INFOVAX

N° 12
Mei 1995

Edito

HEPATITIS A, VACCINATIE EN EPIDEMIE

Profylaxe met gammaglobulinen wordt aangeraden na contact met een hepatitis A-patiënt voor personen die in hetzelfde gezin wonen en voor mensen die in nauw kontakt met elkaar leven, b.v. in kinderkribben of gesloten gemeenschappen.

Gammaglobulinen hebben hier een bewezen doel treffendheid, althans indien ze binnen veertien dagen na een mogelijk besmettend contact kunnen worden toegediend. Deze twee weken komen overeen met de minimum incubatietijd. Toegediend op een later tijdstip neemt de doeltreffendheid zienderogen af.
Helaas komt men dikwijls maar met vertraging te weten dat men een mogelijk besmettend contact heeft gehad met een hepatitis A-patiënt. Aangezien gemiddeld 1 week vóór en 1 week na het begin van de ziektesymptomen viruspartikels via de stoelgang worden uitgescheiden, kan men ongeweten reeds eerder besmet zijn geweest.
De eerste golf van secundaire infecties in een gesloten gemeenschap kan men meestal niet meer tegengaan, maar indijken van verdere verspreiding vanuit deze secundaire gevallen is in een aantal omstandigheden zeker belangrijk.

De vraag stelt zich wat de waarde is van vaccinatie in dergelijke situaties.
Na inenting met het hepatitis A vaccin (1440 Eenheden - dosis vanaf september beschikbaar) maakt ongeveer 85 % van de gevaccineerden na 14 dagen voldoende beschermende antistoffen aan. Het is mogelijk en zelfs waarschijnlijk dat er reeds een beduidende bescherming aanwezig is vóór de aanwezigheid van antistoffen kan worden gemeten .
Indien iemand zeer recent een mogelijk besmettend contact gehad heeft met een hepatitis A patiënt, is vaccinatie wellicht even doeltreffend als gammaglobulinen omwille

Inhoud

EDITORIAAL p. 2
- Hepatitis A, vaccinatie en epidemie

HEPATITIS A p. 3 - 4
- Vaccinatie van reizigers

KORT p. 4
- Difterie
- Hib
- MMR-vaccin

COMBINATIEVACCINS p. 5
- De nabije toekomst

ZWANGERSCHAP, BORSTVOEDING EN PREMATUREN p. 6 - 7
- Vaccinatiestrategieën

MAZELEN EN BOF p. 7
- Incidentie daalt

HEPATITIS B p. 8
- Bij adoptiekinderen

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

van het feit dat de incubatietijd minimum 14 dagen en gemiddeld 30 dagen is.
De kostprijs van gammaglobulinen ligt veel lager dan van vaccinatie. Bovendien zouden gammaglobulinen het voordeel kunnen hebben dat ze een subklinische hepatitis toelaten, wat een levenslange immuniteit meebrengt.
De doeltreffendheid van gammablobulinen is echter geen 100 %, zoals geïllustreerd wordt door een recent geval van dodelijk verlopende fulminante hepatitis A ondanks correcte inenting met gammaglobulinen.
Vaccinatie geeft bovendien een langdurige immuniteit. Dit is zeker een voordeel in die situaties waar het risico op herhaling van de epidemie op korte termijn een realiteit is, en waar het toedienen van gammaglobulinen niet in staat blijkt om de cyclisch weerkerende epidemieën tot staan te brengen. De werkingsduur van gammaglobulinen bedraagt immers slechts enkele maanden.

In de voorbije jaren werden verschillende hepatitis A-vaccinatie interventiestudies bij epidemieën beschreven, waaruit men zeker bewijskracht kan halen ten voordele van de doeltreffendheid van hepatitis A vaccinatie als post-blootstelling interventie (geen of slechts zeer weinig nieuwe gevallen 20 dagen na vaccinatie).

Nieuwe interventiestudies bij epidemies zullen in de toekomst nodig zijn om de juiste rol van vaccinatie tegen hepatitis A versus of tezamen met passieve immunizatie door middel van gammaglobulinen te kunnen bepalen.

Dr. Van Gompel
IMT Antwerpen

Sabin Prize for Vaccine Research

Op 3 maart jl. werd de *Sabin Prize for Vaccine Research* toegekend aan dokter Claude P. Muller.

Deze prijs werd in 1993 gecreëerd door Smithkline Beecham Pharma en zal om de twee jaar worden toegekend aan een Belgisch of Luxemburgs auteur voor een origineel werk of een studie met betrekking tot vaccins.
De prijs bedraagt 250.000 fr.

Dokter Claude P. Muller is onderzoeker aan het «Laboratoire National de Santé» in Luxemburg. Het bekroonde werk draagt als titel *«Les Déterminants antigéniques des lymphocytes B et des cellules T en tant que base de vaccins sub-unit potentiels contre la rougeole»*.

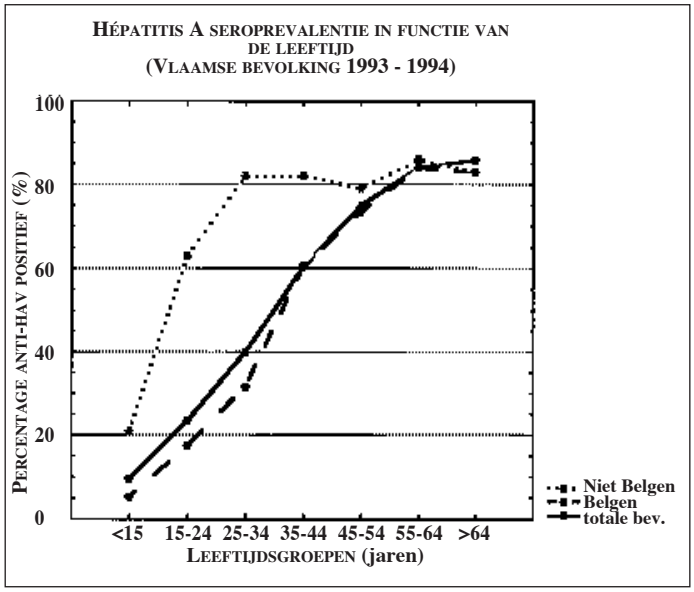
De prijs werd overhandigd door mevrouw Heloïse Sabin, weduwe van Albert Sabin.

Hepatitis A

VACCINATIE VAN REIZIGERS

Volwassen reizigers naar (sub)tropische landen lopen een reëel risico op besmetting met hepatitis A. Vaccinatie is in alle omstandigheden aangewezen en is ook puur economisch gezien interessant voor mensen die langer dan 6 maanden in een dergelijk land verblijven of die over een periode van 10 jaar minstens 3 dergelijke reizen maken.

In de ontwikkelingslanden wordt iedereen van de autochtone bevolking besmet tijdens de kinderjaren, waarbij de ziekte meestal subklinisch of erg mild verloopt. Personen die ooit hepatitis A doormaakten zijn levenslang beschermd.
In de geïndustrialiseerde landen treedt de infectie gemiddeld veel later op.
Onderstaande grafiek toont de percentages voor seropositiviteit voor hepatitis A in Vlaanderen (voor de Belgen en niet-Belgen).



P. Van Damme - 1995

Omwille van de hygiënische toestand in ons land is de kans op het doormaken van hepatitis A op dit ogenblik erg klein geworden, zodat de meeste jeugdige reizigers op dit ogenblik onbeschermd zijn.

Langdurige morbiditeit voor volwassenen

Hoewel hepatitis A meestal een milde aandoening blijft, ligt het probleem voor volwassenen vooral in de langdurige morbiditeit. Wanneer men als volwassene besmet wordt, loopt men meer kans op klinisch belangrijke hepatitis. De ziektefaze zelf duurt dan gewoonlijk enkele weken (gemiddeld dertig dagen) en wordt meestal gevolgd door een min of meer lange, en soms uitgesproken postvirale asthenie.
Af en toe treedt een hepatitis op met verlengd en schommelend verloop (tot 6 maanden). Chronische hepatitis of laattijdige levensbedreigende sequellen komen niet voor. Fulminante hepatitis komt naar schatting voor in 1 geval op 1000, maar de kans neemt sterk toe met de leeftijd (meer dan 2 % boven de leeftijd van 40 jaar). In geval van fulminante hepatitis A heeft men minstens 30% kans op overlijden.

Een reëel risico voor de reiziger

Hoewel het strikt toepassen van hygiënische maatregelen betreffende voedsel en drank enige bescherming biedt tegen hepatitis A, is dit in de praktijk niet haalbaar. Zelfs in luxehotels is men niet gevrijwaard.
De kans op ziekte door een besmetting met hepatitis A tijdens reizen in (sub)tropische gebieden schommelt tussen 3 per 1000 reizigers per maand voor gewone toeristische reizen, zelfs in goede hotels, en 20 per 1000 in onhygiënische omstandigheden (trekkers).
Een reis naar Zuid-Europa heeft een veel lager risico : 0,05-0,10 per 1000 reizigers die een maand onderweg zijn .
In onze ervaring is hepatitis A een occasionele reden van onderbreking van een trektocht in de (sub)tropen, of van repatriëring van werknemers in het buitenland, hoewel we de laatste jaren onder invloed van systematische vaccinatie van reizigers een afname vaststellen.
Het is de meest frequente door vaccinatie voorkoombare infectieziekte bij reizigers. Ze is gemiddeld 10 tot 100 maal frequenter dan buiktyfus en 1000 maal frequenter dan cholera.
Het is dus medisch gesproken onlogisch indien een reiziger wél geïmmuniseerd wordt tegen buiktyfus en cholera (dit laatste wordt afgeraden), maar niet tegen hepatitis A.

Vaccinatie…

Sinds 1992 is het hepatitis A vaccin (HAVRIX) op de markt, een vaccin op basis van formaline-geïnactiveerd virus, gekweekt op celcultuur.
Het huidig vaccinatieschema is : 2 IM injecties van 0,5 ml (720 Eenheden), met 14 dagen tot 1 maand tussenperiode, en een derde dosis vanaf 6 maanden tot 1 jaar.
Beneden de 15 jaar volstaat de helft van de volwassen dosis.
In de nabije toekomst zal een vereenvoudigd schema algemeen van toepassing worden : één inenting (dubbel gedoseerd, 1440E), welke herhaald wordt na 6 - 12 maanden. Dit geeft een even doeltreffende antistofaanmaak.
Het is een zeer doeltreffend vaccin. Het is echter niet precies geweten vanaf wanneer er voldoende bescherming aanwezig is. In elk geval is er reeds 4 weken na de start van het vaccinatieschema in meer dan 90% van de gevallen een beschermende hoeveelheid antistoffen aanwezig. De volledige inenting garandeert een beschermende antistoffentiter van minstens 10 jaar, en wellicht 20 jaar. Het is niet uitgesloten dat, wanneer de antistoffen onder de detectiedrempel verdwenen zijn, de immuniteit nog aanwezig blijft.
Na één inenting met hepatitis A-vaccin (dubbele dosis) heeft ongeveer 86 % reeds een beschermende titer na 14 dagen. Men kan dus aan de last-minute reiziger nog vlak vóór zijn vertrek de dubbele dosis van het hepatitis A vaccin (720E in elke schouderspier) geven, zodat hij toch beschermd is op reis. De tolerantie van het vaccin is uitstekend. Het mag aan kleine kinderen en aan zwangeren gegeven worden.

…of gammaglobulinen ?

Gammaglobulinen hebben een bewezen doeltreffendheid van 85 %, die echter beperkt blijft in de tijd (3 tot 6 maanden). Dit staat tegenover een nagenoeg volledige en zeer langdurige bescherming bij vaccinatie.
De bescherming door gammaglobulinen treedt vrij snel in na de IM toediening. Ze worden dus best toegediend enkele dagen vóór tot vlak voor het vertrek.
Nevenwerkingen zijn zeldzaam, bv. lokale pijn, arthralgieën, urticaria, koorts. Er is geen gevaar voor overdracht van AIDS (tijdens de bereidingsprocedure wordt het eventueel aanwezige AIDS-virus gedood).

Eerste keuze

Door de bijna volledige bescherming en dit gedurende een periode van 10 jaar en wellicht langer, is vaccinatie superieur tegenover de gammaglobulinen.
Vaccinatie is dus ongetwijfeld een verantwoorde investering voor al wie in onhygiënische omstandigheden reist of voor hen die geregeld of langdurig (enkele weken) reizen naar endemische landen, zelfs wanneer dit in goede hygiënische omstandigheden gebeurt.
De WGO verkiest voor reizigers trouwens vaccinatie boven gammaglobulinen, indien vaccinatie voorhanden is.

Bij een reiziger die zich vlak vóór zijn vertrek aanbiedt, kan men in geval van hoog-risico-reizen eventueel gammaglobulinen en vaccin tezamen toedienen. Er is immers wellicht geen belangrijk verlies van de doeltreffendheid van de vaccinatie.
Voor de occasionele reiziger die voor korte tijd en in goede hygiënische omstandigheden naar een tropisch land reist, moet individueel afgewogen worden op welke manier bescherming tegen hepatitis A wordt verleend: vaccinatie of gammaglobulinen.
Een recente kosten-baten analyse leert dat vaccinatie reeds vanuit zuiver economisch oogpunt te verkiezen is van zodra een reiziger drie of meer reizen onderneemt binnen de tien jaar of van zodra de reis- of verblijfsduur 180 dagen bedraagt. Een recente enquête wees uit dat meer dan de helft van de reizigers die in 1991 een aantal Belgische travel-clinics consulteerden, binnen enkele jaren opnieuw naar een endemisch land wenst te vertrekken (Van Damme 1993). In het beslissingsproces om al dan niet te vaccineren tegen hepatitis A mag men dus zeker niet nalaten te vragen naar de toekomstige reisintenties.

In de praktijk

Het vaccin mag samen met alle andere vaccins worden toegediend, aangezien het een gedood vaccin is.
Gammaglobulinen mogen samen met alle gedode vaccins gegeven worden, evenals met vaccinatie tegen gele koorts, oraal buiktyfusvaccin en oraal poliovaccin. Het levende vaccin tegen mazelen moet minstens twee weken vóór of 12 weken na de gammaglobulinen gegeven worden (6 maanden na bloedtransfusie).
Personen die ooit hepatitis A doormaakten moeten niet gevaccineerd worden. Personen die langer dan 1 jaar in de tropen verbleven en personen geboren vóór 1955 hebben ook een reële kans om reeds hepatitis A (eventueel zonder symptomen) te hebben doorgemaakt. In deze gevallen loont het de moeite om eerst de immuunstatus (hepatitis A IgG of totale antistoffen - geen IgM) na te kijken alvorens tot vaccinatie over te gaan, althans indien er nog voldoende tijd is vóór het vertrek. Vaccinatie van een persoon die reeds antistoffen heeft, houdt echter geen enkel risico in op nevenwerkingen.
Overigens heeft het geen zin om na de vaccinatie de aanmaak van antistoffen te willen controleren (zoals dat wel nuttig kan zijn na hepatitis B vaccinatie), omdat de beschikbare routinetests voor de detectie van hepatitis A IgG antistoffen niet voldoende gevoelig zijn, en dus geregeld een vals-negatief resultaat geven.

Dr. Van Damme -UIA
Dr. Van Gompel- IMT Antwerpen

Een uitgebreide bibliografie is op aanvraag verkrijgbaar.

Kort

DIFTERIE

Sinds kort is een gecombineerd vaccin tegen difterie en tetanus verkrijgbaar, met een aangepaste dosering voor volwassenen*.

Dankzij systematische vaccinatie komt difterie bij ons haast niet meer voor. In andere gebieden is de situatie minder gunstig: zo wordt in Rusland, Oekraïne en in de rest van de ex-Sovjetunie sinds ongeveer 2 jaar een sterke toename van het aantal gevallen van difterie vastgesteld.

Een vaccinatie tegen difterie is dan ook aanbevolen voor reizigers die zich naar deze landen begeven. Nu dit vaccin bestaat is het aangewezen het steeds te gebruiken voor reizigers indien een tetanus-rappel nodig is.
Onderzoek naar de seroprevalentie in de westerse landen toont aan dat 50 tot 80% van de mensen geboren vóór 1955 waarschijnlijk niet meer tegen difterie zijn beschermd.

(*): Tedivax Pro Adulto ®, vanaf de leeftijd van 7 jaar (de volwassenendosis is 1/8 van de pediatrische dosis).
Dit vaccin wordt sinds 1/5/95 terugbetaald in de categorie B.

HAEMOPHILUS INFLUENZAE TYPE b

Het vaccin tegen Haemophilus influenzae type b wordt terugbetaald door het RIZIV in de terugbetaalingscategorie B sinds 1 april 1995 (Zie ook «Hib vaccin» - Vax Info n° 11).

MMR-VACCIN

Sinds april 1995 stellen de Vlaamse en de Franse Gemeenschappen het MMR-vaccin gratis ter beschikking van de geneesheer, voor de rappel op 11 à 12 jaar.

Combinatievaccins

IN DE NABIJE TOEKOMST

Met de voortdurende uitbreiding van het aantal aanbevolen vaccins kan het in de praktijk een probleem worden om al die vaccins te moeten toedienen. Een mogelijke oplossing zijn combinatie-vaccins tegen verschillende ziekten.

De potentiële voordelen van dergelijke combinatievaccins zijn aanzienlijk : een betere vaccinatiegraad door het verminderd aantal contacten en injecties die vereist zijn ; een gevoelige vermindering van de kosten (door een lager verbruik van naalden, minder personeel, minder transport- en opslagkosten...). Zonder dergelijke combinatievaccins zal een uitgebreid vaccinatieprogramma in de toekomst niet haalbaar zijn.
De combinatievaccins kunnen in twee grote groepen worden onderverdeeld : de conventionele vaccins en de vaccins van een nieuwe generatie.

De conventionele vaccins

Geïnactiveerde vaccins

Hier bestaan twee problemen. Het eerste is van biologische aard, met name de potentiële onverzoenbaarheid van de antigenen van de vaccins. Het tweede probleem is de mogelijke incompatibiliteit van bewaarmiddelen, adjuvantia en stabiliserende middelen.
Er bestaan al geruime tijd combinatievaccins, zoals b.v. het trivalente geïnactiveerde poliovaccin (IPV-Salk), difterie-tetanus-pertussis (DTP), influenza A en B en de polysaccharide-vaccins tegen pneumokokken en meningokokken.
Recent werden nieuwe combinatievaccins op punt gesteld. Zo hebben studies bij kinderen met het nieuwe DTP-hepatitis B-vaccin aangetoond dat het zeer immunogeen is. Hetzelfde geldt voor het DTP-Haemophilus influenzae type b (DTP-Hib), DTP-IPV en DTP-Hib-IPV die reeds in verschillende landen worden gecommercialiseerd.

Afgezwakte levende vaccins

Het probleem bij deze vaccins is de mogelijke wisselwerking tussen de afgezwakte virussen die de reactie op één van hen kan verminderen. Dit probleem kan omzeild worden door de dosis te verhogen of door een extra dosis toe te dienen.
Omwille van dit probleem zullen deze vaccins wellicht maximaal 4 à 5 verschillende vaccins combineren.
Bekende voorbeelden van dergelijke combinatievaccins zijn het trivalent poliovaccin Sabin en het trivalent MMR-vaccin. De combinatie MMR met varicella is momenteel in voorbereiding.
Wat het MMR-vaccin betreft, dient aangestipt te worden dat alle componenten zeer immunogeen zijn en dat men seroconversies van 90 % bereikt indien het vaccin na het eerste levensjaar wordt toegediend.

Vaccins van de nieuwe generatie

Nieuwe methoden worden uitgeprobeerd om combinatievaccins te ontwikkelen.
• Een voorbeeld hiervan zijn de vector-gecombineerde vaccins. Bij deze methode wordt DNA, die verschillende antigenen (van diverse pathogenen) codeert, ingebouwd in levende geattenueerde organismen, zowel virussen als bacterieën. Komen hiervoor in aanmerking: het koepokvirus (vaccinia), BCG-Bacil, Salmonella… Het veterinaire rabiesvaccin, op punt gesteld met deze techniek, wordt met goed gevolg gebruikt om in het wild levende vossen te vaccineren.
• Een andere techniek waarvan veel verwacht wordt zijn de vaccins met vertraagde werking. Door antigenen op te slaan in afbreekbare microsferen met wisselende diameter, wordt het vaccin vertraagd en gecontroleerd vrijgezet. Het effect is te vergelijken met toediening op verschillende tijdstippen, wat herinentingen overbodig zou maken. Deze techniek werd reeds toegepast op het tetanus-anatoxine.
• Een andere piste voor de ontwikkeling van combinatievaccins vertrekt van synthetische polypeptiden die drager zijn van de epitopen van verschillende antigenen. Hierdoor zou de immuniteit tegen verschillende pathogenen worden uitgelokt.
• Men verwacht ook veel van de zgn. naakt DNA-techniek. Tot grote verrassing blijken zuivere nucleoproteïnen die een vreemd eiwit coderen, na IM-inspuiting namelijk een uitstekende cellulaire immuniteit uit te lokken. Het vermoeden bestaat dat de spiercellen fungeren als fabriekjes van het vreemde eiwit aangeboden door DNA. Een vaccin tegen influenza A op deze manier aangemaakt, bood bij muizen bescherming tegen een letale infectie.
De veiligheid van deze techniek moet echter nog aangetoond worden, vooral wat het mogelijk integreren van DNA in het gastheergenoom betreft.

Dr. P. Trefois
Naar een uiteenzetting en een tekst van Dr. F. André

Zwangerschap, borstvoeding en prematuren

VACCINATIESTRATEGIËEN

- Tijdens de zwangerschap kunnen alleen de vaccins tegen tetanus, difterie, Influenza en Hepatitis B zonder enig risico worden toegediend. Bij de beslissing om andere vaccinaties toe te passen moeten de voordelen afgewogen worden tegen de eventuele risico's. Vaccinatie tegen mazelen, bof en rode hond, varicella, buiktyfus (levend vaccin) en BCG zijn tegenaangewezen.
- Tijdens de periode van borstvoeding kunnen zowel gedode als levende vaccins worden toegediend zonder enig risico voor moeder of kind.
- Prematuren kunnen op dezelfde chronologische leeftijd gevaccineerd worden als normaal geboren kinderen, volgens dezelfde schema's en met inachtname van dezelfde voorzorgen.

Zwangerschap

Een vaccinatie is slechts zelden nodig tijdens de zwangerschap. Toch kan het soms aangewezen zijn om een zwangere vrouw te vaccineren.
Welke vaccins kunnen dan zonder risico worden toegediend ?

Toegelaten vaccins

• Het tetanusvaccin en het gecombineerde vaccin tegen tetanus en difterie (Tedivax Pro Adulto) kunnen zonder risico worden toegediend. Bij een zwangere vrouw die meer dan 10 jaar geleden een volledige tetanusvaccinatie kreeg, volstaat een rappel. Anders zal een volledig vaccinatieschema moeten gevolgd worden.
• Het gedode poliovaccin kan worden toegediend indien de zwangere vrouw een risico op een natuurlijke besmetting loopt.
• Het vaccin tegen Hepatitis B is aangewezen voor vrouwen uit risicogroepen. Alle zwangere vrouwen dienen getest te worden op de aanwezigheid van HbsAg.
Vrouwen die besmet zijn met hepatitis B dienen nauwgezet te worden gevolgd. Het kind ontvangt dierct na de geboorte specifieke immunoglobulinen en het vaccin.
• Het vaccin tegen influenza en pneumokokken is aanbevolen voor vrouwen bij wie een risico bestaat op complicaties ingeval van besmetting.

Vaccins die in uitzonderlijke omstandigheden kunnen toegediend worden.

• Het orale poliovaccin kan toegediend worden aan vrouwen die een ernstig risico lopen of die dreigen blootgesteld worden aan een natuurlijke infectiehaard. Het gedode poliovaccin verdient de voorkeur indien een volledige vaccinatie mogelijk is vóór blootstelling aan het virus.
• Vaccinatie tegen gele koorts is alleen aangewezen voor zwangere vrouwen die reizen in streken waar de ziekte endemisch voorkomt. In dat geval weegt het eventuele risico verbonden aan de vaccinatie op tegen het risico verbonden aan een infectie.
Dezelfde redenering kan gevolgd worden voor de vaccins tegen buiktyfus (injecteerbaar gedood vaccin) en meningokokken (A,C, Y, W).

Vaccins die tegenaangewezen zijn

• Het vaccin tegen mazelen, bof en rode hond is tegenaangewezen tijdens de zwangerschap.
Herinneren we eraan dat men bij alle vrouwen in de vruchtbare leeftijd de rubella-vaccinatiestatus dient na te gaan op basis van een geschreven document.
• Ook de levende vaccins tegen buiktyfus, varicella en BCG zijn tegenaangewezen.

Passieve immunisatie

Stippen we voor de volledigheid nog aan dat het toedienen van immunoglobulinen aan zwangere vrouwen geen gekende risico's inhouden voor de foetus.

Vaccinatie van kinderen van zwangeren

Het trivalente MMR-vaccin kan zonder enig risico worden toegediend aan kinderen van zwangere vrouwen.
Ook het levende poliovaccin (Sabin) kan zonder problemen worden toegediend. Er zijn nl. geen gevallen bekend van transmissie van dit vaccinale virus naar de foetus.

Borstvoeding

Zowel de levende als de gedode vaccins kunnen veilig worden toegediend aan moeder en kind tijdens de periode van borstvoeding. Borstvoeding heeft geen invloed op de immuniteit en is ook geen contra-indicatie. Voor kinderen die borstvoeding krijgen, kunnen de normale vaccinatieschema's gevolgd worden.
Alhoewel de levende geattenueerde vaccins zich kunnen vermenigvuldigen in het lichaam van de moeder, worden de meeste niet teruggevonden in de moedermelk, met uitzondering evenwel van het vaccinale virus tegen rubella. Maar dit virus vormt geen gevaar voor het kind. Indien er wel een infectie optreedt, wordt die goed verdragen. Ook het gele koorts-vaccin en een rappel met het orale poliovaccin, kunnen aan zogende moeders worden toegediend. Bij een primo-vaccinatie wordt de voorkeur gegeven aan het gedode poliovaccin (Salk), zoals aan alle volwassenen.

Prematuren

Prematuren kunnen op de normale chronologische leeftijd gevaccineerd worden volgens hetzelfde schema en met dezelfde voorzorgen als kinderen die op het normale tijdstip zijn geboren.
Laag geboortegewicht of geringe geboortelengte zijn doorgaans geen reden om de routine-vaccinaties uit te stellen. Ook kunnen de normale dosissen van de vaccins worden gebruikt.
Prematuren van moeders die drager zijn van HbsAg ontvangen zo snel mogelijk na de geboorte een combinatie van specifieke immunoglobulinen en het vaccin tegen hepatitis B. ■

Dr. P. Trefois

Bronnen:
General recommandations on Immunization, MMWR, january 28, 1994, Vol. 43, n°RR-1.
Chris Provost, Geneesmiddelen bij zwangerschap, deel 1, Uitg. Acco Leuven, 1995.

Mazelen en bof

INCIDENTIE DAALT

De vaccinatie met het trivalent vaccin tegen mazelen, bof en rubella is ruim verspreid sinds 1985. Het aantal gevallen van mazelen en bof dat geregistreerd wordt door de peilpraktijken is de laatste jaren spectaculair gedaald.
Momenteel bestaat het risico dat deze ziekten op latere leeftijd opduiken, zodat een systematische herhalingsdosis rond de leeftijd van 11-12 jaar is aangewezen. Het vaccin wordt vanaf april trouwens gratis ter beschikking gesteld door de Vlaamse Gemeenschap.

Sinds 1982 worden alle gevallen van mazelen en bof die gezien worden in de huisartsenpraktijken en die gediagnosticeerd worden op basis van klinische diagnose, geregistreerd door een net van peilpraktijken. Deze registratie laat toe om de invloed van de vaccinatie op de epidemiologie van deze ziekten te evalueren.
Tussen 1982 en 1993 stelt men een gevoelige daling vast van beide ziekten. De daling is iets sterker in Vlaanderen, maar dit verschil is statistisch niet significant. De vermindering is het sterkst in de leeftijdsgroep tussen 1 en 9 jaar. Voor mazelen wordt geschat dat de incidentie gedaald is van 13.137 per 100.000 inwoners in 82-83 tot 877 per 100.000 in 91-92.

Tabel 1

	mazelen/ Vlaanderen	mazelen/ Wallonië	bof/Vlaanderen	bof/Wallonië
Geschatte incidentie per 100.000 (1982-83)	714	1281	548	1103
Geschatte incidentie per 100.000 (1987-90)	79	250		
Geschatte incidentie per 100.000 (1991-93)	75	102	130	163

Volgens de peilpraktijken zijn bijna 90 % van de kinderen tussen 1 en 4 jaar gevaccineerd tegen beide ziekten.

Complicaties

Bij mazelen treden in ongeveer 15% van de gevallen verwikkelingen op : vooral middenoorontstekingen en als meest ernstige pneumonie. Bij bof worden in 4% van de gevallen verwikkelingen vastgesteld : 1,2% hersen-vliesontsteking en 0,9 % orchitis. 21 op 1.000 patienten met mazelen en 12 op 1.000 met bof, dienden gehospitaliseerd te worden.

Herhalingsinspuiting op 11 à 12 jaar

Tussen 1991 en 93 verhoogde de incidentie van mazelen in Vlaanderen in de leeftijdsgroep van 10-14 jaar (van 204 naar 376/100.000). Dit wordt wellicht verklaard door de massale inenting sinds 1985 met een eenmalige dosis rond de leeftijd van 15 maanden. De vaccinatiegraad van de kinderen geboren vóór 1984 ligt zeer laag, maar ze komen pas op latere leeftijd voor de eerste keer in contact met het virus door de verminderde incidentie in de globale bevolking.
Men mag er dus van uitgaan dat het aandeel van de volwassenen met mazelen zal blijven toenemen in de leeftijdscohorten geboren vóór 1984. Daarom beveelt de Hoge Gezondheidsraad in een advies van 31 maart 1993 een veralgemeende herhalingsvacciantie aan rond de leeftijd van 11 - 12 jaar. ■

Dr. V. Van Casteren - IHE

Bron:
Surveillance van mazelen en bof door de huisartsenpeilpraktijken 1982 - 1993.
J. Van der Veken en V. Van Casteren. Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie.

Hepatitis B

Hepatitis B is één van de belangrijke gezondheidsproblemen bij adoptiekinderen uit de Derde Wereld. Diverse studies hebben aangetoond dat bij adoptie van een kind afkomstig uit een land waar hepatis B (HBV) endemisch voorkomt, een groot risico op horizontale transmissie binnen het adoptiegezin bestaat.

62 % van de buitenlandse adoptiekinderen in België (periode 81-88) komen uit Azië (India, Korea, Sri-Lanka, Philippijnen en Indonesië), 32 % uit Centraal- en Zuid-Amerika (Chili, Colombia, Haïti, Guatemala en Brazilië), 5 % uit Afrika (Rwanda en Mauritius) en 1 % uit het voormalige Oostblok. Sinds 1989 neemt vooral het aandeel van de Oosteuropese landen toe.
In die regio's varieert de prevalentie van HBsAg (virusdragers) tussen 2 en 15 %, wat veel hoger is dan in West-Europa. Bij adoptiekinderen uit Roemenië werden zelfs percentages van 35% gevonden. Enkele studies toonden aan dat 33 tot 100 % van deze virusdragers ook HBeAg-positief waren, en dus een zeer besmettelijke bron van HBV vormen.

Transmissie

De HBV-infectiepercentages in adoptiefamilies die blootgesteld zijn aan een HBsAg-positief adoptiekind, schommelen tussen 9 en 61 %.
Transmissie van het virus gebeurt doorgaans in het eerste jaar na de adoptie, is het frequentst wanneer het adoptiekind jonger is dan 3 jaar en is afhankelijk van de duur van blootstelling aan het virus. Of adoptie-ouders een groter risico lopen dan de broers en zusters van het adoptiekind, is momenteel nog niet duidelijk. Kinderen maken vaker een subklinische infectie door met stille evolutie, waardoor veel infectiegevallen onopgemerkt blijven.

Aanbevelingen

• Een goede informatie en begeleiding van de (toekomstige) adoptie-ouders, is essenti'el. Dit is in het voordeel van het adoptiekind en het komt het hele adoptiegebeuren ten goede. Ze moeten exacte en ondubbelzinnige informatie krijgen over de mogelijke gezondheidsproblemen in het algemeen en over het hepatitis-B-risico in het bijzonder.
• Ieder adoptiekind dient grondig onderzocht te worden. Indien het adoptiekind HBsAg-positief blijkt te zijn, dienen alle gezinsleden te worden gevaccineerd (dit is een aanbeveling van de *Centers for Disease Control* van de USA sinds 1985). Deze aanbeveling geldt trouwens niet alleen voor adoptiekinderen.
• In laag-endemische streken is het niet nodig om vóór de vaccinatie een screening uit te voeren. Dit is wel zinvol indien het adoptiekind al langer dan één jaar in het gezin verblijft, omdat er dan wellicht al een besmetting is geweest.
• Bij accidentele percutane of permucosale contacten is het aangewezen om specifieke immunoglobulinen toe te dienen als prophylaxis na blootstelling bij niet-beschermde familieleden of kennissen.

In België bestaat er tot op heden geen enkele officiële aanbeveling om adoptiegezinnen in te enten tegen hepatitis B zo het adoptiekind HBV-drager is. Willen we deze vorm van transmissie indijken, dan is er dringend nood aan een duidelijk vaccinatiebeleid met terugbetaling van vaccins. ■

Dr. P. Van Damme
UIA

Bronnen:
- Garmijn K, Eeckels R, Eggermont E, Medisch onderzoek van buitenlands adoptiekinderen. Tijdschr voor Geneeskd, 1993; 49: 721-726.
- Friede A, Harris J R, Kobayashi J M et al. Transmission of hepatitis B virus from adopted Asian children to their American families. Am J Public Health, 1988; 78: 26-29.
Een uitgebreide bibliografie is op aanvraag beschikbaar.

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. Patrick 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 : A. T'Seyen, 65 Sans Soucistraat - 1050 Brussel.

Indien U vragen hebt in verband met vaccinatie, kunt u steeds schrijven naar Dr. P. Trefois. 65 Sans Soucistraat, 1050 Brussel. De vragen worden dan in een volgend nummer beantwoord door een lid van de Wetenschappelijke Denkgroep Vaccinatie.