

Een patiënt met een bijt- of prikaccident

INLEIDING

'Prikaccident' is een verzamelbegrip voor situaties waarin iemand – vaak een arts of hulpverlener – in contact komt met bloed of andere mogelijk infectieuze lichaamsvloeistoffen uit percutane verwondingen bij een ander (de patiënt). Dat kan gebeuren via spatten op slijmvliesen of niet-intacte huid, of via een snijwond bij degene die 'geprik' heeft. Seksaccidenten blijven in dit artikel buiten beschouwing. Prikaccidenten doen zich met regelmaat voor tijdens een medische ingreep¹ of in de openbare ruimte, bijvoorbeeld tijdens een vechtpartij, accidenteel contact met losse naalden of het verrichten van eerste hulp bij reanimatiepogingen. Via een prikaccident kunnen bloedoverdraagbare virussen worden overgebracht zoals het hepatitis-B-virus (HBV), het hepatitis-C-virus (HCV) of het humaan immunodeficiëntievirus (HIV). Het beleid na blootstelling aan één van deze drie virussen berust op een gestructureerde risico-inschatting. In deze nascholing bespreken wij twee casussen uit de praktijk, aan de hand van het stappenplan uit de Landelijke Richtlijn Prikaccidenten.^{2,3} Bij elke stap geven we eerst de onderbouwing en dan het verdere beloop van de casus.

CASUS 1: EEN BIJTINCIDENT OP HET SPREEKUR

Op zaterdagavond komt een 33-jarige man bij de huisartsenpost. Hij is een uur geleden gebeten tijdens een vechtpartij op straat. Aan dit bijtincident was een schermutseling voorafgegaan waarbij de dader eerst op zijn mond is geslagen. Vervolgens beet hij in de hand van het slachtoffer. Het slachtoffer heeft een verse wond aan zijn hand (hand-tandwond).

Samenvatting

Timen A. Een patiënt met een bijt- of prikaccident. *Huisarts Wet* 2013;56(11):578-83.

Een 'prikaccident' is elke situatie waarin iemand in contact komt met bloed of een andere mogelijk infectieuze lichaamsvloeistof uit een percutane verwonding bij een ander – het kan dus ook gaan om bijvoorbeeld een bijtwond. Bij een prikaccident is er kans op overdracht van het hepatitis-B-virus (HBV), het hepatitis-C-virus (HCV) of het humaan immunodeficiëntievirus (HIV). De kans op HBV-overdracht is verreweg het grootst.

Deze nascholing geeft een overzicht van wat er moet gebeuren om mogelijke besmetting na een prikaccident te voorkomen. Een gestructureerde anamnese en systematisch onderzoek van de immunusstatus van de bron en de verwonde zijn onmisbaar voor het verdere postexpositiebeleid. Als de bron onbekend is, zijn de prevalentiegegevens in verschillende risicogroepen belangrijk voor de risico-inschatting.

Stap 1: inschatting van de aard van het incident

De eerste vraag is of er bloed-bloedcontact of bloed-slijmvliesencontact is geweest. Bloed, of andere met bloed vermengde lichaamsvloeistoffen, kan HBV, HCV en HIV overdragen. Speeksel, traanvocht, zweet, feces en urine spelen geen rol van betekenis bij de overdracht als ze niet vermengd zijn met bloed.^{2,4} Een uitzondering is het speeksel van patiënten met een zeer hoge HBV-belasting (> 10⁹/ml serum). Aange-toond is dat ook hun speeksel overdracht van HBV kan veroorzaken.^{5,6}

Cruciaal voor de overdracht van de drie virussen zijn de concentratie in het bloed en de hoeveelheid bloed die betrokken is bij een accident.⁷ Met een dikke holle naald kan een veel groter bloedvolume worden overgedragen dan via een insulinnaald.² Verder is de kans op overdracht groter bij een diepe verwonding, als er bloed zichtbaar is op de naald of ander huiddoorborend instrument en bij een arteriële of veneuze punctie.⁸⁻¹⁰ HBV wordt gemakkelijker overgedragen via (prik) accidenten dan HCV of HIV. Na een percutane verwonding met een seropositieve bron is het risico van HBV-overdracht 25% (in verschillende onderzoeken variërend tussen 22 en 31%), tegenover 2% (0-10%) voor HCV en 0,3% (0,2-0,5%) voor HIV.^{4,7,10}

Op basis van het type verwonding, het bloedvolume en de concentratie van de virussen is een indeling te maken in hoog- en laagrisicoaccidenten. [Tabel 1] toont zo'n risico-indeling; bij een hoogrisicoaccident is overdracht van alle drie de virussen mogelijk, bij een laagrisicoaccident alleen van het HBV.

In de casus is speeksel vermengd met bloed van de dader in contact gekomen met het bloed van het slachtoffer. Dit wordt als een hoogrisicoaccident ingeschat. Het vervoerbeleid is dan ook toegespitst op het voorkomen van een infectie met HBV, HCV en HIV.

De kern

- Prikaccidenten kunnen zich voordoen tijdens een medische ingreep of tijdens het verrichten van eerste hulp, maar het kan ook gaan om een bijtwond.
- De belangrijkste virussen die bij prikaccidenten worden overgebracht, zijn HBV (25% bij een seropositieve bron), HCV (2%) en HIV (0,2%).
- Belangrijk voor het verdere beleid zijn de immunusstatus van de bron en de verwonde. Bij een onbekende bron is een risico-inschatting nodig op basis van prevalentiegegevens.
- Bij een mogelijke HBV-besmetting zijn passieve immunisatie (bij hoog risico) en vaccinatie aangewezen.
- Bij een mogelijke HIV-besmetting is postexpositieprophylaxe alleen geïndiceerd bij hoog risico.
- Een mogelijke HCV-besmetting moet gemonitord worden.

Tabel 1 Risico-inschatting op basis van de aard van het accident

Accident	Globale inschatting	HBV	HCV	HIV
Bloedspatten op intacte huid	geen	-	-	-
Bloedspatten op niet-intacte huid (actief eczeem of verse schaafwond)	laag	+	-	-
Intensief bloedcontact bij open wonden (steekpartij, snijwonden)	hoog	++	+	+
Bloed of met bloed besmette vloeistof op slijmvlies	hoog	++	+	+
Andere mogelijk infectieuze vloeistof op slijmvlies	laag	+	-	-
Bijtaccident, risico voor gebetene (speeksel dader in wond gebetene)	laag	+	-	-
Bijtaccident tijdens vechtpartij, risico voor gebetene (speeksel met bloed)	hoog	++	+	+
Bijtaccident, risico dader (bloed van gebetene op mondslijmvlies van dader)	hoog	++	+	+
Oppervlakkige huidverwonding bij slachtoffer zonder zichtbaar bloed (kras)	geen	-	-	-
Verwonding door subcutaan gebruikte injectienaald (insuline of heparine)	laag	+	-	-
Verwonding door intramusculair gebruikte injectienaald zonder zichtbaar bloed van bron	laag	+	-	-
Verwonding door intramusculair gebruikte injectienaald met zichtbaar bloed van bron	hoog	++	+	+
Verwonding door intracutaan of subcutaan gebruikte hechtnaald zonder zichtbaar bloed van bron	laag	+	-	-
Verwonding door andere hechtnaald dan bovengenoemd of hechtnaald met zichtbaar bloed van bron	hoog	++	+	+
Verwonding door naald of lancet gebruikt bij vingerprik (glucosebepaling)	hoog	++	+	+
Percutane verwonding anders dan bovengenoemd (bijvoorbeeld infuusnaald, operatiekamerinstrumenten)	hoog	++	+	+

- = verwaarloosbaar risico op overdracht; + = laag risico op overdracht; ++ = hoog risico op overdracht.

Bron: Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding.

Stap 2: beoordeling van de HBV-immuunstatus van de verwonde

[Tabel 2] geeft een overzicht van de verschillende markers voor HBV bij serologisch onderzoek en hun betekenis. Als de verwonde al eens een hepatitis-B-infectie heeft doorgemaakt of volledig gevaccineerd is en daarna een anti-HBs-titer ≥ 10 IU/ml had, zijn verder geen stappen nodig tegen HBV, ongeacht de serologische status van de bron. Bij een volledig gevaccineerde verwonde bij wie geen titer is bepaald, kan een anti-HBs-bepaling cito worden aangevraagd. Deze bepaling duurt enkele uren en niet alle laboratoria voeren hem buiten werktijd uit, daarom is overleg met de arts-microbioloog nodig voordat het bloed wordt ingestuurd. Bij een titer ≥ 10 IU/ml is geen actie nodig, bij een titer < 10 IU/ml wordt de persoon beschouwd als non-responder (zie verder bij het postexpositiebeleid).

De verwonde in onze casus heeft geen hepatitis B doorgemaakt, behoort niet tot een risicogroep en is niet eerder gevaccineerd tegen hepatitis B. Het is dus nodig de serologische status van de bron met betrekking tot HBV, HCV en HIV te achterhalen.

Stap 3: achterhalen of inschatten van de status van de bron

Na toestemming voor bloedonderzoek bij de bron volgen bij een hoogrisicoaccident bepalingen van het HBsAg (cito), het anti-HCV (als deze positief is, volgt een HCV-RNA-bepaling) en HIV-antistoffen (of een combinatietest van antigeen en antistoffen, de combotest, ook cito). Voor de cito-bepalingen neemt de huisarts contact op met het laboratorium en overlegt hierover met de dienstdoende microbioloog. De huisarts geeft op het aanvraagformulier aan dat de bepalingen cito moeten gebeuren en vermeldt het telefoonnummer waarnaar de uitslagen met spoed moeten worden doorgebeld. [Tabel 3] geeft de interpretaties van de verschillende bepalingen. Is de bron niet beschikbaar of geeft deze geen toe-

stemming, dan kan men op basis van de epidemiologie van HBV, HCV en HIV in Nederland de kans inschatten dat de bron behoort tot een hoog-risicogroep voor één van deze infecties.

Risicogroepen voor HBV

In Nederland is HBV laagendemisch, de prevalentie van het hepatitis-B-oppervlakteantigeen (HBsAg) is 0,2% in de algemene bevolking.¹¹ Bij migranten van de eerste generatie is de prevalentie hoger (1,1%). In alle landen buiten Noordwest-Europa, Noord-Amerika, Australië en Nieuw-Zeeland is de prevalentie van HBsAg $> 2\%$. Personen afkomstig uit deze landen behoren tot de hoogrisicogroepen voor HBV-dragerschap.¹²

Andere hoogrisicogroepen zijn patiënten die vóór 1977 een bloedtransfusie hebben ontvangen en personen behorend tot de zogeheten 'gedragsgebonden risicogroepen': mannen die seks hebben met mannen (MSM), injecterende druggebruikers en sekswerkers.¹³

Risicogroepen voor HCV

De hoogste prevalenties van HCV worden gevonden in

Abstract

Timen A. A patient with a biting or needlestick injury. *Huisarts Wet* 2013;56(11):578-83.

Needlestick injuries cover those situations in which a person is exposed to the blood or another potentially infectious body fluid from a percutaneous wound in another person, such as a bite. The most important transmissible viruses are hepatitis B virus (HBV), hepatitis C virus (HCV), and human immunodeficiency virus (HIV): the likelihood of HBV transmission is by far the greatest. This article reviews what steps should be taken to prevent infection after a needlestick injury. A good, structured patient history and systematic investigation of the immune status of the source and the affected individual are essential for post-exposure management. If the source is not known, prevalence data for different risk groups are important for risk assessment.

Tabel 2 Markers bij serologisch HBV-onderzoek

Marker	Uitleg	Betekenis
HBsAg	hepatitis-B-oppervlakteantigeen	<ul style="list-style-type: none"> ■ marker voor infectie en besmettelijkheid ■ blijft positief bij chronische dragers ■ verdwijnt bij genezen patiënten
HBeAg	hepatitis-Be-antigeen	<ul style="list-style-type: none"> ■ marker voor hoge besmettelijkheid ■ verdwijnt bij genezen infecties
IgM-anti-HBc	immunoglobuline-M-antistoffen tegen het hepatitis-B-kernantigeen	<ul style="list-style-type: none"> ■ marker voor een recent doorgemaakte infectie
IgG-anti-HBc (of totaal HBc)	immunoglobuline-G-antistoffen tegen het hepatitis-B-kernantigeen	<ul style="list-style-type: none"> ■ marker voor een ooit doorgemaakte infectie ■ blijft positief zowel bij genezen patiënten als bij chronische dragers
Anti-HBs	antistoffen tegen het hepatitis-B-oppervlakteantigeen	<ul style="list-style-type: none"> ■ marker voor een genezen infectie ■ marker voor een geslaagde vaccinatie indien titer ≥ 10 IU/ml (voor risicovormers in de gezondheidszorg geldt een titer van ≥ 100 IU/ml)

Bron: LCI-richtlijn hepatitis B.¹²

Zuidoost-Azië, Afrika ten zuiden van de Sahara en in Egypte. In Nederland is de prevalentie laag: de geschatte prevalentie van anti-HCV in de algemene bevolking is 0,22%.¹⁴ Migranten van de eerste generatie uit landen waar hepatitis C endemisch voorkomt, hebben een risico op seropositiviteit dat vergelijkbaar is met de prevalentie in het land van herkomst.

De belangrijkste hoogrisicogroep in Nederland wordt gevormd door injecterende druggebruikers, bij wie de prevalentie kan oplopen tot 70-80%. Ook onder hemofiliepatiënten is de prevalentie van anti-HCV verhoogd (50%). Tot de hoogrisicogroepen voor HCV behoren verder HIV-positieve MSM en personen die ongetest bloed en bloedproducten ontvingen.^{15,16} Van de personen die positief testen op anti-HCV is 80% infectieus.

Risicogroepen voor HIV

In Nederland is de geschatte prevalentie van HIV in de algemene bevolking 0,2%.¹⁷ De hoogste prevalenties worden gevonden in bepaalde groepen MSM (0-26%) en bij injecterende druggebruikers (1-22%), afhankelijk van de regio waar het onderzoek werd uitgevoerd.¹⁷ Het aantal infecties onder heteroseksuelen neemt de laatste jaren toe, het sterkst in Afrika ten zuiden van de Sahara en in mindere mate ook in Latijns-Amerika en het Caraïbisch gebied. Groepen met een prevalentie > 10% worden beschouwd als hoogrisicogroepen voor HIV. Dit is het geval bij MSM, injecterende druggebruikers, sekswerkers en migranten van de eerste generatie uit Afrika bezuiden de Sahara en de Caraïben.^{2,18}

Tabel 3 Interpretatie van serologisch HBV-onderzoek

HBsAg	Anti-HBs	Anti-HBs titer	Anti-HBc	HBeAg	Anti-HBe	Commentaar
-	-	< 5	-	(-)	(-)	geen aanwijzingen voor een acute of doorgemaakte hepatitis-B-infectie of vaccinatie
-	+	> 10	+	(-)	(+)	past bij een doorgemaakte hepatitis-B-infectie met adequate immunrespons
-	-	< 10	+	(-)	(- of +)	<ul style="list-style-type: none"> ■ kan passen bij een lang geleden doorgemaakte hepatitis-B-infectie waarbij de anti-HBs is verdwenen, of bij een foutpositieve anti-HBc-activiteit ■ in uitzonderingsgevallen kan er bij dit serologische profiel toch virusreproductie zijn in het kader van een recente of chronische infectie; om dit uit te sluiten kan men EDTA-bloed insturen ter bepaling van virus-DNA
-	+	5-10	-	(-)	(-)	zou kunnen passen bij een vaccinatie; de anti-HBs-titer is niet op beschermend niveau, hervaccinatie moet worden overwogen
-	+	10-100	-	(-)	(-)	past bij een vaccinatie, de anti-HBs-titer is op beschermend niveau
-	+	> 100	-	(-)	(-)	past bij een adequate immunrespons na vaccinatie; waarschijnlijk levenslange bescherming
+	-	-	-	+	-	geen standaardinterpretatie mogelijk
+	-	-	-	-	-	geen standaardinterpretatie mogelijk
+	-	< 10	+	+	-	<ul style="list-style-type: none"> ■ past bij actieve virusreproductie; een eenmalige uitslag differentieert niet tussen chronisch dragerschap en acute infectie, daarom zo nodig serologie herhalen na 6 maanden om chroniciteit vast te stellen ■ patiënt is infectieus
+	-	< 10	+	-	+	<ul style="list-style-type: none"> ■ past bij actieve virusreproductie; differentiatie tussen chronisch dragerschap en acute infectie is nu niet mogelijk, daarom zo nodig serologie herhalen na 3-6 maanden om chroniciteit vast te stellen ■ patiënt is infectieus

EDTA = ethyleendiaminetetra-acetaat; HBV = hepatitis-B-virus.

Bron: LCI-richtlijn hepatitis B.¹²

De dader heeft twee vaccinaties gehad tegen hepatitis B in verband met risicogedrag in het verleden. Hij is dus niet volledig gevaccineerd en er is ook geen titer bepaald. Evenmin is bekend of bij de dader voorafgaand aan de vaccinaties een HBsAg-bepaling heeft plaatsgevonden. De dader is een bekende van de verwonde en geeft toe dat hij in het verleden harddrugs heeft geïnjecteerd. De dader stemt in met verder onderzoek en werkt ook mee aan bloedonderzoek op HIV en HCV. De HIV-bepaling moet cito gebeuren om op tijd te kunnen starten met de postexpositieprofylaxe.

Stap 4: maatregelen tegen overdracht van HBV

Bij een hoogrisicoaccident met een bron die HBsAg-positief is of tot een hoogrisicogroep behoort, moet de huisarts de verwonde passieve immunisatie aanbieden. Passieve immunisatie met hepatitis-B-immunoglobuline (HBIg) biedt onmiddellijk bescherming, maar de bescherming is slechts tijdelijk en het HBIg moet binnen 24 uur na het prikaccident worden toegediend. Alleen bij uitzondering, bijvoorbeeld als de presentatie bij de verwonde vertraagd is, kan immunisatie worden uitgesteld tot maximaal zeven dagen na het accident.² Om de duur van de passieve bescherming te verlengen, ontvangt de verwonde na een hoogrisicoaccident twee doses HBIg, met één maand ertussen. Tegelijk met de passieve immunisatie start de actieve immunisatie. Deze bestaat uit een hepatitis-B-vaccinatie op 0, 1 en 6 maanden, gevolgd door controle van de anti-HBs-titer 1 maand na de laatste vaccinatie.

Na een laagrisicoaccident volgt alleen actieve immunisatie, volgens hetzelfde schema als bij een hoogrisicoaccident. Als bekend is dat de verwonde behoort tot de groep non-responders voor het HB-vaccin (ongeveer 5% van de personen die een vaccinatie ontvangen) krijgt deze passieve immunisatie met één dosis HBIg.

De uitslag van de HBsAg-bepaling bij de bron is negatief. Dit betekent dat de bron geen drager is van HBV en kan worden terugverwezen naar zijn eigen behandelaar voor het voltooien van zijn vaccinatieschema. Voor de verwonde zijn verder geen maatregelen nodig ter bescherming tegen HBV.

Stap 5: maatregelen tegen overdracht van HCV

Bij een hoogrisicoaccident wordt de verwonde bij voorkeur na 1 en na 3 maanden gecontroleerd op HCV-RNA. Kan de RNA-bepaling niet plaatsvinden, dan worden twee anti-HCV-bepalingen verricht op respectievelijk maand 3 en 6 na het accident. Deze bepalingen worden uitgevoerd om een mogelijke seroconversie op te sporen, zodat de patiënt vroegtijdig kan worden behandeld. Dit beleid wordt geadviseerd bij accidenten met een bewezen positieve bron en bij accidenten met een bron van wie de kans op seropositiviteit niet bekend is.

De uitslag van het bloedonderzoek op anti-HCV bij de dader blijkt eveneens negatief. De dader wordt dus als niet-besmet beschouwd en bij de verwonde zijn geen verdere maatregelen nodig tegen HCV.

Stap 6: maatregelen tegen overdracht van HIV

Na een hoogrisicoaccident waarbij de bron bewezen HIV-positief is, of een hoge kans op seropositiviteit heeft, is postexpositieprofylaxe (PEP) met antiretrovirale middelen geïndiceerd. De verwonde moet daarvoor met spoed worden verwezen naar een aidsbehandelaar in het ziekenhuis, die na aanvullend onderzoek het verdere beleid zal vaststellen. Een PEP-behandeling moet idealiter binnen 2 uur en uiterlijk binnen 72 uur na het accident worden gestart.¹⁸ Ook wordt de verwonde op maand 3 en maand 6 na het accident gecontroleerd op een HIV-infectie.

Als de bron van een hoogrisicoaccident lage kans heeft op seropositiviteit, is er een negatieve indicatie voor PEP omdat de nadelen (frequentie en ernst van de bijwerkingen van antivirale middelen) niet opwegen tegen de zeer kleine kans op infectie.¹⁸ Wel wordt ter controle een HIV-bepaling aangeboden op maand 3 en 6.

De dader blijkt ook seronegatief voor HIV, voor de verwonde zijn geen verdere maatregelen nodig.

Tabel 4 Postexpositiebeleid bij mogelijke besmetting met HBV, HCV of HIV

Virus	Risico	Bron positief	Status bron onbekend, hoog risico seropositiviteit	Status bron onbekend, laag risico seropositiviteit	Bron negatief
HBV	hoogrisicoaccident	HBIg en vaccinatie titerbepaling na vaccinatie	HBIg en vaccinatie titerbepaling na vaccinatie	vaccinatie titerbepaling na vaccinatie	geen actie ^a
	laagrisicoaccident	vaccinatie titerbepaling na vaccinatie	vaccinatie titerbepaling na vaccinatie	vaccinatie titerbepaling na vaccinatie	geen actie ^a
HCV	hoogrisicoaccident	HCV-RNA op maand 1 en 3 of anti-HCV op maand 3 en 6	HCV-RNA op maand 1 en 3 of anti-HCV op maand 3 en 6	HCV-RNA op maand 1 en 3 of anti-HCV op maand 3 en 6	geen actie
	laagrisicoaccident	geen actie	geen actie	geen actie	geen actie
HIV	hoogrisicoaccident	postexpositieprofylaxe anti-HIV of combotest [†] op maand 3 en 6	postexpositieprofylaxe anti-HIV of combotest [†] op maand 3 en 6	geen postexpositieprofylaxe anti-HIV of combotest [†] op maand 3 en 6	geen actie
	laagrisicoaccident	geen actie	geen actie	geen actie	geen actie

^a In een werksituatie kan vaccinatie van de werknemer vanuit preventief oogpunt geïndiceerd zijn op grond van arbowetgeving.

[†] Combinatie van HIV-antigeen en anti-HIV-antistoffen.

Bron: Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding.

Stap 7: spijtserum

Een spijt- of nulserum is een bloedmonster dat na elk accidenteel bloedcontact wordt afgenomen. Het is van belang voor verwonden bij wie nader bloedonderzoek wordt uitgevoerd. Als dan later een HCV- of HIV-infectie wordt aangetoond, kan met een spijtserum een reeds bestaande infectie worden uitgesloten en de oorzaak van de infectie beter worden bepaald. In onze casus is een nulserum niet aan de orde omdat de uitslagen van het bloedonderzoek van de bron negatief waren, en er geen vervolgstappen nodig waren voor de verwonde.

CASUS 2: VERWONDING GEBRUIKTE NAALD

Een doktersassistente op een plattelandspraktijk heeft zich geprikt aan een naald die in de ochtend gebruikt werd bij de jaarlijkse griepvaccinatie. De bron is niet direct herleidbaar. Op de naald is bloed zichtbaar en de verwonding is een wondje aan de middelvinger.

Stap 1: inschatting van de aard van de verwonding

Er is sprake van een percutane verwonding met een naald waarop macroscopisch een verontreiniging met bloed zichtbaar is, zodat er mogelijk bloed-bloedcontact heeft plaatsgevonden. Conform [tabel 1] moet dit accident als hoog risico worden ingeschat. Bij de verdere afhandeling houden we rekening met de kans van overdracht van HBV, HCV en HIV.

Stap 2: beoordeling van de immuunstatus van de verwonde

De doktersassistente is volledig gevaccineerd tegen hepatitis B en heeft een goede postvaccinatietiter gehad. Bij deze casus zijn dus alleen maatregelen nodig tegen HCV en HIV.

Stap 3: achterhalen of inschatten van de serologische status van de bron

Bij een hoogrisicoaccident met een huiddoorborend instrument dat afkomstig is van een onbekende bron moet een inschatting gemaakt worden van het risico dat de bron seropositief was. In deze casus is niet bekend bij welke patiënt de naald is gebruikt, maar wel zijn de namen bekend van alle patiënten die op het spreekuur zijn geweest voor de griepvaccinatie. Op basis hiervan moet de huisarts een inschatting maken van de kans dat de bron besmet is met HBV, HCV of HIV.^{11,13-16} Het testen van bloedresten op het instrument waarmee het accident plaatsvond wordt niet aanbevolen, omdat de testmethoden hiervoor niet gevalideerd zijn en een negatieve uitslag niet betrouwbaar is.^{2,4}

Voor HCV is geen inschatting nodig, omdat de uitslag bij een hoogrisicoaccident niets verandert aan het beleid. Voor HIV wordt de inschatting gemaakt door de patiëntenpopula-

tie en het patiëntenaanbod op de dag waarop het prikaccident plaatsvond systematisch te analyseren.

De huisarts gaat systematisch na of de patiënten die op het vaccinatiepreekuur zijn geweest zouden kunnen behoren tot een hoogrisicogroep voor HIV (MSM, injecterende druggebruikers, sekswerkers en migranten van de eerste generatie uit Afrika bezuiden de Sahara en de Caraïben). Deze inschatting leidt tot de conclusie dat de kans op HIV in deze plattelandspraktijk laag is.

Stappen 4, 5 en 6: postexpositiebeleid voor HBV, HCV en HIV [Tabel 4] toont voor elk van de drie virussen de maatregelen om overdracht na mogelijke blootstelling tegen te gaan. Omdat de doktersassistente gevaccineerd is voor HBV, zal het postexpositiebeleid gericht zijn op de mogelijke overdracht van HCV en HIV. Het postexpositiebeleid voor HCV bestaat uit HCV-RNA-bepalingen op maand 1 en 3 na het accident.

Als de kans dat de bron seropositief is voor HIV klein is, is er een negatieve indicatie voor PEP. Het bewijs voor de werkzaamheid van PEP is zwak, en de bijwerkingen zijn ernstig.¹⁸ Prikaccidenten met besmet bloed leiden in 99,7% van de gevallen niet tot een HIV-infectie, ook als er geen PEP wordt toegediend.⁴ Wel moet de verwonde op maand 3 en maand 6 na het accident een HIV-test ondergaan.

Het is raadzaam om bij de verwonde een spijtserum af te nemen en dit te bewaren totdat de nacontroles voor HIV en HCV afgerond zijn.

De doktersassistente is angstig en wil weten waarom er geen indicatie is voor PEP. Ter geruststelling vertellen we haar over PEP, en dat de kans van het oplopen van een HIV-infectie via een prikaccident buitengewoon klein is. We nemen een nulserum af en bewaren dit totdat de nacontroles voor HIV en HCV afgerond zijn.

AANDACHTSPUNTEN VOOR DE HUISARTS

- Na een prikaccident zijn een gestructureerde anamnese, gevolgd door systematisch onderzoek van de bron en de verwonde, onmisbaar voor het verdere postexpositiebeleid.
- Dit betekent dat de bron, als deze bekend is en instemt met verder onderzoek, als eerste wordt onderzocht. Als de bron onbekend is, zijn achtergrondgegevens over de prevalenties van HBV, HCV en HIV in verschillende risicogroepen heel belangrijk voor de verdere risico-inschatting.
- Mocht u als huisarts te maken krijgen met een prikaccident, dan kunt u de GGD consulteren over de prevalenties van HBV, HCV en HIV bij de risicogroepen in uw regio.
- Een bijtewond kan, qua risico op HBV, HCV en HIV, op dezelfde manier afgehandeld worden als een prikaccident. ■



Foto: Amaury Miller/Hollandse Hoogte

LITERATUUR

- 1 Thomas WJC, Murray JRD. The incidence and reporting rates of needlestick injury amongst UK surgeons. *Ann R Coll Surg Engl* 2009;91:12-7.
- 2 Timen A, Boland GJ, Daha TJ, Van der Ende ME, Frijstein G, Götz HM, et al. Landelijke Richtlijn Prikaccidenten. Bilthoven: RIVM, 2007. http://www.rivm.nl/Onderwerpen/P/Prikaccidenten_geraadpleegd_september_2013.
- 3 Ruijs WLM, Timen A. Richtlijn 'Prikaccidenten': Risicobeoordeling en post-expositiebeleid in de praktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008;152:1967-71.
- 4 Updated U.S. public health service guidelines for the management of health-care worker exposure to HBV, HCV, and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. *MMWR Recomm Rep* 2001;50:1-52.
- 5 Van der Eijk A, Niesters HGM, Hansen BE, Pas SD, Richardus JH, Mostert M, et al. Paired, quantitative measurements of hepatitis B virus DNA in saliva, urine and serum of chronic hepatitis B patients. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2005;17:1173-9.
- 6 Kidd-Ljunggren K, Holmberg A, Bläckberg J, Lindqvist B. High levels of hepatitis B virus DNA in body fluids from chronic carriers. *J Hosp Infect* 2006;64:352-7.
- 7 Sulkowski MS, Stuart CR, David LT. Needlestick transmission of hepatitis C. *JAMA* 2002;287:2406-11.
- 8 Henderson KD. Human immunodeficiency virus in health care settings. In Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. *Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases*. 7th ed. Philadelphia (PA): Churchill Livingstone, 2010.
- 9 Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, Srivastava PU, Marcus R, Abiteboul D, et al. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. *Centers for Disease Control and Prevention Needlestick Surveillance Group. N Engl J Med* 1997;337:1485-90.
- 10 Yazdanpanah Y, De Carli G, Miguères B, Lot F, Campins M, Colombo C, et al. Risk factors for hepatitis C virus transmission to healthcare workers after occupational exposure: a European case-control study. *Clin Infect Dis* 2005;41:1423-30.
- 11 Hahné SJ, De Melker HE, Kretzschmar M, Mollema L, Van Der Klis FR, Van Der Sande MA, et al. Prevalence of hepatitis B virus infection in The Netherlands in 1996 and 2007. *Epidemiol Infect* 2012;140:1469-80.
- 12 LCI-richtlijn hepatitis B. In Steenbergen JE van, Timen A, Beaujean DJMA, redactie. LCI-richtlijnen infectieziektebestrijding. Bilthoven: Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding, 2011.
- 13 Gezondheidsraad. Algemene vaccinatie tegen hepatitis B. Den Haag: Gezondheidsraad, 2001. Publicatie nr. 2001/03.
- 14 Vriend HJ, Van Veen MG, Prins M, Urbanus AT, Boot HJ, Op de Coul EL. Hepatitis C virus prevalence in The Netherlands: migrants account for most infections. *Epidemiol Infect* 2013;141:1310-7.
- 15 Helsper CW. Hepatitis C: Opsporing gezocht. *Huisarts Wet* 2013;56:22-5.
- 16 LCI Richtlijn Hepatitis C. In Van Steenbergen JE, Timen A, Beaujean DJMA, redactie. LCI-richtlijnen infectieziektebestrijding. Bilthoven. Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding, 2011.
- 17 Van Veen MG, Presanis AM, Conti S, Xiridou M, Stengaard AR, Donoghoe MC, et al. National estimate of HIV prevalence in the Netherlands: Comparison and applicability of different estimation tools. *AIDS* 2011;25:229-37.
- 18 Borleffs JCC, Tuut MK, Boer K, Boucher CAB, Brinkman K, Burger DM, et al. Richtlijn antiretrovirale behandeling: Herzene versie december 2007. Utrecht: Nederlandse Vereniging van AIDS Behandelaren/Nederlandse Internisten Vereniging, 2006. http://www.cbo.nl/Downloads/277/r1_antiretrov_2007.pdf, geraadpleegd september 2013.

Nico van Duijn

Geen hekel aan patiënten

Dokters is leuker als je een beetje van je patiënten houdt. Dat is lastig als ze foute dingen doen. Wat zou u doen als de incestpleger intens verdrietig voor u zit, zijn verhaal vertelt, half stikkend in zijn schuldgevoel? Wat zegt u als iemand zijn vrouw meept? Wat te doen met de cocaïnegebruiker die zijn hele bedrijf in zijn neus heeft gestopt? En dan de jongeman

die gonorrhoe plus chlamydia in het dorpsproeit. Al zijn liefjes komen langs, met precies dezelfde bacteriën. Ik krijg het niet voor elkaar eerst begrip te tonen, vriendelijk het verhaal aan te horen zoals een huisdokter hoort te doen. En dan voorzichtig op te merken: 'Wat vindt u daar nu zelf van?' Ik kan dat niet. Ik gooi direct mijn eigen moraal erin. Bijna impulsief zeg ik wat ik ervan vind. 'Je meent het! Dat is fout, zeg!' Of: 'Hoe haal je het in je hoofd, dat meppen, dat snuiven, dat anderen onvruchtbaar maken!'

De kunst is niet de persoon te veroordelen, alleen het gedrag. Je kijkt samen naar dat te veroordelen gedrag. Samen keuren we het af. Dan ben ik het kwijt. Dat is goed voor mijn mentale hygiëne. Die vind ik minstens zo belangrijk als de geestestoestand van de patiënt. Daarna kan ik weer de dokter zijn. Dan kan ik weer een beetje houden van de incestpleger, de mepper, de snuiver en de chlamydiaverspreider. Ik heb geen hekel aan ze. ■

