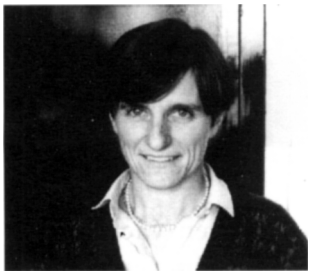
INFOVAX

Nr.2

FEBRUARI 1992

MAZELEN-BOF-RUBELLA ADOLESCENTEN REVACCINEREN?

(naar een onderhoud met Dr. M. Malengreau, Ecole de Sante' publique UCL)



Vóór het op gang komen van de eerste vaccinaties, circuleerden de mazelen-, rubella- en bofvirussen vrij rond. Het merendeel van de kinderen raakten vroeg of laat ermee besmet en verwierven een schijnbaar definitieve immuniteit. Het juiste volledig opgehelderd. Zo weet men niet of een mechanisme van deze immuniteit werd nooit tijdelijke nieuwe blootstelling aan de virussen een bepalende rol speelt.

Een reïnfectie met mazelen lijkt zeldzaam. Nochtans kunnen 2 tot 5% van de mensen die vroeger rubella hebben gehad, een nieuwe acute infectie met hetzelfde virus doormaken. Deze reïnfectie kan zelfs symptomatisch verlopen. In .geval van bof, telt men 1 tot 2% reïnfecties. Het behoud van de natuurlijke immuniteit voor het rubella- en bofvirus zou, althans gedeeltelijk, verzekerd worden door herhaalde blootstelling aan de virussen.

Kan één enkele vaccinatie dan een verlengde immuniteit tegen deze ziekten verzekeren?

In sommige landen, zoals de Verenigde Staten en Scandinavie, werd het voorkomen van dergelijke infecties grondig bestudeerd. Zo stelde men enerzijds vast dat de incidentie alsook de verwikkelingen van deze infecties dankzij de vaccinaties significant verminderden. Anderzijds kon de immuniteit, verkregen door de inentingen, het voorkomen van beperkte epidemiën niet vermijden. Deze resultaten moet men evenwel nuanceren, vermits de studies gevoerd werden bij de eerste gevaccineerde bevolkingsgroepen. Ondertussen werd weliswaar een en ander verbeterd, zowel aan de vaccins als aan de vaccinatieschema's.

Het is ook mogelijk dat nieuwe blootstelling aan het virus een rol speelt in het in stand houden van de natuurlijk verworven immuniteit. Men zal door veralgemeende vaccinatie het aantal herhaalde blootstellingen aanzienlijk verminderen.

Primair en Secundair falen van vaccinaties

- Met primair falen bedoelt men het uitblijven van sero-conversie onmiddellijk na de vaccinatie.
- Met secundair falen bedoelt men het verdwijnen van de verworven immuniteit bij personen bij wie vooraf wel een sero-conversie gekend was.

Mazelen

Bij anti-mazelenvaccins maakt men in 5% van de gevallen melding van primair falen. Secundair falen komt in gelijke mate voor.

De transmissiewegen van het virus (besmetting) bij postvaccinale rei'nfectie zijn slecht gekend.

Revaccinatie blijkt betere resultaten te geven indien ze wordt doorgevoerd bij schoolgaande jeugd of op volwassen leeftijd, veeleer dan kort na de primo-vaccinatie.

SAMENVATTING

Mazelen-Bof-Rubella

Adolescenten revaccineren? 1

Naar aanleiding van een gesprek met Dr. M. Malengreau (UCL)

Vaccinatiebeleid..... 2

Naar aanleiding van een gesprek met Dr. B. Swennen (ULB)

Hepatitis B: Interpretatie van de sociologie4

Naar aanleiding van een gesprek met Dr. M. Hautekeete (AZ VUB)

Hepatitis B: Risicogroepen..... 5

Naar aanleiding van een gesprek met Dr. P. Van Damme (UIA)

Hepatitis B bij pasgeborenen 7

Vax nieuws 7

Rubella

Een belangrijk gedeelte van de gevaccineerden vertoont een a-symptomatische reïnfectie na con-tact met het Wilde virus. Het risico op transplacentaire trans-missie is wel veel kleiner dan in geval van primo-infectie. Desalniettemin wer-den in Engeland recent enkele ge-vallen beschreven.

Bof

Er bestaan weinig serologische studies over bof. Volgens Ameri- kaanse gegevens is het aantal primaire mislukkingen van de vaccinatie vergelijkbaar met het mislukken van de mazelen- en ru-bellavaccins. Het voorkomen van het Wilde virus verminderde aan- zienlijk sinds de introductie van het vaccin. Het risico voor het oplopen van een infectie tijdens de adoles-centie of op volwassen leeftijd nam daarom toe. Het risico op genitale verwikkelingen neemt evenredig toe vanaf de adolescentie.

Vaccinaties bereiken niet altijd hun doel. Er kunnen primaire en secun-daire mislukkingen optreden. Het vermijden van de risico's hieraan verbonden, rechtvaardigt een twee-de vaccinatie voor mazelen, rubella en bof. Met revaccinatie verkrijgt men dan een volledige (100%) im-munisatie, want het primair en se-cundair falen wordt op die manier opgevangen.

Praktisch betekent dit dat men niet alleen alle kinderen van 15 maan-den moet vaccineren. Daarnaast moet ingeënt worden op de leeftijd van 6 jaar voor niet gevaccineerden, en krijgen alle kinderen op 12-13 jaar een vaccinatie die tegelijkertijd dient als inhaling (niet gevac-cineerden of primair falen) en als rappel (secundair falen). Deze laatste vervangt dan bet geïsoleerde rubella-vaccin bij meisjes dat tegenwoordig nog op die leeftijd gegeven wordt.

VACCINATIEBELEID

(naar een gesprek met Dr. B. Swennen, Ecole de Sante' publique ULB)

De overgrote meerderheid van artsen en ouders staan achter een goed vaccinatiebeleid.

Dr. B. Swennen

Bepaalde vaccins worden nochtans niet vaak genoeg aan kinderen gegeven. Voorbeelden zijn het trivalent vaccin voor mazelen, bof en rubella. Een van de redenen daarvoor is te wijten aan het feit dat huisartsen niet over de nodige hulpmiddelen beschikken voor een optimaal vaccinatiebeleid. Zo worden de gegeven vaccins niet altijd in het medisch dossier van de patient ingeschreven. Andere artsen doen dat wel, maar beschikken dan weer niet over een systeem dat een nauwgezette voortzetting van het vaccinatieschema verzekert.

Elke vaccinatie verandert het natuurlijk verloop van de ziekten. Diegene die de vaccins toedient is daar deontologisch verantwoordelijk voor. Zo wordt er van hem verwacht dat hij het vaccinatieschema dat hij startte volledig afwerkt.

Het verzekeren van een juist doorgevoerde vaccinatie is van primordiaal belang in het preventiebeleid. Beschikken over de juiste hulpmiddelen om ze correct door te voeren is dan noodzakelijk.

Drie essentiële hulpmiddelen

Er bestaan drie middelen die de arts toelaten zijn vaccinatiebeleid te optimaliseren: de vaccinatiekalender, de vaccinatiekaart en een vervaldagenboek. De vaccinatiekalender, wordt voor elk land opgesteld rekening houdend met de epidemiologische gegevens binnen die populatie enerzijds en de organisatorische mogelijkheden van het gezondheidssysteem anderzijds. Er moet daarom een consensus bestaan omtrent de vaccinatiekalender alvorens deze kan toegepast worden.

Het bestaan van deze kalender is reeds een belangrijk positief punt in het vaccinatiebeleid. Volgens cijfers van de Franstalige Gemeenschap wordt deze kalender gevolgd door 78% van de huisartsen die de vaccinaties systematisch uitvoeren. Kind en Gezin volgt eveneens nauwgezet de kalender op alle consultaties voor zuigelingen.

De vaccinatiekaart geeft een nauwkeurig beeld van het schema. Ze wordt gratis verdeeld door de overheid aan iedereen die vaccineert. De patient

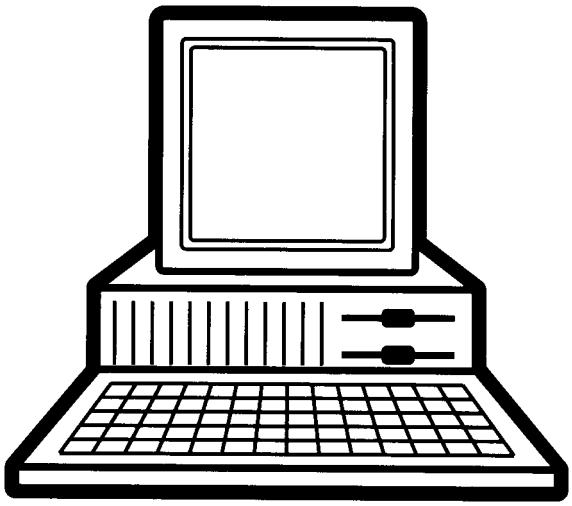
krijgt, na elke vaccinatie, de kaart mee naar huis. Zo kunnen ouders actief deelnemen aan het vaccinatieproces. Wanneer ze bovendien goed geïnformeerd zijn, kunnen ze zelf, wanneer het ogenblik aangebroken is voor een nieuwe vaccinatie, de behandelende arts kontakteren. De kaart is een belangrijke bron van informatie. Enerzijds laat het toe om als individu op de hoogte te blijven van zijn vaccinatieschema en anderzijds geeft het informatie over de beschermingsgraad van de bevolking door het vaccin. Ze helpt bij het juist uitvoeren van het vaccinatieschema. Op die manier kunnen de richtlijnen van de WGO in onze regio worden waargemaakt. Dankzij de vaccinatiekaart kunnen we er bijvoorbeeld op toezien dat alle kinderen in het eerste levensjaar tijdig gevaccineerd worden.

Het vervaldagenboek is een systeem dat controle toelaat voor een tijdig en juist uitgevoerde vaccinatie. Dit systeem integreert een theoretisch tijdstip van toediening, het bijhouden van afspraken en vooral het actief opsporen en oproepen van patienten die niet kwamen opdagen bij de afspraak of waarbij vaccinatie, op het ogenblik van de afspraak, niet aangewezen was (in de praktijk ontsnappen nochtans heel wat van deze patienten aan de vaccinaties).

Dergelijke methode kan, bijvoorbeeld, bestaan uit een fiche-systeem, geklasseerd per maand, met elke maand de fiches van de patienten die in die periode een rappel moeten krijgen. Het ideale instrument hiervoor is weliswaar een medisch computerprogramma dat de vaccinatieprocedure automatiseert.

Dr. L. Berghmans, Dr. M. Boutsen, Dr. B. Swennen en Dr. M. Wanlin van de School voor Maatschappelij ke Gezondheidszorg aan de ULB onderzochten het preventiebeleid bij huisartsen. Negen percent van de ondervraagde huisartsen beschikten over een medisch dossierprogramma. Geen enkele onder hen gebruikte dit programma echter voor het verbeteren van het vaccinatiebeleid. Van de ondervraagde artsen (150), gebruikten slechts 6 een vervaldagenboek. Twee artsen riepen de ouders op wanneer deze zich niet aan de vaccinatie-afspraak hielden. In dit verband is het belangrijk te wijzen op een misvatting die bij de meeste artsen heerst. Zij menen namelijk dat zij, vanuit deontologisch standpunt, geen patienten mogen oproepen voor de toediening van een vaccin. In werkelijkheid mag een arts dat wel, onder voorbehoud echter dat hij eerbied heeft voor het recht op vrije keuze van de patient (zie verder).

Tot besluit kan men stellen dat er een grote kloof bestaat tussen weten en doen wat betreft medische preventie. Het volstaat niet te beslissen het vaccinatieschema gewetensvol te willen uitvoeren. Men moet daarnaast ook over de nodige hulpmiddelen beschikken.



Informatica: het ideale instrument bij vaccinatiebeleid.

NOTA

Oproepen van een patiënt voor de toediening van een vaccin

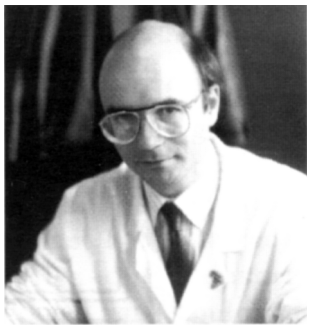
De Nationale Raad van de Orde van Geneesheren neemt een duidelijk standpunt in aangaande de problemen die zich voordoen wanneer patiënten niet verschijnen voor het rappel van een vaccin.

“Zowel voor de huisarts als voor de specialist die preventief onderzoek verricht, is het kunnen uitvoeren van een correcht preventiebeleid noodzakelijk. Het oproepen van een patiënt met het oog op een preventief onderzoek is toegelaten, op deze voorwaarde dat de patiënt zich mag wenden tot de arts die hij zelf uitkiest.”

HEPATITIS B: INTERPRETATIE VAN DE SEROLOGIE

(Naar een gesprek met Dr. M. Hautekeete, AZ VUB)

Vooraleer een arts een patient gaat vaccineren tegen hepatitis B, moet hij nagaan of deze al eerder in contact geweest is met het causale virus. Daartoe moet men de serologische karakteristieken van he-patitis B goed onder de knie hebben. Er bestaat namelijk enige verwarring op dat gebied.



Dr. M. Hautekeete

BETEKENIS VAN DE HEPATITIS B PARAMETERS

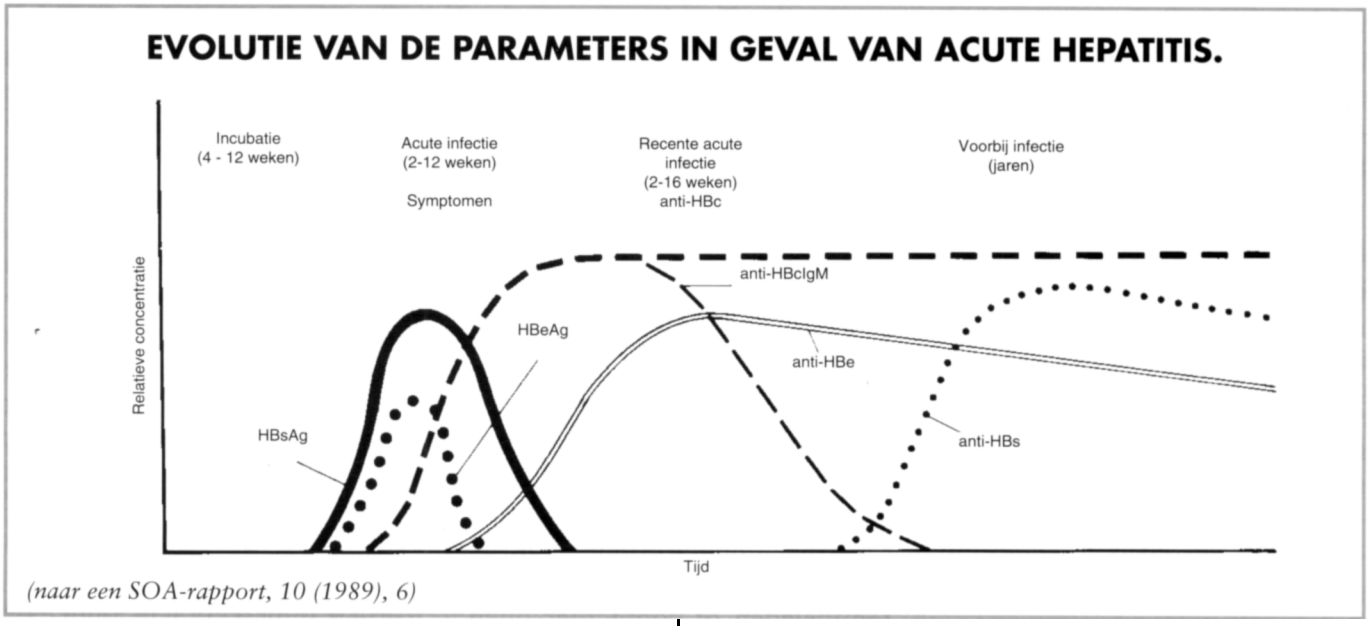
- oppervlakte-antigeen (HBsAg): aanwezigheid duidt in principe op de aanwezigheid van het virus. Men vindt dit antigeen ook in hoge titers bij gezonde dragers.
- anti-hepatitis-B-core-antistoffen IgM (IgM anti-HBc): gericht tegen het antigeen van de kern. Teken van acute infectie.
- anti-hepatitis-B-core-antistoffen IgG (IgG anti-HBc): gericht tegen het antigeen van de kern. Men vindt ze na genezing en in geval van chronische hepatitis.
- anti-hepatitis-B-surface-antistoffen (anti-HBs): IgG-antistoffen gericht tegen het antigeen van het virusoppervlak. Teken van immuniteit.
- e-antigeen (HBeAg): Kenmerkend voor de virale replicatie. Het opsporen van dit antigeen heeft enkel betekenis in geval HBsAg positief is. Het is vooral belangrijk bij chronische hepatitis.
- anti-e-antistoffen (anti-HBe): IgG-antistoffen gericht tegen het e-antigeen. Men vindt ze na de genezing (samen met anti-HBs). Bij chronische hepatitis wijzen deze antistoffen op de afwezigheid van virale replicatie.
- viraal DNA (HBV DNA): De meest directe parameter voor virale replicatie. Komen ze voor bij een HBsAg- positieve patient, dan zitten er zeker intacte virale partikeltjes in het bloed.

NATUURLIJK VERLOOP VAN HEPATITIS

1. Incubatieperiode: 50 tot 60 dagen
2. Acute asymptomatische hepatitis (90% van de gevallen) of symptomatische hepatitis (10%, waar-van O,l% fulminante vormen)
3. Genezing of overgang naar een chronische vorm (10% bij volwassenen)
4. Bij de chronische vorm zijn er drie mogelijke evoluties:
   - normale lever (gezonde drager) (30%)
   - chronische persisterende hepatitis (40%)
   - chronische actieve hepatitis (30%)
5. Chronische actieve hepatitis kan evolueren naar cirrose (gemiddeld 1520% na 5-10 jaar evolutie).

PARAMETERS IN DE VERSCHILLENDE KLINISCHE VORMEN

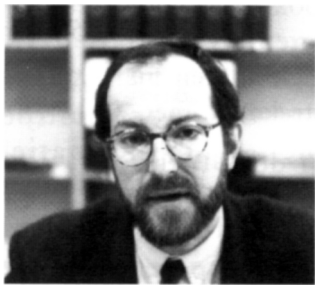
	HBsAg	anti HBs	anti HBc	HBeAg	anti -HBe	HBV-DNA
geen enkel contact met Hepatitis B	-	-	-	-	-	-
Acute hepatitis	+	-	+ (IgM)	+	-	+
Genezing na acute hepatitis	-	+	+ (IgG)	-	+	-
Gezonde drager	+	-	+ (IgG)	-	+	-
Chronische hepatitis zonder actieve virus-replicatie	+	-	+ (IgG)	-	+	-
Chronische hepatitis met actieve virus-replicatie	+	-	+ (IgG)	+	-	+
Na vaccinatie	-	+	-	-	-	-



(naar een SOA-rapport, 10 (1989), 6)

HEPATITIS B: RISICOGROEPEN

(naar een gesprek met Dr. P. Van Damme, Epidemiologie en Sociale Geneeskunde, UI Antwerpen)



Dr. P. Van Damme

Hepatitis B is verspreid over de hele - wereld en vormt een ernstig probleem voor de volksgezondheid. Het totaal - aantal dragers van het HBV wordt op 350 miljoen geschat. De verwikkelingen van de ziekte leiden tot een mortaliteit van meer dan twee miljoen per jaar. De meest endemische gebieden vindt men in China, Zuid-Oost Azie (15% van de bevolking is drager, de globale prevalentie van de ziekte bedraagt 95%). In Europa en in de VS is de prevalentie laag: 3 tot 4% van de Belgen heeft ooit de ziekte doorgemaakt, en 4 personen op 1.000 zijn drager.

Het verloop van de aandoening is sterk verschillend bij kinderen in vergelijking met volwassenen. Een symptomatische hepatitis komt bij de besmette kinderen zeer zelden voor (minder dan 5%). Men stelt echter vast dat kinderen een verhoogd risico lopen om chronisch drager van het virus te worden. 30% van de besmette volwassenen maken de ziekte klinisch door. Iets minder dan 15% daarvan zouden evolueren naar chronische verwikkelingen. Er wordt algemeen aangenomen dat zo'n 5 tot 10% van de volwassenen en zo'n 30 tot 50% van de kinderen vroeg of laat een chronische hepatitis zullen ontwikkelen, en dit meestal na een asymptomatische infectie. Deze patienten blijven besmettelijk en kunnen vroeg of laat tech min of meer ernstige verwikkelingen vertonen.

Er bestaan drie onbetwistbare wijzen van overdracht: transmissie via bloed, door sexueel contact en van moeder op kind (verticale transmissie). Een vierde wijze van besmetting is lange tijd onderschat geweest maar blijkt nu steeds meer waarschijnlijk, m. n. de horizontale transmissie *(zie verder)*. Het virus wordt geïdentificeerd in bepaalde lichaamsvochten (tranen, urine, stoelgang, pleuravocht, moedermelk), doch alleen de besmettelijkheid van bloed, sperma, vaginale secreties en speeksel kan nu duidelijk aangetoond worden. Tengevolge van deze transmissiewegen lopen bepaalde personen meer risico om de ziekte te krijgen.

Besmetting via bloed en bloedprodukten

Dit transmissiekanaal maakt dat **medische en paramedische beroepen** (en vooral chirurgen, anesthesisten, gynaecologen, tandartsen, verpleegkundigen, ambulanciers), **laboranten, schoonmaaksters in ziekenhuizen** en **begrafenisondernemers** in het bijzonder bloot staan aan hepatitis B. Voor chirurgen, anesthesisten en personeel in dialyse eenheden en centra voor mentaal gehandicapten, ligt het risico om

besmet te worden tien maal hoger vergeleken met de doorsnee bevolking.

Een tweede groep omvat de **hemofiliepatienten en ook diegenen die veel bloedderivaten dienen te ontvangen of in hemodialyse zijn.**

Dan zijn er nog de **intraveneuze-druggebruikers**, die via het manipuleren van besmette naalden of spuiten eveneens op deze wijze aan het virus blootgesteld zijn.

Van moeder op kind

De verticale transmissie heeft plaats tijdens de bevalling. Deze overdracht gebeurt bij 40% van de zwangere vrouwen die draagster zijn van het virus. Voor Belgit; betekent dit zo'n 230 tot 240 besmette **pasgeborenen** per jaar, waarvan er 150 drager zullen blijven. Zij vormen een belangrijk reservoir van het virus en kunnen zo levenslang de ziekte aan derden doorgeven, of zelf na 20 a 30 jaar chronische verwikkelingen vertonen.

Sexuele overdracht

Het virus is aanwezig in het vaginaal vocht en in het sperma van de dragers en van personen die in de acute infectiefase verkeren. Men heeft lange tijd aangenomen dat deze algemeen aanvaarde wijze van overdracht slechts beperkt bleef tot bepaalde sexuele gedragingen zoals homosexualiteit en prostitutie. Volgens gegevens uit de VS blijkt evenwel dat heterosexueel contact een belangrijke plaats inneemt in de globale besmetting met het hepatitis B virus. Hier speelt dus het risicogedrag een belangrijke rol.

Horizontale transmissie

Transmissie van het virus kan ook gebeuren via kleine wondjes, krabletsels, beten of speeksel. Deze wijze van besmetting lijkt van zeer groot belang bij overdracht naar familieleden en vrienden die in nauw contact leven met de gelnfecteerde persoon. De hoge frequentie van hepatitis B bij mentaal gehandicapten in instellingen zou eveneens op die manier verklaard kunnen worden. Ook de potentiele overdracht naar de familieleden of contactpersonen van geïnstitutionaliseerde mentaal gehandicapten zou op deze manier kunnen uitgelegd worden.

De infectie komt ook meer voor in **adoptiegezinnen,** vooral wanneer de **adoptiekinderen uit hoog endemische streken komen.**

Aan de hand van deze transmissiemechanismen kan men begrijpen dat er bepaalde risicogroepen bestaan waar de prevalentie duidelijk hoger zal liggen dan bij de doorsnee bevolking.

Het strekt dan ook tot aanbeveling die risicogroepen prioritair te vaccineren (zieverder). Hoe lang men de lijst van deze groepen ook maakt, dit volstaat niet om de ziekte uit te roeien. In de Verenigde Staten liepen de vaccinatieprogramma's specifiek gericht naar de verschillende risicogroepen uit op een mislukking, en dit om 2 redenen: ten eerste, bestaan er weinig middelen om te weten wie tot een risicogroep behoort; ten tweede, een belangrijk deel (30-50%) van de aangiften van hepatitis B infecties kon niet worden ondergebracht onder de gekende risicogroepen.

Een vaccinatiecampagne louter gericht naar de gekende risicogroepen zou alleszins deze 30 tot 50 % missen.

Wil men het hepatitis B virus uitroeien, dan is massa-vaccinatie van kinderen en adolescenten aangewezen.

RISICOGROEPEN

Een efficiente vaccinatiepolitiek moet in de eerste plaats de risicogroepen vaccineren.

- **Risicogroepen op basis van hun beroep (cfr. gezondheidspersoneel)**
- **zuigelingen van moeders die draagster zijn**
- **alle thuiscontacten van dragers (zo ook voor adoptiegezinnen met een kind uit een endemische zone)**
- **hemofilie-, dialyse- en transplantatiepatienten**
- **residenten in instellingen voor mentaal gehandicapten**
- **reizigers naar endemische gebieden**
- **IV-druggebruikers**
- **personen met risicovol sexueel gedrag (homosexuelen, prostituees, heterosexuelen met meerdere partners, MST)**

HEPATITIS B BIJ PASGEBORENEN

(naar "Hepatitis B and the newborns: Situation in Belgium", van P. Van Damme, W. Eylenbosch en R. Clara, uitgave ESOC, 1990)

Vijf tot tien procent van de neonatale HBV infecties worden veroorzaakt door een transplacentair lek van moederlijk HBV-positief bloed. Een dergelijk lek wordt vaak geinduceerd door baarmoeder-contracties tijdens de zwangerschap. Maar 90 tot 95% lopen de infectie op tijdens de bevalling. Liep de aanstaande moeder de besmetting op bij het begin van de zwangerschap, dan bedraagt het risico op transmissie van het virus naar de foetus amper 6%. Raakt de moeder echter op het einde van de zwangerschap geinfecteerd, dan loopt dat risico op tot 70%.

Moeders die HBeAg- en HBsAg-positief zijn zouden in 70 tot 95% van de gevallen de infectie overzetten op hun baby. Pasgeborenen uit HBsAg- positieve en HBeAg-negatieve moeders lopen een besmettingsrisico van 15%. Dat wil zeggen dat het globale risico van virustransmissie van een HBsAg-positieve moeder naar haar pasgeborene 30 tot 40% bedraagt.

Het risico dat een hepatitis-B-infectie chronisch wordt, is groter bij kinderen en op zeer jonge leeftijd. 68% van de dragers die de infectie opliepen voor ze 1 jaar oud waren, ontwikkelen later een chronische vorm. Geïnfecteerd raken tussen 1 en 2 jaar, geeft een risico van 25% op chronische hepatitis. Besmetting tussen 2 en 3 jaar brengt dit risico op 15% en tussen 4 en 7 jaar op nog 6,3% (studie uit 1987).

Wat betreft de preventie, volstaat een eenmalige dosis van immunoglobulines om het aantal dragers onder de pasgeborenen van HBeAg-positieve moeders, met ongeveer de helft te verminderen. Wanneer men onmiddellijk na de geboorte een eerste injectie geeft en op 3 en 6 maanden nog een dosis, dan daalt het risico om chronisch drager te worden met 70%. De eerste dosis immunoglobulines moeten in de eerste 12 uur na de geboorte toegediend worden. Houdt men zich niet aan deze regel, dan vermindert de doeltreffendheid aanzienlijk.

Toediening van het hepatitis-B-vaccin, zonder toediening van immunoglobulines, voorkomt in 70 tot 81% perinatale infecties met hepatitis B. De combinatie van het vaccin met de immunoglobulines (4x10 mcg van het vaccin met 2xHBIg) verhoogt de doeltreffendheid tot ongeveer 90%.

In Belgie bedraagt de prevalentie van hepatitis B bij zwangere vrouwen 0,67%. Dit komt neer op zo'n 800 HBsAg-positieve vrouwen per jaar. Onder hen zouden 14 tot 20% ook HBeAg- positief zijn.

Vanuit een wiskundig model kan men dan berekenen dat er jaarlijks 143 asymptomatische HBV-baby's geboren worden die chronisch drager worden, 87 asymptomatische pasgeborenen die genezen zonder verwikkelingen, 5 gevallen van acute hepatitis die spontaan genezen en 2 gevallen van fulminante hepatitis. Men creeert dus jaarlijks een viraal reservoir van 150 personen, met alle gevolgen vandien.

In de volgende uitgave van Vax Info zullen we terugkomen op het belang van screening in de zwangerschap.

VAX NIEUWS

- Zweedse onderzoekers gingen de mogelijke besmettingsbron na van hepatitis B bij 78 volwassen patienten. In 53% van de gevallen was sexuele transmissie de meest waarschijnlijke verklaring. Bij 10% ging het daarbij om homosexuele contacten. De onderzoekers besloten dat heterosexuele transmissie de belangrijkste besmettingsweg is voor het hepatitis B virus bij volwassenen in Zweden.

  (ref: J. Struve & al, J. Inf. Dis, 1990, 20, 111).

- Een enquete gevoerd in 1990 in Groot-Brittanie toonde aan dat 44% van de gezondheidswerkers niet van plan waren zich te laten vaccineren tegen hepatitis B. Zij staan nochtans bloot aan een verhoogd risico op besmetting. 37% waren, zoals verondersteld, gevaccineerd, 5% begonnen reeds aan het vaccinatieschema voor HBV en 14% was van plan zich in de toekomst te laten inenten.?

  Deze cijfers benaderen de resultaten van een gelijkaardige enquete gevoerd in ons land door Szpalski, Grumbers en Cukier. Zij ondervroegen 250 chirurgen en orthopedisten en 100 anesthesisten. Het bleek dat 42% van de chirurgen en 33% van de anesthesisten niet gevaccineerd waren tegen hepatitis B (een tendens die vooral in de perifere ziekenhuizen belangrijk is). Anderzijds gaven 63 % van de chirurgen en 45% van de anesthesisten toe dat ze zich in de laatste drie maanden accidenteel geprikt of gesneden hadden tijdens een ingreep.

- De mazelenincidentie nam dramatisch toe. Dat zette de American Academy of Pediatrics en de Immunisation Precycles Advisory Committee of the

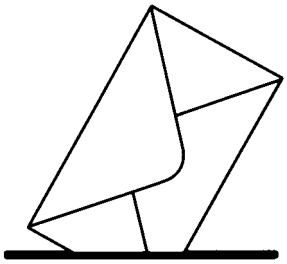
Centers for Disease Control er toe aan het vaccinatieschema voor mazelen te herzien en uit te breiden naar twee dosissen.

R.R. Wittler & al onderzochten de prevalentie van immunogevoeligheid voor mazelen bij jongeren die voordien gevaccineerd waren tegen het virus. Daarbij evalueerden ze de risicofactoren voor immuno-susceptibiliteit.

9,8% van de onderzochte populatie bleek nog vatbaar te zijn voor mazelen. Daarbij bestond er een duidelijke relatie tussen het interval sinds het eerste mazelenvaccin en de pre- en postrevaccinatietiters van IgG. De studie bevestigt het belang van revaccinatie. De optimale leeftijd voor deze tweede spuit is, volgens dezelfde studie, 11 tot 12 jaar (veeleer dan 4 tot 6 jaar).

Verantwoordelijke uitgever:
SmithKline Beecham Pharma
Dhr. J. De Winter
Rue du Tilleul 13
1332 Genval

VAX INFO MET UW MEDEWERKING



Vax info werd opgericht om zijn lezers zo volledig mogelijk te informeren over de problemen die verband houden met vaccinaties, de nieuwigheden in dit domein en de actuele discussies en consensus die erover handelen.

We benadrukten het al in het voorwoord van de eerste uitgave: vaccinatie is de hoeksteen van preventie. Ze vormt een belangrijk deel in elke huisartsenpraktijk.

We willen *Vax Info* tot stand brengen in een dialoog met onze lezers. Wanneer u vragen hebt omtrent vaccinaties of vaccinatieschema's kan u die ten allen tijde tot ons richten. Ook persoonlijke bedenkingen bij Vax Info of bij onderwerpen die wij zullen behandelen zijn altijd welkom. Wij zullen ze met plezier en zo snel we kunnen beantwoorden.

U kan bij ons terecht op volgend adres:

SmithKline Beecham Pharma
t.a.v. Dhr. B. Daniels
Rue du Tilleul 13
1332 Genval

VAX INFO

Redactiecomité
J. De Winter
B. Daniels
R.Clara
J. Desmyter
M. Malengreau
A. Dachy

Redactiecoördinatie
M. Einhorn

Grafiek
M. Tandy

Algemene coördinatie
Ogilvy Adams & Rinehart
M. Ceulemans

VAX Special

HEPATITIS B PREVENTIE BIJ ADOLESCENTEN

Op 2 en 3 december 1991 organiseerde de International Association for Adolescent Health (IAAH) in Londen een symposium over The Control of Hepatitis B: The Role of Prevention in Adolescence. Wij noteerden voor u de belangrijkste punten.

EEN SEXUEEL OVERDRAAGBARE AANDOENING

(naar een uiteenzetting van Dr. Miriam J. Alter, Centers for Disease Control, Atlanta, USA)

Tot de belangrijkste gekende transmissiewegen van hepatitis B (van 40% is de oorzaak onbekend) in de VS behoren homosexueel contact (11%)) toxicomanie (14%) en heterosexueel contact (27%).

Bij adolescenten met hepatitis B waarvan de wijze van transmissie kon achterhaald worden, liep 50% de ziekte op door sexueel contact of een andere vorm van rechtstreeks interpersoonlijk contact.

Heterosexuele transmissie is slechts recent de belangrij kste gekende transmissieweg voor hepatitis B geworden. Tot de meer geisoleerde risicofactoren bij heterosexuele transmissie, behoren vooral multipele sexuele partners en een voorgeschiedenis van andere sexueel overdraagbare aandoeningen. Dat blijkt uit de gegevens in tabellen 1 tot 3.

De incidentie van hepatitis B steeg in de Verenigde Staten tot in 1985, sindsdien neemt ze geleidelijk af. Deze afname is niet het gevolg van het vaccin, dat gelntroduceerd werd in 1982. De verklaring moet eerder gezocht worden in de aidspreventie die homosexuelen er toe aanzetten hun risicogedrag te verminderen.?

Tabel 1

Prevalentie van HBV bij heterosexuelen in functie van de recente sexuele activiteit *(kliniekpopulaties voor SOA)*

	HBV-parameters	Studie
< 3 partners	1%	Fulford (GB)
≥ 3 partners	18%	
< 5 partners	6%	Alter (VS)
≥ 5 partners	24%	

Tabel 2

Prevalentie van HBV bij heterosexuelen in functie van de totale sexuele activiteit *(kliniekpopulaties voor SOA)*

	HBV-parameters	Studie
< 5 partners	9%	Baddur (VS)
≥ 5 partners	30%	
< 50 partners	5%	Alter (VS)
≥ 50 partners	20%	

Tabel 3

Prevalentie van HBV in functie van SOA-antecedenten

	zonder gekende SOA-antecedenten	met gekende SOA-antecedenten
patiëntenpopulatie van een SOA-kliniek	9%	24%
Studenten	2%	50%

De huidige vaccinatiestrategie liep uit op een mislukking omdat enkel de risicogroepen gevaccineerd werden. Er is echter nood aan veralgemeende vaccinatie. Volgens de nieuwe vaccinatiepolitiek moet men kleine kinderen en adolescenten het vaccin toedienen. Het is immers bevestigd dat 30% van de patienten met hepatitis B tot geen enkele gekende risicogroep behoren en daardoor aan de selectieve vaccinatie ontsnappen.

Een rationele strategie

(naar een uiteenzetting van Dr. Mark A. Kane, Wereldgezondheidsorganisatie, Genève)

In landen waar hepatitis B weinig endemisch is, zoals in West-Europa en in de Verenigde Staten, komt de ziekte vooral voor bij adolescenten en jongvolwassenen en wordt ze vaak geassocieerd met sexuele activiteit.

Het is in dit geval belangrijk te weten dat Dr. M.A. Kane er een significant verband bestaat tussen leeftijd en het risico op het ontwikkelen van een chronische hepatitis. 25% van de chronische dragers, die de infectie tijdens hun kinderjaren opliepen, sterven tengevolge van de verwikkelingen (cirrose, levercarcinoma).

Programma's van volksgezondheid gericht naar jongeren en jongvolwassenen met risicogedrag liepen zowat overal uit op een mislukking. En daar zijn verschillende redenen voor: het vaccineren van de volwassen populatie bleek niet eenvoudig en duur; risicopersonen liepen in vele gevallen de infectie op alvorens ze zouden gevaccineerd worden; bovendien zijn ze vaak niet echt gemotiveerd om deel te nemen aan het preventieprogramma; de kost van de vaccinatie uitgevoerd op beperkte schaal is ook een beperkende factor.

Daarom is vandaag iedereen het erover eens dat veralgemeende vaccinatie van kleine kinderen en/of adolescenten aangewezen is. Daarbij stelt zich de vraag op welke leeftijd men best kan vaccineren: tijdens de prille kinderjaren, in de adolescentie (bijvoorbeeld op 13 jaar) of beide?

Adolescenten weinig gemotiveerd

(Naar een uiteenzetting van Dr. Robert W. Hum, University of Minnesota, USA)

In verscheidene landen (USA, Canada, Australië) onderzocht men over welke de medische bekommernissen waren van adolescenten. Het bleek dat deze niet altijd dezelfde waren als de bekommernissen van de verantwoordelijken van volksgezondheid. Wanneer Canadese adolescenten al eens een bezorgd zijn om hun gezondheid dan gaat het - in dalende volgorde van belangstelling - om het volgende: nervositeit, tandproblemen, dysmennoree, acn0, obesitas, hoofdpijn en SOA's (studie Munan en Sternlich, 1972). Hun Australische leeftijdsgenoten denken vooral aan depressies, nervositeit, acnC, en obesitas. Een Zwitserse studie uit 1986 toonde dat stress de belangrijkste bekommernis was bij jongeren in hun land, vóór depressie en nervositeit.

Tijdens de laatste jaren is daar uiteraard ook Aids bijgekomen. Daartegenover blijken jongeren absoluut niet stil te staan bij de gevaren van hepatitis B.

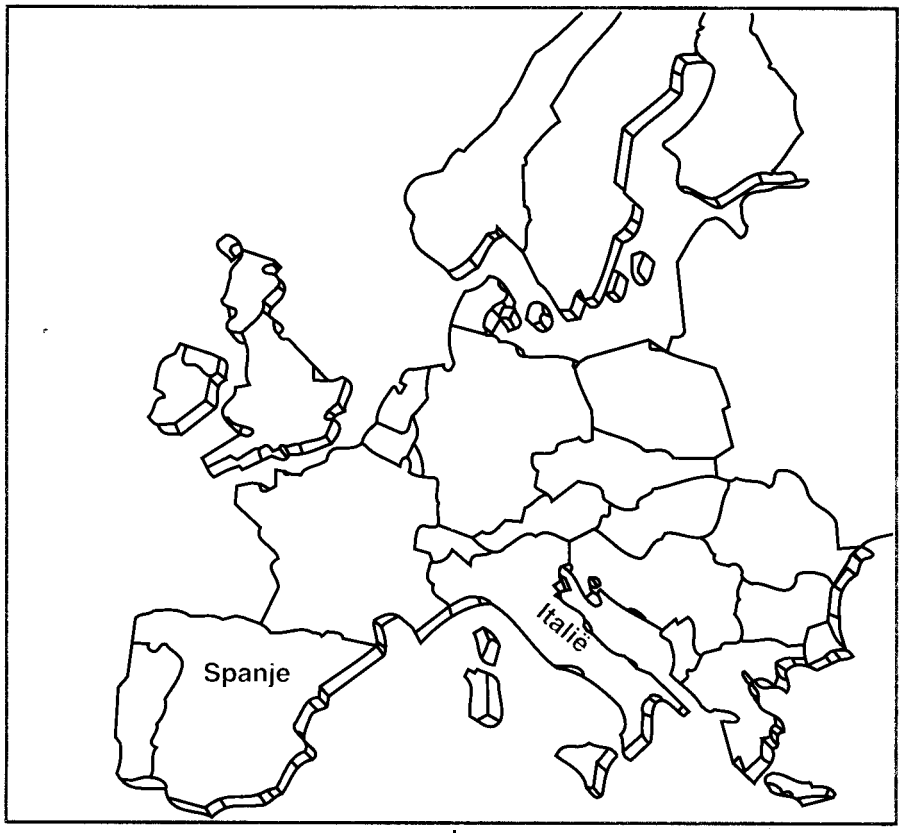
Men stelt bovendien vast dat adolescenten over het algemeen weinig gebruik maken van medische diensten. Vandaar dat het zo moeilijk is deze leeftijdsgroep actief te laten deelnemen aan specifieke preventie strategieen.

Veralgemeende vaccinatie naar Catalaans voorbeeld

(naar een uiteenzetting van Prof. Luis Salleras, Directeur-generaal van Volksgezondheid, Catalonig, Spanje)

In deze regio van Spanje wonen ongeveer zes miljoen mensen. Jaarlijks telt men hier om en bij de 9.000 nieuwe gevallen van hepatitis B. Daarvan evolueren er 2.400 naar acute symptomatische hepatitis, 700 naar chronische hepatitis, 180 ontwikkelen cirrose en 30 een hepatocellulair adenocarcinoom.

In Catalonië wordt het aantal chronische dragers van HBsAg op 60.000 geschat.



Uit gedetailleerd onderzoek blijkt dat de infectie vooral door de adolescenten en jongvolwassenen opgelopen wordt, wat duidelijk laat vermoeden dat sexuele transmissie hier een belangrijke rol speelt.

In 1984 hebben de Catalaanse autoriteiten een vaccinatieprogramma voor hepatitis B opgezet. Zoals in de meeste andere Westerse landen, was dit programma gericht op de risicogroepen en de pasgeborenen van HBsAg-positieve moeders. Deze benadering bleek, zoals elders ook het geval was, weinig doeltreffend, wat betreft de incidentie en de gevolgen op lange termijn.

Vandaar dat het Onderzoekscomite voor het vaccinatiebeleid besloot deze benadering te vervangen door een veralgemeende vaccinatiestrategie. Naast de baby's van HBsAg-positieve moeders, zullen ze nu alle adolescenten in de scholen vaccineren zonder een onder. scheid te maken voor risicogroepen. De school biedt inderdaad een gunstig kader voor veralgemeende vaccinatie, vermits jongeren in Catalonie tot 14 jaar schoolplichtig zijn. Boven dien is er geregeld medische onderzoek op school. De Catalaanse autoriteiten besloten op die manier in 1991-1992 alle kinderen van 12 jaar te vaccineren.

De bedoeling van dit beleid is de incidentie van HBV met 30% te verminderen tegen het jaar 2000 door vaccinatie van 90% van de adolescenten. De kost van het preventieprogramma wordt geraamd op 1,5 miljoen dollar. De nieuwe strategie zal om de vier jaar geevalueerd worden door het vergelijken van de aangegeven incidentie van hepatitis B en het opzetten van seroepidemiologische studies.

Vaccineren naar Italiaans model

(naar een uiteenzetting Dr. Paolo Pasquini, Instituto Superiori di Sanita, Rome)

Ook in Italië slaat hepatitis B vooral toe bij adolescenten en jongvolwassenen. De hoogste incidentie vindt men momenteel in de leeftijdsgroep van 15 tot 24 jaar.

Italië besliste in mei 1991 als eerste land de anti-HBV-vaccinatie verplicht door te voeren bij alle adolescenten en pasgeborenen.

Om de problemen te onderkennen die verbonden zijn aan deze massavaccinatie voerde men een pilootproject uit in Marcianise, een gemeente in de regio van Napels. In dit project werd enkel beroep gedaan op vrijwilligers en men bereikte op die manier uitzonderlijk veel mensen. 1.250 adolescenten gingen op de uitnodiging in: 97,5% kreeg de eerste dosis, 97,2% de tweede en 96,7% de derde.

De seroconversie bleek hoog: 94% van deze adolescenten ontwikkelden een voldoende hoge dosis antistoffen. Volgens de coordinatoren van het pilootproject was het succes en de aanvaarding vooral te danken aan volgende factoren: persoonlijk actief uitnodigen van de doelgroep, toedienen op school, motivatie van de gezondheidswerkers en erkenning van hepatitis B als een ernstig gezondheidsprobleem.

Gevaccineerd zijn tegen hepatitis B zal voortaan een conditio sine qua non zijn voor deelname aan het staatsexamen in de Italiaanse scholen.

NIEUWE PREVENTIESTRATEGIEEN

Alle specialisten zijn het vandaag over een punt duidelijk eens: het selectief preventiebeleid waarbij enkel de risicogroepen tegen HBV gevaccineerd werden, liep uit op een mislukking. Veralgemeende vaccinatie dringt zich op en daarbij dient zich volgende keuze aan: zal men de kleine kinderen vaccineren, de adolescenten of beide?

> Experten van de WGO stelden onlangs een verklaring op hierover die moet dienen als richtlijn: *"lmmunisatieprogramma's bij zuigelingen zullen weinig effect hebben op sexuele transmissie van ziekten gedurende verschillende decennia. In regio's waar de middelen bet toelaten en waar sexuele overdracht onder volwassenen veel voorkomt, is bet raadzaam de vaccinatie van alle jongeren bij bet begin van de adolescentie te overwegen. Dit beleid zal men dan volgen totdat de generatie gevaccineerde zuigelingen de adolescentiefaze bereiken."*

(WGO-verklaring in verband met preventie van sexuele transmissie van HBV, 1991).

SOA'S EN HEPATITIS B

(Naar een gesprek met Dr. Pierre Van Damme, Epidemiologie en Sociale Geneeskunde, UIA)

Preventie is een belangrijk wapen in de strijd tegen hepatitis B. De medische praktijk evenals volksgezondheid zijn nog te veel gericht op de curatieve aspecten ervan.

Een efficient beleid tegen de sexueel overdraagbare aandoeningen, die meer en meer opgang maken, moet nochtans gebaseerd zijn op de algemene preventie van risicofactoren (cfr. tabak- en alkoholpreventie).

De aanvang van de puberteit is in de laatste decennia steeds meer vervroegd. Daardoor treden bepaalde problemen ook steeds vroeger op. Wanneer een ll-jarige al in de adolescentiefase komt, dan geeft dat doorgaans meer problemen in vergelijking met een 15-jarige omdat dit een leeftijd is waarop reeds een zekere rijpheid bestaat.

Door de ontwikkeling van orale contraceptie en het kunnen overwinnen van angstwekkende infecties (bijvoorbeeld tuberculose) ontstond een zekere laksheid ten opzichte van het sexueel gedrag. Ondertussen nam de gemiddelde leeftijd voor de eerste sexuele contacten af. Bovendien hebben adolescenten en jongvolwassenen gemiddeld meer partners in vergelijking met vroeger.

Dat verklaart waarom ongeneeslijke sexueel overdraagbare aandoeningen meer veld winnen.

Het belang van deze aandoeningen is nog niet tot iedereen doorgedrongen. En dat geldt in het bijzonder voor de mogelijke gevolgen ervan (steriliteit, genitale tumoren, enz.). Gevolgen die trouwens bijzonder erg zijn wanneer de infectie op jonge leeftijd opgelopen wordt. Het voorkomen van ernstige complicaties van SOA's bij adolescenten is onrustwekkend hoog. Deze verwikkelingen blijken we1 minder voor te komen bij het ouder worden, wat waarschijnlijk verklaard kan worden door de veranderde structuur van het epithelium van de cervix.

De enige sexueel overdraagbare aandoening waarvoor een efficient preventief middel bestaat is hepatitis B. Wat het belang van een doelgericht preventiebeleid meteen duidelijk maakt. De ideale strategie zou zijn onze kleinsten te vaccineren en dit te herhalen in het begin van de adolescentie.

Wij beschikken in België helaas niet over precieze Nochtans zijn deze gegevens noodzakelijk wanneer we willen komen tot een juiste beslissing aangaande het vaccinatiebeleid.

Het Instituut voor Hygiene en Epidemiologie startte recent (1991 en begin 1992) een onderzoek naar de incidentie van klinische hepatitis in ons land. We hebben ook dringend gegevens nodig omtrent de prevalentie van HBV. Daarom stelde men aan de UIA een protocol samen. Het is nu nog wachten op voldoende financiering en het project kan van start gaan. In de laatste fase van dit onderzoek, die trouwens ook al op papier staat, wil men de kostprijs van een efficient preventiebeleid berekenen.