

Hoe ziet een gemiddeld contactonderzoek bij TBC eruit?

Tuberculose is naast Covid-19 de meest dodelijke infectieziekte ter wereld. Gelukkig komt het in Nederland nog maar weinig voor. Daarom testen we niet snel op TBC, ook al zijn de symptomen soms zo klaar als een klontje. Het zijn grotendeels de uitgebreide contactonderzoeken van de GGD dat de TBC-besmettingscijfers laag blijven. Hoe dat eraan toe gaat? Lees hier de verhalen van de patiënt, haar arts en de verpleegkundige van de GGD.

Tekst:

Geraldine ter Linde, Myrthe Hartgers en Marja Karels

De patiënt

‘Begin november 2018 ging ik naar de huisarts omdat ik een hoestje had. Niets ernstigs dacht ik. Het liep uit op vier bezoeken aan de huisarts. Ik voelde me schuldig omdat ik zo vaak terug bleef komen en de puffer en twee antibioticakuren niets uithaalden. Inmiddels was ik al twee maanden mijn stem kwijt, voelde ik me constant doodmoe, hoestte de hele dag door, werd s ’nachts zwetend wakker en ik was inmiddels zeven kilo lichter. Pas na het laatste consult, waarbij ikzelf moest vragen om een longfoto, werd ik doorverwezen.’

‘Bij het zien van de foto’s, gingen bij de longarts alle alarmbellen af en moest ik direct naar het ziekenhuis komen. De diagnose stond als een paal boven water: open tuberculose met cavernevorming. Ik had nooit verwacht dat dit mij zou overkomen. En zo voor de hand ligt het ook niet: ik ben een Nederlandse vrouw van 35, kom uit een welvarend milieu en heb geen historie met verslaving.’

‘Ik was blij dat ik een diagnose had, maar de komende zes maanden moest ik aan een cocktail van antibiotica die zijn weerslag had op mijn fysieke en mentale gezondheid. En ik niet als enige. Want toen ik vond dat ik me niet moest aanstellen, had ik wel al hoestend bij de koffieautomaat op kantoor gestaan. En was ik bij de kerstborrel, diverse kerstdiners en andere sociale evenementen geweest.’

‘Het contactonderzoek dat de GGD uitvoerde, heeft uiteindelijk vier rondes geduurd. Er zijn bijna driehonderd mensen onderzocht waar dertig TBC-besmettingen uit voort kwamen. Mijn medische gezondheid lag op straat, en ik vond het belangrijk om voorafgaand aan het contactonderzoek mijn vrienden, familie en kennissen in te lichten. Op mijn werk heeft de afdeling HR dit opgepakt, samen met de GGD. Ik heb me vreselijk schuldig gevoeld.’

‘Gelukkig heeft de medicatie zijn werk gedaan en

afgezien van wat littekenvorming, ben ik er ongeschonden vanaf gekomen. Evenals de mensen die besmet zijn. Luister dus goed naar je lichaam en wees als huisarts niet bang om iemand te verwijzen. Dat kost een stuk minder dan zo’n gigantisch onderzoek.”

De TBC-verpleegkundige

‘Bij iedere besmettelijke longtuberculose wordt een contactonderzoek uitgevoerd om na te gaan of de ziekte verder is overgedragen. Hiervoor worden de contacten van de patiënt ingedeeld in ringen. Mensen die intensief en langdurig contact hebben worden eersteringscontacten genoemd. Dit zijn bijvoorbeeld huisgenoten, maar soms ook collega’s. Contacten die minder intensief en korter van aard zijn, zijn de tweede- en derderingscontacten ingedeeld.’

‘Al tijdens de eerste afspraak werden de eersteringscontacten besproken. De verpleegkundige benadrukte positief dat de patiënt verantwoordelijkheid nam en niets kwalijk genomen kan worden. Patiënten voelen zich namelijk vaak schuldig, ze schamen zich en willen daardoor geen contacten prijsgeven. Uitleg over de ziekte, de wijze van overdracht en de latente infectie kunnen een patiënt overtuigen om toch mee te werken aan het onderzoek. Ook helpt de niet-herleidbare oproep hierbij; de contacten worden uitgenodigd zonder dat ze de naam van de patiënt te horen krijgen.’

‘Deze patiënt werkt in een andere GGD-regio dan waar zij woont. De verantwoordelijkheid voor het contactonderzoek op het werk werd daarom overgedragen aan die betreffende GGD. Omdat de patiënt de verantwoordelijkheid nam en vrijuit sprak over haar contacten, met zowel de GGD als haar werkgever, is bij het contactonderzoek op het werk intensief samengewerkt door beide GGD’en.’

‘De diagnose TBC kan binnen een bedrijf veel onrust veroorzaken. De patiënt werkt op het hoofdkantoor van een toonaangevend nationaal bedrijf met zo’n zeshon-

derd medewerkers. Daarnaast heeft het bedrijf meer dan dertig vestigingen verspreid door Nederland. De patiënt heeft een belangrijke rol in het verbinden van deze vestigingen en het organiseren van evenementen, waardoor zij op alle vestigingen aanwezig was.'

'De GGD brengt in kaart óf en waar overdracht van de bacterie heeft plaatsgevonden. Ook moet er rekening gehouden worden met een incubatietijd, die minstens acht weken duurt. Pas hierna kan een contact onderzocht worden. Deze aanpak is vaak tegengesteld aan de wensen van een bedrijf, zo ook dit bedrijf. De resultaten van de eersteringscontacten was in dit contactonderzoek reden om uit te breiden naar tweederingscontacten.'

'De directie van het bedrijf wilde de regie hebben, woordvoeder zijn en alle medewerkers op de diverse vestigingen volledig informeren. Een werkgever kijkt anders naar een contactonderzoek dan de GGD. De directie gaf meerdere keren aan dat zij goed werkgeverschap belangrijk vinden. 'Laten we iedereen van het bedrijf controleren' werd vaak geopperd. Dit kan echter voor onrust zorgen en maakt dat er meer mensen worden onderzocht dan nodig is. In samenspraak met de directie heeft de GGD een algemene informatiebrief opgesteld die opgenomen werd in de mailing van het bedrijf. Deze algemene informatiebrief is ook gedeeld met de TBC-afdelingen van 25 GGD-locaties.'

'In februari brachten de twee verpleegkundigen een bezoek aan het hoofdkantoor. Tijdens dit bezoek is met de directie besloten om de tweede ronde van het contactonderzoek wat in maart gepland stond, op het hoofdkantoor te faciliteren. Middels een plattegrond van het bedrijf, wat zich op twee etages bevindt, werden de verschillende afdelingen en besmettingen in kaart gebracht. Daarna volgde een voorlichting aan de honderd medewerkers waar ingegaan werd op de werkwijze van de GGD en vragen werden beantwoord.'

'Wegens de lockdown was de tweede ronde contactonderzoek op locatie niet mogelijk. De resultaten van de tweede ronde van het contactonderzoek gaven aan dat er uitbreiding naar derderingscontacten nodig was. Deze contacten zijn in goed overleg met de patiënt, directie en betrokken verpleegkundigen afgestemd en uitgenodigd. Onder regie van de verpleegkundigen zijn in totaal 13 GGD'en betrokken geweest bij het onderzoek.'

De arts

'De patiënte betreft een 35-jarige Nederlandse vrouw met blanco voorgeschiedenis. Zes maanden voor diagnose begint zij met hoesten, met daarbij ook benauwdheid. Aanvankelijk wordt de diagnose bronchitis gesteld en krijgt zij een antibioticumkuur en inhalatie-medicatie. Dit verbetert haar klachten echter niet, ze valt

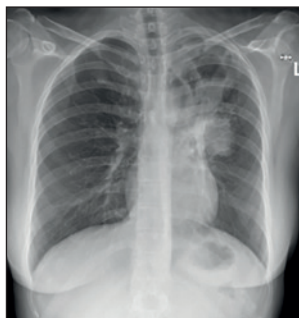


Foto 1. Voor start behandeling



Foto 2. Na 4 maanden behandeling

af en krijgt last van nachtelijk zweten.'

'Na meerdere bezoeken aan de huisarts en op aandringen van de patiënt, is een X-thorax verricht, een röntgenfoto van de borstkas. Hierop werd een kenmerkend beeld gezien passend bij tuberculose (zie foto 1).

Een aanvullend sputumonderzoek bevestigde de diagnose: caverneuze longtuberculose met auramine en PCR positief sputum. De patiënt startte met quadrupel therapie met HRZE (Isoniazide/Rifampicine/Pyrazinamide en Ethambutol). Ze is gedurende zes maanden behandeld voor een Mycobacterium Tuberculosis met een normaal resistentiepatroon. Bij controles in het ziekenhuis was een verbetering van de afwijkingen op thoraxfoto's zichtbaar (zie foto 2).'

'De behandeling begon echter zijn tol te eisen, met name mentaal. De patiënt kreeg veel last van de bijwerkingen van de medicatie (stemmingswisseling, depressieve gevoelens) tezamen met de mentale belasting van het grote contactonderzoek. Een ongecompliceerd beloop vanuit doktersperspectief betekent niet altijd hetzelfde voor de patiënt. Stemmingswisselingen en vermoeidheid spelen een belangrijke rol in het welbevinden van een patiënt.'

'Het heeft lang geduurd voordat de diagnose werd gesteld, ondanks dat het klachtenpatroon klassiek past bij tuberculose. Met een teruglopende incidentie van TBC in Nederland (rond 700-800 nieuwe gevallen per jaar) wordt de kans dat een huisarts of longarts ermee te maken krijgt, kleiner. Zodra een patiënt niet in een 'klassieke' risicogroep voor TBC past (asielzoeker of immigrant afkomstig uit hoog-endemisch land voor TBC, dakloos of drugsverslaafd) neemt de kans op *doctors delay* toe en wordt daarmee de kans op grootschalig contactonderzoek, zoals deze, groter.' 📌

Dit stuk is geschreven in samenwerking met het KNCV Tuberculosefonds.

Geraldine ter Linde is verpleegkundige GGD Amsterdam en GGD Kennemerland

Myrthe Hartgers is arts tuberculosebestrijding, GGD Amsterdam en GGD Alkmaar

Marja Karels is verpleegkundige GGD Hollands Noorden