

Op visite bij familie in het thuisland

Een bijzondere doelgroep in de reizigersgeneeskunde is die van de allochtonen die voor een paar weken naar hun familie en vrienden in het land van herkomst terugkeren. Deze reizigers verdienen extra aandacht, omdat ze vaak in risicovolle omstandigheden verblijven, terwijl ze zich nauwelijks van de gevaren bewust zijn.

De groep allochtonen die tijdelijk naar hun land van herkomst terugreizen, is divers. In Nederland gaat het vooral om personen uit Turkije en Marokko, Suriname, Indonesië en in mindere mate uit landen in Afrika ten zuiden van de Sahara en het Midden-Oosten (Irak, Afghanistan). De groep is de laatste jaren in omvang toegenomen en vertegenwoordigt nu een belangrijk deel van de tropenreizigers.

Wat de Afrikanen uit het gebied ten zuiden van de Sahara betreft, gaat het nogal eens om vluchtelingen die al verschillende jaren in het Westen verblijven. Geregeld breidt het gezin zich hier uit en na verloop van tijd wil men de banden met de familie aan het thuisfront weer aanhalen. Ze worden daarom ook wel eens VFR's genoemd – *Visiting Friends and Relatives*.

Reisadvies noodzakelijk

Een reis naar Afrika met het hele gezin betekent meestal een grote hap uit het budget. Daarom wordt soms bespaard op bijkomende kosten zoals consulten voor reisadvies, vaccinaties, malariaprofylaxe en andere voor de reisapotheek noodzakelijke medicatie.

Toch is een preventief consult allesbehalve overbodig voor VFR's: na een lange afwezigheid uit de tropen verliezen ze een aantal gevaren voor de gezondheid uit het oog, die in Afrika of Azië alomtegenwoordig zijn. Ook koesteren ze vaak hardnekkig bepaalde vooroordelen over de behandeling, die zijn ingegeven door de traditionele (vaak animistische) geneeswijzen. De adviesverstrekker zal daarom op een overtuigende manier alles duidelijk moeten voorstellen en bepaalde medische denkwijzen expliciet uitleggen.

F. Van Gompel

Internist en specialist tropische geneeskunde
Instituut voor Tropische Geneeskunde Antwerpen

A. Van den Daele

Verpleegkundige en coördinator van de *Travel Clinic*
Instituut voor Tropische Geneeskunde Antwerpen

K. Van de Winkel

Huisarts en travel medicine expert
Instituut voor Tropische Geneeskunde Antwerpen

Bewerkt door: G. Baaten

Arts, Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing Amsterdam

Amina is een alleenstaande moeder van Ghanese afkomst. Ze woont sinds 1997 in Nederland en heeft drie kinderen: Ina, een dochter van 16, en Rudo en Ben, twee zonen van respectievelijk 13 en 6 jaar. Over twee maanden wil ze samen met haar kinderen de familie gaan opzoeken in haar vaderland. Het zou haar eerste bezoek zijn sinds 1997. Ze wil de reis beginnen in de hoofdstad Accra, waar haar familie woont. Ze gaan ook de grootvader van haar kinderen aan moederszijde bezoeken, die met zijn vrouw in Koforidua woont. De reis van de hoofdstad naar Koforidua zullen ze met lokaal transport ondernemen. In totaal zullen ze 14 dagen blijven.

Amina is sinds 1998 bekend als hiv-patiënte en is sinds geruime tijd ingesteld op antiretrovirale therapie met drie middelen: lamivudine + zidovudine, efavirenz en tenofovir. Haar therapietrouw is zeer goed en de situatie is in immunologisch en virologisch opzicht onder controle: het laatste laboratoriumresultaat vermeldt 579 CD₄-cellen per µl; de viral load is ondetecteerbaar. Er zijn momenteel geen acute problemen. Alle kinderen zijn hiv-negatief.

De jongste zoon, Ben, is in Nederland geboren. De andere twee kinderen zijn dat niet.

Het gezin heeft het financieel niet erg breed maar heeft wel een aanvullende ziektekostenverzekering, zodat een deel van de vaccinaties vergoed zal worden voor de kinderen.

Sociaal is het gezin uitstekend geïntegreerd. Toch heeft de moeder nog wat communicatieproblemen, vooral door haar lage scholingsgraad en beperkte kennis van het Nederlands. Haar 16-jarige dochter slaagt er echter meestal in de zaken duidelijker te maken voor haar. Zij neemt ook vaak het initiatief in de gesprekken.

De hierna volgende adviezen zijn toegespitst op een reis door VFR's naar West-, Centraal- of Oost-Afrika. Voor reizigers naar andere tropische gebieden kunnen andere adviezen gelden. Voor *up to date* informatie per land of regio over aanbevolen vaccinaties,

malaria-chemoprophylaxe en andere reizigersadviezen verwijzen we naar de officiële landelijke richtlijnen zoals uitgegeven door het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvisering (LCR).

Verplichte vaccinaties

● **Gele koorts** is een vaak fataal verlopende virale infectie die in verschillende Zuid-Amerikaanse en Afrikaanse landen voorkomt. Er bestaat geen geneesmiddel tegen gele koorts, maar wel een zeer doeltreffend en goed verdragen vaccin, dat met één injectie een bescherming biedt van 100% gedurende 10 jaar.

Bij 10-30% van de gevaccineerde patiënten kan na enkele dagen een licht griepachtig beeld optreden, dat echter in minder dan 1% van de gevallen tot werkverzuim leidt. Allergische reacties zijn zeer zeldzaam. De laatste jaren werden – uitsluitend bij een eerste vaccinatie – zeer uitzonderlijk levensbedreigende bijwerkingen gezien: 1 per 200.000 à 300.000 doses. Vooral bij ouderen boven de 60 jaar lijkt het risico verhoogd. Bij hen zal men dus de voordelen en de uiterst zeldzame nadelen van deze vaccinatie tegen elkaar moeten afwegen.

De vaccinatie vindt plaats in een door de Inspectie van de Gezondheidszorg erkend vaccinatiecentrum voor gele koorts. Het is één van de weinige ziekten waarvoor de reiziger een officieel vaccinatiebewijs moet kunnen overleggen bij het binnenkomen of verlaten van bepaalde gebieden.

Kinderen worden gevaccineerd vanaf de leeftijd van 9 maanden en in uitzonderlijke omstandigheden vanaf 6 maanden. Nog jongere kinderen worden niet gevaccineerd wegens het gevaar van encefalitis. Bij zwangeren en personen met een verminderde immuniteit (door bijvoorbeeld hiv of immuunsuppressiegebruik) moeten de risico's en de baten van dit levend verzwakte virusvaccin tegen elkaar worden afgewogen. Ook personen die een thymectomie ondergingen wegens thymoma mogen niet worden gevaccineerd. Hiv-positieve patiënten met een CD₄-cellenaantal van 500/µl of meer, zijn slechts in geringe mate immuungestoord. Een gele koorts vaccinatie kan aan deze patiënten veilig worden gegeven. Voor de benadering van patiënten met een lager CD₄-cellenaantal of met een niet-hiv-gerelateerde immuunstoornis wordt verwezen naar de richtlijnen van het LCR. Overleg met de behandelend specialist is altijd noodzakelijk.

Er is een permanent risico van besmetting met gele koorts in Ghana. Het vaccin kan zonder problemen toegediend worden aan de drie kinderen; hun leeftijd en gezondheidstoestand vormen geen contra-indicatie. Omdat het aantal CD₄-cellen hoog

genoeg is bij de moeder, mag het vaccin ook aan haar worden gegeven.

● **Cholera** wordt gekenmerkt door veelvuldige waterige ontlasting, wat snel tot uitdroging kan leiden. Het is een ziekte van arme mensen die in zeer slechte hygiënische omstandigheden leven en meestal ook ondervoed zijn. Voor een gezonde reiziger die nauwgezet de bekende maatregelen neemt om reizigersdiarree te voorkomen, is het risico om cholera op te lopen vrijwel nihil, zelfs als hij in een epidemisch gebied reist.

Ondanks de tekorten van de bestaande vaccins wordt door enkele Afrikaanse landen nog steeds een vaccinatiebewijs vereist. Om problemen op luchthavens of bij grensovergangen te voorkomen, kan een stempel met 'Cholera not indicated' in het vaccinatieboekje worden aangebracht. Het in Nederland beschikbare orale choleravaccin is alleen geïndiceerd voor personen die in een vluchtelingenkamp gaan werken en niet kunnen beschikken over gekookt of flessenwater.

Omdat het gezin in dezelfde omstandigheden als de lokale bevolking zal verblijven, is het van groot belang dat de basale hygiënemaatregelen voor eten en drinken goed worden uitgelegd.

Basisvaccinaties

● De voorbereidingen voor de reis zijn een ideaal moment om de vaccinatie tegen **difterie, tetanus en polio** bij te werken. Voor de meeste mensen, en zeker voor jongeren, is een herhalingsinjectie om de 10 jaar voldoende, ook al was de laatste inenting meer dan 10 jaar geleden. Van personen die vanaf 1950 in Nederland zijn geboren, mag worden aangenomen dat ze de volledige basisimmunisaties tegen difterie, tetanus en polio via het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) hebben gekregen. Als er onvoldoende zekerheid is over de volledigheid van de vroeger gekregen vaccinaties, dan moet basisimmunisatie met drie DTP-injecties alsnog plaatsvinden.

Het huidige schema uit het RVP omvat vier DKTP-Hib-vaccinaties op de leeftijd van 2, 3, 4, en 11 maanden en een tweetal DTP-vaccinaties op de leeftijd van 4 en 9 jaar. Aangenomen mag worden dat kinderen hiermee tot hun 19^e beschermd zijn tegen difterie, tetanus en polio.

Inmiddels is er geen polio meer op het hele Amerikaanse continent, in de WHO-regio Europa en in de regio van de Stille Oceaan. Het virus circuleert nog wel in enkele Afrikaanse landen en in delen van Azië, vooral in India. Daarom blijft het belangrijk om ook steeds een (herhalings)vaccinatie tegen polio te

geven bij reizen naar de (sub)tropen. *Tegen difterie, tetanus en polio zijn de kinderen volledig gevaccineerd. Moeder krijgt een eenmalige dosis Revaxis® (DTP, ofwel difterie, tetanus, polio) toegediend.*

● Sinds 1987 is het trivalente vaccin tegen **bof, mazelen en rubella (BMR)** opgenomen in het RVP. Allen geboren ná 1977 kwamen in aanmerking voor deze vaccinatie. Tegenwoordig wordt de eerste inenting op de leeftijd van 14 maanden toegediend; een herhaling volgt rond de leeftijd van 9 jaar.

Personen geboren vóór 1970 hebben bijna zeker antistoffen tegen mazelen als gevolg van de natuurlijke expositie aan het virus. Dat geldt niet voor niet-gevaccineerde personen die zijn geboren in of na 1970 en die klinisch geen duidelijke mazeleninfectie doorgemaakt hebben. Bij hen moet vaccinatie tegen mazelen aan de reizigersvaccinaties worden toegevoegd. Het LCR adviseert één injectie met trivalent vaccin voor een volwassene. Voor ongevaccineerde jongeren gelden andere adviezen. Kinderen jonger dan 14 maanden komen vanaf de leeftijd van 6 maanden in aanmerking voor een vervroegde BMR bij vertrek naar een land met een hoge prevalentie van deze infectieziekten. Afhankelijk van de leeftijd moet de vaccinatie op 14 maanden herhaald worden (zie Richtlijnen LCR).

Tegen bof, mazelen en rubella zijn Ina en Rudo volledig gevaccineerd. Ben (6 jaar oud) krijgt nog een BMR-vaccinatie via het RVP als hij 9 jaar is. De reis is geen reden om deze te vervroegen. De moeder beschikt zeker over natuurlijke antistoffen en is dus levenslang beschermd.

Bij personen van wie de vaccinatiestatus onbekend is, zoals adoptiekinderen, start men vanaf het begin. Raadpleeg de informatie van het rijksvaccinatieprogramma via www.entadministraties.nl of www.rivm.nl/rvp, kies 'Over het RVP' en dan 'Niet op tijd'.

Indien het vaccinatieschema onderbroken werd, is het voldoende verder te gaan met de overblijvende doses, zonder het volledige schema te herhalen. Het effect van een of meer reeds toegediende doses blijft behouden.

Aanbevolen vaccinaties

De indicaties voor vaccinatie tegen **hepatitis A en B** en **buiktyfus** werden al uitvoerig besproken in een eerder artikel in dit tijdschrift.

Vaccinatie tegen hepatitis B bij korte reizen naar de tropen is niet standaard. Volgens de richtlijnen van het LCR kan vaccinatie tegen hepatitis B overwo-

Tabel – Aandachtspunten bij voorlichting

Bij het voorschrijven van malariapreventie voor de VFR en zijn gezinsleden worden in het algemeen het best de volgende punten in acht genomen.

- Onderstreep het belang van fysieke protectie tegen muggenbeten.
- Breng uniformiteit in de preventie: dezelfde medicatie voor iedereen.
- Streef naar een zo eenvoudig mogelijke inname.
- Geef voldoende uitleg over de in te nemen hoeveelheid, de frequentie van inname, de duur van de profylaxe en mogelijke bijwerkingen.

gen worden bij expatriates en hun kinderen. Via nauw contact met lokale kinderen en door kleine wondjes (krab- of bijtletsel) kan besmetting ontstaan. Op dezelfde wijze is er trouwens bij HBsAg-positieve adoptiekinderen uit Afrika een overdrachtsrisico voor het hele adoptiegezin.

Bij alle gezinsleden worden antistoffen tegen hepatitis A aangehouden, behalve bij de zesjarige Ben, die in Nederland is geboren. Aan hem wordt het gecombineerde vaccin tegen hepatitis A en B aangeboden: twee doses met een maand er tussen en een herhaling 5 maanden na de tweede injectie. Bij dochter Ina en zoon Rudo wordt begonnen met het gewone hepatitis B-schema: twee volwassenendoses met een maand interval. Zo zullen ze al een zekere bescherming hebben opgebouwd tegen de tijd van vertrek. Om het schema af te maken is een derde vaccinatie nodig, minimaal 5 maanden na de tweede.

Volwassen reizigers, zoals Amina, lopen risico van hepatitis B wanneer ze langer dan 3 maanden verblijven in een middel- of hoogendemisch gebied, of wanneer ze verhoogd risico lopen door beroep of gedrag (onder meer. wisselende seksuele contacten). Indien risicofactoren voor een eerder doorgemaakte hepatitis-B-infectie aanwezig zijn (zoals bijv. geboren zijn in een middel- of hoog-endemisch gebied), dan wordt door anti-HBc-antistof bepaling bekeken of vaccinatie nog wel noodzakelijk is.

Na volledige vaccinatie tegen hepatitis B is er bij jonge mensen in meer dan 95% een antistofrespons, en is men levenslang tegen hepatitis B beschermd. Dit is belangrijk om te weten, omdat de kans reëel is dat Amina later nog wel eens zal met haar kinderen naar Ghana zal reizen.

Het risico op buiktyfus en daarmee de indicatie voor buiktyfusvaccinatie is afhankelijk van gebied, verblijfsomstandigheden en gezondheidstoestand (onder meer. immuunstatus en maag-darmmorbiditeit). Bij gezonde reizigers naar West-Afrika is een buiktyfusvaccinatie alleen geïndiceerd bij een verblijfsduur langer dan 3 maanden. De hiv-status van moeder is in dit geval geen reden om toch een buiktyfusvaccinatie te geven, aangezien het aantal CD₄-cellen boven de 500/μl is.

● **Meningitis door meningokokken** van groep A (en sinds enkele jaren ook van groep W135) is 'hyperendemisch' in de zogenaamde meningitisgordel, een 600 km breed semi-woestijngebied ten zuiden van

de Sahara (de Sahel). Het gebied strekt zich uit van Mauritanië, Gambia en Senegal in het westen tot Ethiopië in het oosten van Afrika.

Epidemieën doen zich vooral voor in het seizoen dat een aanvang neemt tijdens de koelere droge maanden (eind december tot februari) en eindigt aan het begin van het regenseizoen (juni, uitzonderlijk begin juli). Soms worden epidemieën gesignaleerd in verschillende andere naburige of verder afgelegen Afrikaanse landen.

Vaccinatie met het tetravalente polysaccharidevaccin tegen meningokokken ACWY wordt om de drie jaar herhaald. Inenting is aangewezen voor reizigers die tijdens de meningitisperiode in de meningitisgordel rondreizen en er in nauw contact komen met de plaatselijke bevolking. Voor bedevaartgangers naar Mekka is inenting tegen meningitis verplicht.

Een uitgebreide bespreking van de vaccinatie tegen meningokokkenmeningitis is te vinden in de richtlijnen van het LCR.

Amina en haar kinderen vertrekken begin juli als het regenseizoen al is begonnen en het infectierisico al sterk is afgenomen.

De indicaties voor vaccinatie tegen **rabies** moeten worden besproken. Het risico bestaat dat een van de gezinsleden tijdens de reis wordt gebeten, gekrabbt of gelikt door een loslopende hond, een aapje of ander klein zoogdier dat besmet kan zijn met hondsdolheid. Kinderen lopen een extra risico en komen ook niet steeds melden dat ze gebeten zijn of een dier hebben benaderd. Het vaccin is overigens erg duur.

Omdat de reis maar 14 dagen duurt en omdat het gezin vlakbij de hoofdstad is waar naar verwachting post-expositie behandeling beschikbaar is, is vaccinatie niet echt nodig. Wel moeten Amina en haar kinderen wel degelijk bewust worden gemaakt van het risico en bij blootstelling zo snel mogelijk een arts raadplegen.

Malariapreventie

Malaria blijft een niet te onderschatten gevaar in Afrika. Terugkerende vrienden en familieleden onderschatten het probleem vaak. Zij vergeten dat zij hun immuniteit, die al slechts gedeeltelijk was, al binnen een jaar zijn kwijtgeraakt, en dat hun in Nederland geboren kinderen nooit enige immuniteit hebben verworven. Wanneer de VFR bij familieleden in het thuisland logeert, is het dikwijls heel moeilijk voor hem om elementaire beschermende maatregelen te nemen.

Preventie van muggenbeten is van erg belangrijk. De Anophelesmug steekt alleen tussen het vallen van de avond en dageraad; ze is aan de kleine kant

en zoekt bijna niet. Het best kan de reiziger 's avonds licht gekleurde kleding dragen die zoveel mogelijk de armen en benen bedekt. De onbedekte lichaamsdelen worden ingesmeerd met een insectwerend middel op basis van DEET in een concentratie van 20 à 50%. Zwangere vrouwen en kinderen onder de twee jaar mogen DEET-concentraties tot hooguit 30% gebruiken. Na 4 à 6 uur moet het middel opnieuw worden aangebracht, wat betekent dat men er de nacht niet volledig mee doorkomt. Niet-DEET-bevattende middelen zijn minder onderzocht.

De slaapkamer wordt vrijgemaakt van muggen met muggengaas aan de ramen, elektrisch verwarmde antimuggenplaatjes of airconditioning. Boven het bed wordt een met permethrine of deltamethrine geïmpregneerd muskietennet gehangen; de randen van het net worden onder de matras gestopt. Als deze maatregelen correct worden uitgevoerd, vermindert het malariarisico met tenminste 80 à 90%. Het geïmpregneerde muggennet kan nadien nog worden gebruikt door Afrikaanse familieleden.

Daarnaast is medicamenteuze profylaxe aan de orde om het risico van malaria verder sterk te reduceren. Voor Afrika kan een keuze worden gemaakt tussen verschillende middelen (zie kader).

Hoewel de combinatie van deze maatregelen een zeer hoge risicoreductie geeft voor malaria, is het besmettingsgevaar bepaald niet afwezig. Daarom moet bij koorts vanaf de tweede week van het verblijf tot drie maanden na terugkeer uit de tropen steeds aan de mogelijkheid van een malaria-infectie worden gedacht, zelfs als het voorgeschreven geneesmiddel correct is ingenomen.

Een overzicht van de belangrijkste aandachtspunten bij de voorlichting over malariapreventie wordt gegeven in de tabel.

De moeder en de twee oudste kinderen zijn al negen jaar weg uit Ghana; men moet er dus van uitgaan dat zij niet meer immuun zijn tegen malaria. De ziekte is endemisch in Ghana, de verblijfsomstandigheden van het gezin zijn niet ideaal en hun reisduur bedraagt twee weken. Behalve muggenbescherming wordt daarom profylaxe met mefloquine voorgeschreven. Het voordeel van deze strategie is de uniformiteit van de preventie en de inname eenmaal per week. De wijze van inname wordt uitvoerig besproken. Er wordt ook aandacht besteed aan de dosisaanpassing voor de kinderen die minder dan 45 kg wegen, en aan de mogelijke bijwerkingen.

Hiv-gerelateerde problemen

De moeder is hiv-patiënte. Bij de advisering aan de hiv-geïnfecteerde reiziger moet rekening worden gehouden met verhoogde vatbaarheid voor tropi-

Atovaquon + proguanil

- 1 tablet à 250 mg atovaquon en 100 mg proguanil per dag (volwassenen en kinderen >40kg). Te beginnen 1 dag voor vertrek. Door te gebruiken tot 7 dagen na terugkeer.
- Wordt bij voorkeur bij de maaltijd ingenomen of met een melkdrank, elke dag op hetzelfde tijdstip.
- Het middel is geregistreerd voor aaneensluitend gebruik gedurende 28 dagen. In andere landen wordt het middel ook voor langere perioden voorgeschreven.
- >95% werkzaam.
- Contra-indicatie: zwangerschap, lactatie, overgevoeligheid voor één of meerdere bestanddelen, ernstige nierinsufficiëntie.
- Bijwerkingen zijn erg zeldzaam: soms milde maag-darmbezwaren, soms aften (proguanil).

Mefloquine

- 1 tablet à 100 mg per week, op een vaste dag (volwassenen en kinderen >45 kg). Te beginnen 3 weken voor vertrek. Bij onvoldoende tijd neemt men 1 tablet per dag gedurende de 2 dagen vóór het vertrek; verder neemt de patiënt 1 tablet per week. In elk geval door te gebruiken tot 4 weken na terugkeer.
- Wordt bij voorkeur 's avonds bij de maaltijd ingenomen.
- >95% werkzaam.
- **Contra-indicaties**
 - leeftijd onder de 3 maanden of gewicht lager dan 5 kg
 - epilepsie, depressie, psychiatrische problemen, angst-aanvallen
 - ernstige leverfunctiestoornissen
 - slechte tolerantie bij een vorige inname
 - zwangerschapswens of eerste zwangerschapstrimester wordt door het LCR gehanteerd als relatieve contra-indicatie

Bijwerkingen

Bij een goede preselectie en na een uitgebreid informeel gesprek verdragen de meeste personen mefloquine probleemloos. Soms kunnen maag-darm-klachten, slaapstoornissen of neuropsychiatrische bijwerkingen optreden.

Het middel mag vele maanden, en indien nodig, verschillende jaren ingenomen worden.

Alternatieven

- **Chloroquine** (3 tabletten à 100 mg per week, te beginnen op de dag van vertrek. In de eerste week moet ook tweemaal 300 mg ingenomen worden) gecombineerd met **proguanil** (2 tabletten à 100 mg per dag, te beginnen op dag van vertrek). De combinatie wordt ingenomen bij de maaltijd en moet tot 4 weken na verlaten van het malariagebied gebruikt worden.

In een aantal landen in West-Afrika bedraagt de werkzaamheid nog 60 à 70%, maar op de meeste andere plaatsen van zone C is de werkzaamheid minder dan 50%.

- **Doxycycline** (1 tablet à 100 mg of 1/2 tablet à 200 mg per dag). Te beginnen op de dag van vertrek tot 4 weken na het verlaten van het malariagebied. Contra-indicatie: o.a. kinderen jonger dan 8 jaar en zwangere vrouwen. Hoewel de werkzaamheid >95% bedraagt, is het middel in Nederland niet geregistreerd voor malariaprofylaxe.

Bron: Gezond op reis. www.itg.be.

Geneesmiddelen

atovaquon + proguanil	– Malarone
chloroquine	– Nivaquine
doxycycline	– Doxy Disp, Vibramycin en generiek doxycycline
mefloquine	– Lariam
proguanil	– Paludrine

sche (infectie-)ziekten enerzijds en verminderde effectiviteit van of zelfs contra-indicaties voor vaccinaties anderzijds. Als marker hiervoor wordt het aantal CD₄-cellen gehanteerd, dat in deze casus >500/µl is. Dat wil zeggen dat de ziekte bij de moeder dankzij de behandeling goed onder controle is. Toch is het van belang om haar te informeren over mogelijke

risico's, bijvoorbeeld wanneer de immuniteit verminderd is en de reis plaatsvindt in slechte hygiënische omstandigheden. Er moet rekening worden gehouden met interacties tussen anti-retrovirale medicatie en anti-malariamiddelen. Ook moet worden besproken wat ze moet doen bij ziekte ter plaatse. Dit vergt in elk geval gespecialiseerd advies.

Ook de therapietrouw moet worden benadrukt. Dat is bij veel terugkerende hiv-patiënten een moeilijk punt: ze zijn bang voor stigmatisatie door de familie, vergeten door de omstandigheden de middelen te nemen of denken dat het geen kwaad kan om tijdelijk te stoppen.

Voor het advies aan hiv-geïnfecteerde reizigers met een CD₄-cel-aantal lager dan 500/μl wordt verwezen naar de LCR-richtlijnen. Daarin staat dat overleg met een gespecialiseerd centrum altijd moet plaatsvinden.

Verkeersongevallen

Omdat verkeersongevallen nog altijd de meest voorkomende doodsoorzaak zijn bij tropenreizigers, kan het zeker geen kwaad op de gevaren van het verkeer te wijzen. Het is beter iets meer te betalen voor een deugdelijk vervoersmiddel dan voor weinig geld in een overvolle *taxi brousse* zonder remmen te stappen. Het is absoluut af te raden om na zonsondergang te rijden.

Na de aankomst in de hoofdstad gaat de reis verder het binnenland in. Hoe dit traject zal worden afgelegd, is voor de moeder nog niet geheel duidelijk maar waarschijnlijk zal ze gebruikmaken van lokale transportmogelijkheden zoals taxibusen. De gevaren daarvan worden onder de aandacht gebracht.

Schistosomiasis

Schistosomiasis of bilharzia is een wormaandoening die men kan oplopen tijdens het zwemmen of baden in besmet zoetwater. De worm komt voor in het grootste deel van Afrika en in beperkte delen van Zuid-Amerika en het Nabije en Verre Oosten. Kaarten per land zijn te vinden op de website van de WHO.

Het risico van bilharzia is het grootst in stilstand water. Zeker in stuwmeren maar ook in rivieren – grote en kleine, snel en traag stromende – kan besmetting optreden. Er bestaat geen vaccin. Men kan dus beter niet baden of zwemmen in zoetwater. Als men toch in mogelijk besmet water is geweest, is een controle na drie maanden met serologie en eosinofilie mogelijk.

Reisapotheek

Op de diverse websites wordt onder **reisapotheek** vooral de geneesmiddelen tegen **reizigersdiarree** en ontsmettingsmiddelen voor **wondjes** (geen vluchtig antisepticum) besproken. De nadruk wordt gelegd op de preventie van deze aandoeningen en op de correcte manier van inname of toepassing van de

voorgeschreven middelen. Ook het belang van rehydratie bij diarree wordt grondig besproken.

Seksueel risicogedrag

Met de 16-jarige dochter zouden de risico's van hepatitis B, hiv en andere soa, en het belang van anticonceptie moeten worden besproken. In veel Afrikaanse gemeenschappen rust echter nog een groot taboe op seks. Daarom moet eerst voorzichtig worden gepeild of seksueel gedrag bespreekbaar is. Misschien moet het onderwerp apart met haar worden doorgenomen.

Tuberculose

Het risico van tuberculosebesmetting bij reizigers in de tropen die relatief veel in contact komen met de lokale bevolking (openbaar vervoer, overnachting in *local guesthouses*) is 3,5 per 1000 reis maanden, ongeveer 4% per jaar. Van deze personen ontwikkelt 10% vroeg of laat tuberculose.

XPRESINFO

Een BCG-vaccinatie valt te overwegen bij een verblijf langer dan drie maanden in een land met een hoge incidentie van tuberculose. Beoordeling dient plaats te vinden door een deskundige op het gebied van tuberculosebestrijding, bijvoorbeeld bij een GGD.

Het BCG-vaccin beschermt onvolledig tegen klinische tuberculose. Bij kinderen zijn de effecten erg wisselend: in BCG-vaccinatiestudies was 0 tot 80% beschermd. Momenteel gaat men uit van een gemiddeld beschermend effect van 50% voor longtuberculose. De bescherming tegen tuberculeuze meningitis en miliaire tuberculose schommelt wellicht rond 80%. De maximale protectieduur wordt op 10 tot 15 jaar geschat. Het nadeel is dat na vaccinatie de Mantouxtest moeilijker te interpreteren is en dus minder bruikbaar is als diagnostisch middel.

Voor reizigers is vaccinatie niet aangewezen, tenzij er een bijzonder risico op tuberculose aanwezig wordt geacht. In Nederland komen kinderen jonger dan 12 jaar van ouders uit landen met een hoge tuberculosepreventie in aanmerking voor het BCG-vaccin. Door familiebezoek zullen zij regelmatig naar het land van herkomst afreizen en blootgesteld worden.

Bij het overwegen van een vaccinatie bij een kind moeten voor- en nadelen zorgvuldig tegen elkaar worden afgewogen: de – 'twijfelachtige' – bescherming moet worden bekeken in het licht van de kost-

In dit artikel genoemde geneesmiddelen

efavirenz	- Stocrin
lamivudine + zidovudine	- Combivir
mefloquine	- Lariam
tenofovir	- Viread

prijs, de ongemakken van vaccinatie en het risico van bijwerkingen. Een alternatief blijft het (regelmatig) uitvoeren van een intradermale tuberculinetest (Mantoux-test) gedurende twee maanden na terugkeer. Voor de BCG-indicatiestelling en Mantoux-test moeten reizigers doorverwezen worden naar de afdeling Tuberculosebestrijding van een GGD of een ander centrum met kennis en ervaring op het gebied van de bestrijding van tuberculose.

Besmetting met de tuberculosebaci is in westelijk Afrika niet ondenkbaar, zeker als men in nauw contact komt met de lokale bevolking, zoals hier het geval zal zijn. De seropositiviteit van de moeder is een bijkomende reden om extra aandacht te besteden aan de ziekte.

Huidaandoeningen

Eenmaal ter plaatse staan VFR's bloot aan allerhande ectoparasieten die huidandoeningen kunnen veroorzaken. Te denken valt aan aandoeningen zoals scabiës, tinea capitis/corporis, tuniasis, myasis, en larva migrans. Deze ziekten zijn moeilijk of zelfs onmogelijk te voorkomen. Daarom is het des te belangrijker dat een reiziger bij zijn terugkeer contact opneemt met de arts als er tijdens de reis of onmiddellijk daarna huidletsels – al dan niet in combinatie met jeuk – zijn opgetreden.

Psychosociale problemen

De moeder is sinds jaren niet meer naar haar geboorteland teruggekeerd. Haar verwachtingen van het weerzien met de familie kunnen te hooggespannen zijn. Ook de familie heeft allerlei verwachtingen van deze ontmoeting, die misschien niet ingelost kunnen worden. Dat kan tot spanningen, onvrede of zelfs ruzie leiden. Omdat de reis maar kort is, kunnen niet alle problemen worden opgelost. Reken hierbij nog het gevoel van onmacht om de familiere situatie in het thuisland te verbeteren en het gemis aan dankbaarheid, en alle voorwaarden zijn vervuld voor het ontstaan van stress en andere psychologische problemen.

De oudste kinderen hebben niet meer dan wat vage herinneringen aan Ghana en de jongste helemaal geen. Zij komen uit een wereld van relatieve

weelde en comfort, zijn geschoold, kennen de lokale taal niet of slechts ten dele, zijn gewend aan een zekere technologie. Plotseling komen ze terecht in een volledig andere wereld. Dat kan voor deze kinderen zeer verwarrend werken.

Conclusie

Allochtonen die op reis gaan naar hun land van herkomst vragen zelden om een reizigersadvies, terwijl zij en hun kinderen toch niet te verwaarlozen gezondheidsrisico's lopen. Het is belangrijk dat een arts die allochtone patiënten en hun gezin begeleidt, alert reageert als hij verneemt dat er een reis naar het land van oorsprong op het programma staat. Hij kan met reisadviesing starten en indien nodig verwijzen voor gelekoortsvaccinatie of uitgebreider advies.

Het adviseren van de VFR is geen eenvoudige taak. Door de aard van de reis zal de VFR meer gezondheidsrisico's lopen dan de gemiddelde toerist, waardoor het aantal te bespreken aandachtspunten uitgebreider zal zijn. Dat maakt het consult complex, zeker omdat de patiënt vaak laaggeschoold is en de taal van de arts niet machtig is. Onduidelijkheden en misverstanden liggen dan ook voortdurend op de loer. ■

Geraadpleegde literatuur:

- Landelijke Protocollen Reizigersadviesing, Vaccinaties buitenland en overige preventieve maatregelen. 2006. Amsterdam: Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing. URL: <http://www.LCR.NL>.
- Van Gompel A (red). Handouts polikliniek en dienst reisadvies. Antwerpen: Instituut voor Tropische Geneeskunde. URL: <http://www.itg.be> of www.reisgeneeskunde.be.
- Van Gompel A (red). Gezondheidsadviezen voor reizigers uitgave bestemd voor het medisch korps. Instituut voor Tropische Geneeskunde. 9de editie 2006-2007. Brussel: Medasso-Headlines/CMPMedica Belgium, of ook via: URL: <http://www.itg.be> of www.reisgeneeskunde.be, kies 'informatie voor de deskundige' of www.rivm.nl/rvp, kies 'over het rvp' en dan 'niet op tijd', of URL: www.entadmissintraaties.nl.
- Van Gompel AML, Denekens JPM (red). Reizen en Ziekte. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum; 2000.
- International Travel and Health. Vaccination requirements and health advice. World Health Organisation; 2005. URL: <http://www.who.int/ith>.
- Keystone JS, Kozarsky PE, Freedman DO. Internet and computer-based resources for travel medicine practitioners. Clin Infect Dis 2001 Mar 1;32(5):757-65.
- Keystone JS, Kozarsky PE, Freedman DO, Nothdurft HD, Connor BA, editors. Travel medicine. Edinburgh: Mosby, 2004:473-80.
- The Yellow Book Health Information for International Travel, 2005-2006. Centers for Disease Control and Prevention. URL: <http://www2.ncid.cdc.gov/travel/yb/>.

