



HPV-vaccinatie

Aanbevelingen van de HGR

De Hoge Gezondheidsraad heeft in mei 2007 een advies gepubliceerd in verband met de vaccinatie tegen het humaan papillomavirus.

Op basis van de wetenschappelijke bevindingen doet de Hoge Gezondheidsraad de volgende aanbevelingen:

- Bij de introductie van HPV-vaccinatie moet de baarmoederhals-screening van de niet gevaccineerde vrouwen, maar ook van de gevaccineerde vrouwen verder worden geïmplementeerd. De HGR beveelt dringend aan om de baarmoederhals-screening op een systematische wijze te organiseren volgens de Europese aanbevelingen en die van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- De algemene profylactische vaccinatie van jaarlijks één jaarcohort van meisjes tussen de leeftijd van 10 tot en met 13 jaar moet plaatsvinden volgens de randvoorwaarden die momenteel ook gelden voor de hepatitis B-vaccinatie van pre-adolescenten. Toegepast op HPV vaccinatie zijn deze randvoorwaarden:
 - De schoolgezondheidszorg geeft informatie over en doet een aanbod tot HPV-vaccinatie;
 - Aan de ouders en de jongere wordt de keuze gelaten om de vaccinatie te laten uitvoeren door de schoolarts of door de arts-vaccinator naar keuze;
 - Het volledige vaccinatieschema wordt bij voorkeur binnen éénzelfde schooljaar uitgevoerd. De vaccinatie moet bovendien kaderen in gezondheidsbevorderende initiatieven met betrekking tot seksualiteit en veilig seksueel gedrag.

Inhoud	Inhoud
HPV p. 1 - 2 ▶	<i>Aanbevelingen van de HGR</i>
Hepatitis A p. 3 - 6 ▶	<i>Universele vaccinatie</i>
Griep p. 6 - 7 ▶	<i>Bilan griepseizoen</i>
Vragen/antwoorden p. 7 - 8 ▶	<i>Aanbevolen vacinatieschema</i>

- Een bijkomende algemene profylactische (inhaal)vaccinatie van volgende jaarcohortes tot en met de leeftijd van 15 jaar kan potentieel het populatie-effect van HPV-vaccinatie vergroten en versnellen, en kan overwogen worden na een gezondheidseconomische evaluatie.
- De vaccinatie van vrouwelijke adolescenten en jonge vrouwen van 14 t.e.m. 26 jaar die nog geen seksueel contact gehad hebben, en die nog niet gevaccineerd werden in het kader van de algemene profylactische vaccinatie tussen 10 en 13 jaar, kan door de behandelende arts worden aangeboden. Dit aanbod tot HPV-vaccinatie kadert bij voorkeur in een consult waarin contraceptie en veilig seksueel gedrag ter sprake komen.
- Het is aan de behandelende arts om op individuele basis te beoordelen of vaccinatie van vrouwelijke adolescenten en jonge vrouwen van 14 tot en met 26 jaar die reeds seksuele betrekkingen gehad hebben, en nog niet eerder gevaccineerd werden, aangewezen is. Op basis van de huidige gegevens beveelt de HGR geen HPV-typering aan in het kader van een indicatiestelling tot vaccinatie.
- Aan de hand van een goede registratie van de resultaten van de baarmoederhals-screening, gekoppeld aan de registratie van HPV-vaccinaties en de kankerregistratie, zullen de korte en lange termijneffecten van HPV-vaccinatie kunnen gemeten worden. De

HGR beveelt aan om het juridische kader te scheppen waardoor de koppeling van individuele HPV-vaccinatiegegevens aan de bovengenoemde registers wettelijk mogelijk wordt gemaakt.

- Een bewakingssysteem na introductie van de vaccinatie is nodig, ondersteund door bovengenoemde registers, met aandacht voor de efficiëntie en ongewenste effecten van vaccinatie op lange termijn, en met monitoring van de circulerende HPV-types in diverse populaties en specimens om een eventuele verschuiving naar andere HPV-types tijdig op te sporen. Bij gebrek aan gegevens over de klinische effectiviteit van Gardasil® bij mannen van gelijk welke leeftijd, doet de HGR op dit ogenblik geen uitspraak m.b.t. vaccinatie van jongens en/of mannen.

Het volledige advies kan geraadpleegd worden op:

www.health.fgov.be/CSH_HGR.

■ Commentaar

Dit advies van de HGR heeft alleen betrekking op het tetravalent vaccin Gardasil™ van Sanofi Pasteur MSD, het enige vaccin dat momenteel beschikbaar is op de Belgische markt. Zodra het vaccin Cervarix™ van GlaxoSmithKline op de markt komt, zal het advies aangepast worden. Gardasil™ beschermt tegen HPV 16 en 18 (verantwoordelijk voor ongeveer 70% van de cervixkankers) en tegen HPV 6 en 11 (verantwoordelijk voor ongeveer 90% van de condyloma acuminatum). Het vaccin wordt geleverd in een spuit. Het wordt intramusculair in de deltoïdspier toegediend.

Het vaccinatieschema bestaat uit drie dosissen, toe te dienen op 0, 2 en 6 maanden. Tussen de eerste en de tweede dosis moet minstens 1 maand liggen, tussen de 2de en 3de minstens 3 maanden. De drie dosissen moeten binnen een termijn van één jaar toegediend worden.

Het vaccin kan tegelijk (maar op een andere plaats) met het vaccin tegen hepatitis B (HBVAXPRO™) toegediend worden, zonder belangrijke vermindering van de immunogeniciteit van beide vaccins. Toediening tegelijk met andere vaccins (op een andere plaats) werd niet onderzocht. Theoretisch mag men aannemen dat simultane toediening met elk ander

vaccin geen nadelen zal hebben op de immuunrespons; de aanbevelingen van de Standaard Vaccinaties zijn hier van toepassing.

Gardasil™ wordt momenteel niet terugbetaald. Een volledige vaccinatie kost ongeveer 400€. Sommige ziekenfondsen betalen een deel hiervan terug in het kader van de aanvullende verzekering.

Dr Patrick Trefois

Bron: Publicatie van de Hoge Gezondheidsraad nr. 8204. Vaccinatie tegen infecties veroorzaakt door het humaan papillomavirus. 02 mei 2007.

Overzichtlijst aanbevelingen HPV-vaccinatie

Europa	Aanbevolen groepen voor universele vaccinatie	Catch-up of groepen waaraan vaccin kan worden aangeboden
Oostenrijk	Meisjes en jongens 9-15 jaar + meisjes en vrouwen 16-26 jaar	
België	1 leeftijdscohort meisje tussen 10 - 13 jaar	Tot 15 jaar en aan te bieden aan meisjes en vrouwen tot 26 jaar zonder seksuele contacten
Denemarken	<i>Meisjes 12 jaar (vanaf 2008)*</i>	<i>Meisjes 13 - 15 jaar (vanaf 2008)*</i>
Frankrijk	Meisjes 14 jaar	Meisjes en vrouwen van 15 - 23 jaar zonder seksuele contacten of binnen het jaar na begin seksuele contacten
Duitsland	Meisjes 12 - 17 jaar	
Italië	Meisjes 12 jaar	Onderzocht door de regio's
Luxemburg	Meisjes 11-12 jaar	Meisjes 13 - 18 jaar
Noorwegen	Meisjes 11 - 12 jaar	Meisjes 13 - 16 jaar
Spanje	Meisjes 12 - 13 jaar voor de regio van Navarre	Onderzocht
Verenigd Koninkrijk	<i>Meisjes 12 - 13*</i>	
Zweden	<i>Geen officiële aanbeveling, maar terugbetaling voor meisjes tussen 13 - 17 jaar</i>	
Zwitserland	Meisjes 12 - 14 jaar	Meisjes 15 - 19 jaar gedurende 5 jaar
Niet EU		
Australië	Meisjes 12 - 13 jaar	Meisjes 13 - 18 jaar en vrouwen 19 - 26 jaar gedurende 2 jaar
Canada	Meisjes 9 - 13 jaar	Meisjes en vrouwen 14 - 26 jaar, ook als ze al seksueel actief zijn, een afwijkende Pap-test of HPV-infectie hebben
USA	Meisjes 11 - 12 jaar	Meisjes 9 - 10 jaar op advies behandelend arts, tussen 13 - 26 jaar, ook als ze al seksueel actief zijn, een afwijkende Pap-test of HPV-infectie hebben

*Geen echte recommendatie, maar positief rapport.

Voor de praktijk

- Elke arts (huisarts, schoolarts of pediatr) kan het vaccin systematisch voorstellen aan alle meisjes tussen 11 en 12 jaar ter gelegenheid van de toediening van de tweede dosis van het MMR-vaccin of bij de start van een hepatitis B-vaccinatie.
- De systematische opsporing van baarmoederhalskanker door een uitstrijkje blijft noodzakelijk voor alle vrouwen, gevaccineerd of niet.

Aanbevelingen Hoge

Gezondheidsraad Luxemburg

De Hoge Gezondheidsraad van het Groot-Hertogdom Luxemburg beveelt de universele HPV-vaccinatie voor alle meisjes van 11-12 jaar, plus een inhaalvaccinatie bij alle meisjes van 13 tot 18 jaar.

Hepatitis A

Universele vaccinatie

Toen het hepatitis A-vaccin in het begin van de jaren '90 werd geïntroduceerd, werd het in de meeste landen alleen aanbevolen voor hoog risicogroepen. Dit is nog steeds het standpunt van de Hoge Gezondheidsraad (zie «Voor de praktijk»). Gezien de epidemiologie van deze infectie, heeft een dergelijke strategie slechts een beperkte impact op de incidentie van de ziekte in de algemene bevolking.

In de loop der jaren is aangetoond dat het vaccin veilig en zeer efficiënt is. Sommige landen zijn dan ook gestart met een ambitieuzer veralgemeend vaccinatieprogramma.

Het hepatitis A virus is een picornavirus dat zich uitsluitend in de

menselijke hepatocyten vermenigvuldigt. Via de galwegen komt het weer in de darm terecht en verlaat het lichaam met de feces. Dat is epidemiologisch gezien het belangrijkste virusreservoir.

Het virus is zeer goed bestand tegen chemische en fysische inactivatie: om het te vernietigen moet het minstens één minuut lang op een temperatuur van 85°C behandeld worden. Het kan meerdere weken overleven in een ongunstige omgeving: uitgedroogde uitwerpselen, zeewater (waar het zich neerzet in schelpdieren), enz.

■ Epidemiologie

Infectie gebeurt wanneer een niet-immuun persoon besmet water of voedsel consumeert, of in contact komt met de uitwerpselen van een ziek persoon. Ze wordt zelden iatrogeen overgedragen.

De overdracht wordt vergemakkelijkt wanneer de hygiënische of sanitaire toestand te wensen overlaat (geen afvoer van vervuild water, geen drinkbaar water beschikbaar, enz.). In dergelijke hoog-endemische omgeving is blootstelling aan het virus onvermijdelijk. Meestal gebeurt dat vóór de leeftijd van 5 jaar. De infectie verloopt dan meestal asymptomatisch en de persoon beschikt over een levenslange immuniteit. Het percentage mensen die immuun zijn, stijgt met de leeftijd.

In gebieden en landen met een goede sanitaire infrastructuur en een goede hygiëne is de endemiciteit zeer laag en worden personen pas op latere leeftijd blootgesteld aan het virus. Infectie gebeurt meestal door direct of indirect contact met geïnfecteerde personen, eerder dan door de consumptie van besmet water of voedsel. Een andere bron van besmetting zijn reizen naar hoog-endemische gebieden.

Tenslotte zijn er een aantal streken met een matige endemiciteit waar de overdracht meestal gebeurt door het consumeren van besmet water of voedsel, en door contact met zieke personen. In eenzelfde land of streek kunnen, afhankelijk van de sociaal-economische toestand, gebieden voorkomen met hoge en matige endemiciteit.

■ Impact van de ziekte

Studies over de seroprevalentie van anti-HAV antilichamen hebben aangetoond dat hepatitis A een van de meest verspreide infectieziekten is. De Wereldgezondheidsorganisatie raamt de jaarlijkse incidentie op ongeveer 1,5 miljoen. Het werkelijke aantal ligt veel hoger gezien de grote onderrapportering.

Bij jonge kinderen verloopt de infectie meestal asymptomatisch en mild. Met de leeftijd wordt de infectie ernstiger. Het verloop van de ziekte is zeer variabel. Meestal voelen de patiënten zich na enkele weken beter en herstellen ze volledig. Soms duurt dat wel meerdere maanden.

In sommige gevallen treden verwikkelingen of een fulminante hepatitis op (ong. 1 geval per 10.000). De mortaliteit bij 40-plussers bedroeg in 1995 in de USA ongeveer 1%. Bij een fulminante hepatitis is soms een levertransplantatie nodig.

De economische impact van hepatitis A in de USA wordt geschat op 1,5-3 miljard dollar per jaar. Die kostprijs ligt hoger in landen met een lage endemiciteit dan in landen met hoge endemiciteit omwille van de verschuiving van de ziekte naar iets oudere mensen die economisch actief zijn en bij wie de gevolgen ernstiger zijn en die dus ook meer beroep doen op medische verzorging.

In de toekomst zal een verbetering van de sanitaire en hygiënische omstandigheden in grote delen van de wereld paradoxaal genoeg leiden tot een grotere impact van de ziekte in termen van morbiditeit, mortaliteit en economische kosten.

■ Vaccinatie

De bescherming van de geïnactiveerde vaccins tegen hepatitis A is gebaseerd op de productie van neutraliserende antilichamen. De efficiëntie van deze vaccins werd aangetoond in twee studies (dubbel blind, gerandomiseerd). Bovendien is aangetoond dat de vaccinatie van minstens 70% van de bevolking leidt tot een groeps-immuniteit ('herd immunity').

Er bestaat momenteel wetenschappelijk een consensus dat het vaccin levenslang bescherming biedt. Dit heeft te maken met de duurzaamheid van de cellulaire immuniteit na vaccinatie en de lange incubatietijd van de ziekte. De vaccinale respons vermindert in aanwezigheid van circulerende antilichamen (die worden overgebracht door een passieve immunisatie met immunoglobulines of via transplacentaire weg). De cellulaire immuunrespons blijft daarentegen behouden. Dat is de reden waarom het vaccin is geregistreerd voor toediening vanaf 1 jaar (2 jaar in de USA), leeftijd waarop de maternale antilichamen volledig zijn verdwenen.

De meest efficiënte strategie vanuit het standpunt van de volksgezondheid bestaat erin om de ziekte maximaal terug te dringen met een minimum aan kosten. Om daarover te kunnen beslissen is het essentieel om de belangrijkste verspreidingskanalen van het virus, de incidentiepieken in de verschillende leeftijdsgroepen en de periode en voorwaarden van besmettelijkheid te kennen.

Naarmate we de infectie beter kennen, zal het beleid gericht op het vaccineren van specifieke risicogroepen geleidelijk aangepast worden in functie van de epidemiologie. Het staat momenteel vast dat in sommige landen en streken de vaccinatie van alle kinderen op schoolgaande leeftijd de beste strategie is om de incidentie terug te dringen. Kinderen kunnen namelijk de belangrijkste verspreider van de ziekte onder de algemene bevolking zijn.

We beschikken momenteel over een aantal experimenten die deze nieuwe vaccinatiepolitiek kunnen ondersteunen.

Puglia (Italië)

Puglia telt ongeveer 4 miljoen inwoners. De jaarlijkse incidentie in een interepidemische periode schommelde tussen 1990 en 2000 rond 20 à 30/100.000 inwoners. De voornaamste besmettingsweg was de consumptie van schaaldieren. In 1992 en 1996-97 traden epidemieën op. In 1996 werden 5673 gevallen (138,8/100.000) en in 1997 5389 (131,8/100.000) vastgesteld. Het ging vooral om personen tussen 11 en 30 jaar. Een farmaco-economische studie raamde de sociale kosten van de epidemie van 1996 op 40 miljoen \$. De regionale overheid besloot dan ook om vanaf eind 1997 alle kinderen van 15-18 maanden te vaccineren tegen hepatitis A (samen met het vaccin tegen MMR), en voor alle kinderen van 12 jaar het monovalente hepatitis B vaccin (dat reeds sinds 1991 werd toegediend) te vervangen door het bivalente vaccin tegen hepatitis A en B. Sinds de invoering van dit nieuwe vaccinatieschema heeft er zich geen epidemie meer voorgedaan en loopt het aantal gevallen van hepatitis A sterk terug. In het aangrenzende Campania, waar deze veralgemeende vaccinatie niet wordt toegepast, deed zich in 2004 nog een grote epidemie voor met 615 gevallen.

Catalonië (Spanje)

Deze Spaanse autonome provincie telt 6 miljoen inwoners. Sinds 1990 worden alle schoolkinderen gevaccineerd tegen hepatitis B. De vaccinatiegraad bedraagt ruim 90%. De incidentie van acute hepatitis B bij kinderen tussen 10 en 19 jaar is met 80% verminderd op 8 jaar tijd.

In 1998 werd beslist om het monovalente vaccin te vervangen door het bivalente vaccin tegen hepatitis A en B. Omdat gebruik kan gemaakt worden van dezelfde infrastructuur zijn de kosten per kind beperkt.

De incidentie van hepatitis A in de drie jaar vóór (1996-1998) en na (1999-2001) de vaccinatie verminderde significant in alle leeftijdsgroepen, behalve bij de 60-plussers.

North Queensland (Australië)

In de jaren 90 werd hepatitis A in North Queensland beschouwd als een belangrijk gezondheidsprobleem omwille van twee epidemieën op tien jaar tijd. In 1996 toonde een surveillanciestudie dat de incidentie veel hoger lag bij de inheemse bevolking (110/100.000) dan bij de niet-inheemse bevolking (25/100.000). Sinds februari 1999 wordt het vaccin tegen hepatitis A gratis ter beschikking gesteld van alle inheemse kinderen van 18 tot 24 maanden, en is er ook een inhaalvaccinatie tot de leeftijd van 6 jaar. In de periode van 2000 tot 2003 daalde de incidentie tot 4/100.000 bij de inheemse en tot 2,5/100.000 bij de niet-inheemse bevolking.

Hieruit kan men besluiten dat een vaccinatieprogramma dat zich richt op een specifieke bevolkingsgroep met een hoog risico tot een daling van de incidentie in de totale bevolking kan leiden. In november 2005 werd dan ook beslist om deze vaccinatiestrategie aan te bieden in Queensland, Northern Territory, Western Australia en South Australia.

Israël

Israëlsche epidemiologen waren ervan overtuigd dat zuigelingen die meestal in een crèche verbleven, direct of indirect de belangrijkste infectiebron waren. Een grote epidemie in 1996 werd tegengehouden door alle kinderen van 1 tot 6 jaar te vaccineren. Op basis van deze ervaring en van economische argumenten werd in juli 1999 beslist om alle peuters gratis te vaccineren op de leeftijd van 18 maanden, met een tweede dosis op 24 maanden. De vaccinatiegraad bedroeg snel 90%, tegenover 10% in de algemene bevolking.

Drie jaar na de start van dit programma was de incidentie binnen de hele bevolking gedaald tot minder dan 5/100.000 (tegenover vroeger 37,2/100.000 bij de Joodse bevolking en 57,8/100.000 bij niet-Joden). Deze daling betrof niet alleen de gevaccineerde cohorten, maar alle leeftijdsgroepen. Dit bevestigt de hypothese dat jonge kinderen inderdaad de voornaamste vectoren van de infectie waren.

Enkele Amerikaanse Staten

In de Verenigde Staten adviseerde de *Advisory Committee on Immunization Practice* (ACIP) aanvankelijk om alleen hoogrisicopatiënten en kinderen in gemeenschappen met een hoge incidentie (zoals Indianen, de oorspronkelijke bevolking van Alaska, enz.) te vaccineren.

In oktober 1999 werd het advies herzien en werd aanbevolen om alle kinderen te vaccineren in staten, gebieden en gemeenschappen waar de incidentie het dubbele bedraagt van het nationaal gemiddelde in 1987-1997 (dat 10/100.000 bedroeg). 11 staten beantwoordden aan deze voorwaarde. Ook werd aanbevolen om deze strategie te overwegen in die staten waar de incidentie tussen 10 en 20/100.000 lag. Dit was het geval voor nog eens zes staten.

De nationale incidentie daalde door deze maatregel tot een historisch minimum. Een nauwkeurige analyse van de gegevens toonde aan dat dit hoofdzakelijk een gevolg was van de vaccinatie en dat er sprake was van een belangrijke groepsimmunitet.

In mei 2006 pastte de ACIP zijn aanbevelingen andermaal aan : voortaan wordt de systematische vaccinatie tegen hepatitis A aangeraden voor alle kinderen tussen 12 en 23 maanden. Kinderen die op de leeftijd van 2 jaar nog niet zijn gevaccineerd, kunnen nog gevaccineerd worden. Ook blijft de vaccinatie aanbevolen voor de klassieke risicogroepen.

■ Besluit

Meer dan tien jaar ervaring heeft aangetoond dat de vaccins tegen hepatitis A veilig zijn en een zeer goede bescherming bieden gedurende een lange periode zodat bij gezonde personen geen rappel nodig is.

De vaccinatie is efficiënt zowel ter preventie en controle van epidemies na blootstelling aan het virus, als in algemene vaccinatieprogramma's. In heel wat ontwikkelingslanden zien we een wijziging van de epidemiologie : meer en meer jongeren en volwassenen worden bij lokale epidemieën getroffen, met een verhoogd risico op ernstige klinische vormen.

De hier geciteerde voorbeelden moeten ons doen nadenken over de beste strategie voor elk land en elke strategie om infecties van hepatitis A te voorkomen. De routinevaccinatie van kinderen blijkt veelbelovend te zijn doordat de transmissie van kinderen naar ouderen wordt doorbroken en door het ontstaan van een groepsimmunitet.

Het is zeker nog te vroeg om te spreken over eradicatie en uitroeiing

van de ziekte, maar een controle is zeker een haalbaar doel.

Naast de wetenschappelijke, humanitaire en technische argumenten spelen natuurlijk ook politieke motieven en, voor sommige landen, ook economische obstakels voor een algemeen vaccinatieprogramma.

Dr Patrick Trefois

Referenties

- FE André. Universal Mass Vaccination Against Hepatitis A. CTMI (2006) 304 :95-114
- Prevention of Hepatitis A Through Active or Passive Immunization. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. MMWR, Recommendations and Reports Vol. 55 / RR-7; May 19, 2006
- P. Van Damme, K. Van Herck and P. Beutels. Vaccines against hepatitis A. In: Rodès J, Benhamou JP, Blei A, Reichen J, Rizzetto M, editors. Textbook of Hepatology : From Basic Science to Clinical Practice, 3rd ed. 2007 : 899-907. Blackwell Publishing, Oxford,UK.

Voor de praktijk

- De Wereldgezondheidsorganisatie adviseert om in laag-endemisch gebied (zoals België en Luxemburg) alleen risicogroepen te vaccineren, in matig endemisch gebied een veralgemeende vaccinatie toe te passen en in hoog-endemisch gebied niet te vaccineren.
- In België beveelt de Hoge Gezondheidsraad de vaccinatie tegen hepatitis A aan voor volgende risicogroepen :
 - reizigers naar endemische gebieden
 - homo- en biseksuele mannen
 - kandidaten voor een levertransplantatie
 - patiënten met chronische leveraandoeningen (o.m. patiënten met hepatitis C)
 - contactpersonen van een patiënt met hepatitis A

- jonge kinderen van migranten die naar hun land van oorsprong reizen
- hemofiliepatiënten
- personeel en bewoners van instellingen voor mentaal gehandicapten
- mensen die in de voedingssector werken.

• Voor wat reizigers betreft, wordt de vaccinatie aanbevolen voor volgende groepen :

Al wie naar Afrika (ook Marokko, Algerije, Tunesië, Libië en Egypte), Latijns-Amerika, Azië (ook het Nabije Oosten, dus ook Turkije; niet Israël) reist, ongeacht de reisduur (dus zelfs voor een zeer korte trip), zelfs wanneer dit in goede hygiënische omstandigheden gebeurt. Vooral reizigers die vrienden of familieleden bezoeken die wonen in een land met een verhoogde hepatitis A-prevalentie, blijken kwetsbaar.

- Al wie frequent of in onhygiënische omstandigheden reist naar de Caraïben, Oost- en Zuid-Europa, waaronder ook een aantal landen van de Europese Unie (Spanje, Estland, Letland, Litouwen, Griekenland, Italië, Polen, Portugal, Slowakije, Tsjechië, Slovenië) vanwege de iets hogere incidentie van deze infectie in die landen in vergelijking met ons land.

• In geval van een epidemie is de vaccinatie van vatbare personen uit de onmiddellijke omgeving van hepatitis A-patiënten één van de belangrijkste indijkingsmaatregelen. Vaccinatie geeft een efficiënte, snelle en levenslange bescherming en kan ook nog kort (binnen de 10 dagen) na blootstelling aan hepatitis A toegediend worden met 80% beschermende doeltreffendheid. Vaccinatie moet dus bij voorkeur kort na de aanvang van de symptomen gebeuren.

• Het vaccin (Epaxal® of Havrix®) wordt toegediend in 2 dosissen, met (minstens) 6 tot 12 maanden tussen beide injecties. De eerste dosis wordt bij voorkeur 14-30 dagen voor het vertrek toegediend. Zelfs met één dosis is men gedurende één jaar voor 80 à 90% beschermd.

Indien ook een vaccinatie tegen hepatitis B nodig is, kan een gecombineerd vaccin (Twinrix®) worden gebruikt.

vastgesteld. Hierbij werden hoofdzakelijk de leeftijdscategorieën 0-4 jaar en 5-14 jaar getroffen.

De hogere intensiteit van de epidemie 2006-2007 in vergelijking met het voorgaande griepseizoen kan verklaard worden doordat het influenza A(H3) virus dominant aanwezig was, terwijl tijdens het griepseizoen 2005-2006 het influenza B virus dominant aanwezig was.

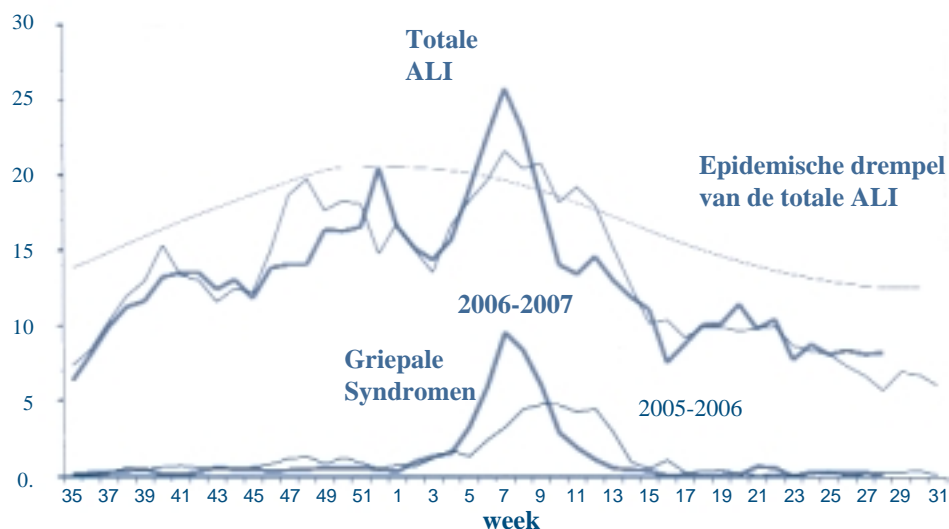
In België en in de omliggende landen werd voornamelijk het influenza subtype A/H3N2 gedetecteerd, terwijl in veel mindere mate het subtype A/H1N1 en influenza B werd waargenomen.

Er werd een goede overeenstemming gezien tussen het griepvaccin 2006-2007 en de circulerende stammen. Van het subtype A/H3N2 werden stammen behorende tot de stam A/Wisconsin/67/2005 (H3N2) geïsoleerd. Van het subtype A/H1N1 werden stammen geïsoleerd behorende tot de stam A/New Caledonia/20/99 (H1N1). Deze twee stammen waren aanwezig in het griepvaccin.

Griep

Bilan griepseizoen

De griepepidemie 2006-2007 was van gemiddelde intensiteit. In vergelijking met het voorgaande griepseizoen (2005-2006), werd deze epidemie echter gekenmerkt door een vroeger begin en een hogere intensiteit. De piek van de epidemie vond midden februari (week 7) plaats, waarbij tot in 10% van de consultaties een griepaal syndroom kon worden



Bron : Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid - Dr F. Yane

■ Vaccin 2007-2008

Voor het noordelijke halfrond beveelt de WGO volgende samenstelling van het griepvaccin aan:

- een stam verwant aan A/Solomon Islands/3/2006 (H1N1)
- een stam verwant aan A/Wisconsin/67/2005 (H3N2)
- een stam verwant aan B/Malaysia/2506/2004.

De Hoge Gezondheidsraad beveelt de vaccinatie aan van o.a. oudere personen en personen met complicatierisico (zie «Voor de praktijk»). Het jaarlijkse griepvaccin biedt een ideale gelegenheid om de vaccinatiestoestand na te gaan van andere vaccins, zoals pneumokokken en difterie-tetanus (dT).

*Dr. Martine Sabbe & Isabelle Thomas
Wetenschappelijk Instituut
Volksgezondheid*

Voor de praktijk

Aanbevelingen griepvaccinatie

1. Ten zeerste aanbevolen: voor personen met complicatierisico, d.w.z.:

- alle personen van 65 jaar en ouder, ook bij goede gezondheid;
- alle personen die in een instelling opgenomen zijn;
- alle patiënten vanaf de leeftijd van 6 maanden die lijden aan een onderliggende chronische aandoening, ook gestabiliseerd, van de longen, het hart, de lever, de nieren, het metabolisme, of die lijden aan immuniteitsstoornissen (natuurlijk of geïnduceerd);

- kinderen tussen 6 maanden en 18 jaar die een langdurige aspirinetherapie ondergaan.

Worden eveneens gevaccineerd: personen die de ziekte kunnen overdragen aan risicopersonen, d.w.z. het medisch en/of administratief personeel dat in een verzorgingsinstelling of een rusthuis tewerkgesteld is; de personen en kinderen die onder hetzelfde dak wonen als de risicopersoon.

2. Op basis van de gegevens die momenteel beschikbaar zijn, kunnen de volgende personen individueel opteren voor vaccinatie:

- alle personen tussen 50 en 64 jaar, zelfs indien ze niet aan een risicoaandoening lijden, want er is één kans op drie dat ze ten minste één complicatierisico vertonen, vooral personen die roken, veel drinken en zwaarlijvig zijn;
- zwangere vrouwen die voorbij de eerste drie maanden van hun zwangerschap zijn tijdens het winterseizoen;
- reizigers die risico's lopen in landen met een gematigd klimaat van het zuidelijke halfrond tussen september en april. In dat geval wordt de laatste beschikbare vaccin-samenstelling gebruikt;
- alle personen die niet tot de bovenvermelde categorieën behoren en die de ziekte wensen te vermijden.

Nota: indien aviaire en menselijke seizoensgebonden virussen tegelijk circuleren in België, wordt de seizoensgriepvaccinatie ook voor gesteld aan sommige professionele groepen om het risico van virale

reassortering te vermijden. Het is echter nuttig te herinneren aan het feit dat de vaccinatie tegen seizoensgriep niet beschermt tegen aviaire virussen.

Bronnen

- www.iph.fgov.be/flu
- www.eiss.org
- Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2007-2008 influenza season. Wkly Epidemiol Rec. 2007; 82:69-74.
- Hoge Gezondheidsraad. Vaccinatiegids, Brussel, 2007, nr. 8205

Vragen/antwoorden

Ik zie geregeld volwassenen bij wie de vaccinatie onderbroken werd voor ze alle dosissen hadden ontvangen. Wat moet je in zo'n geval doen om de vaccinatie af te ronden? Moet je voor sommige vaccins opnieuw een volledig schema geven?

Om de vaccinatiestatus te controleren, maakt u het best gebruik van documenten die de vaccinatie kunnen staven: vaccinatiekaart, medisch attest van een arts, medisch dossier, enz.

In geval van twijfel is het beter om ervan uit te gaan dat de persoon niet gevaccineerd is. Belangrijk om weten is dat de kwaliteit van een vaccinatie vooral bepaald wordt door de termijn die verlopen is tussen twee opeenvolgende dosissen.

Onderstaande tabel geeft het aanbevolen vaccinatieschema voor volwassenen tegen difterie, tetanus, polio, hepatitis A en B, en MMR.

Aanbevolen vaccinatieschema voor volwassenen tegen difterie, tetanus, polio, hepatitis A en B, en MMR

Vaccin	Minimum interval tussen 2 dosissen	
	Dosis 1 en 2	Dosis 2 en 3
Td	4 weken	6 à 12 maanden. <i>Om de 10 jaar rappel (1)</i>
IPV	8 weken	6 à 12 maanden. <i>Rappel op volwassen leeftijd, nadien levenslang beschermd</i>
dTpa	1 dosis bij jongvolwassenen indien de vaccinatie tegen kinkhoest onvolledig (2) of onbekend	
Hepatitis A (3)	6 à 12 maanden Levenslange bescherming	
Hepatitis B (3)	4 weken	8 weken en minstens 16 weken sinds de eerste dosis. <i>Meestal levenslange bescherming (4)</i>
Hepatitis A en B (3)	4 weken	6 à 12 maanden <i>Meestal levenslange bescherming (4)</i>
MMR	1 dosis	

(1) : Vergeet niet de eventuele rappels die nodig zijn in geval van een verwonding (zie fiche Tetanus van de Hoge Gezondheidsraad www.health.fgov.be).

(2) : Volledige vaccinatie : minstens drie dosissen van het whole cell of acellulaire kinkhoestvaccin, waarvan één dosis na de leeftijd van één jaar, met een minimum interval van 6 maanden sinds de vorige dosis. Een dosis dTpa kan een dosis dT vervangen.

(3) : Indien het vaccinatieschema onvolledig is, zelfs indien het interval tussen twee dosissen 5 of 6 jaar bedraagt, dan moet men het hele schema niet herbeginnen, maar gewoon vervolledigen.

(4) : Indien een serologische bepaling 4 à 6 weken na de laatste dosis van het hepatitis B vaccin, een

antilichamentiter van meer dan 10mIU/ml geeft, kan men op basis van de huidige wetenschappelijke kennis besluiten dat de persoon levenslang beschermd is tegen de symptomatische vorm van de infectie en tegen chronisch dragerschap. Het cellulair gemedieerd immunologisch geheugen blijft levenslang bewaard, zelfs wanneer geen antilichamen kunnen opgespoord worden. Het heeft dus geen zin om bij alle gevaccineerde personen antistoffen op te sporen. Een dergelijke controle wordt soms wel uitgevoerd bij hoog risicopersonen in het kader van de arbeidsgeneeskunde. Een rappel vaccinatie wordt terugbetaald door het Fonds voor de Beroepsziekten indien de aanvrager kan bewijzen dat zijn antistoffentiter, lager is dan 100 mIU/ml na een volledige vaccinatie.

Dr Patrick Trefois

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 deze laatsten.

Redactiesecretariaat
Paul Geerts

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

Mogelijk dankzij een «unrestricted educational grant» van GlaxoSmithKline.

Elke nummer van *Vax Info* kan geraadpleegd worden op www.vaccisurf.be

Referenties

- Fiches van de Hoge Gezondheidsraad. www.health.fgov.be
- Gezondheidsadviezen voor reizigers,. Ed. Medasso, Instituut voor Tropische Geneeskunde, www.itg.be
- Fonds voor Beroepsziekten, 'Vaccinatie tegen hepatitis : criteria en procedure voor terugbetaling' april 2001 (www.afa.fgov.be).

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».