

2002/02

Dossiers van het Observatorium voor Gezondheid
en Welzijn van Brussel-Hoofdstad

Tuberculose

in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest
situatie 2000



Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie

2002/02

Dossiers van het Observatorium voor Gezondheid
en Welzijn van Brussel-Hoofdstad

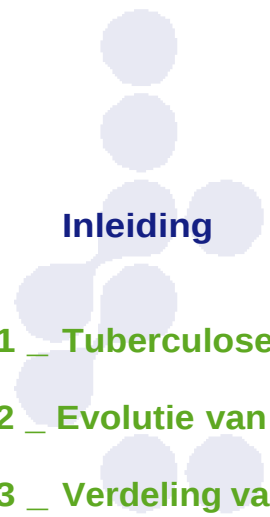
Tuberculose

in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest
situatie 2000

Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg
en Tuberculosebestrijding vzw



Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie



Inhoudstabel

Inleiding	5
1 _ Tuberculose-incidentie in 2000	6
2 _ Evolutie van de tuberculose-incidentie	7
3 _ Verdeling van de tuberculose in de Brusselse gemeenten	8
4 _ Kenmerken van de tuberculosegevallen	9
4.1. Lokalisatie en besmettelijkheid van de tuberculose	9
4.2. Recidieven	10
4.3. Geslacht, leeftijd, nationaliteit	10
4.4. Risicogroepen en risicofactoren	12
4.4.1. Risicogroepen	12
4.4.2. Risicofactoren	13
5 _ Tuberculoseopsporing in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest	13
6 _ Resistentie tegen tuberculostatica	14
7 _ Behandelingsresultaten voor de gevallen van pulmonale tuberculose 1999	16
8 _ Conclusie	17
Bijlage : Tuberculose in de 19 gemeenten van het BHG in 2000	18
Définities	21
Afkortingen	22
Références	22

Inleiding

Tuberculose is een reeds lang gekende ziekte die – in tegenstelling tot wat velen denken – nog steeds voorkomt in ons land, vooral dan in de grootsteden met Brussel op kop.

Het bijhouden van een tuberculoseregister waarin alle jaarlijks gediagnosticeerde gevallen van tuberculose worden geregistreerd, met hun eigen kenmerken (leeftijd, geslacht, nationaliteit, besmettelijkheid) laat toe de tuberculoseopsporing beter te oriënteren en bij te sturen in de loop van de jaren.

Om de verspreiding van de tuberkelbacil te voorkomen moeten immers de nodige maatregelen genomen worden: adequate behandeling van patiënten met actieve tuberculose, isolatie van besmettelijke gevallen, systematische opsporing bij risicogroepen en contactpersonen. Zowel de curatieve als de preventieve sector hebben daarbij een belangrijke rol te spelen. De resultaten in dit document naar voren gebracht zijn gebaseerd op de verplichte aangifte aan de gezondheidsinspectie en op de gegevens verstrekt door een netwerk van laboratoria die de gevoeligheidsbepalingen verrichten op tuberculosestammen.

VRGT en FARES (Franstalige zusterorganisatie) zijn belast met het opvragen van meerdere informatie i.v.m. de opvolging van de behandeling en de socioprofylaxe in de omgeving van de patiënt. Beide verenigingen analyseren samen de registergegevens en zorgen voor de verspreiding ervan in samenwerking met het gezondheidsobservatorium van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (BHG).

Dr Magda Vydebrouck (VRGT)

Dr Maryse Wanlin (FARES)

1_ Tuberculose-incidentie in 2000

In het jaar 2000 werden 366 nieuw gediagnosticeerde gevallen van tuberculose geregistreerd in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (BHG); dit is een incidentie van 38,2/100.000 inwoners. In 1999 bedroeg ze 32/100.000.

In het Vlaams en Waals Gewest ligt het absoluut aantal hoger maar de incidentie per 100.000 inwoners ligt er lager (tabel 1).

Tabel 1 Incidentie van de tuberculose in België en de drie Gewesten in 2000

	Aantal gevallen	Incidentie/100.000
Waals gewest	378	11,3
BHG	366	38,2
Vlaams Gewest	569	9,6
België	1.313	12,8

Het hoge aantal tbc gevallen in het BHG kan verklaard worden door de concentratie aan risicopersonen. In het algemeen worden grootsteden meer getroffen dan kleinere gemeenten. Tabel 2 geeft het verloop over 5 jaar van het aantal tuberculosegevallen in steden met meer dan 100.000 inwoners en in kleinere gemeenten.

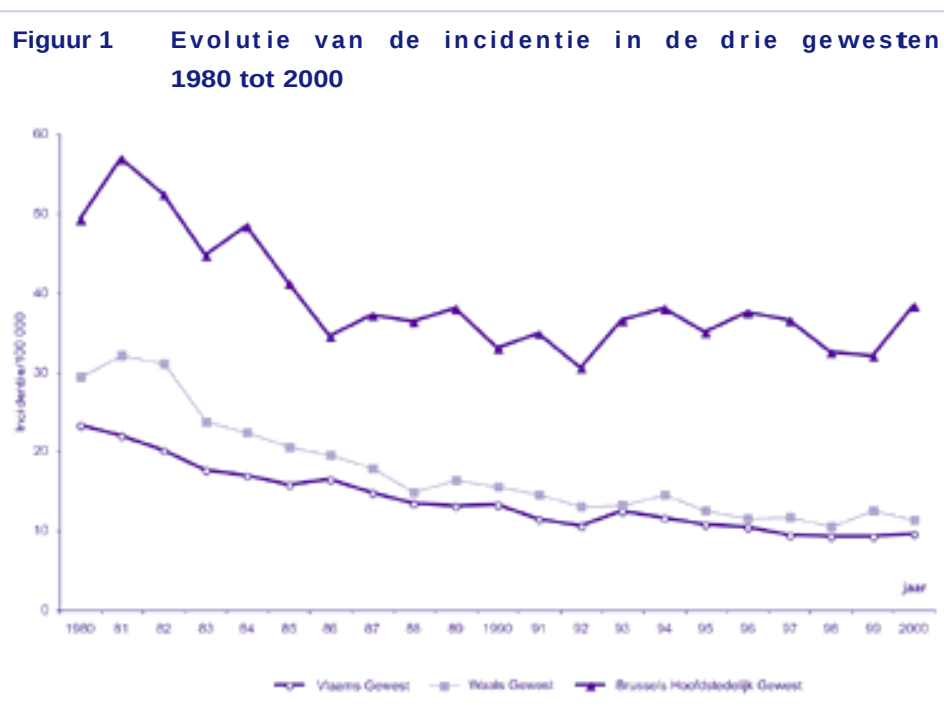
Tabel 2 Incidentie van de tuberculose in Belgische steden 1996-2000

Steden	Incidentie/100.000 inwoners				
	1996	1997	1998	1999	2000
Brussel	37,4	36,5	32,5	32,0	38,2
Antwerpen	18,6	17,2	19,1	15,0	21,1
Luik	22,0	14,8	14,8	17,1	17,2
Charleroi	14,1	17,6	16,2	24,8	21,9
Gent	22,1	14,2	16,5	14,3	18,3
Brugge	15,5	18,2	11,2	15,5	14,6
Namen	15,2	12,4	9,5	16,2	12,3
Steden					
>100.000 inw.	26,5	24,7	23,1	24,1	27,1
Andere steden	9,8	9,3	8,6	8,4	8,8
België	13,3	12,7	11,8	12,4	12,8

2_ Evolutie van de tuberculose-incidentie

Sinds het begin van de eeuw is de tuberculose-incidentie in ons land, zoals in de meeste Westerse landen, gedaald door de verbeterde levensomstandigheden en het beschikbaar komen van efficiënte medicatie. In het laatste decennium is er echter een vertraging in de daling vastgesteld. Tussen 1981 en 1990 was er in België een daling van 44% terwijl tussen 1991 en 2000 de daling slechts 10% bedroeg. Een van de belangrijkste oorzaken is de import uit landen met hoge tbc-prevalentie. Daarnaast spelen in mindere mate volgende elementen een rol: verpaupering, aids, resistentie tegen medicatie ...

Terwijl een gelijklopende evolutie wordt waargenomen in het Waals en Vlaams Gewest, wordt in het BHG de laatste 10 jaar eerder een toename van de incidentie vastgesteld; een daling van 44% in de jaren 80 maar een stijging van 10% in de jaren 90.



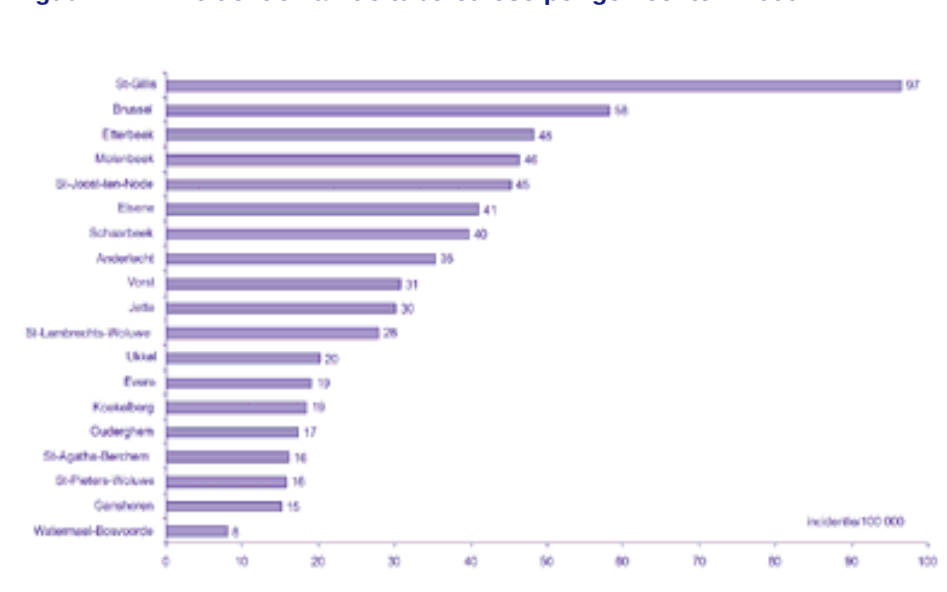
De toename van de tuberculose in het BHG is deels te wijten aan het groot aantal allochtonen uit landen met hoge tbc-prevalentie. Ze vormen 63% van het totaal aantal tuberculosegevallen in 2000 terwijl ze er slechts 52% van vormden in 1995.

3 _ Verdeling van de tuberculose in de Brusselse gemeenten

Het is duidelijk dat tuberculose vooral voorkomt in de gemeenten waar het aantal kansarmen en het aantal allochtonen uit landen met hoge TBC - prevalentie groter is. Er bestaat een positieve correlatie ($r = 0,774$; $p < 0,001$) tussen de graad van armoede (m.n. aantal bestaansminimumtrekkers)* en de tuberculose-incidentie in 16 Brusselse gemeenten.

De interpretatie van de cijfers moet behoedzaam gebeuren daar het soms kleine absolute aantallen betreft. Niettemin is het duidelijk dat sommige gemeenten (Sint-Gillis, Brussel, Etterbeek, Sint-Jans-Molenbeek, Sint-Joost-ten-Node, Elsene en Schaarbeek) een tuberculose-incidentie vertonen die hoger ligt dan het gemiddelde van het BHG. Dit is het geval in 2000 maar ook in de vorige jaren.

Figuur 2 Incidentie van de tuberculose per gemeente – 2000



Meer informatie over de situatie in de verschillende gemeenten vindt U op de tabellen in bijlage.

* uit het rapport over kansarmoede in BHG september 2000

4 _ Kenmerken van de tuberculosegevallen

4 _ 1 Lokalisatie en besmettelijkheid van de tuberculose

76% van het totaal aantal gevallen van tuberculose in 2000 werd bacteriologisch bevestigd door een positieve cultuur; slechts een geval was besmet door *Mycobacterium bovis* en een door *Mycobacterium africanum*.

70% van het totaal aantal tuberculosegevallen is pulmonaal gelokaliseerd; 17% ervan hebben ook andere lokalisaties. 83% zijn positief bij cultuur, 43% op microscopisch onderzoek; het zijn vooral deze laatste die besmettelijk zijn.

Tabel 3 toont de lokalisatie van de tuberculose naar leeftijdsklasse. Bij kinderen komen vooral de gangliopulmonale vormen evenals extrathoracale klieren voor.

Tabel 3 Lokalisatie van de tuberculose naar leeftijdsklasse Brussels Hoofdstedelijk Gewest - 2000 Aantal (N) en % van totaal aantal gevallen								
Lokalisatie*	0-14 jaar		15-44 jaar		45 jaar et +		TOTAAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pulmonaal	21	57	131	66,5	104	79	256	70
Pleuraal	1	3	18	9	10	8	29	8
Gangl. Intrathor.	15	40,5	9	5	5	4	29	8
Gangl. Extrathor.	7	19	27	14	12	9	46	13
Pottziekte	-	-	5	2,5	1	1	6	2
Osteo-articulair	-	-	4	2	3	2	7	2
Meningitis	2	5	1	0,5	2	1,5	5	1
Zenuwstelsel	-	-	1	0,5	-	-	1	0,3
Urogenitaal	-	-	2	1	3	2	5	1
Gastro-intestinaal	1	3	6	3	3	2	10	3
Veralgemeend	1	3	6	3	3	2	10	3
Andere extraresp.	1	3	6	3	3	2	10	3

* voor eenzelfde patiënt kunnen er verschillende lokalisaties zijn

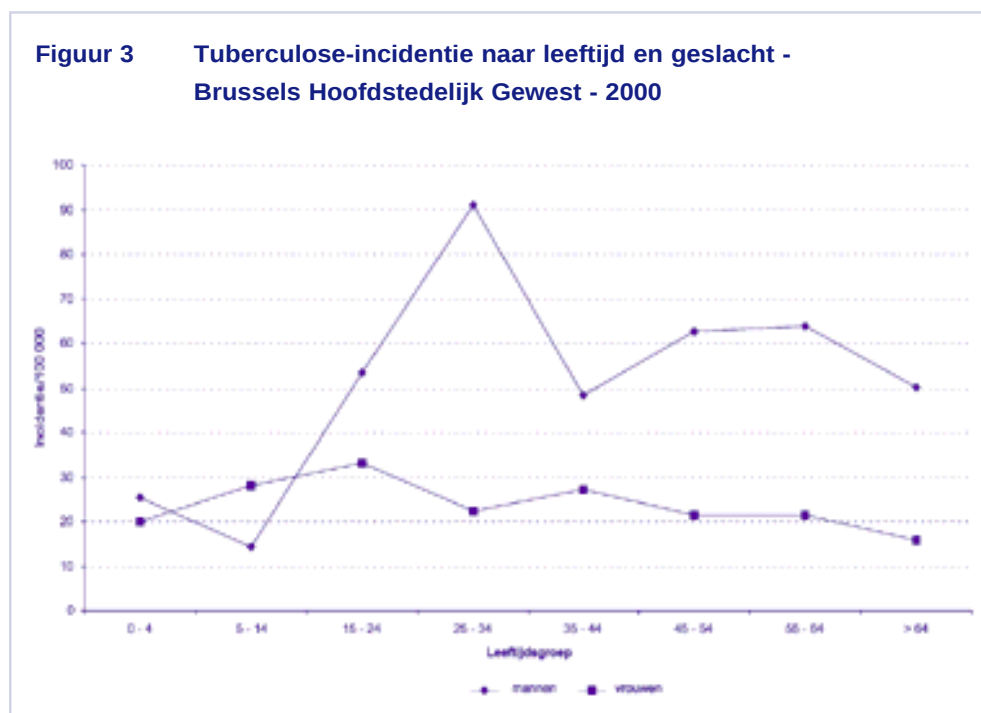
4 - 2 Recidieven

10% van de 366 gevallen zijn recidieven; ze hebben vroeger reeds tuberculose doorgeemaakt maar ontwikkelen nu de ziekte opnieuw ofwel door een nieuwe besmetting ofwel door reactivatie van Kochbacillen die nog in latente vorm aanwezig waren.

Bij recidieven is de kans groter dan bij een eerste besmetting dat er resistente kiemen aanwezig zijn.

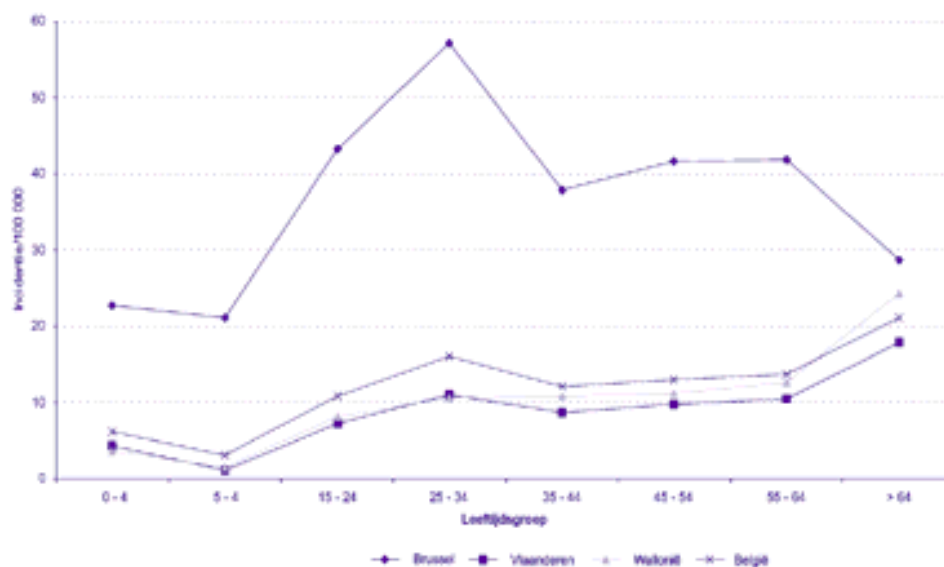
4 _ 3 Geslacht, leeftijd, nationaliteit

68% zijn mannen. De incidentie ligt gemiddeld tweemaal hoger bij mannen dan bij vrouwen (54/100.000 vs 23/100.000) maar het verschil is nog groter voor de leeftijdsklassen 25-34 vooral dan door de hoge incidentie bij niet-Belgische mannen van die leeftijd (figuur 3).



In België worden zoals in de meeste Westerse landen vooral bejaarden getroffen; deze werden tijdens hun kinderjaren besmet en doen, door hun verminderde immunitaire weerstand, een reactivatie.

In het BHG wordt vastgesteld dat ook jongere leeftijdsklassen worden getroffen (25-34 jaar) vooral dan bij allochtonen.

Figuur 4 Tuberculose-incidentie naar leeftijd en Gewest - 2000

Allochtonen vormen 29% van de Brusselse populatie maar 67% van het totaal aantal tuberculosegevallen.

Ze zijn afkomstig van Afrika (52% - waarvan de helft uit Noord-Afrika), Europa (22% van wie meer dan 2/3 uit Centraal of Oost-Europa), Azië (9%) en Latijns Amerika (2%). In 15% van de gevallen was het land van herkomst niet gekend doch het was wel duidelijk dat ze afkomstig waren uit landen met hoge tuberculoseprevalentie.

Het is begrijpelijk dat de tbc incidentie bij deze allochtonen hoog ligt daar ze meestal in hun land een hoog risico lopen besmet te worden en hier de ziekte ontwikkelen omdat ze dikwijls in precare omstandigheden leven.

Tabel 4 Incidentie van de tuberculose per nationaliteit - Brussels Hoofdstedelijk Gewest - 2000

Nationaliteit	Aantal	% tot. aant. gevallen	Incidentie /100.000
Belgen	120	33	17,5
Niet-Belgen uit	246	67	89,9
Hoge prevalentie landen	229	62,5	182,5
Lage prevalentie landen	17	4,5	11,5
TOTAAL	366	100	38,2

In Brussel ligt ook bij de Belgen de incidentie hoger dan in de twee andere gewesten, waarschijnlijk omdat in Brussel ook meer Belgische kansarmen verblijven (tabel 5).

Tabel 5 Incidentie van de tuberculose in de 3 Gewesten naar nationaliteit - 2000									
	Vlaams Gewest		Waals Gewest		BHG		België		
	N	Incidentie /100.000	N	Incidentie /100.000	N	Incidentie /100.000	N	Incidentie /100.000	
Belgen	385	6,8	252	8,4	120	17,5	757	8,1	
Niet-Belgen	184	62,7	126	38,2	246	89,9	556	62,0	
TOTAAL	569	9,6	378	11,3	366	38,2	1.313	12,8	

4 - 4 Risicogroepen en risicofactoren

Samenvattend werden in 2000 in het BHG 199 patiënten van de 366 (54%) geregistreerd met een of meerdere risico's. Ofwel behoren ze tot een risicogroep ofwel vertonen ze een individueel risico op TBC. Hierin werd geen rekening gehouden met het verhoogd risico door de hoge leeftijd of door de geografische herkomst.

4 - 4 - 1 Risicogroepen

Sommige groepen lopen een verhoogd risico op tuberculose door hun minder gunstige levensomstandigheden die de overdracht van de tuberkelbacil bevorderen. 35% van het totaal aantal patiënten behoort tot een risicogroep (gevangenen, asielzoekers, illegalen, kansarmen, personeel in contact met risicogroepen, contactpersoon van een besmettelijke tuberculosepatiënt).

Tabel 6 toont het aantal patiënten per risicogroep en het percentage op het totaal aantal gevallen.

Tabel 6 Risicogroepen voor tuberculose* 1996-2000											
Risico-groepen	1996		1997		1998		1999		2000		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Gevangenen	8	2	4	1	7	2	7	2	9	2,5	
Asielzoekers	19	5	17	5	16	5	29	9,5	28	8	
Illegalen	11	3	20	6	19	6	43	14	31	8,5	
Kansarmen	14	4	20	6	10	3	37	12	48	13	
Contact TBC	12	3	24	7	28	9	18	6	33	9	
Personeel risicogr.	7	2	-	-	4	1	4	1	6	2	

* eenzelfde patiënt kan tot verschillende risicogroepen behoren

Opvallend is de toename van het aantal asielzoekers, illegalen en kansarmen in de twee laatste jaren. Het aantal gedetineerden met tuberculose blijft eerder constant sinds 1996.

4 - 4 - 2 Risicofactoren

Anderzijds lopen sommige personen door verminderde immunitaire weerstand, meestal te wijten aan een bijkomende aandoening, ook een verhoogd risico. Ze vormen 27% van het totaal aantal patiënten.

Tabel 7 toont over 5 jaar het aantal patiënten met een verhoogd risico voor tbc.

Tabel 7 Bevorderende risicofactoren* 1996 – 2000 Aantal (N) en % van totaal aantal gevallen										
Bijkomende risicofactoren	1996		1997		1998		1999		2000	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alcoholisme	38	11	36	10	29	9	23	7,5	38	10
HIV	43	12	28	8	29	9	14	5	23	6
Chronisch resp. aand.	19	5	20	6	15	5	14	5	16	4
Nierinsuff./ Diabetes	15	4	13	4	12	4	14	5	16	4
Immunosuppr. ziekte/behand	22	6	18	5	11	3,5	13	4	11	3
Toxicomanie	3	1	6	2	5	2	4	1	7	2
Gastro-int. heekunde	-	-	3	1	-	-	4	1	2	0,5

* Eenzelfde patiënt kan meer dere bevorderende factoren vertonen

Opvallend is het aantal alcoholici dat tuberculose ontwikkeld heeft. Anderzijds is er blijkbaar een daling van het aantal dubbelinfecties (HIV-TBC). In 2000 was 6% van het totaal aantal tuberculosegevallen ook besmet met HIV. 16 op 23 zijn mannen, 14 van de 23 zijn afkomstig uit Afrika, 18 zijn tussen 25 en 44 jaar oud.

5 _ Tuberculoseopsporing in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Bij wie ?

Een efficiënte tuberculosedepistage is gericht op de groepen die een hoger risico op tuberculose lopen (**actieve opsporing**).

- Bij gedetineerden wordt jaarlijks een radiografie verricht in de twee Brusselse gevangenissen.
- Bij asielzoekers wordt bij alle aanvragers ≥ 5 jaar een radiografie verricht in de Dienst Vreemdelingenzaken en indien het daar niet gebeurde, in de asielzoekerscentra.
- Bij kinderen < 5 jaar wordt in de centra een tuberculinetest (intradermotest) verricht.

- Bij kansarmen wordt door de mobiele equipe een of tweemaal per jaar een radiografie verricht, ofwel in de opvangcentra of in de resto du coeur of in bepaalde buurten.
- Bij het personeel in contact met risicogroepen (in gevangenissen, asielzoekerscentra, ziekenhuizen) wordt jaarlijks een opsporing (tuberculinetest of radiografie) georganiseerd.
- Bij contactpersonen van een tuberculosepatiënt wordt systematisch een tuberculine-test verricht zowel in familiekring, op het werk als in de vrijetijdskring.
- Bij leerlingen van het derde middelbaar wordt in de franstalige scholen een systematische tuberculoseopsporing verricht d.m.v. een tuberculinetest (Besluit van de Franse Executieve). In de Nederlandstalige scholen gebeurt deze opsporing bij anderstalige nieuwkomers.

16% van het totaal aantal gevallen van tuberculose werd door deze actieve screening opgespoord. 44% vanuit preventieve diensten Kind en Gezin/ONE, VRGT/FARES, bedrijfsgeneeskunde, medisch schooltoezicht; 56% vanuit de curatieve sector. Vooral dan door contactonderzoeken in familiekring en door opsporing bij HIV seropositieve patiënten.

84% van het totaal aantal tuberculosegevallen wordt echter ontdekt op **passieve wijze** d.w.z. door spontane consultatie van de patiënt met klachten.

Dit toont aan hoe belangrijk het is om, naast de organisatie van een doelgerichte opsporing, sensibiliserings- en informatieve acties naar de risicogroepen, alsmede naar de betrokken tussenpersonen en de geneesheren op te zetten. Zo zal het mogelijk zijn tuberculose vroegtijdig op te sporen.

6 _ Resistentie tegen tuberculostatica

Resistentie tegen medicijnen is geen nieuw verschijnsel maar de omvang ervan wordt een probleem vooral in ontwikkelingslanden en Oost-Europa. In België werd in 1993 door VRGT/FARES een bewakingsnetwerk opgezet in samenspraak met de laboratoria die gevoeligheidsbepalingen (voor INH, RMP, EMB) verrichten op tuberculosestammen. De gevoeligheid voor PZA werd niet weerhouden daar de test niet erg betrouwbaar is. multiresistentie d.w.z. resistentie tegen tenminste INH en RMP, de 2 meest efficiënte tuberculostatica is de meest gevreesde vorm.

In 2000 werden resultaten van het antibiogram verkregen voor 216 (78%) van de 278 patiënten met positieve cultuur. 70% daarvan hadden geen tbc antecedenten, 11% wel; van 19% waren er geen gegevens gekend.

De meeste stammen zijn nog gevoelig voor de eerstelijnstuberculostatica. Slechts 7,9% (17 op 216 gevallen) is resistent tegen minstens 1 middel en 2,3% (5 gevallen) multiresistent (tabel 8). Deze laatsten zijn niet-Belgen (4 mannen en 1 vrouw), waaronder 2 asielzoekers, 2 recidieven, 2 HIV positieven; 4 hadden een longtuberculose en 1 een extrapulmonale klier-tuberculose.

Resistentie komt frequenter voor bij recidiegevalen: patiënten die vroeger reeds werden behandeld voor tuberculose maar veelal therapieontrouw waren.

26,1% van de recidieven waren resistent tegen minstens 1 medicament vs 5,9% bij patiënten die voor het eerst zijn besmet: 8,7% van de recidieven waren MR vs 2% van de eerste besmettingen.

Wanneer patiënten die voor het eerst ziek zijn resistentie vertonen is het omdat ze besmet werden door reeds resistente kiemen (primaire resistentie).

Tabel 8 Resistentie tegen tuberculostatica naar antecedenten - Brussels Hoofdstedelijk Gewest - 2000 <i>Aantal (N) en % van totaal aantal antibiogrammen</i>								
Gevoeligheid	Geen antecedenten		Wel antecedenten		Antecedenten niet gekend		TOTAAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Resistentie tegen minstens 1 middel	9	5,9	6	26,1	2	4,9	17	7,9
Multiresistentie								
INH+RMP	2	1,3	1	4,3	-	-	3	1,4
INH+RMP+EMB	1	0,7	1	4,3	-	-	2	0,9
Totaal	3	2	2	8,7	-	-	5	2,3
Polyresistentie								
INH+EMB	-	-	1	4,3	1	2,4	2	0,9
RMP+EMB	-	-	-	-	-	-	-	-
Totaal	-	-	1	4,3	1	2,4	2	0,9
Monoresistentie								
INH	6	3,9	2	8,7	1	2,4	9	4,2
RMP	-	-	1	4,3	-	-	1	0,5
EMB	-	-	-	-	-	-	-	-
Totaal	6	3,9	3	13,0	1	2,4	10	4,6
Totale resistentie								
INH	9	5,9	5	21,7	2	4,9	16	7,4
RMP	3	2,0	3	13,0	-	-	6	2,8
EMB	1	0,7	2	8,7	1	2,4	4	1,9
Totaal aantal antibiogrammen	152	100	23	100	41	100	216	100

De % moeten met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden daar het kleine absolute aantallen betreft.

De primaire resistentie tegen INH bedraagt 5,9% in het BHG. Er moet echter een onderscheid gemaakt worden tussen Belgen en niet-Belgen bij wie de INH-resistentie respectievelijk 2 en 7,8% bedraagt in het BHG. In de groep niet-Belgen uit landen met hoge tuberculoseprevalentie bedraagt de primaire resistentie tegen INH 7,1% en in de groep Belgen en niet-Belgen uit landen met lage prevalentie 3,7% (4). Volgens de richtlijnen van de American Thoracic Society en de Centers for Disease Control (3) moeten bij een primaire INH-resistentie van > 4% in de populatie reeds vier medicijnen worden toegevend in de initiële fase van de behandeling. In ons land geldt dit dus nog niet voor Belgen voor zover ze niet in contact gekomen zijn met een MR bron.

7_ Behandelingsresultaten voor de gevallen van pulmonale tuberculose 1999

Volgens de WHO geeft de genezingsgraad aan in hoeverre de tuberculoseopsporing en -behandeling geslaagd is. Vanuit het standpunt van de volksgezondheid is het vooral van belang te weten in hoeverre de pulmonale vormen positief bij kweek, genezen werden. Voor 129 van de 196 (66%) gevallen met positieve culturen geregistreerd in 1999 werd follow-up informatie gekregen. 6 gevallen blijken bij nader onderzoek geen tuberculose te zijn maar wel niet tuberculeuze mycobacteriosen en voor 4 gevallen werd geen info verkregen over de behandeling.

Zeven gevallen waren nog in behandeling na 1 jaar: 3 patiënten met multiresistente tuberculose, 2 andere patiënten met therapieontrouw, van de 2 laatste patiënten was er geen informatie over de mogelijke oorzaak van de langdurige behandeling. De resultaten voor de overige pulmonale gevallen worden in tabel 9 weergegeven. 73% (81 gevallen) kan als genezen beschouwd worden van wie slechts 11 (14%) met bekende bacteriologische negativatie.

Tabel 9 Behandelingsresultaten van de pulmonale gevallen positief bij cultuur aangegeven in 1999 in het BHG		
	Aantal	%
Behandeling volledig beëindigd en genezing bacteriologisch bewezen	11	10
Behandeling volledig beëindigd zonder bacteriologisch bewijs van genezing	70	62,5
Overleden aan tuberculose	1	1
Overleden aan een andere aandoening	13	12
België verlaten voor het einde van de behandeling	3	3
Uit het oog verloren	12	11
Behandeling onderbroken	2	2
TOTAAL	112	100

De doelstelling van de WHO is 85% genezing. De lage genezingscijfers in Brussel kunnen enerzijds verklaard worden door een hoog percentage (13%) sterfgevallen en anderzijds door een hoog percentage patiënten die uit het oog werden verloren (13%). Deze laatste zijn meestal jonge volwassenen (17-45 jaar), mannen (11/12) en van buitenlandse origine (10/12). Bij de sterfgevallen is er slechts 1 door tuberculose, 10 (op 13) bij patiënten ouder dan 65 jaar en 5 bij patiënten met bijkomende aandoeningen (diabetes, immunosuppressie, respiratoire insufficiënte).

Uit deze resultaten blijkt duidelijk dat nog meer inspanningen moeten geleverd worden om minder patiënten uit het oog te verliezen.

Anderzijds blijkt slechts 85% van het totaal aantal patiënten therapietrouw te zijn. Therapieontrouw komt meer voor bij mannen, niet-Belgen en patiënten met een bijkomende aandoening.

8 _ Conclusie

Tuberculose komt meer voor in grote steden dan in kleinere gemeenten. Vooral het BHG wordt getroffen; het hoog percentage risicopersonen dat er verblijft is daar niet vreemd aan. Het probleem is wel duidelijk verschillend van gemeente tot gemeente zodat de tuberculoseopsporing ook verschillend moet georganiseerd worden.

In algemene regel zijn volgende maatregelen noodzakelijk:

- Om een betrouwbare epidemiologische opvolging te verkrijgen is een aangifte van alle gevallen van tuberculose aan de gezondheidsinspectie* noodzakelijk.
- Optimalisatie van de tuberculoseopsporing bij risicogroepen (waaronder ook de contactpersonen van een besmettelijke tuberculosepatiënt) is slechts mogelijk door een nauwe samenwerking tussen curatieve, preventieve en institutionele instanties.
- Een adequate behandeling en opvolging van tuberculosepatiënten dringt zich op om genezing te verkrijgen en het ontstaan van resistente kiemen te voorkomen. Dit houdt in dat de medicatie aangepast wordt aan de gevoeligheid van de kiemen en dat de patiënt de behandeling regelmatig en correct volgt. Supervisie van de medicijninname kan noodzakelijk zijn in geval van therapieontrouw en/of multiresistente tuberculose. VRGT/FARES kunnen instaan voor de begeleiding van de patiënt.
- Isolatie van besmettelijke tuberculosepatiënten is een van de belangrijkste preventieve maatregelen om de verspreiding van de ziekte in te dijken.
- Ook voor patiënten zonder ziekteverzekering (illegalen, uitgeprocedeerde asielzoekers) moeten de onderzoeken en de behandeling mogelijk zijn. De dringende medische hulp waarvoor de OCMW's moeten instaan, kan hiervoor ingeroepen worden. In sommige omstandigheden kan beroep gedaan worden op VRGT/FARES om sociale problemen te helpen oplossen en om gratis medicatie te verkrijgen.

* Dr V. GILBERT. Geneesheer-inspecteur
Dienst Gezondheid. Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.
Louizalaan, 183 – 1050 Brussel
Tel : 02/502.60.01 - GSM : 0478/ 777708 - Fax : 02/502.59.05
e-mail : vgilbert@ccc.irisnet.be

Bijlage

Tuberculose in de 19 gemeenten van het BHG in 2000

	Sint-Gillis		Brussel		Molenbeek		Sint-Joost		Schaerbeek	
Aantal gevallen TBC	41		78		33		10		42	
Incidentie / 100.000	97		58		46		45		40	
Evolutie 1996-2000*	5		5		5		5		5	
Geslacht: mannen	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Afkoms. HPL	30	73	60	77	20	61	5	50	31	74
Leeftijd: 0-14 jaar	31	76	57	73	26	79	8	80	32	76
15-64 jaar	3	7	7	9	6	18	1	10	3	7
> 64 jaar	38	93	63	81	24	73	9	90	35	83
Risicogroepen	-	-	8	10	3	9	-	-	4	10
Illegalen	4	10	13	17	1	3	3	30	3	7
Asielzoekers	4	10	8	10	3	9	-	-	1	3
Gedetineerden	5	12	2	3	-	-	-	-	-	-
Kansarmen	5	12	14	18	5	15	1	10	7	17
Contacten	3	7	4	5	9	27	1	10	1	2
Personeel RG	2	5	1	1	-	-	-	-	-	-
Bevorderende aandoeningen										
HIV	4	10	7	9	3	9	1	10	1	2
Druggebruikers	4	10	1	1	1	3	-	-	-	-
Alcoholia	4	10	11	14	1	3	-	-	1	2
Diabylieinsult.	-	-	6	8	3	9	-	-	-	-
COPD	-	-	4	5	2	6	-	-	2	5
Immuno. suppr.	-	-	2	3	1	3	-	-	-	-
Soort opsporing										
Spontane consult.	26	63	54	69	20	61	6	60	31	74
Actief: contact	1	2	2	3	5	15	1	10	1	2
Actief: risico	8	20	5	6	-	-	1	10	3	7
Net gespedieerd	6	15	17	22	8	24	2	20	7	17
Opgespoord door										
FARES/VRGT	6	15	9	12	2	6	2	20	3	7
Preventieve d.	3	7	1	1	-	-	-	-	-	-
Specialist/ziekenh.	30	73	65	83	31	94	7	70	36	86
Huisarts	2	5	3	4	-	-	1	10	3	7
Aantal aangiften per persoon	1,3		1,3		1,2		1,2		1,3	

* Aantal tegen d.a. groluende deeltide periode, de incidentie van de gemeente hoger was dan de incidentie van het Buissels. Hoofdbedrijfs Gemeest.

HP : hoge prevalentie landen, RG : risicogroep

Tuberculose in de 19 gemeenten van het BHG in 2000 (vervolg)

	Etterbeek		Elsene		Anderlecht		Koekelberg		Berchem	
Aantal gevallen TBC	19		30		31		3		3	
Incidentie / 100.000	48,2		41		35,3		18,5		16	
Evolutie 1996-2000	4		2		2		3		1	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Geslacht: mannen	12	63	24	80	17	55	2	67	2	67
Afkoms. MPL	7	37	24	80	15	48	1	33	1	33
Leeftijd: 0-14 jaar	1	5	8	27	4	13	-	-	-	-
15-64 jaar	16	84	21	70	2	71	3	100	3	100
> 64 jaar	2	11	1	3	5	16	-	-	-	-
Risicogroepen										
Illegalen	-	-	2	7	2	7	-	-	-	-
Asielzoekers	-	-	4	13	4	13	-	-	-	-
Gedetineerden	1	5	1	3	-	-	-	-	-	-
Kansarmen	2	11	7	23	3	10	-	-	-	-
Contacten	2	11	7	23	5	16	-	-	-	-
Personeel RG	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bevorderende aandoeningen										
HIV	2	11	2	7	1	3	1	33	1	33
Druggebruikers	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alcoholia	4	21	3	10	3	10	1	33	1	33
Diabylieinsuff.	1	5	1	3	1	3	-	-	-	-
COPD	1	5	-	-	2	7	-	-	-	-
Immuo. suppr.	-	-	1	3	1	3	-	-	-	-
Soort opsporing										
Spontane consult.	9	47	9	47	23	74	2	67	2	67
Actief: contact	2	11	2	11	3	10	-	-	-	-
Actief: risico	2	11	2	11	3	10	-	-	-	-
Net gespeidfeerd	6	32	6	32	2	6	1	33	1	33
Opgespoord door										
FARES/VRGT	-	-	3	10	1	3	-	-	-	-
Preventieve d.	1	5	1	3	3	10	-	-	-	-
Specialist/ziekenh.	17	90	25	83	26	84	2	67	3	100
Huisarts	1	5	1	3	1	3	1	33	-	-
Aantal aangiftes per persoon	1,4		1,3		1,5		1,0		1,7	

Tuberculose in de 19 gemeenten van het BHG in 2000 (vervolg)

	Vorst		Jette		SLW		Ukde		Ouderghem		SPW		Evere		Ganshoren		W. Bosv.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Aantal gevallen TBC	14		12		13		15		5		6		6		3		2	
Incidentie / 100.000	30,7		30,2		27,9		20,2		17,4		158		19,1		15,2		8,1	
Evolutie* 1996- 2000	0		0		0		0		0		0		0		0		0	
Geslacht: mannen	8	57	8	67	8	62	9	60	3	60	4	67	2	33	2	67	2	100
Afkomst HPL	3	21	4	33	5	39	3	20	2	40	3	50	4	67	2	67	-	-
Leeftijd: 0-14 jaar	-	-	-	-	1	8	-	-	1	20	-	-	2	33	-	-	-	-
15-64 jaar	8	57	8	67	8	61	11	73	4	80	5	83	4	67	1	33	-	-
> 64 jaar	6	43	4	33	4	31	4	27	-	-	1	17	-	-	2	67	2	100
Risicogroepen																		
Illegalen	1	7	1	8	1	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asielzoekers	2	14	1	8	-	-	-	-	-	-	-	-	1	17	-	-	-	-
Gedetineerden	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kansarmen	1	7	-	-	-	-	1	7	1	20	-	-	1	17	-	-	-	-
Contacten	-	-	-	-	1	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Personeel RG	1	7	-	-	2	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bevorderen de aandoeningen																		
HIV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Druggebruikers	-	-	-	-	-	-	1	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alcoholid	2	14	-	-	1	8	4	27	-	-	-	-	1	17	1	33	-	-
Diabylieinsuff.	2	14	-	-	1	8	1	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
COPD	3	21	1	8	-	-	-	-	-	-	-	-	1	17	-	-	-	-
Immuo. suppr.	-	-	1	8	1	8	3	20	-	-	1	17	-	-	-	-	-	-
Soort opsporing																		
Spontane consult.	11	79	9	75	9	69	12	80	3	60	6	100	4	67	2	67	1	50
Actief: contact	1	7	-	-	-	-	1	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Actief: risico	1	7	-	-	-	-	1	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Net gespeid feend	1	7	3	25	4	31	1	7	2	40	-	-	2	33	1	33	1	50
Opgespoord door																		
FARES/VRGT	1	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Preventieve d.	-	-	-	-	-	-	1	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Specialist/ziekerh.	13	93	12	100	13	100	12	80	5	100	5	83	5	83	3	100	1	50
Huisarts-	-	-	-	-	-	2	13	-	-	1	17	1	17	-	-	1	50	-
Aantal aangiftes per persoon	1,3		1,1		1,2		1,3		1,2		1,0		1,0		2,0		1,0	

Definities

Actieve tuberculose

Tuberculoseziekte met aanwezigheid van klinische en/of radiologische tekens en/of bacteriologische bevestiging.

Extra-pulmonale tuberculose

Elke vorm van tuberculose die andere organen dan long, bronchi of larynx aantast.

Mycobacterie

De tuberculosebacterie maakt deel uit van het Mycobacterium tuberculosis complex dat M. tuberculosis, M. bovis en M. africanum omvat.

Opsporing

Actieve opsporing : tuberculosediagnose na opsporing georganiseerd bij risicogroepen of risicopersonen

Passieve opsporing : tuberculosediagnose bij een patiënt die zelf geconsulteerd heeft meestal wegens klachten.

Pulmonaire tuberculose

De meest voorkomende vorm van tuberculose, die longen en/of bronchi aan tast. Ook larynxtuberculose wordt hierbij gerekend.

Recidief

Patiënt die vroeger reeds behandeld werd voor tuberculose maar hervalt meer dan een jaar na de eerste episode.

Resistentie

Kenmerk van een bacteriële stam die niet meer gevoelig is voor de gebruikelijke dosering van een bepaald tuberculostaticum.

Risicofactor

Aandoening die de overgang van tuberculosebesmetting naar tuberculoseziekte in de hand werkt.

Risicogroep

Personen met een verhoogd risico op tuberculose door verblijf in een midden waar de kans om besmet te worden door tuberculose groter is dan in de algemene bevolking.

Tuberculose-incidentie

Totaal aantal nieuwe gevallen van actieve tuberculose per jaar gediagnosticeerd en per 100.000 inwoners.

Tuberculoseprevalentie

Totaal aantal oude en nieuwe gevallen van actieve tuberculose per 100.000 inwoners op een bepaald tijdstip.

Veralgemeende tuberculose

Tuberculose die de miliaire tuberculose omvat evenals elke tuberculose die meer dan twee organen treft en elke tuberculose waarbij bacillen in het bloed voor komen.

Afkortingen

ATS	American Thoracic Society
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
EMB	Ethambutol (Myambutol®)
FARES	Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la Santé
INH	Isoniazide (Nicotibine®)
PZA	pyrazinamide (Tébrazid®)
RMP	rifampicine (Rifadine®)
UIATLD	International Union against Tuberculosis and Lung Diseases
VRGT	Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding
WGO	wereldgezondheidsorganisatie

Referenties

1. Rapport over de kansarmoede in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, september 2000.
2. Schwoebel V, Lambregts-Van Weezenbeek C, Moru ML, Drobniewski F, Hoffner S, Raviglione M, Rieder H. Standardization of antituberculosis drug resistance surveillance in Europe. Eur Respir J 2000;16:364-371.
3. CDC/ATS. Initial therapy for TB in the era of MDR. Recommendations of the Advisory Council for the Elimination of TB. MMWR 1993;42 (7) : 1-8.
4. VRGT. Richtlijnen i.v.m. (multi)resistente tuberculose 2001.
5. Veen J, Raviglione M, Rieder H, Migliori GB et al. Standardised tuberculosis treatment outcome monitoring in Europe. Eur Respir J 1998; 12: 505-510.



Redactie

Dr. Magda Uydebrouck

Gegevensverzameling

Bwirire Dieudonné

Jacxsens Annie

Rems Dominique



Gegevensverwerking

B. de Saint Hubert



Secretariaat

Lancksweerdts Monique

Tommeleyn Agnes

Vormgeving

YOU MAKE ME©

Foto's

De leden van "L'Atelier Rencontre, asbl Source"

Wij houden er aan alle medewerkers aan dit rapport te danken.

**Dit dossier is een uitgave van het
Observatorium voor Gezondheid
en Welzijn**

De dossiers bevatten steeds informatie over gezondheid en/of armoede in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. De inhoud wordt samengesteld door het Observatorium en/of door externe partners. Elk dossier wordt verspreid op eenvoudige vraag op onderstaand adres.

Dit document is ook beschikbaar in het Frans

**Ce document est également disponible en
français sous le titre :
"La tuberculose en Région de Bruxelles-
Capitale - situation 2000"**

Voor meer informatie kan u zich wenden tot :

**Observatorium voor Gezondheid en Welzijn
van Brussel-Hoofdstad
Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie
183 Louizalaan - 1050 Brussel
Tel: 02 - 552 01 13 Fax: 02 - 502 59 05
observat@ccc.irisnet.be**



**VRGT
56 Eendrachtstraat - 1050 Brussel
Tel: 02 - 512 54 55 Fax: 02 - 511 46 14
VRGT@village.uunet.be <http://www.vrgt.be>**

Bijkomende informatie kan steeds verkregen worden bij de VRGT, evenals de epidemiologische rapporten over België en Vlaanderen. Het rapport van Wallonië kan opgevraagd worden bij de FARES, 56 rue de la Concorde - 1050 Bruxelles

**Tel: 02 - 512 29 36 Fax: 02 - 512 32 73
maryse.wanlin@euronet.be <http://www.fares.be>**