

NEUROSURV

**Surveillance netwerk voor neurologische
infectieziekten in België**

Jaarverslag - 2024

WIE WE ZIJN

Sciensano, dat zijn meer dan 950 medewerkers die zich elke dag opnieuw inzetten voor de gezondheid.

Zoals uit onze naam blijkt, vormen wetenschap en gezondheid de kern van ons bestaan. De kracht van Sciensano ligt in de holistische en multidisciplinaire benadering van gezondheid. Onze aandacht gaat daarbij uit naar het nauwe en onlosmakelijke verband tussen de gezondheid van mensen en die van dieren, en hun omgeving (het “One health” concept). Daarom combineren we meerdere invalshoeken in ons onderzoek om op een unieke manier bij te dragen aan ieders gezondheid.

Sciensano kan hiervoor verder bouwen op de meer dan 100 jaar wetenschappelijke expertise.

Sciensano

Epidemiologie en volksgezondheid - Epidemiologie van infectieziekten

Augustus 2025 • Brussel • België
Intern referentienummer: D/2025.14.440/51

—
STEFANI G¹

•
LERNOUT T¹
•

1 Sciensano, Epidemiologie van infectieziekten service, Brussels

Contactpersoon: Giulietta Stefani • T+32 2 642 55 00 • neurosurv@sciensano.be

Met de financiële steun van:



De afdeling Infectieziekten Epidemiologie van Sciensano wil graag alle deelnemende artsen die bijdragen aan het NeuroSurv surveillancesysteem, evenals de leden van de stuurgroep, bedanken voor hun waardevolle inbreng.

Gelieve te citeren als: Stefani G, Lernout T. NeuroSurv – Surveillance netwerk voor neurologische infectieziekten in België. Jaarverslag - 2024. Brussel, België : Sciensano ; 2025. Rapportnummer: D/2025.14.440/51.

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	5
METHODE.....	7
RESULTATEN	8
1. Deelname	8
2. Lyme neuroborreliose.....	10
3. Tekenencefalitis	13
4. Acute slappe verlamming.....	13
DISCUSSIE	14
REFERENTIES	15
BIJLAGE 1: GEVALSDEFINITIES	16

INLEIDING

Surveillance van infectieziekten in België gebeurt via verschillende systemen, zoals het systeem van de verplichte melding, surveillance door laboratoria en via een netwerk van huisartsenpeilpraktijken.

Sedert 2019 is het rapporteren van gevallen van Lyme neuroborreliose (LNB) verplicht in Europa, gebaseerd op een EU-gevalsdefinitie (Bijlage 1). België voldoet echter niet aan de rapporteringsverplichting op Europees niveau, bij gebrek aan een geschikt surveillancesysteem.

Daarom werd in januari 2024 een surveillancesysteem voor neurologische infectieziekten, NeuroSurv, opgezet op basis van vrijwillige deelname van neurologen en kinderneurologen. Het netwerk maakt het mogelijk om geaggregeerde gegevens over LNB te verzamelen en deze te rapporteren aan het Europees centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC).

Naast LNB laat het netwerk toe om gegevens te verzamelen over andere neurologische infecties, waarvan de bestaande surveillance de reële ziektelast mogelijk onderschat. Zo werden in het eerste jaar van het netwerk ook gegevens verzameld over tekenencefalitis (TBE) en acute slappe verlamming (AFP). In de toekomst kan dit worden uitgebreid naar andere neurologische infectieziekten of syndromen.

Lyme neuroborreliose (LNB)

LNB is de enige manifestatie van Lyme borreliose (LB) met een duidelijke gevalsdefinitie die homogeen kan worden toegepast in de lidstaten van de Europese Unie (EU). Bovendien is het verwachte aantal jaarlijkse gevallen laag genoeg om een exhaustieve surveillance mogelijk te maken (in tegenstelling tot erythema migrans, de meest frequente manifestatie van LB). Het ECDC heeft in 2019 de surveillance van LNB opgestart, als manier om de ziektelast van LB in Europa te beoordelen, waarbij een vergelijking tussen EU-landen en regio's mogelijk is (1,2).

De diagnose van LNB is gebaseerd op klinische symptomen en laboratorium analyses op serum en cerebrospinaal vocht (CSV). Daarom moeten gegevens van de behandelende arts, het algemene laboratorium (pleiocytose) en het microbiologische laboratorium worden gecombineerd (3–5). Mede door deze complexiteit bij het diagnosticeren van LNB waren de bestaande surveillancenetwerken niet in staat om het aantal LNB-gevallen in België in te schatten en op te volgen. Surveillance van Lyme borreliose wordt wel uitgevoerd via andere surveillancesystemen en studies. Zo schatte een studie op basis van gegevens voor de periode 2015-2017 de incidentie van LNB in België op 2,4/100.000 inwoners (95% UI 1,5-3,7), wat overeenkomt met ongeveer 270 LNB-gevallen per jaar (6). Meer informatie over de meest recente gegevens over Lyme borreliose is [hier](#) beschikbaar.

Tekenencefalitis (TBE)

TBE wordt in Europa beschouwd als een opkomende ziekte vanwege de stijgende incidentie en de uitbreiding naar nieuwe, voorheen niet-geïnfecteerde gebieden (7). In België is de surveillance van TBE bij mensen gebaseerd op de melding van bevestigde gevallen door het Nationaal Referentiecentrum (NRC) in het Instituut voor Tropische Geneeskunde. Recent werd TBE ook toegevoegd aan de lijst van verplicht te melden ziekten in Vlaanderen. De eerste twee waarschijnlijk autochtone gevallen van de ziekte werden gemeld in 2018, en in 2020 waren er drie gevallen die met zekerheid in België werden besmet (8,9). Er wordt echter een onderdiagnose van humane gevallen vermoed, omdat milde infecties waarschijnlijk niet gediagnosticeerd worden en laboratoriumonderzoek bij virale encefalitis over het algemeen beperkt is. Seroprevalentiestudies bij dieren hebben aangetoond dat het virus al vele jaren circuleert in België. Afhankelijk van het dier en de studieperiode zijn verschillende prevalentiecijfers gerapporteerd, variërend van 0,11% bij honden in 2009 (België) tot 9,27% bij everzwijnen in 2019/2020 (Vlaanderen) (10–12).

Naast surveillance via studies bij dieren, zal het verbeteren van de surveillance van TBE bij mensen door neurologen (met oa een toenemende alertheid voor de ziekte) helpen om het risico op TBE bij mensen in België beter te begrijpen en in te schatten. Meer informatie over de meest recente gegevens over TBE is [hier](#) beschikbaar.

Acute slappe verlamming (AFP)

Hoewel het poliovirus in België is uitgeroeid sinds 2002, wordt het risico op herintroductie door de Wereld gezondheidsorganisatie (WGO) beoordeeld als "gemiddeld", voornamelijk als gevolg van onvoldoende surveillance.

Polio is een internationale noodsituatie voor de volksgezondheid (Public health emergency of international concern, PHEIC) vanwege het toegenomen aantal gevallen van circulerend vaccin-afgeleid poliovirus (cVDPV) in de afgelopen jaren, vooral in gebieden die voorheen als "poliovrij" werden beschouwd.

De huidige surveillance voor poliovirus in België is gebaseerd op de surveillance van AFP-gevallen, aangevuld met surveillance van afvalwater en enterovirussen. Alle AFP-gevallen bij personen jonger dan 15 jaar, ongeacht de oorzaak, moeten verplicht gemeld worden. Laboratoriumanalyse (twee stoelgangsstalen met een interval van >24 uur die naar het NRC voor enterovirus in het UZLeuven moeten worden gestuurd) is vereist om te bevestigen dat het geval niet door poliovirus is veroorzaakt. Om aan te tonen dat dit systeem alle gevallen van AFP registreert, zouden ongeveer 19 gevallen per jaar gemeld moeten worden - wat overeenkomt met 1 geval per 100.000 kinderen onder de 15 jaar op basis van de Belgische bevolking. België is er echter sinds het begin van de surveillance niet in geslaagd om dit doel te bereiken, met slechts vier gemelde AFP-gevallen in 2023. Het verbeteren van de AFP-surveillance in België en een verhoogde kennis bij clinici over de meldingsplicht zijn essentieel. Vooral kinderneurologen hebben een grotere kans om AFP-gevallen tegen te komen bij kinderen jonger dan 15 jaar. Meer informatie over de meest recente gegevens over de surveillance van poliovirus is [hier](#) beschikbaar.

METHODE

Alle diensten neurologie en kinderneurologie van ziekenhuizen in de drie Belgische regio's werden eind 2023 per e-mail en/of telefoon uitgenodigd om deel te nemen aan de surveillance, waarbij gevraagd werd om één deelnemer aan te duiden als vertegenwoordiger van de hele dienst.

Elke maand ontvangen de geregistreerde deelnemers een link naar een vragenlijst in LimeSurvey, waarmee geaggregeerde gegevens kunnen worden verzameld over de ziekten die in de surveillance zijn opgenomen. Als er de afgelopen maand geen enkel geval te melden was, moet dit ook gerapporteerd worden ("nulmelding").

De lijst van ziekten onder surveillance wordt jaarlijks herzien door een stuurgroep van het netwerk, samengesteld uit vertegenwoordigers van de regionale gezondheidsautoriteiten, neurologen, kinderneurologen, infectiologen en Sciensano.

RESULTATEN

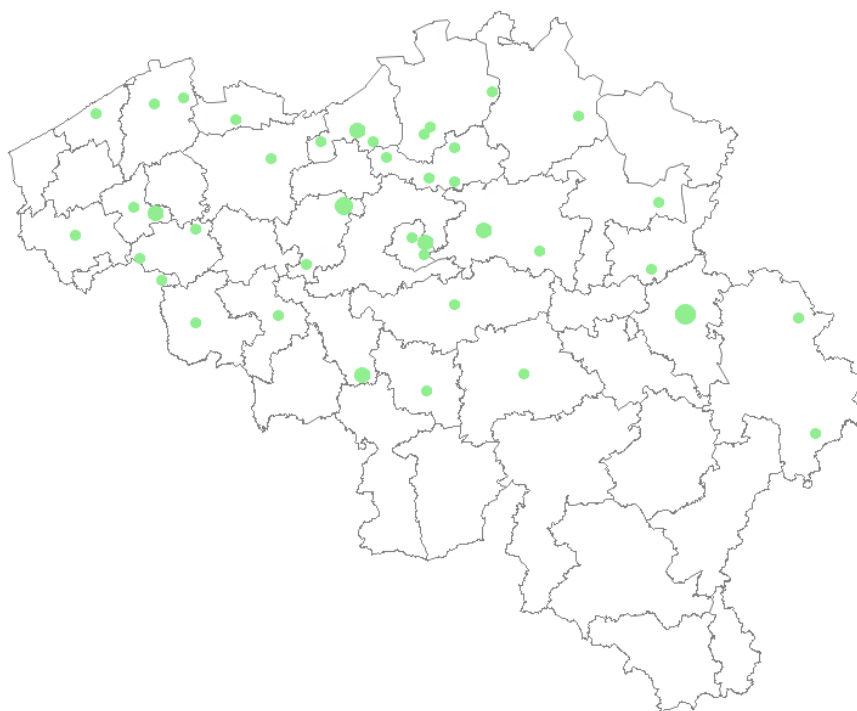
1. Deelname

Op een totaal van 121 gecontacteerde ziekenhuizen hebben 48 personen ingestemd om deel te nemen aan het netwerk, met een vertegenwoordiging van 45 verschillende ziekenhuizen¹ (37%) verspreid over de drie gewesten (27 ziekenhuizen in Vlaanderen, 15 ziekenhuizen in Wallonië en drie ziekenhuizen in Brussel). Zoals te zien is in Figuur 1, zijn er minder deelnemende ziekenhuizen in het zuidelijke deel van België, waar er ook minder ziekenhuizen zijn².

Figuur 1 : Geografische spreiding van deelnemende ziekenhuizen aan NeuroSurv

Groene cirkel = locatie van deelnemende ziekenhuizen.

De grootte van de cirkel varieert afhankelijk van het aantal deelnemende ziekenhuizen in de gemeente

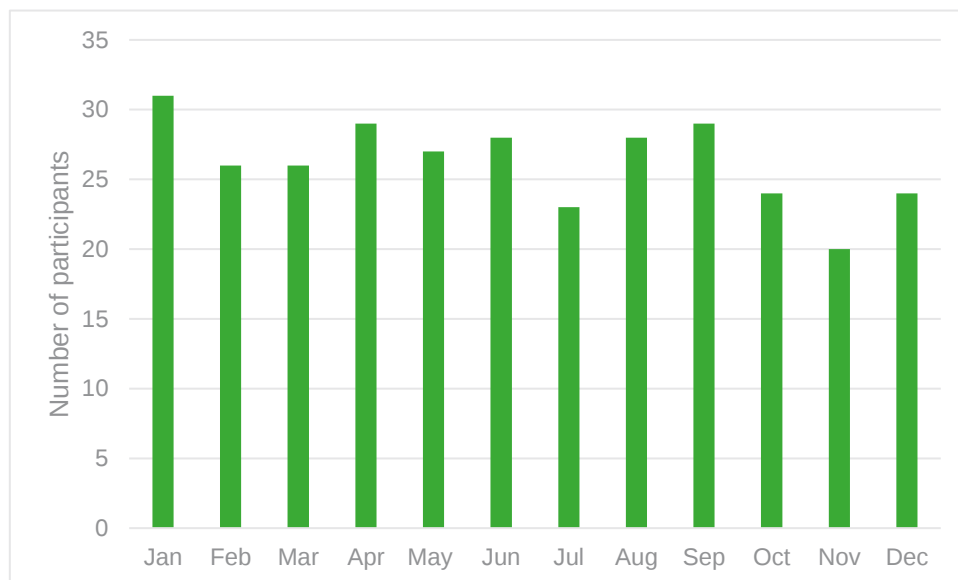


¹ Eén ziekenhuis kan verschillende deelnemers hebben, van verschillende diensten binnen het ziekenhuis (bijv. neurologie en kinderneurologie) of van verschillende locaties van éénzelfde instelling.

² Lijst met gezondheidsinstellingen in België.

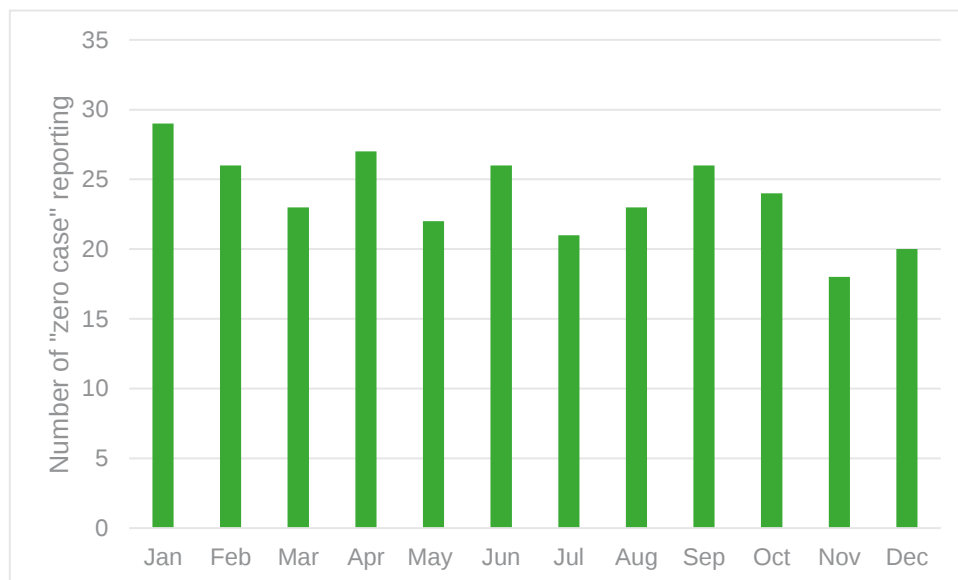
Gemiddeld namen 26 artsen (~55%) per maand deel, met een melding van ten minste één geval of een nulmelding. Het hoogste aantal deelnemers (n=31) werd geregistreerd in de eerste maand van de surveillance, in januari 2024 (Figuur 2). Slecht acht deelnemers hebben elke maand de vragenlijst ingevuld.

Figuur 2: Aantal deelnemers per maand, 2024



Voor de grote meerderheid van de deelnemers (gemiddeld 90%) ging het om een nulmelding (geen gevallen te rapporteren) (Figuur 3).

Figuur 3: Aantal nulmeldingen per maand, 2024

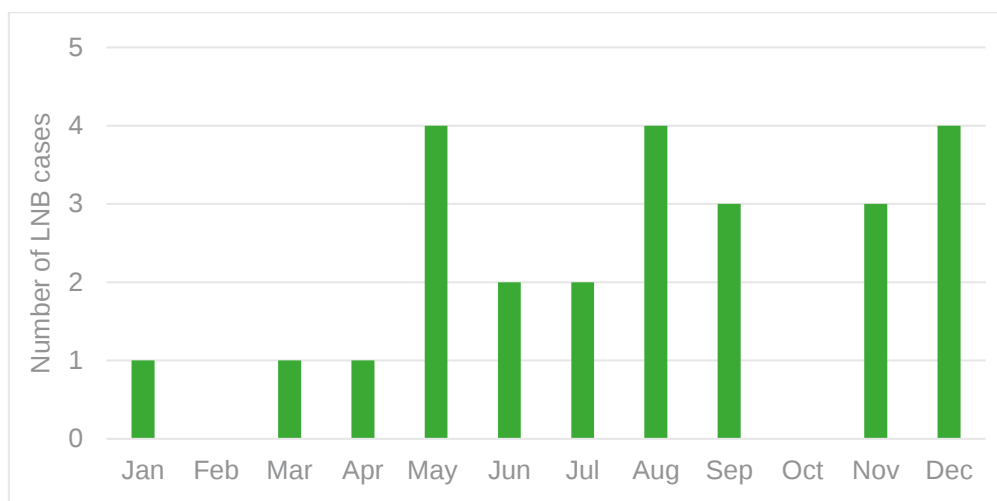


2. Lyme neuroborreliose

In 2024 werden er 25 gevallen van LNB gemeld door 17 verschillende deelnemers, verspreid over het hele land, met zes meldingen uit Wallonië, tien uit Vlaanderen en één uit Brussel.

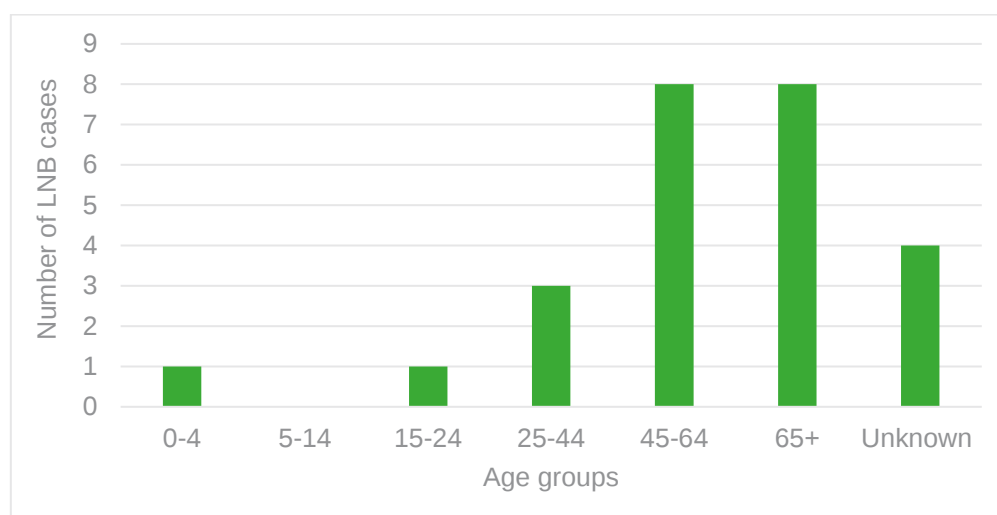
Er werden het hele jaar door gevallen gemeld, zonder duidelijke seizoenstrend (Figuur 4). Dit is niet onverwacht, omdat LNB zich weken tot maanden na een tekenbeet kan manifesteren en zich dus niet noodzakelijk voordoet tijdens het seizoen van tekenactiviteit.

Figuur 4: Aantal gemelde LNB-gevallen per maand, 2024



De meerderheid van de gevallen (n=20, 80%) was ouder dan 45 jaar (Figuur 5) en ongeveer de helft was mannelijk (n=13, 52%). Dit is vergelijkbaar met de positieve serologieresultaten gerapporteerd door een peilnetwerk van laboratoria (13).

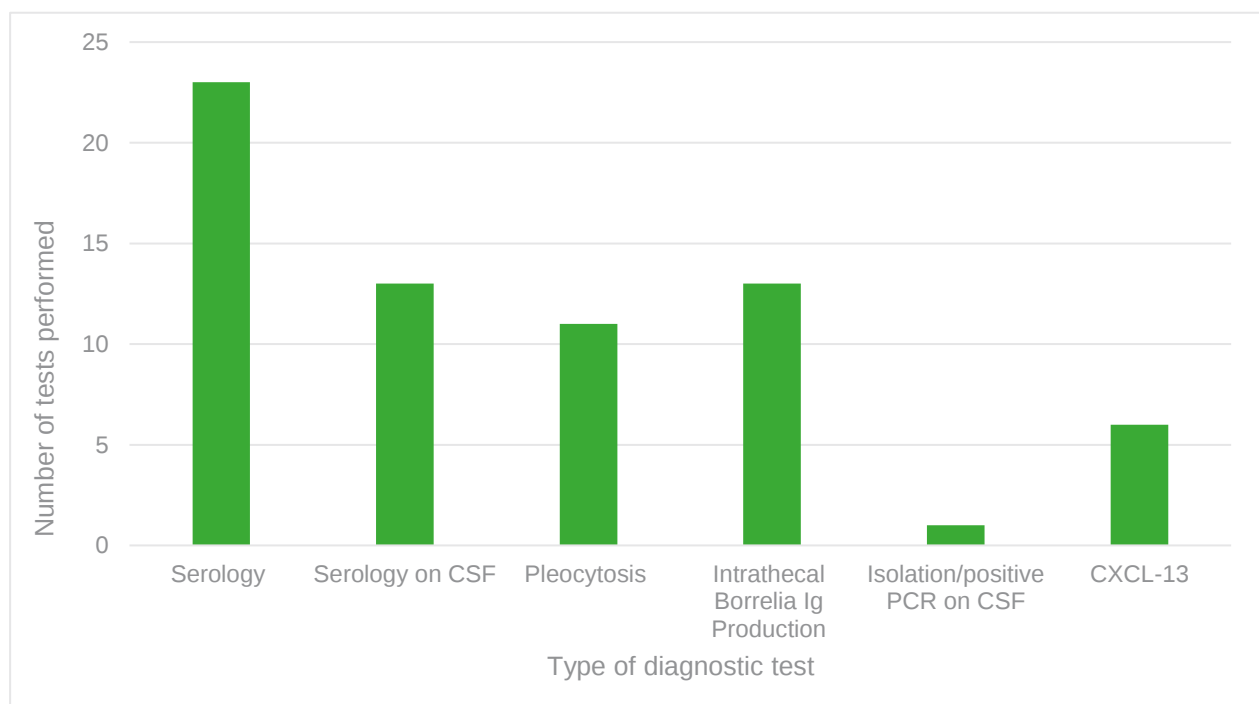
Figuur 5: Aantal gemelde LNB-gevallen per leeftijdsgroep, 2024



Voor de diagnose werden verschillende testmethoden gebruikt (Figuur 6). Volgens de gevalsdefinitie van de EU moet er voor een bevestigd of waarschijnlijk geval steeds een lumbaalpunctie uitgevoerd worden, om zowel een pleiocytose als een intrathecale productie van *Borrelia*-antistoffen aan te tonen (waarbij er dus zowel een serologische test op bloed als op CSV uitgevoerd moet worden). In 2024 werd bij 17 van de 25 gerapporteerde gevallen een lumbaalpunctie uitgevoerd; pleiocytose werd bevestigd bij 11 patiënten, terwijl intrathecale antilichaamproductie werd aangetoond bij 13 patiënten³. CXCL13, gebruikt als aanvulling op serologie in de diagnostiek van LNB, werd getest bij zes patiënten.

Voor zover dit kon worden beoordeeld op basis van de gerapporteerde resultaten, kunnen 15 van de 25 gevallen weerhouden worden als waarschijnlijk of bevestigd geval, volgens de gevalsdefinitiecriteria van het ECDC (Bijlage 1).

Figuur 6: Type gebruikte LNB-diagnosetests, 2024



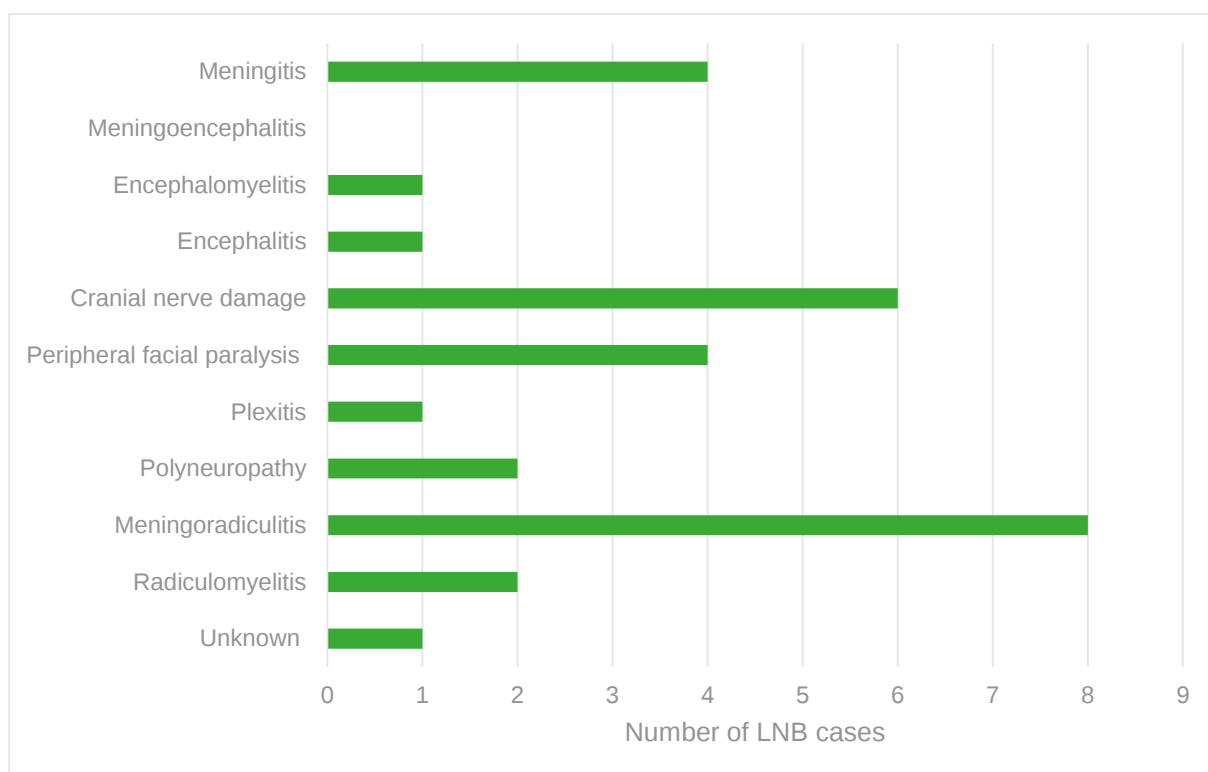
Voor drie patiënten (12%) was er een aantasting van het **centrale zenuwstelsel (CZS)**, voor acht (32%) van het **perifere zenuwstelsel (PZS)**, en voor dertien personen (52%) ging het om een **combinatie** van klinische verschijnselen ter hoogte van het **CZS en het PZS**. De informatie ontbrak voor één patiënt (4%). De meest voorkomende klinische manifestatie was een meningoradiculitis (n=8) gevolgd door craniale neuritis (n=6) (Figuur 7).

Veertien gevallen (56%) kregen een intraveneuze behandeling, tien gevallen (40%) kregen een orale behandeling en één geval (4%) kreeg een combinatie van beide.

Twaalf patiënten werden opgenomen in het ziekenhuis (48%) en geen van hen werd opgenomen op een dienst Intensieve Zorg (IZ) of overleed.

³ Er kunnen meerdere tests zijn uitgevoerd voor één patiënt.

Figuur 7 : Gerapporteerde klinische manifestaties bij LNB, 2024⁴



⁴ Bij één patiënt kunnen meerdere klinische manifestaties zijn waargenomen.

3. Tekenencefalitis

In 2024 werd slechts één geval van TBE gemeld, in mei, door een deelnemer in Vlaanderen. De patiënt was een vrouw, tussen 25 en 44 jaar oud, die was gebeten door een teek in het Zwarte Woud in Duitsland. De diagnose is bevestigd door het NRC voor arbovirussen van het Instituut voor Tropische Geneeskunde. De patiënt werd opgenomen op een dienst IZ, maar is niet overleden.

4. Acute slappe verlamming

Er zijn tien gevallen van AFP gemeld in 2024, door zes verschillende ziekenhuizen, twee in elke regio. Er werden gevallen gemeld in januari, maart, april, mei, augustus en december.

Slechts twee gevallen (25%) waren jonger dan 15 jaar (een jongen en een meisje).

Er werd geen diagnostisch laboratoriumonderzoek uitgevoerd om poliomyelitis uit te sluiten (twee stoelgangsstalen afgenomen met een interval van 24 uur), zoals wordt aanbevolen.

Aangezien de twee gevallen werden gemeld aan de regionale autoriteiten (via de verplichte melding), resulteerde dit niet in nieuw geïdentificeerde gevallen.

DISCUSSIE

Dit jaarverslag presenteert de resultaten van het eerste jaar van een nieuw surveillancenetwerk voor neurologische infectieziekten in België.

Hoewel 37% van de uitgenodigde ziekenhuizen aan heeft gegeven te willen deelnemen, bleef het gemiddelde aantal deelnemers per maand relatief laag (55% van de deelnemers). In 2024 meldde het netwerk 25 gevallen van LNB, één geval van TBE en tien gevallen van AFP, wat suggereert dat de werkdruk voor deelnemers niet erg hoog is en deelname niet in de weg zou moeten staan.

Van de 25 gemelde LNB-gevallen voldeden er 15 aan de gevalsdefinitie van een waarschijnlijk of bevestigd geval voor melding aan het ECDC. Hoewel het systeem niet bedoeld is om exhaustief te zijn, betekent dit een belangrijke onderschatting van de werkelijke ziektelast van LNB in België, in vergelijking met het geschatte jaarlijkse aantal van 270 gevallen (6). Mogelijke bijdragende factoren zijn een te lage en/of onregelmatige maandelijkse deelname en het niet opvolgen van de aanbevelingen voor diagnostische tests voor LNB, volgens de Belgische richtlijn (3). Ook worden niet alle LNB gediagnosticeerd door een neuroloog/neuroloog kinderarts.

Voor TBE en AFP bleef het aantal gerapporteerde gevallen ook laag, en lager dan het aantal gevallen dat gerapporteerd werd via de meldingsplicht. Op basis van de resultaten van het jaar 2025 kan geëvalueerd worden of het al dan niet nuttig blijft om deze twee ziekten via NeuroSurv op te volgen.

Ondanks de uitdagingen tijdens het eerste jaar maakte het netwerk het mogelijk om voor het eerst LNB-gegevens te rapporteren aan het ECDC, hetgeen een Europese verplichting is. Het netwerk betrok ook met succes artsen die voorheen niet betrokken waren bij surveillance van infectieziekten in België en als de deelname stabiel blijft, zullen trends kunnen worden opgevolgd. Bovendien kan er dankzij NeuroSurv een groter bewustzijn gecreëerd worden over de betrokken ziekten.

In de toekomst zullen de inspanningen zich richten op het verhogen van de deelname en het implementeren van een registratie op basis van individuele gegevens (in 2026), waardoor een meer volledige rapportage van gegevens aan het ECDC mogelijk wordt. Daarnaast kunnen andere relevante ziekten aan de surveillance worden toegevoegd.

REFERENTIES

1. van den Wijngaard CC, Hofhuis A, Simões M, Rood E, van Pelt W, Zeller H, et al. Surveillance perspective on Lyme borreliosis across the European Union and European Economic Area. *Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull.* 6 juill 2017;22(27):30569.
2. Burn L, Vyse A, Pilz A, Tran TMP, Fletcher MA, Angulo FJ, et al. Incidence of Lyme Borreliosis in Europe: A Systematic Review (2005-2020). *Vector Borne Zoonotic Dis Larchmt N.* avr 2023;23(4):172-94.
3. BAPCOC. Lyme borreliose de Lyme [Internet]. 2024. Beschikbaar via: https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/content/gids_lyme_borreliose_nl_2024_0.pdf
4. Figoni J, Chirouze C, Hansmann Y, Lemogne C, Hentgen V, Saunier A, et al. Lyme borreliosis and other tick-borne diseases. Guidelines from the French Scientific Societies (I): prevention, epidemiology, diagnosis. *Med Mal Infect.* Aug 2019;49(5):318-34.
5. Dahl V, Wisell KT, Giske CG, Tegnell A, Wallensten A. Lyme neuroborreliosis epidemiology in Sweden 2010 to 2014: clinical microbiology laboratories are a better data source than the hospital discharge diagnosis register. *Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull.* mai 2019;24(20):1800453.
6. Geebelen L, Van Cauteren D, Devleeschauwer B, Moreels S, Tersago K, Van Oyen H, et al. Combining primary care surveillance and a meta-analysis to estimate the incidence of the clinical manifestations of Lyme borreliosis in Belgium, 2015-2017. *Ticks Tick-Borne Dis.* avr 2019;10(3):598-605.
7. Van Heuverswyn J, Hallmaier-Wacker LK, Beauté J, Gomes Dias J, Haussig JM, Busch K, et al. Spatiotemporal spread of tick-borne encephalitis in the EU/EEA, 2012 to 2020. *Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull.* mars 2023;28(11):2200543.
8. Lernout. *sciensano.be*. 2019. Epidemiologische surveillance van tekenencefalitis - 2018. Disponible sur: <https://www.sciensano.be/fr/biblio/epidemiologische-surveillance-van-tekenencefalitis-2018>
9. Stoefs A, Heyndrickx L, De Winter J, Coeckelbergh E, Willekens B, Alonso-Jiménez A, et al. Autochthonous Cases of Tick-Borne Encephalitis, Belgium, 2020. *Emerg Infect Dis.* août 2021;27(8):2179-82.
10. Linden A, Wirtgen M, Nahayo A, Heyman P, Niedrig M, Schulze Y. Tickborne encephalitis virus antibodies in wild cervids in Belgium. *Vet Rec.* janv 2012;170(4):108.
11. Roelandt S, Suin V, Riocreux F, Lamoral S, Van der Heyden S, Van der Stede Y, et al. Autochthonous tick-borne encephalitis virus-seropositive cattle in Belgium: a risk-based targeted serological survey. *Vector Borne Zoonotic Dis Larchmt N.* sept 2014;14(9):640-7.
12. Adjadj NR, Vervaeke M, Sohier C, Cargnel M, De Regge N. Tick-Borne Encephalitis Virus Prevalence in Sheep, Wild Boar and Ticks in Belgium. *Viruses.* 26 oct 2022;14(11):2362.
13. Lernout T, Cuypers L, Bensemmane S, Dessilly G, Scohy A, Lagrou K, et al. Epidemiologische surveillance van Lyme borreliose - 2023. *Sciensano*; 2023. Beschikbaar via: <https://www.sciensano.be/nl/biblio/epidemiologische-surveillance-van-lyme-borreliose-2023>.

BIJLAGE 1: GEVALSDEFINITIES

Lyme neuroborreliose

Source: [*COMMISSION IMPLEMENTING DECISION \(EU\) 2018/ 945 - of 22 June 2018 - on the communicable diseases and related special health issues to be covered by epidemiological surveillance as well as relevant case definitions \(europa.eu\)*](#)

3.25. LYME NEUROBORRELIOSIS

Clinical Criteria

- Neurological symptoms according to European Federation of Neurological Societies (EFNS) suggested case definition (¹), without other obvious reasons

Laboratory Criteria

A. Confirmed case

- Pleocytosis in cerebrospinal fluid, AND
 - Evidence of intrathecal production of Lyme borreliosis antibodies, OR
 - *Borrelia burgdorferi* s.l. isolation, OR
 - nucleic acid detection in cerebrospinal fluid
- OR
- Detection of IgG Lyme borreliosis antibodies in blood specimen only for children (age under 18) with facial palsy or other cranial neuritis and a recent (< 2 months) history of erythema migrans

B. Probable case

- Pleocytosis in cerebrospinal fluid AND positive Lyme borreliosis serology in cerebrospinal fluid
- OR
- Specific intrathecal Lyme borreliosis antibody production

Epidemiological Criteria

Not applicable

Case Classification

A. Possible case

Not applicable

B. Probable case

Any person meeting the clinical criteria and at least one of the laboratory criteria for probable cases

C. Confirmed case

Any person meeting the clinical criteria and at least one of the laboratory criteria for confirmed cases

Tekenencefalitis

Source: [COMMISSION IMPLEMENTING DECISION \(EU\) 2018/ 945 - of 22 June 2018 - on the communicable diseases and related special health issues to be covered by epidemiological surveillance as well as relevant case definitions \(europa.eu\)](#)

3.46. TICK-BORNE VIRAL ENCEPHALITIS

Clinical Criteria

Any person with symptoms of inflammation of the CNS (for example, meningitis, meningo-encephalitis, encephalomyelitis, encephaloradiculitis)

Laboratory Criteria ⁽¹⁾

Laboratory criteria for case confirmation:

At least one of the following five:

- TBE specific IgM AND IgG antibodies in blood
- TBE specific IgM antibodies in CSF
- Seroconversion or four-fold increase of TBE-specific antibodies in paired serum samples
- Detection of TBE viral nucleic acid in a clinical specimen,
- Isolation of TBE virus from clinical specimen

Laboratory criteria for a probable case:

Detection of TBE-specific IgM-antibodies in a unique serum sample

Epidemiological Criteria

Exposure to a common source (unpasteurised dairy products)

Case Classification

A. Possible case NA

B. Probable case

Any person meeting the clinical criteria and the laboratory criteria for a probable case,
OR

Any person meeting the clinical criteria with an epidemiological link

C. Confirmed case

Any person meeting the clinical and laboratory criteria for case confirmation

Note: Serological results should be interpreted according to previous exposure to other flaviviral infections and the flavivirus vaccination status. Confirmed cases in such situations should be validated by serum neutralization assay or other equivalent assays.

Acute slappe verlamming

Bron: [Surveillance van infectieziekten bij kinderen - Pedisurv - Sciensano](#)

Acute slappe verlamming (ASV)

Acuut klinisch beeld van focale slapheid of verlamming met verminderde tonus zonder duidelijk aanwijsbare oorzaak (zoals een trauma), bij kinderen < 15 jaar.

- Gelieve 2 stoelgangstalen af te nemen voor het uitsluiten van een enterovirus infectie.

Mogelijke oorzaken:

- Acute anterior poliomyelitis door een poliovirus of een ander neurotroop virus (coxsachie virus, echovirus...)
- Acute myelopathie: idiopathisch, paraspinaal abces, tumor of hematoom
- Perifere neuropathie:
 - Syndroom van Guillain-Barré
 - Acute demyeliniserende neuropathie
 - Acute axonale neuropathie
 - Post-rabies vaccin
 - Neuropathie door infectieziekten (difterie, Lyme borreliose...) of intoxicaties
- Systeemziekten: acute intermittente porfyrurie
- Stoornis van de neuromusculaire transmissie: myasthenia gravis, botulisme
- Spieraandoeningen: idiopathische inflammatoire myopathie (polymyositis), trichinosis, hypokaliemische en hyperkaliemische paralyse

CONTACT

Giulietta Stefani • T+32 2 642 55 00 • neurosurv@sciensano.be

MEER INFO

—

Bezoek onze website
www.sciensano.be/neurosurv
of contacteer ons op
neurosurv@sciensano.be

Sciensano • Juliette Wytsmanstraat 14 • Brussel • België • T + 32 2 642 51 11 • T pers + 32 2 642 54 20 •
info@sciensano.be • www.sciensano.be

Verantwoordelijke uitgever: C. Léonard, Algemeen directeur • Juliette Wytsmanstraat 14 • Brussel • België • **D/2025.14.440/51**