

Het 'Costa Rica-hoekje'

Slangenbeten in Nederland

Jeroen Vendrik, Kees Stijnis, Milan Ridderikhof, Pieter van Thiel

In Nederland komen slangenbeten zelden voor. Ze verlopen meestal mild, maar als het een geïmporteerde slang betreft kunnen ze gevaarlijk zijn. De huisarts is uitstekend in staat een eerste evaluatie uit te voeren – algemene beoordeling van de patiënt, immobilisatie van de aangedane extremiteit, achterhalen van de soort en de giftigheid van de slang. Manipulatie van het gebeten gebied wordt sterk ontraden. Bij twijfel moet de patiënt naar de spoedeisende hulp verwezen worden.

SLANGEN IN NEDERLAND

Nederland kent drie inheemse slangen: de ringslang (*Natrix natrix helvetica*), de gladde slang (*Coronella austriaca*) en de gewone adder (*Vipera berus*). Alleen de adder is giftig. Deze slang komt het meest voor rondom de Veluwe en in Drenthe, is vooral actief in de zomer en geeft milde gifklachten.¹ In 2010 waren er twintig meldingen van een slangenbeet.² De meeste slangenbeten komen voor in dierentuinen, onderzoeksinstituten en bij particulieren die slangen houden, en meestal zijn de herkomst en de giftigheid van de slang dan bekend. In onze casus was dit niet het geval, al ging het waarschijnlijk wel om een uitheemse soort.

Een review uit 2005 rapporteerde bijna achtduizend slangenbeten in heel Europa (inclusief Europees Rusland en Turkije), waarvan duizend door gifslangen. Uiteindelijk overleden daaraan minder dan vijf mensen.³ In Nederland,

Twee puntvormige wondjes zijn een belangrijke aanwijzing

waar maar één soort gifslang voorkomt, worden niet minder slangenbeten gerapporteerd dan in zuidelijke landen waar meerdere soorten aanwezig zijn. Waarschijnlijk worden slangenbeten daar veel minder vaak als een klinisch probleem opgevat.⁸

IDENTIFICEREN VAN DE SLANG

De meeste patiënten gaan met een slangenbeet eerst naar de huisarts. De eerste stap is het verzamelen van zoveel mogelijk informatie over de vermeende dader en vervolgens te differentiëren tussen giftige en niet-giftige slangen. Het is niet zo dat

HET COSTA RICA-HOEKJE

Op de SEH meldt zich via de huisarts een jongeman van Filipijnse komaf een uur nadat hij tijdens zijn werk in een groothandel in tropische planten is gebeten door een kleine slang [figuur 1]. Toen hij de werkhandschoen uittrok, zag hij klein wondje zonder andere verschijnselen. De patiënt had zelf geen actie ondernomen en het gebeten gebied niet gemanipuleerd. Er was een kleine huidleesie [mm's] met wat erytheem, matig pijnlijk bij palpatie, zonder verder functie- of sensibiliteitsverlies van de hand.

Op het moment van de beet was de patiënt aan het werk in het 'Costa Rica-hoekje', hij liet op zijn telefoon een foto zien van de slang [figuur 2]. Een zoekactie op internet wees uit dat de beet hoogstwaarschijnlijk afkomstig was van *Pareas margaritophorus*, een niet-giftige, slakkenetende slang uit Azië. Een beet van een giftige, hemolytische adder veel voorkomend in Costa Rica kon niet worden uitgesloten.

Uit het bloedonderzoek bleek dat de stollingstijd [protrombinetijd en geactiveerde partiële tromboplastinetijd] minimaal verlengd was; Hb en trombo's waren normaal. Afsproken werd dat de eigen huisarts de jongeman de volgende dag zou controleren. Deze vond geen bijzonderheden en geen aanwijzingen voor bloedingen. Herhaling van het bloedonderzoek leverde vergelijkbare, minimaal verhoogde stollingsparameters op. Terugkijkend kan het een 'droge beet' van een giftige slang zijn geweest, of toch een beet van de niet-giftige *Pareas margaritophorus*.



Foto 1

Een slangenbeet, 1 mm groot met omringend marmering en erytheem

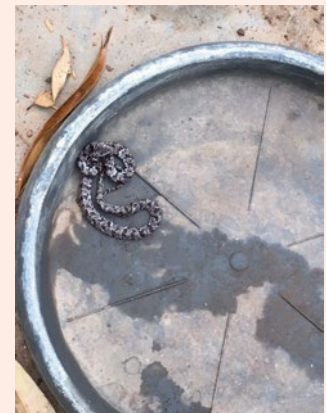


Foto 2

De 'dader', gefotografeerd met de mobiele telefoon

niet-giftige slangen niet bijten! Die differentiatie is niet altijd makkelijk, maar er zijn een paar onderscheidende kenmerken. Giftige slangen hebben twee langere giftanden en verder, zoals alle slangen, een rijtje kleine tanden in boven- en onderkaak. De aanwezigheid van twee puntvormige wondjes in de huid van het slachtoffer is dus een belangrijke aanwijzing. Daarnaast is het uiterlijk van de slang belangrijk: hoe feller de kleur en hoe opvallender de tekening, des te giftiger is de slang.⁵⁻⁷ De afwezigheid van een opvallend uiterlijk sluit giftigheid echter niet uit. De lichaamsbouw kan een aanwijzing geven: een kop met een brede basis die spits toeloopt, zoals bij de *Viperidae*, wijst in de richting van een giftig slang [figuur 3]. Als laatste is de herkomst een duidelijke aanwijzing: in Europa worden

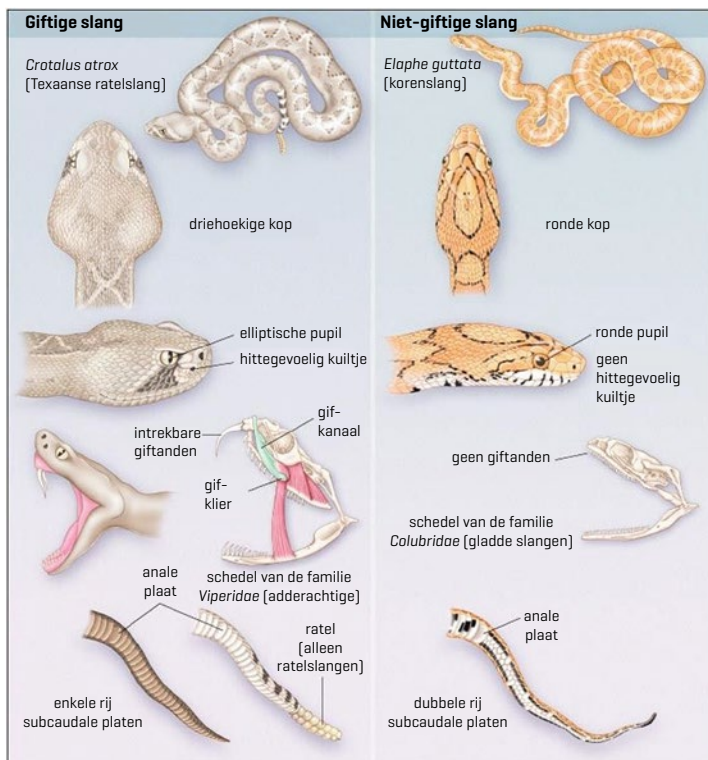
Uitzuigen, incideren of andere lokale manipulatie doen meer kwaad dan goed

giftslangen maar zelden gezien, in Azië, Afrika, Australië en Latijns -Amerika des te vaker. Grootte en leeftijd van de slang zijn geen goede voorspellers voor de giftigheid of voor de hoeveelheid toegediend gif.⁵⁻⁷

Ruwweg zijn de giftige slangen onder te verdelen in slangen

Figuur 3

Uiterlijke kenmerken van giftige- en niet giftige slangen⁶
De Texaanse ratelslang heeft de karakteristieke kenmerken van de adderfamilie (Viperidae)



DE KERN

- Slangenbeten zijn in Nederland zeldzaam, maar kunnen levensbedreigend zijn.
- Van belang is allereerst pijnstilling en immobilisatie van de extremiteit.
- Daarna moet men proberen de soort en giftigheid van de slang te achterhalen alvorens te overleggen met en eventueel te verwijzen naar de SEH.

met hemolytisch gif (het merendeel) en gif met neurotoxische eigenschappen.

SYMPTOMEN

De eerste symptomen zijn autonome verschijnselen zoals angst, paniek, misselijkheid, braken, tachycardie en duizeligheid. Lokale verschijnselen zijn giftandafdrukken, extreme pijn, oedeem en roodheid.¹ In de eerste 12 tot 24 uur kunnen necrose, progressie van het oedeem, ecchymosen, blaarvorming en lokale lymfeklierzwellings ontstaan. De lokale symptomen zijn het meest uitgesproken bij de familie *Viperidae* waartoe adders en ratelslangen behoren, dit zijn ook de soorten die in Nederland het vaakst in gevangenschap gehouden worden. Vrijwel alle slangen uit deze familie hebben hemolytische gifstoffen.

Gegeneraliseerde symptomen ontstaan meestal binnen vier uur na een slangenbeet. Bij een neurotoxische vergiftiging kan het beeld variëren van ptosis van het ooglid of subtiel krachtsverlies in de ledematen tot uitgesproken parese van skelet- en zelfs ademhalingspijpen. Bij een hemolytische vergiftiging kunnen spontaan hematomen en zelfs levensbedreigende bloedingen ontstaan.^{1,5,7} Niet elke beet van een hemolytische giftig slang heeft echter zulke gevolgen: na een 'droge beet' blijft de patiënt asymptomatisch. In dat geval moet men de stollingsparameters bepalen om het bloedingsrisico in te schatten. Dit zal echter vaak niet door de huisarts, maar op de SEH gebeuren na een verwijzing. Een observatie van 24 tot 48 uur is afdoende.³

HANDELWIJZE

Bij de opvang van een patiënt met een slangenbeet moet men allereerst het ABCDE-principe volgen: de ademweg van de patiënt beoordelen en zo nodig vrijmaken of vrijhouden. Daarna moet worden ingeschat of er sprake is van grote bloedingen, mogelijk als complicatie van hemolytisch gif. Verder moet de patiënt neurologisch worden nagekeken. De kleinste parese kan een aanwijzing zijn voor de aanwezigheid van neurotoxisch gif en een voorbode van ernstiger neurologische uitval. Voor meer informatie kan contact opgenomen worden met het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (www.vergiftigingen.info).^{9,10}

De meeste slangenbeten doen zich voor op armen of benen. Immobilisatie van het aangedane ledemaat wordt geadviseerd om snelle verspreiding van het gif te voorkomen. Verwijder

eventuele sieraden rondom de beet en markeer het erytheem en oedeem om de progressie te beoordelen. Uitzuigen, incideren of andere lokale manipulatie wordt ontraden. De effectiviteit van geen ervan is klinisch bewezen en zij doen meer kwaad dan goed vanwege het risico op secundaire infectie. Bij geringe lokale symptomen kan overleg met de SEH afdoende zijn, maar bij lokale uitbreiding of systemische verschijnselen moet de patiënt worden doorgestuurd. De behandeling op de SEH bestaat vooral uit observatie, zo nodig op de intensive care, ondersteunende maatregelen en eventuele toediening van antiserum en middelen als acetylcholine-esteraseremmers bij neurologische verschijnselen.^{3,4}

CONCLUSIE

Slangenbeten zijn in Nederland zeldzaam, maar ze kunnen levensbedreigend zijn. De taak van de huisarts is allereerst pijnstilling om de angst te verminderen en immobilisatie van de extremiteit. Verder is het van belang de soort en de giftigheid van de slang te achterhalen alvorens te overleggen en eventueel te verwijzen naar de SEH. ■

LITERATUUR

1. Carels RA, Janse M, Klaver PS, De Vries I, Kager PA, Overbosch D. Acute opvang van patiënten gebeten door een gifslang. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998; 142:2773-7.
2. Van Velzen AG, Spijkerboer HN, Van Riel AJ, Meulenbelt J, De Vries I. Acute vergiftigingen bij mens en dier, Jaaroverzicht 2010, Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum. Bilthoven: RIVM, 2011.
3. Chippaux JP. Epidemiology of snakebites in Europe: A systematic review of the literature. *Toxicon* 2012;59:86-99.
4. Naphade RW, Shetti RN. Use of neostigmine after snake bite. *Br J Anaesth* 1977;49:1065-8.
5. Morr e NH. Slangenbeet. In: Eekhof JA, Knuistingh Neven A, Opstelten W (redactie). *Kleine kwalen in de huisartsenpraktijk*. Amsterdam: Reed Business Education, 2016.
6. Gold BS, Dart RC, Barish RA. Bites of venomous snakes. *N Engl J Med* 2002;347:347-56.
7. Warrell DA. Envenoming and injuries by venomous and nonvenomous reptiles worldwide. In: Auerbach PS (ed). *Wilderness medicine*. Philadelphia: Elsevier Mosby, 2012:1040.
8. Van Thiel P. Snakebite, a neglected health problem! *MT bulletin of NVTG* 2014;3:10-1.
9. Wichers IM, Bouma M. NHG-behandelrichtlijn 'Traumatische wonden en bijtewonden'. *Ned Tijdschr Geneesk* 2017;161:D1538.
10. Dijkman MA, De Vries I, Van Dam M, De Lange DW. Gebeten door een exotische gifslang. *Ned Tijdschr Geneesk* 2017;161:D822.

Vendrik J, Stijnis K, Ridderikhof M, Van Thiel P. 'In het Costa Rica-hoekje', casuïstiek en handelswijze bij een slangenbeet in Nederland *Huisarts Wet* 2018;61(7). DOI: 10.1007/s12445-018-0196-y. AMC, Amsterdam, afdeling Spoedeisende Hulp: J. Vendrik, arts-onderzoeker, j.vendrik@amc.nl, M.L. Ridderikhof, SEH-arts. Afdeling Interne Geneeskunde-Infectieziekten: C. Stijnis, internist-infectioloog; dr. P.P.A.M van Thiel, internist. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.