

Addendum bij de NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties

Egbert de Jongh, Wim Opstelten

Addendum bij de NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties. Aanpassing beleid bij tekenbeet. Dit addendum is verschenen op de NHG-website, april 2014.

Aanpassing beleid bij tekenbeet

Inleiding

Conform de multidisciplinaire CBO-richtlijn Lymeziekte (2013) is het beleid bij een tekenbeet aangepast: waar voorheen preventief gebruik van antibiotica werd ontraden, zijn ‘*watchful waiting*’ en antibioticumprofylaxe nu gelijkwaardige opties wanneer de teek langer dan 24 uur op de huid heeft gezeten én deze profylaxe binnen 72 uur na het verwijderen van de teek kan worden gestart.¹ Vooral de toegenomen kans op besmetting met het voor Lymeziekte verantwoordelijke micro-organisme, de spirocheet *Borrelia Burgdorferi*, heeft tot deze aanpassing geleid. Het antibiotische beleid bij erythema migrans is niet veranderd. De plaats van serologisch onderzoek blijft zeer beperkt.

Preventief antibiotica

Het aantal patiënten in Nederland dat de huisarts bezocht wegens een tekenbeet steeg van 191/100.000 in 1994 naar 564/100.000 in 2009.¹ De werkelijke incidentie ligt waarschijnlijk een factor 15 hoger.² De incidentie van erythema migrans wordt in de 2 genoemde jaren geschat op respectievelijk 39 en 134 per 100.000 patiënten per jaar.^{3,4}

Dat antibiotische profylaxe het risico op Lymeziekte vermindert, indien daarmee begonnen wordt binnen 72 uur na het verwijderen van de teek, is voornamelijk gebaseerd op 1 Amerikaanse RCT in een gebied waar 50% van de teken met *Borrelia* besmet zijn. Personen van 12 jaar of ouder die een teek in de voorafgaande 72 uur hadden verwijderd (n = 482) werden behandeld met eenmalig doxycycline 200 mg of placebo. In het onderzoek werden alleen patiënten geïncludeerd die de verwijderde teek ter analyse konden laten zien. Erythema migrans trad na 6 weken op in 3,2% in de controlegroep en in 0,4% in de doxycyclinegroep (p < 0,04; *number needed to treat* (NNT) 36; 95%-BI 19 tot 220). Van de behandelde groep ondervond 30% bijwerkingen (vooral misselijkheid en braken) tegen 11% van de placebogroep (p < 0,001).⁵ Hieruit kan een *number needed to harm* van 5 worden berekend.

In dit onderzoek werd alleen gekeken naar het optreden van erythema migrans. Daarom kan geen uitspraak worden gedaan over de waarde van antibioticaprofylaxe op het voorkómen van andere uitingsvormen van Lymeziekte. Ook is het onbekend wat het effect van antibiotica is indien gegeven na 72 uur na de tekenbeet.

De Nederlandse situatie verschilt van de Amerikaanse, omdat in Nederland een andere teek en een andere *Borrelia*-soort voorkomt. Daarnaast is in Nederland het risico op het ontwikkelen van erythema migrans lager dan in het besproken Amerikaanse onderzoek (2,6% versus 3,2%).⁶ Daardoor zou in Nederland de NNT hoger kunnen liggen dan 36. De waarde van profylactische behandeling met antibiotica in de Nederlandse situatie wordt onderzocht in het Tick Test & Prophylaxis Proof onderzoek (www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/tick-test-prophylaxis-proof/samenvatting/). De kans op Lymeziekte na een tekenbeet neemt sterk toe naarmate de aanhechting van de teek langer duurt. De termijn langer dan 24 uur is in de CBO-richtlijn gekozen om personen te selecteren met een hogere kans op Lymeziekte.

Van doxycycline is de profylactische effectiviteit aangetoond. Van azitromycine wordt effectiviteit verondersteld op grond van farmacokinetische en farmacodynamische eigenschappen.

Serologisch onderzoek

Na een *Borrelia*-infectie kan de specifieke serologische respons wekenlang achterwege blijven. Zo bedraagt de sensitiviteit van serologisch onderzoek bij erythema migrans ongeveer 50% en is deze bij een *Borrelia*-infectie zonder klinische verschijnselen waarschijnlijk nog lager. Seronegativiteit sluit een *Borrelia*-infectie dus niet uit. Evenmin is seropositiviteit van veel waarde, omdat de aanwezigheid van specifieke antistoffen geen zeker kenmerk is van een actuele of recente infectie. Antistoffen kunnen immers een overblijfsel zijn van een eerder doorgemaakte (al dan niet symptomatische) en inmiddels niet meer actieve *Borrelia*-infectie. Ook bij seroconversie kan ziekte achterwege blijven. Serologisch onderzoek wordt bij de diagnostiek van een *Borrelia*-infectie dus ontraden.

Omdat een titerdaling geen relatie heeft met de activiteit van een *Borrelia*-infectie, is serologisch onderzoek eveneens zinloos bij de evaluatie van de behandeling van Lymeziekte.

Alleen bij vermoeden van een vroege gedissemineerde Lymeziekte (zoals lymecarditis, lymeartritis, perifere facialisparesis of multipel erythema migrans) kan (eventueel herhaalde) bepaling van *Borrelia*-antistoffen bijdragen aan het stellen van de diagnose. De uitslag van serologisch onderzoek zal dan geïnterpreteerd moeten worden in het licht van de inschatting van de voorafkans op een actieve Lymeziekte.

Erythema migrans

Het antibiotische beleid bij erythema migrans is: doxycycline 2 dd 100 mg gedurende 10 dagen. Bij contra-indicaties voor doxycycline (allergie, zwangerschap of lactatie) of bij kinderen jonger dan 9 jaar: amoxicilline 50 mg per kg lichaamsgewicht per dag (maximaal 3 dd 500 mg) gedurende 14 dagen. Bij overgevoeligheid voor amoxicilline kan azitromycine gegeven worden: 1 dd 500 mg gedurende 5 dagen (bij kinderen 10 mg per kg lichaamsgewicht per dag).

Implicaties voor de praktijk

Indien een teek langer dan 24 uur op de huid heeft gezeten én deze niet langer dan 72 uur geleden verwijderd is, kan worden gekozen uit 2 gelijkwaardige opties: watchful waiting of preventief een eenmalige dosis antibiotica. Bespreek met de patiënt de voor- en nadelen van beide mogelijkheden. Indien tot antibiotische profylaxe wordt besloten, geef dan aan niet-zwangere personen van 8 jaar of ouder 1 dosis doxycycline van 200 mg. Geef zwangeren 1 dosis azitromycine van 500 mg en kinderen jonger dan 8 jaar 1 dosis azitromycine 10 mg/kg.

Serologisch onderzoek heeft geen plaats bij erythema migrans of na een tekenbeet zonder (lyme)ziekteverschijnselen.

Literatuur

- 1 CBO. Richtlijn Lymeziekte (2013). www.diliguide.nl/document/1314.
- 2 Den Boon S, Schellekens JF, Schouls LM, Suijkerbuijk AW, Docters van Leeuwen B, Van Pelt W. Verdubbeling van het aantal consulten voor tekenbeten en Lyme-borreliose in de huisartsenpraktijk in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004;148:665-70.
- 3 Hofhuis A, Van der Giessen JW, Borgsteede FH, Wielinga PR, Notermans DW, Van Pelt W. Lyme borreliosis in the Netherlands: strong increase in GP consultations and hospital admissions in past 10 years. *Euro Surveill* 2006;11:E060622.
- 4 Hofhuis A, Harms MG, Van der Giessen JW, Sprong H, Notermans DW, Van Pelt W. Ziekte van Lyme in Nederland 1994-2009: aantal huisartsconsulten blijft toenemen. Is voorlichting en curatief beleid genoeg? *Infectieziekten Bull* 2010;212:84-7.
- 5 Nadelman RB, Nowakowski J, Fish D, Falco RC, Freeman K, McKenna D et al. Prophylaxis with single-dose doxycycline for the prevention of Lyme disease after an Ixodes scapularis tick bite. *N Engl J Med* 2001;345:79-84.
- 6 Hofhuis A, Herremans T, Notermans DW, Sprong H, Fonville M, Van der Giessen JW et al. A prospective study among patients presenting at the general practitioner with a tick bite or erythema migrans in The Netherlands. *PLoS One* 2013;8:e64361.