



Griep

Risicogroepen vaccineren

Alhoewel het griepvaccin dit jaar dezelfde samenstelling heeft als vorig jaar, is het belangrijk om alle risicopersonen opnieuw te vaccineren. De immuunrespons opgewekt na vaccinatie vermindert immers progressief. Bovendien is bij een deel van de risicogroepen de immuunrespons lager.

Een jaarlijkse griepvaccinatie is de enige manier om griep te voorkomen. Het vaccin bevat het hemagglutinine en neuraminidase van influenza A- en B-virusstammen waarvan op basis van wereldwijde surveillancegegevens wordt verwacht dat ze dit jaar zullen circuleren.

Vaccinatie wordt vooral aangeraden voor bepaalde risicogroepen die in geval van een infectie een verhoogde kans hebben op ernstige complicaties, en voor mensen die samenleven met risicopersonen of hen verzorgen.

Deze aanpak beoogt niet de ernst van de epidemie te onderdrukken, bedoeling is vooral om complicaties van griep te vermijden.

Effectiviteit

De influenzavaccinatie beschermt tegen ernstige gevolgen van de meest voorkomende griepvirussen. De kans dat een patiënt griep krijgt is na vaccinatie veel kleiner. Als hij/zij toch griep krijgt, dan verloopt de ziekte meestal minder ernstig.

Op basis van de beschikbare data voor het opduiken van het virus A/H1N12009,

Inhoud	Inhoud
Griep p. 1 - 2 ▶	Risicogroepen vaccineren
Griep p. 2 ▶	Gegevens over het seizoen 2010-2011
Mazelen p. 2 - 4 ▶	Uitbraken in diverse Europese landen
Rotavirus p. 4 - 6 ▶	Vaccinatieresultaten
Veiligheid p. 6 - 8 ▶	Circulerende rotavirus genotype
	Voor- en nadelen vaccins afwegen

gaat men ervan uit dat de klassieke influenzavaccinatie de morbiditeit met 30-70% vermindert en het aantal complicaties zoals longontstekingen met 20-50%.

De effectiviteit van vaccinatie is afhankelijk van het afweersysteem en de leeftijd van de persoon die gevaccineerd wordt, de gelijkenis van het virus in het vaccin met virussen die circuleren in de populatie, het (sub)type van het virus en de tijd tussen vaccinatie en blootstelling aan het griepvirus. Deze factoren maken het moeilijk te zeggen hoe effectief het griepvaccin is.

De effectiviteit van het vaccin in het voorkomen van ziekteverschijnselen is relatief hoog bij gezonde, immunocompetente mensen jonger dan 65 jaar (70-90% bescherming) wanneer de vaccinstammen goed overeenkomen met de circulerende stammen. Bij ouderen is de effectiviteit meestal lager. Het vaccin vermindert bij ouderen vooral ziekenhuisopname door longontsteking (reductie 30-70%). Verder doet vaccinatie van ouderen ook de mortaliteit tengevolge van bewezen influenza dalen met 80% en de mortaliteit te wijten aan alle oorzaken met 25-75%.

Zwangerschap

Zwangerschap is geen tegenindicatie voor griepvaccinatie. Integendeel, vrouwen die in het 2^{de} of 3^{de} trimester van hun zwangerschap zijn krijgen zelfs de aanbeveling om zich te laten vaccineren.

In de eerste plaats om de gezondheid van de moeder te beschermen omdat de immuniteit tijdens de zwangerschap van nature afneemt. Zwangere vrouwen zijn met name een risicogroep voor complicaties, zoals longontsteking en een ernstiger verloop van de ziekte. Dit geldt zeker voor een A/H1N1-virusinfectie. Uit internationale wetenschappelijke publicaties blijkt dat zwangere vrouwen een verhoogd risico liepen op complicaties bij infectie met influenza A/H1N1 2009. Bovendien geeft een ernstige griepaanval ook een verhoogd risico op premature geboorte.

Risicogroepen

Volgens de informatie waarover wij beschikken bij het ter perse gaan, behoudt de Hoge Gezondheidsraad (HGR) haar aanbevelingen van 2010-11.

A. De HGR adviseert dat de volgende groepen van personen in dalende volgorde voorrang moeten krijgen voor de vaccinatie tegen seizoengebonden influenza tijdens het winterseizoen 2011-2012:

- Groep 1: personen met risico voor complicaties, d.w.z.:
 - zwangere vrouwen die in het tweede of

derde trimester van hun zwangerschap zijn op het ogenblik van het griepseizoen. Zij worden gevaccineerd vanaf het tweede trimester van de zwangerschap;

- alle patiënten vanaf de leeftijd van 6 maanden die lijden aan een onderliggende chronische aandoening, ook indien gestabiliseerd, van de longen (inclusief ernstig astma), het hart (uitgezonderd hypertensie), de lever, de nieren, aan metabole aandoeningen (inclusief diabetes), aan neuromusculaire aandoeningen of aan immuniteitsstoornissen (natuurlijk of geïnduceerd);

- alle personen vanaf 65 jaar;

- alle personen die in een instelling opgenomen zijn;

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

Groep 2: alle personen werkzaam in de gezondheidssector

Groep 3: personen die onder hetzelfde dak wonen als

- de risicopersonen van groep 1

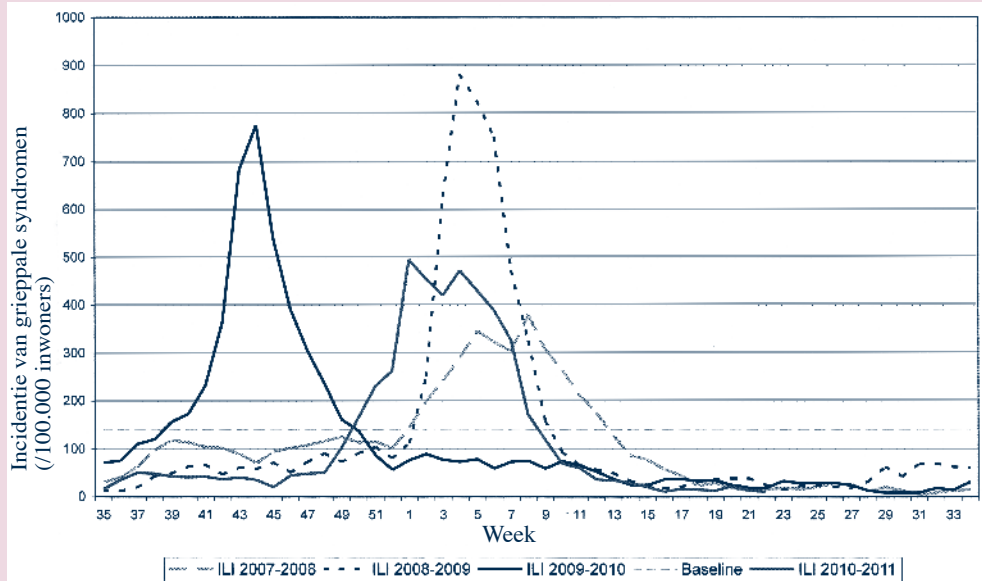
- kinderen jonger dan 6 maanden.

B. Daarnaast is het ook zinvol om alle personen tussen 50 en 65 jaar te vaccineren, zelfs indien ze niet aan een risicoaandoening lijden. Naast het verhoogde risico dat ze complicaties bij griep ontwikkelen door hun leeftijd, bestaat er immers ook één kans op drie dat ze tenminste één factor vertonen die het risico op complicaties nog verhoogt. Het gaat vooral om personen die roken, excessief drinken en/of zwaarlijvig (BMI>30) zijn.

C. Gezien het risico op gelijktijdige circulatie van stammen van dierlijke en menselijke origine in België, zal de vaccinatie tegen de seizoensgebonden griep aan bepaalde beroepsgroepen worden aangeboden om het risico op virale reassortering (de uitwisseling van genetisch materiaal tussen dierlijke en menselijke influenzavirussen) te vermijden. Deze groepen zijn:

- beroepsfokkers van gevogelte en varkens alsook familieleden die onder hetzelfde dak wonen;

- personen die door hun beroep met levend gevogelte en levende varkens in contact komen.



Griepseizoen 2010-2011

Uit de gegevens van het WIV blijkt dat België in het seizoen 2010-2011 een griep epidemie kende vanaf de week voor Kerstmis 2010 (week 51) tot aan het begin van de maand maart 2011 (week 9). De intensiteit van de epidemie was matig. De incidentie was het hoogst bij kinderen, terwijl opvallend weinig 65-plussers werden getroffen (zie figuur). Twee virussen hebben gecirculeerd: het Influenza-virus A/H1N1 die de pandemie in 2009 veroorzaakte en het Influenza-virus B. Deze twee virussen waren aanwezig in het trivalent vaccin dat toegediend werd tijdens het vorige seizoen.

Bron Griep surveillance-systemen in België <http://influenza.wiv-isp.be/nl/Pages/default.aspx>

het seizoengriepvaccin 2011-2012

Het griepvaccin voor het seizoen 2011-2012 is identiek aan dat van het vorige jaar.

Omdat de Wereldgezondheidsorganisatie verwacht dat het pandemische virus nog steeds zal circuleren, bevat het vaccin dit jaar opnieuw de stam A (H1N1) 2009 (pandemische virus) en twee andere stammen, A (H3N2) en B.

Voor het seizoen 2011-2012 is de samenstelling: A/California/7/2009 (H1N1)-achtig virus, A/Perth/16/2009 (H3N2)-achtig virus, B/Brisbane/60/2008-achtig virus

Mazelen

Epidemies in Europese landen

Sinds enige tijd heerst er een mazelenepidemie in Frankrijk en Duitsland en nu is de ziekte ook in België in opmars.

Op 1 augustus waren er in ons land al 485 gevallen geregistreerd, tegenover slechts 40 in heel 2010, meldt het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

Meestal ging het om niet-gevaccineerde kinderen en jongvolwassenen. Mogelijk hadden de eerste besmette personen contacten in Frankrijk of recent een skivakantie in Frankrijk doorgebracht. In Frankrijk werden vorig jaar meer dan 5.000 gevallen opgetekend en in de eerste 6 maanden van dit jaar al meer dan 12.000 gevallen, waaronder 6 overlijdens (gegevens *Institut de Veille Sanitaire*).

Mazelen zijn erg besmettelijk. Mazelen zijn meestal onschuldig, maar bij 10 tot 20% van de gevallen treden toch verwickelingen op, zoals een oorontsteking (7-9%) of een longontsteking (1-10 per 10.000). Acute hersenontsteking (encefalitis) treedt bij 0,1% van de patiënten op. In 1 à 10 per 10.000 gevallen overlijdt de zieke. Zuigelingen, zwangere vrouwen en mensen met een verminderde immuniteit hebben een verhoogde kans op verwickelingen. Mazelen tijdens de zwangerschap kunnen leiden tot vroeggeboorte of miskraam. In 2007 was er al een kleine epidemie van mazelen in orthodoxe joodse gemeenschappen in Antwerpen, na import van het mazelenvirus uit Engeland. Zieke kinderen waren niet of onvoldoende gevaccineerd.

■ Wie moet zich laten vaccineren?

Vaccinatie vormt de enige preventieve bescherming tegen het mazelenvirus. In België wordt vaccinatie tegen mazelen (een combinatievaccin tegen mazelen, bof en rode hond) gratis aangeboden aan alle kinderen op de leeftijd van 12 maanden, en een tweede dosis op de leeftijd van 10 tot 13 jaar (normaal in het vijfde leerjaar). Als een kind ouder dan 13 jaar maar één spuitje heeft gehad, is het mogelijk onvoldoende beschermd en krijgt het best nog een vaccin voor de leeftijd van 18 jaar. Eén dosis van het vaccin beschermt 95% van de gevaccineerde personen tegen mazelen. Na twee dosissen verhoogt de bescherming tot 98%.

Voor er gevaccineerd werd tegen mazelen maakte 95% van de kinderen de ziekte door vóór de leeftijd van 15 jaar. Door de vaccinatie is de leeftijd van besmetting verschoven naar jongeren en jongvolwassenen die niet gevaccineerd werden of die de ziekte niet doormaakten tijdens hun kinderjaren.

Naast jonge kinderen zijn er nog een aantal groepen volwassenen geboren na 1970 voor wie vaccinatie wordt aangeraden omdat ze een verhoogd

riscio lopen op een besmetting met het mazelenvirus. Dat geldt met name voor: reizigers naar derdewereldlanden en landen waar mazelen nog veel voorkomt; bepaalde gemeenschappen waar kinderen vaak niet gevaccineerd worden; artsen en ziekenhuispersoneel.

Deze volwassen personen worden aangeraden om zich te laten vaccineren met minstens één dosis mazelen-bof-rubella vaccin.

Zwangere vrouwen mogen niet gevaccineerd worden. Zwangerschap moet vermeden worden tot 1 maand na de vaccinatie.

■ Wat doen als u vermoedt dat een kind mazelen heeft?

De ziekte begint met hoge koorts (tot 40°C), hoesten, niezen, een loopneus en rode ogen, zoals bij een verkoudheid. Het eerste specifieke symptoom van mazelen is de aanwezigheid van kleine witte vlekjes, zo groot als een speldenkop aan de binnenkant van de wangen (Köplik-spots). Na drie à vier dagen verdwijnen deze vlekjes en ontstaat een gegeneraliseerde, erythemateuze, maculopapuleuze rash. Deze begint achter de oren, bij de haargrens en verspreidt zich dan in de volgende 3 dagen via gezicht, nek en romp naar de extremiteiten. De huiduitslag verbleekt na enkele dagen volgens hetzelfde patroon, soms treedt schilfering van de huid op. Klachten tijdens deze fase zijn vermoeidheid, koorts, conjunctivitis, en hoesten. De ziekte duurt ongeveer twee weken.

In de fase naar aanloop van eliminatie van mazelen vroeg de WHO een laboratorium bevestiging van elke geval. Naar aanleiding van de huidige epidemie in België zijn er nieuwe richtlijnen:

- in de ambulante praktijk: serologische diagnose op perifeer bloed via het gebruikelijke laboratorium (bepaling van IgM en IgG)

- PCR diagnose waarbij ook genotypering mogelijk is met een speekseltest of op een nasofaryngeale wisser, is alleen in bijzonder gevallen geïndiceerd.

Mazelen is een verplicht aan te geven infectieziekte. Ze moet binnen de 48u gemeld worden aan de arts infectieziektebestrijding van de afdeling Toezicht Volksgezondheid van uw provincie. Voor de adressen: www.zorg-en-gezondheid.be/meldingsplichtigeinfectieziekten

■ Behandeling en preventie na blootstelling

Men raadt de ouders aan:

- de koorts onder controle te houden. Paracetamol is daarbij eerste keuze;
- te zorgen voor voldoende vocht ;
- een adequate verzorging van de conjunctivitis (eventueel verduisteren van de kamer).

Het kind moet, omwille van het risico op een bacteriële surinfectie, goed opgevolgd worden. Kinderen kunnen terug naar de opvang of de school ten vroegste 4 dagen na het verschijnen van de uitslag en indien het kind voldoende hersteld is. Een ziek persoon is besmettelijk vanaf 2 tot 4 dagen voor tot ongeveer 2 tot 5 dagen na het optreden van de eruptie.

Om verspreiding van de ziekte tegen te gaan zal bij vaststelling van mazelen in een gezin of in een school de vaccinatiestatus van nauwe contacten en klasgenoten worden nagegaan. Bij onvolledige of onbekende vaccinatie, worden alle mogelijke contacten zo snel mogelijk gevaccineerd. Binnen de 3 dagen toegediend kan het mazelenvaccin profylactisch werken.

Vaccinatie is mogelijk bij baby's vanaf 6 maand – na deze dosis moet het gebruikelijke schema worden gevolgd met RRO1 (op 12 maanden) en RRO2 (tussen 10 en 13 jaar). Deze voorlopige vaccinatie wordt ook aangeraden aan baby's van minder dan één jaar die naar Frankrijk reizen.

Dr M. Sabbe - WIV
Dr P. Trefois

Tabel: Laboratoriumbevestiging bij vermoeden van mazelen

Staaltype	Analyse	Tijdstip	Opmerking
Serum	IgM en IgG	Max. tot 28 dagen na het uitbreken van de rash*	IgM kan vals negatief zijn indien afgenomen binnen de 3 dagen- 2e staalname is noodzakelijk.
Speekseltest	IgM	Max. tot 28 dagen na het uitbreken van de rash*	IgM kan vals negatief zijn indien afgenomen binnen de 3 dagen- 2e staalname is noodzakelijk.
	RT-PCR (virusdetectie)	Max. tot 7 dagen na het begin van de rash	Materiaal kan worden opgevraagd bij het WIV-ISP, labo virologie, nationaal centrum voor mazelen en rubella www.iph.fgov.be Tel: 02/642/.56.90 virologie@wiv-isp.be
	Genotypering	Max. tot 5 dagen na het begin van de rash	
Neus- en keel-uitstrijkje	PCR (virusdetectie)	Max. tot 7 dagen na het begin van de rash	www.iph.fgov.be Tel: 02/642/.56.90 virologie@wiv-isp.be
	Genotypering	Max. tot 5 dagen na het begin van de rash	

* Volgens de aanbevelingen van de WGO. Wat de opvolging van mazelen betreft : de gevoeligheid van de IgM bedraagt maximaal tussen 4 en 28 dagen na het begin van de rash. De IgM bereiken hun maximaal peil na 7-10 dagen en zijn meestal niet meer op te sporen na 6-8 weken.

Opmerking: bewaar de stalen in de frigo tot verzending.

ambulante raadplegingen op 700.000. In de periode 2000-2006, voor het vaccin beschikbaar was, werden in België naar schatting jaarlijks 5.600 kinderen van minder dan 7 jaar opgenomen in het ziekenhuis, en waren er 26.800 ambulante raadplegingen voor het rotavirus. Bij de kinderen die in een ziekenhuis werden opgenomen, was ongeveer de helft jonger dan 1 jaar en bijna 40 % tussen 1 en 2 jaar.

■ Vaccinatie

In oktober 2006 publiceerde de Hoge Gezondheidsraad een aanbeveling om alle kinderen jonger dan 6 maanden te vaccineren, en om een surveillance-systeem op te zetten om de evolutie van het circulerende rotavirus en de morbiditeit ervan op te volgen. Sinds november 2006 wordt het vaccin gedeeltelijk terugbetaald door het Riziv (2 à 3 dosissen, afhankelijk van het merk). Voor de ouders geldt een remgeld van 11 € per dosis.

Beschikbare vaccins tegen Rotavirus (beide zijn levend afgezwakte vaccins die oraal moeten worden toegediend) :

Rotarix™ : monovalent vaccin (menselijke stam), 2 dosissen (8-12 weken).

Rotateq™ : pentavalent vaccin (menselijk-dierlijk vaccin), wordt toegediend in 3 dosissen (8-12-16 weken).

Volgens de HGR kan de eerste dosis vanaf 6 weken toegediend worden, maar niet later dan na 16 weken. Als dosis 1 toegediend werd voor de leeftijd van 16 weken, dan moet het volledige vaccinatieschema beëindigd zijn voor de leeftijd van 24 - 26 weken. Geen inhaaldosis toedienen wanneer het kind 26 weken (Rotateq™) of 24 weken (Rotarix™) of ouder is, ongeacht het aantal dosissen die werden toegediend tussen de leeftijd van 6 en 26 weken.

Rotavirus

Vaccinatieresultaten

Sinds de veralgemeende vaccinatie is het aantal infecties met het rotavirus bevestigd door labo-resultaten in België significant gedaald. Ook het aantal ziekenhuisopnames voor gastroenteritis door rotavirus is sterk gedaald.

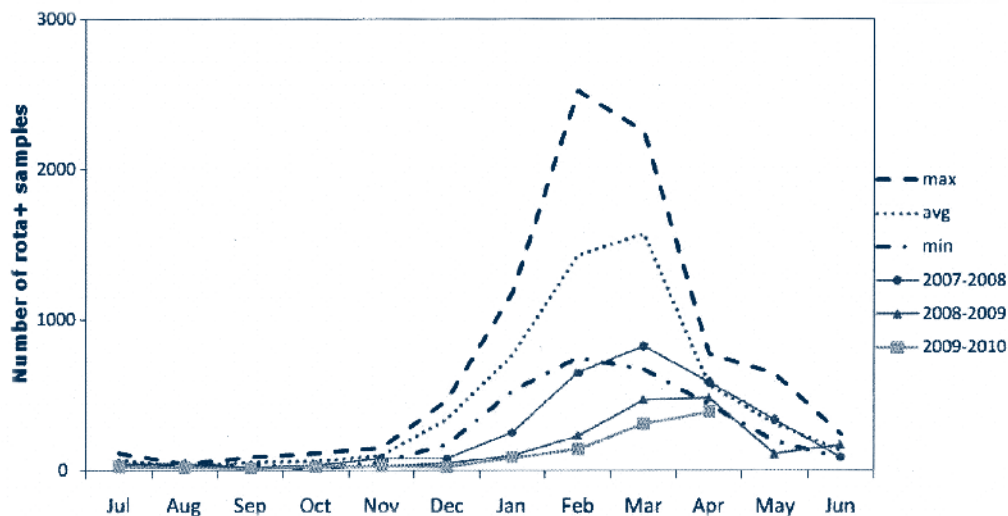
Diarree is een belangrijke doodsoorzaak voor kinderen jonger dan 5 jaar: ongeveer 15% van de overlijdens wereldwijd

zouden daaraan te wijten zijn. Het rotavirus is verantwoordelijk voor 29 tot 39% van deze overlijdens door gastroenteritis. Dit betreft dan vooral derde wereld landen.

In westerse landen is een gastroenteritis door het rotavirus (RVGE) zelden dodelijk, maar bijna alle kinderen maken de infectie door voor de leeftijd van 5 jaar, met een piekincidentie bij kinderen tussen 4 en 23 maanden.

In de 25 landen van de Europese Unie werd het aantal overlijdens tengevolge van een infectie met het rotavirus in 2006 geschat op 231, het aantal ziekenhuisopnames op 87.000 en het aantal

Figure 1 Rotavirus detection through sentinel labs in Belgium



Sindsdien is de vaccinatiegraad vrij snel gestegen. Bij gebrek aan systematische gegevens kan men zich baseren op drie indicatoren :

- een studie in Vlaanderen uit 2007 schatte de vaccinatiegraad op 30%
- een studie in Wallonië uit 2008 die tot een vaccinatiegraad van 77% kwam;
- op basis van het aantal dosissen dat door het Riziv in 2011 werd terugbetaald, zou minstens 90% van de doelgroep gevaccineerd zijn.

Omdat het vaccin niet gratis ter beschikking wordt gesteld, is er wel sprake van een sociale ongelijkheid in de vaccinale couverture.

■ Impact van de vaccinatie

Over de impact van deze vaccinatie bestaan heel wat gegevens.

- Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) zamelt gegevens in via het netwerk van peillabo's. Dit netwerk vertegenwoordigt 48% (127/263 in 2000) en 61% (103/170 in 2008) van alle labo's voor microbiologie, zowel private als ziekenhuislabo's, en dekt dus zowel ambulante als ziekenhuisgevallen. De registratie startte in 1999, met een onderbreking van 2002 tot 2004.

In de periode voor de invoering van de vaccinatie vormden de bevestigde gevallen een typische seizoenscurve, met een piek in het begin van de winter. Het eerste vaccinatiejaar (juli 2007 tot juni 2008) toonde een vermindering van het totaal aantal gevallen, tot zelfs 80% bij kinderen jonger dan 1 jaar en een verschuiving van de seizoenspiek. Deze trends werden nog sterker in de volgende twee seizoenen (2008-2009 en 2009-2010), met een daling van het aantal gevallen met 50% in vergelijking met de laagste cijfers in de jaren voor de vaccinatie (zie figuur1).

- Een retrospectieve studie in 12 Belgische pediatrie centra analyseerde de gegevens van de dringende raadplegingen en opnames in verband met acute gastroenteritis bij kinderen jonger dan 5 jaar. Deze 12 centra vertegenwoordigen 30,6% van het totaal aantal pediatrie bedden (542 bedden) verspreid over de drie regio's. In deze studie werd gekeken naar het aantal positieve stoelgangstalen voor rotavirus in een referentieperiode voor de vaccinatie (juni 2004 tot mei 2006) tot twee jaar na de start van de vaccinatie (juni 2007 tot mei 2009). Vanaf het eerste jaar na vaccinatie zag men een significante daling van het aantal positieve tests met 64% in de leeftijdsgroep van 2 tot 24 maanden, en met 64 % resp.

80% na het tweede jaar bij kinderen van 2 tot 5 jaar en van 2 tot 24 maanden. Net als in de studie van het WIV zag men na de vaccinatie ook een afzwakking en verschuiving van de seizoenspiek.

Deze studie toont tenslotte ook een significante daling van het aantal ziekenhuisopnames voor gastroenteritis met 33%. Het aantal opnames voor gastroenteritis door rotavirus daalde van 2861 in de pre-vaccinatieperiode tot 566 in het tweede jaar na vaccinatie. Ook werd een daling met 50% van het aantal nosocomiale infecties met rotavirus vastgesteld.

- Drie grote pediatrie centra (Virga Jesse in Hasselt, KULeuven en HUDERF Brussel) hebben prospectief de gevallen van infectie met rotavirus geregistreerd gedurende meerdere jaren voor de introductie van de vaccinatie en komen tot gelijkaardige resultaten als de twee hoger vermelde studies.

- Een recente patiënt-controlestudie bevestigt de efficiëntie van Rotarix voor de preventie van ernstige gastroenteritis met ziekenhuisopname (90% en 89% bij kinderen van resp. 3-11 maanden en ouder dan 12 maanden).

■ Besluit

België was een van de eerste Europese landen dat het vaccin tegen het rotavirus opnam in de aanbevolen vaccinatiekalender voor zuigelingen. De vaccinatiegraad ligt rond de 90%. Het aantal ziekenhuisopnames ten gevolge van gastroenteritis door het rotavirus is sterk gedaald. Bovendien zien we een vermindering van het aantal gevallen en een afvlakking van de seizoenspiek.

Deze resultaten zijn vergelijkbaar met gegevens uit andere landen (Oostenrijk, Australië, Verenigde Staten). Er zijn eveneens aanwijzingen voor een groepsimmunitet.

Dr A. Vergison - HUDERF
Dr P. Trefois

Circulerende rotavirus genotypes

Er zijn twee verschillende vaccins beschikbaar: Rotarix™ (een geattenuerde humane G1P[8] stam), en RotaTeq™ (runderrotavirus waarbij de buitenste capsid proteïnen werden vervangen door de belangrijkste humane genotypes G1, G2, G3, G4 en P[8]).

In een recente studie werd voor Rotarix™ in België een bescherming van 95% waargenomen tegen G1P stammen en een bescherming van 85% tegen G2P[4] stammen.

Om de invloed van vaccinatie op de genotypedistributie te kunnen monitoren wordt in het Universitair Ziekenhuis Gasthuisberg in Leuven sinds 1999-2000 het genotype bepaald van rotavirussen bij gehospitaliseerde patiënten. Het absolute aantal gevallen verminderde van een gemiddelde van 190 per jaar in de pre-vaccin periode naar 93 in het seizoen 2006-2007. Data van de periode 1999-2006 (periode voor vaccinatie) toonde zeer sterke seizoensgebonden schommelingen aan in de distributie van verschillende rotavirusgenotypes (G1-G4 en G9), waarbij G2 echter nooit in meer dan 15% van de gevallen werd waargenomen. In 2006 werd begonnen met rotavirusvaccinatie in België. In de drie daaropvolgende rotavirusseizoenen (2006-2009) werd waargenomen dat het G2P[4] genotype steeds voor een groter deel (31,5%, 36,5%, 38,5%) van de overblijvende gastro-enteritis gevallen verantwoordelijk was. In 2009-2010 steeg dit percentage zelfs tot bijna 70%. Deze relatieve toename van het G2P[4] genotype werd eveneens bevestigd door data van het "Rotavirus Surveillance Netwerk België" (RSNB) dat onder impuls van Prof. Marc Van Ranst sinds 2007-2008 rotavirus positieve stalen analyseert uit heel België. Partiële data van het RSNB voor het seizoen 2010-2011 tonen echter een afname in het relatieve belang van het G2P[4] genotype tot ongeveer 20%.

Aangezien fluctuaties in de genotypedistributie ook werden waargenomen vóór introductie van rotavirusvaccins, en er in het seizoen 2010-2011 minder G2P[4] genotypes werden waargenomen dan in de andere seizoenen na vaccinatie, spelen zeer waarschijnlijk ook andere factoren dan selectieve druk door vaccinatie een rol in fluctuaties in de genotypedistributie. Welke deze andere factoren zijn is voorlopig onduidelijk, hoewel homotypische immuniteit opgebouwd door voorgaande infecties en ongekende toevalsfactoren waarschijnlijk ook een belangrijke rol spelen.

Het RSNB zal de komende jaren de rotavirus genotypedistributie in België zeer aandachtig blijven opvolgen om mogelijke veranderingen snel waar te nemen. Eveneens zullen nieuw geïntroduceerde genotypes, zoals P[6] of nieuwe varianten van bestaande genotypes zoals P[8] in detail bestudeerd worden.

Dr J. Matthijssens - UZ Leuven

Veiligheid

Voor- en nadelen vaccins afwegen (deel 1)

Twijfels over de veiligheid van vaccins is vaak een argument om zich niet te laten vaccineren. Dit soort twijfels vereisen een genuanceerd antwoord: om een gemotiveerde toestemming te kunnen geven moet de patiënt op een adequate manier geïnformeerd en begeleid worden.

In dit artikel dat in twee delen verschijnt, bespreken we een aantal uitdagingen inzake de communicatie over vaccinatie en overlopen we de meest voorkomende vragen in verband met de veiligheid van vaccins. Cruciaal daarbij is om

zich niet te beperken tot het belang van vaccinatie voor de bescherming van de individuele patiënt. Ook het belang voor de volksgezondheid van een veralgemeende vaccinatie of een vaccinatie van specifieke risicogroepen moet worden benadrukt.

■ Vaccinatie: slachtoffer van eigen succes ?

Veel infectieziekten die in het verleden endemisch waren en regelmatig epidemieën veroorzaakten, met alle gevolgen vandien op het vlak van morbiditeit en mortaliteit, zijn vandaag zo goed als verdwenen. Denken we bijvoorbeeld maar aan **difterie** dat tot in de jaren '60 endemisch was in ons land. Na de veralgemeende vaccinatie van zuigelingen in 1959, daalde de incidentie van 1.313 gevallen in 1959 naar 1.752 gevallen in tien jaar tussen 1960 en 1969 (waarvan 55 overlijdens). Sinds het begin van de jaren '80 werd slechts één geval van difterie vastgesteld. De epidemieën die de voorbije jaren optraden in Rusland en Oekraïne tonen echter aan dat deze trend snel kan omslaan als de vaccinatiegraad daalt.

Ook **polio** was vroeger endemisch en een meerderheid van de bevolking werd op jonge leeftijd geïnfecteerd. Door een betere hygiëne en een punctuele vaccinatie kwamen vanaf de jaren '50 alleen nog epidemische opstoten voor, waarbij oudere leeftijdsgroepen werden getroffen met ernstiger symptomen. Met de invoering van de veralgemeende vaccinatie en de vaccinatieplicht in 1967 is de incidentie van polio snel en spectaculair gedaald. Momenteel circuleert polio in ons land niet meer. Wel bestaat nog altijd het gevaar dat mensen die in het buitenland zijn besmet, lokale epidemieën kunnen veroorzaken bij groepen die zich bijvoorbeeld om religieuze of filosofische redenen niet laten vaccineren. Dat gebeurde bijvoorbeeld in de jaren 1992-93 in Nederland.

Mazelen is een ander goed voorbeeld, zeker nu diverse Europese landen geplaagd worden door epidemische

opstoten. Voor de introductie van het vaccin kreeg 95% van de kinderen mazelen voor de leeftijd van 15 jaar. Om de 2 à 3 jaar waren er epidemische opstoten. Vanaf het ogenblik dat de vaccinatie werd veralgemeend daalde de incidentie spectaculair van 823/100.000 in 1982 naar 73/100.000 in 1993 en 1,8/100.000 in 2009. Door de te lage vaccinatiegraad en de sterk verminderde circulatie van het wilde virus, zijn er echter bepaalde haarden van niet-gevaccineerde groepen ontstaan. Zij liggen aan de basis van de herhaalde opstoten die de laatste jaren worden vastgesteld. Ook de leeftijd waarop men de mazelen krijgt, stijgt de laatste jaren. Dit jaar werden in België reeds 485 gevallen aangegeven (WIV cijfer op 1 augustus) (zie p 2-4).

Ter herinnering : een vaccinatiegraad van minimum 95% voor de twee dosissen MBR-vaccin moet worden bereikt om mazelen te kunnen uitroeien.

Omdat deze ziekten bijna niet meer voorkomen, kennen de meeste mensen de soms dramatische gevolgen van deze infectieziekten niet meer, waardoor de motivatie om zich te laten vaccineren vermindert.

■ Voor- en nadelen

Het zou fout zijn om zich daarbij te spiegelen aan de propaganda van de vele antivaccinatiegroepen, en zich als reactie daartegen op te werpen als een onvoorwaardelijk voorstander van vaccinatie. De beslissing om vaccinatie aan te bevelen moet altijd gebaseerd zijn op een zorgvuldige afweging van de voor- en nadelen. Tal van elementen spelen mee in die afweging :

- Is de ziekte belangrijk genoeg om vaccinatie aan te raden: morbiditeit, mortaliteit, frequentie, transmissiewijze, risico, sociaal-economische gevolgen, enz. ?
- Is het wetenschappelijk aangetoond dat het vaccin efficiënt én veilig is ?
- Is de vaccinatie haalbaar: kostprijs (zowel voor de patiënt als voor de

overheid), organisatie van de verdeling en toediening van de vaccins, culturele vooroordelen, enz. ?

Belangrijk is dat over al deze elementen klaar en duidelijk wordt gecommuniceerd zodat iedereen het belang van vaccinatie kan begrijpen, zowel ter bescherming van de individuele gezondheid van zichzelf of van zijn kinderen, als voor de volksgezondheid.

Men moet zich ook bewust zijn van de manier waarop mensen omgaan met risico's. In 1999 schreef wijlen prof. R. Clara hierover een artikel in Vax Info n° 25 (p. 1-3), dat nog niets aan actualiteit heeft ingeboet:

- Risico's waaraan we onszelf vrijwillig blootstellen, worden gemakkelijker aanvaard dan risico's die ons worden opgedrongen.

- Risico's die een gevolg zijn van een natuurlijke gebeurtenis worden gemakkelijker aanvaard dan risico's die het gevolg zijn van een menselijke interventie.

- Veel ouders zijn alleen bereid om preventieve maatregelen te nemen als het risico op een ernstige ziekte voor 100% door vaccinatie kan vermeden worden.

- Sommige ouders weigeren vaccinatie omdat ze verkiezen om niets te doen in plaats van te handelen. Sommige ouders voelen zich namelijk schuldiger als hun kind iets overkomt of overlijdt door een beslissing die zij hebben genomen dan wanneer dat het gevolg is van een spontaan opgetreden ziekte.

- Sommige ouders rekenen erop dat hun kinderen voldoende beschermd worden doordat alle andere kinderen gevaccineerd zijn.

- Eerder dan op wetenschappelijke argumenten, baseren ouders hun beslissing om al dan niet te vaccineren vaak op persoonlijke, culturele of religieuze voorkeuren. De vaccinatiegraad wordt ook bepaald door opvoeding en sociaal-economische factoren.

In volgend nummer : Gevolgen voor de volksgezondheid - Informatie op het internet - Hoe praten met patiënten.

Immunologische overbelasting

Sommige ouders maken zich zorgen over het groot aantal vaccins dat hun baby's moeten krijgen en vragen zich soms af of het immuunsysteem hierdoor niet overbelast wordt.

Er bestaat momenteel geen enkele aanduiding dat de vaccins die vandaag gebruikt worden om zuigelingen te vaccineren tot een overbelasting of verzwakking van het immuunsysteem leiden.

De antigenen aanwezig in de vaccins die vandaag gebruikt worden tegen 12 infectieziekten zijn bijna verwaarloosbaar in vergelijking met de honderden antigenen waaraan een kind tijdens de eerste levensmaanden wordt blootgesteld.

Het is ook belangrijk om aan te stippen dat de huidige vaccins veel minder antigenen bevatten dan oudere vaccins. Zo bevat het acellulaire kinkhoestvaccin 3 verschillende antigenen, tegenover meerdere duizenden in het vroegere whole cell vaccin.

Dat belet niet dat wetenschappelijke opvolging en evaluatie van de vaccinaties noodzakelijk blijft.

Griepvaccin en Guillain-Barré syndroom

Het griepvaccin van 1976 werd in verband gebracht met een verhoogde kans op het syndroom van Guillain Barré (iets minder dan 10 gevallen per miljoen gevaccineerde personen). Uit latere studies bleek er evenwel geen verhoogd risico te bestaan, en werden ook geen extra gevallen vastgesteld. Het eventuele risico van de griepvaccinatie is alleszins veel kleiner dan het risico van een ernstige griepinfectie en haar mogelijke complicaties.

(Zie ook: Syndroom van Guillain-Barré ». 2006. Vax Info n° 46 : 7-8.)

H1N1-vaccin en narcolepsie

Het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) raadt beperkt gebruik van Pandemrix aan.

Het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) onderzocht nieuwe gegevens uit Zweden en Finland met betrekking tot de mogelijke relatie tussen de toediening van het pandemische vaccin Pandemrix (tegen de H1N1 griep) en narcolepsie, geobserveerd bij kinderen en adolescenten tussen einde 2009 en begin 2010.

Narcolepsie is een zeldzame slaapstoornis waarbij een persoon plotseling en onbedwingbaar in slaap valt. De juiste oorzaak is onbekend, maar er wordt algemeen verondersteld dat het uitgelokt wordt door een combinatie van genetische en omgevingsfactoren.

Narcolepsie komt normaal voor in 1 per 100.000 personen per jaar. EMA onderzocht alle beschikbare gegevens in verband met de mogelijke relatie tussen Pandemrix en narcolepsie: epidemiologische studies uit Zweden en Finland, data van geneesmiddelenbewakingssystemen in verschillende EU-landen, voorlopige gegevens van een epidemiologische studie over narcolepsie en pandemische vaccins van het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) in acht EU-lidstaten.

EMA bevestigt de goede kwaliteit van de studies in Finland en Zweden die een verband aantonen tussen narcolepsie en vaccinatie met Pandemrix bij kinderen en jongeren. Het risico op narcolepsie bij de gevaccineerden lag 6 à 13 keer hoger, wat neerkomt op ongeveer 3 à 7 extra gevallen per 100.000 gevaccineerden. In andere landen werd dit risico niet bevestigd, maar het kan ook niet uitgesloten worden.

EMA stipt aan dat een combinatie van genetische en omgevingsfactoren kunnen bijdragen tot het verhoogde risico.

Op basis van de beschikbare gegevens in juli 2011 besluit het EMA dat Pandemrix alleen mag gebruikt worden bij mensen jonger dan 20 jaar wanneer het klassieke trivalente vaccin tegen de seizoensgriep niet beschikbaar is en er toch een bescherming tegen het H1N1-virus nodig is (bv. Bij risicopatiënten op complicaties na een infectie).

De bijsluiter zal aangepast worden. EMA benadrukt dat geen maatregelen nodig zijn bij personen die reeds gevaccineerd werden met Pandemrix. Wel raadt het EMA aan dat personen (gevacineerd of niet) die een onverklaarbare en overdreven slaperigheid overdag vertonen, hun arts raadplegen.

European Medicines Agency recommends restricting use of Pandemrix (21/07/2011)
www.ema.europa.eu

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 laatste.

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».

**Wenst u in de toekomst u
VaxInfo via mail te ontvangen (en
niet langer in gedrukte vorm)?
Stuur uw vraag
(Vax Info per mail)
naar impact.sante@skynet.be
met vermelding van uw naam,
voornaam en postadres.**