



Edito

Nieuwe vaccins: het belang van goede communicatie

In het recente verleden is het een aantal keren gebeurd dat de controverse rond vaccinatie geleid heeft tot een sterke daling van de vaccinatiegraad. Met de nieuwe HPV-vaccins is het belangrijk lessen te trekken uit die incidenten, om te vermijden dat een te snelle of onzorgvuldige introductie en marketing van vaccins of een foute communicatie, het vertrouwen van het publiek in de HPV-vaccinatie en in vaccinatie in het algemeen, in het gevaar zou brengen.

Een directe, proactieve en duidelijke communicatie gebaseerd op geloofwaardige bewijzen en wetenschappelijke gegevens die gemakkelijk beschikbaar zijn, is essentieel om tijdig te kunnen reageren of een vaccinatiecrisis te voorkomen. De beslissing om een vaccinatieprogramma te implementeren moet gebaseerd zijn op epidemiologische gegevens over incidentie en ernst van een infectieziekte, op een objectieve kosten/baten analyse en kosten-effectiviteitsstudies. Alle gegevens over effectiviteit, veiligheid en mogelijke neveneffecten en risico's, moeten duidelijk gecommuniceerd worden. Zoals dat vandaag bij recent geïntroduceerde vaccins de regel is, moeten veiligheid en efficiëntie van die vaccins continu opgevolgd worden eens ze op de markt zijn. Ten slotte moeten het vaccinatiebeleid en de aanbevelingen gebaseerd zijn op ernstige wetenschappelijke gegevens en niet ingegeven worden door paniekzaaijerij.

Inhoud Inhoud

Edito p. 1 - 3 ► *Nieuwe vaccins: het belang van goede communicatie*

Huisartsen p. 3 - 6 ► *Vaccinatiegraad*

Mazelen p. 6 - 7 ► *Epidemies in Europa*

Rotavirus p. 8 ► *Kosten effectiviteitsanalyse*

Wat specifiek de nieuwe HPV-vaccins betreft, is een evenwichtige communicatie belangrijk. Het zijn innovatieve en veelbelovende vaccins; elke overdrijving over de vermeende effecten, zal alleen leiden tot verwarring en misverstanden, zowel bij het grote publiek als bij gezondheidswerkers. We kunnen niet voldoende onderstrepen hoe belangrijk het is om in de communicatie te benadrukken dat HPV-vaccinatie geen doel op zichzelf is, maar moet kaderen in een breder programma van preventie van baarmoederhalskanker.

Volgens het *WHO Global Advisory Committee on Vaccine Safety* (GACVS: www.who.int/vaccine_safety/en/) moeten voor het implementeren van vaccinatieprogramma's voor jongeren en jong-volwassenen best achtergrondgegevens over populatie- en leeftijdsspecifieke gezondheidsparameters gedocumenteerd worden, om op die manier de effecten van de vaccinatie te kunnen opvolgen en een onderscheid te kunnen maken tussen oorzakelijke of puur coïncidentele factoren.

In de USA werd op basis van verzekeringsgegevens een retrospectieve studie uitgevoerd om mogelijke coïncidentele associaties tussen het HPV-vaccin en autoimmuunziekten in een breder perspectief te kunnen plaatsen. Hieruit bleek dat men, op basis van achtergrond incidentiecijfers bij adolescente meisjes, bij een gemiddelde HPV-vaccinatiegraad van 80% mag verwachten dat 3 op 100.000

personen binnen de 24 uur na vaccinatie dringende medische hulp zouden nodig hebben wegens astma/allergie, en 2 op 100.000 binnen de week voor diabetes; 11 op 100.000 meisjes en zelfs 151 op 100.000 vrouwen zouden binnen de zes weken moeten gehospitaliseerd worden wegens een autoimmuun-aandoening. Zonder dergelijke achtergrondcijfers zou elk van deze medische voorvallen de perceptie van een oorzakelijk verband in de hand werken. Het is duidelijk dat dergelijke wetenschappelijke gegevens belangrijk zijn om mogelijk ongefundeerde kritiek op de veiligheid van het vaccin te counteren.

■ Kennis van de infectie

Tot op zekere hoogte is vaccinatie het slachtoffer van zijn eigen succes: doordat de ziekten waartegen gevaccineerd wordt veel minder voorkomen, worden die ziekten en hun gevolgen veel minder zichtbaar. Beelden van volle ziekenhuiscorridors met kinderen die moesten beademd worden na een polio-infectie, behoren gelukkig tot het verleden. Ook veel artsen kennen ziekten zoals kinkhoest, mazelen en polio, en de soms ernstige gevolgen daarvan, alleen nog van video's die ze tijdens hun opleiding te zien kregen. In hun praktijk worden ze er niet of nauwelijks mee geconfronteerd.

BELGIE
P. P.
1/217
Afdelingskantor
Brussel X

Anderzijds is het moeilijk om een directe link te leggen tussen op het eerste gezicht onschuldige infecties zoals hepatitis B en HPV en de ernstige aandoeningen die pas jaren later optreden. Het is duidelijk dat, wanneer het grote publiek en gezondheidswerkers niet langer beseffen hoe ernstig sommige infecties kunnen zijn, zij moeilijker de voordelen van de vaccinatie zullen aanvaarden en meer belang zullen hechten aan de vermeende nadelen. Wat HPV betreft, hebben studies aangetoond dat vele ouders helemaal niet op de hoogte zijn van de rol van HPV bij baarmoederhalskanker.

■ Antivaccinatiegroepen

De introductie van de HPV-vaccinatie gebeurt in een context waarbij steeds meer weerstand bestaat tegen pediatrische vaccins en steeds meer misleidende informatie over vaccinaties, o.m. via het internet, circuleert. De wereldwijde informatiestroom over de veiligheidsaspecten van vaccins vergt een gecoördineerde aanpak (zoals bv. het *Vaccine Safety Net project* van de WHO: www.who.int/immunization_safety/safety_quality/vaccine_safety_websites/en/index.html).

Antivaccinatiegroepen zijn vaak zeer goed georganiseerd en kunnen rekenen op de steun van zeer diverse groepen: ouders of personen die ooit geconfronteerd werden met echte of vermeende bijwerkingen van een vaccinatie, personen die religieuze of filosofische bezwaren hebben tegen vaccinatie, aanhangers van alternatieve of 'natuurlijke' geneeswijzen, personen die geloven in samenzweringstheorieën of die zich kanten tegen overheidsinmenging in gezondheidsmateries, advocaten of figuren met bepaalde financiële of politieke belangen, enz. Een gemeenschappelijk kenmerk van al deze antivaccinatiegroepen is dat ze focussen op de (vaak niet gefundeerde) schade die vaccinaties veroorzaken en ijveren voor het weigeren van de vaccinatie. Vaak liggen wetenschappers en artsen aan de basis van

berichten over vermeende neveneffecten van vaccinatie en worden aandoeningen of syndromen waar men de oorzaak nog niet van kent, met vaccinatie in verband gebracht (zoals diabetes, autisme, neurologische stoornissen, chronisch vermoeidheidssyndroom, alopecia, ...).

■ HPV-vaccinatie

Het feit dat HPV een seksueel overdraagbare infectie (SOI) is en dat HPV-vaccinatie wordt aanbevolen vóór het begin van elke seksuele activiteit, wordt door sommige ouders gezien als een aanmoediging tot promiscuïteit. Dit kan een ernstige rem vormen op de aanvaardbaarheid van het vaccin.

Een bevraging van Amerikaanse pediaters (vóór de introductie van het vaccin) toonde dat minder dan de helft het vaccin zou voorstellen aan jonge meisjes (10-12 jaar oud). 60% was van mening dat ouders HPV-vaccinatie zouden opvatten als een aanmoediging tot seksueel risicogedrag.

Naast de ouders en de gezondheidswerkers moeten ook de jongeren zelf overtuigd worden van de voordelen van vaccinatie. Vaak heeft men nog het verkeerde idee dat vaccinatie iets is voor zuigelingen en kleine kinderen. In de nabije toekomst zullen jongeren echter meer en meer geconfronteerd worden met adolescentenvaccinatie: catch-up (bv. voor mazelen), boosters (difterie-tetanus-kinkhoest), en nieuwe vaccins zoals HPV die specifiek voor jongeren bedoeld zijn.

Een studie in Denemarken toonde dat bij jongeren en vooral bij hun ouders veel vragen bestaan over de voordelen en de veiligheid van de HPV-vaccinatie, en dat goede voorlichting zeer belangrijk is. Het feit dat HPV seksueel wordt overgedragen, was op basis van deze studie geen obstakel voor ouders of voor de jongeren zelf.

■ Besluit

Agressieve immunisatiestrategieën en marketingtechnieken kunnen het

vertrouwen van het publiek in gevaar brengen. De vrij agressieve marketing van de HPV-vaccinatie in de USA, waarbij gepoogd werd om het vaccin verplicht te maken in een aantal staten, moest vrij snel worden opgegeven toen bepaalde "links" aan het licht kwamen tussen politici en een vaccinproducent. Dit bracht zowel het vaccin zelf als het hele vaccinatieprogramma in diskrediet. Het gevaar is niet denkbeeldig dat door dit soort incidenten het vertrouwen in de HPV-vaccinatie en eventueel zelfs in andere vaccinaties verdwijnt. Zoals recent door A. Raffle in de *British Medical Journal* (BMJ 2007; 335: 375-377) werd betoogd "kan het prematuur lanceren van een vaccinatieprogramma leiden tot een lage vaccinatiegraad, een lage screeninggraad, ernstige verwarring bij het publiek, paniekberichten over neveneffecten en uiteindelijk het hele opzet van het programma in gevaar brengen."

Alhoewel er na vaccinatie nevenwerkingen kunnen optreden, is het duidelijk dat vaccinatie de mortaliteit en morbiditeit sterk vermindert en dat het één van de grootste successen is uit de medische geschiedenis. Het behoud van het vertrouwen van het publiek in de efficiëntie en veiligheid van vaccinatie is cruciaal. Het is de plicht van elke overheid, producent, wetenschapper en gezondheidswerker om daartoe bij te dragen.

*Alex Vorsters & Pierre Van Damme
Centre for the Evaluation of
Vaccination; Vaccines & Infectious
Diseases Institute
University of Antwerp*

HPV: de puntjes op de i

Naar aanleiding van het rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) over de HPV-vaccinatie (HPV Vaccinatie ter Preventie van Baarmoederhalskanker in België: *Health Technology Assessment*), is enige discussie ontstaan over de precieze impact van deze vaccinatie.

Beide beschikbare vaccins beschermen tegen HPV types 16 en 18 (Gardasil™) beschermt ook tegen de niet-oncogene types HPV 6 en 11. Klinische studies hebben aangetoond dat beide vaccins tot 100% bescherming bieden tegen precancereuze cervicale letsels (zg. CIN 2 en 3), en dus ook tegen invasieve baarmoederhalstumoren die door de twee HPV-types worden veroorzaakt. Vermits ongeveer 70% van de baarmoederhalskankers veroorzaakt worden door deze twee HPV-types, kan men extrapoleren dat de universele vaccinatie een theoretische bescherming van ong. 70% zou kunnen bieden, tenminste bij vrouwen die nog niet eerder geïnfecteerd werden (zoals jonge meisjes vóór hun eerste seksueel contact). In het recent rapport van het KCE worden deze gegevens vanuit een ander standpunt bekeken. "Recentere detectietechnieken hebben aangetoond dat in een aantal kankers die HPV 16/18 bevatten, ook andere hoogrisico HPV genotypes aanwezig kunnen zijn. In zulke gevallen kunnen de letsels niet aan een enkel genotype worden toegeschreven en kan zelfs 100% eliminatie van type 16/18 onvoldoende zijn om kanker te vermijden. Met andere woorden, het aantal gevallen van baarmoederhalskanker dat alleen HPV 16/18 als hoogrisicotype bevat, is mogelijk niet hoger dan 60%, zoals bleek uit een recent bevolkingsonderzoek." Volgens het KCE zouden de "bestaande HPV-vaccins alleen effectief zijn voor de preventie van vaccin typespecifieke HPV-infecties en de daaraan gerelateerde precancereuze cervicale lesies bij vrouwen die naïef zijn voor de specifieke HPV infectie. Bij deze vrouwen worden 46% van alle precancereuze lesies, veroorzaakt door alle HPV genotypes, vermeden." Om elk misverstand te vermijden, is het belangrijk te weten waarop die 46% precies slaat. Het zegt alleen iets over de preventie van baarmoederhalskanker ten gevolge van alle HPV-types op basis van de huidige gegevens over het effect van een universele vaccinatie

van een populatie seksueel actieve jonge vrouwen tussen 16 en 26 jaar (en dus niet alleen het effect op de kankers veroorzaakt door de in de vaccins opgenomen types HPV 16 en 18, en zonder rekening te houden met de bonus van de universele vaccinatie van niet-seksueel actieve adolescenten). Bij vrouwen die op het moment van de vaccinatie besmet zijn met HPV 16 en/of 18 (en dus DNA-positief zijn), bieden de bestaande vaccins geen bescherming tegen de HPV genotypes waarmee ze besmet zijn. Een recente studie heeft aangetoond dat ongeveer 7% van de vrouwen tussen 15 en 25 jaar op een bepaald moment DNA-positief zijn voor HPV 16 of 18 en slechts 0,5% voor HPV 16 en 18. Over de precieze klinische effecten van de vaccinatie bij vrouwen die eerder een HPV-besmetting hebben opgelopen maar die het virus hebben geklaard (HPV-seropositief, maar PCR-negatief), ontbreken momenteel sluitende gegevens.

Besluit

Op populatieniveau bekeken (alle vrouwen, ongeacht of ze eerder al dan niet besmet werden met HPV) en wanneer men alle hoogrisico HPV-types meerekent, kan de bescherming door de bestaande vaccins op ongeveer 50% van alle baarmoederhalskankers geraamd worden. Maar de beide vaccins bieden wel degelijk tot 100% bescherming tegen die twee types die in de vaccins zijn opgenomen (HPV 16 en 18) bij vrouwen die nooit eerder geïnfecteerd werden met deze types.

Terugbetaling Gardasil

Sinds 1 november wordt Gardasil™, één van de twee vaccins tegen baarmoederhalskanker die momenteel in België op de markt zijn, door de ziekteverzekering terugbetaald. Omdat het andere vaccin, Cervarix™, nog maar sinds 1 oktober op de Belgische markt is, geldt deze terugbetaling nog niet voor Cervarix™. Door de terugbetaling zal men slechts 10,60 euro per vaccin (of 31,80 euro voor de drie

vereiste dosissen) moeten betalen. Voor mensen met een WIGW statuut (oa. weduwen, weduwnaars, invaliden, gepensioneerden en wezen) bedraagt de prijs 7,10 euro per vaccin (of 21,30 euro voor de drie dosissen).

De mogelijkheid voor terugbetaling van Gardasil™ geldt alleen voor vaccins die voorgeschreven worden voor meisjes die op het ogenblik van de eerste toediening minstens 12 jaar maar nog geen 16 jaar zijn. Dit betekent dus concreet dat deze terugbetaling geldt voor alle meisjes van 12 tot en met 15 jaar. Meisjes die ouder zijn maar een eerste vaccin kregen vóór hun 16de verjaardag, komen dus ook in aanmerking voor terugbetaling voor de twee volgende dosissen. Voor meisjes die hun eerste dosis voor de leeftijd van 12 jaar ontvingen, worden de latere twee dosissen daarentegen niet terugbetaald.

Gardasil™ moet voorgeschreven worden door de arts en met dat voorschrift afgehaald worden bij de apotheker. Er kunnen maximaal drie dosissen per patiënt voorgeschreven worden. De arts houdt rekening met de leeftijd van de te vaccineren persoon, en vermeldt op het respectieve voorschrift "eerste, tweede of derde toediening". Voor de tweede en derde toediening vermeldt de voorschrijvende arts eveneens de datum van de eerste en, eventueel, tweede toediening. In die omstandigheden mag de apotheker de derdebetalingsregeling toepassen.

De vaccinatie moet geregistreerd worden (in Vlaanderen via Vaccinnet).

Huisartsen

Vaccinatiegraad

Huisartsen kunnen, door hun herhaalde patiëntencontacten, een belangrijk reservoir van besmettelijke ziekten zijn die ze kunnen overdragen op hun patiënten. Ze lopen ook een verhoogd risico op

bepaalde infecties, zoals bv. hepatitis B door een prikaccident.

De Hoge Gezondheidsraad en het Fonds voor Beroepsziekten bevelen daarom bepaalde vaccinaties aan voor huisartsen. Bovendien spelen huisartsen een belangrijke voorbeeldrol en wordt hun houding tegenover vaccinatie vaak gereflecteerd in hun eigen vaccinatiestatus.

■ Opzet van de studie

Er zijn weinig gegevens bekend over de vaccinatiegraad van artsen in België. Een studie uit 2004-2005 van het *Département de Médecine Générale* (DMG) van de ULB, het *Centre Universitaire de Médecine Générale* van de UCL en het DMG van de Ulg analyseerde de vaccinatiegraad van de Franstalige huisartsen en mogelijke redenen waarom ze niet gevaccineerd zijn. Daarvoor werd in november 2004 een schriftelijke vragenlijst verstuurd naar een toevallig samengesteld staal van 1220 actieve huisartsen (20% van het totaal aantal huisartsen). 730 vragenlijsten (61%) werden geanalyseerd. Dit hoge aantal respondenten laat toe om statistisch significante besluiten te trekken over de vaccinatiegraad. Mannen (68%) boven 50 jaar (51%) zijn oververtegenwoordigd in de studie, vrouwen zijn ondervertegenwoordigd (32%) en bovendien ook jonger (63% van de vrouwen is tussen 35 en 50 jaar). Een meerderheid van de mannen (75%) en de vrouwen (53%) werken in een solopraktijk.

■ Resultaten

Griep

De vaccinatie tegen griep van gezondheidswerkers heeft een dubbele bedoeling: het besmettingsgevaar voor henzelf terugdringen en komen dat ze het virus overdragen op risicopersonen. Het staat vast dat de vaccinatie van verzorgend personeel leidt tot een daling van de mortaliteit

bij patiënten. Daarom wordt aanbevolen dat gezondheidswerkers zich laten vaccineren tegen Influenza, vooral als ze contact hebben met oudere personen en risicopatiënten.

In deze studie zegt een meerderheid van de ondervraagde artsen (67%) in orde te zijn met de griepvaccinatie. Dit cijfer ligt hoger dan in andere Belgische studies (waar percentages tussen 30 en 54% worden gemeld) die weliswaar minder grootschalig waren, maar waarbij een specifiekere groep artsen werd bevraagd (peilartsen, artsen verbonden aan rusthuizen...). Mogelijk is dit te verklaren door een hogere participatie van artsen die "vaccinatie-minded" zijn. Een meerderheid van de ondervraagde artsen (60%) laat zich elk jaar vaccineren. Er worden uiteenlopende redenen gegeven waarom men zich niet elk jaar laat vaccineren: omdat men te jong is, omdat men nog nooit griep heeft gehad, omdat men in goede gezondheid verkeert, omdat men door herhaalde contacten met patiënten toch immuun is, enz.

Het lijkt dus dat artsen die zich niet laten vaccineren het risico van asymptomatisch dragerschap en transmissie naar zwakke patiënten onderschatten.

Tetanus

Bedoeling van de vaccinatie tegen tetanus van gezondheidswerkers is om het besmettingsgevaar voor henzelf terug te dringen. Er bestaat een potentieel besmettingsrisico bij de verzorging van wonden (bv. een prikaccident). Er bestaan geen gegevens over de vaccinatiegraad of over de incidentie van tetanus bij verzorgend personeel. De Hoge Gezondheidsraad beveelt een rappel om de tien jaar aan.

Volgens deze studie zegt 83% van de huisartsen in orde te zijn met de vaccinatie. Bij meer dan 80% gebeurde de laatste vaccinatie minder dan 10 jaar geleden. 41% van de artsen die zeggen niet in orde te zijn, zijn niet van plan om zich te laten vaccineren. Redenen

daarvoor zijn o.m. dat ze het vergeten zijn, of dat ze zich wel zullen laten vaccineren in geval van een verwonding.

Bijna een derde van de ondervraagde artsen is van mening dat het vaccin langer dan 10 jaar beschermt.

Hepatitis B

Hepatitis B is één van de meest voorkomende professionele infectieziekten bij gezondheidswerkers. Bij een prikaccident bestaat een belangrijk risico op besmetting met hepatitis B. Het virus kan bovendien langdurig overleven buiten het lichaam. Het risico op blootstelling bij prikaccident met een HBV-positieve bron, ligt tussen 10 à 30% en het besmettingsgevaar is afhankelijk van het serologisch profiel van de besmettingsbron: personen die zowel HBsAg- als HBeAg-positief zijn, hebben meer virus in het bloed en vormen dus een groter risico om de infectie over te dragen dan personen die HBeAg-negatief zijn.

Gezien het grote risico op accidentele blootstelling aan het virus, is vaccinatie noodzakelijk voor iedereen die professioneel in contact komt met bloed, lichaamsvochten en ander mogelijk besmet materiaal. Voor gezondheidswerkers wordt aangeraden om 4 tot 12 weken na de laatste vaccindosis het antistoffengehalte te laten bepalen. Bij een antistoffentiter van meer dan 10 IU/L mag men ervan uitgaan dat de persoon levenslang beschermd is, zowel tegen symptomatische vormen van de ziekte als tegen chronisch dragerschap.

In deze studie zegt bijna 73% van de ondervraagde huisartsen in orde te zijn met de vaccinatie tegen hepatitis B. Artsen jonger dan 35 jaar zijn doorgaans beter gevaccineerd dan de oudere artsen, wat wellicht te maken heeft met de systematische vaccinatie van de laatste jaren tijdens hun stageperiode via de arbeidsgeneeskundige diensten. Dat wordt bevestigd door het feit dat meer dan 50% van de ondervraagden minder dan 10 jaar geleden werden gevaccineerd. De meerderheid (79%) van de artsen heeft een serologische

test laten uitvoeren. 53% van de artsen meent dat het vaccin levenslang beschermt, 23% tussen 10 en 20 jaar en 14% tussen 5 en 10 jaar.

Rubella

Bedoeling van de vaccinatie van gezondheidswerkers tegen rubella is om het besmettingsgevaar voor henzelf terug te dringen en om te voorkomen dat ze het virus zouden overdragen op jonge kinderen en zwangere vrouwen. In België bestaat er enkel voor de congenitale infecties een meldingsplicht, en zijn de epidemiologische gegevens weinig betrouwbaar. We beschikken ook niet over gegevens over de vaccinatiegraad van verzorgend personeel.

Symptomatische en asymptomatische dragers van het virus kunnen aan de basis liggen van een infectie van de patiënten waarmee ze contact hebben. Vermits de infectie kan overgedragen worden vóór de eerste symptomen optreden, ligt het transmissiegevaar door gezondheidswerkers hoog. Daarom worden niet-beschermde gezondheidswerkers, en in het bijzonder personeel van kraamafdelingen, en diensten pediatrie en infectieziekten, aangeraden om zich te laten vaccineren. Volgens deze enquête is de meerderheid (67%) van de artsen niet gevaccineerd tegen rubella. Vrouwen (71%) en artsen jonger dan 35 jaar (75%) zijn het best gevaccineerd. In 80% van de gevallen dateert de vaccinatie van meer dan 20 jaar geleden.

Huisartsen zijn dus duidelijk ondergevacineerd. Misschien omdat ze het risico voor hun patiënten onderschatten, of omdat ze geen contact hebben met kraamafdelingen of diensten voor pediatrie en infectieziekten. Vermits het rubellavaccin gekoppeld is aan dat tegen mazelen, mag men veronderstellen dat er ook hier sprake is van onder-vaccinatie. Nochtans wordt de vaccinatie van gezondheidswerkers tegen mazelen aanbevolen om het besmettingsgevaar voor henzelf terug te dringen en om te

voorkomen dat ze het virus zouden overdragen op jonge kinderen en risicopersonen, en om de ziekte uit te roeien.

Bijna 60% van de artsen meent dat het rubellavaccin levenslange bescherming biedt.

Pertussis

Er bestaan geen studies over de vaccinatiegraad van gezondheidswerkers tegen pertussis, en evenmin over het mogelijke besmettingsgevaar van verzorgend personeel voor zuigelingen en jonge kinderen. Gezien de huidige verhoging van het aantal kinkhoestgevallen in België en de vermindering en zelfs verdwijning van de antilichamen tegen pertussis 5 tot 10 jaar na vaccinatie, zijn volwassenen bijzonder vatbaar voor deze infectie. Verzorgend personeel kan dan ook een eventuele vector zijn van deze ziekte, een situatie die perfect vermijdbaar is door vaccinatie. De Hoge Gezondheidsraad adviseert de herhalingsvaccinatie van iedereen die contact heeft met zuigelingen en van personen die als kind geen volledige vaccinatie kregen. Het beschermend effect van het vaccin bij volwassenen en de vermindering van het pharyngale dragerschap moet nog wel worden bevestigd.

In deze enquête zegden 43% van de huisartsen niet in orde te zijn met de vaccinatie, 36% wel, en 21% wist het niet. Artsen ouder dan 50 jaar waren significant minder gevaccineerd dan de jongere artsen. Bij bijna 76% van de artsen die zegden voldoende gevaccineerd te zijn, dateerde het laatste vaccin van meer dan 20 jaar geleden. Bijna 89% van de ondervraagden was niet van plan om zich binnen het jaar te laten vaccineren. 31% van de artsen is van oordeel dat de maximale beschermingsduur van het vaccin tussen 10 en 20 jaar ligt, 30% levenslang en 14% tussen 5 en 10 jaar. 23% zegt de beschermingsduur niet te kennen.

Er bestaat dus een duidelijke onder-vaccinatie en een slechte bescher-

mingsgraad tegen pertussis bij de ondervraagde artsen.

Polio

Er bestaat geen verhoogd professioneel risico op polio.

Volgens deze enquête zegt 74% van de ondervraagde artsen gevaccineerd te zijn. 62% kreeg het laatste vaccin meer dan 20 jaar geleden. 37% denkt dat het vaccin levenslang beschermt, 36% tussen 10 en 20 jaren, en 16% tussen 5 en 10 jaar.

Difterie

Er bestaat geen verhoogd professioneel risico op difterie. Een meerderheid van de ondervraagde artsen (69%) zegt in orde te zijn met de vaccinatie. In 32% van de gevallen dateert de laatste vaccinatie van 5 jaar geleden, 27% tussen 5 en 10 jaar en 28% meer dan 20 jaar. Een meerderheid van de artsen die zeggen in orde te zijn met de vaccinatie, is minder dan 10 jaar geleden gevaccineerd (82%). Bij diegenen die zeggen niet in orde te zijn, is de vaccinatie in 96% van de gevallen meer dan 20 jaar geleden. Bijna 32% van de ondervraagde artsen is van mening dat het vaccin tussen 10 en 20 jaar beschermt, 41% tussen 5 en 10 jaar.

Andere vaccinaties

54% van de artsen is ook tegen andere infecties gevaccineerd: hepatitis A (35%), gele koorts (21%), buiktyfus (13%), BCG (9%), pneumokokken (7%), meningitis en pokken (5%).

■ **Besluit**

In de Franse Gemeenschap bedraagt de vaccinatiegraad van huisartsen tegen de griep 67%; tegen tetanus 83% en tegen Hepatitis B 73%, wat hoger dan of gelijk is aan andere internationale en Belgische studies. Deze resultaten bevestigen dat de Belgische huisarts bewust is van het professionele risico op griep en Hepatitis B. Of ze ook beseffen dat ze een mogelijk reservoir zijn van andere vaccineerbare aandoeningen en hun (verzwakte)

patiënten kunnen infecteren, is niet bekend. Zo blijken ze alleszins onvoldoende gevaccineerd te zijn tegen pertussis en rubella.

*Dr Pascal Semaille - DMG - ULB
Dr Patrick Tréfois*

Voor de praktijk

De vaccinatie van de huisarts is belangrijk om drie redenen:

- de huisarts kan een belangrijke besmettingsbron zijn voor (zwakke) patiënten waarmee hij/zij geregeld contact heeft;
 - de huisarts heeft een belangrijke voorbeeldfunctie inzake vaccinaties;
 - de huisarts kan zelf besmet raken.
- Voor de huisarts zijn volgende vaccinaties aan te bevelen;
- griep: jaarlijks, in de herfst;
 - tetanus-difterie: zoals voor iedereen een rappel om de 10 jaar. Indien de vaccinatie meer dan 20 jaar geleden gebeurd is, zijn 2 injecties met een interval van 6 maanden aangeraden. In geval van twijfel over de vroegere vaccinatie, wordt een volledige primovaccinatie in 3 dosissen (0, 1, 12 maanden) aangeraden;
 - Hepatitis B: een volledige vaccinatie (3 dosissen op 0, 1 en 6 maanden of 4 dosissen op 0, 1, 2 en 12 maanden), met controle van de antilichamen 4 tot 12 weken na de laatste dosis. Bij een antistoffentiter boven 10UI/ml is er levenslange bescherming;
 - Pertussis: een rappel op volwassen leeftijd (samen met rappel voor difterie-tetanus);
 - Rubella: een inhaaldosis (in combinatie met bof en mazelen) indien de arts als kind geen twee dosissen heeft ontvangen (op 12-15 maanden en 11-12 jaar).

Bron

P.Semaille, Catherine Gourbin, Delphine Legrand, Aurelia Meyer, Michel Roland, Dominique Paulus, Corine Boüüaert, Patrick Tréfois. Evaluation de la couverture vaccinale des médecins généralistes en Communauté Française et région de Bruxelles Capitale. Rev Med Brux 2006 ; 27 :292-302.

Mazelen

Epidemies in Europa

De voorbije jaren worden regelmatig epidemies van mazelen gemeld in diverse Europese landen.

De voorbije twee jaar waren er belangrijke epidemies in Roemenië en Oekraïne, die ook tot epidemies leidden in andere Europese landen met een vrij goede vaccinatiecouverture, zoals Estland, Duitsland, Letland, Portugal, Polen, Italië en Spanje.

Ook in Japan is er sprake van een gevoelige stijging van het aantal mazelengevallen: tussen 1 januari en mei 2007 werden 691 gevallen gemeld, tegenover 537 in 2005 en 519 in 2006. Bij jongeren en volwassenen werden in dezelfde periode 208 gevallen gemeld. De meeste gevallen komen voor in Tokyo en omgeving.

Engeland, Noorwegen en Israël

De *Britse Health Protection Agency* (HPA) heeft tussen eind maart en eind augustus 2007, 480 gevallen van mazelen vastgesteld. Dit betekent een gevoelige stijging in vergelijking met dezelfde periode van 2006 toen over het hele jaar 756 gevallen werden gemeld, toen ook al het hoogste cijfer in meer dan tien jaar. De HPA heeft dan ook een oproep gelanceerd om alle kinderen te vaccineren bij het begin van het schooljaar.

Een eerste mazelenhaard werd vastgesteld bij Ierse woonwagenebwoners op 6 verschillende plaatsen in Engeland (London, East of England, South East, South West, East Midlands, Yorkshire en Humber). In totaal werden in deze groep tot eind augustus 187 gevallen vastgesteld (op basis van klinische symptomen en/of serologische bevestiging).

Ook in Noorwegen werden in dezelfde periode 16 gevallen vastgesteld bij niet-gevaccineerde Ierse woonwagenebwoners die via Engeland naar Noorwegen waren gereisd. De bron

van de besmetting was naar alle waarschijnlijkheid een groep Ierse woonwagenebwoners die in april 2007 in Londen verbleef.

De geïnfecteerde personen waren tussen 2 maanden en 21 jaar oud, de overgrote meerderheid was jonger dan 14 jaar. Het ging in alle gevallen om personen die niet of onvolledig waren gevaccineerd of waarvan de vaccinatie-status niet bekend was.

Ook in 2006 werd reeds een epidemie van mazelen genoteerd bij Ierse woonwagenebwoners in Engeland, waarbij meer dan 700 gevallen werden vastgesteld.

Een tweede mazelenhaard werd in mei 2007 vastgesteld in een ultra-ortodoxe Joodse gemeenschap in Noord-Londen. Hier ging het tot augustus om 105 gevallen, bijna de helft bij kinderen jonger dan 4 jaar. Het ging meestal om niet- of onvolledig gevaccineerde personen.

In augustus 2007 volgde een uitbraak in een ultra-ortodoxe Joodse gemeenschap in Israël. Hier werden tot nu toe 50 gevallen bevestigd, bijna allemaal personen die op 1 augustus een trouwfeest in Jeruzalem hadden bijgewoond. Oorsprong van de uitbraak was een 22-jarige niet-gevaccineerde Britse Jood die het huwelijksfeest had bijgewoond.

Ook werden enkele gevallen vastgesteld met als bron een 3-jarig Joods kindje dat een ander huwelijksfeest had bijgewoond waarop eveneens een Joodse familie uit Londen aanwezig was.

Het virus genotype was D4, hetzelfde dat verantwoordelijk was voor de uitbraken in Engeland en Noorwegen.

Zwitserland

In Zwitserland werden tussen november 2006 en juli 2007, 483 gevallen van mazelen gemeld. 279 (58%) daarvan kwamen voor in het kanton Luzern.

In Bern (vooral rond Biel) waren er 68 gevallen, in Genève 37 en in Zug 26. In 19 van de 26 Zwitserse kantons werden gevallen gemeld. De mazelen-

incidentie voor het hele land in die 8 maanden lag op 6,5 per 100.000 inwoners. Voor kinderen jonger dan 16 jaar lag de incidentie in Luzern op 343 per 100.000. 53% van de patiënten waren mannen. Ruim de helft was tussen 5 en 14 jaar oud, een kwart was ouder dan 16 jaar. 10% van de zieken moest gehospitaliseerd worden, bij 15% werden vrij ernstige complicaties opgetekend (encephalitis, pneumonie, otitis media).

87% van de geïnfecteerde personen was niet gevaccineerd, van 7% was de vaccinatiestatus onbekend.

Alhoewel er geen epidemiologische verbanden werden gevonden tussen de verschillende uitbraken, ging het in de overgrote meerderheid om virus genotype D5 (precies hetzelfde type zorgde vorig jaar voor een massale uitbraak in Japan, en zorgde begin 2007 in Canada voor een uitbraak via import door een Japanse student). Het vermoeden bestaat dan ook dat het D5 virus vanuit Japan in Zwitserland is geïmporteerd.

Apulië (Italië)

Ook in de Italiaanse provincie Apulië werd in november 2006-januari 2007 een mazelenepidemie genoteerd. Oorsprong hier was een jongen van 6 jaar. Enkele dagen later werd ook bij een klasgenootje en een neefje in een andere stad mazelen vastgesteld. In de daaropvolgende 8 weken werden nog eens 15 gevallen gemeld. Het ging telkens om klasgenootjes of buurkinderen van de eerste gevallen. Geen enkel van de besmette kinderen was gevaccineerd tegen de mazelen. De gemiddelde leeftijd was 6,4 jaar. 10 van de 18 kinderen moesten gehospitaliseerd worden. Het verantwoordelijke mazelenvirus was van het genotype B3, dat nooit eerder in Italië was gesignaleerd.

Servië

In Servië werd tussen januari en maart 2007 een mazelenepidemie gemeld. Het eerste geval werd vastgesteld in januari in de stad Novi Sad in het

autonoom gebied Vojvodina. Medio maart waren reeds 121 gevallen gemeld op drie verschillende plaatsen in Vojvodina. De mediane leeftijd bedroeg 13 jaar, de jongste patiënt was jonger dan één jaar, de oudste 33 jaar. Het ging in alle gevallen om niet-gevaccineerde kinderen of kinderen die slechts één vaccindosis hadden gekregen. Bijna allemaal behoorden ze tot de Roma-gemeenschap. Een derde van de kinderen moest gehospitaliseerd worden.

Barcelona

Bij een mazelenuitbraak in de streek van Barcelona tussen 1 oktober 2006 en 31 januari 2007 werden in totaal 213 gevallen bevestigd.

Aan de oorsprong van deze uitbraak lag een 6 jaar oud Roma-meisje van Roemeense afkomst. Waarschijnlijk had ze de infectie opgelopen tijdens een familiebijeenkomst in Italië, waar verschillende andere besmettingen werden vastgesteld (waaronder de moeder van het meisje). Het meisje was niet gevaccineerd. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 14 maanden (met een spreiding van 2 maanden tot 50 jaar).

In totaal werden 41 van de 213 gevallen gehospitaliseerd. Het mazelentype behoorde tot het genotype D4.

P. Geerts

Voor de praktijk

In België bestaat een Comité voor de Eliminatie van Mazelen en Rubella met als opdracht de WHO-doelstelling te realiseren om mazelen en rubella in Europa tegen 2010 te elimineren. Om deze doelstelling te bereiken is een vaccinatiegraad van minstens 95% nodig (minimaal 2 dosissen tegen mazelen en één dosis tegen rubella). Volgens de meest recente vaccinatiegegevens in België (2005 en 2006) wordt de vaccinatiegraad geraamd op 90 à 95% voor de

eerste dosis MMR en op 85% voor de tweede dosis.

Het is dus essentieel om

- de eerste dosis MMR toe te dienen aan alle zuigelingen op de leeftijd van 12 maanden;
 - om een inhaalvaccinatie zo snel mogelijk uit te voeren bij alle kinderen die de eerste dosis niet hebben gekregen op de aanbevolen leeftijd;
 - de tweede dosis aan alle kinderen op 11-12 jaar toe te dienen;
 - ook voor de tweede dosis moet een inhaalvaccinatie zo snel mogelijk gegeven worden aan alle jongeren en jong-volwassenen die ze niet ontvingen op de aanbevolen leeftijd.
- Stippen we ten slotte aan dat de Wetenschappelijke Studiegroep voor Reisgeneeskunde de MMR-vaccinatie aanbeveelt voor alle niet-gevaccineerde personen geboren na 1960 voor elke reis naar een ontwikkelingsland.

Bron

www.eurosurveillance.org

Op deze website kan u zich inschrijven voor een elektronische nieuwsbrief.

Rotavirus

Kosten effectiviteitsanalyse

Onder leiding van gezondheids-econoom Professor Philippe Beutels voerde het Centrum voor de Evaluatie van Vaccinaties (Universiteit Antwerpen) een kosten-effectiviteitsanalyse uit van een veralgemeend vaccinatieprogramma tegen het rotavirus. Het rapport concludeert dat de gezondheidswinst bij een veralgemeende vaccinatie van jonge kinderen, eerder beperkt is ten opzichte van een niet onbelangrijke kost voor de gemeenschap. Maar de kost van een georganiseerd vaccinatieprogramma is dan wel weer lager ten opzichte van de

huidige situatie waarbij deze vaccins ten individuele titel terugbetaald worden op voorschrift en op grote schaal toegediend worden.

Belangrijkste symptoom van een rotavirus-infectie is diarree. Dit kan leiden tot uitdroging waardoor een ziekenhuisopname van enkele dagen soms nodig is. Een vaccinatie zou vooral in ontwikkelingslanden kinderlevens kunnen redden. In België overlijden zelden of nooit gezonde kinderen ten gevolge van rotavirus-diarree.

Het orale vaccin wordt toegediend aan zuigelingen jonger dan 6 maanden oud (in 2 of 3 toedieningen, afhankelijk van het vaccin, met de eerste dosis op 2 maanden). Het vaccin wordt door het RIZIV al terugbetaald op voorschrift, zoals een klassiek geneesmiddel, maar is niet opgenomen in de gefinancierde vaccinatieprogramma's van de gemeenschappen.

De onderzoekers berekenden voor alle zuigelingen in België de kostprijs van de vaccinatie, de vermindering van hospitalisaties en consultaties en de winst in levenskwaliteit voor het kind en de ouders. De gezondheidswinst en de uitgespaarde behandelingskosten blijken eerder beperkt ten opzichte van de hoge kost van vaccinatie, zodat de kosteneffectiviteitsratio niet echt aantrekkelijk kan genoemd worden, zeker ten opzichte van de meeste andere vaccinatieprogramma's. Deze verhouding wordt voor de twee vaccins, respectievelijk op € 50 000 (voor Rotarix™ en € 68 000 (voor RotaTeq™ per gewonnen "gezond" levensjaar berekend. Ter vergelijking, een studie vorig jaar uitgevoerd door dezelfde onderzoeksgroep vond voor het pneumokokkenvaccin, het laatste vaccin dat werd toegevoegd aan het vaccinatieprogramma van de Gemeenschappen, een kost van ongeveer € 10 000 per gewonnen "gezond" levensjaar.

Momenteel schat men, op basis van het aantal vaccins dat door de apotheker wordt afgeleverd op voorschrift van de arts, dat 85 à 90% van de zuigelingen

gevaccineerd is. Van de prijs van ongeveer € 155 per kind neemt het RIZIV nu € 134 tot € 140 op zich. Bij een veralgemeende vaccinatie kan de overheid meestal een aanzienlijke korting op de vaccinprijs bedingen, omdat het vaccin dan in grote hoeveelheden door haar wordt aangekocht. Op die manier is de kost per toediening van het vaccin voor de overheid toch lager dan in de huidige situatie, en worden er normaal meer zuigelingen gevaccineerd (wat de doelmatigheid en billijkheid van het programma uiteraard ten goede komt). Desondanks blijft een gezondheidsprogramma met een minder gunstige kosteneffectiviteitsratio in vergelijking met andere gezondheidsinterventies.

P. Geerts

Voor de praktijk

De Hoge Gezondheidsraad beveelt de vaccinatie tegen rotavirus aan voor alle zuigelingen vanaf 2 maanden. De twee vaccins die in België op de markt zijn worden terugbetaald zonder voorafgaande toestemming van de adviserende geneesheer. De arts moet op het voorschrift wel vermelden dat het om de "1ste dosis" of "2de dosis" (evt. "3de dosis") gaat. De apotheker past de derde betalerregeling toe na controle dat het kind jonger is dan 6 maanden.

Bron:
Bilcke J, Beutels P, De Smet F, Hanquet G, Van Ranst M, Van Damme P. Cost-effectiveness analysis of rotavirus vaccination of Belgian infants. Health Technology Assessment (HTA) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2007. KCE reports 54C, downloadbaar op www.kce.fgov.be/index_nl.aspx?SGREF=5261&CREF=9311

De studie werd uitgevoerd in opdracht van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) en gefinancierd als onderdeel van «SIMID», een strategisch basisonderzoeksproject (SBO) gesteund door het instituut voor Innovatie door Wetenschap en Technologie in Vlaanderen (IWT).

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 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

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».