



Griepvaccinatie

De centrale rol van de huisarts

In januari 2008 liet de Ondersteuningscel Logo's (OCL) een telefonische enquête uitvoeren naar de griepvaccinatie van 66-jarigen in Vlaanderen. Bedoeling van de enquête was om na te gaan wie zich liet vaccineren, waarom men zich al dan niet liet vaccineren.

De logo's (of het Lokaal Gezondheids-overleg) organiseren in opdracht van de Vlaamse overheid gezondheidsbevordering en -preventie op lokaal vlak. OCL is een van de verenigingen die deel uitmaakt van het Vlaams Griepplatform dat de jaarlijkse griepvaccinatie-campagne organiseert.

Een representatief staal van 384 mensen van 66 jaar werden ondervraagd. 61% daarvan had zich in 2007 laten vaccineren tegen de griep (60% bij de mannen, 62% bij de vrouwen).

- 96% van de ondervraagden weet dat 65-plussers zich best laten vaccineren tegen de griep.
- 98% van de gevaccineerden (86% van de niet-gevaccineerden) weet ook dat oktober-november de beste maanden zijn om zich te laten vaccineren,
- 94% van de gevaccineerden (82% van de niet-gevaccineerden) weet dat de vaccinatie elk jaar moet herhaald worden.
- 90% van de gevaccineerden (67% van de niet-gevaccineerden) weet dat vaccinatie het beste middel is om griep te voorkomen.

Toch bestaan er nog heel wat misvattingen omtrent de griepvaccinatie. Zo denkt

Inhoud Inhoud

Griepvaccinatie p. 1 ▶	<i>De centrale rol van de huisarts</i>
Griepvaccinatie p. 2 - 3 ▶	<i>Personeel van ziekenhuis en rusthuizen in Vlaanderen Is een vaccin zinvol ?</i>
Mononucleose p. 3 - 4 ▶	
Immuniteitsstoornissen p. 4 - 5 ▶	<i>Welke patiënten tegen welke ziekten vaccineren ?</i>
Mazelen p. 6 - 7 ▶	<i>Opnieuw mazelen in België</i>
Vragen/Antwoorden p. 8 ▶	<i>Risico op idiopathische trombocytopenische purpura</i>
	<i>Zekerheidsdiagnose van pertussis</i>

nog steeds 47% (41% van de gevaccineerden en 56% van de niet-gevaccineerden) dat men van een griepvaccinatie griep kan krijgen, 27% (31% gevaccineerden, 20% niet-gevaccineerden) denkt dat de griepvaccinatie ook helpt tegen andere winterinfecties, en 17% (12% gevaccineerden, 26% niet-gevaccineerden) vindt dat de griepvaccinatie meestal veel bijwerkingen heeft.

Belangrijkste redenen om zich niet te laten vaccineren zijn: 'Ik behoor niet tot de doelgroep', 'ik heb nooit griep', 'ik geloof niet dat het vaccin werkt'. Andere redenen zijn o.m. dat men slechte ervaringen heeft met (griep)vaccinatie, dat men schrik heeft van naalden, dat men de voorkeur geeft aan homeopathie, enz.

De huisarts blijkt voor 72% van de gevaccineerden de aanzet te hebben gegeven om zich te laten vaccineren, gevolgd door de informatiebladen van de ziekenfondsen en televisie (beide 21%), familie (18%), krant (16%), en verder radio, vrienden, apotheker, folders... Van de niet-gevaccineerden zegt 59% dat de

huisarts hen mogelijk zou kunnen overtuigen om zich toch te laten vaccineren, 17% verwijst naar de informatie van de ziekenfondsen, 15% naar apotheker of familie. 31% zegt zich nooit te zullen laten vaccineren. Uit deze cijfers blijkt duidelijk dat de huisarts een determinerende rol speelt bij de griepvaccinatie.

Wat de jaarlijkse campagne 'Blijf uit de greep van griep' betreft, zegt 49% van alle ondervraagden dat ze de campagne hebben opgemerkt, en 30% herinnert zich de slogan. Een verrassende vaststelling is dat mannen (59%) de campagne meer blijken te hebben gezien dan vrouwen (40%). Zowel de affiche als de campagne werden hoofdzakelijk opgemerkt bij de huisarts, de apotheker en het ziekenfonds (blad of kantoor).

*Dr. Rik Baeten,
Ondersteuningscel logo's*

BELGIE - BELGIQUE
 PB - PP
 B - 11
 Afgiftekantoor
 Brussel X

Griepvaccinatie

Personeel van ziekenhuis en rusthuizen in Vlaanderen

Sinds 2006 voeren de Vlaamse Logo's (Lokaal Gezondheidsoverleg) samen met de partners uit het Vlaamse Griepplatform campagne om griepvaccinatie bij personeel in gezondheidsinstellingen te bevorderen.

Naast de klassieke sensibilisatiematerialen zoals affiches, folders, een educatieve presentatie en een voorbeeldartikel voor het personeelsblad, wordt er ook een "Stappenplan om de griepvaccinatiegraad bij personeel in gezondheidsinstellingen te verhogen" aangeboden. Doel is om de vaccinatiegraad bij personeel te verhogen door de instellingen te ondersteunen in een meer planmatige aanpak.

Tot dusver gebeurde er nog geen globale Vlaamse evaluatie van de griepvaccinatie bij gezondheidspersoneel in gezondheidsinstellingen. Daarom organiseerde de Ondersteuningscel logo's in de zomer 2007 een telefonische enquête over de griepvaccinatie tijdens de winter 2006-2007 bij een representatief staal van de Vlaamse gezondheidsinstellingen. 254 van de 745 erkende ROB's (rustoord voor bejaarden) en RVT's (rust- en verzorgingstehuis) in Vlaanderen en 67 van de 78 ziekenhuizen (algemene, categoriale en universitaire ziekenhuizen) werden ondervraagd.

■ Vaccinatiegraad

Uit een aantal regionale enquêtes in Vlaanderen tijdens de vorige jaren blijkt de **vaccinatiegraad** bij gezondheidspersoneel sterk te verschillen van instelling tot instelling en over de sectoren heen (van 12% tot 60%). Gemiddeld wordt de vaccinatiegraad van personeel op maxi-

maal 31% geschat. Volgens deze studie bereikt men in 2006 een gemiddelde vaccinatiegraad van 43,4% in RVT en ROB's (variatie van 38,20% tot 52,21%) en gemiddeld 36,3% (variatie van 14% tot 80%) in de ziekenhuizen. Zo komen we tot een totale gemiddelde vaccinatiegraad van 37,7%.

Zelfs zonder enige financiële steun van de overheid staat 97% van de **directies** achter griepvaccinatie van hun personeel. We mogen met grote zekerheid stellen dat het niet meer nodig is om directies van ziekenhuizen en ROB / RVT te sensibiliseren om griepvaccinatie aan hun personeel aan te bieden. Als bijna 91% de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad daarover kent, 95% griepvaccinatie aanbod in 2006 en 97% dit in 2007 ging doen, mag men zeggen dat het aanbieden van griepvaccinatie aan personeel een goed ingeburgerde gewoonte is.

De motivatie van de directies om dit te doen, gaat vooral uit van hun bezorgdheid over de zorgkwaliteit en minder om zich tegen het ziekteverzuim van het personeel te beschermen. 80% wil door de vaccinatie van zijn personeel de overdracht van influenza naar de residenten/patiënten voorkomen. 40% doet het ook om zijn personeel zelf te beschermen en 33% ook om ziekteverzuim te beperken tijdens een griep epidemie.

■ Wie vaccineert ?

De interne of externe **arbeidsgeneeskundige dienst** is het meest gebruikte kanaal om influenzavaccinatie aan te bieden. In de RVT/ROB wordt deze taak soms geheel of gedeeltelijk opgenomen door de coördinerend en raadgevend geneesheer, in mindere mate door de huisarts van het personeelslid of een andere huisarts die in de instelling komt. In ziekenhuizen staan voornamelijk de arbeidsgeneesheren hier voor in, soms aangevuld door de geneesheer-hygiënist van de instelling. De eigen arbeidsgeneesheer en de externe diensten voor bescherming en pre-

ventie op het werk zijn meestal de spil voor de organisatie van de personeelsvaccinatie. Het is niet altijd duidelijk wie de formele verantwoordelijkheid in de instelling draagt: de arbeidsgeneesheer of een ander personeelslid.

■ Informatie

Het personeel wordt meestal door een eenmalige **berichtgeving** ingelicht over de mogelijkheid tot influenzavaccinatie. In de helft van de instellingen beperkt zich dit tot een onpersoonlijke mededeling ad valvas. In de andere helft gebeurt dit door een persoonlijke brief van de directie of de personeelsdienst, wat het officiële karakter versterkt. Ook dienstnota's, intranet, berichtgeving op personeelsvergaderingen door de directie of rechtstreekse chef of een combinatie van al deze methoden worden gebruikt. Eén instelling nam griepvaccinatie op in zijn arbeidsreglement, wat meteen duidelijk maakt wat het standpunt van de instelling hierover is. De motiverende kracht van het aanbod stijgt met het officiële karakter.

In de helft van de instellingen, die enkel met een ad valvas aankondiging werken, zou door enkele eenvoudige maatregelen het officiële karakter van de aanbeveling voor griepvaccinatie van het personeel versterkt kunnen worden. 258 van de 322 instellingen gebruiken één communicatiemiddel om het personeel op de hoogte te brengen. 56 doen dit via twee wegen, 7 gebruiken drie wegen en 1 vier. De kans dat personeelsleden het bericht over het griepvaccinatieaanbod oppikken uit de dagelijkse informatiestroom verhoogt naarmate meer en verschillende communicatiemiddelen worden ingezet. Aandacht voor herhaalde en gediversifieerde communicatie kan bijdragen tot een verhoging van de vaccinatiegraad.

De promotie van griepvaccinatie beperkt zich meestal tot bekendmaking. Dat betekent dat men uitgaat van de veronderstelling dat het gezondheidspersoneel overtuigd is van het nut en de zin van

griepvaccinatie. Deze stelling is ongegrond. Bij gezondheidspersoneel leven dezelfde misvattingen over influenza en vaccinatie als bij de bevolking. Educatie en reëducatie zijn nodig maar gebeuren zelden. Maar 11 instellingen gebruikten een educatief artikel in hun personeelsblad. Amper vier instellingen organiseerden een informatiesessie.

■ Organisatie

De organisatie van de influenzavaccinatie varieert eveneens sterk. Meestal gebeurt dat éénmalig op een afgesproken tijdstip en plaats. 90 instellingen, dat is een kwart, organiseren een groepsvaccinatie gespreid over één of meerdere dagen. 30 doen het tijdens elke shift (vooral de rusthuizen) en 22 op elke dienst (vooral de ziekenhuizen). De kans op het krijgen van een griepvaccinatie neemt toe naarmate de drempel om ze te krijgen daalt. Men kan moeilijk verwachten dat het personeel voor een griepvaccinatie buiten de normale werkuren naar de werkplek komt. Een aanbod op maat vraagt in grote instellingen zoals ziekenhuizen heel wat organisatorische creativiteit en inzet van personeel en middelen.

294 op 296 instellingen boden het griepvaccin en de vaccinatie gratis aan. De **kost** verhindert de vaccinatie dus meestal niet. In 25 rusthuizen moet het personeelslid zelf eerst zijn apotheker en huisarts betalen en werden de kosten achteraf terugbetaald.

Opvallend is dat niet alle instellingen de influenzavaccinaties bij hun personeel adequaat registreerden. 69% van de RVT en ROB konden hier gegevens over leveren, tegenover 84% van de ziekenhuizen. De betere score van de ziekenhuizen is te verklaren door de sterkere administratieve uitbouw van de gemiddeld grotere ziekenhuizen. De registratie van deze gegevens doet iedereen volgens eigen inzicht en vermogen. Een uniform systeem bestaat niet, daardoor was het voor ons onmogelijk om uit te maken welke

personeelscategorieën ingeënt zijn. Omdat een goede registratie een eerste stap is tot kwaliteitsverbetering, kan een betere registratie een hefboom zijn om de vaccinatiegraad op te krikken.

■ Nood aan meer planmatige aanpak

De bereidwilligheid van gezondheidsinstellingen om zonder enige verplichting of steun van de overheid gratis griepvaccinatie aan te bieden aan hun gezondheidspersoneel, onderstreept het gezag van de Hoge Gezondheidsraad en zijn adviezen.

De motivatie van de directies illustreert hun zorg om de kwaliteit van zorg. Toch blijft de vaccinatiegraad ondermaats. Ons onderzoek staft de stelling dat de vaccinatiegraad jaar na jaar toeneemt, maar een optimale vaccinatiegraad wordt zeker niet bereikt.

Een belangrijke reden hiervoor is dat de opvattingen en bezwaren van het gezondheidspersoneel tegen griepvaccinatie niet anders zijn dan deze die leven bij de bevolking.

Andere redenen zijn het gebrek aan duidelijke overheidsreglementering, waardoor het officiële karakter van de maatregel verloren gaat en het gebrek aan een planmatige aanpak van de promotie- en toedieningscampagne. We stellen inderdaad vast dat weinig instellingen de campagne planmatig voeren en dat zelden gebruik wordt gemaakt van een interventiemix bij de communicatie en toediening van het vaccin.

Om in de toekomst de vaccinatiegraad bij het personeel op te drijven dringt het Vlaams Griepplatform er bij de Vlaamse overheid op aan om de adviezen van de Hoge Gezondheidsraad in een duidelijk beleid om te zetten en de gezondheidsinstellingen aan te sporen om griepvaccinatie meer systematisch aan te bieden.

*Dr. Rik Baeten,
Ondersteuningscel logo's*

Mononucleose

Is een vaccin zinvol ?

Een infectie met het Epstein-Barrvirus kan soms ernstige gevolgen hebben, onder meer bij patiënten die een orgaantransplantatie hebben ondergaan. Dat is één van de redenen waarom gezocht wordt naar een vaccin tegen dit virus.

Het Epstein-Barrvirus (EBV) behoort tot de groep van de Herpesvirussen. De prevalentie is zeer hoog. In België wordt aangenomen dat 85 à 95% van de mensen ooit besmet werd. Na een eerste besmetting blijft het virus latent aanwezig in de B-lymfocyten en is men levenslang drager van het virus.

De infectie is bij kinderen meestal asymptomatisch. Vanaf de adolescentie vertoont ongeveer 30 à 40 % van de geïnfecteerden symptomen, zoals cervicale adenopathie, pharyngitis en koorts. De acute fase kan gevolgd worden door een vermoeidheidsgevoel dat maanden kan aanslepen. In zeldzame gevallen kunnen ernstige bijwerkingen optreden, zoals een fulminante acute hepatitis, een scheur van de milt of hematologische stoornissen. EBV wordt ook in verband gebracht met sommige zeldzame tumoren, zoals het Burkitt-lymfoom, lymfomen bij HIV-patiënten en nasopharyngeale carcinoma.

■ Orgaantransplantatie

Bij patiënten die een orgaantransplantatie hebben ondergaan, kunnen EBV-infecties zeer ernstige gevolgen hebben. Ze kunnen aan de basis liggen van post-transplantatie lymfomen (of PTLD, Post-transplant Lymphoproliferative Disease). De incidentie van PTLD verschilt per getransplanteerd orgaan, en schommelt tussen 3 en 20%. PTLD treedt in 80% van de gevallen op binnen de twee jaar na de transplantatie (uitzonderlijk bin-

nen de maand of na 10 jaar). De mortaliteit schommelde tussen 30 à 60%, maar door een betere en snellere detectie in een vroeg stadium is de mortaliteit de laatste jaren sterk teruggedrongen. Maar ze blijft hoog, vermits PTLD ook kan leiden tot een acute of chronische resectie (resp. 60-74% en 6-17%) en verlies van het transplantatieorgaan (3-17%). Dit heeft uiteraard ook belangrijke menselijke en financiële gevolgen.

■ Een kandidaat-vaccin

Recent werden de resultaten van een fase 2 studie (dubbelblind, gerandomiseerd met een placebo controlegroep) met een nieuw vaccin gepubliceerd. Deze studie volgde op een eerdere fase 1 studie aan de universiteiten van Leuven en Luik bij 67 vrijwilligers tussen 18 en 25 jaar oud. Deze studie werd uitgevoerd op vijf plaatsen in België (Antwerpen, Brussel, Charleroi, Leuven en Luik). Er waren 181 personen tussen 16 en 25 jaar met negatieve serologie voor EBV bij betrokken. Uiteindelijk beëindigden 176 personen de studie, waarvan 90 in de placebogroep en 86 in de vaccingroep. Het vaccin van *GlaxoSmithKline Biologicals* bevatte 50µg van het glycoproteïne 350 (gp350) en het adjuvant AS04 (0,5 ml). Gp350 is een viraal mantelantigeen van EBV waarop het immuunsysteem zich bij natuurlijk infectie richt. De vrijwilligers kregen 3 dosissen vaccin of placebo intramusculair in de deltoïdspier op 0, 1 en 5 maanden. De werking van het vaccin werd gemeten over een periode van 18 maanden na toediening van de tweede dosis.

■ Resultaten

Twee gevallen van mononucleose (waarvan één met zeer beperkte symptomen) werden vastgesteld in de vaccingroep, tegenover acht in de placebogroep. Dit verschil was statistisch niet significant (door de kleine aantallen). Indien we rekening houden met de 181 vrijwilligers die met de studie startten, dan waren er

negen gevallen van mononucleose in de placebogroep. Op basis daarvan kan men berekenen dat het vaccin een efficiëntie van 78% heeft (vermogen om de infectie te voorkomen), met een 95 % betrouwbaarheidsinterval (van 1 tot 96%). Zes maanden na toediening van de eerste dosis van het vaccin, vertoonden 98,7% van de gevaccineerden een seroconversie met antilichamen anti-gp350. Het vaccin werd goed verdragen en geen enkele vaccinatie moest stopgezet worden om veiligheidsredenen.

Het is momenteel niet bekend of het vaccin de mogelijke complicaties van een EBV-infectie kan voorkomen, en met name PTLD. Dat is nochtans essentieel voor immunodeficiënte patiënten of mensen die wachten op een transplantatie. Verdere studies met meer proefpersonen zijn nodig om de efficiëntie van het vaccin te bevestigen en om met name na te gaan of het vaccin bescherming biedt tegen de virale druk na een natuurlijke EBV-infectie.

Een belangrijke vraag zal ook zijn of een dergelijk vaccin voor iedereen moet worden aanbevolen, dan wel moet gereserveerd worden voor patiënten met een verhoogd risico op complicaties, bv. transplantatie-patiënten. In dat laatste geval zou het kunnen ontwikkeld worden in het kader van het statuut van weesgeneesmiddel.

Dr Etienne Sokal

Referenties :

- Etienne M. Sokal, Karel Hoppenbrouwers, Corinne Vandermeulen, Michel Moutschen, Philippe Léonard, Andre Moreels, Michèle Haumont, Alex Bollen, Françoise Smets and Martine Denis. Recombinant gp350 Vaccine for Infectious Mononucleosis: A Phase 2, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial to Evaluate the Safety, Immunogenicity, and Efficacy of an Epstein-Barr Virus Vaccine in Healthy Young Adults. *JID* 2007 ; 196 :1749-1753.

- Michel Moutschen, Philippe Léonard, Etienne M. Sokal, Françoise Smets, Michèle Haumont, Pasqualina Mazzu, Alex Bollen, Françoise Denamur, Pascal Peeters, Gary Dubin, Martine Denis. Phase I/II studies to evaluate safety and immunogenicity of a recombinant gp350 Epstein-Barr virus vaccine in healthy adults. *Vaccine* 25 (2007) 4697-4705.

Immunitiestoornissen

Welke patiënten tegen welke ziekten vaccineren ?

De huisarts heeft geregeld te maken met patiënten met een verminderde immuniteit. Dat kan vele oorzaken hebben en de vaccinale preventie moet dan ook geval per geval bekeken worden. Een praktisch overzicht van enkele basisbeginselen.

Primaire immunodeficiënties komen weinig voor en worden meestal veroorzaakt door een genetische aandoening.

Secundaire immunodeficiënties zijn meestal verworven. Ze kunnen het gevolg zijn van een verlies of een kwalitatieve vermindering van de humorale en/of cellulaire onderdelen van het immuunsysteem. Veel voorkomende oorzaken zijn HIV-infecties, hematopoïetische neoplasieën (leukemie, lymfomen, enz.), een behandeling met immunosuppressoren of radiotherapie. Veranderingen in de immuniteit treden ook op bij asplenie, bij een chronische renale insufficiëntie, bij een behandeling met monoclonale antilichamen en een langdurige cortisonbehandeling.

■ Laboratoriumtests

Labotests zijn noodzakelijk om de immuniteit van deze patiënten te meten: gehalte lymfocyten B en T, CD4+, CD8+, enz.

Bij patiënten met een verminderde of gewijzigde immuniteit is het noodzakelijk om specifieke antistoffen te meten om op die manier de humorale immuniteit (tegen bv. Tetanus, difterie, pneumokokken, hepatitis B) te evalueren.

■ Gedode vaccins

De zogenaamde 'gedode' vaccins, zoals het vaccin tegen de griep, de vaccins op basis van anatoxines (tetanus en difterie), de polysaccharide (pneumokokken, meningokokken) en geconjugeerde vaccins (Hib, pneumokokken, meningokokken), en het HPV-vaccin kunnen toegediend worden aan immunogedeprimeerde patiënten. De op de vaccinatiekalender aanbevolen gedode vaccins kunnen dus op de voorziene tijdstippen toegediend worden.

Anderzijds kunnen sommige infectieziekten waartegen gevaccineerd wordt, bij sommige immunogedeprimeerde patiënten ernstiger gevolgen hebben dan bij mensen met een normale immuniteit. Daarom worden sommige vaccins specifiek voor hen aanbevolen (zie tabel 1).

Deze vaccins kunnen minder efficiënt zijn wanneer ze worden toegediend tijdens een periode van verminderde immuniteit. Daarom kan een hervaccinatie soms aangewezen zijn. Elke patiënt die gevaccineerd werd in een periode van 15 dagen vóór een immunosuppressieve behandeling, moet als niet beschermd worden beschouwd. Hij moet binnen de 3 maanden na de behandeling gehervaccineerd worden, op voorwaarde dat zijn immuniteit hersteld is. Indien mogelijk zullen de aanbevolen vaccins toegediend worden vóór de immunosuppressieve behandeling.

■ Levend afgezwakte vaccins

Bij levend afgezwakte vaccins bestaat een verhoogd risico op ongewenste nevenwerkingen door de immuundeficiëntie. Dat geldt met name voor de vaccins tegen mazelen, rode hond, bof, rotavirus, varicella, gele koorts, buiktyfus (oraal vaccin) en BCG. Deze vaccins worden in principe niet toegediend bij immunodeficiëntie.

Toch kunnen ze in sommige gevallen aangewezen zijn :

- bij een patiënt met een neoplasie waarvan de ziekte in remissie is en de chemotherapie minstens 3 maanden gestopt is ;
- het MMR-vaccin kan toegediend worden aan kinderen en volwassenen die HIV-positief zijn en met een lymfocytengehalte CD4+ > 200/μL. Beneden 13 jaar baseert men zich op het percentage lymfocyten CD4+ dat hoger moet liggen dan 15% van het totaal aantal lymfocyten.

Familieleden en nauwe contacten van de immunogedeprimeerde patiënt kunnen wel alle vaccins op de aanbevolen tijdstippen ontvangen, inclusief MMR en het vaccin tegen Rotavirus.

Personen uit de omgeving van een immunogedeprimeerde patiënt moeten ook jaarlijks worden ingeënt tegen de griep.

■ Patiënten die een cortisonbehandeling krijgen

Een cortisonbehandeling is in volgende gevallen geen tegenindicatie voor toediening van levende vaccins :

- als de behandeling minder dan 2 weken duurt ;
- als lage of matige dosissen worden gebruikt, d.w.z. < 20 mg prednison of equivalenten per dag ;
- bij een langdurige behandeling, één dag op twee, met kortdurende preparaten ;
- bij een substitutiebehandeling met fysiologische dosissen ;
- als de cortisone lokaal wordt toegediend (ogen, huid) of via inhalatie ;
- bij intra-articulaire inspuiting of infiltratie (in geval van tendinitis, bursitis, enz.).

Er bestaat daarentegen wel een tegenindicatie als de behandeling langer dan twee weken duurt en dosissen worden gebruikt van > 20 mg per dag (of > 2 mg/kg prednison (of een equivalent) bij personen van meer dan 10 kg. Er moet minstens één maand liggen tussen het einde van de behandeling en de vaccinatie.

Kader 1 : Aanbevolen vaccins voor immunogedeprimeerde patiënten (gedode en levende vaccins)

● **Patiënten met HIV en Aids**

Influenza, pneumokokken (polysaccharide en geconjugeerde), Hib (indien niet toegediend als kind), meningokokken (polysaccharide en geconjugeerde), hepatitis B

● **Patiënten met een neoplasie, die een transplantatie hebben ondergaan, die behandeld worden met immunosuppressoren of met radiotherapie :**

Influenza, pneumokokken (polysaccharide en geconjugeerde), Hib

● **Patiënten met asplenie, anatomisch of functioneel (ten gevolge van bv. een sikkelcelanemie) :**

Pneumokokken (polysaccharide en geconjugeerde), Hib (indien niet toegediend als kind), meningokokken (polysaccharide en geconjugeerde).

In geval van een geplande splenectomie worden deze vaccins minstens twee weken voor de interventie toegediend.

● **Patiënten met een chronische nierinsufficiëntie**

Influenza, pneumokokken (polysaccharide en geconjugeerde), hepatitis B

● **Patiënten met een beenmergtransplantatie**

Antilichaamtiters tegen diverse antigenen (o.m. tetanus, polio ; mazelen, rode hond, bof, pneumokokken en meningokokken) verminderen 1 tot 4 jaar na de transplantatie. Daarom wordt een hervaccinatie aanbevolen op 12 maanden na de ingreep; voor mazelen en gele koorts, na 24 maanden.

Dr Patrick Trefois

Referenties:

- General recommendations on immunization. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practice (ACIP). Recommendations and Reports. MMWR. December 1, 2006. Vol.55.
- Measles vaccine. Plotkin & Orenstein. Vaccines fourth edition.

Mazelen

Opnieuw mazelen in België

■ Inleiding

De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) wil tegen 2010 de mazelen in Europa uitroeien. Dat wil zeggen dat het wilde virus niet meer circuleert in Europa en dat de verspreiding van het virus bij herintroductie spontaan stopt. Om deze doelstelling te bereiken is een vaccinatiegraad van minstens 95 % voor twee dosissen nodig.

Ondanks een vaccinatiegraad van 80 à 90% voor de eerste dosis worden verschillende Europese landen de voorbije jaren getroffen door opstoten of een epidemie van mazelen. Hierdoor heeft men bepaalde risicogroepen kunnen identificeren, zoals het ziekenhuispersoneel en reizigers (1).

Na de introductie van het trivalente MMR-vaccin in 1983 verminderde de incidentie van mazelen in België van 998 gevallen per 100.000 inwoners in 1982 naar 0,5-1 per 100.000 in 2006 (2).

■ Methode

In de Vlaamse Gemeenschap is mazelen een infectieziekte die moet worden aangegeven in het kader van de schoolgeenescunde.

In oktober 2007 signaleerde het CLB van de provincie Antwerpen 7 verdachte gevallen in de orthodoxe Joodse gemeenschappen van Antwerpen. De diagnose werd bevestigd in het referentielabo van het WIV.

Voor deze studie onderzocht het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid samen met het Instituut Volksgezondheid (afdeling Epidemiologie en Virologie) de aangegeven gevallen. In samenwerking met de Joodse gemeenschappen in Antwerpen werd een oproep gepubliceerd in een Joodse krant om alle gevallen te melden. Onderzoek van de gevallen die werden aangegeven door de Joodse ge-

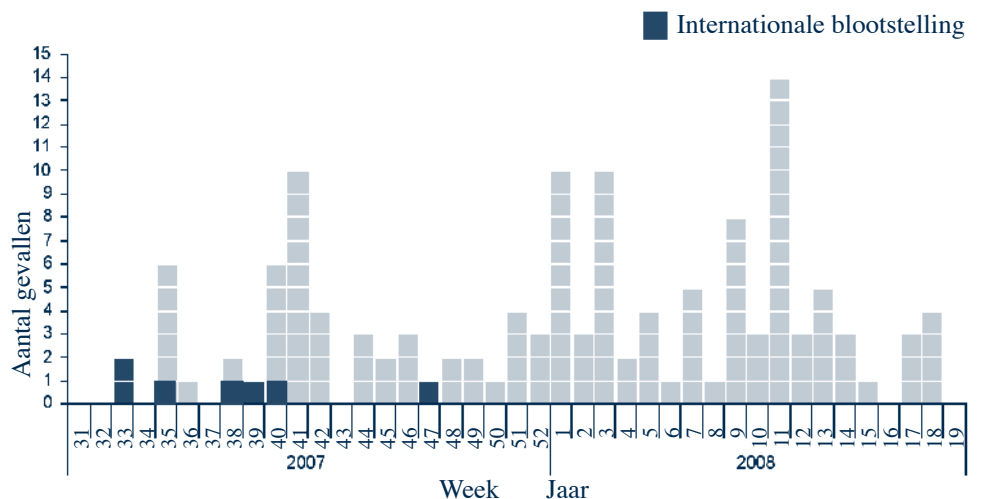
meenschappen, het CLB van Antwerpen, artsen en het referentielaboratorium, heeft toegelaten om nog andere gevallen te identificeren bij contactpersonen.

Voor elk geval werd een vragenlijst ingevuld na mondelinge of telefonische ondervraging van de patiënt. Vermits het onderzoek nog loopt, gaat het hier om voorlopige resultaten.

■ Resultaten

In totaal werden 138 gevallen van mazelen geïdentificeerd in Antwerpen tussen augustus 2007 en mei 2008. Het gaat hier waarschijnlijk om een onderschatting omdat de infectie niet moet gemeld worden (behalve dan in schoolverband) en omdat niet alle families een arts raadpleegden. Figuur 1 geeft de evolutie van de epidemie weer.

Figuur 1 : Aantal gevallen van mazelen per week in Antwerpen tussen augustus 2007 en mei 2008



Het virus werd meerdere keren geïntroduceerd in orthodoxe Joodse gemeenschappen in Antwerpen door mensen die uit Londen en Israël kwamen. Het genotype heeft deze band kunnen aantonen : het gaat om type D4 dat verantwoordelijk is voor mazelenepidemieën in Londen en Israël (3,4).

Bijna alle gevallen, op 8 na, deden zich voor in orthodoxe Joodse gemeenschap-

pen in Antwerpen. 93% van de patiënten woonde ook in de Joodse wijk in Antwerpen.

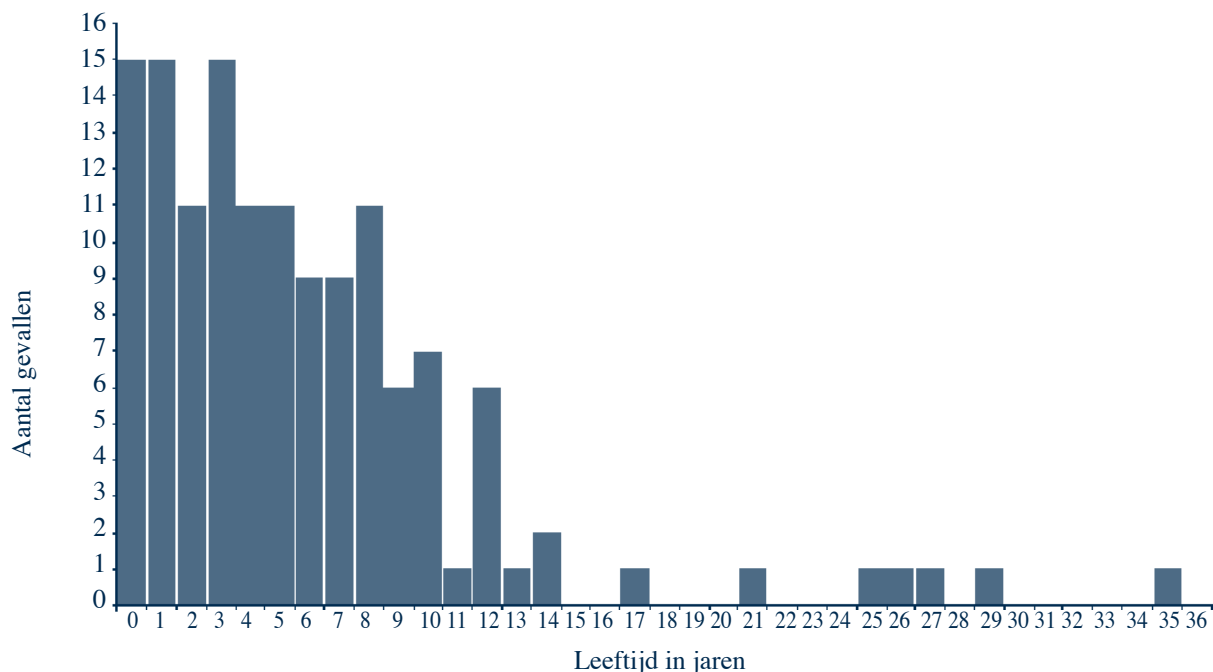
De diagnose van mazelen werd in 39 gevallen (28%) bevestigd. Alhoewel niet voor elke patiënt een verband met één van deze gevallen kon worden aangetoond, kan verondersteld worden dat er een verband bestaat tussen alle patiënten gezien de nauwe contacten binnen de Joodse gemeenschappen van Antwerpen.

De oorsprong van de infectie lag meestal in de school, met transmissie naar broers en zussen die nog niet naar school gingen en vaak nog niet gevaccineerd waren. De besmettingsgraad binnen eenzelfde familie die onder hetzelfde dak leefde, bedroeg gemiddeld 31% (met een spreiding van 11 tot 83 %). De meerderheid van de gevallen (88%) was jonger dan

11 jaar (figuur 2). 11% was jonger dan 1 jaar en kwam dus nog in aanmerking voor vaccinatie. De enkele volwassen patiënten waren meestal niet Joods.

Bij 14% van de patiënten werden complicaties (otitis of broncho-pneumonie) vastgesteld en 6% van de patiënten moest in het ziekenhuis worden opgenomen.

Figuur 2: Aantal mazelenpatiënten per leeftijd, Antwerpen, augustus 2007 tot mei 2008.



Van 129 gevallen (93%) was de vaccinatiestatus gekend. 12% had een eerste dosis MMR ontvangen. Geen enkel patiënt had beide dosissen van het vaccin gekregen.

Van 68 personen kon de reden van niet vaccinatie worden achterhaald : bij 25 kinderen (37%) gebeurde dat op advies van de arts of bij gebrek aan informatie, door vergetelheid in grote families voor 18 kinderen (26%), door ziekte of allergie (16 kinderen of 24%). Slechts 4 families (13% van de niet-gevaccineerden) beriepen zich op principiële bezwaren.

■ Bespreking

Het risico van een mazelenepidemie is in België zeer reëel door de onvoldoende hoge vaccinatiegraad ($\pm 90\%$) waardoor het aantal vatbare personen toeneemt (5). In landen of gemeenschappen waar de vaccinatiegraad onvoldoende hoog is, ontstaat namelijk een accumulatie van vatbare gevallen. Dank zij de hoge vaccinatiegraad van zuigelingen in Ant-

werpen (94%) bleef deze epidemie grotendeels beperkt tot de orthodoxe Joodse gemeenschappen in Antwerpen met een lage vaccinatiegraad.

Enkele artsen (huisartsen en pediaters) die door deze gemeenschappen geraadpleegd worden, raden de vaccinatie af voor kleine kinderen. Bovendien werken de niet-ge subsidieerde Joodse scholen niet samen met het CLB en wordt de vaccinatie van de kinderen niet opgevolgd. Daardoor ontstond een accumulatie van vatbare kinderen in deze gemeenschappen. Momenteel werken de Vlaamse Gemeenschap en de orthodoxe Joodse gemeenschappen samen om een duurzame oplossing voor dit probleem te vinden en een herhaling in de toekomst te voorkomen.

De epidemie in Antwerpen heeft alleszins aangetoond dat mazelen in België nog niet is uitgeroeid. Men moet dus onverminderd doorgaan met de huidige vaccinatie met twee dosissen MMR, met het bevestigen van de diagnose van verdachte gevallen door een gratis spreek-

seltest, en met het melden van verdachte gevallen aan de gezondheidsinspecteurs, zodat de oorsprong van de infectie kan opgespoord worden en de verspreiding kan ingeperkt worden.

*Dr. T. Lernout, Wetenschappelijk
Instituut Volksgezondheid
Dr. G. Top, Vlaams Agentschap
Zorg en Gezondheid*

Met dank aan het personeel van het CLB Antwerpen, de huisartsen en pediaters en de Joodse gemeenschappen in Antwerpen.

Referenties :

1. <http://www.euvac.net/graphics/euvac/index.html>
2. <http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/epifrp/plabfr/eradi06fr.pdf>
3. Ashmore J, Addiman S, Cordery R, Maguire H. Measles in North East and North Central London, England: a situation report. Euro Surveill, 2007; 12(9)
4. Stewart-Freedman B, Kovalsky N. An ongoing outbreak of measles linked to the United Kingdom in an ultra-orthodox Jewish community in Israel. Euro Surveill, 2007; 12(9)
5. Andrews N et al. Towards elimination: measles susceptibility in Australia and 17 European countries. Bulletin of the WHO 2008, 86 (3)

Vragen/Antwoorden

Bestaat er een risico op idiopathische trombocytopenische purpura (ITP) na toediening van de tweede dosis van het MMR-vaccin ?

Stippen we op de eerste plaats aan dat het risico op ITP na toediening van het MMR-vaccin tien keer lager ligt dan het risico bij een natuurlijke infectie. Het risico is niet hoger bij de tweede vaccinodosis.

Recent zijn twee kleine klinische studies gepubliceerd waarin een mogelijk verband tussen MMR-vaccinatie (tweede dosis in het tweede levensjaar) en een verhoogd risico op ITP wordt gesignaleerd. Bij de tweede dosis zou het risico 1 geval op 21.000 toegediende dosissen bedragen.

Gegevens van studies met meer patiënten wijzen echter op een veel kleiner risico. Een recente studie (Kaizer Permanente USA) (1) met meer dan 1 miljoen kinderen die één dosis MMR-vaccin hadden gekregen, berekende het risico op ITP na toediening van de tweede dosis. 248 kinderen ouder dan 12 maanden beantwoordden aan de criteria. Bij de kinderen tussen 12 en 23 maanden bij wie ITP werd vastgesteld, waren er 20 die een tweede vaccinodosis hadden gekregen en 48 die geen tweede dosis hadden ontvangen. De hoogste incidentie werd vastgesteld bij kinderen tussen 12 en 15 maanden. De auteurs besluiten dat het aantal gevallen van ITP met een mogelijk oorzakelijk verband met de vaccinatie, zeer klein was : het totale risico wordt geschat op 1 op 40.000 kinderen die een tweede dosis hadden gekregen. Een andere recente studie bij kinderen tussen 3 en 6 jaar in Engeland komt op 1 op 100.000 kinderen (2).

De ernst van ITP na vaccinatie is alleszins beperkt en de klachten verdwijnen spontaan na 7 dagen.

Marc De Ridder

Referenties:

1. E. France et al. Pediatrics 2008, 121: 687
2. J Stowe et al. Arch Dis Child 2008, 93; 2: 182
3. A Schattner. Vaccine 2005, 23: 3876

Wat is de snelste methode om de zekerheidsdiagnose van pertussis in te stellen ?

De diagnose van pertussis blijft in de eerste plaats een klinische diagnose. Bij een typisch verloop zijn de hoestbuien in het paroxysmaal stadium meestal zo typerend dat een klinische diagnose mogelijk is. Dit typisch verloop komt vooral voor bij ongevaccineerde kinderen ouder dan 3 maanden; omdat de meeste kinderen op die leeftijd zijn gevaccineerd zullen deze typische gevallen niet vaak voorkomen en heeft men de indruk dat pertussis niet meer voorkomt. Echter niets is minder waar, want in de huidige epidemiologie zijn er meer "atypische gevallen".

Bij een klinische verdenking van kinkhoest, is het aanbevolen deze te bevestigen door laboratoriumtechnieken. De cultuur van nasofaryngeaal materiaal (nasofaryngeale spoeling of nasofaryngeale wisser, gebruik van een Dacron wisser) is uiterst specifiek en kan positief blijven tot 3 à 4 weken na de aanvang van de symptomen.

PCR gebeurt ook op nasofaryngeaal materiaal en is gevoeliger is maar iets minder specifiek dan een cultuur. De komst van deze techniek heeft een belangrijke rol gespeeld in de verbetering van de diagnose. PCR wordt niet beïnvloed door voorafgaande antibiotica-inname en blijft nog langer positief dan een gewone cultuur.

Serologie is moeilijk te interpreteren omdat de antistofrespons door leeftijd, vaccinatiestatus, eerder doorgemaakte infectie en tijdsverloop sinds de eerste ziektedag beïnvloed wordt. De serologie kan meestal enkel laattijdig een diagnose bevestigen en vraagt 2 stalen met een tussentijd van 3 à 4 weken. Ze wordt hoofdzakelijk gebruikt in landen die over leeftijdsspecifieke referentiewaarden beschikken voor de eigen bevolking (bv in Nederland).

*Dr A. Malfroot
UZ Brussel*

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.

Elk 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».