

Naar vreemd gaan...

Het reisconsult in de huisartspraktijk

NIEK J. DE WIT
FRANK A.M. VAN BALEN

De Wit NJ, Van Balen FAM. Naar vreemd gaan... Het reisconsult in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1996; 39(6): 276-83.

Samenvatting Met de toename van het internationale reisverkeer naar (sub)tropische bestemmingen wenden steeds meer reizigers zich tot GG en GD, huisarts of apotheek voor algemene voorlichting en adviezen over vaccinaties en malariaprofylaxe. Door zijn kennis van de gezondheidstoestand van zijn patiënten is de huisarts de persoon bij uitstek om individueel aangepaste reisvoorlichting te geven, met name bij bijzondere reizigers, zoals chronisch zieken, zwangeren en jonge kinderen. In dit artikel wordt een voorstel gedaan voor een 'gestructureerd reisconsult', bestaande uit zeven stappen. Inventarisatie van reis- en persoonsgegevens, en een voorstel voor vaccinaties en chemoproylaxe kunnen door de assistente worden verzorgd. In het eigenlijke reisconsult staat vooral algemene voorlichting over de gezondheidsaspecten van reizen centraal. Daarnaast geeft de huisarts specifieke adviezen over preventie van ziekte en worden de voorgestelde vaccinaties en malariaprofylaxe uitgeschreven. Bij bijzondere reizigers zijn vaak aanvullende voorlichting, reismedicatie, overleg met betrokken specialisten of medische verklaringen noodzakelijk. Tenslotte wordt besproken welke maatregelen bij ziekte onderweg genomen moeten worden, en wanneer het zinvol is na de reis contact op te nemen. De vaccinaties kunnen in de weken voor de reis door de assistente worden toegeënd.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit Utrecht, Universiteitsweg 100, 3584 CG Utrecht.

Dr. N.J. de Wit, huisarts, Dr. F.A.M. van Balen, huisarts.

Correspondentie: Dr. N.J. de Wit.

Inleiding

Steeds meer Nederlanders maken verre reizen. Niet alleen zijn internationale reizen eenvoudiger, sneller en comfortabeler geworden, ook budgettair is een vakantie naar een exotische bestemming voor veel mensen binnen handbereik gekomen. In 1990 vertrokken meer dan 2 miljoen reizigers (van wie een kwart Nederlanders) vanaf Schiphol voor een vakantie- of zakenreis naar een (sub)tropisch gebied, vijf maal zoveel als in 1984.¹

Het endemisch ziekteklimaat van de steeds exotischer wordende vakantiebestemmingen noopt de reiziger tot een gedegen medische voorbereiding: profylaxe en vaccinaties, preventie en reisapotheek, en speciale maatregelen bij chronische ziekte. Ten onrechte wordt hierbij de nadruk gelegd op 'prikken en pillen', terwijl het gezondheidsbeschermend effect van simpele preventieve maatregelen op reis veel groter is.² Bij adequate immunisatie en chemoproylaxe en inachtneming van de geadviseerde maatregelen doen zich op reis meestal geen ernstige gezondheidsproblemen voor. Het aantal gevallen waarin op reis hospitalisatie nodig is, wordt geschat op 5 per 1000 reis maanden, terwijl de sterfte 1 reiziger per 100.000 reis maanden bedraagt.^{3,4}

Traditioneel wordt in Nederland een belangrijk deel van de reisadviesing en vaccinaties verzorgd door de GG en GD's en door een aantal reisadviescentra ('travel clinics') in grote ziekenhuizen. In Groot-Brittannië wordt de reisvoorbereiding meestal verzorgd door de huisarts.² Over de kwaliteit van de geboden voorlichting en adviezen is weinig bekend. In Engeland bleek met name de preventie sterk onderbelicht, en werden adviezen met betrekking tot malariaprofylaxe slecht opgevolgd.⁵

Ook in Nederland wendt men zich in eerste instantie wel tot de huisarts, maar dan vooral buiten de grote steden. Hoewel vertrouwd met preventie, zijn veel huisartsen onbekend met tropische ziekten. Belangrijke praktische obstakels voor het reisconsult door de huisarts zijn de tijdsinvestering, het ontbreken van een honore-

eringsstructuur en het feit dat gele-koorts-vaccinatie vooralsnog alleen door speciaal daarvoor aangewezen centra kan worden verzorgd.

Met het toenemen van het reisverkeer neemt ook het aantal 'bijzondere' reizigers toe: chronisch zieken, allochtonen, zwangeren en kinderen. Bij deze reizigers is naast de protocollaire ook een meer individuele reisadviesing gewenst. Door zijn kennis van voorgeschiedenis, risicofactoren en medicatiegebruik van de patiënt is juist de huisarts bij uitstek geschikt een reisadvies op maat te geven.² Dat geldt met name voor situaties waarin een afwijking moet worden gemaakt tussen de gezondheid van de betrokkene en de gezondheidsrisico's die de reis kan opleveren. Soms moet de reis, na zorgvuldige afwijking, zelfs worden ontraden.

In dit artikel presenteren wij een voorstel voor een gestructureerd reisconsult in de huisartspraktijk, dat is gebaseerd op de PAOH-cursus 'praktische reiskunde voor de huisarts', die nu voor het derde jaar in Utrecht wordt verzorgd. De inhoud is zoveel mogelijk gebaseerd op onderzoeksgegevens en bestaande richtlijnen, en voor het overige op consensus binnen de voorbereidingscommissie.

Praktische organisatie

Binnen de medische voorbereiding op een reis naar een (sub)tropische bestemming dienen zeven aspecten aan de orde te komen: reis- en persoonsgegevens, preventie, vaccinaties, malariaprofylaxe, maatregelen bij ziekte onderweg, en eventuele consultatie ná de reis. Veel van het voorbereidende en uitvoerende werk kan worden gedelegeerd aan de praktijkassistente. In principe kan worden volstaan met één spreekuurconsult bij de huisarts en twee contacten met de assistente. Bij bijzondere reizen of bijzondere patiëntengroepen kunnen meer spreekuurcontacten noodzakelijk zijn.

- Het eerste contact vindt in principe vier tot zes weken voor het vertrek plaats, meestal telefonisch. Bij deze gelegenheid

INTAKE FORMULIER

naam: _____ man / vrouw

vertrekdatum: ___ / ___ / ____ verblijfsduur: _____

land(en) van bestemming: _____

overige landen: _____

reden van de reis: zakelijk / vakantie

eerder gevaccineerd voor de tropen: ja / nee

zo ja wanneer:

waren er complicaties t.g.v. vaccinaties: ja / nee

zo ja welke:

heeft u geelzucht (hepatitis A) gehad: ja / nee

zo ja wanneer:

bent u zwanger: ja / nee / onbekend

wens tot zwangerschap: ja / nee

bent u overgevoelig voor: kippeëiwit / veren / medicijnen

bijzondere reis: ja / nee

bijzondere patiënt: ja / nee

VACCINATIEPROGRAMMA

(in te vullen door arts)

DATUM					
cholera-verkl.					
tyfus-injectie					
tyfus-oraal					
DTP					
polio					
gele koorts					
gamma- globuline 2cc					
gamma-globuline 4cc					
hepatitis A					
hepatitis B					
rabies					
meningitis					

malariaprofylaxe

	paludrine
	mefloquine
	mefloquine/halofantrine noodbehandeling
	bijz., nl:

vult de praktijkassistente een 'intakeformulier' in (*kader* op pag. 277); tevens kan zij aan de hand van de richtlijnen van de Inspectie^{6,7} en andere bronnen⁸⁻¹¹ een malariaprofylaxe- en een immunisatieschema uitwerken. Ook kan zij de aanstaande reiziger attenderen op literatuur over gezondheid in de tropen,¹² reizen met kinderen,¹³ avontuurlijke reizen¹⁴ en, indien aanwezig, de praktijkfolder over reizen en gezondheid.

- In het *tweede contact* doorloopt de huisarts de zeven stappen van het reisconsult, die hieronder nader zullen worden besproken.
- Tijdens het *derde contact*, twee weken voor vertrek, dient de assistente de vereiste vaccinaties toe, wordt het vaccinatieboekje ingevuld, en kunnen eventueel noodzakelijke medische verklaringen worden afgehaald.

Op deze wijze georganiseerd is een volledige reisvoorbereiding adequaat in te bouwen in de dagelijkse praktijkorganisatie, en krijgt de reiziger een verantwoord en gefundeerd reisconsult op maat van de eigen huisarts.

Reis- en persoonsgegevens

Wat betreft de *reisgegevens* zijn primair de bestemming en de duur van de reis van belang, met het oog op de immunisaties en chemoprofylaxe. Niet alleen het land van bestemming is relevant, maar ook welke gebieden en steden bezocht zullen worden.⁷ Malariaprofylaxe kan immers ook per provincie verschillen (bijvoorbeeld in Indonesië) en is in grote steden in Zuid-Amerika en Azië niet noodzakelijk.⁶ De duur van het verblijf bepaalt uiteraard de hoeveelheid chemoprofylactica, maar ook de noodzaak voor bijzondere vaccinaties (bijvoorbeeld hepatitis-A-vaccinatie). Bijzondere reizen (avontuurlijke zwerftochten, verblijf op grote hoogte) vereisen uitgebreidere voorbereiding (uitgebreidere reisapotheek, medicatie gericht op hoogtezijkte). Langdurig professioneel verblijf vereist bij bepaalde beroepen (medisch, veterinair) soms bijzondere immunisaties (hepatitis B, rabiës). In deze ge-

vallen is soms overleg met gespecialiseerde centra nodig (*kader* op pag. 279).

Van de *persoonsgegevens* zijn vooral de medische voorgeschiedenis, het medicatiegebruik, eventuele zwangerschap, allergieën en de ervaring met reizen van belang. Chronische ziekten (hart/vaatlijden, diabetes, COPD) kunnen op reis extra aandacht vereisen, of zelfs, zoals in het geval van een instabiele angina pectoris, verre reizen ongewenst maken. Sommige medicijnen vertonen interacties met antimalaria-middelen. Zwangerschap kan reizen naar bepaalde streken ongewenst maken in verband met beperkingen bij de malariaprofylaxe. Verblijf op grote hoogte kan bij hart- en longaandoeningen een extra belasting vormen.

Preventie en voorlichting

Adequate reisvoorbereiding vraagt vooral goede voorlichting. Goed opgevolgde preventieve adviezen hebben een veel groter gezondheidseffect dan vaccinaties of chemoprofylaxe.^{2,3} De meest effectieve profylaxe van malaria is uiteraard het voorkomen van de muggenbeet. De preventieve adviezen zijn vooral gericht op aanpassing, persoonlijke veiligheid en 'reishygiëne' ter preventie van de meest voorkomende ziekten onderweg.

Allereerst is het goed te wijzen op de *omschakeling* die het leven in 'warme' landen vereist. Extra vochtopname en voorkomen van directe, langdurige zonexpositie zijn hierbij van belang. Dat geldt met name voor kleine kinderen en ouderen. Gewezen moet worden op de relatieve *verkeersonveiligheid* in veel tropische landen. Nog altijd overlijden meer reizigers bij verkeersongelukken dan aan de gevolgen van tropische ziekten. Met name bij een avontuurlijke reisstijl dient men zich van deze verkeersrisico's bewust te zijn.

De helft van de reizigers krijgt tijdens de vakantie last van '*reizigersdiarree*', een 1 tot 2 dagen durende periode van diarree en nausea.^{4,15} Een belangrijk deel van de gastro-intestinale infecties kan voorkomen worden door alleen betrouwbaar water te gebruiken (gekookt of bronwater uit fles) en het eten van ongekookte of afge-

koelde voedingsmiddelen na te laten.¹⁶ Met name rauwe groenten in bijvoorbeeld salades zijn in dit opzicht berucht, gezien de korte oraal-fecale cirkel in veel tropische gebieden (besmet water gebruikt ter irrigatie van tuinbouwgronden). Vruchten met schil zijn wel betrouwbaar (uiteraard na schillen). Ook afgekoelde voedingsmiddelen en ijs bij de idyllische lokale stalletjes vormen een groot risico voor salmonellatransmissie.

Malariatransmissie kan veelal worden voorkomen door maatregelen tegen de mug. De *Anopheles* steekt van vlak voor zonsondergang tot de volgende ochtend. Aan het eind van de middag is het dus aan te raden om lichaamsdelen te bedekken, muggensprays te gebruiken of pyrethrumbranders aan te steken. Slapen onder een met permethrine geïmpregneerd muskietennet is een zeer adequate bescherming tegen nachtelijke muggenbeten.

Gezien de hoge incidentie van zowel de klassieke SOA's als van het hiv-virus dienen met name alleenstaande reizigers zich bewust te zijn van de noodzaak van veilige seks, en daar ook op voorbereid te zijn (condooms in de reisapotheek).

In veel zoet water in Afrika en Zuid-Amerika komt *schistosomiasis* voor. De slak die als vector fungeert, houdt zich vooral op in rietaanplant langs stilstaand of stromend water. Zwemmen in deze wateren, hoe aantrekkelijk soms ook, is in endemische regio's dan ook niet verstandig.

Wasgoed dat buiten gedroogd wordt, moet in de tropen gestreken worden om de larve van de *putsy fly* (myasis) te doden. Infestatie levert een lelijke steenpuist op, waaruit de larve tevoorschijn komt.

Het is verstandig zo min mogelijk op blote voeten te lopen om *worminfecties* te voorkomen. Met name bij wandelingen buiten de gebaande paden bestaat het risico van soms levensbedreigende *slangenbeten*. Bij rondreizen met kinderen is het zinvol de ouders te wijzen op het vermijden van direct contact met straathonden. In veel Afrikaanse streken heeft een deel van de honden *rabiës* onder de leden.

Bij reizen naar grote hoogte (boven de 3000 meter) kunnen zich verschijnselen

van *hoogteziekte* voordoen (hoofdpijn, misselijkheid, braken, duizeligheid). De beste preventie is geleidelijk stijgen, met onderweg regelmatig acclimatisatiestops. Uiteraard is het verstandig ter plaatse gegeven instructies (bijvoorbeeld van begeleidende gidsen) op te volgen. Bij een snelle klim naar grote hoogte is het aan te raden preventief medicatie in te nemen (3 dd 250 mg acetazolamide).²²

Immunisaties tegen infectieziekten

Bij een verblijf in (sub)tropische gebieden van minder dan 6 maanden dienen de volgende vaccinaties *altijd* te worden overwogen.⁷⁻¹⁰

DTP

Bij geïmmuniseerden die op het consultatiebureau volgens het vaccinatieschema zijn ingeënt, volstaat een boostervaccinatie, in het algemeen vlak voor vertrek. Voor diegenen die nooit zijn ingeënt, of het niet weten, dient een volledig schema van drie vaccinaties te worden afgewerkt (0, 1, en 6 maanden, 1 cc intramusculair). De bescherming duurt circa tien jaar.

Hepatitis A

Hepatitis A is een onder minder hygiënische omstandigheden veel voorkomende zelflimiterende infectieziekte, die de vakantie echter danig in het honderd kan laten lopen. Hoewel een groot deel van de Nederlandse bevolking op jonge leeftijd waar-

schijnlijk een subklinische infectie doormaakt (en daardoor beschermd is), wordt bij eenmalige korte vakantie-reizen passieve bescherming geadviseerd, door middel van gammaglobuline 2 cc intramusculair,^{17,18} (werkt 2 maanden en biedt 90 procent bescherming). Bij langere vakanties (>2 maanden) of veelvuldig verblijf in de tropen is het aan te bevelen bij personen geboren vóór 1960 IgG-antilichamen tegen het hepatitis-A-virus te laten bepalen. Indien deze niet aanwezig zijn, is actieve immunisatie het meest kosteneffectief (Havrix 720 op 0 en 1 maand, of Havrix 1440 eenmalig, met in beide gevallen een booster na zes maanden, biedt 100 procent bescherming gedurende tien jaar).¹⁹

Tyfus

Bescherming tegen de tyfus – een in (sub)tropische gebieden endemische salmonellainfectie – kan op twee manieren worden bewerkstelligd: oraal, via een kuur van drie capsules Vivotif (dag 1, 3 en 5) of parenteraal door middel van een eenmalige injectie (Typhim Vi 0,5 cc intramusculair), twee weken voor vertrek. De bescherming duurt drie jaar, maar is niet volledig (65 procent).²⁰ Aandacht voor de voedingshygiëne blijft dus van groot belang.

Gele koorts

Gele koorts is een ernstige, door muggen overgebrachte, virale infectie. Deze komt alleen voor in Afrika en Zuid-Amerika, in landen rond de evenaar. Actieve immunisatie door middel van een eenmalige injectie van 0,5 cc subcutaan twee weken voor vertrek is zeer effectief, geeft tien jaar bescherming en is verplicht bij reizen van en naar de betrokken landen. In verband met de eisen die aan het bewaren worden gesteld, mag het levend verzwakt vaccin in Nederland nog steeds slechts worden toegediend in daartoe door de Inspectie aangewezen centra.

Aanvullende vaccinaties

Daarnaast zijn er nog vaccinaties die onder bijzondere omstandigheden in aanmerking komen.

Bij verblijf langer dan zes maanden

Malariaprofylaxe

P-gebieden (Midden-Amerika, Nabije Oosten, Noord-Afrika)

- Geen Pl. falciparum of geen resistentie beschreven
- Paludrine als profylaxe
- Geen noodbehandeling meegeven aan reizigers

M-gebieden (Midden- en Zuidelijk Afrika, Amazone-gebied en Zuidoost-Azië)

- Chloroquine resistente Pl. falciparum beschreven
- Mefloquine eerste keus als profylaxe, chloroquine/paludrine tweede keus
- Alleen bij C/P-profylaxe kinine als noodbehandeling meegeven; het advies verschilt per regio⁶

Birma, Nieuw-Guinea, Cambodja, Irian Jaya, Laos

- Chloroquine- maar ook mefloquineresistentie
- Mefloquine eerste keus profylaxe
- Halofantrine als noodbehandeling in de reisapotheek
- Bij verblijf >1 maand, eerst ECG.

Gespecialiseerde centra voor medische reisadvisering

AMC	(020) 5669111	Vragen naar vaccinatie- of tropenarts
Nijmegen	(024) 3614781/2	Dienstdoend internist
	(024) 3611111	(buiten kantoor tijd)
Havenziekenhuis	(010) 4043300	Afdeling vaccinatie
Rotterdam		
Leiden	(071) 5263588	
	(071) 5269111	(buiten kantoor tijd)
Utrecht	(030) 2863333	Arts infectieziektenbestrijding

GG en GD's in grotere steden

wordt immunisatie tegen *hepatitis B* geadviseerd, vooral aan medisch personeel. Ook bij mogelijk seksueel contact met de lokale bevolking is immunisatie aan te raden (naast condoomgebruik!). Tevoren dient de IgG-titer te worden bepaald; een volledige schema van drie vaccinaties geeft dan zeker tien jaar bescherming.

Bij langdurig of frequent verblijf in gebieden met een hoge incidentie van *tuberculose* dient actieve bescherming tegen deze ziekte te worden overwogen. De bescherming door middel van actieve immunisatie met *BCG* is onvolledig (maximaal 80 procent).⁸ Is de Mantoux voor de reis negatief, dan is controle op Mantoux-omslag na terugkeer vaak een beter alternatief.

In de rijstvelden van Zuidoost-Azië komt in bepaalde seizoenen het *Japanse-encephalitisvirus* voor. Bij sommige reizigers (landbouwadviseurs) valt in overleg met deskundigen vaccinatie te overwegen.²¹

*Meningokokken*vaccinatie wordt geadviseerd bij vertrek naar gebieden waar de ziekte epidemisch voorkomt, zoals vluchtelingenkampen, en bij pelgrimsreizen naar Mekka (verplicht!).⁸

Bij professionele activiteiten ter plaatse wordt aan dierenartsen *rabiës*vaccinatie aangeraden.

*Cholera*vaccinatie is, hoewel in een aantal landen tijdens een epidemie vaak nog verplicht, niet effectief en dient te worden ontraden.⁹

Tenslotte verdient het, bij langere reizen, voor kinderen vanaf 6 maanden die de BMR-vaccinatie nog niet hebben gehad, overweging *mazelen*vaccinatie toe te dienen, gezien het ernstige beloop van mazelen bij allochtone kinderen in (sub)tropische gebieden. Dit is een extra immunisatie; bij terugkeer dient het normale schema te worden afgewerkt.²²

Aan reizigers zonder milt wordt *Haemophilus*-, *pneumokokken*- en *meningitis*-vaccinatie aangeraden.²²

Zwangeren dienen zoveel mogelijk passief te worden beschermd (parenterale tyfus, gammaglobuline) maar krijgen wel het gele-koortsvaccin.⁸ Kinderen onder de 14 jaar hoeven geen DTP-booster. Een

hepatitis-A-infectie verloopt bij kinderen meestal subklinisch (tot 6 jaar 90 procent, tot 10 jaar 50 procent van de infecties). Vooral op grond van volksgezondheidsargumenten (preventie van import van recent geïnfekteerde reizigers) kan actieve of passieve bescherming worden overwogen bij kinderen vanaf 1 jaar. Bij langdurig verblijf in de (sub)tropen vervalt dit argument.¹⁹ Bij kinderen verdient het tevens aanbeveling bij langdurig verblijf in endemische regio's meningokokkenvaccinatie toe te dienen, en – voor zover zij niet gevaccineerd zijn via het reguliere programma – HIB-vaccinatie tegen *Haemophilus influenza B*. Bij kinderen van allochtonen die een jaarlijkse vakantiereis naar hun geboorteland (of dat van hun ouders) maken, wordt BCG-vaccinatie aangeraden; daarnaast valt, meer op epidemiologische dan op klinische gronden, *hepatitis-A*-vaccinatie te overwegen.^{9 19 22}

De verschillende vaccinaties kunnen in principe tijdens één bezoek aan de assistente worden toegediend; tegen de combinatie van geïnactiveerde en levende vaccins bestaat geen bezwaar.⁷ Alleen gammaglobuline (passieve bescherming tegen *hepatitis A*) zou bij voorkeur vlak voor vertrek moeten worden toegediend. Enerzijds geeft het dan het meeste rendement, anderzijds zou bij simultane toediening mogelijk de immuunrespons op verzwakt levend virus (mazelen, gele koorts) kunnen afnemen.

Chemoprophylaxe tegen malaria

De chemoprophylaxe tegen malaria is primair gericht op het voorkómen van de ernstigste vorm, de *malaria tropica* (infectie met *Pl. Falciparum*).

De chemoprophylaxe-regimes tegen malaria zijn, in verband met de toenemende resistentie, de laatste jaren aan verandering onderhevig geweest.^{11 23} Het meest recente advies is relatief eenvoudig, en geografisch gestructureerd aan de hand van die resistentieontwikkeling.^{6 11} Er wordt onderscheid gemaakt tussen P(aludrine)- en M(efloquine)-gebieden (*kader*

op pag. 279). In grote steden in Zuidoost-Azië en Zuid-Amerika komt geen malaria-transmissie voor. In de grote steden in Midden- en Zuidelijk Afrika is wel profylaxe aangewezen.

Chemoprophylaxe met paludrine dient op de dag van vertrek aan te vangen, en tot een maand na terugkeer te worden gecontinueerd. Profylaxe met mefloquine kan men het beste ruim voor vertrek (3 weken) starten, zodat bij het optreden van bijwerkingen nog andere profylaxe kan worden geregeld. Overigens zijn de ernstige bijwerkingen van mefloquine – vooral neuropsychiatrische en cardiale klachten – zeldzaam (bij minder dan 1 per 10.000 reizigers). Voor zwangeren in de eerste drie maanden van de zwangerschap en kinderen onder de drie maanden zijn alleen chloroquine en paludrine veilig. Reizen naar gebieden waar resistentie tegen deze middelen beschreven is, dient voor deze groepen in het algemeen ontraden te worden. Dat geldt ook voor patiënten zonder milt, bij wie malaria een fataal verloop kan hebben. Voor kinderen gelden dezelfde schema's als voor volwassenen, met aangepaste dosering.

In principe is de reiziger bij het regelmatig innemen van de profylaxe afdoende beschermd. Het meegeven van een noodbehandeling is dan ook niet noodzakelijk. Alleen als de chemoprophylaxe op voorhand onvoldoende bescherming lijkt te bieden, is een noodbehandeling zinvol.

Dat is allereerst het geval bij een vijftal reisbestemmingen in Azië, waar ook mefloquineresistentie wordt beschreven. De mefloquineprofylaxe is dan mogelijk onvoldoende, reden waarom bij een lange reis (>1 maand) een noodbehandeling (halofantrine) meegegeven wordt voor het geval zich malaria voordoet.¹¹ Hierbij wordt geadviseerd tevoren een ECG te laten maken, aangezien halofantrine bij gevoelige personen door QT-tijdverlenging cardiotoxisch is.

Daarnaast is ook bij zwangeren en kleine kinderen de chemoprophylaxe in de M-gebieden (chloroquine en paludrine) op voorhand onvoldoende. Kinine is dan de ultieme noodbehandeling. Deze dient bij voorkeur pas te worden toegepast als ma-

laria-infectie door een dikke druppel is bevestigd.

Bij interacties met andere medicatie, bij overgevoeligheid voor één van de genoemde middelen en bij bijzondere reizigers (vliegend personeel) zijn alternatieven beschikbaar (kinine, fansidar, doxycycline). Hiervoor is meestal overleg met centra voor Tropische Geneeskunde noodzakelijk (*kader*).

Bijzondere patiëntengroepen

Sommige patiëntengroepen vereisen extra aandacht.

- Allereerst de *zwangeren*. Een ongecompliceerde zwangerschap vormt op zichzelf geen risico bij reizen, maar zwanger op reis gaan heeft wel enige consequenties. De verloskundige zorg, zoals men die in Nederland gewend is, ontbeekt in (sub)tropische gebieden meestal. Luchtvaartmaatschappijen trekken om praktische redenen (risico van een vroeggeboorte) de grens voor vliegen bij 36 weken (bij een meerlingzwangerschap zelfs al bij 32 weken).

Zwangerschap geeft geen hoger risico op malaria. Een malariainfectie is echter wel schadelijk voor de zwangerschap, en geeft een grotere kans op complicaties. Van de gangbare malariaprofylactica zijn alleen paludrine en chloroquine veilig in eerste drie maanden van de zwangerschap. Hiermee is de zwangere op bepaalde bestemmingen (met name in Azië en Afrika) niet optimaal beschermd.⁶ In geval van zwangerschap en reisplannen dient de huisarts deze overwegingen in het reisconsult ter sprake te brengen. Soms is het dan verstandiger de reis uit te stellen.

- Een tweede groep die extra aandacht verdient wordt gevormd door de *jonge kinderen*. Kinderen maken veel infecties door. Gelukkig is het merendeel onschuldig en self-limiting, en is gedurende een aantal dagen een afwachende houding gerechtvaardigd. Bij kinderen met koorts in de tropen vinden velen echter dat altijd malaria dient te worden uitgesloten (of empirisch behandeld). Hiervoor moet meestal medische hulp gezocht worden. Bescherming tegen de muggensteek is ui-

terwaard van groot belang (muskietennet, bedekkende kleding rond zonsondergang, ook aan het strand). Profylactisch krijgen kinderen een aangepaste antimalariadose-ring.

Bij kinderen onder de 3 maanden kan geen mefloquine worden toegepast. De bij zwangerschap genoemde overwegingen met betrekking tot reizen naar gebieden met chloroquineresistentie gelden dus ook voor deze groep. Voor jonge kinderen met een koortsstuip in de voorgeschiedenis is, gezien het risico op een recidief, een rectiole diazepam met gebruiksinstructie een zinvolle aanvulling op de reisapotheek.

- Onder de reizigers bevinden zich ook steeds meer *chronisch zieken*. Gelukkig brengt slechts voor een kleine groep reizen naar subtropische gebieden levensbedreigende risico's met zich mee. Het gaat dan om bijvoorbeeld patiënten met instabiele long- of hartklachten, en terminale of immuundeficiënte patiënten. Reizen naar exotische bestemmingen moet dan medisch gezien ontraden worden. De beslissing 'wel of niet gaan' wordt uiteindelijk echter voor een belangrijk deel bepaald door niet-medische argumenten.

Veel chronische ziekten kunnen overigens de reis danig in het water laten vallen. Overleg met de behandelend specialist zal vaak aangewezen zijn om de risico's nader in kaart te brengen, en eventueel aanvullingen op de reisapotheek te bespreken.²⁴ Het is een goede gewoonte een samenvatting van de medische voorgeschiedenis mee te geven (in het Engels of Frans). Dit bevordert de effectiviteit van ter plaatse ingeroepen medische hulp. Voldoende medicatie, soms een medische verklaring in verband met spuiten of naalden, en een medicijnkaart completeren de bagage van de chronisch zieke op reis.

In het algemeen geldt voor patiënten met een ernstige chronische ziekte dat de preventieve adviezen nog stringenter opgevolgd dienen te worden. Overmatige inspanning, alcohol, hoogteverschillen en malaria kunnen tot klachten of exacerbatie leiden.

Het belang van regelmatig medicatiegebruik en zelfcontrole bij *diabetes mellitus* spreekt voor zich. Met name wijzigingen

in de insulinedicatie bij het overbruggen van tijdsverschillen moeten besproken worden. In het algemeen geldt dat het insulinerégime zo spoedig mogelijk wordt aangepast aan het ritme van het land van bestemming. In de overbruggingsperiode kan dan extra zelfcontrole plaatsvinden. Gezien het risico op ernstige infecties moet gewezen worden op het belang van een goede lichaamshygiëne onder minder hygiënische omstandigheden.

Bij reizigers met een belaste *cardiale voorgeschiedenis* zal vaak overleg met de behandelend cardioloog noodzakelijk zijn. In het algemeen zal vooral de stabiliteit van de patiënt een belangrijk criterium vormen. Zo vormt bypasschirurgie in het verleden geen contra-indicatie voor (vlieg)reizen, maar zal het risico bij een instabiele angina pectoris sterk verhoogd zijn. Een probleem dat zich vaak voordoet, is de controle op het gebruik van orale anticoagulantia. Soms is dat ter plaatse uitvoerbaar, meestal niet. Het tijdelijk vervangen van de anticoagulantia door acetylsalicylzuur kan dan een bruikbaar alternatief zijn.

Bij patiënten met ernstige *COPD* vormt vooral reizen op grote hoogte een belasting. Voor de vliegreis en, bij verblijf op grote hoogte, ook ter plaatse kan dan in overleg met de longarts een zuurstofcilinder worden meegegeven. Uiteraard dient de luchtvaartmaatschappij hierin betrokken te worden. Voor exacerbaties is het zinvol een extra medicamenteuze behandeling mee te geven, met instructie over de indicaties voor gebruik.

Patiënten met *chronische maag/darmziekten* (*M. Crohn*, *colitis ulcerosa*, maar ook patiënten met sterk zuurremmende medicatie) lopen een verhoogd risico op reizigersdiarree. Reizigersdiarree kan ook de aanleiding zijn tot een exacerbatie van de chronische darmziekte.²⁵ Naast de algemene voedingshygiënische maatregelen adviseren veel gastro-enterologen aan deze reizigers het profylactisch gebruik van een antibioticum (bijvoorbeeld cotrimoxazol 960 mg 1 dd, ciprofloxacine 500 mg 1 dd) of een stand-by behandeling in de reisapotheek.¹⁶

Patiënten met een *immuundeficiëntie*,

chronisch prednisongebruik en patiënten zonder *milt* lopen een verhoogd infectierisico. Toevoeging van een antibioticum aan de reisapotheek met instructie over vroegtijdig gebruik is dan aangewezen.^{26 27}

Gelukkig is voor chronisch zieken reizen meer dan alleen maar risico lopen. Een groot deel van hen zal de klimatologische verandering alleen maar goed doen. Het plezier van de reis of het weerzien met familieleden zullen vaak een positieve uitwerking op de ziektebeleving hebben. Ook deze aspecten zal de huisarts in het reisconsult kunnen betrekken.

Ziek op reis

Voor gezonde reizigers op een normale vakantie reis is ook in de tropen een uitgebreide reisapotheek niet noodzakelijk. Zelf dokteren met meegebrachte medicatie brengt risico's met zich mee. Het is verstandiger de reiziger te instrueren over het beleid bij de meest voorkomende klachten op reis. Indien noodzakelijk kan ter plaatse medische hulp worden gezocht. Ook in (sub)tropische gebieden bevinden zich goed geoutilleerde ziekenhuizen en vaak verrassend goed opererende malariaklinieken. In veel landen zijn huisartsen werkzaam.

De inhoud van de reisapotheek kan daarom beperkt zijn: naast malariaprofylaxe kunnen sachets met rehydratiezouten (ORS), loperamidecapsules, paracetamol, pleisters, verband en een desinfectans worden meegenomen. Essentiële niet-medicamenteuze onderdelen zijn verder het geïmpregneerde muskietennet, muskietenspray's, eventueel orale anticonceptie en condooms.

Voor chronisch zieken ligt de situatie anders. Zij dienen uiteraard de dagelijkse medicatie mee te nemen. Daarnaast is het zinvol de reisapotheek aan te vullen met een noodbehandeling voor eventuele complicaties. Instructie over wanneer en hoe te gebruiken is hierbij van groot belang. Zo kunnen aan diabetici een ampul glucagon en een flucloxacillinekuur voor de behandeling van infecties worden meegegeven. Voor reizigers met ernstige COPD vormen een prednisonkuur en een antibio-

ticum (doxycycline) een zinvol onderdeel van de reisapotheek. Patiënten met een maag/darmstoornis kunnen voor een eventuele diarreeperiode een antibioticum (3 dagen 2 dd 960 mg cotrimoxazol, of 2 dd 500 mg ciprofloxacine^{25 27}) meenemen. Voor kinderen met een koortsstuiptje in de voorgeschiedenis is een diazepam rectiole van belang ter coupering van een eventueel recidief.

Adviezen voor na de reis

Het belangrijkste advies voor na de reis heeft betrekking op het continueren van de malariaprofylaxe (4 weken). Als er geen klachten zijn, is verder contact met de huisarts niet noodzakelijk. Als zich tijdens de vakantie een ernstig medisch probleem heeft voorgedaan is soms wel een follow-up gewenst.

Na lange avontuurlijke reizen of een langdurig verblijf is een 'uitkeuring' soms zinvol.¹ Hierbij worden dan bloed-, urine- en fecesmonsters onderzocht op sporen van een tropische infectie. Ook dit kan verantwoord in de huisartspraktijk plaatsvinden. Bij klachten in de periode na terugkeer van een reis naar (sub)tropische gebieden of bij terugkeer met klachten is contact met de huisarts uiteraard wel noodzakelijk. Over de frequentie waarmee tropenreizigers zich na terugkeer ziek bij de huisarts melden, is nog weinig bekend. Uit de registraties van klinieken voor tropische ziekten – uiteraard een sterk geselecteerde groep – blijkt dat het vooral gaat om patiënten met persisterende diarree (30 procent), koorts (15 procent) en huidklachten (10 procent).²⁸ Met name in geval van koorts na terugkeer moet men beducht zijn op een aantal ernstige ziekten (malaria tropica, tyfus of amoebenabces).

Beschouwing

Veilig op reis naar tropische bestemmingen vraagt een goede medische reisvoorbereiding. Goede voorlichting, naast adequate immunisaties en profylaxe reduceert de kans op gezondheidsproblemen onderweg. Relatieve onbekendheid met tropi-

sche ziekten en de ogenschijnlijke complexiteit van malariaprofylaxe en vaccinaties maken dat huisartsen voor de preventieve medische reisvoorbereiding vaak naar andere instanties verwijzen. Individuele reisadviesing door de eigen huisarts, zoals in Groot-Brittannië op grote schaal plaatsvindt, biedt echter belangrijke voordelen: continuïteit van zorg, korte lijnen naar de specialist, gemakkelijke bereikbaarheid voor de patiënt en een meer op het individu gerichte, minder protocolaire benadering. Vooral de bijzondere reizigers zullen van deze voordelen profiteren. Bij de soms moeilijke risico-afweging en besluitvorming rond het wel of niet gaan kan de huisarts een belangrijke steunpilaar zijn.

Het reisconsult kan eenvoudig in de dagelijkse praktijkroutine worden ingebouwd. Een drietal contacten met de patiënt volstaat in de meeste gevallen, en veel van de activiteiten kunnen door de assistente worden uitgevoerd. Volgens sommigen krijgt de individuele huisarts jaarlijks te weinig verzoeken om ervaring met reisadviesing op te bouwen.² Daarom valt te overwegen de expertise op dit gebied binnen de waarneemgroep bij één collega te concentreren. Deze praktijk zou dan tevens door de Inspectie aangewezen moeten worden als gele-koorts vaccinatiecentrum, zodat aan een belangrijk praktisch bezwaar tegemoet wordt gekomen.

Ook het honoreringsaspect verdient aandacht. De kosten van de reisvoorbereiding worden voor de meeste reizigers niet vergoed door de verzekering. Soms blijken GG en GD's en 'travel clinics', die meestal een all-in tarief hanteren per vaccinatie, goedkoper. Juist vanwege de 'zorg op maat' is het belangrijk dat het reisconsult in de huisartspraktijk kan plaatsvinden. Daarvoor zou een honoringsstructuur moeten worden vastgesteld, gebaseerd op tijdsinvestering en gemaakte kosten. Verder onderzoek zou moeten plaatsvinden naar de plaats, haalbaarheid en kwaliteit van de medische reisadviesing door de huisarts. Via richtlijnen en nascholing kan de kwaliteit van het reisconsult in de huisartspraktijk vervolgens gegarandeerd worden.

Literatuur

- 1 Van Boxtel YJIM, Dolmans WMV, Keuter M, Vreden SGS. Het nut van medisch onderzoek na terugkeer uit de Tropen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993; 16: 810-4.
- 2 Sloan DSG. Travel medicine and general practice; a suitable case for audit? *BMJ* 1993; 307: 615-7.
- 3 Steffen R, Lobel HO. Travel medicine. In: *Manson's tropical disease*. 20th ed. London: Saunders, in press.
- 4 Steffen R. Epidemiologic studies of travelers' diarrhoea, severe gastrointestinal infections and cholera. *Rev Infect Dis* 1986; 8: 122-30.
- 5 Porter JDH, Stanwell-Smith R, Lea G. Travelling hopefully, returning ill. *BMJ* 1992; 304: 1323-4.
- 6 Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Malariaprofylaxe. Rijswijk: GHI bulletin april 1996.
- 7 Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Uitheemse ziekten in Nederland; profylactische maatregelen bij vertrek naar het buitenland. Leidschendam; GHI bulletin 1985.
- 8 Huisman, J. Vaccinaties voor reizigers. *Geneesmiddelenbulletin* 1994; 4: 26-9.
- 9 Cobelens FGJ, red. *Handboek vaccinatie en profylaxe voor reizigers*. Aalsmeer: Murkostverloren, 1993.
- 10 Van Kessel RPM, et al. Maatregelen ter preventie van infectieziekten bij Utrechtse en Nijmeegse reizigers naar de tropen. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 1991; 294-8.
- 11 Dolmans WMV, et al. Malariaprofylaxe: adviezen weer aangepast. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994; 34: 1723-4.
- 12 De Groot JFM. *Hoe blijf ik gezond in de tropen*. Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen, 1983.
- 13 Ory FG, Voorhoeve HWA, Stigter JCA. *Met kinderen in de tropen*. Amsterdam/Rotterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen/Memisa-Medicus Mundi, 1987.
- 14 Werner WD. *Where there is no doctor*. London: Macmillan, 1984.
- 15 Chalk A, Banwell JG. Travelers diarrhoea. *Gastroenterol Clin North Am* 1993; 23: 549-62.
- 16 Ericsson CD, Dupont HL. Travelers' diarrhoea: approaches to prevention and treatment. *Clin Infect Dis* 1993; 16: 616-26.
- 17 Leenvaart-Kuipers A. Wie komt in Nederland in aanmerking voor immunisatie met geïnactiveerd hepatitis A vaccin? *Ned Tijdschr Geneesk* 1994; 138: 941-2.
- 18 Zaaijer HL, Lelie PN. De kosten van hepatitis A profylaxe bij reizigers. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994; 138: 948-9.
- 19 Van Steenberghe JE, Leenvaart Kuipers A. Moeten reizigers naar risicogebieden worden geïmmuniseerd voor hepatitis A? *Vademecum* 1995; 13(48): 1-2.
- 20 Kager PA. Het nut van vaccinatie tegen buiktyfus met huidige vaccins nog steeds omstrede. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993; 137: 276-7.
- 21 Kager PA. Japanse encephalitis; vaccinatie voor sommige reizigers naar Azië nuttig en in Nederland mogelijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993; 137: 1755-7.
- 22 Kager PA, Meijer JS. *Reizigersziekten*. Utrecht; Bunge, 1995.
- 23 Kager, PA. Malariaprofylaxe. *Ned Tijdschr Geneesk* 1992; 136: 1960-4.
- 24 Keuter M, Dolmans WMV, Van der Meer JWM. Ongezonder op reis; adviezen voor tropenreizigers met een ziekte. *Ned Tijdschr Geneesk* 1992; 136: 2573-7.
- 25 Geddes AM. I have been back from holiday for one week and I still have diarrhoea. *BMJ* 1983; 287: 513.
- 26 Salam I, Katelaris P, Leigh-Smith S, Farthing MJG. Randomised trial of single dose ciprofloxacin for travellers' diarrhoea. *Lancet* 1994; 344: 1537-9.
- 27 Keystone JS. Single dose antibiotic treatment for travellers' diarrhoea. *Lancet* 1994; 344: 1520-1.
- 28 Dolmans VE. Het verre nabij; tropische ziekten in Nederland. *Tijdschr Huisartsgeneesk* 1994; 3: 181-5.