

MKA-leidraad

Parotitis Epidemica

Infectieziekte veroorzaakt door bofvirus (RNA-virus behorend tot paramoxyvirussen).

Samenvatting

Verwekker: bofvirus (RNA-virus).

Besmettingsweg: druppelinfectie uit neus- en keelholte (hoesten, niezen).

Incubatietijd: 12-25 dagen, meestal 16-18 dagen.

Besmettelijke periode: meest besmettelijk van 1-2 dagen vóór het optreden van de parotiszwelling tot 5 dagen daarna.

Maatregelen: bron- en contactopsporing.

Symptomen: deel asymptomatisch. Koorts, spierpijn, hoofdpijn en malaise, bovensteluchtweginfectie. Kenmerkend: ontsteking van de wangspeekselklier (zwellen van de wangen), meestal aan één kant van het gezicht, met pijn bij openen mond en oorpijn. Bij sommige patiënten verloopt bof juist ernstig en er kunnen ernstige complicaties optreden.

Overig: vaccinatie is in het RVP opgenomen (BMR).

Pathogenese

Het bofvirus infecteert de bovenste luchtwegen, waarna vermenigvuldiging van het virus plaatsvindt in het plaatselijke luchtwegepitheel en regionale lymfeklieren. Daarop volgt viremie die het virus verplaatst naar de speekselklieren, alveesklier, zaadbollen, eierstokken en centraal zenuwstelsel.

Ziekteverschijnselen

De ziekte begint met koorts en andere prodromale symptomen, zoals spierpijn, hoofdpijn en malaise. Een van de kenmerkende symptomen van bof is ontsteking van de oorspeekselklieren (parotitis). Meestal treedt de parotitis op in beide oorspeekselklieren (glandula parotis) maar het kan ook eenzijdig verlopen. De vergrote speekselklier veroorzaakt (oor)pijn, vooral bij het openen van de mond. De zwelling van de parotis is maximaal na 2 à 3 dagen, en is binnen een week weer verdwenen, evenals de overige symptomen.

Complicaties:

- aseptische meningitis (doorgaans een gunstige prognose);
- encefalitis;
- ontsteking van de epididymis en de testis;
- ontsteking van de eierstok(ken);
- gehoorverlies;
- alveesklierontsteking;
- ontsteking van de schildklier.

Ongevaccineerden

Een derde van de infecties verloopt asymptomatisch. De meest voorkomende complicatie bij ongevaccineerde kinderen is aseptische meningitis (1-10%). Epididymo-orchitis komt voornamelijk voor na de puberteit. Van de mannen met een postpuberale infectie heeft 15-30% een orchitis (70-85% eenzijdig).

Gevaccineerden

Bij gevaccineerde personen verloopt 63-80% van de infecties met bofvirus asymptomatisch.

Differentiaaldiagnose

In de differentiaaldiagnose van een (solitaire) parotitis moet gedacht worden aan andere oorzaken: infectieuze (Epstein-Barrvirus, para-influenzavirus, influenza A, coxsackie A-virus, echovirus, hiv etc.) en niet-infectieuze oorzaken (medicamenten, maligniteiten, immunologische ziekten en obstructie van de speekselbuis)

Diagnostiek

PCR-diagnostiek middels keeluitstrijk of speekselmonsters is voldoende sensitief indien monsters worden afgenomen binnen de 1^e week na de 1^e ziektedag (start parotiszwellings)

Bij ongevaccineerden is de aangewezen test het aantonen van IgM-antistoffen in het serum. Deze kunnen meestal vanaf 3 dagen na de eerste ziektedag worden aangetoond en zijn tot enkele weken na de ziekte nog goed aantoonbaar. Bij gevaccineerden die alsnog bof ontwikkelen is de sensitiviteit van de IgM-antistofbepaling vaak onvoldoende. Bij zowel gevaccineerden als ongevaccineerden is een viervoudige titerstijging van IgG-antistoffen in twee opeenvolgende monsters tevens betrouwbaar. Het eerste monster moet (bij voorkeur) binnen 3 dagen na de eerste ziektedag worden afgenomen, Het tweede monsters ~2 weken na het eerste monster.

Risico-groepen

Iedereen die niet gevaccineerd is of op natuurlijke wijze immuniteit heeft verworven, zoals:

- kinderen die niet meer beschermd worden door maternale antistoffen en die hun eerste BMR-vaccinatie op 14 maanden nog niet hebben gekregen;
- ongevaccineerde kinderen en volwassenen, en volwassenen geboren voor de invoering van vaccinatie in 1987 die de ziekte niet hebben doorgemaakt;
- volwassenen die zijn gevaccineerd, maar van wie de vaccinverkregen immuniteit sterk is afgenomen (afnemende immuniteit) of die geen immuniteit hebben opgebouwd (primair vaccinfalen). De grens waarbij deze afnemende immuniteit leidt tot een verhoogde kans op bof is nog onvoldoende bekend.

Therapie

Uitleg, controle, symptoom(pijn)bestrijding (10-14 dg)

Behandeling is met name ondersteunend: vochtinname, optimale mondhygiëne en pijnstilling. Er is geen indicatie voor antibiotica .

Meldingsplicht

Bof is een meldingsplichtige ziekte groep C.

Adviezen ten aanzien van patiënt en contacten

Bij een solitair geval van bof en afwezigheid van risicoccontacten zijn extra maatregelen in het algemeen niet zinvol. Als er wel risicogroepen onder de contacten zijn, dan kan de patiënt worden geadviseerd tot het einde van de besmettelijke periode (tot 5 dagen na het optreden van de parotiszwellings) contact met mensen uit risicogroepen te mijden.

Wering van bofpatiënten van school of kinderdagverblijf is niet zinvol en niet nodig. Niet alleen is de bofpatiënt tijdens de prodromale fase al besmettelijk, maar ook heeft ongeveer de helft van de bofpatiënten geen typische symptomen. Besmetting van klasgenoten heeft dus meestal al plaatsgevonden voordat de diagnose is gesteld. Ook het weren van niet-gevaccineerde kinderen ten tijde van een bofepidemie wordt niet zinvol geacht.

Literatuur

- LCI Richtlijn: Bof (parotitis epidemica),2020