Bijlage : de Huisarts N°178 - 17 maart 1993.

VAX INFO

N° 5
MAART 1993

Inhoudsopgave

REDACTIONEEL *(lezing : ong. 30 sec.)*
- Wie is Vax Info ?

RADIO-CAMPAGNE *(lezing : ong. 2 min.)*
- Beter voorkomen door erover te praten : radiospots vanaf 17 maart 1993.

HEPATITIS B : S.O.A.'s *(lezing : ong. 1 min.)*
-Overdragingswijzen

INENTING TEGEN HEPATITIS B *(lezing : ong. 4 min.)*
- USA : aanbevelingen inzake vaccinatie tegen hepatitis B.
- Reacties van een Belgisch specialist bij de aanbevelingen van het CDC.

JEUGD EN S.O.A.'s *(lezing : ong. 1 min.)*
- Hepatitis B : vaccinatiepolitiek adolescenten.

HEPATITIS A *(lezing : ong. 3 min.)*
- Risicogroepen in de wereld van de professionele gezondheidszorg.
- Reacties van Dr. Van Damme.

DIFTERIE *(lezing : ong. 1,5 min.)*
- Epidemie in Oekraine en Rusland: vaccinatie voor reizigers.

GELE KOORTS *(lezing : ong. 1,5 min.)*
- Epidemie in Kenia.

In dit nummer, folders voor uw patienten : de hepatitis-lijder.
Persoonlijk te overhandigen of ter inzage leggen in uw wachtkamer.

Redactioneel

WIE IS VAX INFO ?

De Vax Info werkgroep is een informele groep die een aantal specialisten inzake vaccinatie groepeert. De werkgroep wil een wetenschappelijk verantwoorde preventiepolitiek door middel van vaccinatie stimuleren en begeleiden.
De werkgroep vergadert 3 à 4 maal per jaar. Dit stelt haar in de gelegenheid om informatie uit te wisselen, om bepaalde problemen en nieuwe indikaties in verband met vaccinatie te bespreken, om suggesties en aanbevelingen te doen.

De Vax Info Informatiebrief heeft tot doel deze konkrete informatie, evenals de suggesties en aanbevelingen voor de toekomst, aan de huisartsen mee te delen.
De Vax Info Informatiebrief wordt gesteund door SmithKline Beecham.

Radio-campagne

BETER VOORKOMEN DOOR EROVER TE PRATEN

Vanaf 17 maart kan u op BRT een radiospot horen over inenting tegen hepatitis.

Waarom deze campagne bij het grote publiek?
Het uitgangspunt is dat er een onmiskenbaar gebrek is aan kennis en informatie over pathologieën zoals hepatitis A en B. Het is de bedoeling het publiek duidelijk te maken dat deze ziekten wel degelijk verspreid zijn en een niet te onderschatten aantal ongemakken inhouden, en dat zij momenteel kunnen voorkomen worden. De wetenschappelijke en epidemiologische argumenten waarop deze bewustmaking van het publiek steunt, zijn u ongetwijfeld bekend; ze worden trouwens geïllustreerd in dit nummer 5 van Vax Info.

De moeilijkheden van de preventieve actie

Op werkvergaderingen wijzen niet weinig huisartsen op de moeilijkheden die zij ondervinden om aan preventie te doen. Zij zitten meestal met dezelfde vragen: zal de patiënt aanvaarden dat ik hem over "vaccinatie" spreek als hij komt voor een moeilijke spijsvertering? Zal hij niet denken dat ik hem tot "medische consumptie" aanzet en dat ik mij te veel bemoei?
De preventieve functie van de huisarts is inderdaad nog geen algemeen aanvaard gegeven. En toch is iedereen overtuigd van het nut van preventie.

Een misverstand tussen geneesheren en publiek?

Verschillende peilingen bevestigen deze malaise van de huisartsen tegenover preventie. Als grootste hinderpaal voor de ontwikkeling van de preventieve praktijk, schuiven de huisartsen het gebrek aan belangstelling van het publiek naar voren (1).
Deze onder huisartsen wijd verbreide opvatting wordt nochtans weerlegd door verschillende opiniepeilingen, waarin het publiek wijst op de essentiële rol van de communicatie met de huisarts om een preventieve houding aan te nemen (2). Een enquête bij de leden van de Socialistische Mutualiteit (3) stelde de volgende conclusies voor: "... Het ontbreken van systematische opsporing is te verklaren door het feit dat men te weinig een arts consulteert, maar ook doordat de artsen een gewone consultatie niet aangrijpen om een systematische opsporing voor te stellen." Dezelfde enquête wees uit dat preventieve onderzoeken zelden door de patiënt worden geweigerd en dat vrouwen het in het algemeen nooit moeilijk hebben met dergelijke spontaan aangeboden onderzoeken.

De eerste stap

Deze media-informatie heeft dus als doel het preventieve contact met de patiënten te bevorderen.
Het lijdt geen twijfel dat het individuele gesprek en de media-informatie kunnen samenwerken om de patiënt te motiveren voor een preventief gedrag, met name inzake vaccinatie.
Onder impuls van de sensibiliseringscampagne in de media zal het publiek gemotiveerder zijn om u vragen te stellen in verband met vaccinatie. En u zal minder bevreesd moeten zijn dat uw patiënt verbaasd reageert als u dit punt aanraakt.

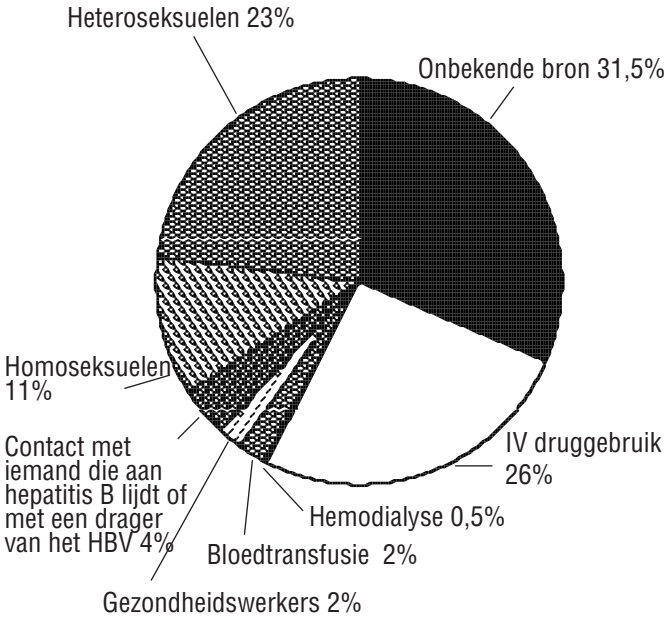
(1) La prévention en médecine générale. L. Berghmans, M. Boulsen, B. Swennen, M. Wanlin Ecole de Santé Publique van de ULB 1990.
(2) Dimarso/Gallup Belgium 1989
(3) Opsporing van borst- en baarmoederhalskanker in de Franse Gemeenschap van België.
Onderzoek bij de leden van de Socialistische Mutualiteit; Dr. J.L. Pestiaux 1990.

Hepatitis B : S.O.A.'s

OVERDRAGINGS-WIJZEN

Hepatitis B is vandaag momenteel de enige seksueel overdraagbare ziekte,waartegen een vaccin bestaat.

Indien de W.G.O. van deze vaststelling een slogan heeft gemaakt in haar strijd tegen hepatitis B, dan is het omdat in Europa en in de Verenigde Staten één van de belangrijkste virale besmettingswijze nog altijd de seksuele overdraging is.
Indien men de gevallen van Hepatitis B rangschikt naar de risicofactoren (U.S.A.) : 34% seksuele aktiviteiten (23% hetero en 11% homo) en 26% druggebruikers in i.v., 8% door andere gekende besmettingsoorzaken en 32% niet gekende oorzaken. Antecedenten van SOA zijn een betrouwbare risico indicator voor HIV besmetting bij personen met een groot aantal seksuele partners, voor dewelke deze wijze van over-verdraging niet altijd gekend is.



Alter M.J.&Coll., Importance of heterosexual activity in the transmission of hépatitis B and non A, non B hepatitis JAMA 1989, 262 : 1201-1205.

Inenting tegen hepatitis B

USA: AANBEVELINGEN INZAKE VACCINATIE TEGEN HEPATITIS B

De Centers of Deseases Control pleiten voor een veralgemeende vaccinatie van de bevolking tegen het HBV virus. Specialisten erkennen dat een preventiestrategie die alleen viseert, tot mislukken gedoemd is.

Alle jonge en alle adolescenten moeten een routinevaccinatie krijgen.

In de Verenigde Staten heeft het National Center for Infectious Diseases erkend dat de verspreiding van het hepatitis B-virus niet kan worden voorkomen door alleen de risicogroepen in te enten.
Het stelt daarentegen een strategie voor waarvan de hoofddoelstellingen hieronder worden uiteengezet.

Preventie van neonatale infectie

Een dosis AgHBs zou moeten worden toegediend aan alle zwangere vrouwen bij hun eerste raadpleging van de gynecoloog. De serologie van hepatitis B zou automatisch moeten worden ingeschakeld bij de screening in het begin van de zwangerschap en zou moeten worden herhaald bij vrouwen met hoog risico (drugsverslaafde, bijkomende SOA)
Kinderen van een moeder met positieve AgHBs zouden met een aangepaste dosis moeten worden ingeënt binnen 12 uur na de geboorte. Een inspuiting van specifieke immunoglobulinen wordt eveneens aangeraden omdat het vaccin pas na enige tijd werkzaam is, en moet op een andere plaats worden toegediend.

Zwangere vrouwen die in het moederhuis zijn opgenomen en die vooraf geen dosis AgHBs toegediend kregen, moeten worden onderzocht, en het kind moet het vaccin binnen 12 uur na de geboorte krijgen. Als een positieve AgHBs pas later wordt ontdekt, zal de baby zeer snel een bijkomende bescherming krijgen met specifieke immunoglobulinen, zeker binnen 7 dagen na zijn geboorte. Als de immunoglobulinen niet zijn toegediend, moet het kind de tweede inentingsdosis krijgen als het 1 maand oud is (niet ouder dan 2 maanden), wegens het hoge infectierisico. De laatste dosis moet op de leeftijd van 6 maanden worden toegediend.

Recommended schedule of hepatitis B immunoprophylaxis to prevent perinatal transmission of hepatitis B virus infection

Infant born to mother known to be HBsAg positive

Vaccine dose	*Age of infant*
First	Birth (within 12 hours)
Hepatitis B immune globulin	Birth (within 12 hours)
Second	1 month
Third	6 months

Infant born to mother not screened for HBsAg

Vaccine dose	*Age of infant*
First	Birth (within 12 hours)
Hepatitis B immune globulin	If mother is found to be HBsAg positive, administer dose to infant as soon as possible, not later than a week after birth
Second	1-2 months
Third	6 months

Naar MMWR Vol 40/No RR 13 Nov 22,1991.

Preventie van infectie bij kinderen

Het vaccin wordt aanbevolen voor alle kinderen van een seronegatieve moeder en zou in de klassieke vaccinatiekalender moeten worden opgenomen. De eerste dosis kan worden toegediend tijdens de neonatale periode, bij voorkeur voordat het kind het moederhuis verlaat en niet later dan de leeftijd van 2 maanden.

Er moeten bijzondere inspanningen worden geleverd opdat de inenting tegen hepatitis B zeer intens wordt doorgevoerd bij risicogroepen (kinderen van migranten).

Recommended schedule of hepatitis B vaccination for infants born to HBsAg (hepatitis B surface antigen)-negative mothers

Hepatitis B vaccine	Age of infant
Option 1	
Dose 1	Birth-before hospital discharge
Dose 2	1-2 months
Dose 3	6-18 months
Option 2	
Dose 1	1-2 months
Dose 2	4 months
Dose 3	6-18 months

Naar MMWR Vol 40/No RR 13 Nov 22,1991.

Preventie bij adolescenten

Alle risicodragende adolescenten (drugsverslaafde, personen met meerdere sexuele partners) zouden moeten worden ingeënt; De risicofactoren worden door de adolescenten vaak onderschat.

Degenen die tot een risicogroep lijken te behoren, zouden kunnen gebruik maken van de bestaande gezondheidszorgstructuren (b.v.medisch schooltoezicht), waarin de vaccinatie volgens de kalender 0-1-6 maanden zou kunnen worden toegepast.

Deze aanbevelingen dateren van 1991. Sindsdien groeit een consensus om alla adolescenten te vaccineren.

REACTIES VAN EEN BELGISCH SPECIALIST BIJ DE AANBEVELINGEN VAN HET CDC

Dokter van Damme, epidemioloog aan de Universitaire Instelling Antwerpen:

Inzake een hepatitis B vaccinatiepolitiek zijn er 2 zaken die men niet uit het oog mag verliezen :
1) het endemisch karakter ven hepatitis B, dat van land tot land verschilt;
2) de bereidheid om in preventie van hepatitis B te investeren; ook dit verschilt van land tot land, en wordt medebepaald door punt 1.
In de Verenigde Staten vertoont hepatitis B een intermediaire incidentie (aangifte van 10/100.000). Anderzijds weet men in de V.S. perfect wat dit concreet betekent : men schat het aantal nieuwe hepatitis B gevallen per jaar op 300.000 : dit leidt tot een 10.000 hospitalisaties en een 250 onmiddelijke sterfgevallen door een fulminant verloop. Voorts sterven er jaarlijks 4.000 Amerikanen tengevolge van hepatitis B geassocieerde cirrose en 800 Amerikanen tengevolge van primaire hepatocellulaire kanker.
Deze situatie wil men verhelpen door alle kinderen op jonge leeftijd en alle adolescenten tegen hepatitis B in te enten (dit is nu een aanbeveling in de V.S.). Op deze wijze wordt een groot deel van de bevolking systematisch beschermd tegen de ziekte en zijn transmissiemechanismen (horizontaal, parentaal, seksueel). Ook het potentieel virus-reservoir wordt op directe manier ingedijkt. In België werd recent epidemiologisch onderzoek naar hepatitis B prevalentie en incidentie uitgevoerd waarvan de resultaten binnen afzienbare tijd zullen bekend gemaakt worden.
Aan de hand hiervan zal men door middel van een gezondheidseconomische evaluatie kunnen uitmaken welke strategie de meest efficiënte is : massavaccinatie van jonge kinderen en/of massavaccinatie van adolescenten. Het is nu reeds duidelijk dat elke strategie een aantal voordelen heeft massavaccinatie van jonge kinderen is eenvoudig en goedkoop te organiseren (cfr. de goede kindervaccinatiecouverture in België), en kan gebruik maken van de pediatrische dosis die goedkoper is. Massavaccinatie van adolescenten heeft het voordeel dat de winst/effect van de vaccinatie onmiddelijk kan gemeten worden omdat de incidentie van hepatitis B juist het hoogst is in deze leeftijdsgroep.
Het gezondheidseconomisch model dat hier van toepassing is, zal overigens voor andere Europese landen gebruikt worden waar eenzelfde beleidsvraag naar hepatitis B vaccinatie bestaat. ■

Jeugd en SOA's

HEPATITIS B: VACCINATIE-POLITIEK ADOLESCENTEN

Hepatitis B is een van de meest voorkomende SOA's. Veelvuldige seksuele partners is een erkende risicofactor. Er moet dus bijzondere aandacht worden besteed aan de inenting van adolescenten en jonge volwassenen.

In de Verenigde Staten zijn de hoofdoorzaken van besmetting met hepatitis B in volgorde van belangrijkheid: heteroseksuele relaties, toxicomanie en homoseksuele betrekkingen.
Bij adolescenten heeft de besmetting in de helft van de gevallen te maken met seksuele relaties. De belangrijkste risicofactoren zijn dus: veelvuldige seksuele partners en antecedenten van andere SOA.
De invoer van het hepatitis B-vaccin vanaf 1982 in de Verenigde Staten is niet de enige verklaring voor de terugval van de HBV infecties die kort nadien werd vastgesteld. De informatie- en sensibilise-ringscampagnes voor een preventief gedrag i.v.m. AIDS (voorbehoedsmiddelen, standvastige relaties) hebben zeker ook een gunstige weerslag gehad.
In West-Europa werd net als in de Verenigde Staten een verband vastgesteld tussen de infectieleeftijd en het risico op een chronische aandoening. Vijfentwintig procent van de chronische hepatitis B-patiënten die in hun kindertijd met het virus werden besmet, sterven aan cirrose of leverkanker. Een vaccinatie die zich beperkt tot de risicogroepen, is dus tot mislukking gedoemd, doordat de besmetting in die gevallen vòòr de vaccinatie komt. Bovendien vertonen 30% van de patiënten met een hepatitis B geen enkele risicofactor en zouden ze dus ontsnapt zijn aan een selectieve vaccinatiepolitiek.
Daardoor wordt er in de Verenigde Staten nu eensgezind van uitgegaan dat er een strategie moet worden gevolgd waarbij alle adolescenten systematisch moeten worden ingeënt, naast alle kinderen vanaf de jongste leeftijdsklasse. ■

Reacties van Dr. Van Damme (UIA) inzake hepatitis A .

Naast het inenten van de risicogroepen, adviseren wij gezondheidswerkers steeds om handschoenen te dragen wanneer zij in contact komen met maagdarm-slijmvliezen of indien zij besmettelijke patiënten behandelen...
Dit lijkt evident, maar de realiteit dwingt ons ertoe deze hygiënemaatregel telkens weer te herhalen. Bij het onderzoeken van de mond zijn er heel wat geneesheren die b.v. nalaten hun vingers te beschermen. In Duitsland bleek uit tal van studies dat de prevalentie van hepatitis A bij tandartsen bijzonder hoog ligt.
Ook bij het klinisch onderzoek van een kind dat met diarreeproblemen te kampen heeft, moeten dezelfde voorzorgsmaatregelen worden toegepast. De Hogere HAV - prevalentie bij kinderverzorgsters, pediatrische verpleegkundigen en vroedvrouwen wijst ten slotte in dezelfde richting. In de literatuur zijn er duidelijk aanwijzigingen dat nachtshift, inadequaat handwassen, roken op dienst en voedsel delen met patiënten de belangrijkste risicofactoren zijn die geassocieerd worden met een verhoogde HAV-incidentie. De hele transmissie draait dus gewoon rond het gebrek aan basis-hygiëne : moest elke gezondheidswerker (arts/ verpleegkundige) na het onderzoek of verzorgen van ieder patient zijn handen wassen, dan zou de HAV-incidentie enorm teruggeschroefd worden.
Dat "handgewas" blijkt echter nog steeds niet ingeburgerd te zijn : op dit ogenblik voeren wij een epidemiologische enquête uit naar de werkomstandigheden bij een groep huisartsen, gynaecologen, chirurgen en tandartsen. De definitieve resultaten zullen in juli 1993 bekend zijn. Toch blijkt reeds dat 23% van de huisartsen nooit, 34% soms 43% systematisch zijn handen vòòr en na ieder onderzoek wast. Deze percentages liggen niet anders bij de gynaecologen. Een gerichte vaccinatie tegen hepatitis A samen met het revaloriseren van hygienische standaardmaatregelen lijkt me dan ook in het kader van de hepatitis A preventie het meest zinvol. Wat de hepatitis B preventie betreft, moeten alle inspanningen worden toegespitst op een massale en grootschalige hepatitis B vaccinatie van alle gezondheidswerkers in België : ook hier mag het belang van een veilige, en hygienisch verantwoorde werkmethode niet onderschat worden op dient zelfs verder gestimuleerd worden.

Hepatitis A

DE RISICOGROEPEN IN DE WERELD VAN DE PROFESSIONELE GEZONDHEIDSZORG

Nagenoeg gelijktijdig met de commercialisering van het vaccin tegen hepatitis A hebben epidemiologen zich gebogen over de nog slecht gekende aspecten van deze besmettelijke ziekte. Hun belangstelling ging naar de risicogroepen waaronder uiteraard ook de professionele gezondheidszorgers. Twee conclusies drongen zich op: enerzijds werden subgroepen met verhoogd risico geïdentifieerd bij het ziekenhuispersoneel; anderzijds zijn de traditionele hygiënische voorzorgsmaatregelen in het ziekenhuis niet doeltreffend genoeg.

Zoals bekend, is hepatitis A een ziekte die orofecaal wordt overgedragen en praktisch overal ter wereld voorkomt.
In de geïndustrialiseerde landen identificeerde de epidemiologen de volgende groepen met hoog risico: reizigers die naar endemische streken trekken, rioolwerkers, professionele gezondheidswerkers en personeel van instellingen voor mentaal gehandicapten.

Eerste vermoeden

Het hepatitis A virus kan worden overgedragen in het ziekenhuis, hoewel dat niet zo heel waarschijnlijk is. De algemene hygiënische voorzorgsmaatregelen tegen eender welke besmettelijke ziekten lijken op het eerste gezicht afdoende. Maar niettemin vormen de nauwere contacten met de patiënt en de problemen van fecale incontinentie in de wereld van de pediatrie en in tehuizen voor bejaarden een potentieel risico voor hepatitis A.

Een studie die in 1986 werd uitgevoerd door Lange in verschillende ziekenhuizen in Berlijn toonde een hoge prevalentie van positieve serologieën voor hepatitis A bij de pediaters (37,9%) in vergelijking met de artsen van andere afdelingen (23,5%). De vaststellingen bij het verplegend personeel lagen in dezelfde lijn.

Recente studies in België en elders

In 1992 bevestigde Hofmann tijdens het congres in Wenen over hepatitis A dezelfde bevindingen: verpleegsters op de diensten pediatrie en besmettelijke ziekten vertonen een hogere prevalentie hepatitis A.
Naast deze prevalentieonderzoeken werden andere studies gewijd aan de overzetting van het virus op medisch en verplegend personeel in geval van actieve besmetting op pediatrische afdelingen. Rosenblum stelt vast dat de verpleegsters die besmette kinderen verzorgen 3 maal vaker getroffen worden dan hun collega's die andere kinderen verzorgen. En dit ondanks de gebruikelijke voorzorgsmaatregelen in het ziekenhuis.
In ons land voerde Dr. P Van Damme (UIA) in 1992 een sero-epidemiologische studie uit over de prevalentie van hepatitis A in de groep van verzorgend personeel. Hij vergeleek het risico van besmetting met het hepatitis A virus tussen een pediatrische dienst en twee algemene ziekenhuizen in de streek van Antwerpen. De resultaten bewezen dat de prevalentie van hepatitis A hoger is bij het personeel dat werkt op pediatrie.

Noodzaak van vaccinatie

Tot voor kort beperkte de preventie van hepatitis A zich tot verhoogde aandacht voor hygiëne in contact met besmettelijke ziekten en het profylactische gebruik van immunoglobulinen. Tegenwoordig tonen epidemiologische studies in de gezondheidszorg dat deze maatregelen niet volstaan. In deze kringen werden subgroepen met verhoogd risico gedefinieerd (pediatrische diensten, instellingen voor gehandicapten- of bejaardenzorg).
Deze vaststellingen wijzen op de noodzaak van nieuwe strategieën en bevestigen vaccinatie als de meest probate oplossing.

Difterie

VACCINATIE VOOR RUSLAND-REIZIGERS ?

In Oekraïne en in Rusland woedt momenteel een difterie-epidemie.

De epidemie is gesignaleerd o.m. in de steden Moskou,Sint-Petersburg, Odessa en Kiev. In de tweede helft van 1992 werden in Rusland 1.500 en in Oekraïne 800 gevallen vastgesteld.
Difterie of kroep is een ernstige besmettelijke ziekte die zeldzaam is geworden in Europa. In België worden in principe alle kinderen vanaf 3 maanden ingeënt tegen difterie (samen met tetanos en kinkhoest).

Na de leeftijd van 6-7 jaar geeft men in België, en dit in tegenstelling tot een aantal ons omringende landen, geen herhalingsinentingen vanwege het mogelijk risico op nevenwerkingen. Vanaf tien jaar na deze laatste herhalingsinenting begint de immuniteit echter langzaan te dalen, zodat er in een behoorlijk gedeelte van de volwassen populatie (gemiddeld bij 1/3 tot de helft van de individuen) geen beschermende antistoffen meer kunnen worden gedetecteerd.
De vraag stelt zich dan ook of volwassenen zich moeten laten inenten bij een bezoek aan Oost-Europa (en aan andere risicolanden) én of er, samen met de tetanosherhaling om de 10 jaar, ook niet systematisch een difterie-herhaling moet worden toegediend.

De redaktieraad van Vax-Info stelt het volgende voor:

Alle volwassen reizigers naar landen met een lagere hygiënische standaard, alsook naar de landen van het oostblok (dit valt overigens ongeveer samen met die landen waarvoor ook immunisatie voor hepatitis A wordt aangeraden), krijgen best een rappel met 1/5 van de pediatrische dosis, samen met de tetanos-rappel. Best mengt men 1/5 ampul Tedivax met 1 ampul Tevax in dezelfde spuit.
Het aantal reizigers dat jaarlijks naar potentieel besmette gebieden reist, wordt op 500.000 per jaar geschat. Binnenkort komt er een combinatievaccin tetanos-difterie met aangepaste dosis voor volwassenen op de markt (afgekort "T-d"). Een volwassene die nooit eerder gevaccineerd werd, dient 2x een injectie te krijgen met 4 tot 6 weken tussenin, en een derde rappel na 1 jaar, net zoals voor tetanos.

GELE KOORTS

EPIDEMIE IN KENIA

In Kenia is sinds november 1992 een epidemie van gele koorts uitgebroken. Het was 50 jaar geleden dat in Kenia nog gele koorts gesignaleerd werd.

Gele koorts is een virale infektie, die wordt overgebracht door welbepaalde muggesoorten die normaal hoog in de boomtoppen leven. De infectie komt in principe dan ook enkel voor bij apen die in de tropische regenwouden van Afrika en het Amazonegebled leven, waarbij soms ook apenpopulaties in aangrenzende savannegebieden kunnen worden besmet.
De mens wordt slechts occasioneel besmet wanneer muggen in de buurt van menselijke nederzettingen of steden besmet raken via een besmet persoon of soms via apen. De besmetting in het westen van Kenia is mogelijk het gevolg van migratie van vluchtelingen uit de buurlanden.

Alhoewel Kenia geen vaccinatiebewijs tegen gele koorts eist, heeft het instituut voor Tropische Geneeskunde in België de reizigers altijd aangeraden om zich toch te laten inenten, ondermeer omwille van het feit dat de ziekte in Kenia potentieel kan toeslaan aangezien de overbrengende mug daar permanent aanwezig is. Dit advies gold zeker voor mensen die zich buiten de grote steden en de toeristische centra waagden.
Gelet op de huldige epidemie dringt een inenting zich op voor alle Kenia-reizigers. Aangezien Kenia door de bevoegde WGO-instanties steeds als potentieel met gele koorts besmet werd beschouwd, eisen verschillende landen die men na vertrek uit Kenia mogelijks bezoekt op de terugweg naar België, dikwijls ook een gele koorts vaccinatiebewijs.

Indien u vragen hebt in verband met vaccinatie, kan u steeds schrijven naar Dr. J. Coulon. De vragen worden dan in een volgend nummer beantwoord door een lid van de Vax Info Werkgroep.

OPZET VAX INFO

Vax Info wil de artsen praktische en konkrete informatie over vaccinatie geven. Bovendien houdt het de arts op de hoogte over de standpunten van specialisten betreffende de nieuwste ontwikkelingen op het vlak van de vaccinatiepolitiek.

Leden van de Vax Info werkgroep
Dr. André, SKB Biological
Dr. L. Blancke, Kind Gezin
Prof. R. Clara, UIA
Prof J. Desmijter, UZ KU Leuven
Dr. F. Dondeyne, Min. van de Vlaamse Gemeenschap
Dr. D. Hansen-Koenig (GDL)
Dr Hemmer (GDL)
Dr. Hautekeete AZ VUB Jette
Prof. G. Leroux U.Z. Gent
Prof. M. Malengrau, Ecole de Santé Publique de l'UCL
Prof. Meheus, UIA
Dr. B. Swennen, Ecole de Santé Publique de l'ULB
Dr. P. Van Damme, UIA
Dr. A. Van Gompel, Instit. voor Tropische Geneeskunde Antwerpen
Dr. R. Vranckx, Instit. voor Epidemiologie en Hygiëne

Redaktiesekretariaat
Dr Juan Coulon

Alle informatie in de Vax Info informatiebrief bevat wordt door één of meerdere leden van de Vax Info werkgroep nagelezen.

De Vax Info informatiebrief is een publikatie die gesteund wordt door SmithKline Beecham.

Verantwoordelijke Uitgever : De Heer J. Dewinter; SmithKline Beecham Pharma, rue du Tilleul, 13 - 1332 Genval.