Bijlage : De Huisarts N°204 - 13 oktober 1993.

INFO VAX

N° 7

OKTOBER 1993

Inhoud

REDACTIONEEL *(leestijd: ongeveer 30 sec.)*
- Griepcampagne

HEPATITIS A *(leestijd: ongeveer 40 sec.)*
- Galenusprijs

BUIKTYPHUS *(leestijd: ongeveer 30 sec.)*
- Nieuw vaccin

GRIEP *(leestijd: ongeveer 1 min. 30 sec.)*
- Onvoldoende inentings-percentage

GRIEP, HEPATITIS B, PNEUMOKOK *(leestijd: ongeveer 3 min.)*
- Inenting van volwassenen

CHOLERAPANDEMIE *(leestijd: ongeveer 40 sec.)*
- Geen vaccinatie

TUBERCULOSE *(leestijd: ongeveer 1 min.)*
- Verontrustende situatie in de Verenigde Staten

DIFTERIE *(leestijd: ongeveer 1 min. 30 sec.)*
- Vaccinatie voor Rusland-reizigers

VRAAG - ANTWOORD *(leestijd: ongeveer 1 min. 30 sec.)*
- Pneumokkokenvaccin

EDITO

GRIEPCAMPAGNE

Gezien het seizoen vindt u in dit nummer van Vax-Info op pagina 3 en 4 een overzicht omtrent griepvaccinatie. Van hun kant gaven Mevrouw Leona Detiège, Vlaams Minister van Sociale Aangelegenheden bevoegd voor Preventieve Gezondheidszorg, en Mevrouw Laurette Onkelinx, Minister-President van de Franstalige Gemeenschap bevoegd voor Volksgezondheid en Sociale Zaken, op 14 september het startschot voor de nationale griepvaccinatie-campagne.

Dit biedt een uitstekende gelegenheid om in herinnering te brengen dat er bij het publiek nog heel wat misvattingen omtrent griep en grieppreventie leven. De arts speelt een cruciale rol om de kwaliteit van de informatie te verbeteren. Alle opiniepeilingen komen tot hetzelfde besluit : het publiek verwacht van de arts dat deze goede raad geeft, en veruit de meeste patiënten reageren gunstig op elk redelijk preventief aanbod...

De vzw Omtrent Gezondheid stelt verschillende middelen ter sensibilisatie van het publiek ter beschikking : affiches, folders en brochures onder het motto "Welzijn en Gezondheid voor Zestig-Plussers".
Dit materiaal valt bij u in de bus na aanvraag bij "Omtrent Gezondheid", Sans-Soucisstraat 65 - 1050 Brussel (vermeld Vax-Info, a.u.b.).

Hepatitis A

GALENUSPRIJS

De Galenusprijs voor farmaceutische research is in juni 1993 toegekend aan de firma SmithKline Beecham voor Havrix, het vaccin tegen Hepatitis A.

Dit vaccin vormt een wereldpremière en bekroont 8 jaar research en ontwikkeling, die in totaal zowat 6 miljard Bfr hebben gekost.
De hoog-risicogroepen in België zijn voornamelijk de volgende :
- ***reizigers naar endemische landen*** : hepatitis A is de meest frequente reizigersziekte, die door vaccinatie te voorkomen is. De frequentie van hepatitis A is 40 keer groter dan die van cholera. Naar schatting 99% van de reizigers zijn de hygiënische voorschriften, die ze voor hun vertrek meekregen, reeds na een dag vergeten.
- ***de familie en de omgeving van de besmette personen;***
- ***hulpverleners en personeel van kinderkribbes en andere instellingen*** : voor verpleegkundigen die in pediatrische afdelingen werken, is het infectierisico driemaal groter in vergelijking met de algemene bevolking;
- ***personeel in de voedingssector*** : het virus verspreidt zich vanaf de drager via elk voedingsmiddel dat niet gekookt op tafel komt;
- ***de strijdkrachten*** : de levensomstandigheden in kazernes en legerkampen verhogen het verspreidings-risico van het hepatitis A virus.

Eén dosis Havrix geeft in 72% van de gevallen een seroconversie. Na een tweede dosis stijgt het seroconversie-percentage tot 99,9%. Deze twee dosissen zijn toe te dienen met een interval van 2 weken tot 1 maand en verlenen een jaar lang bescherming tegen hepatitis A. Een booster-dosis na 6 maanden à 1 jaar verleent gedurende méér dan 10 jaar bescherming tegen hepatitis A.

Buiktyfus

NIEUW VACCIN

Het vaccin verzekert een bescherming van 65 %

Het Typhim Vi-vaccin op punt gesteld door Mérieux bevat de Salmonella typhi stam, waarvan de polysaccharidemantel antigeen Vi wordt afgezonderd en gezuiverd. Het vaccin wordt aangeboden in een gebruiksklare spuit. Eén enkele injectie volstaat. Typhim Vi werd bestudeerd bij 10.000 kinderen en volwassenen, zowel in sterk endemische landen, zoals Nepal en Zuid-Afrika, als in landen met lage incidentie, zoals Frankrijk en Engeland. De nevenwerkingen blijven beperkt tot kleinere lokale reacties. Geen enkele ernstige nevenwerking werd gerapporteerd. Studies in Frankrijk, Chili en Noord-Amerika melden seroconversiegehaltes van 95 tot 100 % na één enkele injectie, en een bescherming rond 65 % van de gevaccineerden. Vermelden we nog dat de duurzame immuniteit verworven is, 15 dagen na de injectie.
We komen hierop uitgebreider terug in een volgendeVax Info.

Griep

ONVOLDOENDE INENTINGS-PERCENTAGE

De ernst van de infectie door het influenza-virus wordt nog steeds erg onderschat. Ondanks de officiële aanbevelingen, blijft de vaccinatie van de zogenaamde "risicopersonen" onvoldoende.

Er bestaat heel wat discussie over de bescherming die het griepvaccin verleent, zowel wat de noodzaak als wat de doeltreffendheid van vaccineren betreft. Bij de wetenschappers bestaat er nochtans geen twijfel over de voordelen van de vaccinatie.
Wanneer de entstam overeenstemt met de virusstam die in omloop is, hetgeen in 88 % van de gevallen inderdaad zo is *(1)*, dan kan men de doeltreffendheid van het vaccin schatten in funktie van het beschermingspercentage van de ziekte zelf: d.w.z. 70% bij de jonge volwassenen, maar dit percentage neemt af met het ouder worden *(2)* .
Bejaarden, die het grootste risico lopen, zijn dus blijkbaar het minst goed beschermd. Maar de doeltreffendheid van het vaccin uit zich bij deze laatsten in een vermindering van de ziekenhuisopnames met 70 % en bovenal een vermindering van sterfte met 80 %.
De aan influenza verbonden mortaliteit, wordt meestal erg onderschat, want de ziekte is vaak moeilijk te onderscheiden van andere voorafbestaande pathologieën. De doodsoorzaak wordt dan ook vaak aan andere ziekten toegeschreven. In de Verenigde Staten is griep de vierde doodsoorzaak bij volwassenen *(3)*. Indien men alle risicopersonen had gevaccineerd, dan hadden gedurende de grote epidemie van december 1989 in België ongeveer 4.000 overlijdens kunnen voorkomen worden. Dezelfde redenering kan men toepassen op de 26.000 overlijdens tengevolge van dezelfde epidemie in het Verenigd Koninkrijk *(4)* .

De meeste internationale aanbevelingen raden aan twee groepen te vaccineren : risicopersonen en iedereen die riskeert de aandoening over te dragen aan die risicopersonen. Iedereen die kwetsbaar is op grond van de leeftijd of een chronische aandoening (voornamelijk van de longen, het hart of de nieren) wordt beschouwd als behorende tot de risicogroep. Het vaccinatiepercentage van de mensen die in rusthuizen verblijven blijkt relatief goed te zijn (69%, volgens een Brussels onderzoek) *(5)*, maar over het vaccinatiepercentage bij personen met chronische aandoeningen is geen enkel cijfer beschikbaar. Toch kunnen we op grond van de 858.500 dosissen die in 1992 werden toegediend vermoeden dat de vaccinatiegraad van de twee miljoen risicopersonen in ons land slechts gering is. Het is waarschijnlijk dat diegenen die het minst goed gevaccineerd worden, alleenstaanden zijn, mensen met weinig invaliderende aandoeningen of nog : diegenen bij wie de chronische aandoening (diabetes, kanker, ...) goed onder controle is gebracht.

De uitbreiding van de vaccinatie naar al diegenen die de ziekte kunnen overdragen aan risicopersonen (gezondheidswerkers, personeel in rusthuizen, familieleden van risicopersonen, met inbegrip van kinderen) is nog niet doorgedrongen in de geneeskundige gewoonten, hoewel de nevenwerkingen haast onbestaande zijn *(6)*. Toch zijn het deze nevenwerkingen die vaak als eerste reden worden ingeroepen in de Verenigde Staten om het medisch personeel niet te vaccineren *(7)*. De enige gekende en uiterst zeldzame contra-indicatie is eiwitallergie. Astma, dat soms wordt ingeroepen, kan niet als dusdanig worden erkend *(8)*.

Op te merken valt dat de vaccinatie geen basisimmuniteit verleent en dat dan ook elk jaar een nieuwe vaccinatie nodig is, zelfs indien de samenstelling van het vaccin identiek zou zijn met die van het jaar ervoor. Aan de andere kant is het mogelijk gelijktijdig een pneumokokkenvaccin toe te dienen, aangezien de risicogroepen vaak dezelfde zijn, maar de injectie dient op een andere plaats te gebeuren. ■

Dr. René Snacken
Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie - Brussel

Referenties :

1) Palache A.; Eur. J. Clin. Research, 1993
2) A.C.I.P./M.M.W.R., 1993
3) Carter W.; H.S.R., 1986
4) Curwen M. et al.; B.M.J., 1990
5) Dewals P. et al.; Rev. Epidem. Santé Publ., 1992
6) Karen L. et al.; JAMA, 1990
7) Watanakunakorn C. et al.; Infect. Contr. Hosp. Epidem., 1993
8) Campbell B. et al.; Med. J. Austr., 1984

Griep, hepatitis B, pneumokok

INENTING VAN VOLWASSENEN

Voor volwassenen bestaan er drie vaccins die een reële hoop op verbetering van de volksgezondheid wettigen : de vaccins tegen de pneumokok, griep en hepatitis B.

Problemen in verband met de vaccinaties in de Verenigde Staten vormden het onderwerp van een artikel in 'The New England Journal of Medicine' in april '93. In de Verenigde Staten geldt voor vaccinatie van volwassenen niet dezelfde prioriteit als voor kinderen. Toch hebben gezondheidsstatistieken duidelijk aangetoond dat de sterfte door aandoeningen waarvoor preventie door vaccinatie mogelijk is, bij volwassenen hoger ligt dan bij kinderen. Deze statistieken tonen aan dat elk jaar zowat 50.000 à 70.000 volwassenen overlijden ten gevolge van een pneumokokken-infectie, het griepvirus of hepatitis B, tegenover ongeveer 1.000 kinderen overleden door dezelfde pathogenen. De meest waarschijnlijke oorzaken om de geringe inentingsgraad te verklaren, zijn twijfels en wantrouwen vanwege de patiënten ten opzichte van de vaccins aan de ene kant en de gebrekkige medewerking vanwege artsen aan de preventiestrategie aan de andere kant. Andere factoren, zoals de kostprijs voor de patiënt, komen zonder twijfel eveneens tussen.
Onder de talrijke vaccins die in de Verenigde Staten voor volwassenen worden gebruikt, zijn er drie, die een reële hoop op verbetering van de volksgezondheid wettigen. Het gaat om de vaccins tegen de pneumokok, griep en hepatitis B.

Pneumokokkenvaccin

De veroudering van de bevolking, de verhoogde gevoeligheid voor infecties bij patiënten met AIDS en de ontwikkeling van resistentie vanwege de pneumokok voor antibiotica leiden ertoe dat de Verenigde Staten zich verwachten aan een toename van het aantal overlijdens, dat thans ongeveer 40.000 per jaar bedraagt. Slechts 14 % van de personen boven de 65 jaar, en 5 à 7 % van de personen tussen 18 en 64 jaar met risico op een ernstige pneumokokkeninfectie, hebben het vaccin toegediend gekregen. Het ziet er naar uit dat deze passieve houding ten opzichte van de aanbevelingen aan een gebrekkig vertrouwen in het vaccin te wijten is. Dit is des te betreurenswaardiger aangezien de studies over het vaccin een zeer hoge graad van bescherming (85 à 90 %) bij personen tot 55 jaar hebben aangetoond. Aan de andere kant is ook vastgesteld dat de bescherming door het vaccin geringer was (maar niet afwezig) bij bejaarden en bij AIDS-patiënten. De meest recente cijfers maken gewag van een doeltreffendheid in de orde van 56 %.
Een ander argument dat door de tegenstanders van de vaccinatie wordt aangehaald, is dat het vaccin slechts 23 serotypes bevat op de 83 die de pneumokok bevat. Deze 23 serotypes zijn echter verantwoordelijk voor 88 % van de infecties.
Over het algemeen, ondanks de erkende beperkingen van de beschermingsgraad die het vaccin verleent, blijft het voordeel aanzienlijk. Dit betekent dat de inenting tegen de pneumokok deel zou moeten uitmaken van het inentingsschema voor de volwassene.

Vaccin tegen de griep *(zie ook p. 2)*

In weerwil van de beschikbaarheid van de vaccins kenden de Verenigde Staten sinds 1957 negentien opeenvolgende griepepidemieën, elk verantwoordelijk voor meer dan 10.000 doden. In twee van deze epidemieën telde men zelfs meer dan 40.000 doden. De mortaliteit is het hoogst bij patiënten boven de 65 jaar en/of bij patiënten met een cardio-pulmonaire aandoening. Bij jonge volwassenen verleent de vaccinatie een beschermingsgraad van 65 à 80 %. Bij bejaarden daarentegen zou het vaccin de klinische ziekte in slechts 30 à 40 % van de gevallen voorkomen. Toch beperkt het vaccin de ernst van de griepsymptomen in aanzienlijke mate. Dit geldt ook voor het aantal ziekenhuisopnames en overlijdens.

In de Verenigde Staten is het griepvaccin dus niet alleen aanbevolen voor bejaarden en voor patiënten met risicofactoren, maar ook voor het medisch personeel, aangezien het op grond van zijn beroepsbezigheden in staat is de ziekte over te brengen op een groot aantal patiënten. Wij herinneren er aan dat de huidige vaccins veilig zijn en dat de korte duur van de immunisatie, evenals de antigene variaties, impliceren dat de inenting van de doelgroepen ieder jaar opnieuw moet gebeuren.

Vaccin tegen hepatitis B

Hepatitis B is een typische ziekte die zeer doeltreffend door middel van een vaccin kan worden voorkomen, maar waarvan de incidentie toch elk jaar stijgt, omdat de inenting niet gebeurt. In de Verenigde Staten maken

de statistieken gewag van 300.000 nieuwe infecties door het hepatitis B-virus per jaar, met als gevolg 250 overlijdens door fulminante hepatitis, 4000 door cirrhose en 800 door leverkanker.
Het vaccin tegen hepatitis B is te beschouwen als het eerste "anti-kanker-vaccin". Gezien sexuele transmissie frequent voorkomt, is het hepatitis B vaccin ook het eerste effectieve vaccin tegen SOA. Het vaccin is doeltreffend in 85 à 95 % van de gevallen ter preventie van de infectie bij jonge volwassenen.
Er is vastgesteld dat de immuunrespons in termen van antistoffengehaltes omgekeerd evenredig is met de leeftijd. De immuunrespons vermindert eveneens in het geval van diabetes, nierinsufficiëntie, chronische leveraandoeningen, AIDS, tabaksmisbruik en zwaarlijvigheid. De duur van de periode tijdens dewelke het vaccin een maximale bescherming verleent, blijft slecht omschreven. Zeven jaar na de inenting met het uit plasma bereid vaccin bezit 30 à 50 % van de jonge volwassenen een inadequaat of niet aantoonbaar antistoffengehalte (*). Om deze redenen aarzelen sommige artsen niet een nieuwe dosis van het vaccin toe te dienen na 5 à 7 jaar. Onafgezien van deze laboratoriumgegevens blijft bescherming tegen de klinische aandoening minstens 7 jaar bestaan. Patiënten in dialyse en AIDS-patiënten hebben hoge doses nodig van bij het begin van de vaccinatie.
Routine herhalingsinentingen worden op dit ogenblik niet aangeraden. Sommige ziekenhuizen screenen de gevaccineerden na 5 à 7 jaren en geven een booster dosis als het antistoffengehalte tot nul is gedaald. Bij patienten onder hemodialyse en onder immuno-suppressieve behandeling, moet het antistoffengehalte elk jaar worden bepaald om de noodzaak van een frequentere herhalingsinenting na te gaan.
Talrijke risico-personen (bijvoorbeeld 30 % van de geïnfecteerde individuen) rekenen zichzelf niet tot een risicogroep. Dit "gebrek aan inzicht" maakt een doeltreffende vaccinatie van risico-personen vrij moeilijk en verklaart de huidige aanbeveling om alle pasgeborenen te vaccineren. Deze strategie zal de jonge volwassenen pas over 15 à 20 jaar beschermen, zodat ondertussen bijkomende maatregelen nodig zijn (bijvoorbeeld vaccinatie van de jonge adolescenten - n.v.d.r. leeftijd; 10 à 12 jaar-). Het gaat hier om een belangrijk probleem, waaraan volgens de auteurs van dit artikel ook nog de hoge kostprijs van het vaccin toe te voegen is. ■

(*)nvdr: In België wordt het biogenetisch bekomen vaccin meest gebruikt.

Referentie "Immunization of adults"; Gardner P, Schaffner W.; N. Engl. J. Med., 1993; vol. 328:1252-1258.

Raming van de effekten van de vaccins die momenteel voor volwassenen worden aanbevolen.

Ziekte	Raming overlijdens per jaar no.	Raming effektiviteit vaccin %	Huidig gebruik van het vaccin %	Bijkomend aantal vermijdbare doden no.
Griep	20,000	70	30	9,800
Pneumokokken	40,000	60	14	20,640
Hepatitis B	5,000	90	10	4,050
Tetanos-difterie	< 25	99	40	< 15
Reizigersziekten (cholera, buiktyfus, Japanse encephalitis, gele koorts, poliomyelitis, en hondsdolheid)	< 10	–	–	< 10
Mazelen, rodehond en bof	< 30	95	Variabel	< 30

Cholerapandemie

GEEN VACCINATIE

Voor een westerse reiziger is informatie over de hygiënische maatregelen belangrijker dan de systematische vaccinatie.

Deze ziekte heeft reeds meer dan 3 miljoen personen getroffen en duizenden overlijdens veroorzaakt over de hele wereld sinds de pandemie in 1961 begon. Volgens de WGO is geen enkele verbetering in zicht. De huidige epidemie is veroorzaakt door een besmetting met Vibrio cholerae El Tor, die in staat is lange jaren te overleven in water. Dit brengt met zich mee dat het onwaarschijnlijk is dat de pandemie snel zal verdwijnen.
In 1992 hebben 68 landen 461.783 gevallen en 8.071 overlijdens aangegeven. Peru, een land waarin de epidemie in 1991 is opgedoken, telt het grootste aantal gevallen: 212.642, hetzij 67 % van alle gevallen in de beide Amerika's.
Men kan cholera beschouwen als een "verklikker" van het socio-economische welzijn van een land. De droogteproblemen en de persisterende politieke problemen in Afrika leiden tot de verplaatsing van honderdduizenden personen naar gebieden waardoor de volksgezondheid sterk achteruitgaat.
Het risico voor een westerse reiziger om de ziekte op te lopen wordt geschat op ongeveer 1 op 500.000. Over het algemeen zal de patiënt niet overlijden. Het vaccin verleent slechts een bescherming van 50 %, voor niet meer dan enkele maanden. Het is dan ook beter patiënten te informeren over hygiënische

maatregelen die zich opdringen, dan te vaccineren. Het huidige vaccin wordt trouwens niet aanbevolen door de WGO. ■

Referentie WGO : mededeling 47; 22/6/93.

Tuberculose

VERONTRUSTENDE SITUATIE IN DE VERENIGDE STATEN

In België, blijft de situatie geruststellender.

Deze "historische" ziekte is opnieuw een probleem voor de volksgezondheid geworden in de Verenigde Staten. Na een regelmatige achteruitgang van tuberculose over zowat 40 jaar, heeft de incidentie zich eerst gestabiliseerd in 1985, om vervolgens vanaf 1989 weer toe te nemen.

De socio-economische achteruitgang en de AIDS-epidemie vormen waarschijnlijk de belangrijkste oorzaken van deze situatie. Tuberculose komt frequenter voor bij AIDS-patiënten. Doordat bij AIDSpatiënten de tuberculinetests vaak negatief blijven, net zoals de opsporing van Koch-bacillen in het sputum, wordt de diagnose doorgaans later gesteld en de behandeling dan ook later ingesteld. (*)

Terzelfdertijd is een toename van het aantal Koch-bacillen met enkelvoudige of multipele resistentie waargenomen. De statistieken van de New Yorkse ziekenhuizen tonen aan dat tenminste 15 % van de afgezonderde Koch-bacilstammen resistent zijn voor isoniazide, rifampicine of beide samen. De frequentie van deze resistenties is hoger bij patiënten die reeds een behandeling hebben gekregen. Dit is voornamelijk te wijten aan een slechte therapietrouw. In België werden sinds 1989, 15 patiënten met een multiresistente tuberculose geregistreerd, waarvan 4 van Belgische nationaliteit.

Deze heropflakkering van tuberculose in de Verenigde Staten wekt in dit land nieuwe belangstelling voor het BCG-vaccin (*). Dit vaccin kent in de wereld een ruim gebruik, voornamelijk bij kinderen; in de Verenigde Staten is het aanbevolen voor sommige bevolkingsgroepen met hoog risico. De doeltreffendheidsstudies bij de volwassenen daarentegen, hebben wisselvallige en zelfs tegenstrijdige resultaten opgeleverd. Bovendien bemoeilijkt BCG-vaccinatie een vroegtijdige diagnose van tuberculose, aangezien de tuberculinetest zijn doeltreffendheid verliest. Op dit ogenblik bestaan er dus niet voldoende redenen om de indicaties van deze vaccinatie uit te breiden. Overigens is het BCG-vaccin niet meer beschikbaar in België. ■

(*) De huidige statistieken van de geregistreerde tuberculosegevallen in België tonen momenteel nog geen heropflakkering. Er zijn ook nog geen aanwijzingen voor een relatie tussen HIV en tuberculose in België.

Referentie "Maladies infectieuses"; Stoeckle M, Gordon Douglas R; Année Méd. 1992-1993 : 35 - 37 - "Immunization of adults"; Gardner P, Schaffner,W ; N. Engl. J. Med., 1993; vol. 328: 1252 - 1258.

Tuberculose : nationale aanbevelingen.

De aanbevelingen in verband met tuberculose van het VAGT en het FARES worden momenteel herzien door een nationale werkgroep. Wij zullen hieraan uiteraard in een volgend nummer aandacht besteden.

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. In Sint-Petersburg alleen al werden tussen januari en april 1993, 498 gevallen gesignaleerd. Onlangs overleed een Belgische toeriste die bij een familielid in Moskou verbleef.

Difterie of kroep is een ernstige besmettelijke ziekte die uitermate zeldzaam is geworden in onze streken. In België worden in principe alle kinderen vanaf 3 maanden ingeënt tegen difterie (samen met tetanos en/of kinkhoest). Na de leeftijd van 10 jaar geeft men in België, en dit in tegenstelling tot de meeste ons omringende landen, geen herhalingsinentingen vanwege het mogelijke risico op nevenwerkingen. Na een basisvaccinatie blijft men echter slechts een tiental jaren immuun. In België is difterie evenwel volledig verdwenen, en dit dus zonder herhalingsinentingen bij volwassenen. Bovendien zijn volwassenen die geboren werden vóór 1950 nagenoeg nooit ingeënt. De vraag stelt zich dan ook of volwassenen zich moeten laten inenten bij een bezoek aan Oost-Europa (en andere risicolanden) en/of, er samen met de tetanosherhaling om de tien jaar, ook niet systematisch

Vervolg P. 8

Vraag - antwoord

PNEUMOKOKKEN VACCIN

Een collega legde me volgende vraag voor, die vele lezers zeker zal interessen.
Het is dan ook dé gelegenheid om een stanpunt hieromtrent door Professor Clara te publiceren.

V. : "Een maand geleden leed een 25-jarige gesplenectomiseerde patiënt, aan een pneumokokken - meningitis, waar hij heelhuids is doorgekomen (...). De internist die hem heeft behandeld, raadt me aan om hem te vaccineren tegen de pneumokokken. (...) De vraag is nu : wegen de eventuele risico's op tegen de voordelen van de vaccinatie; m.a.w. moet ik hem vaccineren ? (...)"

Alhoewel er 83 serotypes met verschillend polysaccharide kapselantigeen worden beschreven, is slechts een twaalftal types verantwoordelijk voor de meerderheid van de pneumokokkeninfecties bij kinderen en volwassenen (vnl. serotypes 1, 3, 4, 6, 7, 9, 14, 18, 19 en 23).

Het huidig vaccin MSD en Mérieux bevat 23 serotypes, die beschermen tegen 88% van de ernstige infecties bij volwassenen (bacteriëmie en meningitis).
Het vaccin bevat een grote hoeveelheid polysaccharide-antigeen, nl. 25 μg per serotype (in totaal 575 μg; te vergelijken met 10-40 μg voor diphterie en 2-10 μg voor tetanus toxoïd vaccins). De bacteriesoorten met een polysaccharidekapsel brengen een thymusonafhankelijke immuunrespons teweeg, waarbij vooral IgM-antilichamen geproduceerd worden en jonge kinderen weinig of geen antilichamen maken tegen dit T-cel onafhankelijk antigeen.

Nevenwerkingen

Een eerste toediening van het pneumokokkenvaccin geeft meestal slechts geringe lokale en veralgemeende reacties.
Revaccinatie echter kan ernstige nevenwerkingen veroorzaken, o.a. een Arthusfenomeen, vooral indien het vaccin binnen een termijn van drie jaar wordt toegediend (semi-laattijdige reactie met vorming van immuuncomplexen tussen antilichamen en antigenen).
Revaccinatie is zelden aangewezen, onder meer omdat het optimuminterval tussen de vaccinaties niet is gekend.
Patiënten die werden gevaccineerd met het eerste vaccin dat op punt werd gesteld en dat slechts 14 serotypes bevatte, mogen niet gehervaccineerd worden met het vaccin met 23 serotypes.

Aanwijzingen

Gezien al deze beperkingen is het aangewezen het pneumokokkenvaccin enkel toe te dienen aan personen die behoren tot de zwaardere risicogroepen. Eén van de belangrijkste aanwijzingen is de functionele (o.a. bij sikkelcel-anemie) of anatomische asplenie wegens het groot risico op een ernstig verlopende pneumokokken sepsis, die - indien niet snel en doeltreffend behandeld -, in korte tijd tot de dood kan leiden.
Men dient er rekening mee te houden dat bij een aantal patiënten die een splenectomie hebben ondergaan, immunisatie met het huidige pneumokokkenvaccin een duidelijk geringere antistoffenproductie teweegbrengt.
Om de immuniteit maximaal te verzekeren is het aangewezen het vaccin, zo mogelijk, minstens 2 weken voor de geplande splenectomie toe te dienen.
Ook indien dit laatste niet mogelijk was, blijft de aanwijzing op vaccinatie tegen pneumokokken na splenectomie bestaan.
Volgens P. Gardner en N. Schaffner is het ook aangewezen systematisch pneumokokkenvaccin toe te dienen aan alle bejaarden (N. Engl. J. Med., 1993; 328:1252-1258). In de USA zijn infecties met Streptococcus pneumoniae verantwoordelijk voor 40.000 doden per jaar, vooral bij oudere personen.
Na vaccinatie is 93% van de personen onder de 55 jaar beschermd tegen ernstige pneumokokkeninfecties.
Dit percentage daalt geleidelijk met het ouder worden tot 46% $\geq$ 85 jaar.
Nochtans is slechts 14% van de bejaarden ($\geq$ 65 jaar) gevaccineerd en slechts 7% van de personen van 18 - 64 jaar met ernstige risico's.
Apathie is de voornaamste oorzaak van het onvoldoende toepassen van het pneumokokkenvaccin.
Booster om de 6 jaar, dient enkel te worden toegediend aan personen met het hoogste risico of veralgemeende pneumokokkeninfecties, vnl. asplenische patiënten.

Prophylaxie met antibiotica

Zowel de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid in Nederland als de American Academy of Pediatrics waarschuwen tegen schijnzekerheid, als zou men door vaccinatie volledig tegen alle pneumokokken-infecties beschermd zijn. Wegens de slechts gedeeltelijke bescherming na pneumokokkenvaccinatie is prophylaxie met antibiotica aangewezen, in casu penicilline G of V of ampicilline, bij personen met asplenie.
Bij volwassenen en oudere kinderen wordt geen onderhoudsdosis gegeven, maar worden antibiotica voorgeschreven die de patiënt steeds "op zak" moet hebben. De patiënt moet deze antibiotica gebruiken zodra hij bij zichzelf de eerste verschijnselen van een infectie waarneemt en hij moet zich daarna altijd zo spoedig mogelijk tot zijn huisarts wenden voor verdere behandeling en controle.

Toekomst

Naar de toekomst toe is het dringend noodzakelijk een geconjugeerd vaccin op punt te stellen (polysaccharidekapsel gebonden aan een T-cel afhankelijk antigeen, meestal een eiwit), die een T-cel afhankelijke immuunrespons opwekt zoals het huidig vaccin tegen Haemophilus influenzae, type b. ■

Prof. Dr. Clara - UIA

Vervolg van p. 6

een difterie-herhaling moet worden toegediend.
Overeenkomstig de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie, geeft Vax-Info volgende raadgevingen :

1 Alle reizigers naar risicogebieden krijgen best een rappelinenting. Op dit ogenblik is enkel de pediatrische vorm van het difterievaccin op de markt en dit is steeds vermengd met een dosis tetanosvaccin (Tedivax). Dit vaccin met een vrij hoog gehalte aan difterie-anatoxine mag echter slechts tot de leeftijd van 7 jaar worden toegediend. Boven deze leeftijd geeft men hiervan 1/5 (dus 0,1 ml) intramusculair. Dit kan vermengd worden met een volledige dosis van het tetanosvaccin (zoals Tevax) indien ook een tetanosrappel nodig is (alle tien jaar). Binnenkort komt er een combinatievaccin tetanos-difterie met een aangepaste dosis voor volwassenen op de markt.

2 Reizigers die als kind volledig gevaccineerd werden, en een rappel kregen op 6 jaar, zijn beschermd tot de leeftijd van 15 jaar. Vanaf 16 jaar volstaat een eenmalige rappelinjectie. Dit biedt een bescherming gedurende de volgende 10 jaar tegen de verlammingsverschijnselen die veroorzaakt worden door difterietoxine dat door de difteriebacterie wordt afgescheiden. Tegen de besmetting door de difteriebacterie zelf werkt het vaccin niet !

3 Volwassenen die nooit werden gevaccineerd (in de praktijk vooral mensen die geboren zijn vóór 1950) krijgen best een volledige vaccinatie aangepast aan hun leeftijd. Dit betekent : 3 injecties van 1/5 van de pediatrische dosis. Tussen de twee eerste injecties moet een termijn liggen van 4 à 6 weken, tussen de tweede en de derde een termijn van 6 à 12 maanden.
Het risico op besmetting voor de gewone toerist die deelneemt aan een georganiseerde reis, is weliswaar zeer gering. Maar anderzijds waarschuwt de Wereldgezondheidsorganisatie ervoor dat ook in Rusland en Oekraïne bij luchthaven- en stationspersoneel en zelfs bij personeel van ziekenhuizen, difteriegevallen zijn gemeld, zodat men het risico op besmetting toch niet helemaal kan uitsluiten.
Vermits in België in principe elk kind gevaccineerd is en difterie niet meer voorkomt, is elk geval van importdifterie er één te veel. Daarom is het toch aan te raden dat men, indien mogelijk, elke reiziger die zich dezer dagen naar Rusland of Oekraïne begeeft, controleert of hij/zij voldoende geïmmuniseerd is tegen difterie.

4 De hevige nevenreacties die in het verleden werden gesignaleerd na rappelinenting bij volwassenen die reeds immuun waren voor difterie, worden de laatste tien jaar niet meer vastgesteld. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat men gebruik maakt van meer gepurifiëerde vaccins en omdat men aan volwassenen slechts 1/5 van de pediatrische dosis geeft.
In de internationale literatuur is men het er absoluut over eens dat het toedienen van een testdosis overbodig is. Sommige infectiespecialisten wensen voor oudere personen een voorzichtige houding aan te nemen, en dienen bij de eerste difterieinjectie 1/10 van de dosis diep subcutaan toe. Het vaccin mag zeker niet verdund worden, tenzij wanneer het vermengd wordt met een ampul van het tetanosvaccin. Er worden met het gecombineerde vaccin tetanos plus een een kleine dosis difterie niet noemenswaardig meer nevenreacties gezien dan na een tetanosinjectie alleen. Ook het nakijken van antistoffen in het serum is overbodig, en kan trouwens in België niet gebeuren.

5 In verschillende landen wordt er om de tien jaar een systematische rappelinenting van het gecombineerde vaccin tetanos + verlaagde dosis difterie gegeven. Of wordt, wanneer naar aanleiding van een verwonding een tetanosrappel nodig is, systematisch ook een volwassen dosis difterievaccin toegediend. In België bestaat deze richtlijn (nog) niet. In elk geval dient alle aandacht te worden gegeven aan een correcte en volledige vaccinatie van alle zuigelingen en kleine kinderen en mag zeker de rappel op zesjarige leeftijd niet worden vergeten. ■

Dr. A. Van Gompel - Tropisch Instituut, Antwerpen

OPZET VAX INFO

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

Redactiesecretariaat
Dr. Juan Coulon

Het drukken en de verspreiding van "Vax Info" is mogelijk dankzij het mecenaat van SmithKline Beecham Pharma. De keuze en de inhoud van de artikelen worden uitsluitend door het redactiesecretariaat en de auteurs bepaald en engageren alleen maar deze laatsten.

Verantwoordelijke uitgever : R. Coen, 65 Sans Soucistraat - 1050 Brussel.

Indien U vragen hebt in verband met vaccinatie, kunt u steeds schrijven naar Dr. J. Coulon. De vragen worden dan in een volgend nummer beantwoord door een lid van de Wetenschappelijke Denkgroep Vaccinatie.