

MEDEDELING VAN DE LABORATORIA SMITHKLINE BEECHAM

Naar aanleiding van de terugtrekking van Pluserix® en Pariorix® houden de laboratoria SmithKline Beecham eraan zich bij de artsen hun verontschuldigen aan te bieden voor de problemen die voortvloeien uit de stopzetting van de distributie van deze twee vaccins, en vooral voor het laattijdig informeren van het medisch korps.

Om redenen, die volledig buiten onze wil liggen, hebben wij het medisch korps niet op de eerste plaats kunnen verwittigen. SB houdt eraan te beklemtonen dat de informatie van het medisch korps steeds haar prioritaire doelstelling is geweest SB beraadslaagde dagelijks met de bevoegde nationale en regionale autoriteiten om de beste oplossing te zoeken om deze terugtrekking vlot te laten verlopen zonder de lopende vaccinatieprogramma's te verstoren en zonder de bevolking te alarmeren of aanleiding te geven tot een verlies van vertrouwen in de vaccinatie.

De autoriteiten hebben tenslotte de knoop doorgehakt op maandag 14 September en hun beslissing dadelijk via een mededeling kenbaar gemaakt aan de verschillende pers-agentschappen op dinsdag 15 September, terwijl het drukken en het verzenden van de post, bestemd voor de artsen, tech enige tijd vergt.

De verantwoordelijken van SB betreuren deze omkering van de informatieprioriteiten ten stelligste en bieden de artsen daarvoor hun verontschuldigen aan.

TERUGTREKKING VAN DE VACCINS PLUSERIX® EN PARIORIX®

De motieven van een beslissing

SmithKline Beecham heeft, samen met het Ministerie voor Volksgezondheid, beslist om de vaccins Pluserix® en Pariorix® vanaf midden September uit de markt te

nemen. Deze beslissing vraagt enige toelichting. Het bofvaccin van SB werd meer dan 10 jaar geleden ontwikkeld en heeft uiteraard gedurende meerdere jaren de proeven doorlopen, die alle geneesmiddelen moeten ondergaan. Het bofvaccin, vervaardigd uitgaande van de virusstam Urabe Am 9, werd onder meer vergeleken met vaccins, vervaardigd uitgaande van de Jeryl Lynn-stam. Alle studies leverden overtuigende resultaten op en daarom werd het vaccin gecommercialiseerd vanaf het begin van de jaren '80. In België werd het vaccin in 1983 op de markt gebracht. Het farmacovigilantiesysteem van SmithKline Beecham is, zoals het hoort, in werking sinds de introductie van het vaccin. In 1986 was er een eerste rapport waarin melding werd gemaakt van een geval van meningitis, waarbij het virus in het cerebrospinaal vocht (CSV) werd teruggevonden. Dit volstond uiteraard om alle aandacht op het probleem te trekken en de specialisten waren dan ook bijzonder op hun hoede.

INHOUD

■ Mededeling van de laboratoria SmithKline Beecham	1
■ Terugtrekking van de vaccins Pluserix® en Pariorix®	1
■ Vaccinatie tegen haemophilus influenzae type B	2
■ Hepatitis B en de gezondheidswerkers	4
■ Kinderverzorging en hepatitis A	5
■ Vax Info met uw deelneming	6

Eén geval op 100.000

Tijdens de daaropvolgende jaren werden nog een aantal gevallen van meningitis met isolatie van het virus in het CSV gerapporteerd, maar met een frequentie die nauwelijks hoger is dan 1 op 300.000 doses, in de landen die rapporten sturen naar het farmacovigilantiecentrum van de Laboratoria SB. De frequentie van meningeale syndromen, met inbegrip van de gevallen waarbij geen virus in het CSV werd aangetoond, is niet hoger dan 1 op

100.000. Dit is een cijfer dat door iedereen als perfect toelaatbaar kan worden beschouwd, gezien de complicaties van de ziekte die duidelijk frequenter voorkomen.

In 1988 werd het vaccin in Groot-Brittannië op de markt gebracht. De rapporten, die vanaf dit ogenblik door de Britten worden verstuurd, stroken perfect met de cijfers van de andere landen. In *The Lancet* werden echter een aantal brieven gepubliceerd, die de aandacht vestigden op het probleem, en daarop startte het Britse Department of Health (DOH) een prospectieve studie onder toezicht van de British Pediatric Surveillance Unit (BPSU). Aan alle kinderartsen van het Verenigd Koninkrijk werd gevraagd om de gevallen van aseptische meningitis, die binnen 35 dagen na vaccinatie tegen bof voorkwamen, te melden. Het voorlopig rapport van deze enquête bevestigt eens te meer de klassieke cijfers.

Tijdens de periode 1990-1992 werden in totaal 16 gevallen van aseptische meningitis met isolatie van het bofvirus gemeld in de B.P.S.V.-studie, en dit met een min of meer identieke frequentie voor het SB-vaccin en het Pasteur-Mirieux-vaccin (beiden vervaardigd uitgaande van de Urabe-stam). Zes van deze gevallen kwamen echter uit de streek van Nottingham; daaruit werd besloten dat de frequentie in deze geografische streek duidelijk hoger was: nl. één geval van meningitis met virusisolatie op 11.000 vaccinaties. Daarop besloten de Laboratoria SmithKline Beecham, in samenspraak met de volksgezondheidsautoriteiten, om de distributie van het vaccin stop te zetten, op voorwaarde dat er een voldoende hoeveelheid van een alternatief vaccin (op basis van de Jeryl Lynn-stam) voorradig is.

Spontane resoluties (genezingen)

Een belangrijk punt is dat alle geregistreerde gevallen spontaan zijn genezen.

In een recente publicatie in *The Lancet*(1), gaan Nokes en Anderson in op het probleem van de complicaties van bofvaccinatie. Daaruit besluiten zij dat, in geval van een zeer brede vaccinatie van de bevolking (minstens 80 tot 90 %), voldoende om de transmissie van het virus te blokkeren, zeker bij voorkeur moet worden geopteerd voor de stam die het minste bijwerkingen veroorzaakt. Zij vinden echter dat bij een minder brede vaccinatie, waardoor het virus kan blijven circuleren, de voorkeur moet worden gegeven aan het meest efficiënte vaccin, d.w.z. het vaccin vervaardigd uitgaande van de Urabe-stam (Am. 9).

Eigenaardig is ook dat in Japan duidelijk meer complicaties na de vaccinatie worden geregistreerd dan in andere landen; dit geldt voor alle bofvirusstammen en niet alleen voor de Urabe-stam (Am. 9).

Besluiten van de farmacovigilantie-resultaten

Getrouw aan haar beleid inzake farmacovigilantie heeft SmithKline Beecham België er echter de voorkeur aan gegeven de grootste voorzichtigheid aan de dag te leggen en daarom werd, in overleg met het Ministerie voor Volksgezondheid, beslist om de bofvaccins Pariorix® (monovalent vaccin) en Pluserix® (bofmazelen-rubella) uit de markt terug te trekken. In Rixensart wordt trouwens hard gewerkt aan een nieuw bof vaccin, uitgaande van een andere stam, en wordt sterk de nadruk gelegd op het feit dat dit incident het sinds jaren aanbevolen vaccinatiebeleid zeker niet in vraag zou mogen stellen. De andere vaccins hebben immers hun doeltreffendheid en onschadelijkheid reeds lang bewezen en dit met een follow-up die veel langer is dan die met het bofvaccin.

(1) D.J. Nokes, R.M. Anderson. Vaccine safety versus vaccine efficacy in mass immunisation programmes. *The Lancet*, 1991, 338: 1309-1312.

VACCINATIE TEGEN HAEMOPHILUS INFLUENZAE TYPE B

Tot de nieuwe vaccins, waarvan het gebruik op min of meer korte termijn zou moeten worden veralgemeend, behoort het vaccin tegen *Haemophilus influenzae* type b (Hib).

Dit vaccin voorkomt niet alleen een aantal overlijdens, maar vermijdt vooral een vrij ernstige morbiditeit. *Haemophilus influenzae*-meningitis kan immers blijvende en soms zeer ernstige restletsels achterlaten. Dat zou het geval zijn in ongeveer 8 % van de gevallen van Hib-meningitis. In 30 % van de gevallen zou Hib-meningitis verantwoordelijk zijn voor minder dramatische, maar toch niet te verwaarlozen restletsels, zoals een bepaalde graad van doofheid, achterstand op school of gedragsstoornissen.

Andere invasieve Hib-aandoeningen zijn artritis en osteomyelitis, die eveneens ernstige restletsels kunnen veroorzaken (onder meer gewrichts- en botmisvormingen).

Vrij frequent voorkomende stoornissen

In de Verenigde Staten loopt naar schatting 1 kind op 200 jonger dan 5 jaar, een invasieve Hib-infectie op. In 50 % van de gevallen betreft het meningitis. Dit betekent dus ongeveer 10.000 gevallen per jaar, alleen reeds in de Verenigde Staten.

ENKELE CIJFERS OVER HIB-MENINGITIS (VERENIGDE STATEN):

- Incidentie: 1/400 bij kinderen jonger dan 5 jaar
- Mortaliteit: 5%
- Ernstige restletsels: 8%
- Lichte restletsels: 30%

Men heeft steeds gedacht dat deze cijfers veel lager waren in Europa, maar epidemiologische studies in Nederland en Finland [de enige Europese landen die over goede epidemiologische gegevens beschikken] tonen aan dat de frequentie er niet veel minder hoog is dan in de Verenigde Staten. Zo zijn er in Nederland 700 kinderen per jaar met een invasieve Hib-infectie, waarvan 50 % meningitis.

In Wales vindt men cijfers in de orde van grootte van 1/500. Wat de preventie betreft, dient te worden genoteerd dat de meeste gevallen van invasieve Hib-infectie rond de leeftijd van 5 tot 9 maanden voorkomen. De vaccinatie moet dus vrij vroeg worden begonnen, met een vaccin dat bij jonge kinderen voldoende immunogeen werkt.

Men kan stellen dat Hib-infecties globaal genomen dezelfde weerslag hebben als poliomyelitis vóór het tijdperk van de vaccinaties. Poliomyelitis heeft steeds een grotere indruk gemaakt op de mensen, vooral omwille van het spectaculair epidemische karakter. De prevalentie van *Haemophilus influenzae* type b-infectie neemt thans toe.

Een ander belangrijk probleem met *Haemophilus influenzae* type b-infecties is dat de diagnose vaak laattijdig wordt gesteld. Invasieve infecties met de vaak gevreesde gevolgen zijn niet gemakkelijk te diagnostiseren. Een Hib-meningitis wordt vaak veel later gediagnostiseerd dan een meningokokkenmeningitis, hetgeen het risico op blijvende restletsels vergroot. Hoe sneller de diagnose wordt gesteld, des te groter is immers de kans dat restletsels kunnen worden voorkomen. Als de diagnose pas na 48 uur wordt gesteld, zullen er bijna zeker restletsels zijn.

Een doeltreffend vaccin

Er is thans een veilig en voldoende immunogeen vaccin beschikbaar. In het begin stelde zich immers een probleem van onvoldoende immuunrespons op de polysaccharidekapsels tijdens de eerste levensmaanden. In het begin werden de kinderen in de Verenigde Staten

daarom gevaccineerd vanaf de leeftijd van 24 maanden. Aangezien echter de ernstigste complicaties tijdens de eerste levensmaanden voorkomen, had dit vaccinatiebeleid niet het beoogde resultaat bij de preventie van Hib-meningitis, ook al kon daardoor epiglottitis (die meestal later optreedt) worden voorkomen.

Dit probleem werd opgelost door deze polysacchariden chemisch te koppelen aan een antigeen, dat via de T-cellen een respons opwekt. Op dit ogenblik worden vier dergelijke anti-genen gebruikt: het difterietoxine, een mutant van dit toxine, een meningokokkenmembraan en tetanustoxine.

In Finland wordt sinds 1990 een beleid van massale vaccinatie met een geconjugeerd vaccin gevolgd en sindsdien zijn geen gevallen van invasieve Hib-infectie meer geregistreerd.

Ook in Groot-Brittannië hoopt men een dergelijk resultaat te behalen. Uiteraard veronderstelt een dergelijke eradicatie een uiterst brede toepassing van de vaccinatie (meer dan 90 %). In Finland worden thans alle kinderen vanaf de leeftijd van 2 tot 3 maanden gevaccineerd.

Het belangrijkste praktische probleem is het eventueel inschakelen van dit vaccin in het gebruikelijke routineschema. Door het Nederlands Ministerie voor Volksgezondheid werd een commissie opgericht, die zich grondig met dit probleem heeft beziggehouden en in juli 1991 haar aanbevelingen heeft gedaan. Deze commissie beveelt aan de vaccinatie tegen Hib op te nemen in het klassieke vaccinatieschema en er werden tevens studies aangevat om na te gaan hoe dit in de praktijk het best gebeurt. Er werd een reeks kinderen gevaccineerd met een vaccin tegen Hib, dat gemengd was met het Di-Te-Per-vaccin, terwijl een andere reeks kinderen Di-Te-Per in de ene arm kreeg en tegelijkertijd het vaccin tegen Hib in de andere arm. In een reeks studies wordt aangetoond dat de antistoftiters in beide gevallen vergelijkbaar zijn, terwijl andere studies erop wijzen dat een gescheiden toediening iets beter is. De waargenomen verschillen zijn echter te gering om twee afzonderlijke injecties te rechtvaardigen, zodat de Nederlandse Commissie voortaan het mengsel aanbeveelt.

De arts kan de vaccins zelf mengen, maar een gecombineerd vaccin met Di-Te-Per en anti-Hib in dezelfde ampul zou op termijn uiteraard ideaal zijn.

Een belangrijke stap

In de Verenigde Staten begint men deze vaccinatie vanaf 2 maanden; een tweede vaccin wordt na 6 of 12 maanden toegediend, naargelang de gebruikte schema's met een rappel op de leeftijd van 12 of 15 maanden. In Groot-Brittannië wordt het vaccin toegediend op de leeftijd van 2, 3 en 4 maanden, zodat het kind geïmmuniseerd is op de

leeftijd, waarop de complicaties gewoonlijk optreden.

Het vaccin is overigens zeer veilig en indien bijwerkingen optreden, zijn deze doorgaans zeer gelokaliseerd (roodheid, zwelling).

De Nederlanders hebben ook een kostenbaten-analyse uitgevoerd en daarbij aangetoond dat, als het vaccin minder kost dan 15 tot 20 gulden (ongeveer 300 tot 400 BF), de balans op budgettair vlak positief is.

In het NederJands Tijdschrift voor Geneeskunde kan men lezen dat het vaccin tegen H1b een belangrijke stap voorwaarts betekent bij de preventie van bacteriele aandoeningen en de complicaties ervan. In ons land ziet het er echter niet naar uit dat het H1b-vaccin op korte termijn veralgemeend zal worden.

Naar een onderhoud met Prof. Dr. R. Clara (Universitaire Instelling Antwerpen).

HEPATITIS B EN DE GEZONDHEIDSWERKERS

Het is reeds lang bekend dat gezondheidswerkers een risicogroep zijn voor hepatitis B, maar tot dusver waren, vooral in ons land, vrij weinig precieze gegevens beschikbaar.

Dit wijst op het belang van een lange-termijn studie, zoals deze die door Dr. Pierre Jacques, van de Interbedrijfsgeneeskundige Dienst Idewe, gedurende enkele jaren bij duizenden gezondheidswerkers werden uitgevoerd.

Idewe verzekert de follow-up in de arbeidsgeneeskunde van ongeveer 250.000 loon- en weddetrekkenden, vooral in Brussel en in Vlaanderen. Dit totaal omvat een relatief hoog percentage gezondheidswerkers (bijna 25.000 in het totaal).

Ziekenhuis: contaminatie met variabele geometrie

Ongeveer 10 jaar geleden begon de dienst van Dr. Jacques in samenwerking met Prof. Desmyter [KU Leuven] een omvangrijk onderzoek naar de immunologische status van de aangesloten gezondheidswerkers wat HBV betreft. De antistoffen werden systematisch opgezocht en bij anti-HBc-positieve personen werd het antigeen bepaald. Op een totaal van 21.000 personen heeft men ongeveer 18.000 analyses in de studie kunnen opnemen.

Dit eerste luik van de studie bevestigde dat het percentage personen met anti-HBV antistoffen duidelijk hoger is bij

gezondheidswerkers dan in de algemene bevolking (resp. 7 en ongeveer 4 %). Het aantal antigeendragers is in beide groepen nagenoeg identiek. Bij de analyse van de resultaten blijkt dat het risico verschilt volgens de ziekenhuissector, waarin de betrokken personen werken. De afdeling met hoogste frequentie van HBV-positieve personen is de afdeling hemodialyse, gevolgd door het laboratorium. Het laagste percentage contaminatie komt voor in de ziekenhuisapotheken. Men heeft aldus een gradatie kunnen opstellen met ongeveer 44 verschillende arbeidsposten, met percentages van een positieve serologie van 1 tot 38 %!

Op basis van deze cijfers heeft het toenmalige Ministerie voor Sociale Voorzorg het Fonds voor Beroepsziekten opdracht gegeven het HBV-vaccin terug te betalen voor de personen die in ziekenhuizen tewerkgesteld zijn. Rond 1983 werd dan de vaccinatie op grote schaal gestart. De eerste kwantitatieve gegevens van dit beleid toonden aan dat het aantal interventies van het Fonds voor Ziekenhuispersoneel met hepatitis B snel daalde tot 10-15 % van wat het geval zou zijn geweest, indien men niet massaal had gevaccineerd. De economische rentabiliteit van massale vaccinatie is dan ook duidelijk en onweerlegbaar: de balans van de HBV-vaccinatie in het ziekenhuismilieu is duidelijk positief in termen van kosten/baten-verhouding.

In de ziekenhuisdiensten die door Idewe worden gevolgd, is men gekomen tot een dekkingspercentage hoger dan 90 %. Volgens Dr. Jacques is deze spectaculaire compliance onder meer toe te schrijven aan de sterke motivatie van de artsen van het team, die allen sterk overtuigd zijn van de gegrondheid van het gevoerde vaccinatiebeleid. *“Daar zij zelf gemotiveerd zijn, kunnen zij de gezondheidswerkers die aan hun zorgen worden toevertrouwd, uiteraard des te beter motiveren.”*

Van het ene schema naar het andere

Nadat het belang van massale vaccinatie van gezondheidswerkers duidelijk was aangetoond, werd een vergelijkende studie uitgevoerd naar de doeltreffendheid van verschillende vaccinatieschema's. Het schema, dat klassiek in West-Europa wordt toegepast (0, 1, 2 en 12 maanden), werd vergeleken met een licht gewijzigd Amerikaans schema (0, 2, 6, 18 maanden). De analyse van de behaalde resultaten toont aan dat de resultaten van beide schema's vergelijkbaar zijn. Ook werd toediening in een enkele injectie vergeleken met een techniek, waarbij de ene helft van de dosis in de ene arm en de andere helft in de andere arm wordt geïnjecteerd.

In een luik van de studie, die werd uitgevoerd vanaf 1988-1989, werden boosters toegediend aan personen die reeds meerdere jaren gevaccineerd waren. *“Wij hebben de anti-HBs antistofiter bepaald bij nagenoeg alle betrokken personen na de vierde injectie en daarna een tweede maal*

4 jaar later. De titers bleken te dalen met een factor 20.” Dit leidde tot het idee van een booster na een aantal jaaren. De drie volgende vaccins werden op gerandomiseerde wijze toegediend: het klassieke vaccin, vervaardigd uit plasma, Hevac B Engerix-B® en een ander Frans vaccin, dat ook werd aangemaakt door genetische manipulatie. Eén maand na deze booster waren de titers gestegen met een factor van ongeveer 40 met het traditionele vaccin en met een factor 100-150 met Engerix-B® (Anti-HBs IU/l, 74.477 bij Engerix-B® versus 21.851 bij Hevac B).

“Volgens ons zouden de personen, die na de vierde injectie van het beginschema een anti-HBs antistoftiter lagen dan 1.000 hebben, zeker binnen de 5 jaar opnieuw moeten worden gevaccineerd. Bij een titer hoger dan 10.000 kan een afwachtende houding worden aangenomen, terwijl men bij een titer lager dan 100 zeker nog vroeger een booster zou moeten geven.” Dr. Jacques heeft ernstige twijfels over het vaak aanbevolen beleid om de hervaccinatie voor te behouden voor personen met een titer lager dan 10.

Een zeer grote ervaring

In de praktijk gebeurt de vaccinatie in de dienst van Dr. Jacques volgens het schema 0, 1, 2, 12 maanden met een controle van de anti-HBs antistoftiter na 13 of 14 maanden (zie ook tabel 1). Bij een titer lager dan 100 wordt binnen 5 jaar een booster gegeven; bij een titer lager dan 1.000 wordt een controle uitgevoerd op het ogenblik, waarop normaal een booster zou moeten worden gegeven, en men beslist dan of er al dan niet een nieuwe injectie wordt gegeven, onder meer in functie van het akkoord tot terugbetaling door het Fonds voor Beroepsziekten. “Bovendien controleren wij de titers opnieuw na toediening van de booster, ook indien gewoonlijk wordt aangenomen dat dit niet nodig is.”

Na bijna 10 jaar werden in de medische dienst van Idewe meer dan 100.000 vaccindoses toegediend. In al die jaren is het aantal waargenomen bijwerkingen uiterst beperkt gebleven: “af en toe lokale reacties, zoals voor eender welke andere injectie, maar zeer weinig algemene reacties”. Wat de immuunrespons betreft, maken 91 tot 98% van de gevaccineerde personen antistoffen aan. 2,6 % van de betrokken gezondheidswerkers hebben minder dan 10 eenheden na de vierde injectie.

TITERS 1 MAAND NA DE VIERDE INJECTIE (OP EEN TOTAAL VAN 5.993 MONSTERS)

Anti-HBs	%
0 - 10 E	2.6%
10 - 100 E	4.3%
> 100 E	93.1%

Bij 4 personen, die negatief waren op het moment van de booster, werd achteraf een significante antistoftiter gemeten.

Naar een onderhoud met Dr. Pierre Jacques (Interbedrijfsgeneeskundige Dienst Idewe)

KINDERVERZORGING EN HEPATITIS A

Voor een arbeidsgeneeskundige dienst, is het uiteraard van kapitaal belang te weten wat het beroepsrisico van hepatitis A is. De situatie is uiteraard minder duidelijk voor deze vorm van virale hepatitis dan voor HBV.

Dr. Jacques en zijn team, met vooral Dr. Guido Moens, hebben de laatste jaren een specifieke beroepsgroep gevolgd, namelijk de groep van personen die zich bezighouden met kinderen. Dank zij de hulp van Dr. Vranckx, van het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie, en de bloedtransfusiediensten van het Rode Kruis heeft men een goed controlegroep kunnen vormen. In de centra, die kinderen verzorgen, werd bovendien nog een onderscheid gemaakt tussen het personeel, dat voortdurend contact heeft met de kinderen, en het administratief personeel. De prevalentie van HAV antistoffen is duidelijk hoger bij de personen die zich actief bezighouden met de verzorging van de kinderen, dan in de controlegroep van bloedgevers en merklijk hoger, dan bij de personen die administratieve taken vervullen. Deze prevalentie neemt progressief toe met de leeftijd, en dit sneller dan bij de controlepersonen.

Dr. Jacques zet zich nu, samen met anderen, in om hepatitis A ten gevolge van de verzorging van kinderen te laten erkennen als beroepsziekte, zodat vaccinatie zou worden terugbetaald. Maar dit is uiteraard een strijd van lange duur.

VAX INFO MET UW DEELNEMING

Zoals in onze vorige uitgave stellen wij u voor ons eventuele vragen met betrekking tot vaccinaties te laten geworden: speciale gevallen, precieze schema's, eventuele contra-indicaties, enz. Wij streven naar een waarachtige interactieve dialoog met onze lezers en zullen u de antwoorden van specialisten terzake geven.

Dr. A. Bachy, association Catholique Hospitalière de Charleroi

Standpunt

Ik ben het niet eens met uw standpunt in het eerste concrete voorbeeld, dat u citeert in uw rubriek van Vax Info nr. 3. (nvdr: het betrof een kind, geboren op 9-11-1990, dat DTP had gekregen op 21-03-1991 en 20-08-1991 en polio op 25-04-1991 en 20-08-1991).

De eerste drie DTP-vaccins werden relatief kort na elkaar gegeven; om een goede immuniteit op lange termijn tegen difterie en tetanus te bekomen moet 7 tot 15 maanden na de basisvaccinatie een booster worden gegeven.

Daarom wordt, in tegenstelling tot wat er in België gebeurt, de vierde DTP-injectie in de meeste landen van Europa en in de Verenigde Staten op de leeftijd van 18 maanden gegeven. Het kind in uw voorbeeld is geboren op 9-11-1990 en is dus nog geen twee jaar; ik zou zeker een DTP-booster geven. Als wij bijv. in januari 1993 zouden zijn, zou ik enkel het DT-vaccin geven, maar ik zou daarvoor zeker wachten tot de leeftijd van 6 jaar.

In het volgend nummer van Vax Info brengen wij een kort overzicht van een bijzonder interessant werk over hepatitis A bij personen die werkzaam zijn in de gezondheidszorg. Uit deze studie, die werd uitgevoerd door het team van Dr. Van Damme van UIA, kunnen zeer praktische conclusies worden afgeleid wat betreft de profylaxe voor personen die op hun werk een hoog risico op besmetting lopen.

Alle vragen en opmerkingen met betrekking tot vaccinaties of artikels die in Vax Info reeds gepubliceerd zijn, kunnen worden gericht aan:

De Heer B. Daniëls, SmithKline Beecham
Rue du Tilleul, 13,
1332 Genval.

VAX INFO

Verantwoordelijke uitgever
Jan Dewinter
SmithKline Beecham Pharma
rue du Tilleul, 13
1332 Genval