

Tekenbeet

WAT IS HET PROBLEEM?

Huisartsen zien steeds vaker patiënten met vragen over (huiduitslag na) een tekenbeet. De laatste jaren is er veel discussie geweest over diagnostiek en beleid bij (mogelijke) Lymeziekte. Hoe kun je de patiënt het best informeren? Wat is het juiste beleid na een tekenbeet?

WAT MOET IK WETEN?

De teek, de *Ixodes ricinus*, behoort tot de arachnida en komt voor in duinen en bossen. In Nederland blijkt tot 29% van de teken besmet met *Borrelia burgdorferi*, de bacterie die Lymeziekte kan veroorzaken. In 2009 zagen huisartsen 564 op 100.000 patiënten met een tekenbeet en 134 op 100.000 met erythema migrans. Naar schatting worden er jaarlijks 1 miljoen Nederlanders gebeten door een teek.

Teken hechten zich graag op warme, vochtige plekken. Oksels, knieholtes en de bilspleet zijn voorkeurslocaties. Bij kinderen ook op het hoofd of achter de oren. Circa 24 uur na vasthechting begint de bloedmaaltijd; vanaf dat moment kan *Borrelia* worden overgebracht. Het risico op Lymeziekte in de eerste 24 uur is klein: < 3%. Bij transmissie kan binnen enkele dagen tot 3 maanden erythema migrans ontstaan. Naar schatting ontwikkelt 15% van de patiënten met een onvoldoende behandeld erythema migrans latere manifestaties van Lymeziekte. De (arbitrale) indeling is als volgt: 1) vroeg gelokaliseerde Lymeziekte: erythema migrans, *Borrelia* lymfocytroom; 2) vroeg gedissemineerde Lymeziekte: multipole erythema migrans, neuroborreliose, lymecarditis, Lyme-artritis; 3) late Lymeziekte: acrodermatitis chronica atrophicans, chronische neuroborreliose, chronische artritis. De CBO-richtlijn biedt de optie na een geobjectiveerde tekenbeet antibioticaprofylaxe te geven. Bewijs hiervoor komt maar van één Amerikaanse RCT die liet zien dat wanneer een teek langer dan 24 uur op de huid zat, starten van antibiotica binnen 72 uur het risico op Lymeziekte vermindert. Of de voordelen van antibioticaprofylaxe opwegen tegen de bijwerkingen en overbehandeling in Nederland is onbekend. “Watchful waiting” is een verantwoord alternatief.

WAT MOET IK DOEN?

Vraag hoe lang de teek vastgehecht zit of zat. Verwijder de teek wanneer deze nog op de huid zit. Gebruik géén alcohol! Plaats het tekenpincet dicht op de huid en trek de teek loodrecht en gelijkmatig uit de huid. Ontsmet hierna met 70%-alcohol of joodpovidon. PCR-diagnostiek om na te gaan of de teek besmet is heeft geen toegevoegde waarde.

Inspecteer de huid op erythema migrans, waarvan sprake is bij: 1) een centrifugaal uitbreidende rode-blauwrode macula/ring > 5 cm zonder papulae, vesiculae, schilfering of infiltratie, ongeacht of een tekenbeet is opgemerkt; 2) een centrifugaal uitbreidende macula/ring > 5 cm mét papulae, vesiculae, schilfering of infiltratie na een tekenbeet ter plaatse. Controleer om te differentiëren tussen erythema migrans en een directe reactie op de tekenbeet na 1 week bij laesies < 5 cm om vast te stellen of het erytheem zich heeft uitgebreid.

Serologisch onderzoek na een tekenbeet of bij erythema migrans is niet zinvol omdat de kans op fout-negatieven groot is en het niet differentieert tussen een actieve en een eerdere infectie.

Bespreek met de patiënt wanneer de teek > 24 uur op de huid heeft gezeten én wanneer binnen 72 uur na verwijdering van de teek een antibioticum kan worden ingenomen, de optie tot profylaxe. Benadruk dat “watchful waiting” ook verantwoord is. Bespreek de voor- en nadelen en besluit in samenspraak met de patiënt. Geef als antibioticoprofylaxe: 1 dosis doxycycline 200 mg aan niet-zwangere vrouwen en kinderen > 8 jaar. Bij zwangerschap: 1 dosis azitromycine 500 mg en kinderen > 6 maanden-8 jaar: azitromycine 10 mg/kg. Behandel erythema migrans met 10 dagen doxycycline 2 dd 100 mg, 14 dagen amoxicilline 3 dd 500 mg of 5 dagen azitromycine 1 dd 500 mg. Geef kinderen < 9 jaar amoxicilline 50 mg/kg/dg in 3 doses, 14 dagen (maximaal 3 dd 500 mg).

Verwijs bij een vermoeden van latere manifestaties van Lymeziekte. Serologie kan dan overwogen worden.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Instrueer de patiënt de huid drie maanden te controleren en contact op te nemen bij het ontstaan van erythema migrans en/of griepachtige verschijnselen, neurologische- en/of gewrichtsklachten. Leg bij profylaxe uit dat het risico op Lymeziekte verminderd wordt maar dat het niet geheel verdwijnt.

Raad aan om tijdens het tekenseizoen (maart tot november) in de natuur op het pad te blijven en bedekkende kleding te dragen. DEET kan overwogen worden. Adviseer huidcontrole na bos/duinwandelingen. Verwijs naar Thuisarts.nl en eventueel naar de RIVM tekenbeet-app. Raad patiënten www.tekenradar.nl aan als ze willen weten in welke gebieden van Nederland een hoge activiteit van teken te verwachten is. ■

LITERATUUR

- 1 Eekhof JAH, Knuistingh Neven A, Opstelten W. Kleine kwalen in de huisartspraktijk. Amsterdam: Reed Business, 2013.
- 2 Opstelten W, Goudswaard L, Zwart S. Antibiotica na tekenbeet: het voordeel van de twijfel? *Huisarts Wet* 2013;56:314-5.
- 3 CBO Richtlijn Lymeziekte. Utrecht: CBO, 2013.