IVAX INFO
N° 10
Okt. 1994

Inhoud

GRIEPVACCIN p. 2
- Weinig bijwerkingen

GRIEP p. 2
- Het belang van een goede surveillance

BCG-VACCINATIE p. 3 - 4
- Beperkte indicaties

VARICELLA p. 4 - 5 - 6
- Routinevaccinatie ?

IMMUNODEPRESSIE p. 6 - 7
- Welke vaccinaties?

ACUTE VIRALE HEPATITIS p. 8
- Incidentie

In volgende nummers : Hib-vaccinatie, hepatitis A en B op de school, enkele praktische richtlijnen voor de vaccinatie,…

BELGIE
P.B.
BRUSSEL 8
1/8001
Afgifte kantoor

Griepvaccin

WEINIG BIJWERKINGEN

Volgens een recent onderzoek heeft het griepvaccin weinig bijwerkingen bij bejaarden.

In de winter van 1991-92 namen 31 Nederlandse huisartsen deel aan een gerandomiseerde dubbelblind studie over het griepvaccin. De studie betrof 1806 patiënten boven 60 jaar waarvan 904 werden ingeënt en 902 een placebo (fysiologisch water) ontvingen.
De bijwerkingen werden geregistreerd bij middel van vragenlijsten die 4 weken na de vaccinatie moesten worden ingevuld.
210 patiënten (23 %) die het griepvaccin kregen rapporteerden één of meerdere bijwerkingen, tegenover 127 patiënten (14 %) die het placebo ontvingen. De frequentie van lokale reacties (zwelling, pruritus, warmtegevoel, pijn bij druk, constante pijn, ongemak) bedroeg 17,5 % in de vaccinatie-groep tegenover 7,3 % in de placebo-groep. Het percentage van systemische bijwerkingen (koorts, hoofdpijn, onwel...) was vergelijkbaar in beide groepen, resp. 11 % en 9,4 %. De mannelijke patiënten rapporteerden over het algemeen minder bijwerkingen dan de vrouwelijke patiënten. ■

Dr. P. Trefois

Bron : T M E Govaert, G J Dinant, K Arentz, N Masurel, M J W Sprenger, J A Knottnerus, Adverse reactions to influenza vaccine in elderly people : randomised double blind placebo controlled trial, BMJ 1993; 307 : 988-990.

Griep

HET BELANG VAN EEN GOEDE SURVEILLANCE

De wekelijkse surveillance van griep en van acute respiratoire infecties maakt een epidemiologische monitoring van de ziekte en het evalueren van het belang van de epidemie mogelijk, en laat toe preventieve maatregelen te nemen. De samenstelling van het vaccin 1994 verschilt van dat van 1993 door de H3N2 - stam (A/SHANG-DONG/9/93).

Het belang van een nauwgezette surveillance van griep werd onderkend na de grote pandemie van 1918 ("Spaanse Griep") en na de ontdekking van het influenza-virus in 1933. Maar het duurde tot in 1957 voor dit systeem op punt werd gesteld door de inzameling van nieuwe gegevens die nog steeds worden gebruikt (zoals het aantal gevallen, het ziekteverzuim, de mortaliteit, enz.). *(1, 2)*
Het concept van de peilpraktijken werd pas later ontwikkeld en werd snel erkend als het meest efficiënte systeem. In België werd het in 1985 ingevoerd door het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie (IHE). *(3)*
De precieze diagnose van influenza is moeilijk te stellen, vooral bij afwezigheid van een epidemie. Gelet bovendien op de mogelijke verwarring met andere vergelijkbare pathologieën te wijten aan andere respiratoire virussen, zoals het Respiratoir Syncytiaal virus bij kinderen en ouderen *(4)*, is de surveillance van de klinische gegevens momenteel gebaseerd op de registratie van alle acute griepachtige of niet-griepachtige respiratoire infecties, in 5 leeftijds-groepen. Om vertekeningen ten gevolge van de verschillen in aantallen patiënten van de meewerkende artsen te vermijden, wordt een gemiddelde berekend door het aantal gerapporteerde gevallen te delen door het aantal raadplegingen.
De gerapporteerde gevallen kunnen vergeleken worden met de te verwachten gevallen aan de hand van een mathematisch model dat ook toelaat om een epidemiedrempel te bepalen. De overschrijding van deze drempel alleen volstaat niet om van een epidemie te kunnen spreken omdat ook andere kiemen verantwoordelijk kunnen zijn voor een abnormale toename van het aantal acute respiratoire infecties.
Daarom neemt een tweede netwerk van peilpraktijken naso-pharyngeale stalen bij patiënten waarvan vermoed wordt dat ze influenza hebben opgelopen. Deze stalen worden verstuurd naar het IHE. In combinatie met de virologische gegevens van enkele universitaire labo's kunnen op die manier de kiemen worden bepaald die verantwoordelijk zijn voor een verhoging van de incidentie van acute respiratoire infecties in de bevolking (zie figuur p. 3).
Samen met andere indicatoren zoals het ziekteverzuim van minder dan 30 dagen en het totale dagelijkse sterftecijfer (zonder vermelding van de doodsoorzaak) die snel beschikbaar zijn (binnen de 6 weken), kan hierdoor vrij accuraat de impact van een epidemie worden geëvalueerd. Een nauwe samenwerking met andere Europese centra vervolledigt deze gegevens, ook al zijn de registratieprocedures nog niet overal ge-standaardiseerd.
De nauwkeurigheid van deze gegevens en de ontwikkeling van moderne technologieën (informatisering, antivirale geneesmiddelen, enz.) laten toe de doelstellingen van het surveillancesysteem uit te breiden, waarbij men verder kan gaan dan alleen maar een beschrijving van de toestand. Door de registratie op

wereldvlak kunnen immers tijdig aangepaste vaccins voor het volgende seizoen worden aangemaakt. Er verlopen ongeveer 5 maanden tussen de beslissing van de WGO in februari welke stammen in het nieuwe vaccin moeten worden opgenomen en het ogenblik waarop de nieuwe vaccins beschikbaar zijn.
Het seizoen 1993-94 werd gekenmerkt door een milde epidemie in december in heel West-Europa, die meer uitgesproken verliep in Groot-Brittannië en Frankrijk waar ze waarschijnlijk ontstaan was. Van daar verspreidde de epidemie zich naar Oost-Europa waar ze in februari uitdoofde.
De stammen A/H1N1 en B werden slechts sporadisch geïsoleerd, het ging hoofdzakelijk om het virus H3N2. Op basis van deze gegevens en van bijkomende serologische studies werd geopteerd voor een vaccin dat slechts van het vorige verschilt door de stam H3N2 (A/SHANGDONG/9/93) *(5)*.
Tot besluit kunnen we stellen dat de toenemende snelheid waarmee op wereldvlak de gegevens omtrent influenza worden geregistreerd, het mogelijk maakt om tijdig een zo efficiënt mogelijk vaccin op punt te stellen. Indien in de komende jaren een belangrijke pandemie zou optreden met een gemuteerd virus, is deze snelheid essentiëel om binnen enkele maanden na het isoleren van het virus, een efficiënt monovalent vaccin te kunnen aanmaken waardoor de ergste gevolgen van een dergelijke zware pandemie kunnen worden ingeperkt. ■

Dr. R. Snacken, Instituut voor Hygiëne en Epidemologie

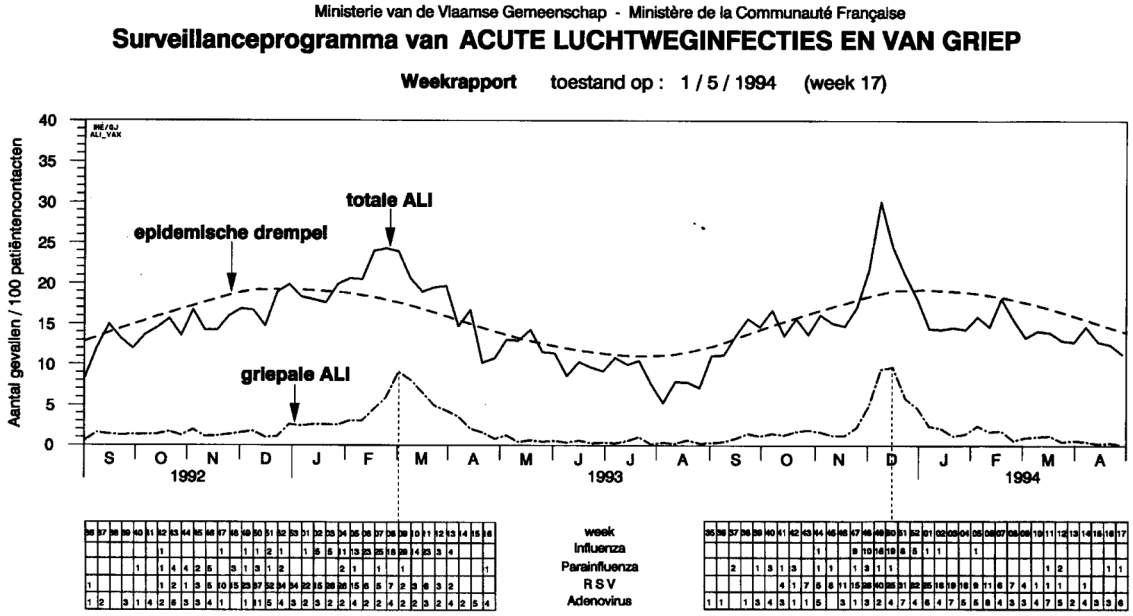
Bron:
(1) Langmuir AD. The surveillance of communicable diseases of national importance N Engl J Med 1963; 268: 182-192
(2) Serfling RE Methods for current statistical analysis of excess pneumonia-influenza deaths. Publ Health Rep 1963; 78; 494-506
(3) Snacken R., Lion J., Van Casteren V., Cornelis R., Yane F., Mombaerts M., Aelvoet W. and Stroobant A. Five years of sentinel surveillance of acute respiratory infections (1985-1990) : the benefits of an early warning system. Eur J Epidem 1992; 8: 485-490
(4) Fleming DM, and Cross KW. Respiratory syncitial virus orr influenza ? The Lancet 1993; 342: 1507 - 1510.
(5) Update: influenza activity - United States and Worldwide, 1993-1994 season and composition of the 1994-1995 influenza vaccine. JAMA 1994; 271: 1070 - 1072.

Bcg-vaccinatie

BEPERKTE INDICATIES

Volgens de recente aanbevelingen van het VRGT heeft BVG-vaccinatie in België alleen waarde voor sommige groepen met een verhoogd risico.

Een veralgemeende BCG-vaccinatie is in ons land momenteel niet aangewezen daar het jaarlijks infectierisico op 0,02 % wordt geraamd en een systematische inenting bij de geboorte slechts wordt aanbevolen wanneer het jaarlijks infectierisico boven 0,1 % of 1 % ligt, naargelang de informatiebron.
Bij negatieve tuberculinetest en bij afwezigheid van klinische tekens suggestief voor actieve TBC, zijn



volgende indicaties voor BCG-vaccinatie te overwegen :

1. Kinderen (onder de 5 jaar) van gastarbeiders die regelmatig naar hun land van herkomst gaan;

2. Kinderen (onder de 5 jaar) van asielzoekers omdat ze in de meeste gevallen terug naar het land van herkomst worden verwezen of in België niet regelmatig kunnen worden opgevolgd ;

3. Kinderen (onder de 5 jaar) die na preventieve chemotherapie van 6 maand nog tuberculine negatief zijn en verder blootgesteld zijn aan een besmettingsbron. Dit is evenwel een uitzonderlijke situatie daar de besmettelijkheid snel afneemt van zodra de gepaste behandeling wordt ingesteld. Therapie-ontrouwe patiënten of zieken met multiresistente kiemen kunnen nochtans jarenlang besmettelijk blijven;

4. Ontwikkelingswerkers en hun kinderen die vertrekken naar een gebied met hoge tuberculose-prevalentie waar de mogelijkheid voor tuberculine-onderzoek en röntgencontrole ontbreekt;

5. Medisch en/of paramedisch personeel dat regelmatig in contact zal komen met patiënten aangetast door multiresistente tuberculose, behalve wanneer regelmatige tuberculinetests worden verricht en strenge hygiënische maatregelen worden getroffen in het ziekenhuis.

BCG is tegenaangewezen bij verdenking of bewijs van HIV-besmetting, bij eerder toegediende vaccinatie (litteken of vermelding in vaccinatieboekje) en bij vermoeden van actieve tuberculose. ■

Dr. M. Uydebrouck

Voor alle bijkomende inlichtingen : V.R.G.T., Eendrachtstraat 56 - 1050 Brussel. Tél.02/512.54.55.

Bron : 1. Use of BCG Vaccines in the Control of Tuberculosis : A Joint Statement by the ACIP and the Advisory ACIP Committee for Elimination of Tuberculosis MMWR 1988 ; 37 : 663-664, 669-675.
2. Criteria for discontinuation of vaccination programmes using Bacille Calmette Guerin (BCG) in countries with a Low Prevalence of tuberculosis Newsletter IUATLD. May 1994.
3. Ten Dam HG. “BCG vaccination” in Tuberculosis, a comprehensive International Approach. Ed.L.B. Reichman, E.S. Hershfield, M.Dekker. 1993; Vol.66 : 251-274.

Een kommentaar van Prof. Dr. Clara, voorzitter van de Wetenschappelijke Denkgroep “Vaccinatie“

Het BCG-vaccin dient wel veralgemeend en zo vroeg mogelijk te worden toegepast bij kinderen uit ontwikkelingslanden. De WGO onderschrijft de stelling dat BCG-vaccinatie in hoge mate doeltreffend is bij kinderen : het BCG-vaccin beschermt tegen ± 90 % van de hematogene vormen van TBC en tegen 50 à 65 % van de respiratoire vormen.
In ontwikkelde, hoog-geïndustrialiseerde landen, waar het risico zeer laag is en/of de multiresistentie zeer beperkt is en goed wordt opgevolgd, is BCG-vaccinatie niet geïndiceerd, uitgezonderd voor de hogervermelde groepen met een verhoogd risico.
Intussen gaat men verder met het zoeken naar betere vaccins tegen TBC en lepra. De toenemende kennis van de tuberkelbacil kan hiertoe bijdragen.

Bron: Clark A, Rudd P. Neonatal BCG-immunization. Arch Dis Chil 1992; 67: 473 - 474.

Varicella

ROUTINE -VACCINATIE?

Door haar hoge frequentie is varicella verantwoordelijk voor een belangrijke morbiditeit. Veralgemeende vaccinatie zal leiden tot een spectaculaire daling van het aantal gevallen van varicella, en dus tot een serieuze vermindering van het ziekte-en sterftecijfer en een daling van de uitgaven voor geneeskundige verzorging en werkverzuim.

Het moment lijkt dan ook aangebroken om over te gaan tot de routine-vaccinatie tegen varicella.
De eerste klinische experimenten met een geattenueerde levende varicellavirusstam (OKA) werden meer dan 20 jaar geleden (1973) uitgevoerd door Takahashi et al. Sindsdien werden deze proefnemingen wereldwijd op grote schaal herhaald.

Er bestaat geen twijfel dat het vaccin aangewezen is voor kinderen met immunosuppressie, vatbare volwassenen, "vooral potentieël zwangeren", gezondheidswerkers en andere risicogroepen.
Nu het 3de decennium aanbreekt sinds de op puntstelling van het varicella-vaccin, stelt zich echter de vraag of het geen tijd wordt om over te gaan tot universele vaccinatie bij gezonde kinderen (en volwassenen).

Varicella

• Kliniek : besmetting met het varicella-zoster virus veroorzaakt twee verschillende klinische syndromen.
Bij primaire infectie ontwikkelt zich varicella (windpokken), een meestal goedaardige aandoening, die in 85 % van de gevallen optreedt vóór de leeftijd van 10 jaar.
Bij reactivatie van het virus aanwezig in de dorsale ganglia van de sensibele zenuwen, ontwikkelen zich, na een latente periode van verschillende decennia, de gelokaliseerde pijnlijke huidletsels, specifiek voor herpes zoster.

• Morbiditeit en mortaliteit : windpokken is één van de meest besmettelijke aandoeningen. Bijna alle kinderen worden besmet.
De lijst van de verwikkelingen is erg lang. Elk van deze verwikkelingen komt zelden voor, maar gezien de hoge frequentie van varicella, is er toch een belangrijke morbiditeit.
De meest voorkomende ernstige (soms fatale) complicaties zijn bacteriële surinfectie met impetigo, abcessen, cellulitis, osteomyelitis, sepsis, varicella pneumonie (10 à 25 per 100.000 gevallen van varicella) en encephalitis, waarvan 5/6 acute cerebellaire ataxie (6 à 17 per 100.000).
De kans op hospitalisatie bedraagt volgens Guess et al. per 100.000 gevallen van varicella : 120 beneden 14 jaar en 500 boven 14 jaar.
De overall sterfte bij gezonde individuen bedraagt 2 per 100.000 gevallen, wat voor België neerkomt op 2 per jaar.

• Behandeling en financieel impact
Medische (directe) kosten : wegens de systematische consultatie van huisarts of pediater en het veralgemeend gebruik van geneesmiddelen zoals topische preparaten, analgetica, antihistaminica en antibiotica, kan de prijs voor de behandeling van varicella relatief hoog oplopen.
Indirecte kosten : volgens cijfers uit de USA blijven kinderen gemiddeld 8,7 dagen afwezig uit de school, wat ook leidt tot een werkverzuim van gemiddeld één week van één van de ouders.

Varicellavaccin

Klinische experimenten in Japan, USA en Europa met de OKA-varicella-stam bij gezonde kinderen en volwassenen, evenals bij kinderen met leucemie, hebben uitstekende resultaten opgeleverd.

• Immunogeniciteit: talrijke studies hebben aangetoond dat 94 à 100 % van de gevaccineerde kinderen antilichamen ont-wikkelen, die nog aantoonbaar blijven gedurende de observatieperiode van 7 à 10 jaar.

• Werkzaamheid : het varicellavaccin beschermt 94 à 98 % van de gevaccineerde kinderen gedurende minstens zeven jaar. De enkele kinderen die, na contact binnen het huisgezin, toch varicella doormaken, ontwikkelen een zeer lichte vorm van de ziekte met een klein aantal papels of vesikels, weinig koorts en volledig herstel na 5 dagen.

• Veiligheid : het varicellavaccin is uitzonderlijk veilig. De nevenwerkingen zijn zeer licht : minieme lokale reactie op de infectieplaats (20 %), enkele kleine papels bij 4 % van de gevaccineerden en temperatuursverhoging bij 10 %.
Een belangrijke vraag is of er geen verhoogd risico bestaat op herpes zoster bij de gevaccineerden.
De ervaringen van Gershon bij leucemische kinderen lijken er op te wijzen dat herpes zoster eerder minder zal voorkomen en ook minder ernstig zal verlopen na vaccinatie dan na infectie met het wilde virus. Follow-up is echter noodzakelijk om dit te bevestigen.

• Tijdstip van vaccinatie : de routine-vaccinatie tegen varicella wordt best doorgevoerd aan 12 à 18 maanden, op een ogenblik dat de moederlijke antilichamen verdwenen zijn.

Om bijkomende consultaties te vermijden, wordt de varicellavaccinatie (subcutaan) gegeven op het ogenblik dat ook MMR (mazelen-bof-rubella) wordt verstrekt (15 maanden).
De ideale strategie bestaat uit het combineren van een routine-vaccinatie aan 15 maanden met een catch-up vaccinatie aan 12 jaar. Hierbij worden gedurende 11 jaar, samen met de vaccinatie van alle peuters, eveneens alle 12-jarige adolescenten, die een negatieve anamnese hebben op varicella, gevaccineerd op het ogenblik van de MMR-booster.
Bedoeling is de toekomstige volwassenen, ondermeer de potentiële zwangeren, te beschermen. Deze strategie is ook belangrijk gezien de vastgestelde verschuiving van varicella naar oudere leef-tijdsgroepen.

• Kosten-baten analyse : verschillende kosten-baten-studies wijzen alle op een positieve balans indien de medische en de indirecte kosten worden meegeteld. Voor een prijs van 35 $ per dosis wordt voor elke uitgegeven dollar ruim 5 $ bespaard.

Slotbeschouwingen

Na 20 jaar is voldoende informatie verzameld over de veiligheid en de werkzaamheid van het vaccin.
Alle studies wijzen op een langdurige aanwezigheid van de humorale en cellulaire immuniteit en op de goedaardigheid van de zeldzame gevallen van doorbraak varicella. Er zijn geen aanwijzingen dat herpes zoster na vaccinatie zal toenemen, waar-schijnlijk integendeel.
Toch blijven twee belangrijke vragen bestaan. Zal de immuniteit voldoende lang blijven bestaan om volwassenen levenslang te beschermen ? Alleen tijd en ervaring zal dit uitwijzen. In de zestiger jaren stelden zich dezelfde vragen in verband met het mazelenvaccin en toch ging men over tot veralgemeende toepassing van het mazelenvaccin, lang vooraleer gegevens over het blijvend bestaan van beschermende antilichamen waren gekend. In feite geldt dit voor elk vaccin, bv. poliomyelitis en bof. Deze drie kinderziekten verlopen ook veel ernstiger op volwassen leeftijd.
Een tweede vraag is of bij een immunisatiegraad van

70 % of minder de epidemiologie van de ziekte zich wijzigt, wat kan leiden tot toename van varicella op volwassen leeftijd met hogere risico's op pneumonie, encephalitis, congenitale en neonatale varicella. De ervaring met het veralgemeend toepassen van het vaccin tegen mazelen (oorspronkelijk even sterk verspreid als varicella) maakt dit onwaarschijnlijk .
Op de 2 bovenvermelde vragen en op de vraag naar een mogelijke toename van herpes zoster, zal slechts over 60 à 70 jaar een definitief antwoord kunnen worden gegeven.
Het aantal doden door varicella ligt 2 maal hoger dan na bof en ook het aantal en de ernst van de verwikkelingen ligt hoger. Het is zinloos hierop te wachten. De volgende jaren zullen ons niets wijzer maken. Veralgemeende vaccinatie van peuters en adolescenten zal een dramatische vermindering van het aantal gevallen van varicella veroorzaken, een sterke afname van morbiditeit en mortaliteit, een vermindering van de uitgaven voor medische en sociale zorgen, een afname van de verloren tijd op school en op het werk.
De grote hoeveelheid gegevens, verzameld gedurende 20 jaar in talrijke klinische experimenten, pleiten voor een veralgemeende toepassing van het vaccin tegen varicella. Op de vraag of we het recht hebben onze kinderen nog langer de vele voordelen van deze vaccinatie te ontzeggen, is het antwoord van de meeste deskundigen overduidelijk : neen !

Prof. Dr. R. Clara

Een volledige bibliografie is op aanvraag verkrijgbaar bij de redactie.

Immunodepressie

WELKE VACCINATIES ?

Vaccins op basis van gedode micro-organismen, of op basis van anatoxinen of kapselpolysacchariden en sub-unit vaccins leveren geen enkel risico bij patiënten met immunodepressie.
In het algemeen zijn levend afgezwakte vaccins tegenaangewezen. Maar in een aantal gevallen zijn ze echter aanbevolen.
Bovendien kunnen specifieke vaccinaties aangewezen zijn gezien de vatbaarheid voor bepaalde infecties en dient men rekening te houden met de ernst en de oorsprong van de immunodepressie.
Het immunologisch antwoord (de doeltreffendheid dus) van sommige vaccins daalt wel evenredig met de immunodeficiëntie.

Verschillende aandoeningen en bepaalde therapieën kunnen aan de basis liggen van een immunodepressie. Men dient zich bij dergelijke patiënten twee vragen te stellen : ten eerste welke vaccins kunnen zonder risico's worden toegediend, en ten tweede welke vaccins zijn aan te bevelen om hen te beschermen tegen bepaalde infecties waarvoor ze gevoeliger zijn ?
Vaccins op basis van gedode of geïnactiveerde virussen stellen geen enkel probleem. Deze vaccins hebben bij immunogedeprimeerde patiënten dezelfde indicaties als bij gezonde personen.
Anderzijds dienen bepaalde specifieke vaccins toegediend te worden, o.m. tegen pneumococcen, meningococcen, en Hib.
Omdat de immuunrespons van patiënten met immunodepressie minder goed is, zullen soms hogere doses en meer rappels nodig zijn.

Hoe optreden bij corticotherapie ?

Aan de ene kant vermindert corticotherapie de respons op het vaccin. Aan de andere kant wordt vrij algemeen aanvaard dat slechts bij een dosis prednisone van 2 mg per kg lichaamsgewicht of 20 mg per dag de veiligheid van een levend vaccin afneemt.
Anderzijds is er geen enkel probleem bij een behandeling met corticoïden van korte duur (minder dan 2 weken), een behandeling met lage doses, een langdurige behandeling met produkten met een korte werkingsduur, genomen om de andere dag, een behandeling met fysiologische doses (substitutie-therapie), of een behandeling intra-articulair, topisch of met aerosol.
In de praktijk adviseert men 3 maanden te wachten na een systemische cortisonetherapie langer dan 2 weken met hoge doses alvorens een levend vaccin toe te dienen.

Dr. P. Trefois m. m. v. Dr. Van Gompel

Bron : Morbidity and Mortality Weekly Report vol. 42 ,n°RR-4,pp. 1-18.

Overzicht van de vaccins

- Vaccins op basis van gedode micro-organismen zijn o.a. gedood poliovaccin (Salk), pertussis, influenza, rabies, hepatitis A.
- Vaccins op basis van geïnactiveerde bacteriële toxinen (anatoxinen) zijn tetanus en difterie.
- Vaccins op basis van kapselpolysacchariden zijn o.a.: pneumococcen, Haemophilus influenzae type B (Hib), meningococcen, geïnactiveerd buiktyfus (op basis van het Vi-antigen).
- Vaccins op basis van mantelproteïnen zijn o.a. influenza en hepatitis B.
- Vaccins op basis van levend afgezwakte micro-organismen zijn o.a. oraal poliovaccin (Sabin), oraal buiktyfusvaccin, varicella, mazelen-bof-rubella.

Een kommentaar van Dr. Van Gompel (ITG - Antwerpen)

De in dit artikel besproken aanbevelingen i.v.m. de actieve en passieve immunisatie van patiënten met immunodepressie zijn gebaseerd op de richtlijnen van het Amerikaanse Advisory Committee on Immunization Practice (ACIP).

De concrete aanbevelingen voor de verschillende categoriën patiënten met immuundepressie steunen op een combinatie van de beschikbare wetenschappelijke gegevens en de opinie van een aantal Amerikaanse experts.

Enkele kanttekeningen voor de toepassing in de Belgische context zijn:

- Hepatitis B vaccinatie wordt bij alle pasgeborenen en kinderen vermeld, omdat de veralgemeende vaccinatie …p8

PASGEBORENEN EN KINDEREN

	HIV-POSITIEVE EN AIDS-PATIENTEN	STERK IMMUNOGEDEPRIMEERDE PATIENTEN *	ASPLENIE	RENALE INSUFFICIENTIE, DIABETES
DTP (DIFTERIE, TETANUS, PERTUSSIS)	A	A	A	A
ORAAL POLIO (SABIN)	TA	TA	A	A
GEDOOD POLIO (SALK)	A	A	IND	IND
MMR (MAZELEN-BOF-RUBELLA)	A	TA	A	A
Hib	A	A	A	A
HEPATITIS B	A	A	A	A
PNEUMOCOCCEN	A (› 2 JAAR)	A (› 2 JAAR)	A (› 2 JAAR)	A (› 2 JAAR)
MENINGOCOCCEN	IND	IND	A	IND
INFLUENZA	A (› 6 MAANDEN)	A (› 6 MAANDEN)	A (› 6 MAANDEN)	A (› 6 MAANDEN)
ORAAL BUIKTYFUS	TA	TA	IND	IND
GEINACTIVEERD BUIKTYFUS	IND	IND	IND	IND
VARICELLA	A	A	IND	IND
GELE KOORTS	TA	TA	IND	IND
BCG	TA	TA	IND	IND
RABIES	IND	IND	IND	IND

VOLWASSENEN

	HIV-POSITIEVE EN AIDS-PATIENTEN	STERK IMMUNOGEDEPRI MEERDE PATIENTEN *	ORGAANTRANS PLANTATIE MET IMMUNODEPRES SIEVE THERAPIE	ASPLENIE	RENALE INSUFFICIENTIE	DIABETES ALCOHOLISME EN CIRROSE
DTP (DIFTERIE, TETANUS, PERTUSSIS)	A	A	A	A	A	A
ORAAL POLIO (SABIN)	TA	TA	TA	IND	IND	IND
GEDOOD POLIO (SALK)	IND	IND	IND	IND	IND	IND
MMR (MAZELEN-BOF-RUBELLA)	IND	TA	TA	IND	IND	IND
Hib	IND	A	A	A	IND	IND
HEPATITIS B	IND	IND	IND	IND	A	A
PNEUMOCOCCEN	A	A	A	A	A	A
MENINGOCOCCEN	IND	IND	IND	A	IND	IND
INFLUENZA	A	A	A	A	A	A
ORAAL BUIKTYFUS	TA	TA	TA	IND	IND	IND
GEINACTIVEERD BUIKTYFUS	IND	IND	IND	IND	IND	IND
GELE KOORTS	TA	TA	TA	IND	IND	IND
BCG	TA	TA	TA	IND	IND	IND
RABIES	IND	IND	IND	IND	IND	IND

A : Aanbevolen - TA : Tegenaangewezen - IND : Toegediend indien er specifieke indicaties zijn

*congenitale immunodepressie, leucemie, lymphoom, aplastische anemie, kanker,behandeling met alkyliserende of antimetaboliserende geneesmiddelen, radiotherapie en hoog gedoseerde corticotherapie

...p7 *tegen hepatitis B deel uitmaakt van de richtlijnen van de ACIP, wat in België (nog) niet het geval is.*
- Hepatitis A vaccinatie werd nog nergens vermeld, omdat het in de USA (nog) niet op de markt is. Uiteraard heeft deze vaccinatie zijn plaats indien er een specifieke indicatie voor is.
- Rabiësvaccinatie zal slechts zelden geïndiceerd zijn (enkel voor zeer specifieke indicaties).
- Oraal poliovaccin mag evenmin worden toegediend aan huisgenoten van een patiënt met ernstige immuundeficiëntie.

Acute virale hepatitis INCIDENTIE

Volgens een studie van IHE ligt het aantal verplicht gemelde gevallen van acute virale hepatitis veel lager dan het vermoedelijke reële aantal. 6 op 10 gevallen van hepatitis B komen voor bij patiënten tussen 20 en 29 jaar.

Het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie heeft in ons land een netwerk van huisartsenpeilpraktijken uitgebouwd. Deze peilpraktijken zijn ontegensprekelijk nuttig om de problemen waarmee de algemene geneeskunde wordt gekonfronteerd te identificeren en te becijferen.
De incidentie van acute virale hepatitis geregistreerd door de huisartsenpeilpraktijken blijkt significant gedaald te zijn ten opzichte van 1982, toen de peilpraktijken deze registratie voor het eerst uitvoerden.
Na een eerste registratie in 1982 werden in 1991 en 1992 in het kader van de huisartsenpeilpraktijken alle patiënten met een vermoeden van acute virale hepatitis geregisteerd.
In 1991 en 1992 namen ±120 huisartsenpeilpraktijken aan de registratie deel. Op die manier werd een populatie van ±138.000 inwoners bereikt.
De patiënten werden geregistreerd op basis van een **klinisch vermoeden** van acute virale hepatitis. Bij de registratie werd een bloedstaal naar het referentielabo van het I.H.E. gezonden op het moment van de diagnose, en nogmaals één na 3 en na 9 maanden.
In totaal werden over een tijdspanne van 2 jaar 209 patiënten geregistreerd waarbij op basis van klinische gegevens het vermoeden bestond van acute virale hepatitis.
Voor 134 van de 209 patiënten werden bloedstalen geanalyseerd. 41 patiënten waren positief voor hepatitis A, 11 voor hepatitis B en 6 voor hepatitis C. Twee patiënten waren positief voor zowel hepatitis B als C. Het bleken twee jonge mannen te zijn, beide druggebruikers. Eén patiënte werd positief bevonden voor het hepatitis E-virus.
Terwijl 62 % van de hepatitis B patiënten tussen 20 en 29 jaar oud zijn, zijn de hepatitis A patiënten over de verschillende leeftijdsgroepen verdeeld.
Er zijn geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen.
De incidentie van hepatitis A ligt volgens deze studie in Wallonië (35 per 100 000) significant hoger dan in Vlaanderen (19 per 100 000). Hiervoor werd door het IHE geen reden opgegeven. Mogelijk kan deze vaststelling verklaard worden door een verschil in bevolkingsstructuur, gezinssamenstelling, woonomstandigheden, beschikbaarheid van kinderopvang (bv. kribben, etc.) of sanitaire en hygiënische maatregelen. In vergelijking met een soortgelijk onderzoek uitgevoerd in 1982 wordt er in dit onderzoek (1991-1992) een significante daling waargenomen van de incidentie van klinische hepatitis A gevallen. Een verbetering in sanitaire en hygiënische maatregelen zou hier aan de basis kunnen liggen. De incidentie van klinische hepatitis B is - vergeleken met de eerste registratie in 1982- min of meer hetzelfde gebleven.
Verder blijkt dat het aantal gemelde gevallen beduidend lager is dan het aantal geschatte gevallen uit de peilpraktijken. Bij het systeem van de verplichte aangifte blijkt in Vlaanderen slechts 15 % van de gevallen te worden aangegeven en slechts 8 % bij de Franstalige Gemeenschap. Enkel voor hepatitis B worden ongeveer een kwart van de gevallen gemeld.

Dr. P. Trefois m m. v. Dr. P. Van Damme

Bron: Incidentie van acute virale hepatitis in België. Resultaten van de huisartsenpeilpraktijken 1991-1992. D. Devroey, V. Van Casteren, R. Vranckx - Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie.

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.

Redactiesecretariaat
Dr. P. Trefois

Het drukken en de verspreiding van "Vax Info" is mogelijk dankzij het mecenaat van SmithKline Beecham Pharma. De keuze en de inhoud van de artikelen worden uitsluitend door het redactiesecretariaat en de auteurs bepaald en engageren alleen maar deze laatsten.

Verantwoordelijke uitgever : R. Coen, 65 Sans Soucistraat - 1050 Brussel.

Indien U vragen hebt in verband met vaccinatie, kunt u steeds schrijven naar Dr. P. Trefois. De vragen worden dan in een volgend nummer beantwoord door een lid van de Wetenschappelijke Denkgroep Vaccinatie.