



**Vlaanderen**  
is zorgzaam en  
gezond samenleven

## Een tuberculinehuidtest opvolgen: een behandeling voor een latente tuberculose-infectie instellen?

DEPARTEMENT  
ZORG

## CAVE

Deze brochure bevat een samenvatting van de bestaande richtlijnen. De volledige richtlijnen vindt u op

- > <https://tuberculose.vrgt.be/info-voor-professionelen/artsen-en-gezondheidswerkers/latente-tuberculose-infectie>
- > BELTA/FARES/VRGT, Belgische richtlijnen voor diagnose en management van Latente Tuberculose Infecties (LTBI), 2019
- > BELTA/FARES/VRGT, Diagnose en Management van Latente Tuberculose Infecties, Technische fiches voor gezondheidswerkers, 2019
- > Diagnose en behandeling van tuberculose. Praktische handleiding. Aanbevelingen voor artsen. VRGT Brussel, 2010, ISBN 978-9-081-62060-4

U kunt nieuwe ontwikkelingen het best volgen via de literatuur.

## WAT IS EEN TUBERCULINEHUIDTEST?

Een tuberculinehuidtest (THT) dient om een latente tuberculose-infectie (LTBI) op te sporen. Een LTBI is een besmetting met de tuberculosebacterie die (nog) niet geleid heeft tot klinische en/of radiologische tekens van actieve tuberculose.

De test bestaat uit een intradermale injectie van 2 IU PPD-RT23 tuberculine (0,1 ml)

aan de strekzijde van de voorarm. Ze geeft nooit een eenduidig antwoord. Het is en blijft een interpretatie.

Een THT wordt uitgevoerd bij o.a. contactpersonen van een besmettelijke patiënt (positief sputum bij rechtstreeks microscopisch onderzoek of op cultuur).

### Interpretatie van de tuberculinehuidtest

Tabel 1. Algemene criteria voor de THT-interpretatie bij volwassenen

Diameter induratie	Interpretatie
< 5 mm	Negatief
≥ 5 mm	Positief <ul style="list-style-type: none"><li>• HIV-geïnfecteerde personen (onafhankelijk van CD4 + telling en antiretrovirale therapiestatus)</li><li>• Ernstige immunodepressie, zoals bij solide orgaantransplantatie ontvangers, nierfalen in het eindstadium met of zonder dialyse, immunosuppressieve behandelingen (bv. anti-TNF behandeling)</li></ul>
5 – 9 mm	Twijfelachtig <ul style="list-style-type: none"><li>• Personen die recent contact hadden met een besmettelijke tuberculosepatiënt</li><li>• Personen ouder dan 65 jaar</li></ul>
≥ 10 mm	Positief <ul style="list-style-type: none"><li>• Directe blootstelling aan een besmettelijke tuberculosepatiënt</li><li>• Personen die het risico lopen actieve tuberculose te ontwikkelen (zie tabel 1 in 3.1.1)</li><li>• Personen die behoren tot een hoge risicogroep voor tuberculose (zie 3.1.2) (56)</li></ul>
10-14 mm	Twijfelachtig <ul style="list-style-type: none"><li>• Wanneer de persoon geen van de risicofactoren vertoont</li><li>• Personen die gevaccineerd zijn met BCG in de afgelopen 12 maanden</li><li>• Personen die herhaaldelijk een BCG-vaccinatie hebben gekregen</li><li>• Personen gevaccineerd met BCG vanaf een leeftijd van 1 jaar</li></ul>
≥ 15 mm	Positief

Tabel 2. Algemene criteria voor de THT-interpretatie bij kinderen

Diameter induratie <sup>1)</sup>	Interpretatie
< 5 mm	Negatief
≥ 5 mm	Positief <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinderen die recent contact hadden met een besmettelijke tuberculosepatiënt</li> <li>• Kinderen met immunodepressieve aandoeningen, waaronder HIV-infectie</li> <li>• Kinderen die immunosuppressieve therapie krijgen, inclusief anti-TNF behandeling of immunosuppressieve doses van corticosteroiden</li> </ul>
≥ 10 mm	Positief <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinderen jonger dan 5 jaar die geen van bovenstaande risico's vertonen</li> <li>• Kinderen met een hoog risico voor actieve tuberculose: medische aandoeningen zoals de ziekte van Hodgkin, lymfoom, diabetes mellitus, chronisch nierfalen of ondervoeding</li> <li>• Kinderen met een hoog risico op blootstelling aan actieve tuberculose:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geboren, of ouders geboren in een regio met een hoge prevalentie</li> <li>• Reizen naar regio's met een hoge prevalentie</li> </ul> </li> </ul>
≥ 15 mm	Positief

<sup>1)</sup> Noteer niet enkel + of -, maar vermeld de grootte van de induratie in millimeter.

## HOE EEN THT OPVOLGEN?

### Een negatieve THT opvolgen

Bij een negatieve reactie op de THT houdt u het resultaat bij in het dossier van de persoon. Er zijn geen bijzondere maatregelen nodig.

Gaat het om een contactpersoon van een besmettelijke tuberculosepatiënt die getest is binnen twee maanden na het mogelijke contact, dan treft u de volgende maatregelen:

- **Herhaling van de THT na twee maanden (na het verstrijken van de pre-allergische periode)**

- > Is de tweede THT negatief, dan zijn er geen verdere maatregelen nodig.
- > Is de tweede THT positief, start dan een LTBI-behandeling, nadat actieve tuberculose door RX uitgesloten werd.

- **Kinderen < 5 jaar met een vermoedelijk of bewezen contact:**

Werd actieve tuberculose door RX uitgesloten? Start dan veiligheidshalve onmiddellijk een LTBI-behandeling. Zet die behandeling stop als de tweede THT en het klinisch en radiologisch onderzoek twee maanden later opnieuw negatief uitvallen. Als de tweede THT positief is en er geen actieve tuberculose is vastgesteld, wordt de LTBI-behandeling tot de eindduur voortgezet.

Voor kinderen van asielzoekers kunt u een vaccinatie met BCG overwegen als de kans groot is dat het kind met zijn begeleider terugkeert naar het land van herkomst. Dit

geldt ook voor kinderen die definitief, herhaaldelijk of voor meer dan zes maanden vertrekken naar een land met hoge tuberculoseprevalentie (op voorwaarde dat het kind geen BCG-litteken vertoont en geen bewijs van vroegere vaccinatie voorlegt).

- **HIV-geïnfekteerden en sterk immuun-gedeprimeerde personen met een vermoedelijk of bewezen contact:**

Werd actieve tuberculose door RX uitgesloten? Start dan altijd een LTBI-behandeling, ongeacht het resultaat van de eerste THT. Een tweede THT is overbodig. Sterke immuundepressie kan vals negatieve THT resultaten geven, en is tegelijkertijd een grote risicofactor voor het snel ontwikkelen van actieve tuberculose na besmetting (voorzichtigheidsprincipe).

### Een twijfelachtige THT opvolgen

Bij een twijfelachtige reactie op een THT herhaalt u de test na twee maanden met dezelfde dosis tuberculine.

- > Induratiename met 10 mm: het gaat om een tuberculineomslag (virage) die wijst op een recente infectie. Een LTBI-behandeling is aangewezen (zie verder), als er geen contra-indicaties zijn.
- > Induratiename van 4-9 mm: voer een RX-thorax uit om actieve tuberculose uit te sluiten.
- > Induratieverschillen van ≤ 3 mm liggen binnen de grens van de afleesfouten.
- > Negatieve huidreactie op de tweede THT: de kans is groot dat de huidreactie op de eerste test het gevolg was van een

infectie met niet-tuberculeuze mycobacteriën.

## Een positieve THT opvolgen

Al naargelang de reden van onderzoek worden bij een positieve THT de volgende maatregelen aanbevolen:

- Een positieve THT (eerste THT of tweede THT na twee maanden) ontdekt bij een contactonderzoek rondom een besmettelijke tuberculosepatiënt

Voer een RX-thorax en een klinisch onderzoek uit om actieve tuberculose (pulmonale en extrapulmonale) uit te sluiten.

- > Radiologische tekens van actieve tuberculose of symptomen van extrapulmonale tuberculose

Vraag een bacteriologisch onderzoek van het sputum (rechtstreeks microscopisch onderzoek, cultuur en antibiogram). Verwijs de patiënt ook door naar een ervaren longarts voor verdere diagnostiek en een tuberculosebehandeling.

- > RX is normaal

Bij een persoon die een negatieve reactie vertoonde op een test die minder dan twee jaar geleden werd uitgevoerd: dan gaat het om een virage of conversie,



wat wijst op een recente tuberculosebesmetting. Behandeling voor LTBI is aanbevolen, als er geen contra-indicaties zijn.

Als de geteste persoon **reeds eerder voor tuberculose behandeld** werd, is er geen behandeling van LTBI nodig, tenzij er een sterk vermoeden is dat het om een exogene re-infectie (nieuwe besmetting) gaat. De leeftijd en algemene toestand van de persoon, en de duur en intensiteit van het contact met de tuberculosepatiënt zijn in dit geval factoren die meespelen bij de afweging om een LTBI-behandeling in te stellen.

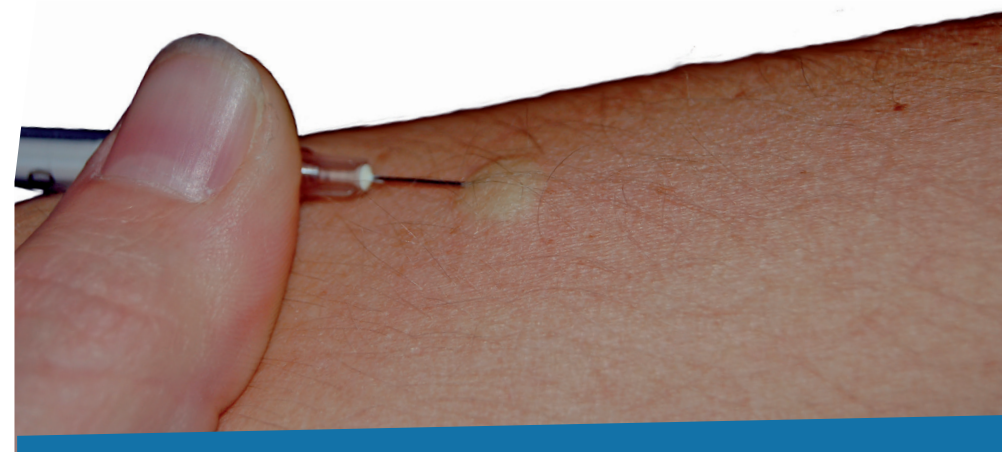
Indien de persoon **nog geen behandeling voor tuberculose** kreeg in het verleden, dient bij een positieve THT de opstart van een LTBI-behandeling overwogen te worden als de patiënt therapietrouw is, en als het risico op het ontwikkelen van actieve TB zwaarder weegt dan het risico op neveneffecten van de LTBI-behandeling. Dit betekent dat de behandelend arts steeds een risico-analyse moet uitvoeren om de

kans op therapieontrouw te evalueren. Ook **contra-indicaties** (zie pagina 9) voor de LTBI-behandeling moeten uitgesloten worden, zoals overgevoeligheid aan medicatie die gebruikt zal worden én ernstig leverfalen.

- > Fibrotische letsels op RX (na positieve THT): bij een persoon die vroeger geen of inadequate tuberculosebehandeling kreeg, verhoogt de kans op endogene reactivatie aanzienlijk. Activiteit in de letsels is mogelijk, actieve tuberculose moet uitgesloten worden en LTBI-behandeling moet overwogen worden (zie p. 37 nationale [LTBI-richtlijnen](http://www.vrgt.be) op [www.vrgt.be](http://www.vrgt.be)).

- Bij periodiek arbeidsgeneeskundige screening bij mensen die werken in de zorgsector, in laboratoria of met hoogrisicopopulaties (bv. in asielcentra, gevangenissen, daklozencentra)

Idealiter wordt bij elke aanwerving een THT uitgevoerd, waarmee de opeenvolgende jaarlijkse onderzoeken gedurende de peri-



ode van tewerkstelling vergeleken kunnen worden. Als die gegevens niet beschikbaar zijn voor een al aangesteld personeelslid, moeten die onderzoeken zo snel mogelijk uitgevoerd worden. Personeelsleden die het bewijs leveren dat ze vroeger positief reageerden op de THT of dat ze eerder tuberculose doormaakten, moeten geen huidtest ondergaan maar worden verder enkele malen met een RX-thorax onderzocht (te bepalen door arbeidsarts). Bij vroegere twijfelachtige reacties op de THT wordt echter geen vrijstelling gegeven van het periodiek tuberculine-onderzoek.

Een positieve THT afgelezen tijdens een jaarlijks onderzoek van een personeelslid dat voordien ( $\leq 2$  jaar) een negatieve THT had, duidt op een recente tuberculose-infectie. Ook hier moet u een RX-thorax en een klinisch onderzoek uitvoeren om actieve tuberculose uit te sluiten. Bij een normale RX start u de LTBI-behandeling als er geen contra-indicaties zijn.

In geval van een positieve huidreactie bij personen zonder gedocumenteerde tuberculineresultaten, hangt het al dan niet instellen van de LTBI-behandeling af van:

- > de leeftijd en het land van herkomst van de persoon,
- > het risico van recent contact met een besmettelijke tuberculosepatiënt
- > en de aanwezigheid van risicofactoren voor de ontwikkeling van actieve tuberculose, zoals HIV-infectie, langdurig hoog gedoseerde corticotherapie of een andere immunosuppressieve behandeling, pneumoconiose (silicose e.a.), kwaadaardige aandoeningen, nierinsufficiëntie en fibrotische restletsels op RX-thorax.

#### • Bij de routine screening van aanvragers internationale bescherming < 5 jaar:

> Sluit in de eerste plaats actieve tuberculose uit door middel van een RX-thorax en een klinisch onderzoek. Bij tekens van actieve tuberculose (pulmonale of extrapulmonale) verwijst u het kind onmiddellijk door naar een gespecialiseerde dienst voor tuberculosebehandeling.

> Als er geen tekens van actieve tuberculose zijn, start dan onmiddellijk een LTBI-behandeling<sup>1</sup>.

> Bij kinderen jonger dan 5 jaar wordt de BCG-status niet in acht genomen, net om de sensitiviteit te maximaliseren.

In geval van een twijfelachtige THT bij een kind < 5 jaar, beschouwt u de test als positief en start u onmiddellijk de LTBI-behandeling, nadat u actieve tuberculose hebt uitgesloten.

<sup>1</sup>Bij een kind met een tuberculine negatieve test wordt een vaccinatie met BCG overwogen als de kans groot is dat het kind met zijn begeleider terug zal keren naar het land van herkomst.

## BEHANDELING VAN LTBI

Vooraleer u chemoprophylaxe start, moeten zowel actieve tuberculose als uitgesproken leverpathologie uitgesloten worden. Een volledig klinisch onderzoek, een röntgenfoto van de thorax en zo nodig levertests moeten in ieder geval de beslissing vooraf gaan.

### Contra-indicaties voor behandeling

De behandeling van LTBI is niet aangewezen:

- > bij antecedenten van een correct gevolgde behandeling met tuberculostatika (voor LTBI of voor actieve tuberculose): hier is geen behandeling meer nodig, tenzij het gaat om een vermoeden van exogene re-infectie;

- > onmiddellijk (eerste jaar) na het zetten van een BCG-vaccinatie, behalve als een recente infectie bewezen werd door een tuberculineomslag;
- > bij overgevoeligheid aan medicatie;
- > bij klinische of biologische tekens van acute hepatitis.

Omwille van de levertoxiciteit van de tuberculostatika is voorzichtigheid aangewezen bij:

- > chronisch leverlijden
- > problematisch alcoholgebruik<sup>2</sup>
- > 65-plussers

Tijdens de zwangerschap en de postpartale periode (vier weken na de bevalling) stelt u een behandeling van LTBI het best uit tot na de postpartale periode, behalve als het gaat om een bewezen tuberculineomslag na recent contact met een besmettingsbron.



<sup>2</sup> Om te bepalen of iemand al dan niet een alcoholprobleem heeft, wordt vaak het aantal gedronken glazen per dag of per week als maat gebruikt. Meer dan 10 standaardglazen per week wordt beschouwd als problematisch, zowel voor een man als voor een vrouw. VAD, Nieuwe richtlijn voor alcoholgebruik, 2019.

## Behandelingschema's

Bij het kiezen van de gepaste behandelingsopties moeten de karakteristieken van de patiënt in overweging genomen worden, om zeker te zijn dat de behandeling niet enkel opgestart maar ook helemaal voltooid wordt. Het is ook essentieel een regelmatige klinische opvolging van de patiënt te kunnen verzekeren. Wanneer een LTBI-behandeling niet mogelijk is, is een klinische opvolging

aangewezen gedurende twee jaar en eventueel radiologisch onderzoek als de patiënt klachten of symptomen ontwikkelt die suggestief zijn voor actieve TB-ziekte (of bij een klinisch 'niet pluis' gevoel). Met een aanduiding in het medisch dossier kan de waakzaamheid behouden blijven voor de mogelijkheid op actieve TB later in het leven (na 2 jaar).

Tabel 3. LTBI behandelingschema's aanbevolen in België

Behandelingschema	Indicatie
<b>6H (INH dagelijks gedurende 6 maanden)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evenwaardig aan 3RH</li> <li>• Samen met 3RH aanbevolen</li> </ul>
<b>3 RH (dagelijks RMP en INH gedurende 3 maanden)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evenwaardig aan 6H (korter = voordeel)</li> <li>• Kinderen &lt; 2 jaar</li> </ul>
<b>4 R (RMP dagelijks gedurende 4 maanden)</b>	<p>Goed alternatief indien therapietrouw een probleem is, zeker bij kinderen</p> <p>Indien het geweten is dat de stam van het indexgeval INH-resistent is</p>

Isoniazide en Rifampicine voor 3 maanden is recent als non-inferieur bevonden aan 6 maanden Isoniazide. Door de kortere behandelingsduur bleek uit onderzoek wel dat meer mensen de hele kuur beëindigen. Zie [www.belta.be](http://www.belta.be) voor meer informatie rond financiële tegemoetkoming.

## Resistente tuberculose

Voordat een beslissing genomen wordt over de preventieve therapie bij personen die contact hadden met een besmettelijk geachte MDR-TB-index, zou expert advies ingewonnen moeten worden. Er is weinig evidentie over de effectiviteit en veiligheid van het gebruik van anti-TB-geneesmiddelen om actieve tuberculose te voorkomen bij

door MDR-TB-gevallen besmette volwassenen en kinderen. Het schema voor preventieve therapie bestaat uit 2 geneesmiddelen. De keuze van de medicatie zal bepaald worden op basis van de resultaten van het antibiogram en de sensitiviteitsbepalingen (DST) van de stam van de index.

Indien de behandeling niet opgestart werd omdat het geweigerd werd of omdat er contra-indicaties waren of twijfels over de therapietrouw, dan zijn regelmatige klini-

sche en radiologische monitoring aangewezend gedurende 2 jaar, om de 2 à 3 maanden in het eerste halve jaar, en om de 6 maanden daarna.

Tabel 4. Criteria voor het voortzetten van het initiële regime of om een nieuwe kuur op te starten in het geval van het onderbreken van de LTBI-behandeling

		Aantal dosissen gemist						
		< één derde	> één derde					
Tijdstip van de onderbreking	Immuundepressie, voornamelijk door HIV-infectie	Herstart behandeling	Herstart behandeling					
	Tijdens de eerste 3 maanden van behandeling	Verderzetten behandeling	Herstart behandeling					
	Na de eerste 3 maanden van behandeling	Verderzetten behandeling	<table border="1"> <tr> <td>Duur van de onderbreking</td> <td>&lt; 6 maanden</td> <td>Verderzetten behandeling</td> </tr> <tr> <td></td> <td>&gt; 6 maanden</td> <td>Herstart behandeling</td> </tr> </table>	Duur van de onderbreking	< 6 maanden	Verderzetten behandeling		> 6 maanden
Duur van de onderbreking	< 6 maanden	Verderzetten behandeling						
	> 6 maanden	Herstart behandeling						

### Opmerkingen

> Personen met een verhoogd risico op polyneuritis (zwangere vrouwen, ouderen, diabetici, mensen die regelmatig alcohol gebruiken) dient u tijdens de behandeling het best pyridoxine (vitamine B6) toe (10 mg/dag of om praktische redenen 1 comprimé van 250 mg/week). Bij manifeste polyneuritis dient u 250 mg/dag toe.

schema dat INH bevat, wordt aanbevolen om aan te vullen met pyridoxine 2mg/kg/dag. Tijdens zwangerschap en lactatie is dagelijks INH gedurende 6 maanden het te verkiezen schema. Aanvulling met pyridoxine 250mg/week is aanbevolen.

> Vanwege de interactie met orale anti-conceptiva is RMP niet aanbevolen voor een LTBI-behandeling bij vrouwen die de pil nemen!

> Als kinderen onder borstvoeding of adolescenten behandeld worden met een

## Aanbevolen dosering van geneesmiddelen voor LTBI-behandeling (in mg/kg/dag)

Tabel 5. Aanbevolen behandelingsdosis INH en RMP

Medicatie	Verpakking	Frequentie	Dosis		Maximale dosis
			Kind	Volwassene	
Isoniazide Nicotiline® <b>INH</b>	30x300 mg tabletten	Dagelijks*	10 mg/kg min: 7 mg/kg max: 15 mg/kg	5 mg/kg	300 mg
Rifampicine Rifadine® <b>RMP</b>	100x150 mg 50x300 mg capsules	Dagelijks*	15 mg/kg min: 10 mg/kg max: 20 mg/kg	10 mg/kg	600 mg

\* 's ochtends, nuchter, in 1 keer in te nemen.

Meer informatie over deze geneesmiddelen is terug te vinden op de website van het Belgisch centrum voor farma-cotherapeutische informatie (Bcfi/cBiP) [7] onder 11.1.8.1 (isoniazide) en 11.1.8.2 (rifampicine).

## Aanvullende onderzoeken uit te voeren bij een LTBI-behandeling

### • Vóór de behandeling:

> Actieve tuberculose moet uitgesloten worden, en zeker als er fibrotische laesies gevonden werden op de RX-thorax. Een klinisch onderzoek, met inbegrip van de beoordeling van symptomen of signalen van actieve tuberculose (o.a. hemoptoe, hoesten, koorts, nachtzweeten of gewichtsverlies) en een RX-thorax, met indien nodig aanvullende radiologische en microbiologische onderzoeken moeten worden uitgevoerd, om actieve TB (pulmonaal of extrapulmonaal) uit te sluiten.

- > Leverfunctietests bij specifieke groepen:
  - leeftijd boven de 35 jaar
  - historiek van leverlijden
  - regelmatig gebruik van alcohol
  - intraveneus drugsgebruik
  - chronisch leverlijden
  - HIV-infectie
  - zwangerschap of de onmiddellijke postpartum periode (d.w.z. binnen 3 maanden na de bevalling)
- > Alvorens een behandeling op basis van INH op te starten, is het verstandig om de overblijvende G6PD activiteit te meten om te kijken of een mogelijk G6PD-tekort een probleem zou kunnen zijn.

### • Tijdens de behandeling:

- > Een regelmatige klinische controle is aangewezen om nevenwerkingen tijdig op te sporen en om de therapietrouw te evalueren. De frequentie van dergelijke controles hangt af van de duur van de LTBI-behandeling, de verwachte therapie(on)trouw, de hepatotoxiciteit van het gebruikte schema en de aanwezigheid van factoren die de toxiciteit nog verhogen zoals problematisch alcoholgebruik of hogere leeftijd.
- > Leverfunctietests
  - bij personen met leverfunctiestoornissen, ouderen en alcoholici;
  - bij personen die behandeld worden met RMP (of RIB) en PZA
  - bij symptomen van acuut leverlijden: bij klachten of klinische tekens van leverlijden moeten de transaminasen bepaald worden.

U kunt de LTBI-behandeling het best stoppen bij 1) symptomen van leverlijden die gepaard gaan met een drievoudige stijging van de transaminasen, of 2) bij een vijfvoudige stijging van de transaminasen, zelfs zonder symptomen. Dikwijls zullen de tests enkele dagen na het stopzetten van de medicatie opnieuw normale waarden bereiken en kan de LTBI-behandeling voortgezet worden met dezelfde geneesmiddelen. In ongeveer 2% van de gevallen is dat onmogelijk en moet u overschakelen naar een ander LTBI-behandelingschema.

### • Na de behandeling

- > Onafhankelijk van het feit of de patiënt zijn preventieve behandeling volledig beëindigd heeft of niet, worden herhaaldelijke of seriële thoraxfoto's niet nodig geacht, tenzij de patiënt klachten of symptomen ontwikkelt die suggestief zijn voor actieve TB-ziekte
- > In geval van behandeling van fibrotische letsels bij tuberculine-positieve personen kunt u het best na 2 à 3 maanden een controle-RX uitvoeren om de evolutie van de letsels op te volgen.
  - Als de letsels toenemen, is verder onderzoek aangewezen.
  - Als er geen wijziging van het longbeeld optreedt of de letsels verminderen, zet u de monotherapie voort.
- > Bij een persoon die werd geïnfecteerd door een persoon met multiresistente tuberculose wordt: zie p. 11 regelmatige klinische en radiologische monitoring aangewezen gedurende 2 jaar, om de 2 à 3 maanden in het eerste halve jaar, en om de 6 maanden daarna. Expert advies vragen is altijd aangewezen.
- > Bij kinderen < 5 jaar die contact hadden met een besmettelijke tuberculosepatiënt, maar negatief reageerden op een eerste THT, neemt u na de eerste twee maanden van LTBI-behandeling een RX-thorax (ongeacht het resultaat van de tweede THT).

Departement Zorg  
Koning Albert II-laan 35 bus 30  
1030 Brussel

in samenwerking met

VLAAMSE VERENIGING VOOR  
RESPIRATOIRE GEZONDHEIDSZORG  
EN TUBERCULOSEBESTRIJDING VZW  
Mgr. Van Waeyenberghlaan 32  
3000 Leuven  
[www.vrgt.be](http://www.vrgt.be)

