

# ‘Ebola-epidemie in Nederland niet mogelijk’

Bijna duizend mensen zijn al gestorven aan de gevolgen van ebola en de epidemie is nog lang niet voorbij. Maar het is uitgesloten dat ook Nederland op grote schaal wordt getroffen, zegt internist-infectioloog Martin Grobusch van het AMC.



**E**en halfuur heeft hij tijd, professor Martin Grobusch (50), hoofd van het Centrum voor Tropische Geneeskunde & Reizigersgeneeskunde aan het AMC. Dan wacht hem een volgend interview. Sinds de uitbraak van ebola ongekende vormen aannam (zie *kader*) is Grobusch een veelgevraagd man. ‘Wij moeten altijd rekening houden met de komst van patiënten met een tropische ziekte. Ook buiten perioden als deze, waarin mensen bang zijn en vragen hebben. Misschien worden we met méér verdachte gevallen geconfronteerd. Maar of we ook werkelijk een ebolapatiënt zullen zien, valt niet te voorspellen.’

Jaarlijks komen zo’n 1700 mensen bij het AMC met klachten die samenhangen met een verblijf in de tropen. Bij veruit de meesten gaat het om een onschuldige iets, zoals uitslag of wormen. Bij minder dan 2 procent van de bezoekers kunnen de klachten wijzen op een virale hemorrhagische koorts (VHK); de verzamelnaam voor een groep virale ziekten die bloedingen kunnen veroorzaken, zoals marburg, lassakoorts en ook ebola. ‘Zo’n ziekte is in de initiële fase non-specifiek’, zegt de in Duitsland geboren Grobusch in vloeiend, soms verrassend Nederlands. ‘Meer dan 99 procent van de verdachte gevallen blijkt uiteindelijk geen VHK te zijn. In de afgelopen jaren hebben we in Nederland niet meer dan twee gevallen gehad. Eén van marburg, zes jaar geleden in Leiden, en jaren eerder één van lassakoorts, in Amsterdam.’

***Sinds mensen na terugkeer uit West-Afrika alsnog ziek werden, wordt gevreesd voor een epidemie in Nederland. Terecht?***

‘Nee. Definitief niet. Ik zal uitleggen waarom. Het virus wordt van dier op mens overgebracht door besmet vlees – als jagers een gorilla of ander besmet dier slachten en opeten, of in aanraking komen met het bloed of lichaamsvocht. Als deze initiële patiënten ziek worden en sterven, komt de traditionele omgang met de doden om de hoek kijken. Bij traditionele Afrikaanse begrafenissen raken vrienden en familie het lichaam nog aan. Zo vindt secundaire overdracht van mens op mens plaats. ‘Gewoonlijk zijn de uitbraken beperkt,

omdat ze plaatsvinden op geïsoleerde plekken in het regenwoud. Maar nu heeft het virus ingang gevonden in de grote steden, waar het moeilijker is om secundaire gevallen te voorkomen. Wat betekent dat voor Nederland? Mogelijk krijgen we te maken met een aanwas van verdachte gevallen, en misschien ook met daadwerkelijke patiënten. De enigen die dan risico lopen om geïnfecteerd te worden – bijvoorbeeld in een prikaccident – zijn verpleegkundigen en artsen, maar zij werken hier niet onder West-Afrikaanse omstandigheden. En epidemieën ontstaan alleen in gemeenschappen waar grote groepen mensen onbeschermd direct in contact komen met lichaamsvocht van patiënten. Dat kunnen wij in Nederland voor 100 procent uitsluiten.'

#### **Moeten huisartsen voorzorgsmaatregelen nemen als zij patiënten zien die in West-Afrika zijn geweest?**

'De non-specifieke symptomen van ebola zijn in het begin koorts, misselijkheid, mogelijk braken en diarree, gewrichtspijn en hoofdpijn – precies die symptomen van 99 procent van alle ziekten die je in Afrika kunt oplopen. Daarom is het juiste antwoord op de vraag: als je een patiënt ziet, raak dan niet in paniek, maar neem eerst in alle rust een anamnese af. Vanwege de

incubatietijd kan iemand die langer dan drie weken geleden in West-Afrika was, geen ebola hebben. Bestaat toch de verdenking dat iemand is geïnfecteerd, neem dan contact op met een arts in een umc.'

#### **Zitten er inmiddels geneesmiddelen tegen ebola in de pijplijn?**

'Nee, er bestaan wel experimentele geneesmiddelen, maar er is geen systematisch ontwikkelingsprogramma voor geneesmiddelen of vaccins tegen ebola. Dat komt omdat de ontwikkeling van een geneesmiddel extreem duur is, zeker bij een weesziekte als deze. Voor een individuele patiënt zijn de consequenties van besmetting dramatisch, de kans om te overlijden ligt tussen 50 en 90 procent. Maar het gaat maar om heel weinig patiënten, arme dorpelingen in afgelegen regio's van Centraal-Afrika. Zij staan niet hoog op de internationale agenda. Misschien wel bij ons en bij *public health*-experts, maar zeker niet bij mensen die er uiteindelijk geld mee willen verdienen.'

#### **In Amerika is een arts behandeld met een nog niet geregistreerd geneesmiddel, volgens de media met succes.**

'Wat wij begrijpen – de wetenschappelijke literatuur is nog niet gepubliceerd – is dat de Amerikanen antilichamen hebben

toegediend die het virus neutraliseren, net als bij de postexpositieprofylaxe bij hondsdoelheidsexpositie. Overigens heeft 10 tot 50 procent van de geïnfecteerde patiënten kans om hoe dan ook gezond te worden. Bij iemand die optimaal wordt verzorgd, gaat deze overlevingskans nog wat omhoog. Als de patiënt opknapt van een experimenteel medicijn, zijn we dus niet in staat om te beoordelen of dat door dat middel kwam of dat dat hoe dan ook was gebeurd. Dat kan alleen in grote klinische studies.'

#### **De Wereldgezondheidsorganisatie voorziet ethische problemen. Welke?**

'Er komen natuurlijk vragen op. Als er toch iets is en het helpt deze arts, waarom passen we dat niet op grote schaal in Afrika toe? Dat valt uit te leggen. Ten eerste zijn er geen grote voorraden van deze geneesmiddelen of vaccins. Verder moeten we de geïnfecteerden identificeren, isoleren en zo goed mogelijk behandelen, en in zo'n ongecontroleerde uitbraaksituatie kun je niet op grote schaal een experimenteel vaccin toedienen. Dat is organisatorisch onmogelijk, en leidt ook tot ethische vragen. Je wilt immers de bevolking niet benutten voor een test, zonder te weten of een vaccin veilig is. Hulpverleners van buiten worden in de getroffen gebieden vaak als vijanden beschouwd. Ze zien er raar uit, in hun pakken en met gezichtsmaskers op. En ze vertellen dat de mensen hun geliefden niet meer traditioneel kunnen begraven. Dat roept conflicten op. Hoe moeten we deze gemeenschappen duidelijk maken dat ze hun gewoonten voor een korte periode moeten veranderen? Want dat is absoluut nodig als we de uitbraak onder controle willen brengen. Dat de mensen actief meedoen. En begrijpen dat ze zich niet moeten verstoppen als ze koorts krijgen.' ■

Lees ook het hoofdeditioneel over dit onderwerp op blz. 1549.

#### **web**

Meer informatie over ebola (waaronder de LCI-richtlijn Virale hemorrhagische koorts), en over Martin Grobusch is te vinden onder dit artikel op [medischcontact.nl](http://medischcontact.nl).

## **EBOLA-UITBRAAK**

Sinds de eerste ebola-epidemie, in 1976, kende Centraal-Afrika meer dan twintig uitbraken van de ziekte, waarvan de grootste – in 2000 in Uganda – met 425 ziektegevallen, inclusief 224 doden. De jongste epidemie, die eind maart in het West-Afrikaanse Guinee begon, is ernstiger: volgens de Wereldgezondheidsorganisatie WHO telden Guinee, Liberia, Sierra Leone en Nigeria op 27 juli 1323 ebolagevallen, inclusief 729 doden. Een week later, op 4 augustus, stond de teller in de vier landen al op 1711 gevallen, en 932 doden.

Sinds een Amerikaanse patiënt na een verblijf in Liberia en Nigeria ebola bleek te hebben en overleed, groeit ook in Nederland de onrust. Het RIVM noemt de kans dat een reiziger ebola oploopt en mee terugbrengt naar Nederland 'heel klein, maar niet geheel uitgesloten', en geeft ziekenhuizen voorlichting over hoe om te gaan met eventuele 'verdachte' patiënten.

De WHO noemt de ebola-uitbraak inmiddels een 'internationale gezondheids crisis'. Dit betekent dat experimentele middelen mogen worden ingezet.