



Wallonië

Vaccinatiegraad tussen 18 en 24 maanden

Het behoud van een goede vaccinatiegraad is een zeer belangrijk aspect van de volksgezondheid. Doelstelling is niet alleen om elk kind afzonderlijk te beschermen, maar ook om te komen tot een groepsbescherming waardoor men bepaalde infectieziekten onder controle kan houden en eventueel zelfs kan elimineren.

Bij gebrek aan een centraal vaccinatieregister is een periodieke evaluatie van de vaccinatiegraad de enige methode om de evolutie op te volgen en om mogelijke problemen op te sporen, die een impact kunnen hebben op de incidentie van vaccineerbare infecties.

De hier gepresenteerde gegevens komen van de 6^{de} enquête over de vaccinatiegraad die in 2003 uitgevoerd werd bij kinderen tussen 18 en 24 maanden in de Franse Gemeenschap (met uitzondering van Brussel).

■ Vaccinatieschema: evolutie tussen 1999 en 2002

Sinds de laatste enquête in 1999 onderging het vaccinatieschema voor zuigelingen in de Franse Gemeenschap een aantal belangrijke aanpassingen.

In 2001:

- de vervanging van het oraal polio-vaccin (OPV) door het injecteerbaar geïnactiveerde vaccin (IPV)
- de vervanging van het volcellig-pertussisvaccin door het acellulair pertussisvaccin (Pa)
- de verlaging van de startleeftijd voor vaccinatie tot 2 maanden

Inhoud Inhoud

- Wallonië p. 1 ► *Vaccinatiegraad tussen 18 en 24 maanden*
- Mazelen p. 2 ► *Epidemie in Brussel - voorjaar 2004 -*
- Volwassenen p. 3 - 5 ► *Vaccinatie tegen pneumokokken*
- Griep p. ► *Een rondetafel over het beleid inzake griep in België*

– de introductie van het combinatievaccin DTPa-IPV + Hib waardoor het aantal injecties kon verminderd worden.

In 2002 :

- de introductie van het meningokokken C vaccin in het vaccinatieschema.

■ Opzet van de enquête

Bedoeling van de enquête is om voor elk van de aanbevolen vaccinatioschema's na te gaan in hoeverre ze in 2003 effectief toegediend werden, en in hoeverre het aanbevolen tijdstip van toediening nageleefd werd.

In tweede instantie werden ook gegevens ingezameld over eventuele bezwaren of vragen van ouders over vaccinaties en de mogelijke redenen waarom ze hun kinderen niet lieten vaccineren, in het bijzonder voor de vaccins tegen hepatitis B, meningokokken C en het trivalente vaccin tegen mazelen, bof en rubella.

■ Methodologie

De enquête gebeurde via eerst een steekproef van gemeenten, waarbinnen dan een aantal steekproeven werden genomen, proportioneel volgens de grootte van die respectieve gemeenten. De gemeenten werden 'at random'

geselecteerd. Alle kinderen tussen 18 en 24 maanden die in het bevolkingsregister waren ingeschreven, kwamen in aanmerking.

In totaal werden 50 gemeenten geselecteerd. De oorspronkelijke populatie bestond uit 935 kinderen. De enquêtes gingen door aan huis, en de enquêteurs maakten gebruik van de vaccinatiegegevens zoals aangeduid in het zuigelingenboekje of de vaccinatiekaart van de kinderen.

■ Resultaten

1.1 Evolutie van de vaccinatiegraad tussen 1999 en 2003

Over een periode van 4 jaar is de vaccinatiegraad voor de meeste vaccins toegenomen. Dit is het meest uitgesproken voor hepatitis B met een toename van bijna 15%. DTP nam toe met bijna 8%. De volledige polio-vaccinatie daarentegen nam af met meer dan 3%. Voor Hib en MBR werd geen statistisch significant verschil vastgesteld. Het vaccin tegen meningokokken C, dat pas in 2002 in het vaccinatieschema opgenomen werd, haalde onmiddellijk een score vergelijkbaar met MBR.

Tabel 1. Vergelijking van de vaccinatiegraad bij kinderen tussen 18 en 24 maanden tussen 1999 en 2003 in de Franse Gemeenschap (zonder Brussel)

	1999 n= 835			2003 n= 767			Verschil (in%)	p waarde
	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%		
Polio volledig*	799	95,8	94,3-97,2	751	92,3	(90,2-94,4)	- 3.5	< 0,005
DTP 4 dosissen	708	84,8	87,2-82,4	711	92,7	(90,6-94,8)	+ 7.9	<0,0001
Hib 4 dosissen	714	85,5	83,1-87,9	670	87,4	(85,2-89,7)	+ 1.9	NS
VHB 3 dosissen	419	50,2	46,8-53,6	497	64,8	(60,2-69,3)	+ 14.6	<0,0001
MBR	688	82,4	79,8-85,0	633	82,5	(79,7-85,4)	+ 0.1	NS
Meningokok C	NB			625	81,5	(78,7-84,2)		

(n= het aantal kinderen voor wie een vaccinatiedocument beschikbaar was.)

NB = vaccin niet beschikbaar

*De volledige poliovaccinatie bestond in 1999 uit 3 dosissen oraal vaccin. Vanaf 2001 uit 4 dosissen van het injecteerbaar vaccin.

1.2 Evolutie vaccinatiegraad voor Hib tussen 1999 en 2003

Nu het Hib-vaccin is opgenomen in het aanbevolen schema en door de Franse Gemeenschap gratis wordt verdeeld, worden vier dosissen toegediend.

Het schema voor Hib verschilt echter in functie van de leeftijd waarop het kind de eerste dosis ontvangt: 3 dosissen plus een vierde dosis na 12 maanden als de eerste dosis voor de leeftijd van zes maanden wordt gegeven; 2 dosissen plus een derde dosis 12 maanden later wanneer de eerste dosis tussen 6 en 12 maanden wordt gegeven; slechts 1 dosis wanneer het kind pas na de leeftijd van 12 maanden gevaccineerd wordt.

We merken een duidelijke verbetering van de vaccinatiegraad tussen 1999 en 2003. Bij de introductie was dit vaccin niet terugbetaald en zeer duur. Er bestond de neiging om de eerste dosis

uit te stellen om het aantal dosissen te kunnen verminderen. In 1999 ontving 29,1% van de kinderen slechts één dosis na 12 maanden. In 2003 heeft bijna elk kind dat gevaccineerd is, vier dosissen ontvangen. Het gaat om 81,9% van alle kinderen.

1.3 Het opvolgen van het aanbevolen vaccinatieschema

Een belangrijk aspect van de vaccinatie is het opvolgen van het aanbevolen vaccinatieschema en van de aanbevolen leeftijden. Dit beïnvloedt de efficiëntie van de vaccinatie.

De eerste dosis van het tetravalente vaccin en van het Hib-vaccin worden in 87 à 89% van de gevallen toegediend op de aanbevolen leeftijd van 2 maanden. De eerste twee dosissen van het vaccin tegen hepatitis B daarentegen worden veel te laat toegediend in vergelijking met het

aanbevolen schema. Deze vertraging is in belangrijke mate te wijten aan het chronisch tekort aan vaccins in 2001-2002. Wat MBR betreft, wordt in meer dan de helft van de gevallen het aanbevolen schema niet gerespecteerd en krijgen de kinderen het vaccin pas na de leeftijd van 16 maanden.

1.4 Mening van de ouders over vaccinatie

1.4.1 Over de noodzaak van vaccinatie tegen hepatitis B

74,5 % van de ouders zijn overtuigd van de noodzaak om zuigelingen te laten vaccineren tegen hepatitis B. De ouders die dit niet nodig vinden (10,1%) of die geen duidelijke mening hebben (6,9%), vermelden als reden het kleine risico op besmetting. Een gebrek aan informatie wordt door 31,1% van de ouders als reden opgegeven, 20,3% vermeldt het risico op neveneffecten (zie tabel 3).

1.4.2 Vaccinatie tegen 'ongevaarlijke' ziekten

10,8 % (82) van de ouders is van mening dat men vaccineert tegen ziekten die niet gevaarlijk zijn. Mazelen wordt in dit verband het meest geciteerd, gevolgd door rode hond en bof. Gemiddeld worden 2,9 vaccins geciteerd.

Tabel 2 : Evolutie van de vaccinatiegraad voor Hib tussen 1999 en 2003

	1999		2003	
	n	%	n	%
Hib 1 op < 6 maand				
3 dosissen + 1 dosis na 12 maanden	465	55,7	628	81,9
Hib 1 tussen 6-12 maanden				
2 dosissen + 1 dosis na 12 maanden	6	0,7	19	2,5
Hib 1 > 12 maanden				
1 dosis	243	29,1	8	1
Totaal	714	85,5	655	85,4

Tabel 3. Redenen van ontbrekende of onvolledige vaccinatie tegen hepatitis B

	n	% van antwoorden (n=167)
Gebrekkige informatie	52	31,1
Geen risico op die leeftijd voor nevenwerkingen	45	26,9
Wil liever wachten tot later	34	20,3
Te weinig kans op transmissie	21	12,6
Geen risico in België	13	7,8
Totaal	2	1,2
	167	100,0

Tabel 4. 'Ongevaarlijke' ziekten waartegen gevaccineerd wordt

Ziekten	n	%
Mazelen	76	31,7
Rode hond	54	22,5
Bof	53	22,1
Hepatitis B	19	7,9
Meningokok C	8	3,3
Polio	8	3,3
Pertussis	6	2,5
Hib	7	2,8
Difterie	5	2,1
Tetanus	4	1,7
Totaal	240	100,0

Het zijn dus de drie vaccins van het trivalente MBR-vaccin die het meest met de vinger gewezen worden. Samen worden deze vaccins in 76,3% van de gevallen geciteerd. 8% van de ouders citeert spontaan hepatitis B. 10% is bovendien van mening dat het niet nodig is om kinderen tegen deze ziekte te vaccineren.

■ Discussie

Deze enquête toont dat de omschakeling van de vaccins vrij goed is gelukt en dat de vaccinatiegraad ongeveer stabiel is gebleven. De introductie van een acellulair pertussis-vaccin met minder nevenwerkingen verklaart waarschijnlijk de verhoging met 8% van de vierde dosis van het DTP-vaccin.

Ook de stijging van de vaccinatiegraad voor volledige hepatitis B-vaccinatie met 15% is opvallend.

Anderzijds stellen we een significante daling vast van de vaccinatiegraad voor de laatste dosis van het polio vaccin op 12 maanden met 3% (van 95,8% in 1999, naar 92,5% in 2003). Deze daling betekent nog geen gevaar voor de volksgezondheid.

De globale vaccinatiegraad voor Hib is vrijwel constant gebleven. Maar we stellen een veel betere kwaliteit van de vaccinatie vast vermits de meeste kinderen volledig gevaccineerd worden (en dus beschermd zijn) voor de leeftijd van 12 maanden. Dat was in 1999 niet het geval.

Het vaccin tegen meningokokken C dat pas in 2002 in het vaccinatieschema opgenomen werd, scoort met 81,5% zeer goed. Dit succes is niet alleen te danken aan de informatiecampagne en de angst bij de ouders voor deze infectie, maar ook aan de inspanningen van de vaccinatoren en de vlotte distributie van de vaccins.

De MBR-vaccinatie is stabiel gebleven op 83%. Dit is een zeer matig resultaat, vooral wanneer men beseft dat voor geen enkel van deze drie vaccins de kritische immuniteitsdrempel bereikt wordt. Voor rubella zou idealiter minimaal 85-87% van de bevolking moeten gevaccineerd zijn; voor mazelen zelfs 95% gezien de besmettelijkheid en het feit dat een beperkt aantal gevaccineerden geen immuniteit verwerft; voor bof bedraagt de minimumdrempel 90 à 92%.

Nochtans moet een hogere vaccinatiegraad bereikbaar zijn vermits de redenen die opgegeven worden om de kinderen niet te laten vaccineren in de meeste gevallen, gemakkelijk kunnen weerlegd worden (bijna 79% voor MBR, 57% voor hepatitis B en 71% voor meningokokken C).

De doelstelling van het vaccinatieprogramma om het aantal weigeringen van vaccinatie terug te dringen tot minder dan 10%, wordt bereikt. Voor hepatitis B weigeren 7% van de ouders hun kinderen te laten vaccineren, voor meningokokken C 2,3% en voor MBR 1,7%.

Het gezamenlijk toedienen van deze vaccins blijft een probleem zolang twee aparte injecties nodig zijn. Veel vaccinatoren verzetten zich hiertegen en laten de kinderen twee keer komen om alle vaccins te kunnen toedienen. Het vaccin tegen hepatitis B kan samen met het vaccin DTPa-IPV gegeven worden. Toch gebeurde dit slechts in 16% van de gevallen bij de eerste dosis hepatitis B vaccin en in 38% van de gevallen bij de derde dosis. Nog opmerkelijker is dat de eerste dosis van de Hib-vaccinatie, dat tegelijk met het tetravalente vaccin in één injectie mag gegeven worden, slechts in 93% van de gevallen effectief gelijktijdig toegediend worden.

De introductie begin 2004 van het hexavalente vaccin (DTPa-VHB-IPV/Hib) zal dit probleem wellicht oplossen.

■ Besluit

Deze 6de enquête laat toe om de evolutie te volgen van de vaccinatiegraad van kinderen tussen 18 en 24 maanden in de Franse Gemeenschap. De overgang van OPV naar IPV, samen met de introductie van een gecombineerd vaccin DTPa-IPV, heeft geleid tot een verhoging van de vaccinatiegraad voor difterie, tetanus

en pertussis. De daling van de vaccinatiegraad tegen polio is voornamelijk niet verontrustend, maar verdient wel nauwgezet opgevolgd te worden.

De vaccinatiegraad tegen hepatitis B en Hib is verbeterd, maar de doelstelling van 90% wordt nog niet bereikt.

De introductie van een hexavalent vaccin moet ons toelaten om deze doelstelling te bereiken. We moeten evenwel aandacht besteden aan het blijvend wantrouwen tegen de vaccinatie tegen hepatitis B, en wat hiervan de gevolgen zullen zijn wanneer het hexavalente vaccin om deze reden zou geweigerd worden.

Het vaccinatieprogramma moet ook meer werk maken van de laattijdige vaccinatie tegen MBR. De doelstelling om mazelen te elimineren kan onmogelijk bereikt worden zonder een gevoelige verbetering van de vaccinatiegraad. Het inhalen van deze vaccinatie op het ogenblik dat het kind naar school gaat, is absoluut nodig. Een verlaging van de leeftijd waarop de tweede dosis toegediend wordt van 11 naar 6 jaar moet ernstig overwogen worden. Ook dringt een betere informatie van de ouders en de vaccinatoren zich op.

Vaccinaties worden door de overgrote meerderheid van de ouders positief beoordeeld. Toch blijft het nodig om hen te informeren over het aanbevolen vaccinatieschema en over elke vaccinatie afzonderlijk.

*Dr Béatrice Swennen
Emmanuelle Robert*

Mazelen

Epidemie in Brussel (voorjaar 2004)

Mazelen veroorzaakt jaarlijks wereldwijd een miljoen doden en is nog altijd een van de voornaamste

ziektes die door vaccinatie kunnen worden voorkomen. Het Europees Regionaal Bureau van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) wil mazelen tegen 2010 uit de regio elimineren ⁽¹⁾. Eliminatie van mazelen wil zeggen dat er geen langdurige transmissie meer is van het virus en dat een (eventueel geïmporteerd) geval van mazelen geen aanleiding geeft tot verspreiding van de aandoening. Daarvoor is vaccinatie van minstens 95% van de doelgroep met 2 dosissen van het mazelenvaccin vereist.

Systematische vaccinatie tegen mazelen startte in België in 1985 met het combinatievaccin tegen mazelen, bof en rubella (MBR-vaccin), toegediend op de leeftijd van 15 maanden. Vanaf 1994 werd de systematische toediening van een tweede dosis van het MBR-vaccin op 10- tot 12-jarige leeftijd aanbevolen. Globaal daalde de incidentie van mazelen van 998 per 100.000 inwoners in 1982 tot 16 per 100.000 in 1998 ⁽²⁾. Met een vaccinatiegraad voor één dosis van het mazelenvaccin onder de 90%, zowel in Vlaanderen (83,4% in 1999), in Wallonië (82,5% in 2003) als in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (74,5% in 2000), bevindt België zich in het eerste stadium van het eliminatieproces ⁽¹⁾. Door een accumulatie van niet beschermde groepen zullen epidemieën van mazelen blijven voorkomen met intervallen kleiner dan 5 jaar.

■ Methode

Mazelen is geen verplicht te melden aandoening in België, behalve in het kader van de meldingsplicht die geldt voor infectieziekten op scholen aan de gezondheidsinspecteurs van de gemeenschappen.

In het kader van de eliminatie van mazelen werd door de Belgische Mazelen Eliminatiecommissie in samenwerking met het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV)

in oktober 2002 een surveillancesysteem opgezet van een aantal infectieuze aandoeningen, waaronder mazelen. De surveillance gebeurt door kinderartsen in België en huisartsen van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

In mei 2004 meldde een school in Elsene een aantal gevallen van mazelen aan de gezondheidsinspecteur van de Franse Gemeenschap. In samenwerking met het WIV werd de behandelende arts van elke zieke gecontacteerd voor het verzamelen van epidemiologische gegevens.

■ Resultaten

Het virus werd vermoedelijk geïmporteerd vanuit Marokko en circuleerde vervolgens in verschillende scholen en in een club voor muurbeklimming in het Brusselse (Figuur 1).

Verspreiding van de infectie tussen verschillende klassen in een school en tussen verschillende scholen gebeurde hoofdzakelijk via broers of zussen. Alleen de epidemiologische link tussen beide scholen in Watermaal-Bosvoorde (W-B) werd niet volledig opgehelderd. In totaal werden 28 gevallen van mazelen geïdentificeerd, 24 bij kinderen en 4 bij volwassenen (leerkrachten). De leeftijd varieerde van 2 tot 31 jaar, 78,6% was tussen 12 en 18 jaar oud. Vier gevallen (14,3%) waren gevaccineerd tegen mazelen, waarvan 1 leerkracht met 2 dosissen MBR. Dit is uiteindelijk zeer weinig als men bedenkt hoeveel kinderen gevaccineerd zijn tegen de mazelen (cf. Vax Info nr 24, p 8). Er werden 14 gevallen gemeld door scholen aan de gezondheidsinspecteurs van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de Franstalige Gemeenschap, 7 gevallen door het surveillancesysteem, en 3 door beide. Onderzoek van contacten van gemelde gevallen liet toe 4 bijkomende gevallen te identificeren. Verder onderzoek werd echter bemoeilijkt door de vakantieperiode, zodat men van 3

Volwassenen

Vaccinatie tegen pneumokokken

Een werkgroep van de Hoge Gezondheidsraad heeft eind 2004 de beschikbare wetenschappelijke literatuur over de pneumokokkenvaccinatie voor volwassenen bestudeerd. Op basis hiervan werd een nieuw advies geformuleerd dat ter goedkeuring voorgelegd werd aan de Hoge Gezondheidsraad (HGR).

- *Streptococcus pneumoniae* blijft de belangrijkste oorzaak van pneumonie. Bij 5 à 30% (afhankelijk van de bestudeerde populaties) van de pneumokokkenpneumoniën worden positieve hemoculturen gevonden. Pneumonie met bacteriëmie kent een mortaliteit van 10 tot 35%. *Streptococcus pneumoniae* is ook de tweede belangrijkste oorzaak van bacteriële meningitis met een mortaliteit van 30%. Zowel de incidentie als de mortaliteit van pneumokokkeninfecties ligt veel hoger vanaf de leeftijd van 65 jaar.

- Het in België beschikbare 23-valente pneumokokken polysaccharidevaccin bevat antigenen tegen 96,7% van de kapseltypes die in bloed en cerebrospinaal en pleuraal vocht geïsoleerd worden.

Er zijn momenteel twee pneumokokkenvaccins beschikbaar:

- het vaccin dat kapselpolysacchariden van 23 serotypes bevat (Pneumo 23™ - Sanofi Pasteur M.S.D.). Dit vaccin is bestemd voor de vaccinatie van volwassenen. Het is niet immunogeen bij kinderen jonger dan 2 jaar. Het kost 19,09 Euro en wordt niet terugbetaald door het RIZIV. De meeste ziekenfondsen betalen het gedeeltelijk terug in het kader van hun aanvullende verzekering.
- het heptavalente geconjugeerde

vaccin bevat gezuiverd kapselpolysaccharide van zeven serotypes (Prevenar™- Wyeth). Dit vaccin is prioritair bestemd voor de vaccinatie van zuigelingen. Bij jongeren en volwassenen is de theoretische bescherming op basis van de kapseltypes veel lager dan bij kinderen jonger dan 5 jaar. Bovendien ontbreken gegevens over het klinisch gebruik en de bescherming bij jongeren en volwassenen. Dit vaccin kost 68,27 euro per dosis. Het wordt voorlopig niet gratis ter beschikking gesteld door de gemeenschappen en wordt ook niet terugbetaald door het RIZIV. Enkele ziekenfondsen betalen het gedeeltelijk terug in het kader van hun aanvullende verzekering.

- Cijfers over de antibioticaresistentie van pneumokokken in België geven voor 2003 het volgende beeld: 13% van de stammen is resistent tegen penicilline (0,6% is hoogresistent, de rest van de stammen is intermediair gevoelig); 30,2% is resistent tegen tetracyclines; 36,1% tegen erythromycine en 0,5% tegen ofloxacin.

- De klinische doeltreffendheid van de pneumokokkenvaccins bij oudere personen is uitgebreid bestudeerd en geanalyseerd. Globaal genomen kan men op basis van de beschikbare effectiviteitsstudies niet uitsluiten dat het vaccin beschermt tegen pneumonie. Het beschermt zeker tegen 40 tot 60% van de invasieve pneumokokkeninfecties.

- Wat volwassenen met een onderliggende aandoening betreft, berusten de vaccinatie-aanbevelingen meestal op de verhoogde incidentie, morbiditeit en mortaliteit van invasieve pneumokokkeninfecties. Bij patiënten met een functionele asplenie (bv. Sikkelcelanemie) of met splenectomie ligt de incidentie van invasieve pneumokokkeninfecties bijvoorbeeld 100 keer hoger. De serologische respons na vaccinatie van deze

patiënten is vergelijkbaar met die van gezonde proefpersonen, behalve in geval van een splenectomie in het kader van een lymfoom.

Hervaccinatie

Het 23-valente pneumokokkenvaccin leidt niet tot een cellulaire immunorespons (T-cel immuniteit). Er treedt dus geen booster-effect op. Elke supplementaire dosis moet dus beschouwd worden als een hervaccinatie. Het gehalte antilichamen, specifiek voor elk kapseltype, vermindert progressief met de tijd. Het is momenteel onmogelijk om het minimaal vereiste aantal antilichamen dat bescherming biedt, vast te stellen. Bij de meeste volwassenen en oudere personen blijft het gehalte antilichamen na vaccinatie gedurende meer dan vijf jaar hoger dan voordien. Bij sommige patiënten met een onderliggende ziekte daalt het antilichamengehalte echter sneller. Er is ook sprake van meer secundaire effecten (meestal lokaal) bij hervaccinatie in de eerste jaren na een eerste vaccinatie. Sommige patiënten maken ook koorts (> 37,6°). Vermits deze nevenwerkingen matig en omkeerbaar zijn, wordt de hervaccinatie als veilig beschouwd na een periode van minimaal 3 jaar.

De huidige wetenschappelijke consensus stelt dat hervaccinatie met het 23-valente vaccin na drie tot vijf jaar aangewezen is bij patiënten met een verhoogd risico (splenectomie en functionele asplenie) en na vijf tot zeven jaar voor patiënten met een onderliggende aandoening. Bij gebrek aan immunogeniciteits- en veiligheidsgegevens wordt de aanbeveling voor revaccinatie boven 65 jaar momenteel beperkt tot een eenmalige toediening, best 5 à 7 jaar na de eerste vaccinatie.

Besluit

De pneumokokkenvaccinatie past in de

preventieve taak van de huisarts. Het is de aangewezen persoon om de vaccinatie van de volwassenen te begeleiden. De huisarts kan op geregelde tijdstippen de vaccinatiesstatus van elke volwassen patiënt opvolgen, bijvoorbeeld bij het opmaken van een medisch dossier of, voor de oudere patiënten, bij de jaarlijkse griepvaccinatie.

Voor de praktijk

Nieuwe aanbevelingen van de HGR

1) Vaccinatie met het 23-valent pneumokokkenvaccin wordt ten zeerste aanbevolen voor patiënten met een hoog risico op ernstige invasieve pneumokokkeninfecties zoals patiënten met functionele asplenie of na splenectomie.

2) Vaccinatie wordt verder aanbevolen voor :

- alle personen ouder dan 65 jaar
- patiënten ouder dan 50 jaar met
 - chronische bronchopulmonale aandoeningen
 - congestieve hartziekte
 - ethylisme met of zonder cirrose
- HIV-geïnfecteerde patiënten

3) Vaccinatie kan tevens overwogen worden op basis van individuele kenmerken voor patiënten met :

- orgaantransplantatie
- lymfoom, chronisch lymfatische leukemie, multipel myeloom
- lek van cerebrospinaal vocht
- andere chronische aandoeningen zoals chronische nierziekten of cardiovasculaire aandoeningen.

Griep

Een rondetafel over het beleid inzake griep in België

Op 23 november 2004 at in Neder-Over-Hembeek een ronde tafel plaats over de preventie van griep. Bedoelung

was om alle betrokkenen samen te brengen en hen een aantal concrete vragen voor te leggen, in de hoop preciese antwoorden te krijgen over een verbetering van de vaccinatie en over een aangepaste behandeling. Algemeen wordt verwacht dat in de komende jaren een grieppandemie zal optreden. In de loop van de 20ste eeuw hebben zich drie pandemieën voorgedaan. Een pandemie is een gevolg van het ontstaan van een nieuw virus (shift) van dierlijke oorsprong waartegen de mens geen immunologische bescherming heeft. Dit virus blijft ook de daarop volgende jaren op recurrente wijze circuleren. Om het hoofd te bieden aan de immunitaire druk, moet het antigenetisch materiaal van het virus zich voortdurend aanpassen. Dit verklaart waarom het vaccin elk jaar opnieuw moet gewijzigd worden. Deze interpan-demische epidemieën zijn minder spectaculair, maar hun bijkomende impact op de mortaliteit overstijgt die van de zeldzame grieppandemieën.

Er bestaan nog vele vragen over de beste manier om griep te voorkomen. Bovendien is het zeer moeilijk om een preciese omschrijving te geven van personen met een verhoogd risico voor verwickelingen. Het vertalen van wetenschappelijke inzichten naar concrete aanbevelingen blijft een delicate operatie.

■ Vaccinatiegraad verhogen

De deelnemers aan de rondetafel kwamen tot volgende vaststellingen: de vaccinatiegraad bedroeg in 2001 voor personen van 65 jaar of meer 58%, en slechts 19,7% bij risicopersonen van 15 tot 64 jaar. Alhoewel dit een vooruitgang is in vergelijking met 1997 (toen slechts 32% van de risicopersonen gevaccineerd waren), blijft een vaccinatiegraad van 40% van de risicopersonen te laag.

Verschillende strategieën werden voorgesteld om de vaccinatiegraad te

verhogen: het volledig ten laste nemen door de ziekteverzekering van de kosten van het vaccin, een grotere beschikbaarheid het vaccin, het inschakelen van het Elektronisch Medisch Dossier om risicopatiënten te verwittigen van de noodzaak om zich te laten vaccineren. Er moet ook een oplossing gevonden worden voor de personen die geen vaste huisarts hebben. Bovendien is iedereen ervan overtuigd dat inspanningen moeten gedaan worden om de artsen beter te motiveren om hun patiënten te vaccineren.

■ Personen tussen 50 en 64 jaar

De aanbeveling om alle personen tussen 50 en 64 jaar systematisch te vaccineren is gebaseerd op statistische en operationele argumenten: tijdens een epidemie begint de mortaliteit te stijgen vanaf 50 jaar. Bovendien behoort één op drie van deze personen tot een risicogroep, al dan niet geïdentificeerd. Het is, vanuit het oogpunt van de volksgezondheid, gemakkelijker om leeftijdsgroepen te definiëren dan al dan niet bekende risicopersonen. Bovendien is een dergelijke aanpak ook voordeliger op het vlak van kosten-baten.

De deelnemers aan de rondetafel zijn het er over eens dat bijkomende gegevens, specifiek voor België, nodig zijn om van de huidige individuele aanbeveling voor deze leeftijdsgroep uit te breiden tot een systematische aanbeveling.

■ Personeel gezondheidssector

De vaccinatie van het personeel uit de gezondheidssector, inclusief het administratief personeel dat frequent contact heeft met risicopatiënten, werd uitgebreid besproken. Een recente Vlaamse studie heeft aangetoond dat slechts 20% van het personeel van rust-

en verzorgingstehuizen gevaccineerd is tegen griep. Naast de vermoedelijk hogere incidentie van griep en het absentisme op een ogenblik dat ze het meest nodig zijn, bestaat er nog een belangrijk, altruïstisch argument om personeelsleden uit de gezondheidssector te vaccineren: de vermindering van de mortaliteit bij al dan niet gevaccineerde patiënten. Het gaat dus om een maatregel die te vergelijken is met de handhygiëne. Uitvluchten zoals 'ik heb nog nooit griep gehad' of 'ik heb schrik dat ik door het vaccin een griepersyndroom zou opdoen', zijn alleszins geen voldoende reden om zich niet te laten vaccineren. Bovendien zijn de antigenen in het vaccin gezuiverd en onschadelijk zijn zodat ze nooit een 'afgezwakte griep' kunnen veroorzaken. Voornaamste aansporing om tot een veralgemeende vaccinatie te komen, is volgens deze studie het gratis ter beschikking stellen van het vaccin door de werkgever.

■ Kinderen tussen 6 maanden en 2 jaar

De vaccinatie van kinderen tussen 6 maanden en 2 jaar wordt momenteel in de Verenigde Staten aanbevolen. Voornaamste reden daarvoor is het feit dat de mogelijke verwickelingen van griep bij jonge gezonde kinderen even ernstig zijn als bij ouderen. Bovendien wil men op deze manier epidemieën voorkomen. De incidentie is namelijk het grootst bij jonge kinderen, die dan ook een belangrijke haard van verspreiding van het virus vormen in het begin van een epidemie. Diverse deelnemers aan de rondetafel merken op dat de manier waarop gegevens in verband met mogelijke verwickelingen werden ingezameld, niet altijd even adequaat is. Zo wijst de ziekenhuisopname bijvoorbeeld eerder op een onzekere diagnose door de arts dan op reële verwickelingen ten gevolge van griep, waardoor er onvermijdelijk een grote variatie tussen landen bestaat. Een ander argument is

dat het nu al moeilijk is om alle aanbevolen vaccinaties toe te dienen, zodat het momenteel niet is aangevoelen om nog een nieuw antigeen toe te voegen aan het reeds zwaar belaste vaccinatieschema.

■ Gezonde volwassenen

De gunstige kosten-batenbalans van de vaccinatie van gezonde volwassenen volstaat niet als argument om de griepvaccinatie te veralgemenen. Minder werkverlet is een onvoldoende reden voor een veralgemeende vaccinatie. Het is aan de arbeidsgeneesheer om de risico's op besmetting en verwickelingen van elke werknemer, afzonderlijk te evalueren.

■ Antivirale geneesmiddelen

De introductie van nieuwe antivirale geneesmiddelen (de neuraminidase inhibitoren) is geen reden om de huidige vaccinatie-aanbevelingen te wijzigen. Vaccinatie is en blijft het voornaamste preventieve middel. Deze geneesmiddelen, hoe effectief ook indien ze snel na de infectie ingenomen worden, vormen een bijkomend hulpmiddel in geval van een epidemie, bijvoorbeeld bij een tekort aan vaccins, wanneer de vaccinstammen niet overeenkomen met het circulerend virus (mismatch), als extra-bescherming bij een onvoldoende vaccinale respons (immuno-gedeprimeerden) of bij het bestrijden van een beginnende epidemie in een rusthuis. Ze mogen alleen gebruikt worden wanneer het griepvirus circuleert (volgens de waarnemingen van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid).

■ Besluit

Er is nog veel werk aan de winkel om de vaccinatiegraad te verbeteren van de

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 «Vaccinatie», 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 «Vaccinatie».

Met de «unrestricted educational grant»
van GlaxoSmithKline.

risicopersonen overeenkomstig de bestaande aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad. Bijzondere inspanningen zijn nodig om de vaccinatiegraad van personeel uit de gezondheidssector te verhogen, inclusief de artsen. Dit is belangrijk, niet alleen omwille van hun individuele risico, maar ook om transmissie naar hun patiënten te voorkomen. De details en besluiten van deze rondetafel worden gebundeld in een Witboek dat binnenkort zal gepubliceerd worden.

René Snacken en Marc Van Ranst