

## WERKAFSPRAAK LYME-BORRELIOSE

**Reden van ontwikkelen van de werkafpraak:** Lyme-borreliose is potentieel een systeemziekte. Daarom kan de patiënt bij meerdere artsen terecht komen. Het is zinvol om afspraken te maken tussen 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn over het beleid bij tekenbeten en (verdenking op) borreliose. Eind 2009 is het "Borrelië-kenniscentrum" in het MCL gestart.

Voor de huidige werkafpraak is uitgegaan is van de CBO richtlijn "Lyme-borreliose" (2013).

**Lyme-borreliose** is een infectieziekte, veroorzaakt door de spirocheet *Borrelia burgdorferi*, die wordt overgedragen door een beet van een besmette teek, de *Ixodes ricinus* (in Nederland is ongeveer 25 % van de teken besmet, er zijn regionale verschillen in besmettingsgraad).

### Voorkomen van tekenbeten

Het aantal consulten in de huisartsenpraktijk is gestegen van 191/100000 in 2001 naar 446/100000 in 2005.

De incidentie van erythema migrans in de huisartsenpraktijk is in de zelfde jaren gestegen van 74/100000 naar 103/100000 (gegevens RIVM).

**Klinische presentatie van Lyme-borreliose:** zie onderstaande tabel

### Meest voorkomende klinische presentatie van Lyme-borreliose (uit CBO richtlijn)

Vermoedelijke diagnose	Klinische presentatie
Erythema migrans (EM)	Rode of blauwrode plek veelal met centrale opheldering die zich centrifugaal uitbreidt en een doorsnede > 5 cm heeft. Multipel Erythema migrans komt zelden voor
<i>Borrelia</i> -lymfocytoom	Zeldzaam voorkomende blauwrode pijnloze nodulus of plaque. Doorgaans voorkomend aan het oor (voornamelijk bij kinderen), tepel of scrotum
Vroege neuroborreliose	Een pijnlijke (meningo)radiculitis met of zonder een perifere facialisparesis of andere uitval van hersenzenuwen. Bij kinderen meestal meningitis, geïsoleerde unilaterale (soms bilaterale) perifere facialisparesis
Lyme-carditis	Atrioventriculaire geleidingsstoornis
Lyme-artritis	Recidiverende kortdurende aanvallen met objectieve zwelling van een of enkele grote gewrichten, met name de knie, soms overgaand in chronische artritis
Acrodermatitis chronica atrophicans (ACA)	Maanden tot jaren bestaande rode of blauwrode huidafwijking, soms met enige zwelling. voornamelijk gelokaliseerd aan de strekzijde van de extremiteiten. Lineair gelegen noduli of plaques aan de strekzijde van de grote gewrichten komen soms voor, in een later stadium eventueel atrofie.
Chronische neuroborreliose	Een langer bestaande encefalitis, encefalomyelitis, meningo-encefalitis, radiculomyelitis (alle zeldzame aandoeningen)
Chronische artritis	Zie 'Lyme-artritis'
Postinfectieuze klachten en symptomen	Klachten en symptomen die blijven bestaan na adequate eradicatie van een aangetoonde Lyme-borreliose: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Neurologische restverschijnselen.</li><li>▪ Persistierende artritis.</li><li>▪ Verspreide spier- en botpijn, cognitieve stoornissen, radiculaire pijn, paresthesiën, of dysesthesiën al dan niet met ernstige moeheid</li></ul>

## Classificatie van Lyme-borreliose

De werkgroep hanteert de volgende indeling:

### ▪ **Beginfase: de tekenbeet**

Beleid in de huisartsenpraktijk: de teek zo snel mogelijk (laten) verwijderen.

Na een tekenbeet / verwijdering van de teek is er géén indicatie om antibiotica te geven.

Tevens is er in deze fase géén indicatie voor het bepalen van antistoffen noch onderzoek van de verwijderde teek naar *B. burgdorferi*.

Advies: uitreiken van de NHG-patiëntenbrief "Tekenbeet" (zie bijlage) met uitleg over het beeld van erythema migrans.

In 2013 is een onderzoek gestart naar het effect van profylactische behandeling ("Tick-Test & Prophylaxis Proof" onderzoek, RIVM afdelingen huisartsgeneeskunde UvA en Nijmegen).

Patiënten kunnen zich aanmelden via Tekenradar.nl. Patiënten die worden ingeloot melden zich bij hun huisarts met e-mail brief met daarin een instructie over de profylactische dosering doxycycline. (H&W juli 2013 "Tekenbeet: dilemma's in de huisartsenpraktijk" en "Antibiotica na tekenbeet: het voordeel van de twijfel")

De CBO richtlijn noemt de optie om preventief antibiotica voor te schrijven na een tekenbeet. De teek moet dan langer dan 24 uur op de huid hebben gezeten en binnen 72 uur zijn verwijderd.

Dosering: niet-zwangeren van 8 jaar en ouder: éénmalige dosering van 200 mg doxycycline.

Zwangeren een éénmalige dosis van 500 mg azitromycine.

Kinderen < 8 jaar: éénmalige dosering azitromycine van 10 mg/kg lichaamsgewicht (max. 500 mg)

### ▪ **Vroege Lyme-borreliose: erythema migrans en Borrelia-lymfocytom**

In de literatuur wordt melding gemaakt van voorkomen van erythema migrans bij 50 % (ILADS richtlijn) tot 80-90 % van de patiënten met Lyme. Een lymfocytom komt voor bij 1-3%.

De huisarts kan *erythema migrans* behandelen (zie "behandeling"). Bij twijfel over de huidafwijking verwijst de huisarts naar de dermatoloog. Er is géén indicatie om antistoffen te bepalen.

Als bij een *lymfocytom* een relatie met de tekenbeet duidelijk is, dan kan de huisarts ook dit behandelen. Ook hier geldt: bij twijfel verwijzen naar de dermatoloog. Bij een lymfocytom wél serologie bepalen.

Advies: NHG-patiëntenbrief "Ziekte van Lyme" meegeven.



- **Vroege gedissemineerde Lyme-borreliose:** verschijnselen, die binnen een jaar na erythema migrans of na ontstaan van infectie optreden. Positieve serologie is bewijzend. Bij een ziekte duur van < 6-8 weken is de sensitiviteit (IgM en IgG) 50 – 80 %; vervolgs serum verhoogt de sensitiviteit. Bij een ziekte duur van > 8 weken is de sensitiviteit van serologie (IgG) ≥ 95 %.

Symptomen:

- multiple erythema migrans

- vroege neuroborreliose
- (meningo)radiculitis
- meningitis
- perifere facialisparese
- uitval andere herzenenuwen
- Lyme carditis
- Lyme arthritis
- Andere manifestaties zoals: uveïtis, panophtalmitis, hepatitis, myositis, orchitis.

Symptomen van (mogelijk) vroege gedissemineerde Lyme-borreliose zijn voor de huisarts reden om te verwijzen naar een specialist (het beeld bepaalt welke specialist). Dit zal veelal een spoedverwijzing zijn.

De huisarts laat geen serologisch onderzoek doen (uitslag duurt te lang).

- **Late Lyme-borreliose:** verschijnselen, die meer dan een jaar na erythema migrans of na ontstaan van infectie optreden als uiting van een persisterende infectie.

Symptomen:

- acrodermatitis chronica atrophicans (ACA)
- chronische neuroborreliose
- chronische artritis

Bij een duidelijk beeld kan de huisarts verwijzen naar een orgaanspecialist b.v. bij ACA naar dermatoloog, bij evident neurologisch beeld (perifere facialisparese, radiculitis) naar neuroloog. Vaak is er een combinatie van vage klachten en één van de bovengenoemde symptomen. Dan kan -bij reële verdenking op chronische borreliose- worden verwezen naar het Borreliose Kenniscentrum.

- **Postinfectieuze klachten en symptomen:** klachten en symptomen die blijven bestaan na adequate eradicatie van een aangetoonde Lyme-borreliose. Deze patiënten kunnen worden verwezen naar het Borrelia-Kenniscentrum voor diagnostiek en een individueel aangepast behandeladvies.

## Behandeling

### Vroege Lyme-borreliose: oraal antibioticum

1<sup>o</sup> keus: doxycycline 2 dd 100 mg 10 dagen

2<sup>o</sup> keus: amoxicilline 3 dd 500 mg 14 dagen

3<sup>o</sup> keus: azitromycine 1 dd 500 mg 5 dagen

kinderen < 9 jaar:

1<sup>o</sup> keus: amoxicilline 50 mg/kg/dg in 3 doses (max. 3 dd 500 mg) 14 dagen

2<sup>o</sup> keus: azitromycine 10 mg/kg/dg in 1 dosis (max. 1 dd 500 mg) 5 dagen

### Vroege neuro-borreliose

1<sup>o</sup> keus: ceftriaxon 1 dd 2 gram intraveneus 14 dagen

2<sup>o</sup> keus: penicilline-G 6 dd 2-3 ME 14 dagen

3<sup>o</sup> keus (bij contra indicatie voor alle beta lactam antibiotica): doxycycline 2 dd 200 mg p.o. 21 dagen

kinderen < 9 jaar:

1<sup>o</sup> keus: ceftriaxon 100 mg/kg/dg in 1 dosis (max. 1 dd 2 gram intraveneus) 14 dagen

2<sup>o</sup> keus: penicilline 200.000 – 400.000 E/kg/dg in 6 doses (max. 6 dd 2-3 ME) 14 dagen

### Vroege gedissemineerde Lyme-borreliose, niet neuroborreliose

1<sup>o</sup> keus: doxycycline 2 dd 100 mg per os 21 dagen

2<sup>o</sup> keus: ceftriaxon 1 dd 2 gram intraveneus 14 dagen

kinderen < 9 jaar:

1<sup>o</sup> keus: ceftriaxon 100 mg/kg/dg in 1 dosis (max. 1 dd 2 gram intraveneus) 14 dagen

2<sup>o</sup> keus: penicilline 200.000 – 400.000 E/kg/dg in 6 doses (max. 6 dd 2-3 ME) 14 dagen

## Acrodermatitis chronica atrophicans

Doxycycline 2dd 100 mg per os 30 dagen

## Lyme-artritis

1<sup>e</sup> keus: doxycycline 1 dd 200 mg per os 30 dagen

2<sup>e</sup> keus: amoxicilline 3 dd 500 mg 30 dagen

kinderen < 9 jaar:

1<sup>e</sup> keus: amoxicilline 50 mg/kg/dg in 3 doses (max. 3 dd 500 mg) 30 dagen

2<sup>e</sup> keus: ceftriaxon 100 mg/kg/dg in 1 dosis (max. 1dd 2 gram intraveneus) 14 dagen

## Borrelia Kenniscentrum

In najaar 2009 start in het MCL het "Borrelia Kenniscentrum". Dit is een multidisciplinair centrum waarin vertegenwoordigd zijn de specialismen dermatologie, interne geneeskunde-infectiologie, medische microbiologie, neurologie, reumatologie en psychiatrie.

*Verwezen kunnen worden mensen met **chronische** klachten bij wie een serieuze verdenking bestaat op Lyme-borreliose.*

Patiënten kunnen door de huisarts (via Zorgdomein) of specialist worden verwezen. De intake (vragenlijst) en de coördinatie (afspraken maken) worden gedaan door de nurse practitioner van de poli dermatologie.

De patiënten worden in een traject gezien door de dermatoloog, neuroloog, internist en de reumatoloog. Daarna vindt multidisciplinair overleg plaats (psychiater en microbioloog zijn dan ook aanwezig).

Er is twee maal per maand een traject met plaats voor 4 patiënten. Het multidisciplinair overleg vindt één maal per maand plaats. In het MDO wordt het beleid uitgezet, afgesproken wie het eindgesprek met de patiënt heeft en de berichtgeving naar de huisarts verzorgt.

Bijlagen: NHG-patiëntenbrieven "Tekenbeet" en "Ziekte van Lyme"

Vragenlijst voor intake Borrelia-Kenniscentrum

## ICPC Codering

S12 Tekenbeet

A78 Erythema migrans en andere vormen van Borreliose

Samenstelling werkgroep: dhr. R. Blanken, dermatoloog; dhr. D.P. Dooren, huisarts; dhr. dr. W.J. Schuilings, neuroloog; mw. E. van Zanden, huisarts; mw. G.J. Vermeer, medisch coördinator MCC Leeuwarden  
oktober 2009  
herziening mei 2014

In Medisch Contact 4 juli 2013 verscheen een indeling door de Gezondheidsraad naar aanleiding van nieuw literatuur onderzoek:

Groep 1: patiënten met vroege lokale en vroege gedissemineerde lymeziekte, die niet eerder zijn behandeld met antibiotica

Groep 2: patiënten met symptomen van late lymeziekte, die niet eerder zijn behandeld met antibiotica

Groep 3: patiënten met persisterende symptomen, eerder behandeld met antibiotica. Mogelijk is hier sprake van persisterende lymeziekte, herinfectie of restschade

Groep 4: patiënten met (langdurige) niet-kenmerkende klachten, die eerder zijn behandeld met antibiotica

Groep 5: patiënten met (langdurige) niet-kenmerkende klachten, met positieve serologie, maar die desondanks niet zijn behandeld met antibiotica

Groep 6: patiënten met (langdurige) niet-kenmerkende klachten, die niet zijn behandeld met antibiotica, en bij wie de serologische tests negatief waren

Beleid:

Groep 1 + 2: antibiotica

Groep 3: aanvullende antibiotische behandeling

Groep 4 + 5: al of niet waarschijnlijke actieve infectie en dan al of niet antibiotica

Groep 6: antibiotica heeft geen zin

Groep 3, 4 en 5 komen in aanmerking voor verwijzing naar het Borrelia Kenniscentrum.