INFOVAX
N° 9
Mei 1994

Inhoud

EDITORIAAL p. 2
- Malaria

BUIKTYFUS p. 2 - 3 - 4
- Vaccinatie : Typhim Vi / Vivotif

TETANUS p. 4
- Slordig vaccineren : een hoge prijs

BOF p. 4 - 5
- Risico's op meningitis ?

KINDEREN p. 5 - 6
- Vaccinatiebeleid

HEPATITIS B p. 7
- Recente gegevens en aanbevelingen van de Wereld Gezondheid Organisatie

VACCINS p. 8
- Waar beschikbaar ?

BELGIE
P.B.
BRUSSEL 8
1/8001
Afgifte kantoor

Edito

MALARIA

Een aantal Belgische blauwhelmen werden in het buitenland besmet met malaria. Gelukkig gaat het hier uitsluitend om de goedaardig verlopende vivax-malaria.
Sedert het midden van de tachtiger jaren is importmalaria in België duidelijk toegenomen. Het officiële cijfer schommelt sedert 1987 tussen de 250 en 300 gevallen per jaar, maar wegens onderrapportering ligt dit cijfer zeker hoger. Ongeveer 80% van deze gevallen zijn veroorzaakt door Plasmodium falciparum, de potentieel dodelijke vorm van malaria. Malaria is, indien tijdig gedetecteerd, volledig en definitief te behandelen. In het voorbije jaar overleden minstens 2 mensen aan de gevolgen van een te laat gedetecteerde malaria.
Van een doeltreffend vaccin tegen malaria droomt men reeds lang. Vorig jaar publiceerde *The Lancet* (20 maart 1993) de resultaten van een eerste gerandomiseerd, dubbelblind en placebo-gecontroleerd veldonderzoek in Colombia in een gebied waar malaria in niet zo sterke mate maar wel bijna het hele jaar voorkomt, met een vaccin tegen Plasmodium falciparum, ontwikkeld door een Colombiaans team onder leiding van dr. Patarroyo. Het is een gesynthetiseerd proteïne dat een cocktail van epitopen bevat van Plasmodium falciparum. Ernstige nevenwerkingen werden niet opgemerkt.
De globale doeltreffendheid gedurende het eerste jaar bleek ongeveer 40 % te zijn; bij kleine kinderen en mensen van 45 jaar en ouder (die tevoren minder malaria hadden doorgemaakt en dus veel minder bescherming hadden opgebouwd) was de beschermingsgraad rond de 70 %. Al bij al betekent dit een belangrijke vooruitgang. Maar het valt nog af te wachten wat het effekt van dit vaccin is wanneer het uitgetest wordt in gebieden waar de malaria-transmissie veel hoger ligt (studies zijn aan de gang in Gambia en Tanzanië, in Thaïland, Colombië en Equador).
Een doeltreffend vaccin dat een langdurige en waterdichte garantie biedt voor de reiziger is hiermee zeker nog niet verwezenlijkt, temeer omdat dit vaccin drie inentingen verspreid over 6 maanden vergt. Voor de reiziger blijft malariapreventie (in de eerste plaats door het kontakt met de malariamug te vermijden, en verder door de inname van tabletten) dus de belangrijkste maatregel. De te nemen maatregelen variëren van land tot land, zelfs van streek tot streek binnen één land, naargelang het seizoen, de manier van reizen, enz.

Binnenkort verschijnt de geactualiseerde 1994 versie van het boekje voor de artsen "Gezondheidsadviezen voor reizigers" (geschreven door de artsen van het ITG-Antwerpen). Dit referentie werk bevat alle adviezen over vaccinaties bij reizigers, maar ook over reizigersdiarree, malariapreventie en vele andere aspekten van de reizigersgeneeskunde. Voor de reizigers zelf is er het "Gezondheidspas".

Dr. A. Van Gompel
ITG - Antwerpen

Buiktyfus

VACCINATIE

Preventie van buiktyfus bestaat hoofdzakelijk uit hygiënische maatregelen. De vaccinatie is een nuttige bijkomende maatregel waarbij rekening gehouden wordt met het type reis. Er bestaan momenteel twee vaccins met vergelijkbare profielen.

Febris typhoidea of buiktyfus is een bacteriële infectie die veroorzaakt wordt door Salmonella typhi die alleen voorkomt bij de mens. Hoewel de ziekte over heel de wereld voorkomt, gaat het in onze streken momenteel nagenoeg uitsluitend om een import-pathologie. Dank zij een betere hygiëne en een controle van de voeding, komt buiktyfus nog zelden voor in de geïndustrialiseerde wereld. De frequentie van buiktyfus op reis in de (sub)tropen wordt geschat op 1 per 30.000 à 1/ 150.000 reizigers. In het Indische subcontinent, Indonesië, Noord-Afrika en Senegal ligt dit cijfer gemiddeld 10 maal hoger (1/3.000 à 1/15.000). Ook in een aantal Latijns-Amerikaanse landen ligt het risico hoog (Chili, Peru, Mexico). Personen die in primitieve omstandigheden reizen lopen uiteraard veel meer risico. Ter vergelijking : hepatitis A, de voornaamste infectie op reis waarvan preventie door vaccinatie mogelijk is, is gemiddeld 40 keer frequenter dan buiktyfus.

Preventie

Preventie bestaat hoofdzakelijk uit dezelfde hygiënische maatregelen die ook gelden bij diarreepreventie op reis. Algemeen : *"boil it, cook it, peel it, or forget it"*. Binnen de twee dagen echter heeft 98 % van de reizigers hiertegen al in mindere of meerdere mate gezondigd.

Het (ongeveer 100 jaar oude) klassieke parenterale "polyvalente" vaccin *"TABC"* is nu niet meer op de markt. Het gaf zeer frequent aanleiding tot uitgesproken lokale en algemene nevenwerkingen (koorts).

We beschikken momenteel over twee vaccins : het levend-afgezwakte buiktyfusvaccin *(Vivotif)* dat oraal wordt ingenomen, en het recent op de markt verschenen dood vaccin *(Typhim Vi)*, op basis van gezuiverd polysaccharide uit het kapsel van de bacil. De doeltreffendheid en werkingsduur is voor beide

vaccins ongeveer dezelfde (ongeveer 60 - 70 %, gedurende 3 jaar), evenals de kostprijs.
Een probleem is dat geen van deze vaccins werd uitgetest bij reizigers, doch enkel bij semi-immune populaties die wonen in gebieden waar buiktyfus permanent (in meerdere of in mindere mate) aanwezig is. Bij deze autochtonen is vaccinatie veeleer te beschouwen als een booster van een vroeger opgebouwde immuniteit. Extrapolatie van de doeltreffendheidscores naar de situatie van de reiziger die nooit eerder met buiktyfus besmet werd, is niet eenvoudig. Waarschijnlijk zijn zij minder beschermd dan de cijfers uit de verschillende studies aangeven.

Een recente berekening van de doeltreffendheid van Vivotif bij Oostenrijkse reizigers leverde een risicoreductie van slechts 46 % op. Bij personen die ondanks vaccinatie toch buiktyfus kregen, verliep de ziekte wel op mildere wijze.
De bescherming is dus verre van perfect, en het effect ervan kan worden tenietgedaan bij een massieve infecterende dosis. Vaccinatie heeft enkel een aanvullende waarde en doet dus geenszins af aan het belang van algemene hygiënische maatregelen ! Vaccinatie beschermt uiteraard niet tegen reizigers-diarree in het algemeen. De indicatie voor vaccinatie hangt af van het type reis.Vaccinatie is vooral

V E R G E L I J K E N D E T A B E L

	Typhim Vi	*Vivotif*
Aard van het vaccin	Polysaccharide vaccin, 25 μg "Virulent antigeen"	Levend verzwakt vaccin, 3 X 10^9 levende kiemen "Salmonella typhi Ty 21a"
Toedieningsvorm, schema, werkingsduur (rappel)	Eénmalige injectie, subcutaan of intramusculair, gebruiksklare spuit; rappel na 3 jaar	Peroraal, 3 capsules, één om de 48 uur; rappel na 3 jaar Bescherming: 3 weken na inname laaste capsule; duurt minstens 3 jaar. Van zodra een kind in staat is om de gelulen in zijn geheel door te slikken, kan het toegediend worden (ten vroegste vanaf de leeftijd van 4 jaar). Indien een kind de capsule niet kan doorslikken, mag men de inhoud ervan oplossen in 250 cc koude magere melk, waaraan men 0,8 g (1/4 theelepeltje) natriumbicarbonaat toevoegt. Dit mengsel dient onmiddellijk na bereiding uitgedronken te worden.
Compliance	Compliance gegarandeerd	Volgens een Amerikaanse studie maakt 1/3 van de gebruikers fouten die de doeltreffendheid van het vaccin kunnen doen dalen. Men neemt 1 capsule om de 48 uur. De capsules mogen niet geopend worden en dienen één uur vóór de maaltijd te worden ingenomen, met een weinig vloeistof. Het vaccin moet in de koelkast bewaard worden.
Tolerantie	Goede tolerantie	Goede tolerantie
Associatie	Mag samen met andere vaccinaties, malariatabletten, antibiotica.	Liefst niet samen met poliovaccin. Vivotif mag worden ingenomen samen met de malariatabletten chloroquine en mefloquine (in dit geval pas 8 uur na de laatste mefloquine-inname). Het mag niet samen met antibiotica worden ingenomen (liefst een week vóór tot een week na). Het mag wel gecombineerd worden met gammaglobulines.
Voorzorgsmaatregelen	In principe veilig tijdens zwangerschap	
Tegenaanwijzingen	Niet bij kinderen onder de 2 jaar (immunisatierespons laag).	Ernstige maagdarmklachten, inflammatoire darmziekten, acute febriele aandoeningen, immuundepressie (zie gele koorts vaccin), zwangerschap.
Werkzaamheid	Gemiddeld rond de 67 %; de gerapporteerde cijfers zijn matig constant, en liggen tussen de 65 en 75 %.	Gemiddeld rond de 67 %, maar met vrij grote variatie van de gerapporteerde cijfers (43 % - 91 %), wat de exacte bescher-mingsgraad bij reizigers onzeker maakt, zeker in gebieden met een grote kans op besmetting.
Kostprijs	685 BF	679 BF

aangewezen bij avontuurlijke reizen in weinig hygiënische omstandigheden.
Voor de gewone toeristische reizen naar de (sub)tropen die langer dan 3 weken duren, kan het ook worden aangeraden. Voor korte reizen (behalve naar Indië) in goede hygiënische omstandigheden verkiest men meestal om niet te vaccineren daar de ongemakken (zelfs gering), de inspanning en de kostprijs niet in verhouding staan tot het in die omstandigheden toch kleine risico, en omdat de incubatieperiode (1 tot 3 weken) dikwijls de duur van de reis overtreft. Mensen met a- of hypochlorhydrie (gastrectomie, gastritis, medicatie met antacida, H2-antagonisten) lopen meer risico op buiktyfus.

Na het doormaken van buiktyfus is men wellicht niet levenslang immuun, zoals men vroeger dacht : een booster na 3 jaar is ook hier aan te raden.

Uit bovenstaande tabel mag blijken dat beide vaccins vóór en nadelen kunnen hebben, en dat de patiënt, in samenspraak met de arts, beslist welk vaccinatie dient te worden verkozen. ■

Dr. A. Van Gompel
Instituut voor Tropische Geneeskunde, Antwerpen.

Aanbevolen literatuur :
- Kager P. Het nut van vaccinatie tegen buiktyfus met de huidige vaccins nog steeds omstreden. Ned Tijdschrft Geneeskd, , 1993; 137, 276.
- Editorial : Typhoid vaccination : weighing the options. Lancet 1992; 340, 341.
- Cryz S. : Post-marketing experience with live oral Ty21a vaccine. Lancet, 1993; 341, 49.

Tetanus

SLORDIG VACCINEREN: EEN HOGE PRIJS

In Tijdschrift voor Geneeskunde verscheen een artikel over de uiterst pijnlijke en langdurige behandeling van tetanus.

Een 78-jarige man ontwikkelde tetanus na een kleine wonde aan de pols.
De patient verbleef 54 dagen op de intensieve zorgenafdeling. De kostprijs hiervan aan honoraria, technische en therapeutische middelen, is enorm. Zo moest hij o.m. gedurende een zestal weken worden gecurariseerd en kunstmatig beademd.
Naast neuromusculair blokkerende farmaca, ontving de patiënt hoge doses benzodiazepines, toegediend via intermitterende injecties of continu infuus. Benzodiazepines bezitten, naast angstremmende en sedatieve eigenschappen, ook belangrijke spierrelaxerende eigenschappen. Aangezien deze farmaca niet terugbetaald worden door het RIZIV, moest de 78-jarige patiënt uit eigen zak 64.620 fr betalen.
Herinneren we eraan dat om de 10 jaar een booster moet worden gegeven. ■

Prof. Dr. R. Clara

Bron: J. Debakker et al. Intensieve tetanusbehandeling Tijdschr Geneeskd 1993; 49: 1073 - 1077.

Bof

RISICO'S OP MENINGITIS ?

Op basis van de huidige wetenschappelijke kennis is het momenteel niet verantwoord om de immunogeniciteit van het bofvaccin af te zwakken door een nog sterkere verzwakking van het virus, en zeker niet om de vaccinatie zelf in vraag te stellen.

In de literatuur duiken af en toe rapporten op over het mogelijk verband tussen meningitis en het bofvaccin of het driewaardig vaccin tegen bof, mazelen en rode hond.
Voor de ontwikkeling van het vaccin tegen bof wordt in de USA gebruik gemaakt van de Jeryl Lynn-stam, in de meeste andere landen van de Urabe-stam.
Het vaccin-virus tegen bof behoudt eengeringe neurotrope en meningotrope actie. Besmetting met het wilde bofvirus leidt in 1 geval op 400 tot meningoencephalitis met niet altijd gunstige prognose. Systematisch onderzoek van het lumbaalvocht toont aan dat bij 65 % van de patiënten met parotitis een lymfocytaire pleiocytose aanwezig is. Bof leidt tot talrijke verwikkelingen, zoals pancreatitis (2,7 %), doofheid (unilateraal 1 op 20.000), orchitis (9 % bij mannen ouder dan 12 jaar), oöphoritis (3,8 % bij meisjes ouder dan 12 jaar),

mastitis (7,7 % bij meisjes ouder dan 12 jaar), arthralgie (16,2 %) en, in Groot-Brittannië, tot 1.250 hospitalisaties per jaar (1).
Berekeningen op wereldschaal geven een incidentie van meningitis door het bofvaccin bereid met de Urabe-stam van 1 op 282.000 doses. In Canada lag de frequentie van meningitis met het Urabe-vaccin veel hoger, nl. 1 op 62.500. Om deze reden werd het Urabe-vaccin in 1990 in Canada van de markt gehaald (2).
In Groot-Brittannië werden de vaccins Pluserix en Immunovax (Mérieux) op 14 september 1992 van de markt gehaald na de publicatie in de pers van de resultaten van een onderzoek in het district Nottingham. Daar werd tussen oktober 1989 en december 1991 bij 145 kinderen een lumbaalpunctie uitgevoerd. Bij 6 kinderen die gevaccineerd waren met Pluserix of Immunovax werd een lymfocytaire meningitis vastgesteld en bij 2 kinderen werd de bofvirusstam Urabe geïsoleerd. Geen enkel kind behield neurologische letsels. In totaal werden in Nottingham 22.817 doses van beide vaccins toegediend, wat de gezondheidsautoriteiten deed besluiten dat er 1 kans op 4.000 was voor een lymfocytaire meningitis en 1 kans op 11.000 voor een meningitis met positieve kweek van de Urabe-stam.
De firma SKB besloot daarop de distributie van het bofvaccin in België en in het Groot Hertogdom Luxemburg stop te zetten. De Belgische Hoge Gezondheidsraad moest zich noodgedwongen neerleggen bij die beslissing.
Nochtans is het onderzoek van Nottingham vatbaar voor heel wat kritiek. Zeer lichte gevallen, technisch moeilijk te herkennen, werden op die manier opgespoord. Het onderzoeksteam ging heel gemakkelijk over tot lumbaalpuncties vermits 112 op de 145 puncties een blanco resultaat gaven.
D.J. Nokes en R.M. Anderson argumenteerden in 1991 in The Lancet dat men bij een immunisatiegraad van 70 % of lager de voorkeur moet geven aan het Urabe-vaccin (seroconversie 97,9 %) boven het Jeryl Lynn-vaccin (seroconversie 93,8 %), vanwege de hogere immunogeniciteit en ondanks de iets hogere kans op nevenwerkingen (3).
Het is dan ook onverstandig om de immunogeniciteit van het bofvaccin af te zwakken om de niet frequente en lichte neurologische complicaties te voorkomen (4).
Wil men echter het vertrouwen van het publiek terugwinnen, dan is het aangewezen te zoeken naar een vaccin met dezelfde immunogeniciteit als het bofvaccin op basis van de Urabe-stam, maar met minimale bijwerkingen. ■

Prof. Dr. R. Clara

Bronnen :
(1) K. M. Sullivan e. al. Mumps disease and its health impact: an outbreak based report. Pediatrics 1985; 76: 533 - 536.
(2) E.G. Brown et al. Nucleotide sequence analysis of Urabe mumps vaccine strain that caused meningitis in vaccine recipients. Vaccine 1991; 9: 840-842.
(3) D.J. Nokes, R.M. Anderson. Vaccine safety versus efficacy in mass immunisation programmes. Lancet 1991; 338: 1309-1312.
(4) Editorial: Mump Meningitis and MMR Vaccination. Lancet 1989; 334: 1015-1016.

Kinderen

VACCINATIEBELEID

De vaccinatie van kinderen tegen de klassieke ziekten (difterie, tetanus, kinkhoest, polio, mazelen, bof, rode hond) heeft ongetwijfeld een positief effect gehad.

In het eerste deel van dit artikel in vorig nummer van *Vax-Info*, overliepen we de voordelen en de mogelijke tegenindicaties van vaccinaties. In dit tweede deel bespreken we meer in detail een aantal vaccins.

Difterie - en tetanusvaccinatie

Alhoewel ernstige overgevoeligheidsreacties uiterst zeldzaam zijn, verdient het aanbeveling om bij elke inenting, zoals bij elke injectie van eiwitten, een inspuitbaar adrenaline-preparaat bij de hand te hebben. Vanaf de leeftijd van 7 jaar kan een hoge dosis difterievaccin een pijnlijke, systemische reactie veroorzaken. Daarom wordt vanaf die leeftijd de dosis difterie gereduceerd, bij voorbeeld een vijfde tot een tiende van de pediatrische dosis.
Ook bij te frequente tetanusinjecties kan soms een allergische reactie optreden (b.v. onder de vorm van urticaria). Vroeger werden kinderen b.v. ingeënt vóór elk verblijf in een vakantiekolonie. Vermits een 10-jaarlijkse herhaling nu algemeen als voldoende wordt aanzien, zijn dergelijke reacties uiterst zeldzaam.

Kinkhoestvaccin

Kinkhoest is een langdurige ziekte. De ziekte is erg besmettelijk en ook zuigelingen kunnen worden besmet. Vooral op deze zeer jonge leeftijd kan dit levensbedreigend zijn.

Door de betere levensomstandigheden en het gebruik van antibiotica zijn de kwalijke gevolgen en het sterftecijfer ten gevolge van kinkhoest drastisch teruggelopen. Toch zijn verwikkelingen, zoals pneumonie of hersenbeschadiging, nog steeds geen zeldzaamheid. Uit een recent Amerikaans onderzoek blijkt dat bij kinderen beneden 11 maanden het risico op pneumonie ongeveer 20 % bedraagt, in bijna 3 % van de gevallen gaat de ziekte gepaard met convulsies en in 0,4 tot 0,8 % met encefalopathie. Meer dan 60 % van de kinderen moest worden opgenomen in een ziekenhuis.
Tengevolge van berichten omtrent vaccin geassocieerde encefalopathie in Engeland in 1974, werd de vaccinatie in Engeland, Duitsland en Zweden afgeraden. Dit had dramatische gevolgen in die landen.
Bij een epidemie in Engeland in 1978 werden 78.000 gevallen genoteerd met 12 overlijdens. Bij een nieuwe epidemie in 1982 overleden eveneens 12 personen. In Duitsland telde men in 1980 meer dan 80.000 ziektegevallen en in 1981 en 1982 overleden resp. 14 en 13 personen ten gevolge van kinkhoest. Zweden kende in de jaren tachtig verschillende epidemiën met duizenden ziekteopnames met veel complicaties en 3 sterfgevallen.
Intussen heeft onderzoek uitgewezen dat er geen oorzakelijk verband kan gelegd worden tussen de vaccinatie en de enkele gevallen van blijvende hersenbeschadiging. Engeland en Duitsland raaden de vaccinatie trouwens opnieuw aan.
Dat neemt niet weg dat een vaccin met een gelijkaardige of verbeterde werking en met minder nevenwerkingen, zeer welkom zou zijn. Het pertussis-vaccin heeft vele mineure, maar onaangename bijwerkingen, zowel lokale (zoals roodheid, pijn en zwelling) als algemene (zoals koorts, huilen en prikkelbaarheid). Zelden komen ook majeure bijwerkingen voor zoals collaps met intense bleekheid, hypotonie en bewusteloosheid. Deze toestand duurt enkele minuten tot enkele uren. Er zijn echter geen blijvende letsels beschreven.
Alles wijst erop dat de acellulaire vaccins die reeds in Japan word gebruikt en die momenteel op grote schaal worden uitgetest, veel minder bijwerkingen maar een even goede immunogeniciteit vertonen.

Poliovaccinatie

De spectaculaire vermindering van het aantal polioverlammingen sinds de jaren zestig is ongetwijfeld te danken aan de introductie van het orale poliovaccin. Toch worden in Africa door onvoldoende vaccinatie nog zeer veel kinderen door deze ziekte getroffen.
Nadeel van dit vaccin is (zeldzaam) optreden van vaccin-geassocieerde verlammingen. Het geïnactiveerd poliovaccin heeft dit nadeel niet. Het biedt daarentegen een beperkte immuniteit, waardoor de verspreiding van de wilde poliovirussen minder afgeremd wordt doordat de groepsimmuniteit minder uitgesproken is. Hierdoor blijven kleine epidemieën bij niet-gevaccineerden mogelijk, zoals periodiek gebeurt in Nederland waar bepaalde religieuze gemeenschappen elke vaccinatie blijven weigeren (zie hierover uitgebreider *Vax Info* nr. 8).
Wellicht bestaat de oplossing in een verdere verbetering van het orale vaccin. Men zou ook een combinatie kunnen overwegen van het gedode vaccin bij de eerste twee toedieningen en het orale vaccin bij de derde toediening.

Het bofvaccin

Zie hierover het artikel op p. 4.

Vaccinaties en alternatieve geneeswijzen

Homeopathische artsen vechten soms heftig de huidige vaccinaties aan en verliezen daarbij elke zin voor redelijkheid en objectiviteit. Volgens hen wordt de schade die door de ‘natuurlijke’ infecties wordt toegebracht overdreven en worden de majeure bijwerkingen van de vaccins systematisch verzwegen. Zonder ooit enig bewijs aan te brengen, suggereren ze ook dat vaccins allerlei late ernstige verwikkelingen zoals reumatoïde artritis, multiple sclerose, ja zelfs kanker zouden veroorzaken. Het epidemiologisch verloop van de meeste infectie-ziekten zou zelfs helemaal niet worden beïnvloed door vaccinatiecampagnes...
Het probleem met dit soort beweringen is dat zelfs een klein aantal niet-ingeënte kinderen voldoende zijn om de transmissieketen op gang te houden. Deze kinderen maken de ziekte door op reis of op latere leeftijd, en helpen aldus mee aan de ontwikkeling van (kleine) epidemieën.
Met een wettelijke vaccinatieplicht lost men dit probleem niet op. Exacte informatie en een kwalitatief hoogstaande medische zorg zijn betere middelen om weigerachtige ouders te “bekeren”. Aanhoudende bijscholing en actuele informatie zal artsen en verpleegkundigen trefzekere argumenten ter hand stellen die kunnen overtuigen. Wetenschap en industrie hebben de plicht om voortdurend toe te zien op kwaliteit en vooruitgang. Overheid en medische sector, zowel preventieve als curatieve, kunnen hieraan meehelpen door het verzamelen van epidemiologische gegevens. Ze dragen ook een belangrijke verantwoordelijkheid om dit vaccinatie-programma voor iedereen beschikbaar te stellen. ■

Dr. Leo Blancke
Medisch adviseur, Kind & Gezin

Hepatitis B

RECENTE GEGEVENS

De strategie die er op gericht is alleen risicopatiënten in te enten blijkt op dit ogenblik tegen zijn grenzen aan te stoten: deze aanpak is niet doeltreffend om de ziekte onder controle te brengen. De WGO beveelt dan ook de introductie van systematische vaccinatie aan in de nationale programma's van alle landen, ten laatste tegen 1997.

In november 93 is een internationaal congres gehouden door de *Viral Hepatitis Prevention Board (VHPB)*. Daar werd de aandacht gevestigd op het feit dat hepatitis B een belangrijke oorzaak van mortaliteit en morbiditeit vormt.
Het aantal overlijdens dat aan hepatitis B in de USA wordt toegeschreven, is te schatten op 1.000 à 1.500 voor elk miljoen inwoners, in de hypothese dat er geen vaccinatie zou worden toegediend. Dat is evenveel als alle overlijdens te wijten aan Haemophilus influenzae type b, poliomyelitis, kinkhoest, mazelen, rubella en bof bij elkaar (zie tabel).
Het Europese Regionaal Bureau van de WGO schat dat het hepatitis B-virus elk jaar tussen de 900.000 en 1.000.000 Europeanen besmet; daarvan zullen zowat 90.000 personen chronisch drager worden en nagenoeg 20.000 zullen uiteindelijk overlijden aan levercirrhose of -kanker.

Doelstelling 1997

De WGO-deskundigen bevelen de systematische vaccinatie aan van pasgeborenen en/of jonge adolescenten. De incidentie-piek van hepatitis B in de Westerse landen ligt tussen 15 en 25 jaar. De vaccinatie van adolescenten zou dus een groep kunnen beschermen die bijzonder kwetsbaar is voor seksuele overdracht. Anderzijds zou het mogelijk zijn de ziekte op lange termijn onder controle te brengen door vaccinatie van pasgeborenen. In tussentijd blijft de bescherming van risico-groepen natuurlijk van toepassing, zoals screening van de zwangere vrouw.
De WGO stelt voor systematische vaccinatie in de nationale programma's van alle landen in te voeren ten laatste tegen 1997. Reeds 47 landen hebben systematische vaccinatieprogramma's lopen, waaronder Italië, de Verenigde Staten, en bepaalde landsdelen van Spanje en Canada.

Zwangere vrouwen: opsporing een noodzaak

Systematische opsporing maakt het mogelijk alle pasgeborenen te beschermen. Minstens 30 % van de kinderen die uit een besmette moeder worden geboren, raken bij de geboorte besmet.
Zonder behandeling worden 90 % van de besmette kinderen chronische drager. Om bescherming te bekomen, moeten kinderen van besmette moeders 4 injecties krijgen, als ook specifieke hepatitis B-immunoglobulines.
Tenslotte is ook de bescherming van de familiale omgeving van belang. De transmissie in de schoot van de familie mag immers niet worden onderschat. Zo is in Italië aangetoond dat personen die met een virusdrager onder hetzelfde dak leven, een drie keer hoger risico vertonen dan de algemene bevolking. De manier waarop deze overdracht tot stand komt, die voornamelijk bij kinderen belangrijk is, is nog niet volledig ontsluierd. Wel wordt aangenomen dat wondjes, beten, krabletsels, de voornaamste bron van transmissie zijn in de kinderjaren. Eén drager zou tot tien personen besmetten vóór de leeftijd van 20 jaar, waarvan minstens één drager wordt.

Dr. Patrick Trefois

Geschatte morbiditeit en mortaliteit van ziekten die door vaccinatie kunnen worden voorkomen, vóór de beschikbaarheid van vaccins in de USA.

Ziekte	Frequentie (per miljoen)	Lange termijn complicaties (per miljoen)	Overlijdens (per miljoen)
Hepatitis B	25,000	7,000	1,000-1,500
Haemophilus Influenza b	5,000	1,500	300-600
Mazelen	900,000	300	200-400
Bof	75,000	5	3-5
Polio	14,000	4,500	100-400
Kinkhoest	600,000	40	200-300
Rode hond	300,000	750	10-15

Bron : Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Atlanta.

Vaccins

WAAR BESCHIKBAAR ?

•De meeste vaccins zijn gemakkelijk beschikbaar in de apotheek op voorschrift van een arts. Het gaat om de volgende vaccins: difterie, tetanus, kinkhoest, mazelen, bof, rubella, poliomyelitis (de levende en de gedode vorm), Haemophilus influenzae type b, hepatitis A, hepatitis B, tyfus (levende en gedode vorm) en Influenza.
De vaccins voor kinderen die tot het aanbevolen vaccinatieschema behoren (de zes eerstgenoemde vaccins en het oraal poliovaccin) zijn gratis verkrijgbaar bij de Gezondheidsinspectie.

Antwerpen :	03/224.62.04
Brabant (Leuven) :	016/29.38.58
Limburg (Hasselt) :	011/23.57.90
Oost-Vlaanderen (Gent) :	09/265.19.28
West-Vlaanderen (Brugge) :	050/33.30.15

•Andere vaccins (zie hieronder) hebben meer beperkte indicaties of zijn onderworpen aan administratieve verplichtingen bij de toediening. Ze zijn alleen in sommige gespecialiseerde centra beschikbaar, die in sommige gevallen de huisarts zullen helpen bij het nemen van een beslissing.

Gele koorts

Dit vaccin kan alleen in een door de WGO officieel erkend centrum worden toegediend. In Vlaanderen gaat het om de volgende centra:

Antwerpen : Instituut voor Tropische Geneeskunde
03/247.66.66 of 247.64.54
Info : 077/12.21.10

Brugge : A.Z. St-Jan
050/45.23.10

Brussel : Ministerie voor Buitenlandse Zaken
02/238.25.11

St-Pieters-Hospitaal
02/535.42.00 Info : 02/535.45.05

Gent : Provinciale Rijksgezondheidsinspectie
09/235.22.50 - 09/235.22.51

Hasselt : Virga-Jesse-Ziekenhuis
011/30.97.40

Leuven : St.-Rafaël-Ziekenhuis
016/33.21.15

UZ Gasthuisberg
Dienst Algemene Inwendige Ziekten
016/34.47.75

Meningokokken meningitis

Beschikbaar in de apotheek (type A, A + C, A + C + N + Y)

Japanse encefalitis en Centraal-Europese teken-encefalitis

Antwerpen : Instituut voor Tropische Geneeskunde
03/247.66.66 of 247.64.54

Rabies

Pasteur Instituut van Brabant
02/373.31.56

Tuberculose

Vereniging voor Respiratoire
Aandoeningen en Tuberculose (VRGT)
02/512.54.55

Pneumokokken

Niet beschikbaar in de apotheek. Kan in het buitenland worden besteld via de apotheker (Frankrijk - Mérieux 33 72 73 77 07, Nederland - MSD 31 23 15 31 53).

Cholera

Het choleravaccin heeft geen enkel indicatie meer.

Dr. René Snacken
Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie

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.