

Hoofdstuk 2

Met zevenmijlslaarzen het reisadvies in stappen

L.J. Boomsma

Samenvatting Het aantal reizigers en reizen neemt nog steeds toe; ook ouderen met comorbiditeit maken lange reizen. Niet alle reizigers winnen advies in. Reisadvies wordt vaak beschouwd als prikken en pillen, maar daarmee voorkomen we maar een klein deel van het reizigersrisico. Voorlichting is belangrijk (wellicht belangrijker) en niet alleen voorbehouden aan de huisarts met specifieke expertise. Ingewikkelde casuïstiek vraagt om risicoschatting door een ervaren huisarts met oog voor de problemen op reis en de morbiditeit van de patiënt. In vogelvlucht worden de belangrijkste aandachtspunten besproken.

2.1 Inleiding

Het aantal reizigers naar verre landen neemt al jarenlang toe.[1] De curve vakt als een gevolg van recente economische ontwikkelingen in verschillende delen van de wereld wat af. Ook onrust in landen met een toeristische bestemming en/of natuurrampen, zoals de recente aardbevingen in Haïti en Japan, hebben hun weerslag op het aantal reizigers. Desalniettemin gaan jaarlijks ongeveer twee miljoen Nederlanders op reis naar een land waarvoor vaccinaties worden geadviseerd. De meeste reizigers hebben bij een reisadvies een beeld van ‘prikken en pillen’. Maar kijkend naar de gezondheidsrisico’s op reis scoort diarree het hoogst: 20-60% van alle reizigers heeft in meer of mindere mate last van diarree.[2] Als tweede op de lijst van veelvoorkomende gezondheidsrisico’s (1-3% van de reizigers) op reis staat malaria, en op de derde plaats dengue (knokkelkoorts). De aandoeningen waarvoor vaccinaties mogelijk zijn, scoren lager. Overigens vallen de meeste dodelijke slachtoffers te betreuren als gevolg van ongevallen in het verkeer (1:100.000 reizigers per maand). ‘Prikken en pillen’ beschermen dus maar voor een klein gedeelte van de gezondheidsrisico’s van reizigers. Wellicht is het geven van voorlichting aan reizigers veel belangrijker dan het geven van vaccinaties en het voorschrijven van medicatie.

L.J. Boomsma (✉)
NHG, Utrecht, The Netherlands

Een bijkomend probleem is dat maar een deel van de reizigers daadwerkelijk advies inwint alvorens op reis te gaan naar een verre bestemming. Dat geldt vooral voor reizen naar landen rond de Middellandse Zee en dan nog sterker voor patiënten van allochtone herkomst die teruggaan naar hun familie in Marokko en Turkije. Ook mensen die al langer in Nederland wonen en op familiebezoek gaan in (West-) Afrika zijn zich vaak onvoldoende bewust van het risico om malaria te krijgen of een andere infectieziekte.

De groep reizigers toont een verschuiving. Waar in het verleden gezonde jonge mensen het avontuur zochten en verre reizen maakten, gaan nu ook ouderen met één of meer chronische aandoeningen op pad naar de verste uithoeken van de aarde. Bij hen gaat het niet om een reisadvies ter preventie van inheemse aandoeningen, maar juist om een risicoschatting van een reis met de aandoening die zij al hebben. Bij een reis naar verre tropische gebieden vragen deze patiënten waarschijnlijk wel advies, maar het is minder vanzelfsprekend bij minder verre of minder exotische bestemmingen zoals de Antillen. Maar vanwege hun aandoening en medicatie kleven er ook aan een verblijf in het Caribische gebied een aantal risico's die vragen om preventie en voorlichting.

De laatste jaren is het aantal huisartsenpraktijken dat zich bezighoudt met het geven van specifieke adviezen op maat aan reizigers toegenomen en met de taakverdeling en differentiatie van de verschillende aandachtsgebieden voor de huisarts zal er in de meeste hagro's of samenwerkingsverbanden wel een huisarts zijn met ervaring in het geven van reisadviezen. Niettemin kan elke huisarts (of diens praktijkassistente) een belangrijke rol vervullen bij het geven van adviezen aan die patiënten die geen gespecialiseerd advies inwinnen. Dit geldt dan in het bijzonder voor mensen met een chronische aandoening die een reis gaan maken die niet gekenmerkt wordt door 'enge' inheemse aandoeningen en patiënten van allochtone herkomst die hun land van herkomst gaan bezoeken.

2.2 Reisadvies in stappen

Gedegen reizigersadvisering verloopt in stappen en bestaat uit een aantal contacten met de patiënt voor het geven van advies en het toedienen van vaccinaties. Een aantal taken lenen zich zeer goed voor delegatie aan de praktijkassistente of -ondersteuner. Het 'brutoadvies' van de praktijkmedewerker wordt beoordeeld door de huisarts/reizigersadviseur en wordt zo tot een 'nettoadvies'. Hierbij houdt men rekening met bijzondere omstandigheden van de reis of de reiziger.

2.2.1 Stap 1

De eerste stap is het verzamelen van informatie over reis en reiziger met behulp van het intakeformulier. Er zijn gestandaardiseerde formulieren beschikbaar via het Landelijk Centrum voor Reizigersadvisering (LCR, www.lcr.nl) die ook opgenomen

zijn in de NHG-Praktijkwijzer Reizigersadvisering (www.nhg.org). Het gaat om persoonsgegevens, reisgegevens, vaccinatiestatus, medische gegevens en eventueel medicijngebruik of allergieën. Let op het ondertekenen door de reiziger om misverstanden over de reis en het verloop te voorkomen. Dat speelt bijvoorbeeld als de reiziger aangeeft in een regio te verblijven (bijvoorbeeld aan de kust), waarvoor geen malariaprofylaxe nodig is en later toch een reis naar het binnenland maakt, waar wel een risico op transmissie van malaria bestaat.

2.2.2 Stap 2

Bij de tweede stap wordt een voorstel gemaakt voor de benodigde vaccinaties en de aangewezen malariaprofylaxe (het ‘brutoadvies’). Tijdens het reisconsult wordt aan de hand van het brutoadvies het reisschema precies doorgenomen. Vervolgens wordt uitgaande van de gegevens van de reiziger een ‘nettoadvies’ op maat gemaakt.

2.2.3 Stap 3

Het geven van voorlichting over algemene gezondheidsaspecten op reis is de derde stap. Immers, vaccinaties en malariaprofylaxe beschermen maar voor een klein deel tegen de mogelijke risico’s die reizigers lopen. Denk bij algemene aspecten aan de volgende informatie:

Acclimatisering. Hier gaat het om onderwerpen als het reizen per vliegtuig (zie kader) en jetlag, de aanpassing aan het klimaat, eventuele gevoeligheid voor temperatuur van medicatie, en/of het verblijf op grote hoogte met aandacht voor de symptomen van hoogteziekte.

(Relatieve) contra-indicaties voor vlieguren.

Longziekten

- COPD, respiratoire insufficiëntie (diffusie < 50%)
- pneumonie en pneumothorax
- recente thoraxoperatie

Hart- en vaatziekten

- instabiele angina pectoris, recent hartinfarct
- hartfalen vanaf graad II
- recent doorgemaakt CVA

Maag-darmziekten

- recente buikoperatie of groter bloedingsrisico
- colostomie

Zwangerschap > 36 weken, of > 32 weken bij tweeling of eerdere vroeggeboorte

- een pasgeboren kind in de eerste week post partum

Anemie bij een Hb lager dan 6 mmol/l

Besmettelijke ziekten, neurologische ziekten of psychische problematiek (zie de LCR-protocolenklapper, www.lcr.nl)

Bron: *NHG-Praktijkwijzer Reizigersadvisering*[4]

Hoogteziekte kan zich voordoen bij reizen naar hoogten boven de 2500 meter. De beste preventie van ziekteverschijnselen is geleidelijk stijgen (maximaal 300 m/dag) met regelmatige stops onderweg ter acclimatisering. Bij het optreden van beginnende verschijnselen van hoogteziekte (hoofdpijn, misselijkheid en braken, duizelingen) moet de patiënt snel 200 tot 300 meter afdalen. Therapeutisch staat tegenwoordig acetazolamide ter beschikking (zie verder). Bij ernstiger vormen van hoogteziekte, zoals longoedeem of hersenoedeem, is het aan te bevelen om minstens 1000 meter af te dalen, al dan niet onder toediening van zuurstof en medicatie (nifedipine viermaal daags 20 mg bij longoedeem, dexamethason viermaal daags 4 mg na een oplaaddosis van 8 mg bij hersenoedeem). Soms is geleidelijk stijgen niet mogelijk, zoals bij het maken van een vliegreis naar een bestemming op grote hoogte (in de Andes bijvoorbeeld). Een goed advies is dan om ten minste twee nachten te acclimatiseren met beperkte inspanning en ruime vochtinname. Eventueel kunt u als huisarts overwegen om preventieve medicatie (acetazolamide tweemaal daags 250 mg of 250 mg 's ochtends en 125 mg 's avonds vanwege nycturie) voor te schrijven. Hiermee moet men één dag voor aankomst starten en men moet dit ten minste drie tot vier dagen continueren, afhankelijk van het stijgingsschema.[3]

Medicatieadvies. Denk bij patiënten die medicatie gebruiken aan adviezen over het bewaren van bijvoorbeeld insuline en het onderbreken van diureticagebruik bij diarree of grote hitte.

Voeding. Voor voeding geldt het Nederlandse acroniem BAKSLA: 'Bak het, kook het, schil het of... laat het achterwege'. Dit is het belangrijkste advies ter voorkoming van reizigersdiarree, waar de meeste reizigers helaas mee te maken krijgen. Let op ijs(blokjes), groenten en salades. Drink vooral water uit afgesloten flessen (check de dop!) of water waarvan zeker is dat het heeft gekookt (thee). Geef eventueel de NHG-Patiëntenbrief reizigersdiarree mee (www.nhg.org/voorlichting). Let op maagzuurremmende medicatie en het grotere risico op diarree, dan wel een mogelijke indicatie voor buiktyfusvaccinatie.

Activiteiten. Zwemmen in zoet water in tropische gebieden levert een risico op schistosomiasis op. Voorkom het lopen op blote voeten in verband met het risico op mijnworm of larven. Vaak zijn spannende activiteiten zoals duiken, parachutespringen of raften, opgenomen in het reisprogramma. De condities van het materiaal zijn niet altijd optimaal en niet onderhevig aan wettelijke voorschriften, dus past gezond verstand om het risico te beoordelen. Denk daarbij ook aan verzekeringsvoorwaarden.

Kleding en schoeisel. Om beten en vooral muggensteken te voorkomen zijn adequate kleding en schoeisel noodzakelijk. Malaria en dengue worden door muggen overgebracht. Draag lange mouwen en broekspijpen, eventueel overdag (dengue), maar zeker rond de schemering (malaria).

Onbeschermde seksuele contacten. Onbeschermde seksuele contacten zijn (zeker op reis) risicovol. Soa's komen vaker voor in tropische gebieden. Het gaat dan niet alleen om gonorroe en *Chlamydia*, maar ook om hiv, lues, herpes genitalis, hepatitis B, weke sjanker, schaamluizen en dergelijke. Veilige seks en condoomgebruik moeten! (Let op: goede kwaliteit van condooms is in de tropen niet vanzelfsprekend). Vaccinatie tegen hepatitis B, eventueel in combinatie met hepatitis A is gewenst. Denk aan de NHG-Patiëntenbrieven over soa op www.nhg.org.

Dieren. In Nederland hebben dieren vaak een hoge aaibaarheidsfactor, maar die neiging kan men in tropische gebieden beter onderdrukken. Dat is vooral van belang voor meereizende kinderen. Maar ook fietsers kunnen doelwit zijn van loslopende honden die onverwacht agressief zijn. Onder hen komt rabiës in bepaalde gebieden, zoals Bali, steeds vaker voor. Tegen tekenbeten kan men zich beschermen door kleding en door hoog gras met scrubbosjes te vermijden. Inspecteer na een wandeling de huid op teken. Ter preventie van slangenbeten en schorpioensteken is het dragen van goede schoenen en een goede zaklantaarn bij (beperkte) avondwandelingen aan te bevelen. Adviseer in de ochtend de schoenen uit te schudden alvorens ze aan te trekken (schorpioenen).

Verkeer. Het verkeer in tropische landen maakt de meeste slachtoffers onder reizigers. De conditie van het wagenpark en van de wegen en het rijgedrag maken het rijden onveilig. Adviseer om zo min mogelijk in het donker te rijden. Ook hier past gezond verstand ter afweging van de risico's.

2.2.4 Stap 4

De vierde stap betreft het bestellen en toedienen van vaccinaties. Uitgaande van eerdere vaccinaties (het 'gele boekje') en mogelijke reacties op eerdere toediening van vaccins en van de reisbestemming worden vaccinaties besteld en in één of meerdere zittingen toegediend. Het gelekoortsvaccin is een levend vaccin en kan (gelijktijdig) gecombineerd worden met dode vaccins. Eventueel houdt men na toediening van een levend vaccin een periode van drie weken aan voordat vervolgens (dode) vaccins worden toegediend. Let op dat de gelekoortsvaccinatie pas geldig is vanaf tien dagen na de datum die in het vaccinatieboekje is vermeld. Gelekoortsvaccinatiecentra vragen een aparte certificering/registratie.[4]

Soms verdient het overweging om de hepatitis-A-vaccinatie te combineren met hepatitis B, vanwege de extra bescherming en de geringe meerkosten. Opvallend is dat bij trage responders op hepatitis-B-vaccinatie na een gecombineerde vaccinatie antistofniveaus laag zijn. Rabiësvaccinatie dient steeds vaker overwogen te worden omdat het gevaar op besmetting met rabiës in veelbezochte vakantiebestemmingen aan de orde is. Dit veronderstelt voor vertrek drie vaccinaties en instructie hoe te handelen bij een (honden)beet en bij de postexpositievaccinaties.

Patiënten die antistolling gebruiken kunnen beter niet intramusculair, maar wel diep subcutaan gevaccineerd worden. Dat is meestal geen probleem, maar voor sommige vaccins geeft een subcutane injectie een lagere respons; dit is bijvoorbeeld het geval bij hepatitis A en rabiës. Overweeg in dat geval titercontrole. Gebruik van trombocytenuitstroomremmers is geen reden om af te zien van intramusculaire injecties, tenzij er sprake is van een combinatie met andere bloedverdunnende medicijnen, zoals clopidogrel.

2.2.5 Stap 5

Bij deze vijfde stap gaat het om het voorschrijven van malariaprofylaxe. Dit vraagt om het nauwkeurig beoordelen van de reisbestemming(en) en de mogelijke excursies. Soms zijn alleen muggenwerende maatregelen voldoende, zoals kleding met lange mouwen en broekspijpen en DEET (diëthyltoluamide in een concentratie van 30%). Zorg zo veel mogelijk voor muggenvrije slaapkamers; een klamboe is daarbij behulpzaam. Chloroquine en proguanil zijn, in tegenstelling tot vroeger, vanwege resistentie van de parasieten alleen in bepaalde gebieden bruikbaar. Mefloquine vraagt vanwege het (weliswaar zeldzaam) optreden van bijwerkingen een proefperiode van drie weken. Atovaquone/proguanil (Malarone[®]) wordt over het algemeen goed verdragen en is in veel gebieden werkzaam; het middel is relatief duur en slechts geregistreerd voor een beperkte periode van 28 dagen achtereen. Er is, alhoewel in beperkte mate, ervaring opgedaan met gebruik over langere periodes.

Een mogelijke zwangerschap stelt aparte eisen aan de risicoafweging vanwege de teratogeniteit van medicatie en de verhoogde gevoeligheid voor en het ernstiger beloop van malaria in de zwangerschap. Zwangerschap moet zelfs worden voorkomen na het gebruik van Malarone[®] (twee weken na stoppen) en mefloquine (drie maanden na stoppen) vanwege mogelijke teratogeniteit in de eerste drie maanden. Daarom is het voor (nog) niet-zwangeren zaak om bij gebruik van Malarone[®] extra goed te zorgen voor betrouwbare anticonceptie. Moet chemoprophylaxe altijd worden voortgezet tot een maand na vertrek uit het malariagebied, voor Malarone[®] is zeven dagen na vertrek uit het malariagebied voldoende. Patiënten zonder (functiонерende) milt, bij wie malaria snel een fataal verloop kan hebben, dienen alleen te reizen indien zij optimale profylaxe gebruiken. Het valt te overwegen dat zij een noodbehandeling bij zich dragen in gebieden met resistentie. Personen die van oorsprong afkomstig zijn uit endemische malariagebieden, verliezen al snel hun opgebouwde semi-immuniteit. Wanneer zij in een gebied zonder malariatransmissie hebben gewoond, gelden voor hen dezelfde voorzorgen als voor personen die niet-immuun zijn. Denk hierbij – naast reizigers – ook aan terugkerende asielzoekers!

2.2.6 Stap 6

De zesde stap betreft de bijzondere groepen reizigers. Zwangeren vormen op zich geen risicogroep, maar zwanger op reis gaan brengt wel extra risico's met zich mee.

Verloskundige zorg is in veel landen van een ander niveau dat men in Nederland gewend is. Dat leidt tot problemen bij een eventuele miskraam of andere complicaties, maar ook zijn er reisspecifieke aandachtspunten (zie kader).

Zwangerschap en tropenreizen

Contra-indicaties voor geneesmiddelen:

- malariamiddelen: mefloquine (0 tot 3 maanden), tetracycline/doxycycline, Malarone®
- andere: quinolonen, metronidazol (bij 0 tot 4 maanden), loperamide (relatief)

Contra-indicaties voor vaccinaties:

- vaccinaties levend virus: BMR, BCG, oraal tyfusvaccin, oraal poliovaccin, vaccins met thiomersal

Relatieve contra-indicatie voor vaccinatie:

- gele koorts, tekenencefalitis (FSME), Japanse encefalitis

Hogere infectierisico's voor:

- malaria: tref strikte maatregelen
- diarree: geef ORS en azitromycine mee

Gevaren van abortus en partus tijdens de reis:

- koorts (abortus)
- bloedingen (geen transfusie vanwege risico op hepatitis B, hepatitis C en hiv via besmette naalden of bloedproducten)

Verblijf op grote hoogte ontraden

Bron: NHG-Praktijkwijzer Reizigersadvisering 20084

Bij jonge kinderen vormen infectieziekten die al dan niet gepaard gaan met koorts en uitdroging de belangrijkste risico's. Een tropenreis brengt voor een kind tot de leeftijd van 6 maanden een verhoogd risico op ziekte en complicaties met zich mee. Mazelen komt in de tropen (bijvoorbeeld in landen in Sub-Sahara-Afrika) nog veel voor en kan zeer ernstig verlopen. Bij jonge kinderen kan het om die reden nodig zijn om de basisimmunisatie met BMR-vaccin vervroegd uit te voeren en daarna het normale vaccinatieschema aan te houden. Kinderen met koorts in de tropen hebben een malaria-infectie tot het tegendeel is bewezen (malariaonderzoek is ter plaatse vaak goed mogelijk). Kinderen krijgen een aangepaste dosering bij malariaprofylaxe. Voor kinderen met een koortsstuip in de anamnese valt te overwegen een rectiole diazepam (5 mg tot 3 jaar, 10 mg ouder dan 3 jaar) in de reisapotheek op te nemen. Diarree bij kleine kinderen kan in warme gebieden extra snel leiden tot dehydratie. Bij de voorlichting moet u duidelijk wijzen op het (juiste) gebruik en de bereidingswijze van ORS (*oral rehydration solution*, orale rehydratievloeistof).

Zoals eerder gezegd gaan steeds meer ouderen met een aandoening op reis. Een aantal aandoeningen en patiëntengroepen vragen om speciale voorzorgsmaatregelen. Het gaat om diabetes mellitus, hart- en vaatziekten, COPD, maag- en darmziekten en patiënten met een verminderde weerstand.

Bijzondere reizen vragen vanwege een ongewone duur of ongewone verblijfsomstandigheden om een aangepast advies of extra maatregelen. Bijzondere reizen zijn een reis die langer duurt dan een maand, familiebezoek, een reis met intensief contact met de lokale bevolking, werk- of stageperiode of een verblijf onder primitieve omstandigheden. Deze reisadviezen vormen een uitdaging voor de huisarts die reizigers adviseert, maar dit valt buiten het bestek van dit hoofdstuk.

Een bijzondere reis is de pelgrimstocht naar Mekka, de hadj. De combinatie van miljoenen mensen in slechte hygiënische omstandigheden en flinke inspanning in de hitte kan allerlei problemen veroorzaken. Naast de gewone vaccinaties vraagt vaccinatie tegen meningitis speciale aandacht met een quadrivalent vaccin tegen meningokokken type A, C, W135 en Y. Dit mag niet langer dan drie jaar geleden zijn toegediend en niet korter dan tien dagen vóór aankomst in Saoedi-Arabië. Een van de rituelen is het kaalscheren van het hoofd door mannen. Adviseer een officiële kapper te bezoeken en dring aan op een nieuw mesje. Het kale hoofd is extra gevoelig voor de felle zon, denk aan een (witte) parasol. Menstruatie is onrein en niet toegestaan tijdens de hadj. Schrijf eventueel een anticonceptivum voor of maak gebruik van Primolut®. Seks is overigens verboden tijdens de hadj.

Een bijzondere omstandigheid is het zogeheten last-minuteconsult. Wanneer een reiziger op zeer korte termijn moet vertrekken (vaak door werk- of familieomstandigheden) is het van belang zo veel mogelijk alle vaccinaties toch te geven: in principe is het nooit te laat om te vaccineren, alle vaccins geven vanaf het moment van injectie gehele of gedeeltelijke bescherming. Als een serie vaccinaties moet worden gegeven (hepatitis B of rabiës) en de benodigde (tussen)tijd voor vaccinaties ontbreekt, moet u afwegen wat verstandig is en wat absoluut onmisbaar. Bij de malariaprofylaxe is in sommige gevallen het risico van ongewenste bijwerkingen door het versneld geven van een oplaaddosis mefloquine te verkiezen boven het risico dat gelopen wordt als men zonder goede profylaxe op reis gaat; vaak kan beter Malarone® of eventueel doxycycline worden gegeven.

2.2.7 Stap 7

Deze stap betreft de reisapotheek en eventuele ziekten tijdens de reis. Voor gezonde reizigers kan de reisapotheek in de tropen beperkt zijn. Naast malariaprofylaxe gaat het om sachets met orale rehydratiezouten (ORS), loperamide, paracetamol, pleisters, verbandmiddelen en een desinfectiemiddel (DEET) met muskietennet en -spray of muggenolie. Denk aan orale anticonceptie en condooms. Chronisch zieken moeten rekening houden met de dagelijkse onderhoudsmedicatie en met een eventuele noodbehandeling in geval van complicaties of exacerbaties. Goede instructie over indicatie, tijdstip en wijze van gebruik is uiteraard van belang. Geef

zo mogelijk een lijst van de medicijnen en het gebruik mee. Bij het gebruik van morfine en morfineachtige stoffen en amfetamine zijn aparte verklaringen vereist; dat geldt ook voor spuiten en naalden bij insulinegebruik (zie www.lcr.nl). Houd rekening met de beschikbaarheid en (on)bereikbaarheid van medische voorzieningen op de reisbestemming.

2.2.8 Stap 8

Hierbij gaat het om eventuele problemen na de reis. Het belangrijkste advies na terugkeer betreft het continueren van de malariaprofylaxe tot minstens vier weken (Malarone® één week) na vertrek uit het gebied waar malaria voorkomt. Als er geen klachten zijn, is verder contact met de huisarts niet nodig. In geval van terugkeer na een lange, avontuurlijke reis of langdurig verblijf, of als iemand tijdens de reis ernstig ziek is geweest, is het aan te bevelen de huisarts te bezoeken.

2.3 Koorts na terugkomst

Vele tropische ziekten kunnen koorts veroorzaken. Weinig reizigers (circa 3%) maken een koortsperiode door tijdens of na de reis. Bij ongeveer 40% van hen wordt geen oorzaak gevonden. Is die verwekker er wel, dan ging het meestal om malaria (60%), hepatitis (12%) en diarreeziekten (9%).^[5] Hoewel koortsende tropische ziekten in Nederland zeldzaam zijn, is een afwachtend beleid niet verantwoord vanwege de ernst van levensbedreigende complicaties bij drie aandoeningen: malaria, (buik)tyfus en het amoebenabces.

Malaria tropica kan als profylactische middelen zijn gebruikt tot drie maanden na de reis optreden. Na een incubatietijd van ongeveer een week treedt koorts op met een griepachtig beeld. Voor het stellen van de diagnose is een dikkedruppel-preparaat nodig, dat bij een vermoeden van malaria tropica direct moet worden gemaakt. Indien de uitslag in eerste instantie negatief is, moet de test na twaalf uur herhaald worden. Een patiënt met malaria tropica moet worden verwezen en eventueel opgenomen. Niet alle ziekenhuizen hebben expertise voor diagnostiek en (intraveneuze) behandeling van malaria. Overleg hierover bij verwijzing.^[6]

Bij (buik)tyfus gaat het om een infectie door *Salmonella typhi* via besmet voedsel. Besmetting met paratyfus geeft een vergelijkbaar klinisch beeld met een milder beloop. De vaccinatie tegen tyfus geeft maximaal 70% bescherming. Na een incubatietijd van ongeveer twee weken krijgt de patiënt koorts, meestal met hoofd- en spierpijn, in eerste instantie vaak zonder gastro-intestinale verschijnselen. De diagnose is te stellen door het kweken van bloed en ontlasting, dan wel door serologie. Behandeling met antibiotica is goed mogelijk, maar de gevoeligheid van de bacterie kan wisselen.

De laatste ernstige tropische infectie met koorts is het amoebenabces. Dit treedt meestal pas maanden na de besmetting op; er is dus tijd voor de diagnostiek. De diagnose is te stellen met een (spoed)echografie.

Er zijn verschillende, meestal minder ernstig verlopende infecties met koorts, zoals dengue (knokkelkoorts), waarvoor meestal geen behandeling nodig is. Personen die eerder dengue van een ander type doormaakten, kunnen een ernstige hemorragische vorm krijgen met een hoge mortaliteit. Uitgebreide differentiaaldiagnostiek van koortsende ziekten na terugkeer uit de tropen is geen taak voor de huisarts. Het gaat erom dat de huisarts op basis van het reisverhaal en de profylaxe de kans op een ernstige ziekte kan inschatten en dan snel handelt. Bij twijfel moet worden overlegd met een centrum voor tropische ziekten.

2.4 Icterus

Infectieuze hepatitis komt door de slechte hygiënische omstandigheden in (sub) tropische gebieden veel voor. Veel jonge kinderen worden besmet tijdens familiebezoek in de landen rond de Middellandse Zee. Meestal verloopt een hepatitis-A-infectie bij kinderen zonder symptomen, maar deze is dan wel besmettelijk. Ter preventie kan de huisarts de mogelijkheid van vaccinatie bespreken om besmetting van andere kinderen bij terugkeer in Nederland te voorkomen. Hepatitis E komt vooral voor in India en Zuidoost-Azië en lijkt klinisch op hepatitis A. Hepatitis B, C en D worden parenteraal overgedragen.

De beste preventie van hepatitis bestaat uit hygiënische maatregelen en voorlichting over risicogedrag, en bij hepatitis B over condoomgebruik en vaccinatie van risicogroepen.

2.5 Besluit

Afgezien van de grote kans op reizigersdiarree gaan de meeste reizigers zonder problemen op reis en komen gezond terug. Reisadvisering is dankbaar werk ter voorkoming van ongemakken onderweg en problemen op lange termijn. Het vraagt om een proactieve houding van de huisartsenpraktijk, zeker nu veel ouderen met verschillende aandoeningen ook verre reizen maken. Ook de huisarts die niet als reizigersadviseur is geregistreerd kan al veel betekenen. Voor een advies op maat bij een ingewikkelde casus is extra kennis nodig door scholing als reizigersadviserend huisarts. In de Praktijkwijzer Reizigersadvisering van het NHG wordt dit traject uit de doeken gedaan.[4]

Inzichten in importziekten

voor de huisartspraktijk

Veld, C.J.; van Thiel, P.P.A.M. (Eds.)

2014, VII, 86 p. 8 illus. in color., Softcover

ISBN: 978-90-368-0854-5