



Ten Geleide

Nieuwe rubriek

Het belang van vaccinaties moet niet meer worden aangetoond. De pokken zijn wereldwijd uitgeroeid. Polio-myelitis komt op het Amerikaanse continent niet meer voor. In West-Europa mag men verwachten dat het in de loop van de volgende jaren verdwijnt. Met correcte vaccinatie kan men individuen en populatie afdoend beschermen tegen een stijgend aantal infectieziekten. De voornaamste zijn mazelen, rubella, bof, kinkhoest, tetanus, difterie, invasieve infectie door *Haemophilus influenzae type b* en gele koorts. Dat heeft geleid tot de oprichting van anti-vaccinatie belangengroepen die in de media, op het internet en bij het grote publiek allerlei geruchten over bijwerkingen verspreiden die vaak totaal uit de lucht zijn gegrepen. Voorbeelden hiervan zijn dat de vaccinatie tegen hepatitis B haarverlies en zelfs multiple sclerose zou veroorzaken of dat het MBR-vaccin aan de basis zou liggen van intestinale ontstekingen en autisme. Dit soort berichten krijgen ruime aandacht in de media, ook al hebben ze geen enkele wetenschappelijke waarde. Ze hebben een belangrijke negatieve invloed op het grote publiek. Omstandige rapporten van nationale en internationale organisaties en epidemiologische studies die de voordelen van vaccinaties benadrukken en al die geruchten ontkrachten, krijgen veel minder aandacht en hebben veel minder impact. Het zou echter fout zijn om alleen de media met de vinger te wijzen. Ook de wetenschappers en de klinici die dergelijke hypothesen lanceren zonder over voldoende bewijzen te

Inhoud	Inhoud
Ten Geleide p. 1 ▶	Nieuwe rubriek
Info Veiligheid p. 1 - 2 ▶	Geen verband MBR met colitis en autisme
Tetanus p. 2 - 4 ▶	Vaccinatiebeleid kan beter Nieuw vaccinatieschema
Hepatitis B p. 4 - 6 ▶	De internationale reiziger
Frankrijk p. 6 - 7 ▶	Het vaccinatiebeleid
Actualiteit p. 8 ▶	Vaccinatie tegen meningokokken-C
Mededelingen p. 8 ▶	Reisgeneeskunde - Hepatitis B

beschikken, dragen een zware verantwoordelijkheid. Het vergt immers vaak heel veel tijd en geld om die beweringen te weerleggen en het grote publiek gerust te stellen.

Omdat we hier geconfronteerd worden met een ruime problematiek, heeft de redactie besloten om een nieuwe rubriek 'Info Veiligheid' te starten, waarin we u kunnen informeren over bepaalde actuele problemen in dit verband.

*Dr Jacques Senterre
en Dr Pierre Van Damme*

Info Veiligheid

Geen verband MBR met colitis en autisme

In de Britse media zijn opnieuw interviews verschenen van ouders van zieke kinderen en van dr. Andrew Wakefield en medewerkers over een mogelijk verband tussen het mazelen-bof-rubella-vaccin en autisme geassocieerd met een chronische, niet-specifieke enterocolitis.

In 1998 publiceerde histoloog Wakefield in *The Lancet* een studie die was uitgevoerd in samenwerking met de dienst voor pediatrie gastro-enterologie van de bekende John Walker-Smith van het *Royal Free Hospital* in Londen (1). De auteurs beschrijven hierin, op basis van gegevens van 12 kinderen (11 jongens) tussen 3 en 10 jaar, een nieuw syndroom waarbij een niet-specifieke enterocolitis gepaard gaat met neurologische verschijnselen: 9 gevallen van autisme, 1 geval van degeneratieve psychose en 2 gevallen van encefalitis. Zij formuleren de hypothese dat de betere intestinale permeabiliteit de opname van neuro-peptiden zou bevorderen waardoor cerebrale stoornissen kunnen optreden bij genetisch voorbestemde kinderen ten gevolge van een falend detoxificatieproces in de lever.

In 8 van de 12 onderzochte gevallen signaleerden de ouders een verband tussen de MBR-vaccinatie en het

BELGIE
P.P.
1/2217
Afdelingskantoor
Brussel X

optreden van de eerste neurologische symptomen, maar slechts in vijf gevallen werd ook een duidelijke termijn omschreven: 1 tot 14 dagen (gemiddeld 6 dagen) na de vaccinatie. De ouders zijn veel minder precies over het optreden van de gastro-enterologische klachten.

De auteurs verwijzen ook naar hun eerder onderzoek over een mogelijke relatie tussen de blijvende aanwezigheid van het mazelenvirus in de intestinale weefsels en de ziekte van Crohn. Zij steunen zich daarbij o.m. op twee weinig bekende publicaties (2,3) die een verband leggen tussen het gebruik van gecombineerde vaccins die ook het mazelenvaccin bevatten en autisme. Zij besluiten evenwel: "We did not prove an association between MMR vaccine and the syndrome described".

Dit artikel in *The Lancet* waarvan terecht werd verondersteld dat het opzien zou baren, was vergezeld van een redactioneel commentaar waarin benadrukt werd dat een onderscheid diende te worden gemaakt tussen een samenloop in de tijd (coïncidentie) en een oorzakelijk verband (4). Door de weerklank die het artikel kreeg in de pers en de negatieve invloed op de vaccinatiegraad in het Verenigd Koninkrijk (5), werd *The Lancet* overspoeld met lezersbrieven waarin het mogelijk oorzakelijk verband tussen het MBR-vaccin en de vastgestelde digestieve en/of neurologische klachten resoluut van de hand werd gewezen (6).

Sinds begin 1998 hebben diverse onafhankelijke experts die waren samengebracht door o.m. de Britse *Medical Research Council* (MRC), de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en de Amerikaanse Vereniging van Pediatrie (AAP) alle studies naar een mogelijk verband geanalyseerd. Er werd geen enkele aanwijzing gevonden voor een oorzakelijk verband (7, 8).

In 2000 publiceerde een Finse groep een grote prospectieve studie waarbij 1,8 miljoen mensen die in totaal 3 miljoen dosissen MBR-vaccin

hadden gekregen, gedurende 14 jaar werden gevolgd. De studie rapporteerde 173 ernstige reacties die eventueel met het vaccin in verband stonden. In 55% van de gevallen was het vaccin waarschijnlijk de oorzaak. Dit betekent een incidentie van ernstige neveneffecten van 3,2 per 100.000 vaccindosissen. In de meerderheid van de gevallen ging het om koortsconvulsies. De auteurs benadrukken dat geen enkel geval van ontsteking van het spijsverteringskanaal noch van autisme werd vastgesteld (9).

Twee recente Britse epidemiologische studies tonen aan dat het aantal gediagnosticeerde gevallen van autisme stijgt (10, 11). Het risico is met een factor 7 vermenigvuldigd tussen 1988 en 1999, van 0,3 tot 2,1 per 10.000 kinderen van 12 jaar of jonger. Wanneer men alleen rekening houdt met de jongens van 2 tot 5 jaar is het risico tussen 1988 en 1993 gestegen van 8 naar 29 gevallen per 10.000 kinderen. De MBR-vaccinatiegraad in die cohort bleef in die periode stabiel rond 92%.

Er bestaat geen enkel bewijs voor een oorzakelijk verband tussen de MBR-vaccinatie en ontstekingen van het spijsverteringskanaal. Verschillen in methoden zouden aan de basis liggen van de controverse omtrent de aanwezigheid van mazelenvirus in de spijsverteringsweefsels van personen die al dan niet lijden aan ontstekingen van het spijsverteringskanaal of aan autisme (8, 12).

Dr. Jacques Senterre

Emeritus hoogleraar pediatrie (Ulg)

Voor de praktijk

Naar aanleiding van de controverse omtrent een eventueel verband tussen neurologische klachten en de MBR-vaccinatie zijn onafhankelijke experts op basis van uitgebreide epidemiologische studies tot het volgende besluit gekomen:

- sinds enkele jaren stelt men een

stijging vast van de incidentie van de diagnose van autisme, een neurologische stoornis die meestal optreedt bij jongens vanaf 2 à 3 jaar;

- er bestaat geen enkel oorzakelijk verband tussen de MBR-vaccinatie en het optreden van intestinale ontstekingsverschijnselen of van autisme.

Bibliografie (12 bronnen) op aanvraag verkrijgbaar bij het redactiesecretariaat

Tetanus

Vaccinatiebeleid kan beter

Alhoewel tetanus vrijwel altijd te voorkomen is door een aangepaste profylaxe, blijkt uit een onderzoek aan de Universiteit Antwerpen dat in 2000 in Vlaanderen waarschijnlijk 14 tetanusgevallen optraden, terwijl slechts één geval werd aangegeven. Bovendien is het vaccinatiebeleid zoals dat in de Vlaamse spoedgevallendiensten gevoerd wordt op verschillende punten voor verbetering vatbaar.

■ Onderrapportering

Alhoewel tetanus een ziekte is waarvoor rapportage verplicht is binnen de 48 uur, wordt in België de laatste jaren gemiddeld slechts 1 geval per jaar aangegeven. Het werkelijke aantal ligt echter hoger.

Peetermans en Schepens noteren tussen 1983 en 1993 alleen al in het Universitair Ziekenhuis Leuven 27 gevallen, terwijl er in die periode slechts 13 gevallen werden gerapporteerd voor heel België (1). Uit een schriftelijke rondvraag bij 53 spoedgevallendiensten in Vlaanderen in 2000 bleek dat deze diensten in 2000

9 tetanusgevallen hadden behandeld. Wanneer we dit cijfer extrapoleren naar de 82 spoedgevallendiensten dan zou het werkelijk aantal gevallen op 14 komen in Vlaanderen (2).

■ Bejaarden

Tetanus wordt in industriële landen vooral vastgesteld bij 60-plussers, voornamelijk vrouwen. Dit kan waarschijnlijk verklaard worden door de afname in de tijd van antitoxinetiters of doordat deze mensen nooit gevacci-

neerd werden. Vermits in België de universele vaccinatie gestart is in 1959 en toen kinderen tot 15 jaar werden gevaccineerd, loopt iedereen geboren vóór 1950 het risico nooit een primovaccinatie te hebben gehad. De vaccinatiestatus van deze patiënten zou moeten worden nagegaan bij bezoek aan een dienst spoedgevallen of de huisarts, onafhankelijk van de aanwezigheid van een wonde. Andere risicopopulaties waar twijfels kunnen bestaan over de primovaccinatie zijn immigranten uit landen die geen adequaat vaccinatiebeleid kunnen voeren.

■ Vaccinatiebeleid

De Hoge Gezondheidsraad heeft een nieuw vaccinatieschema opgesteld dat operationeel wordt in de loop van 2002 (zie tabel). Vroegere schema's wijken slechts in beperkte mate af van dit nieuwe schema.

Het vaccinatiebeleid uitgevoerd in de 53 onderzochte spoedgevallendiensten blijkt af te wijken van het officiële en is op verschillende punten voor verbetering vatbaar.

- Slechts 56% van de ziekenhuizen heeft op de spoednota een specifieke ruimte voorzien om de vaccinatietoestand te noteren.

- Toediening van éénmalige herhalingsinjectie: slechts in 13% van de gevallen werd het vaccinatieschema aanbevolen door de HGR gevolgd. In 42% van de gevallen is sprake van overvaccinatie, in 28% van ondervaccinatie. Boosters te kort na de vorige zijn zinloos en zijn zelfs tegenaangewezen: ze verhogen immers het risico op bijwerkingen.

- Toediening van tetanus-immunoglobulinen: slechts 8% van de ziekenhuizen volgt de aanbevelingen van de HGR. In 42% is er overimmunisatie, in 34% onderimmunisatie. Het niet toedienen van deze tetanus-immunoglobulinen is zorgwekkend, omdat ze, indien medisch geïndiceerd en aanbevolen, de enige onmiddellijke profylaxe zijn die 100% bescherming biedt.

- Herstarten van de primo-vaccinatie (met twee dosissen tetanusvaccin): 25% van de ziekenhuizen volgt een correcte procedure volgens de adviezen van de HGR, bij 57% worden patiënten overbehandeld. Anderzijds moet aan patiënten die nooit een volledige primovaccinatie hebben gekregen

Tabel : Immunisatie tegen tetanus bij verwondingen

Vaccinatieschema aanbevolen door de Hoge Gezondheidsraad

Vaccinatiestatus van de gewonde	Ernst van de verwonding	
	Oppervlakkig en schoon	Wonde met risico op tetanus*
1. Geen of onzekere vaccinatie	Volledige primovaccinatie	Volledige primovaccinatie en specifieke immunoglobulinen**
2. Onvolledige primovaccinatie	Vaccinatieschema afwerken	Vaccinatieschema afwerken en specifieke immunoglobulinen**
3. Volledige primovaccinatie		
a) Laatste vaccinatie < 5 jaar geleden	0	0
b) Laatste vaccinatie > 5 jaar en < 10 jaar geleden	0	Anatoxine (1 dosis dT)
c) Laatste injectie > 10 jaar en < 20 jaar geleden	Anatoxine (1 dosis dT)	Anatoxine (1 dosis dT) en specifieke immunoglobulinen**
d) Laatste injectie > 20 jaar geleden	Anatoxine (2 dosissen dT met 6 maanden interval)	Anatoxine (2 dosissen dT met 6 maanden interval) en specifieke immunoglobulinen**

Naast de vaccinatie zijn een goede en tijdige wondverzorging belangrijke hulpmiddelen in de preventie.

* Kneus- of verbrijzelingswonden, bijtonden, prik-wonden door houtsplinters of doornen of wonden die met aarde of dierlijke uitwerpselen zijn bevuild, en wonden die de eerste 6 uur zonder verzorging bleven.

** Bij het gelijktijdig toedienen van vaccin en immunoglobulinen moeten beide producten op verschillende plaatsen van het lichaam ingespoten worden door middel van twee afzonderlijke spuitjes : dit om geen neutralisatie te veroorzaken van zowel het vaccin als de immunoglobulinen. Boven de leeftijd van 1 jaar wordt het vaccin in de arm (*M. deltoideus*) en worden de immunoglobulinen in de bil (*M. gluteus*) ingespoten.

alleszins immunoglobulinen worden gegeven in geval van tetanus-risicowonde.

- Opvolging: in minstens 29% van de gevallen is geen opvolging voorzien om de volgende vaccinatie van de primo serie te garanderen; slechts 32% van de ziekenhuizen geven een brief voor de huisarts mee.
- Het gebruikte vaccin: bijna twee ziekenhuizen op drie gebruiken een monovalent tetanusvaccin hoewel de HGR al sinds 1996 aanbeveelt om boven de leeftijd van 7 jaar zowel voor een primovaccinatie als voor een herhalingsinjectie een tetanus-difterievaccin te gebruiken.
- Toedieningsplaats: hoewel het vaccin bij voorkeur in de *M. deltoideus* wordt ingespoten, gebeurt dit in minder dan de helft van de ziekenhuizen.
- Zwangerschap: hoewel het tetanus- en tetanus-difterievaccin en de immuunglobulinen aan zwangeren mogen gegeven worden indien er een indicatie toe is, hanteren 11% van de spoedgevallendiensten zwangerschap als contra-indicatie voor de tetanusvaccinatie.

Iedereen geboren vóór 1950 loopt het risico nooit een primo-vaccinatie te hebben gehad. De vaccinatiestatus van deze patiënten zou moeten worden nagegaan bij bezoek aan de huisarts of aan een dienst spoedgevallen, onafhankelijk van de aanwezigheid van een wonde.

*Drs Luuk Schouteten en
Pierre Van Damme
Epidemiologie en Sociale Geneeskunde
UIA,
en Dr Alfons Van Gompel
Instituut voor Tropische Geneeskunde
- Antwerpen.*

Praktijkinfo

- Gebruik voor een tetanusvaccinatie altijd het Td-vaccin, intramusculair toe te dienen in de deltoidstreek («de patiënt van vandaag is morgen immers de reiziger naar verre oorden, waar difterie nog kan voorkomen»)
- Bij twijfel over de vaccinatie-toestand of wanneer de laatste booster langer dan 10 jaar geleden werd toegediend, moeten bij tetanusrisico altijd immunoglobulinen worden toegediend.
- Td-vaccin en immunoglobulinen kunnen zonder problemen worden toegediend aan zwangere vrouwen.
- Het om de tien jaar toedienen van een Td booster is een lovenswaardig streven dat verdient om bestendig te worden, maar nog belangrijker is dat iedereen een primo-vaccinatie krijgt. Bij personen geboren vóór 1950 moet die primo-vaccinatie altijd gecontroleerd worden.

- Als gekozen wordt voor het herstarten van een primo-vaccinatie moet de patiënt duidelijk gemaakt worden dat een tweede en een derde dosis noodzakelijk is. Het meegeven van een vaccinatiebewijs (onder de vorm van een vaccinatiekaartje) is een vereiste. Mochten de mensen systematisch zo'n bewijsje op zak hebben dan zou overvaccinatie en ondervaccinatie zoveel mogelijk kunnen voorkomen worden. Centralisatie van deze gegevens in een vaccinatiedatabank zou ideaal zijn.

Bronnen :

1. Peetermans WE, Schepens D. Tetanus –still a topic of interest: a report of 27 cases from a Belgian referral hospital. *J Intern Med* 1996; 239: 249-252.
2. Luuk Schouteten, Tetanusvaccinatie-beleid in de Vlaamse Spoedgevallendiensten, Eindwerk Faculteit medische en farmaceutische wetenschappen, Universiteit Antwerpen, 2000-2001.

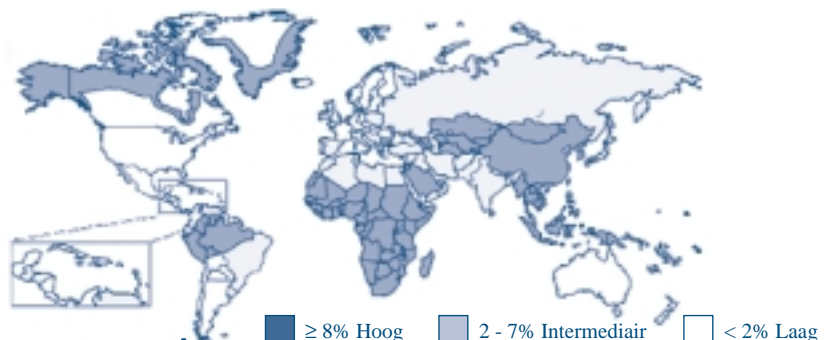
Hepatitis B

De internationale reiziger

Het internationale toerisme is de laatste jaren sterk toegenomen, en ook de landen waar het Hepatitis B virus (HBV) endemisch is, worden steeds vaker bezocht. Reizigers naar de intermediair- en hoogendemische gebieden (zie kaart WHO) kunnen dus - naargelang de reisomstandigheden - een substantieel hoger besmettingsrisico

lopen dan in eigen land. Begin de jaren negentig werd het gemiddelde risico voor een HBV-infectie op reis geschat in de orde van grootte van 1/2000 - 1/10.000 per maand. De gewone voorzichtige vakantieganger loopt niet echt een groter risico op een infectie met het HB virus dan in eigen land. Bij seksuele promiscuïteit stijgt het risico onmiddellijk. Het risico voor besmetting bij een langdurig en/of avontuurlijk verblijf in Afrika, Azië, Latijns-Amerika of de vroegere Sovjetlanden kan echter beduidend hoger liggen, tot de orde van grootte van gemiddeld 1/1000/maand.

CDC-kaart : Voorkomen van het hepatitis B Surface Antigeen
(<http://www.cdc.gov/travel/diseases/hbv.htm>)



Een reiziger kan op verschillende manieren risico lopen :

1. op onvrijwillige manier: meestal gaat het hier dan om verkeersongevallen in een ontwikkelingsland waarbij een medische interventie nodig is en waarbij mogelijks materiaal gebruikt wordt dat niet voldoende gesteriliseerd is, of - gelukkig zeldzaam - bloed of bloedproducten worden toegediend die niet gescreend werden voor virussen zoals HIV en HBV.

2. aan de andere kant zijn er risico's die de reiziger op vrijwillige basis loopt zoals, tatoeeringen, behandeling met acupunctuur, en niet het minst door (veelal onbeschermd) seksueel contact met de lokale bevolking.

Om tot een nauwkeuriger risico-

analyse voor HBV-infectie te komen, werd enkele jaren geleden in Europa een grootschalige wetenschappelijke enquête uitgevoerd per telefoon (1). In negen Europese landen werden 9000 volwassen personen ondervraagd (ongeveer 1000 per land, ook in België), at random geselecteerd op een statistisch verantwoorde wijze vanuit de officiële telefoongidsen. De eerste vraag was of men de laatste vijf jaar een buitenlandse reis had gemaakt, en in bevestigend geval, of men gereisd had naar een land met intermediair of hoog risico voor hepatitis B. Vervolgens werd gevraagd of de persoon tijdens die reis gevaccineerd was tegen hepatitis A en B, en werd gepeild naar de basiskennis over

hepatitis B en A. Tenslotte werd uitvoerig gevraagd naar activiteiten tijdens de reis met mogelijke blootstelling aan HBV. Uiteraard is een dergelijke telefonische enquête niet anoniem, en moeten de resultaten voorzichtig geïnterpreteerd worden (risico voor seksuele contacten onderschat).

Op het totaal van 9008 respondenten, zijn er 5383 (= ongeveer 60 %) de laatste 5 jaar op reis geweest.

Voor de reizigers naar landen met intermediaire en hoge endemiciteit voor HBV kan men stellen dat

- 10.5 - 11.2 % in de categorie "activiteiten met hoog risico" valt; ongeveer 75 % is niet gevaccineerd !

- 64 - 75.8 % loopt een "potentieel risico", ongeveer 80 % is niet gevaccineerd!

Tabel 1

Endemiciteit voor HBV in het bezochte gebied	Alleen low risk gebied	Alleen medium & high risk gebied	Low & medium risk gebied	Totaal van de reizigers
Reis naar het buitenland in de laatste 5 jaar	3.391	382	1.610	5.383
Activiteiten met hoog risico voor HBV	225 6.6%	40 10.5%	181 11.2%	446 8,3%
Ongeval of ziekte met invasieve med. zorg	37 1.1%	5 1.3%	44 2.7%	86 1.6%
Injectie	20 0.6%	2 0.5%	28 1.7%	50 0.9%
IV-infuus	7 0.2%	2 0.5%	18 1.1%	27 0.5%
Transfusie	3 0.1%	0	0	3 0,1%
Chirurgische insnijding, hechting	18 0.5%	1 0.3%	16 1.0%	35 0.7%
Hulp aan mensen die bloeden	107 3.2%	18 4.7%	84 5.2%	209 3,9%
Tandheelkundige behandeling	62 1.8%	12 3.1%	36 2.2%	110 2%
Schoonheidsbeh. met huidperforatie (1)	43 1.3%	10 2.6%	40 2.5%	93 1.7%
Activ. met potentieel risico voor HBV	2.062 60.8%	244 64%	1.220 75.8%	3.526 65%
Risicosporten (2)	1.747 51.5%	195 51.0%	1.031 64%	2.973 55.2%
Schoonheidsbeh. met risico op huidperf.	562 16.6%	111 28.8%	568 35.3%	1.240 23%
«Holiday romance» met seksueel contact (4)	383 11.3%	33 8.6%	255 15.8%	671 12%
Gemeensch. gebruik van pers. voorwerpen (5)	192 5.7%	24 6.3%	104 6.5%	320 5.9%

(1) Tatoeage, piercing, acupunctuur, insnijding, cosmetische chirurgie

(2) Voetbal, rollerblading, jetskiën, trekking, fietsen, motor- en bromfiets, go-karting, skiën en paardrijden

(3) Haarknippen, manicure/pedicure, aangezichtsbehandeling, massage

(4) Benoemd in het vraaggesprek als 'vakantieliefde' of 'avontuurtje' of 'relatie' zonder details

(5) Zoals oorringen, tandenborstel, scheerapparaat

Van de 203 Belgische reizigers naar HBV-risicolanden, ondernam de helft sportactiviteiten die hen mogelijk blootstelden aan een risico op hepatitis B; 6% had een ongeluk of werd ziek waardoor verzorging in lokale gezondheidscentra nodig was; 7% had een occasioneel seksueel contact.

■ Besluit

Conclusie van deze studie is dat er toch bij een substantieel aantal reizigers risicofactoren voor mogelijke hepatitis B-transmissie aanwezig zijn. Dikwijls gaat het om risico-activiteiten waar de reiziger zich helemaal niet van bewust is dat er HBV-overdracht mogelijk is. De meerderheid van de reizigers die mogelijk risico lopen, bleek niet gevaccineerd te zijn.

Ook uit andere studies weten we dat minstens 5% van de reizigers occasionele seksuele contacten heeft, oplopend in sommige studies tot 50% - in de meeste gevallen bovendien zonder bescherming. Risicofactoren hiervoor zijn mannelijk geslacht, ongehuwd, jonge leeftijd, alleen op reis, voorgeschiedenis van onbe-

schermde seksuele contacten met wisselende partners en alcoholgebruik of gebruik van soft drugs (desinhibitie) (2).

Zelfs als de reiziger geen risicoprofiel of plannen heeft voor onbeschermd seksuele contacten op reis, dan nog zijn er een aantal vrijwillige en onvrijwillige omstandigheden die kunnen leiden tot HBV-overdracht. In een studie van een groep zendelingen was de prevalentie voor hepatitis B-markers 3% vòòr vertrek, en na een aantal jaren verblijf in sub-Saharisch Afrika liep dit op tot 25% (3).

Uit de enquête bleek ook dat een groot gedeelte van de reizigers niet op de juiste manier voorbereid is op de risico's voor HBV-besmetting. Ongeveer de helft van de reizigers heeft geen basisnotie van wat hepatitis B is, wat hen dan ook in de onmogelijkheid stelt de risicosituaties te vermijden. Zuckerman JN, Steffen R concluderen: "Improved advice and clear recommendations to avoid transmission are needed."

Een essentiële opdracht van de reizigersgeneeskunde is dat er juiste informatie over het risico voor HBV-infectie verschaft wordt. Hepatitis B-vaccinatie wordt actief aangeraden voor reizigers die zich vrijwillig in hoogrisico-activiteiten zullen engageren. Maar ook voor de groep reizigers die tijdens het intake-gesprek ontkennen dat ze risico zullen lopen, is het duidelijk dat er een aantal niet te vermoeden risicomomenten kunnen zijn. Vooral jonge reizigers dienen gecounseld te worden, aangezien zij in hun leven cumulatief toch meerdere weken tot maanden en soms jaren in risicogebieden zullen vertoeven.

Een substantieel aantal reizigers loopt een risico op hepatitis B-transmissie bij activiteiten waar de reiziger zich helemaal niet van bewust is dat er HBV-overdracht

mogelijk is. De meerderheid van de reizigers die mogelijk risico lopen, bleek niet gevaccineerd te zijn.

*Dr. A. Van Gompel (ITG-Antwerpen)
en Dr. W. Peetermans (UZ-KULeuven)*

Praktijkinfo

Belgische Consensus (Belgische Wetenschappelijke Studiegroep Reisgeneeskunde – juni 2001 : hepatitis B vaccinatie wordt aanbevolen

1. voor personen die dikwijls op reis zijn in Azië, Latijns Amerika en Afrika evenals personen die er langer dan 3-6 maanden doorbrengen, en zeker voor kinderen die ginds verblijven;
2. voor reizigers die mogelijk seksuele contacten hebben, of mogelijk medische en/of tandingrepen dienen te ondergaan;
3. voor alle personeel werkzaam in de gezondheidszorg;
4. hepatitis B vaccinatie maakt nu deel uit van de basisvaccinatie van zuigelingen. Ook de leeftijdscategorie van leerlingen van het eerste jaar secundair onderwijs worden gevaccineerd. Op reis gaan is een gelegenheid om adolescenten en jonge volwassenen te vaccineren en hen aldus te recruteren in het kader van het WHO programma voor universele hepatitis B vaccinatie ter eradicatie van deze ziekte.

De WHO raadt de vaccinatie tegen hepatitis A ook aan voor reizigers naar Azië/Oceanië, Afrika en Latijns-Amerika, ongeacht de duur en de aard van het verblijf. Wanneer vaccinatie tegen hepatitis A en B worden aangeraden, kan het gecombineerde vaccin worden gebruikt (Twinrix®).

Voor meer informatie : WHO-guidelines 2002 - HBV Risk for travellers (<http://www.who.int/ith>)

Bronnen :

- (1) Zuckerman JN, Steffen R. Risks of hepatitis B in travelers as compared to immunization status. *J Travel Med.* 2000 Jul-Aug;7(4):170-4
- (2) Matteelli A, Carosi G. Related Articles Sexually transmitted diseases in travelers. *Clin Infect Dis.* 2001 Apr 1;32(7):1063-7.
- (3) Lange WR, Frame JD. High incidence of viral hepatitis among American missionaries in Africa. *Am J Trop Med Hyg.* 1990 Nov;43(5):527-33

Frankrijk

Het vaccinatiebeleid

Het vaccinatiebeleid in Frankrijk steunt hoofdzakelijk op de aanbevelingen van de *Conseil supérieur d'hygiène publique de France* (CSHPF), afdeling besmettelijke ziekten en het technisch comité vaccinaties van de CSHPF.

Sommige vaccinaties zijn verplicht (voor zuigelingen: difterie, tetanos, polio - 3 injecties, gevolgd door een rappel voor de 18de maand - en BCG voor de leeftijd van 6 jaar), andere zijn voorbehouden voor bepaalde professionele risicogroepen (difterie, tetanus, polio, tuberculose, hepatitis B voor verzorgend personeel, tyfus voor labopersoneel) of in bepaalde epidemische gebieden (zoals gele koorts in Guyana). Alle andere vaccins die op het vaccinatieschema zijn vermeld, worden aanbevolen.

Het vaccinatieschema wordt bekend gemaakt via de officiële publicatie van de minister van volksgezondheid, het wekelijks epidemiologisch bulletin, de vaccinatierubriek op de officiële website van het ministerie (www.sante.gouv.fr, rubriek vaccinaties), via publicaties van het *Comité français d'éducation pour la santé*, en via diverse professionele tijdschriften.

De vaccinatie gebeurt hoofdzakelijk door huisartsen en pediaters (85% van de pediatrie vaccins), en verder door diensten voor zuigelingen- en moederzorg, door diensten voor

schoolgeneeskunde en arbeidsgeneeskunde, centra voor reisgeneeskunde, enz.

De verplichte vaccins en sommige aanbevolen vaccins worden gratis ter beschikking gesteld of worden voor 65% terugbetaald door de ziekteverzekering. Het griepvaccin is gratis voor 65-plussers en voor bepaalde

risicogroepen. Het vaccin tegen mazelen-bof-rubella is gratis voor kinderen tot 13 jaar.

Alleen vaccins waarvan de kwaliteit, de werkzaamheid en de veiligheid is aangetoond, worden toegelaten op de Franse markt. De registratie gebeurt op Europees niveau. Elk lot wordt vooraf getest in de laboratoria van het *Agence*

française de sécurité sanitaire des produits de santé. Deze dienst is ook belast met de surveillance van de nevenwerkingen van vaccins.

Het Bureau voor besmettelijke ziekten en vaccinatiebeleid van de algemene directie van het ministerie van volksgezondheid heeft een coördinerende rol in het vaccinatiebeleid: het is verantwoordelijk voor de planning, de uitvoering en de evaluatie van het beleid. Het *Institut de Veille Sanitaire* is belast met de epidemiologische surveillance van infectieziekten waartegen vaccins bestaan en voor de contacten tussen de verschillende structuren en organismen.

De vaccinatiegraad is hoog bij kinderen beneden twee jaar (ong. 95% voor 3 dosissen DTP-IPV-Hib), behalve wat het trivalente MBR-vaccin betreft (84%). Bij oudere kinderen is de vaccinatiegraad bevredigend, bij volwassenen is ze waarschijnlijk suboptimaal. Ongeveer 70% van de doelgroepen wordt gevaccineerd tegen de griep.

De tabel geeft het vaccinatieschema voor 2002.

Dit schema bevat ook de aanbevolen vaccins voor bepaalde professionele risicogroepen, voor reizigers en voor bepaalde specifieke omstandigheden.

De invoering van het geconjugeerde pneumokokkenvaccin voor zuigelingen, wordt momenteel besproken.

Dr Nicole Guérin, lid van het Comité Technique des Vaccinations.

Tabel : vaccinatieschema 2002

Tijdstip	Vaccins
Vanaf de eerste maand	TBC: BCG (voor kinderen die in een instelling verblijven)
Vanaf 2 maanden	DTP*, IPV, Hib (3 injecties met 1 maand tussen elke injectie) Hep B (2 injecties met 1 maand tussenperiode, de derde injectie 5 tot 12 maanden na de 2de injectie)
Vanaf 12 maanden	MBR Hep B (derde injectie, 5 tot 12 maanden na de tweede)
16-18 maanden	DTP *, IPV, Hib (1ste rappel voor de drie vaccins)
Tussen 3 en 6 jaar	MBR (2de dosis)
Voor 6 jaar	Tuberculose : BCG voor alle kinderen
6 jaar	DT, IPV (tweede rappel) MBR (inhaalvaccinatie voor kinderen die geen twee dosissen hebben gekregen)
11-13 jaar	DTPa, (tweede rappel voor pertussis**) IPV (derde rappel) MBR (een inhaaldosis voor niet-gevaccineerde kinderen) Hep B (drie injecties voor niet-gevaccineerde kinderen) Tuberculinetest (kinderen waarbij de test positief is, worden gevaccineerd)
16-18 jaar	DT, IPV (vierde rappel) Rubella voor niet-gevaccineerde vrouwen
Vanaf 18 jaar	T, IPV om de 10 jaar Hep B, voor risicopersonen Rubella voor niet-gevaccineerde vrouwen
Vanaf 65 jaar	Jaarlijks griepvaccin

* Voor de primovaccinatie tegen pertussis wordt het whole cell vaccin aangeraden, maar ook het acellulaire vaccin kan worden gebruikt. Bij de eerste rappel kan zowel het whole cell als het acellulaire vaccin worden toegediend.

** Bij de tweede rappel Pertussis mag alleen het acellulaire vaccin worden gebruikt.

DTP : difterie-tetanus-pertussis
IPV : geïnactiveerd poliovaccin
Hib : *Haemophilus influenzae b*
MBR : mazelen-bof-rubella

NVDR : het gebruik van gecombineerde vaccins verdient de voorkeur

Actualiteit

Vaccinatie tegen meningokokken-C

Zoals reeds in vorig nummer van VaxInfo gemeld, zijn de beide Gemeenschappen gestart met een vaccinatiecampagne voor meningokokken C.

In Vlaanderen komen in de eerste helft van 2002 alle kinderen van één jaar tot en met de derde kleuterklas in aanmerking voor het gratis vaccin. Ook jongeren van het derde secundair kunnen gratis ingeënt worden.

Vanaf september 2002 krijgen de nieuwe leerlingen van het derde secundair, samen met de leerlingen van het vijfde en het zesde jaar hun gratis vaccin, alsmede de nieuwe groep eenjarigen.

Alle vaccinatoren, zowel de vaste vaccinatoren als de huis- en kinderartsen ontvangen een startpakket. Artsen kunnen het vaccin alleen via internet bestellen (vaccins@Vlaanderen.be).

In de Franse Gemeenschap zullen alle kinderen tussen 1 en 5 jaar gratis het vaccin ontvangen voor 30 juni 2002. Alle kinderen die in de loop van 2001 zijn geboren ontvangen het nieuwe vaccin tussen 13 en 15 maanden samen met het MBR-vaccin volgens het bestaande bestelsysteem.

In functie van de resterende dosissen vaccins zal na juni nagegaan worden of een inhaalvaccinatie mogelijk is voor kinderen die niet gevaccineerd werden en of een uitbreiding tot andere cohorten mogelijk is.

Het is belangrijk dat zoveel mogelijk kinderen uit deze leeftijdscategorieën worden gevaccineerd om de infectie in deze groepen onder controle te krijgen en dat de cohorten geleidelijk aan worden uitgebreid.

Personen die buiten deze leeftijdscategorieën vallen, kunnen het vaccin uiteraard ook op voorschrift aankopen

in de apotheek (kostprijs ong. 35 Euro). De meeste ziekenfondsen betalen het vaccin gedeeltelijk terug voor bepaalde leeftijdscategorieën.

In beide Gemeenschappen kunnen de ouders vrij de arts kiezen die de vaccinatie zal uitvoeren. In België zijn volgende geconjugeerde vaccins beschikbaar:

Meningitec® (Wyeth Lederle)

Menjugate® (Aventis Pasteur MSD)

NeisVac-C (Baxter)

Mededelingen

Reisgeneeskunde

De nieuwe editie van de gids 'Gezondheidsadviezen voor reizigers' is zopas verschenen. Dit referentiewerk werd opgesteld door het Instituut voor Tropische Geneeskunde Antwerpen en wordt gepubliceerd in de reeks 'Medasso Headlines'. De gids is op de eerste plaats bedoeld voor huisartsen zodat ze beschikken over geactualiseerde en praktische informatie om hun patiënten die op reis vertrekken te kunnen adviseren.

De gids wordt in de loop van de maand mei 2002 exclusief verdeeld door de artsenbezoekers van GlaxoSmithKline.

Hepatitis B

Het vaccin Engerix B - Junior 10 µg wordt terugbetaald in categorie Bf (via de adviserende geneesheer van het ziekenfonds) voor kinderen van 0 tot 1 jaar en van 11 tot 15 jaar inbegrepen.

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 in België en op wereldvlak.

Alle gepubliceerde artikelen worden besproken door de Wetenschappelijke Overleggroep «Vaccinaties», samengesteld uit experts van alle Belgische universiteiten en van diverse Belgische of Luxemburgse overheidsinstanties en verenigingen actief op het terrein van de vaccinatie. Auteurs noch experts worden voor hun medewerking vergoed. De keuze en de inhoud van de artikelen worden uitsluitend door de auteurs bepaald en engageren alleen maar deze laatsten.

Redactiesecretariaat
Paul Geerts

Verantwoordelijke uitgever : P. Trefois,
65 Sans Soucistraat - 1050 Brussel.

Indien U vragen hebt in verband met vaccinatie, kunt u steeds schrijven naar het redactiesecretariaat,
Sans Soucistraat 65, 1050 Brussel.
Fax : 02/512 54 36.
De vragen worden dan in een volgend nummer beantwoord door een lid van de Wetenschappelijke Overleggroep «Vaccinaties».

Het drukken en de verspreiding van "Vax Info" is mogelijk dankzij het mecenaat van GlaxoSmithKline.

www.

www.immunize.org

Site van *Immunization Action Coalition* (non profit organization)

www.childrensvaccine.org

Site van *The Children's Vaccine Programme* (initiatief van Bill Gates)

www.immunizationinfo.org

Gezamenlijke site van *Infectious Disease Society of America, Pediatric Infectious Diseases Society, American Academy of Pediatrics* en *American Nurses Association*.