

Herziening NHG-Behandelrichtlijn Waterpokken

Preventie en behandeling van waterpokken bij risicogroepen

Masja Loogman, Tjerk Wiersma, Wim Opstelten¹

In Nederland krijgt bijna ieder kind waterpokken. Het beloop is bij kinderen meestal mild en self-limiting. Bij andere groepen is het risico op een ernstig beloop met complicaties echter hoger: immuungecompromitteerden, pasgeborenen en patiënten ouder dan 12 jaar, met name zwangeren. De herziene NHG-Behandelrichtlijn Waterpokken beschrijft de preventie en behandeling van waterpokken bij deze risicogroepen.

De NHG-Behandelrichtlijn Waterpokken is recent herzien. In Nederland krijgen vrijwel alle kinderen waterpokken en de ouders raadplegen hiervoor meestal geen arts. Als dat wel gebeurt, is de diagnostiek van waterpokken doorgaans weinig problematisch en behoeft de ziekte over het algemeen geen behandeling. Om de jeuk te bestrijden, zijn diverse zelfzorgmiddelen beschikbaar.

Waterpokken kunnen echter ook leiden tot ernstig ziek zijn of ernstige complicaties, zoals een varicellapneumonie of encefalitis bij mensen met immunosuppressie, zwangeren en pasgeborenen. Ook bij personen ouder dan 12 jaar hebben waterpokken dikwijls een ernstiger beloop. Als mensen uit deze groepen een risicocontact hebben gehad met iemand die waterpokken of gordelroos heeft of wanneer zij waterpokken krijgen, kan er een indicatie zijn voor toediening van varicella-zosterimmunoglobulinen (VZIG), vaccinatie of antivirale behandeling. Hieronder volgt een overzicht van het beleid bij risicogroepen.

RISICOGROEPEN

De richtlijn beschouwt de volgende mensen als risicogroep.

- Personen met een ernstige, klinisch relevante immunosuppressie hebben

een verhoogd risico op een heviger beloop van waterpokken en een verhoogde kans op het ontwikkelen van complicaties. Het gaat dan bijvoorbeeld om patiënten die chemotherapie ondergaan of hoge dosis corticosteroïden (dagelijks > 20 mg prednison), methotrexaat of biologica gebruiken.

- Zwangeren hebben een hoger risico op het ontwikkelen van een varicellapneumonie. Daarnaast is er het risico op transplacentaire overdracht van het varicella-zostervirus op het ongeboren kind. Bij een zwangerschap korter dan 20 weken is er een kleine kans op het congenitale-varicellasyndroom (CVS).
- Bij pasgeborenen van wie de moeder 5 dagen voor tot 2 dagen na de partus waterpokken kreeg, is er een grote kans op het ontwikkelen van waterpokken omdat het waterpokkenvirus placentair op het ongeboren kind is overgedragen, zonder dat het kind wordt beschermd door maternale antistoffen. Dit kan bij de pasgeborene leiden tot ernstige complicaties, zoals pneumonie, meningo-encefalitis, gastro-enteritis of hepatitis.
- Ook personen ouder dan 12 jaar behoren tot een risicogroep, omdat waterpokken bij hen vaak ernstiger verloopt en er meer kans is op een varicellapneumonie. Dit risico is echter lager dan bij patiënten die ernstig immuungecompromitteerd zijn.

RISICOCONTACT

Het varicella-zostervirus is na het mazelenvirus het meest besmettelijke virus: 80 tot 90% van de seronegatieve blootgestelden ontwikkelt waterpokken. Indien iemand uit een risicogroep contact heeft gehad met iemand die waterpokken



De diagnostiek van waterpokken is meestal weinig problematisch.

Foto: Shutterstock

heeft, kunnen maatregelen wenselijk zijn ter preventie van waterpokken.

De richtlijn beschouwt de volgende contacten als risicovol:

- een patiënt met waterpokken of gordelroos binnen het gezin
- gezichtscontact (< 2 meter) met een waterpokkenpatiënt gedurende ten minste vijf minuten
- een verblijf van meer dan een uur in dezelfde ruimte met een waterpokkenpatiënt

Een kortdurend contact met andere kinderen, zoals tijdens het brengen en halen van de eigen kinderen naar school of kinderdagverblijf is volgens bovenstaande beschrijving geen risicocontact.

IMMUUNSTATUS

Na een risicocontact gaat de arts bij risi-

cogroepen de immuunstatus na. Indien iemand in het verleden waterpokken heeft gehad of tegen waterpokken is gevaccineerd, is aanvullend laboratoriumonderzoek niet nodig. Ook als een eerder kind van een zwangere waterpokken heeft gehad, is er nagenoeg geen kans op het ontwikkelen van waterpokken. In de overige gevallen worden zo snel mogelijk antistoffen tegen het varicella-zostervirus bepaald. Indien er antistoffen zijn aangetoond, loopt de persoon geen risico en zijn er geen verdere maatregelen noodzakelijk.

TOEDIENING VAN VZIG

Bij negatieve serologie komen zwangere en personen met een ernstige, klinische relevante immuunsuppressie na een risicocontact in aanmerking voor VZIG. Hetzelfde geldt voor pasgeborenen van wie de moeder binnen 5 dagen voor tot en met 2 dagen na de geboorte waterpokken ontwikkelde. VZIG moeten zo snel mogelijk worden toegediend, het liefst binnen 48 uur en uiterlijk 96 uur na expositie. Indien het contact langer dan 96 uur geleden is of als er al waterpokken is geconstateerd, is behandeling met VZIG niet meer effectief.

Voor toediening van VZIG adviseert de richtlijn om pragmatische redenen te verwijzen naar de tweede lijn. Huisartsen hebben in het algemeen immers weinig ervaring met het bestellen en toedienen van immunoglobulinen. Daarbij

is het nodig patiënten na toediening minimaal 20 minuten te observeren in verband met een geringe kans op een anafylactische reactie. Helaas is anno 2018 VZIG tijdelijk niet leverbaar. Welke alternatieve behandeling wel beschikbaar is, staat onder andere vermeld op de website van Sanquin en is afgestemd met het RIVM.

ANTIVIRALE MIDDELEN

Bij risicogroepen kan er ook reden zijn voor behandeling met antivirale middelen. Bij immuungecompromitteerden bij wie het voor het geven van VZIG te laat is, kunnen antivirale middelen van dag 7 tot dag 14 na de expositie de ernst van een eventuele waterpokkeninfectie reduceren.

Ook bij personen ouder dan 12 jaar die zich binnen 24 uur na het ontstaan van de waterpokken op het spreekuur melden kan de arts antivirale behandeling overwegen, omdat deze de ernst van de ziekte en de ziekteduur enigszins lijkt te beperken. De bewijskracht hiervoor is echter zwak en deze situatie zal zich nauwelijks voordoen in de Nederlandse huisartsenpraktijk.

VACCINATIE TEGEN WATERPOKKEN

Vaccinatie tegen waterpokken is niet opgenomen in het Rijksvaccinatieprogramma. Het in Nederland geregistreerde waterpokkenvaccin is wel op eigen kosten beschikbaar. Patiënten kunnen

zich hiervoor op eigen initiatief melden op het spreekuur van de huisarts.

In Nederland is momenteel alleen het monovalente vaccin Provarivax® op de markt. Het vaccin bevat een levend verzwakt varicella-zostervirus en is om die reden niet geschikt voor gebruik bij zwangeren of immuungecompromitteerden. Er worden twee doses gegeven met een interval van minimaal een maand, wat een effectieve bescherming tegen waterpokken geeft van 95%. Onderzoek laat zien dat de effectiviteit na 14 jaar nog steeds 90% is. Het is onbekend of na twee vaccinaties op termijn een extra booster zinvol is.

Het waterpokkenvaccin kan ook worden ingezet als postexpositieprofylaxe. Bij immunocompetente, seronegatieve 12-plussers is actieve immunisatie met het waterpokkenvaccin nog zinvol tot 5 dagen na het risicocontact, waardoor vooral het optreden van een varicella-pneumonie wordt voorkomen. ■

De volledige versie is te raadplegen op www.nhg.org/nhg-behandelrichtlijn-waterpokken.

Loogman MCM, Wiersma Tj, Opstelten W. Preventie en behandeling van waterpokken bij risicogroepen. Huisarts Wet 2018;61:DD: 10.1007/s12445-018-0249-2.

Loogman MCM, Wiersma Tj, Opstelten W. NHG-Behandelrichtlijn Waterpokken. www.nhg.org/nhg-behandelrichtlijn-waterpokken.