiëne, mogen pas terug naar school komen wanneer twee opeenvolgende feceskweken (met minstens 24u tussen) negatief zijn. Tot deze laatste groep behoren o.a. kleuters en bepaalde leerlingen met een verstandelijke handicap.
 - Wering van contacten: een broer of zus van een patiënt met klachten die kunnen passen bij dysenterie, moet ook thuisblijven van school tot de uitslag van het laboratoriumonderzoek negatief is. Bij een positief resultaat is er een nieuw bevestigd geval.
- Informeren van ouders, medeleerlingen en personeel over het ziektebeeld en adviseren een arts te raadplegen in geval van symptomen. Het gebruik van motiliteitsremmers afraden. Belang benadrukken van algemene hygiënemaatregelen ter preventie van feco-orale overdracht van ziekten en ter preventie van overdracht van ziekten via voedsel. (Zie algemene [fiche Gastro-enteritis](#)) [Zie voorbeeldbrief Shigellose](#).
- Informeren van de externe dienst voor preventie en bescherming op het werk van de school.
- Wanneer er in overleg met de dienst Infectieziektebestrijding overgegaan wordt tot contactonderzoek met staalname op schoolniveau, moet de inspectie van het CLB hiervan op de hoogte gebracht worden. [Zie bijlage 4](#).

Chemoprofylaxe:

Geen

Bijkomende hygiënemaatregelen:

Extra aandacht voor hygiëne is belangrijk. Een goede [handhygiëne](#) en correct [omgaan met feces](#) en mogelijk met feces besmette oppervlakken of voorwerpen is cruciaal.

In een gezinssituatie volstaan beperkte hygiënemaatregelen gedurende een week:

- goed de handen wassen na toiletgebruik, met vloeibare zeep, na het verschonen van een luier, het helpen van een kind met de toiletgang, en vóór het (bereiden van) eten;
- papieren wegwerpluiers gebruiken;
- ten minste dagelijkse reiniging van de toiletten (beter na elk gebruik door de patiënt); geen desinfectie;
- ten minste dagelijks verschonen van handdoeken en eigen handdoek voorzien voor de patiënt;
- nagels kort houden.

In instellingen zijn uitgebreide hygiënemaatregelen noodzakelijk gedurende minimum twee weken na het ziek worden van het laatste geval. Men dient naast de maatregelen die gelden in een gezinssituatie ook:

- te zorgen voor een goede handhygiëne bij de voedselverzorging en voedselbereiding (dit is cruciaal);

- in residentiële instellingen bewoners/kinderen met klachten te weren bij (meehelpen met) gemeenschappelijke voedselbereidingsactiviteiten;
- toiletten te reinigen en desinfecteren na elk gebruik door de patiënt of een geïnfecteerd contact. Hieronder vallen niet alleen pot en bril, maar ook de aangeraakte deurknoppen, doorspoeltrekkers/drukknoppen en kranen. Bij het reinigen en desinfecteren wegwerphandschoenen dragen;
- indien mogelijk te zorgen voor een eigen toilet voor de patiënt;
- vloeibare zeep en papieren handdoekjes te gebruiken;
- te zorgen dat de patiënt en eventuele verzorgers geen ringen dragen;
- in dagopvangvoorzieningen geïnfecteerde personen en personen met klachten (nog niet bevestigde gevallen) te weren;
- schoonmaakbedrijf en schoonmakers in te lichten;
- voedsel op de juiste manier te bewaren: bij de juiste temperatuur en afgedekt.

Bijkomende aandachtspunten:

Geïnfecteerde personen komen best niet in contact met water in openbare gelegenheden (vb. zwemmen) tot een week na het stoppen van de symptomen. Dit geldt in hoofdzaak voor personen die niet volledig zindelijk zijn.