

# ANTIBIOTICA VERSUS AFWACHTEN

## De beet van de teek

Met name in deze tijd van het jaar struinen we in groten getale door duinen en bossen waarna het aantal tekenbesmettingen toeneemt. Een groeiend probleem. Over het behandelbeleid is geen algehele consensus.

INGRID LUTKE SCHIPHOLT

‘Nee, níet doen!’, zegt Jim van Steenberghe meteen, nog voor hem de hele vraag is gesteld of artsen direct na een tekenbeet antibiotica moeten inzetten. Van Steenberghe is arts-epidemioloog bij de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektenbestrijding (LCI) en medeopsteller van de CBO-richtlijn Lyme-borreliose. Vijftien organisaties, waaronder het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Nederlandse Vereniging voor Lyme-patiënten, hebben deze richtlijn opgesteld.

‘Het klinkt misschien niet zo vriendelijk, maar het gevaar van een Lyme-

besmetting is minder groot dan dat van resistentie voor antibiotica’, aldus Van Steenberghe. ‘Het individuele belang is ondergeschikt aan het maatschappelijk belang. Je kunt ze niet allemaal preventief antibiotica geven. En ja, daar heeft de individuele patiënt geen klap aan. Een arts moet in de spreekkamer duidelijk maken welke risico’s er aan antibioticagebruik zitten. Zo’n gesprek voeren we wel vaker. Als een patiënt rode kringen rond de beetplek heeft, moet er natuurlijk wel antibiotica worden gegeven.’

Van Steenberghe wijst er overigens op dat afwachtend beleid niet waterdicht is, omdat een patiënt zonder erythema migrans (EM) wel degelijk besmet kan zijn met Lyme-borreliose. Niet elke besmette patiënt ontwikkelt erythema migrans. Soms belandt een patiënt meteen in de volgende fase van de ziekte. Aan de andere kant is een klein deel van de teken besmet, zodat niet elke tekenbeet Lyme-borreliose tot gevolg heeft.

### LASTIG

Lyme-borreliose laat zich lastig diagnosticeren: de ziekte vertoont veel verschillende klachten en laat zich moeilijk vatten in een duidelijk klinisch beeld. Volgens het LCI-protocol en de CBO-richtlijn zijn ook de verschillende testen, bijvoorbeeld ELISA en western blot, niet waterdicht. Zo stellen ze dat serologie alleen onvoldoende is. Door individuele variatie of een traag op gang komende immuunrespons zijn in het begin van de infectie de antistoffniveaus laag. Anderzijds is er een hoge prevalentie van kruisreacties, waaronder reuma of virale infecties.

Tussen de laboratoria onderling bestaat tevens grote variatie in sensitiviteit en specificiteit van de gebruikte serologische technieken. Gezien de hoge prevalentie van asymptomatische seropositiviteit is serologie na een tekenbeet zonder klinische verschijnselen niet zinvol.

Dat vindt psychiater en Lyme-patiënt Alexander Klusman ook, maar nog belangrijker vindt hij dat een arts al bij de minste aanleiding antibiotica moet inzetten. Volgens Klusman is de vaststel-

**‘Men is hier te bang voor overbehandelen’**

ling van Lyme hoofdzakelijk een klinische diagnose, eventueel aangevuld met testen. Omdat de diagnose zo moeilijk is, moet de patiënt profylactisch antibiotica krijgen. Hij breekt hiervoor een lans op zijn website [lymemed.nl](http://lymemed.nl).

‘In Nederland is men te bang voor overbehandelen’, zegt Klusman in een telefonische toelichting. ‘We moeten een genuanceerde afweging maken op basis van alle feiten. Nu lijkt het erop dat artsen patiënten in eerste instantie zonder iets naar huis sturen. Er zijn schrijnende verhalen van patiënten die toch Lyme-borreliose bleken te hebben en die aanvankelijk geen antibiotica kregen.’

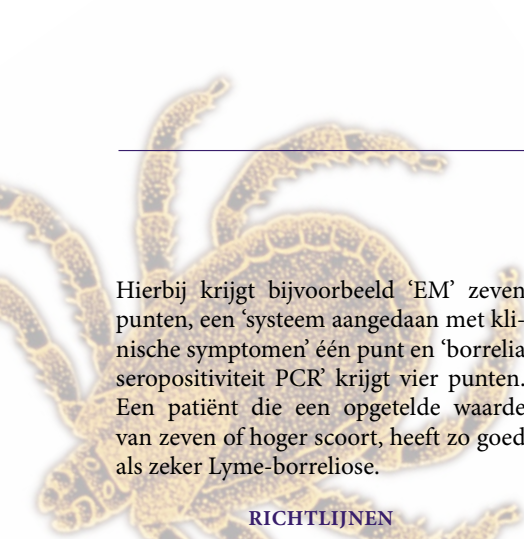
Uit de Verenigde Staten haalde hij een checklist die als hulpmiddel moet dienen voor de diagnose van Lyme.

### IN DE RING

Een reeks artikelen over medische controversen

Redactie: Evert Pronk  
([e.pronk@medischcontact.nl](mailto:e.pronk@medischcontact.nl))





Hierbij krijgt bijvoorbeeld 'EM' zeven punten, een 'systeem aangedaan met klinische symptomen' één punt en 'borrelia seropositiviteit PCR' krijgt vier punten. Een patiënt die een opgetelde waarde van zeven of hoger scoort, heeft zo goed als zeker Lyme-borreliose.

#### RICHTLIJNEN

Klusman hecht veel waarde aan de richtlijn van de International Lyme and Associated Disease Society (ILADS), een internationale organisatie van artsen die zich met Lyme-ziekten bezighouden. De National Guideline Clearinghouse, een initiatief van de Agency for Healthcare Research and Quality in de Verenigde Staten, verhief deze richtlijn tot gouden standaard. Volgens de ILADS-richtlijn komt in 50 procent van de infectiegevallen erythema migrans voor. Bovendien stelt de richtlijn dat de arts er rekening mee moet houden dat maar 50 procent van de patiënten zich herinnert een tekenbeet te hebben gehad. De organisatie wijst erop dat de arts niet routinematig of juist uitsluitend op basis van laboratoriumresultaten moet diagnosticeren. Het gangbare 2-testprotocol (ELISA-test en western blot) is volgens onderzoekers niet ontwikkeld voor diagnose, maar voor onderzoek naar de mate waarin een aantal aandoeningen voorkomt. Het is gemaakt ten behoeve van research-studies. Bovendien maakt het geen onderscheid tussen een acute, chronische of verdwenen infectie. Er zijn verschillende testkits in omloop en er is onvoldoende standaardisering en evaluatie van western blot-tests.

De opstellers van de CBO-richtlijn ondervinden ook deze moeilijkheid, maar adopteren niet zonder slag of stoot richtlijnen uit andere landen. Van Steenberg: 'Er zijn verschillen in soorten ziekmakers. Je kunt richtlijnen niet uit

andere landen hier implementeren, want hier leven weer andere ziekmakende stammen dan in bijvoorbeeld Amerika.'

#### WEINIG ONDERZOEK

Niet alleen over het wel of niet geven van antibiotica, maar ook over de duur van behandeling bestaat geen algehele consensus. De Nederlandse richtlijnen houden een maximumbehandelingsduur van vier weken antibiotica aan. Het type antibioticum is afhankelijk van de klacht en het stadium waarin de patiënt verkeert.

Volgens Van Steenberg zijn er weinig harde gegevens over de behande-

### 'Vier weken antibiotica is arbitrair'

lingsduur van een borrelia-infectie. 'Vier weken behandelen is arbitrair', zegt Van Steenberg. 'Maar de keuze is gemaakt op basis van de beschikbare literatuur.'

Klusman pareert deze beslissing. Volgens hem bestaat er geen studie waaruit blijkt dat vier weken antibiotica in vrijwel alle gevallen voldoende is. 'Er zijn veel harde aanwijzingen dat deze bacterie dit makkelijk kan overleven. Als het bewijs van een maximum van vier weken ontbreekt, waarom zou je dan niet langer antibiotica geven als de patiënt nog klachten heeft?', vraagt hij zich hardop af.

Klusman begrijpt niet waarom de CBO-richtlijn en het LCI-protocol niet in de pas lopen met de ILADS-richtlijn. Discussie hierover bleef tot nu toe uit, meent Klusman: 'Ik hoop dat er een inhoudelijke discussie op academisch

niveau komt. En ik hoop dat er gedegen wetenschappelijk onderzoek komt. Dat is hard nodig. Het vreemde aan de ziekte is dat die zich beweegt op het terrein van veel specialismen. Voor alle specialismen is de aandoening een randgebied. Ik denk dat het daarom zo weinig onderzoek genereert.'

#### WIT LAKEN

Terwijl de discussie over de behandeling na een tekenbeet voortduurt, neemt de incidentie toe. Dat blijkt uit het recentste RIVM-onderzoek, dat overigens dateert uit 2001. Vier jaar geleden meldden zich bij de huisartsen zo'n 61.000 patiënten met tekenbeten. Twaalfduizend van hen vertoonden rode kringen om de beetplek. In 1994 daarentegen, meldden zich zo'n zesduizend patiënten met erythema migrans. In de jaren tachtig en negentig nam de aandacht voor en bekendheid over Lyme-borreliose toe.

Het RIVM houdt niet bij waar de besmette tekenhaarden te vinden zijn. Dat is volgens LCI-arts Van Steenberg een onbegonnen zaak.

'Het is ondoenlijk om regelmatig met een wit laken het bos in te lopen om de teken, larven en nimfen op te vangen en ze daarna te gaan onderzoeken. Bovendien kan het zelfs per bos verschillen waar de besmette teken zitten.'

Het ligt daarom voor de hand om infectieel te voorkomen. De artsenorganisaties en de patiëntenvereniging die bij het opstellen van de Nederlandse richtlijnen waren betrokken, adviseren een voorlichtingscampagne over tekenbeten- en infecties. Van Steenberg hoopt dat het landelijk Centrum voor Infectieziektenbestrijding, waarvan het LCI deel uitmaakt, volgend jaar tijd en geld heeft om een voorlichtingscampagne over voorkomen van tekenbeten te starten. ■

## VAN KNAAGDIER NAAR TEEK NAAR MENS

Lyme-borreliose kenmerkt zich door een diversiteit aan symptomen, waaronder erythema migrans, lymfocytom, acrodermatitis chronica atroficans, neurologische manifestaties, artritis, carditis en congenitale afwijkingen tijdens zwangerschap. De belangrijkste bron van infectie met borrelia is de tekenbeet. Tekenen, die zich vooral ophouden in bossen en duinen, raken besmet door knaagdieren. In het larvestadium nestelen de teken zich in de vacht van de knaagdieren. Via het bloed raken de larven besmet met de borrelia-bacterie. De teken houden de bacterie hun leven lang bij zich. Knaagdieren verliezen de teken als zij langs bladeren en struiken schuren. Daar wachten de teken op de komst van mens en dier.



BEELD: PHIL