



Griep

Het vaccin voor het seizoen 2010-2011

Het griepvaccin van dit jaar is vergelijkbaar met de vaccins tegen de seizoensgriep van de voorbije jaren : 2 A-stammen en 1 B-stam, zonder adjuvantia.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) voorziet dat het A(H1N1) virus tijdens de winter van 2010-2011 nog steeds zal circuleren. Het griepvaccin voor het noordelijke halfrond bevat dan ook twee A-stammen, H1N1 2009 en H3N2, en een B-stam.

De drie aanbevolen stammen zijn: A/California/7/2009 (H1N1)-like virus, A/Perth/16/2009 (H3N2)-like virus en B/Brisbane/60/2008-like virus.

De hoeveelheid antigenen tegen het A(H1N1) virus in het nieuw trivalente vaccin ligt even hoog als de twee andere antigenen en is vier maal hoger dan de hoeveelheid antigenen in het pandemische vaccin dat in 2009 werd gebruikt.

Het trivalente griepvaccin van dit jaar bevat dus geen adjuvantia omdat er nog onvoldoende studies beschikbaar zijn over de effectiviteit en de veiligheid van adjuvantia in een trivalent vaccin.

Voor het seizoen 2010-2011 keert men dus terug naar een klassieke vaccinatie van risicogroepen.

Inhoud

- Griep p. 1 ▶
- Griep p. 1 - 2 ▶
- Griep p. 2 - 4 ▶
- Info veiligheid p. 4 ▶
- Pedisurv p. 4 - 8 ▶

Inhoud

- Het vaccin voor het seizoen 2010-2011
- Aanbevelingen 2010 van de HGR
- Het seizoen 2009
- Adjuvantia/Rotarix
- Surveillance van infectiezieken bij kinderen

Griep

Aanbevelingen 2010 van de HGR

In haar advies voor het seizoensgriep 2010-2011 heeft de Hoge Gezondheidsraad besloten om de aanbevelingen over de doelgroepen voor vaccinatie tegen seizoensgriep, met inbegrip van het A(H1N1) virus, voorlopig niet te wijzigen.

De HGR zal de evolutie van de seizoensgriep op het zuidelijk halfrond volgen en indien nodig aanvullende aanbevelingen, o.a. voor wat vaccinatie van kinderen betreft, uitbrengen eind september.

A. De HGR beveelt hierbij aan dat de volgende groepen van personen in dalende volgorde voorrang moeten krijgen voor de vaccinatie tegen seizoengebonden influenza tijdens het winterseizoen 2010-2011:

- 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 immuunstoornissen (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 van virale reassortering (de uitwisseling van genetisch materiaal tussen dierlijke en de menselijke influenzavirussen) te vermijden. Deze groepen zijn:

- beroepsfokkers van gevogelte en varkens alsook hun familieleden die onder hetzelfde dak wonen;
- personen die door hun beroep met levend gevogelte en levende varkens in contact komen.

Referentie :

Advies van de Hoge Gezondheidsraad
Nr 8682 01 september 2010 (www.health.belgium.be)

Griep

Het seizoen 2009

Een aantal recente rapporten geven een beeld van de morbiditeit en mortaliteit van het pandemisch influenzavirus A (H1N1) in 2009. Ze laten toe om de context te schetsen voor de aanbevelingen voor het griepseizoen 2010-2011. Zo blijken zwangerschap en obesitas, belangrijke risico-factoren te zijn in geval van besmetting met het virus A(H1N1) 2009.

Een artikel van het *Writing Committee of the WHO Consultation on Clinical Aspects of Pandemic (H1N1) 2009 Influenza (1)* geeft een synthese van de internationale gegevens over de pandemische griep.

De meerderheid van de infecties die werden veroorzaakt door het virus A (H1N1) 2009 waren kortdurend en zelflimiterend. De hoogste **besmettingsgraad** werd aangetroffen bij kinderen en jong-volwassenen. De relatieve bescherming van personen boven 60 jaar had waarschijnlijk te maken met een

eerdere blootstelling aan een griepvirus dat antigenisch verwant was aan het nieuwe virus, wat voor een zekere kruisbescherming zorgde.

De **mortaliteit** (*overall case fatality rate*) lag beneden 5 per duizend. In tegenstelling tot de seizoensgriep werd de meerderheid van de ernstige infecties vastgesteld bij kinderen en jongvolwassenen. 90% van de overlijdens trof personen onder de 65 jaar.

De **hospitalisatiegraad** lag het hoogst bij kinderen jonger dan 5 jaar (en meer bepaald bij kinderen jonger dan 1 jaar), en het laagst bij 65-plussers. Bij de gehospitaliseerde patiënten lag de mortaliteit het hoogst bij personen van 50 jaar en ouder.

De **transmissie** van het virus was vergelijkbaar met die van het seizoensvirus. Men schat het aantal secundaire infecties vertrekkend van één index-geval op 1,3 à 1,7 (wat iets hoger is dan bij de seizoensgriep). De transmissiegraad kon oplopen tot 3,0 à 3,6 in zeer vatbare populaties, bv. bij een epidemie in een school.

Risicofactoren

Bij de gehospitaliseerde patiënten was er in vergelijking met de gewone seizoensgriep een oververtegenwoordiging van personen met een onderliggende risicofactor zoals die klassiek beschreven worden voor de seizoensgriep. Zwangere vrouwen (in het tweede en derde trimester), vrouwen in de eerste twee weken na de bevalling en immunogedeprimeerde patiënten waren duidelijk in de meerderheid.

Personen met ernstige obesitas (BMI ≥ 35) hadden 5 tot 15 keer meer kans op een ernstige infectie of overlijden dan de algemene bevolking.

Zwangere vrouwen

Zwangere vrouwen blijken extra kwetsbaar te zijn voor het H1N1-virus. De zwangere vrouwen, die slechts 1 à 2% van het aantal geïnfecteerden

vertegenwoordigden, waren wel goed voor 7 à 10% van het aantal gehospitaliseerden, 6 à 9% van het aantal personen dat op intensieve zorgen moest worden opgenomen en 6 à 10 % van het aantal overlijdens.

Obstretische complicaties zijn o.m. foetale nood, premature bevalling, keizersnede, en overlijden van de foetus. Een observationeel onderzoek in twee centra in de Verenigde Staten (2), waar 18 zwangere patiënten werden opgenomen met een bevestigde H1N1-infectie, leverde volgende vaststellingen op:

- 3 patiënten moesten worden opgenomen op een afdeling intensieve zorgen,
- 7 patiënten bevielen tijdens hun opname in het ziekenhuis, waarvan 6 voortijdig en 4 met een dringende keizersnede
- bij 2 vrouwen overleed de foetus.

Van de vrouwen zelf overleed geen enkele. De meest voorkomende comorbiditeiten waren astma, sikkelcelanemie en diabetes. De helft van de patiënten vertoonde gastro-intestinale symptomen.

Het surveillance-netwerk van de *Centers for Disease Control and Prevention* in de Verenigde Staten verzamelde tussen april en augustus 2009 gegevens over 788 zwangere vrouwen met Influenza A(H1N1) (3). Hiervan overleden er 30, dat is 5% van alle overlijdens ten gevolge van Influenza A (H1N1) in 2009. 509 vrouwen werden gehospitaliseerd, waarvan 115 (26%) werden opgenomen op intensieve zorgen.

Zwangere vrouwen die meer dan 4 dagen na het begin van de symptomen een antivirale behandeling kregen, hadden een verhoogde kans om te worden opgenomen op intensieve zorgen (RR=6).

Uit de surveillancegegevens tot 31 december 2009 blijkt dat nog eens 165 vrouwen op intensieve zorgen werden verpleegd, waarvan 56 overleden. 4 daarvan bevonden zich in het eerste trimester van de zwangerschap, 15 in het 2^{de} trimester, 26 in het 3^{de} trimester.

Uit gegevens uit Engeland blijkt het risico op overlijden 9 per 10.000 te bedragen. Voor zwangere vrouwen lag het relatieve risico op een fatale infectie 7 keer hoger dan bij niet-zwangere vrouwen tussen 15 en 44 jaar.

■ Andere risicopersonen

In het Verenigd Koninkrijk werden tussen 27 april 2009 en 12 maart 2010, 440 overlijdens ten gevolge van Influenza A(H1N1) vastgesteld (4).

De epidemie verliep in twee fasen : in de zomer met een eerste piek in de eerste week van augustus (begin van de schoolvakanties) en in de herfst met een tweede piek rond midden november. 17% van de overlijdens situeerde zich in de eerste periode, 83% in de tweede periode.

De mortaliteitsgraad (*case fatality rate*) van Influenza A(H1N1) bedroeg 4 per 10.000 klinische infecties.

De gemiddelde leeftijd van de 336 overleden patiënten bedroeg 41 jaar (tegenover gemiddeld 66 jaar bij de seizoensgriep tussen 2001 en 2009). Slechts 15% van de personen die overleden ten gevolge van Influenza A(H1N1) waren ouder dan 65 jaar, tegenover 69% bij de seizoensgriep in vorige jaren.

Ook bij kinderen jonger dan 1 jaar lag het sterftecijfer hoger dan in andere leeftijdsgroepen.

Wie ouder was dan 65 en behoorde tot een risicogroep had een verhoogd overlijdensrisico : 15/1000, tegenover 1,5/1000 voor gezonde 65-plussers.

237 of 77% van de overleden personen behoorden tot een klassieke risicogroep (een chronische luchtwegaandoening, inclusief astma, een chronische hart-, nier-, lever- of neurologische aandoening, een transitair of permanent ischemisch accident, diabetes, immunodepressie door ziekte of medicatie, zwangerschap, obesitas).

171 overleden patiënten hadden één enkele risicofactor. De meest voorkomende risicofactoren waren, net zoals bij de seizoensgriep, chronische neurologische

en respiratoire aandoeningen en immunodepressie.

Bij correctie van de leeftijd, bleken de overlijdens ten gevolge van Influenza A(H1N1) vaker geassocieerd te zijn met één enkele risicofactor dan bij de seizoensgriep. Bij kinderen jonger dan 16 jaar bleken neuromusculaire aandoeningen de belangrijkste onderliggende risicofactor te zijn, bij ouderen (> 16 jaar) was immunodepressie de belangrijkste risicofactor. Het grootste aantal overlijdens bij personen zonder een risicofactor situeerde zich in de groep tussen 25 en 44 jaar (28/87, of 32%). De gemiddelde duur van een infectie die leidde tot een overlijden bedroeg 12 dagen.

■ Complicaties

De meest frequente fatale histopathologische complicaties van Influenza A(H1N1) in de WGO-studie waren van respiratoire aard: diffuse alveolaire beschadiging met membraan hyalinevorming, longoedeem en necrotiserende bronchiolitis.

Diverse klinische syndromen werden vastgesteld, gaande van een onschuldige luchtwegaandoening zonder koorts tot een fulminante pneumonie. Systemische en gastrointestinale symptomen lijken meer voor te komen dan bij de seizoensgriep. Het meest voorkomende syndroom dat leidde tot hospitalisatie en opname op intensieve zorgen was een diffuse virale pneumonie met ernstige hypoxemie en ademnood (49 tot 72% van de gevallen die op intensieve zorgen werden verpleegd). Andere verontrustende syndromen waren ernstige en langdurige exacerbaties van COPD of astma, bacteriële surinfecties en ernstige decompensaties van bestaande aandoeningen. Bij 26 tot 38% van de overleden patiënten werd een bacteriële pneumonie vastgesteld. Sporadisch werden ook neurologische stoornissen gemeld: verwardheid, convulsies, bewustzijnsverlies, acute of post-infectieuze encephalitis, enz.

Volgens de auteurs is een behandeling met neuraminidase-inhibitoren in het bijzonder aangewezen voor risicopatiënten, waaronder zwangere vrouwen, en voor patiënten met ernstige klinische symptomen van A(H1N1). Het toedienen van oseltamivir, zelfs 48 uur na het optreden van de eerste symptomen, is geassocieerd met een vermindering van het aantal overlijdens bij gehospitaliseerde patiënten. In België is men op dit vlak veel terug houdende.

■ Besluit

Dankzij de observatie van de A(H1N1) 2009 griep пандеміе werden op korte tijd een groot aantal gegevens verzameld, vooral wat betreft risicofactoren en morbiditeit/mortaliteit. Toch blijven nog vele vragen onbeantwoord, o.m. betreffende de pathogenese van de ziekte, de individuele gevoeligheid voor een ernstig verloop van de ziekte en de optimale behandeling van de zeer ernstige vormen.

Referenties :

- (1) Writing Committee of the WHO Consultation on Clinical Aspects of Pandemic (H1N1) 2009 Influenza. Clinical Aspects of Pandemic 2009 Influenza A (H1N1) Virus Infection. N Engl J Med 2010; 362:1708-19.
- (2) Andrew C. Miller et al. Novel Influenza (H1N1) virus among Gravid Admissions. Arch Intern Med 2010 ; 170 : 868-873.
- (3) Alicia M. Siston et al. Pandemic 2009 Influenza A (H1N1) Virus Illness Among Pregnant Women in the United States. Jama 2010 ; 303 : 1571-1525.
- (4) Pebody RG, McLean E, Zhao H, Cleary P, Bracebridge S, Foster K, et al. Pandemic Influenza A (H1N1) 2009 and mortality in the United Kingdom: risk factors for death, April 2009 to March 2010. Euro Surveill. 2010;15(20):pii=19571. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19571>

Gegevens over de griep in het Europese deel van de WHO kunnen gevolgd worden op : www.euroflu.org.

Influenza A(H1N1) in Brusselse pediatrie ziekenhuizen

Partiële gegevens van 2 pediatrie ziekenhuizen in Brussel (l'Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola - HUDERF- Universitair Kinderziekenhuis Brussel - UZ Brussel ; wetenschappelijke publicatie in voorbereiding) laten toe om enkele besluiten te trekken uit de griepandemie van 2009.

- * Een infectiepiek werd vastgesteld in oktober 2009.
- * De mediane leeftijd van de gehospitaliseerde kinderen met een bevestigde diagnose van Influenza A(H1N1) bedroeg 3-4 jaar.
- * Complicaties traden zowel op bij gezonde kinderen (ongeveer 50% van de gehospitaliseerde kinderen) als bij kinderen met een gekende risicofactor. Naast de klassieke risicofactoren zoals chronisch luchtwegproblemen en immunodeficiëntie, bleken neuromusculaire aandoeningen een belangrijke risicofactor te zijn.
- * Van de 208 gevallen had de meerderheid eerder milde symptomen, maar toch werden 4 overlijdens vastgesteld bij kinderen met onderliggende aandoeningen.

bijwerkingen vergelijkbaar is met die van het gewone vaccin tegen de seizoensgriep. Op 23 april 2010 publiceerde het EMA een mededeling dat er voldoende gegevens bekend waren om de toelating tot de markt van de vaccins met adjuvantia uit te breiden van uitzonderlijke omstandigheden (pandemie) naar een algemeen gebruik ook los van een pandemie.

Het EMA baseert haar aanbeveling op de resultaten van de klinische en niet-klinische studies en de surveillancegegevens sinds de commercialisering van deze vaccins, en op het feit dat sinds september 2009 minstens 40 miljoen vaccindosissen werden toegediend.

Voor meer info :
www.ema.europa.eu/influenza/updates.html

Rotarix

De FDA, de EMA en het FAGG hebben de veiligheid van het vaccin Rotarix™ bevestigd.

Recent ontstond enige onrust over de aanwezigheid van PVC-1 in het vaccin Rotarix.

PCV-1 is een virus dat frequent wordt aangetroffen in varkensvlees. PCV-1 veroorzaakt geen ziekte bij de mens of bij het dier. Retrospectief onderzoek heeft aangetoond dat het PCV-1 materiaal reeds aanwezig was van in de vroegste stadia van de ontwikkeling van het vaccin. Hierdoor weerspiegelt het vastgestelde veiligheidsprofiel van het vaccin de blootstelling aan PCV-1 virus materiaal. De veiligheidsgegevens van Rotarix zijn afkomstig van uitgebreid klinisch onderzoek uitgevoerd op meer dan 90.000 personen in Europa, Latijns-Amerika, Azië, Afrika en de VS. Hieronder vindt u de adressen van de websites met de gedetailleerd aanbevelingen van de FDA, de EMA en het FAGG.

www.fda.gov/AdvisoryCommittees/CommitteesMeetingMaterials/BloodVaccinesandOtherBiologics/VaccinesandRelatedBiologicalProductsAdvisoryCommittee/ucm222647.htm

www.fagg-afmps.be/nl/news/news_rotarix_2010_07.jsp?referer=tc:290-104454-64

www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Medicine_QA/2010/07/WC500094832.pdf

www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/000639/human_med_001043.jsp&murl=menus/medicines/medicines.jsp&mid=WC0b01ac058001d124

Pedisurv

Surveillance van infectieziekten bij kinderen

In het kader van de eradicatie van poliomyelitis in de Europese regio van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WGO) in juni 2002 en de eliminatie van mazelen tegen het jaar 2010 besloot het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) in 2002 een surveillance systeem van enkele zeldzame aandoeningen bij kinderen op te zetten (PediSurv). Dit gebeurt in samenwerking met de kinderartsen in België en de huisartsen van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

De Europese regio van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) werd polio-vrij verklaard in juni 2002. Zolang polio echter niet wereldwijd uitgeroeid is, kan het virus opnieuw geïmporteerd worden in België en is verdere opvolging van de polio-vrije status noodzakelijk. In het kader van de WGO-doelstelling tot uitroeiing van de mazelen is ook de surveillance van de gevallen van mazelen (en hun epidemiologische kenmerken) nodig.

Het doel van de surveillance in deze programma's is meervoudig: epidemiologische gegevens verzamelen, gegevens verzamelen over de infectiebron bij een nieuw geval en de vooruitgang opvolgen van de eliminatie of eradicatie. Surveillance is ook belangrijk voor het opvolgen van de

Info veiligheid

Adjuvantia

EMA heeft de veiligheid van adjuvantia bevestigd.

Vorig jaar bestond er nogal wat controverse over de adjuvantia die waren toegevoegd aan een aantal monovalente pandemische vaccins tegen het virus A(H1N1), en meer bepaald over hun veiligheidsprofiel. Uit de opvolging van het *European Medicines Agency* (EMA) blijkt dat het aantal ongewenste

impact van controlemaatregelen zoals vaccinatie.

■ Wat wordt geregistreerd?

Pedisurv verzamelt maandelijks gegevens over het aantal acute slappe verlammingen bij kinderen jonger dan 15 jaar (AFP-surveillance). Daarnaast worden alle gevallen van mazelen en de gevallen van bof geregistreerd. Sinds oktober 2005 worden tevens de gevallen van invasieve pneumokokkeninfecties (IPD) geregistreerd om de impact van het 7-valente pneumokokkenvaccin (PCV7-vaccin) Prevenar® op te volgen. De surveillance van IPD gebeurt in nauwe samenwerking met het referentielaboratorium voor pneumokokken van de KU-Leuven en de verenigingen van kinderartsen (de Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde, de Belgische Vereniging voor Kindergeneeskunde en de Groupement Belge des Pédiatres de Langue Française).

Sinds januari 2007 is het Congenitaal Rubellasyndroom (CRS) opgenomen op de lijst van te registreren aandoeningen, en sinds maart 2009 het Hemolytisch Uremisch Syndroom.

Deelname aan de surveillance is vrijwillig. Meewerkende artsen worden verzocht elke maand deel te nemen, ook indien zij geen geval te melden hebben (zero-reporting), zodat men zeker weet dat artsen niet vergeten om gevallen te melden. Meldingen van gevallen van mazelen aan de dienst Toezicht Volksgezondheid van de Gemeenschappen worden ook opgenomen in de databank van het WIV. Tenslotte worden meldingen van bevestigde gevallen van mazelen door een peilnetwerk van laboratoria (WIV) en van het nationaal laboratorium voor mazelen en rubella (WIV) geregistreerd.

■ Polio

Zolang het wilde poliovirus nog circuleert in een aantal landen van de wereld, moet

elk polio-vrij land, zoals België, een surveillancesysteem hebben dat een mogelijk import-geval van poliomyelitis snel identificeert. De gouden standaard volgens de WGO is *Acute Flaccid Paralysis (AFP) surveillance*. Deze surveillance bestaat uit de registratie van alle gevallen van acute slappe verlamming bij kinderen onder de 15 jaar, met het uitsluiten van een infectie door een poliovirus bij deze gevallen via stoelgangonderzoek.

AFP kan door verschillende aandoeningen veroorzaakt worden. Meestal gaat het om het Syndroom van Guillain-Barré. In niet-endemische landen voor polio wordt een non-polio AFP rate van minimaal 1 per 100 000 kinderen jonger dan 15 jaar verwacht, wat in België neerkomt op ongeveer 18 gevallen per jaar. Als het surveillancesysteem in België minstens 18 gevallen van AFP (niet veroorzaakt door polio) detecteert, wil dat zeggen dat een eventueel geïmporteerd geval van polio zal gedetecteerd worden.

In 2009 werden 6 gevallen van AFP gemeld. Voor 4 gevallen werd het Syndroom van Guillain-Barré vastgesteld. Er werd één geval acute gedissemineerde encefalitis en één syndroom van Miller-Fisher gemeld. Voor 1 geval werd een stoelgangstaal afgenomen voor viruskweek. Geen enkel geval was verdacht voor polio. De “non-polio AFP-rate” in 2009 was 0,35, wat wil zeggen dat 35% van het minimum aantal verwachte gevallen van AFP gemeld werd.

De kwaliteit van de surveillance blijft dus onvoldoende om een eventueel importgeval van AFP dat veroorzaakt wordt door een poliovirus te detecteren.

Dit geldt overigens ook voor de meeste andere Europese landen.

De surveillance van AFP in België wordt momenteel verder aangevuld met de surveillance van de circulatie van enterovirussen door laboratoria. In afwachting van de uitbreiding van deze surveillance wordt de registratie van gevallen van AFP door Pedisurv verder gezet.

Deelnemende kinderartsen worden opnieuw aangespoord om **voor elk geval van acute slappe verlamming bij een kind jonger dan 15 jaar, 2 stoelgangstalen af te nemen voor het uitsluiten van een enterovirus-infectie.** Ook wordt gevraagd om al deze gevallen zo snel mogelijk te melden aan het WIV.

■ Mazelen

Het Europees Regionaal Bureau van de WGO wil mazelen tegen 2010 in de regio elimineren. Eliminatie houdt in dat er geen langdurige transmissie meer is van het virus en dat een (eventueel geïmporteerd) geval geen aanleiding geeft tot verspreiding van de aandoening. Daarvoor is vaccinatie van minstens 95% van de bevolking met 2 dosissen van het mazelenvaccin vereist. België maakt deel uit van de 8 landen in Europa die een actieplan voor de eliminatie van mazelen en/of rubella hebben opgesteld. Om het eliminatieproces van mazelen in België op te volgen, is het noodzakelijk om gegevens te verzamelen over het aantal gevallen, de epidemiologische kenmerken van deze gevallen (leeftijd, vaccinatie, risicogroep...) en over de bron van nieuwe infecties.

Mazelen is in beide Gemeenschappen een verplicht te melden infectieziekte. Niettegenstaande het feit dat de surveillance van mazelen en bof tot nu toe niet exhaustief is, voldoet het systeem toch aan een aantal doelstellingen van surveillance, zoals de detectie van clusters van gevallen, het verzamelen van informatie over de leeftijdsgroepen en de vaccinatiestatus van gevallen, en het opvolgen van trends.

In 2008 werden door de verschillende informatiebronnen 98 gevallen van mazelen gemeld. In 2009 werden er 33 gevallen gemeld (zie figuur 1).

In 2008 werden door de artsen van Pedisurv 18 gevallen gemeld. Daarnaast werden 18 gevallen gemeld door de CLB's, 38 gevallen werden via contact tracing opgespoord en 26 meldingen via het laboratorium.

Vergeleken met de voorbije jaren is het aantal gevallen toegenomen

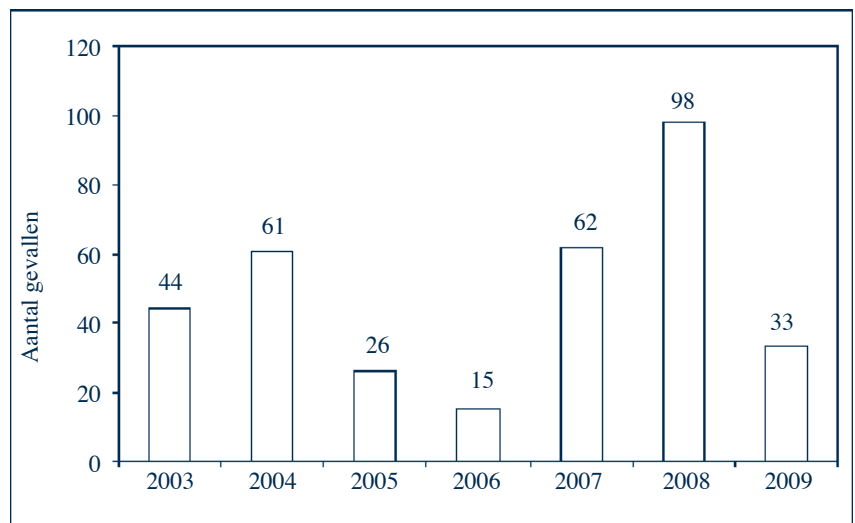
(figuur 1). Dat is te verklaren door de uitbraak in Antwerpen. Van augustus 2007 tot mei 2008 vond een epidemie van mazelen plaats bij orthodoxe joodse gemeenschappen in Antwerpen, na import van het mazelenvirus uit Engeland (zie Vax Info nr 51).

Op basis van het aantal gerapporteerde gevallen in 2008 kan de incidentie per regio worden geschat. De incidentie in Wallonië wordt geschat op 9 per miljoen inwoners (in vergelijking met 7 per miljoen in 2007). Indien er geen rekening wordt gehouden met de mazelenepidemie in Antwerpen, daalde de incidentie in Vlaanderen van 5 per miljoen inwoners in 2007 naar 2 per miljoen in 2008. Maar door de epidemie is de incidentie veel hoger, namelijk 83 per miljoen inwoners. Voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wordt de incidentie geschat op 40 per miljoen inwoners, wat een toename is in vergelijking met 2007 (16 per miljoen). **De incidentie blijft dus nog steeds groter dan de incidentie die nodig is voor eliminatie (< 1 geval per miljoen).** Gevallen die deel uitmaken van de epidemie in Antwerpen waren voornamelijk jonger dan 10 jaar (76%), terwijl bijna 10% van de andere gevallen ouder zijn dan 20 jaar. De vaccinatiestatus was gekend voor 80 gevallen (82%). Daarvan kregen 19 gevallen (23,8%) 1 dosis MBR-vaccin, volgens de arts of de ouders. De vaccinatiedatum was gedocumenteerd voor 13 gevallen (16%). Voor nederlandsstalige kinderen werd de vaccinatiestatus ook nagekeken via Vaccinnet.

Bij vele van de gevaccineerde kinderen ontbrak een vaccinatiedatum voor het MBR-vaccin. Een verwikkeling trad op bij 16 gevallen (16% van de gevallen met beschikbare informatie). Het ging drie maal om een otitis media en zes maal om een pneumonie. De leeftijd van de kinderen met een verwikkeling varieerde van <1 tot 12 jaar. In totaal werden 11 patiënten (13% van gevallen met beschikbare informatie) gehospitaliseerd.

In 2009 werden verschillende gevallen gemeld na import uit Frankrijk (genotype 5).

Figuur 1 - Aantal gemelde gevallen van mazelen per jaar, 2003-2009



Voor alle gevallen van generaliseerde uitslag met koorts, zeker bij reizigers die terugkomen van landen waar mazelen endemisch is, dient de diagnose van mazelen overwogen te worden.

Bij een klinisch verdacht geval van mazelen kan een gratis speekseltest aangevraagd worden voor de bevestiging van de diagnose. Het materiaal voor de afname kan aangevraagd worden bij:

Veronik Hutse, WIV, Nationaal Laboratorium voor mazelen, 02/ 642 56 90, veronik.hutse@wiv-isp.be
De afname van het speeksel is pijnloos en kan door de arts of de patiënt zelf gebeuren, binnen de 4 weken na aanvang van de rash.

■ Rubella

In het kader van de eliminatiedoelstelling van rubella en de preventie van congenitale rubella, werd in 2007 de registratie van het congenitaal rubellasyndroom (CRS) toegevoegd aan het surveillancesysteem PediSurv.

Er werd in 2008 geen enkel geval van CRS geregistreerd. Het verwachte aantal gevallen van CRS in België is 0 tot 1 geval per jaar. Omdat de surveillance via PediSurv niet exhaustief is, worden de resultaten van de surveillance aangevuld met gegevens van andere

netwerken, zoals Kind en Gezin (K&G) in Vlaanderen (9) en Eurocat (European Surveillance of Congenital Anomalies) in Antwerpen en Henegouwen, die aangeboren aandoeningen registreren bij kinderen tot de leeftijd van 1 jaar. In Vlaanderen was er in 2008 geen enkel kind dat na de gehoortesten van K&G doorverwezen werd voor een vermoeden van CRS. In 2007 werd geen geval van CRS gemeld via Eurocat Antwerpen, de gegevens voor 2008 zullen in 2010 beschikbaar zijn.

■ Bof

De doeltreffendheid van het mazelen-bof-rubella vaccin is het laagste voor de bofcomponent.

In vergelijking met vorig jaar werden opvallend minder gevallen van bof gemeld (71 in 2007, in vergelijking met 50 in 2008). Brussel telt nog altijd het hoogste aantal gevallen (50% van de gevallen), wat normaal is gezien het de enige regio is waar ook huisartsen gevallen melden.

De leeftijd varieert van 6 maanden tot 51 jaar, met een gemiddelde van 9 jaar. De meerderheid van de gevallen behoort tot de leeftijdsgroep van 1 tot 4 jaar en 5 tot 9 jaar. Eén derde van de gevallen was echter 10 jaar of ouder.

Van de 40 gevallen (80%) waarvoor het geslacht gekend is, was 75% mannelijk.

De vaccinatiestatus was gekend voor 29 gevallen (58%); 21 gevallen waren gevaccineerd met minstens één dosis, één geval had 2 dosissen gekregen. Bij 7 gevallen was er geen vaccinatie toegediend. Het optreden van bof bij gevaccineerde personen kan te wijten zijn aan een primair falen van de vaccinatie (geen immuunrespons na vaccinatie). Dat gebeurt in ongeveer 5% van de gevallen. Een tweede verklaring is een secundair falen door verdwijning van antistoffen. De efficaciteit van het vaccin bedraagt ± 95% maar daalt na ongeveer 10 jaar tot ± 75%.

Het feit dat er bij de bevestigde gevallen slechts één persoon 2 dosissen van het bofvaccin kreeg, ondersteunt het belang van de tweede dosis.

De surveillance van de circulerende genotypes kan helpen bij het evalueren van de efficiëntie van het huidige vaccin (derivaat van genotype A) en de kruisbescherming. Genotypering van bof wordt echter niet uitgevoerd in België.

■ Invasieve pneumokokkeninfecties

Het 7-valente pneumokokkenvaccin Prevenar® (PCV7) werd in België op de markt gebracht in oktober 2004. Het wordt door de Hoge Gezondheidsraad aanbevolen voor alle kinderen jonger dan 2 jaar en voor kinderen van 2 tot 4 jaar met een verhoogd risico van invasieve pneumokokkeninfecties (schema 3 dosissen met 1 booster dosis). Sinds januari 2007 is het vaccin gratis voor alle kinderen onder de 2 jaar, volgens een schema van 2 dosissen (op 2 en 4 maanden) met 1 booster dosis op de leeftijd van 1 jaar.

De algemene doelstelling van de surveillance van IPD is de impact opvolgen van het 7-valente pneumokokkenvaccin, met ondermeer het risico van vervanging van serotypes die opgenomen zijn in het vaccin door serotypes waartegen het vaccin niet beschermt. Daarnaast streeft men er naar om mogelijke gevallen van vaccinfalen te detecteren en om over betere nationale

gegevens te beschikken over IPD bij kinderen.

In 2008 werden er 403 gevallen van IPD gemeld, dit zijn 35 gevallen meer dan in 2007.

In de leeftijdsgroep jonger dan 2 jaar werd een significante daling met 32% vastgesteld. Anderzijds werd een niet significante toename gezien in de leeftijdsgroep 2-4 jaar, wat ervoor zorgde dat in de leeftijdsgroep beneden 5 jaar geen significante impact van het vaccin kon worden waargenomen. In de leeftijdsgroep 5-15 jaar bleef de incidentie stabiel in vergelijking met de voorgaande jaren, met 6.1/100 000 gevallen in 2008 (zie figuur 2).

Bij kinderen jonger dan 2 jaar noteert men vooral veel bacteriëmiën. Drie kinderen zijn overleden aan de gevolgen van meningitis : één kindje op de leeftijd van 3 weken, één op 6 maanden en één op 18 maanden. Hierbij ging het respectievelijk om de serotypes 5, 19A en 7F.

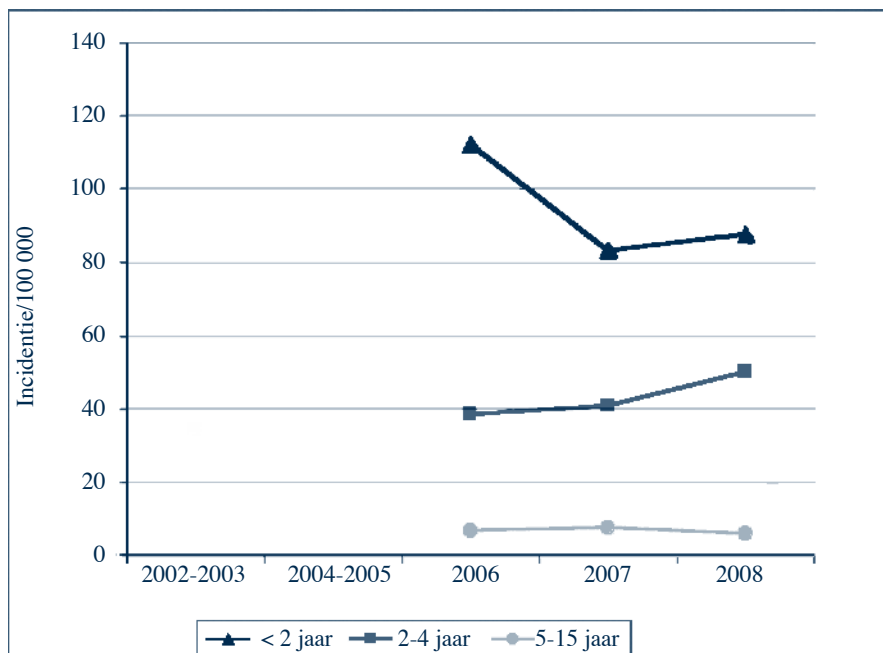
Drie vierde van de kinderen in de oudere leeftijdsgroep hadden een pneumonie, al dan niet met verwickelingen. In 75% van de pneumoniën met een verwikkeling

ging het om een pleurale vochtuitstorting en in 25% om een emfyseem. Vooral serotype 1 is verantwoordelijk voor de pneumoniën bij de oudere kinderen.

Er wordt een duidelijke impact van vaccinatie gezien op de totale incidentie van IPD bij kinderen jonger dan 2 jaar (tabel 1). Bovendien werd in alle leeftijdsgroepen een significante daling waargenomen van de incidentie van IPD door vaccinale serotypes.

De meest frequente serotypes in 2008 waren serotype 1 (27%), 7F (12%), 19A (18%) en 5 (7%). Samen vertegenwoordigen deze serotypes 64% van de getypeerde stammen. Bij jongere kinderen (< 2 jaar) zijn de serotypes 19A en 7F de meer frequente types. Het serotype 1 blijft het meest voorkomende serotype bij de oudere kinderen, en staat op de derde plaats bij kinderen jonger dan 2 jaar. In de doelgroep van de vaccinatie (< 2 jaar) is de proportie vaccinale serotypes gedaald van 72% in 2002-2003 naar 5% in 2008 (p<0.001), wat wijst op een significante impact van de vaccinatie (tabel 1). Bij de kinderen van 2 tot 4 jaar, daalde de proportie vaccinale serotypes ook significant tot 10% in 2008.

Figuur 2 - Incidentie van Invasieve Pneumokokken Infecties (IPD) bij kinderen < 15 jaar volgens leeftijd en jaar van diagnose



Tabel 1

Invasieve Pneumokokken Infecties (IPD) bij kinderen < 2 jaar voor (2002-2003) en na introductie (2008) van het 7-valente geconjugeerde pneumokokken vaccin (PCV7).

	Aantal gevallen		Incidentie / 100.000	
	2002-2003	2008	2002-2003	2008
Gevallen van IPD	249	185	128,6	87,5
Vaccinale types IPD	141	8	92,0	4,2
Niet-vaccinale types IPD	56	158	36,5	83,2

De impact van de vaccinatie is echter niet zo groot als verwacht werd of zoals geobserveerd werd in o.a. de Verenigde Staten, omwille van de toename van IPD door niet-vaccinale serotypes.

Bij jongere kinderen wordt een stijging opgemerkt van vooral types 7F en 19A en bij ouderen een stijging van serotype 1.

Deze stijging in niet-vaccinale serotypes, voornamelijk serotype 1, 7F, 19A en 5 werd reeds beschreven in andere landen, zoals de Verenigde Staten en Spanje. Meerdere factoren, zoals de natuurlijke variatie over de tijd, het verschijnen van meer virulente varianten of de antibioticadruk kunnen een rol spelen in de toename van deze serotypes.

Ondanks het ontbreken van de vaccinatiestatus bij 43% van de gevallen, kan een zeer goede efficaciteit van het vaccin verondersteld worden gezien slechts twee gevallen van vaccinfalen werden gemeld. De effectiviteit van het PCV7 vaccin in de leeftijdsgroep jonger dan 2 jaar kan geschat worden op 95%. De positieve impact van vaccinatie op de incidentie van IPD bij kinderen jonger dan 5 jaar kan toenemen in de loop van de volgende jaren, indien de vaccinatiegraad voldoende hoog blijft en andere vaccins met meer serotypes beschikbaar zullen zijn.

Duidelijk is alvast dat vaccinatie tegen pneumokokkeninfecties zeker verder gezet moet worden, met opvolging van de oorzakelijke serotypes en correcte

registratie van de vaccinatiestatus voor alle gevallen.

Ondertussen werden 2 nieuwe vaccins tegen pneumokokkeninfecties ontwikkeld, een 10-valent vaccin (Synflorix® - GSK) en een 13-valent vaccin (Prevenar 13® Pfizer).

Dr. Martine Sabbe

Met dank aan alle pediaters en huisartsen die deelnamen aan deze surveillance
De volledige studie kan geraadpleegd worden op www.wiv-isp.be/pedisurv

CONSENSUSTEKST GRIEPPVACCINATIE

Een consensustekst griepvaccinatie 2010 is beschikbaar op de volgende websites:

www.ssmg.be

www.griepvaccinatie.be

In deze consensustekst, opgesteld door een ad hoc werkgroep, willen de auteurs een antwoord geven op enkele veelgestelde vragen en enkele mogelijke misverstanden uit de weg ruimen.

Leden van de ad hoc werkgroep: Vlaams Griepplatform, Omtrent Gezondheid, SSMG, Question Santé, Domus Medica, met de steun van Dr Marc Van Ranst (KU Leuven, Federaal Griepcommissaris) en Dr Yves Van Laethem (ULB, Hopital St Pierre).

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.**