

# Chikungunya-protocol voor 2<sup>e</sup> lijn in Suriname

**Auteurs:** internisten Suriname

**Met input van:** afdeling intensive care, neurologie, gynaecologie, kindergeneeskunde

**Datum:** 06-02-2026

## Aanleiding

Recent werd recent een chikungunya protocol voor gezondheidswerkers in de eerste lijn in Suriname geschreven door de internisten. Er blijkt daarnaast ook behoefte te zijn aan een protocol voor de tweede lijn.

## Case definition

### Suspected case:

- Acute koorts met ernstige artralgie of artritis
- Eventueel exantheem, hoofdpijn, myalgie

### Bevestigde case

- Een suspected case waarbij met laboratoriumdiagnostiek chikungunya bevestigd is

## Indicaties voor verwijzing tweede lijn

De meeste gevallen van chikungunya zullen in de huisartsenpraktijk onder behandeling kunnen blijven. Soms is insturen naar het ziekenhuis echter wel geïndiceerd; dit is met name bij:

- Ernstige dehydratie of hypotensie
- Dyspnoe of neurologische symptomen
- Bloedingsverschijnselen of verdenking op ernstige dengue of dengue met alarmsignalen
- Verdenking ernstige complicaties chikungunya (zoals hieronder beschreven)

Stuur laagdrempeliger in bij risicogroepen zoals ouderen, zwangeren en mensen met ernstige comorbiditeit.

## Ernstige complicaties van chikungunya

### **Neurologische complicaties**

Neurologische complicaties van chikungunya worden niet vaak gezien, maar komen vooral voor in de acute fase. Het wordt vaker gezien bij ouderen, neonaten en immuungecompromitteerden.

Beschreven zijn onder andere:

- Encephalopathie
- Meningitis
- Myelitis
- Perifere neuropathie
- Hersenzenuwuitval
- Guillain Barré

De neurologische complicaties staan uitgebreider beschreven in het addendum wat is bijgevoegd aan dit protocol. De meeste van bovenstaande aandoeningen hebben niet direct therapeutische

consequenties. Bij verdenking op een Guillain Barré of bij epileptische insulten is direct neurologische consultatie nodig, bij de overige presentaties kan eerst geobserveerd worden en hoeft alleen bij persisterende klachten de neurologie in consult gevraagd te worden.

### **Cardiale complicaties**

Deze komen heel zelden voor, maar kunnen potentieel fataal zijn. Waakzaamheid is daarom nodig. De cardiale complicaties worden vooral gezien in mensen met ernstige chikungunya die opgenomen zijn in het ziekenhuis. Beschreven zijn met name:

- Myocarditis
- Hartritme stoornissen
- Hartfalen

### **Ernstige gewrichtsklachten**

Hoewel dit niet levensbedreigend is kunnen deze klachten zodanig invaliderend zijn dat mensen in het acute stadium nauwelijks kunnen mobiliseren. Ook op lange termijn kunnen mensen gedurende maanden tot jaren gewrichtsklachten houden.

### **Neonaten**

Moeders die chikungunya hebben in de perinatale periode kunnen het virus overdragen op de pasgeborenen door verticale transmissie. Een sectio caesarea beschermt daar **niet** tegen. Neonatale chikungunya gaat gepaard met koorts, slechte intake, rash en perifere oedemen. Ook worden trombocytopenie, neurologische aandoeningen en myocardbetrokkenheid gezien.

### **Multisysteemfalen / ernstige systemische ziekte**

Ernstige multisysteemziekte komt zeer zelden voor bij chikungunya, maar met name bij ouderen en mensen met comorbiditeiten moet men hier wel alert op zijn. Complicaties die gezien worden zijn:

- Acut nierfalen
- Acut leverfalen
- Sepsis
- Multi-orgaanfalen

Deze patiënten zijn soms zo ziek dat er een indicatie bestaat voor IC opname.

## **Beleid bij presentatie in de tweede lijn**

### Gegevens van de patiënt

- Leeftijd
- Voorgeschiedenis
- Thuismedicatie (let met name op NSAIDs, antistolling, immuunsuppressiva)
- Bij vrouwen: zwangerschap

### Anamnese

- Voorgeschiedenis en thuismedicatie
- Start en beloop van de klachten
- Koortspatroon
- Ernst van de gewrichtsklachten
- Belemmering door de klachten
- Huidafwijkingen (exantheem, jeuk)
- Gastro-intestinale klachten (misselijkheid, braken en diarree)
- Neurologische klachten (verwardheid, hoofdpijn, nekstijfheid)

- Hydratiestatus (hoeveel drinkt de patiënt, hoeveel plast de patiënt)

#### Lichamelijk onderzoek

- Vitale functies
- Algemeen: ziekte indruk, hydratatiestatus, bewustzijn
- Gewrichten: bewegingsbeperking, zwelling, roodheid
- Huid: exantheem, petechiën, bloedingen
- Abdomen: hepatosplenomegalie
- Neurologisch onderzoek: screenend, en bij klachten volledig neurologisch onderzoek

#### Laboratorium onderzoek

- Volledig bloedbeeld (let op leukopenie en trombopenie)
- ASAT / ALAT (vaak mild verhoogd, kan heel hoog zijn bij hepatitis)
- Nierfuncties met elektrolyten (om dehydratie of nierfunctiestoornis tgv de chikungunya vast te stellen)
- CRP (indien evident verhoogd is chikungunya minder waarschijnlijk)
- CPK
- Stolling
- Glucose

#### Aanvullend onderzoek

Gericht op de differentiaal diagnose. Overweeg afhankelijk van de bevindingen:

- Dengue diagnostiek (NS1Ag, IgM, IgG)
- Malaria diagnostiek
- Serologie voor hepatitis B, hepatitis C, HIV
- Bloedkweken bij aanwijzingen voor een bacteriele infectie
- Urinesediment en -kweek bij aanwijzingen voor urineweginfectie
- Leptospirose PCR of serologie
- X thorax bij respiratoire klachten
- ECG bij thoracale pijn, dyspnoe, palpitaties of syncope
- Eventueel diagnostiek naar Oropouche en Mayaro

#### Chikungunya diagnostiek

Een PCR op chikungunya is positief gedurende de eerste 7 ziektedagen. Dit moet bij gehospitaliseerde patiënten die verdacht worden van chikungunya altijd zo snel mogelijk worden aangevraagd

Serologie wordt hierna positief maar is in Suriname niet beschikbaar.

## **Indicaties voor opname**

De meeste patiënten met chikungunya kunnen behandeld worden via de huisartsenpraktijk. Mensen met een risico op een ernstiger beloop zijn:

- Neonaten
- Ouderen
- Mensen met onderliggende co-morbiditeit

Deze groepen zullen laagdrempeliger verwezen worden naar de tweede lijn. Opname is geïndiceerd bij:

- Aanwijzingen voor dehydratie
- Hemodynamische instabiliteit
- Neurologische symptomen
- Ernstige laboratorium afwijkingen

Mensen met onderliggende aandoeningen hoeven niet standaard te worden opgenomen. Echter poliklinische controle binnen enkele dagen wordt geadviseerd. Bij hevige gewrichtspijnen met functieverlies hangt de opname indicatie af van het opvangsysteem in de thuissituatie.

Ook worden opgenomen:

- Alle zwangeren die rondom de partus een actieve viremie hebben, vanwege een hoger risico op overdracht op de neonat. De zwangere zelf loopt geen risico op een ernstiger beloop, de behandeling voor deze groep verschilt dus niet van de behandeling in de algemene populatie. Echter de kans op transmissie naar de neonat is ongeveer 50%. Een sectio helpt niet om dit risico te verlagen.
- Alle neonaten geboren uit een moeder die viremisch was voor chikungunya ten tijde van de partus. Ook als er geen chikungunya resultaat bekend is, zullen neonaten geboren uit een moeder met een koortsend ziektebeeld meestal minimaal 24u geobserveerd worden. Neonatale chikungunya gaat gepaard met koorts, slechte intake, rash en perifere oedemen. Ook worden trombocytopenie, neurologische aandoeningen en myocardbetrokkenheid gezien.

## Consultaties

Consulteer de volgende disciplines laagdrempelig:

- Intensive care: bij aanwijzingen voor hemodynamische instabiliteit, respiratoire insufficiëntie, neurologische verslechtering of orgaanfalen.
- Gynaecologie: alle zwangeren in het derde trimester met een beeld passend bij chikungunya
- Neurologie: bij verdenking Guillain Barré of insulden is cito consultatie aangewezen. Bij andere mogelijke neurologische presentaties van chikungunya kan eerst geobserveerd worden
- Kindergeneeskunde: bij neonaten geboren uit een moeder die viremisch was voor chikungunya ten tijde van de partus of neonaten geboren uit een moeder met een koortsend ziektebeeld ten tijde van de partus.

## Behandeling

Er bestaat geen specifieke antivirale behandeling voor chikungunya. Behandeling is daarom met name gericht op ondersteunende maatregelen.

- Paracetamol is het middel van eerste keuze voor pijnstilling
- Voldoende vochtinname (minimaal 8 glazen/dag, water, fruitsap, ORS, thee, sportdranken, soep, etc.)
- NSAID's alleen indien dengue is uitgesloten en/of de trombocyten normaal zijn.
- Opiaten zijn bij onvoldoende effect te overwegen
- Er is geen indicatie voor corticosteroiden of aspirine

## Bronnen:

- WHO Guidelines on Clinical Management of Chikungunya Fever
- CDC Clinical Overview Chikungunya (2024)
- Gérardin et al., Multidisciplinary Prospective Study of Mother-to-Child Chikungunya Virus Infections on the Island of La Réunion. PLoS Medicine, 2008

- Mehta et al., The neurological complications of chikungunya virus: A systematic review. *Rev Med Virol* 2018
- Cotella et al., Chikungunya and the Heart. *Cardiology*, 2021
- UpToDate
  - o Chikungunya fever: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis
  - o Chikungunya fever: Treatment and prevention

## Addendum neurologische manifestaties van chikungunya

Neurologische complicaties van chikungunya zijn zeldzaam (geschat bij ongeveer 0,1% van alle chikungunya-infecties), maar potentieel ernstig. Deze complicaties kunnen optreden bij zowel volwassenen als kinderen, met én zonder comorbiditeiten. Het risico op neurologische complicaties is verhoogd bij aanwezigheid van comorbiditeiten, met name chronische respiratoire aandoeningen, cardiale aandoeningen en hypertensie.

De meest voorkomende neurologische complicaties zijn als volgt:

- Encephalopathie
- Meningitis
- Myelitis
- Perifere neuropathie
- Hersenzenuwuitval
- Guillain Barré

### Encephalopathie

Encephalopathie, gedefinieerd als een klinische toestand met een veranderd bewustzijn, zich uitend in verwardheid, desoriëntatie, gedragsveranderingen of andere cognitieve stoornissen, is een van de meest voorkomende neurologische presentaties bij chikungunya.

Binnen de groep patiënten met een encephalopathische presentatie werd in de literatuur in circa 78% encephalitis vastgesteld. Bij ongeveer 17% was er sprake van bijkomende meningeale betrokkenheid, terwijl acute gedissemineerde encefalomyelitis (ADEM) zeldzaam is en voorkomt bij ongeveer 0,6% van deze patiënten.

Encephalopathie is klinisch vaak aspecifiek en treedt veelal op in het kader van delier bij algehele ziekte, dehydratie of zwakte, of bij patiënten met een pre-existente neurologische aandoening (zoals status na CVA of dementie) dan door directe betrokkenheid van chikungunya virus (CHIKV). Encephalitis kan optreden vanaf dag 0 tot 13 na het begin van de systemische klachten.

In veel gevallen zullen delier en algehele zwakte verbeteren met ondersteunende behandeling. Indien de klachten echter persisteren, is na 24 uur een neurologische herevaluatie gerechtvaardigd. Bij optreden van insulpen is direct spoedconsult neurologie geïndiceerd.

De behandeling van encephalopathie en encephalitis is doorgaans ondersteunend. Aangezien bij een klein deel van de patiënten sprake kan zijn van ADEM, wat therapeutische consequenties heeft, zal na neurologische evaluatie bij voorkeur MRI van de hersenen worden verricht als beeldvorming.

### Meningitis

De klinische criteria voor meningitis zijn nekstijfheid, hoofdpijn en koorts. Indien twee of meer van deze kenmerken aanwezig zijn, kan de diagnose meningitis worden overwogen. Ook hierbij is de behandeling in eerste instantie ondersteunend.

### **Hersenenuwuitval**

Bij klachten passend bij hersenzenuw betrokkenheid, zoals dubbelzien, faciale asymmetrie, oorsuizen of slikklachten, is consult neurologie aangewezen.

### **Myelitis en perifere neuropathie**

Ruggenmerg betrokkenheid (myelitis) treedt meestal op binnen dagen tot enkele weken na het begin van de systemische infectie. Aan myelitis dient te worden gedacht bij aanwezigheid van sensibele klachten, zoals paresthesieën, dysesthesieën of sensibele uitval. Krachtverlies kan voorkomen, maar is niet altijd onderscheidend, aangezien zwakte ook kan samenhangen met artralgie en algemene ziekte.

Bij aanwezigheid van sensibele klachten is neurologische evaluatie geïndiceerd. Hetzelfde geldt bij verdenking op perifere neuropathie.

### **Guillain-Barré-syndroom (GBS)**

Aan Guillain-Barré-syndroom dient te worden gedacht bij een klinisch beeld waarbij zwakte meer op de voorgrond staat dan pijn, met name bij symmetrische (vaak distale) parese, eventueel in combinatie met autonome verschijnselen. GBS treedt doorgaans op zonder encefalopathie.

Pijn kan een prominente klacht zijn en soms disproportioneel ten opzichte van de mate van krachtsverlies. Bij een wakkere patiënt met aanwijzingen voor tetraparese, vooral met uitgesproken distale zwakte, al dan niet in combinatie met autonome symptomen zoals urineretentie of -incontinentie, wisselende hartfrequenties of bloeddruk, dient de diagnose GBS te worden overwogen.

Bij twijfel is een laagdrempelig consult neurologie aangewezen, gezien de therapeutische en prognostische consequenties.