VAX INFO

Nr.22

OKTOBER 1998

HEPATITIS B

WAAROM ZUIGELINGEN EN KINDEREN VAN 11-12 JAAR VACCINEREN?

De universele vaccinatie tegen hepatitis B vormt niet alleen een belangrijk element in de individuele bescherming tegen de ziekte, maar het is ook een essentieel onderdeel van een meer globale gezondheidspolitiek die erop gericht is de ziekte op termijn radicaal uit te roeien.

Het risico op hepatitis B op jonge leeftijd is weliswaar beperkt in ons land. Maar met de universele hepatitis B vaccinatie van zuigelingen en één cohorte adolescenten wil men bijdragen tot het globaal plan van de WGO om hepatitis B wereldwijd onder controle te houden en op middellange termijn uit te roeien. Momenteel participeren wereldwijd meer dan 95 landen aan dit plan via zuigelingenvaccinaties en/of adolescentenvaccinatie. In West-Europa zijn Duitsland, Frankrijk, Italië, Luxemburg, Portugal, Spanje en Zwitserland ondertussen gestart met dergelijke vaccinatieprogramma's.

Bij de bestrijding op grote schaal van een infectieziekte via vaccinatie is het zeer belangrijk dat het vaccinatieprogramma niet alleen rekening houdt met epidemiologische en economische gegevens, maar erop gericht is een zo groot mogelijke dekkingsgraad te bereiken. In concrete betekent dit dat de hepatitis B vaccinatie geent wordt op bestaande vaccinatieprogramma's, met name de zuigelingenvaccinatie en de adolescentenvaccinatie op 11 - 12 jaar.

Verwachte resultaten

De selectieve vaccinatie zoals die al enkele jaren wordt toegepast zorgt voor een lage dekkingsgraad. De meeste risicogroepen zijn moeilijk te bereiken (zoals drug gebruikers), of zijn soms moeilijk te identificeren (bv. personen met wisselende seksuele contacten).

De universele vaccinatie daarentegen van 11-jarigen is haalbaar in landen met een georganiseerde schoolgeneeskunde, zoals Belgie waar een goede dekkingsgraad mogelijk moet zijn.

De vaccinatie van pasgeborenen is gemakkelijk haalbaar in landen met een georganiseerde moeder- en kindzorg, zoals Belgie. Vaccinatie via Kind en Gezin en via huisartsen en pediaters kan zorgen voor een vaccinatiegraad van meer dan 90 %.

De bijkomende voordelen van de zuigelingenvaccinatie zijn : bij vaccinatie op zeer jonge leeftijd bedraagt de kans op seroconversie en bescherming meer dan 99%;
- vaccinatie van pasgeborenen zal proportioneel een groter aantal dragers voorkomen.
De tijdelijke combinatie van de universele HB-vaccinatie voor pasgeborenen en 11-jarigen combineert de voordelen van de twee systemen en zorgt voor een snelle, belangrijke en blijvende impact van de interventie op de incidentie van hepatitis B.

INHOUD

Hepatitis B p.1-2
Waarom zuigelingen en kinderen van 11-12 jaar vaccineren?

Preventie.....p. 2-6
- Vaccinatie na blootstelling (deel 2)
- Hondenbeten

Griep.....p. 6-7
Balans 1997 - 1998 en nieuwe griepvaccins

Vaccinatie tegen hepatitis B.....p. 7-8
Preventie van primaire leverkanker door immunisatie

Vragen / antwoorden .....p. 8
Kinkhoestvaccin

Actuele gegevens

Extrapolatie van serologische gegevens in Belgie van 1993-94 toont dat ongeveer 700.000 mensen ooit al in hun leven hepatitis B hebben opgelopen. Ongeveer 70.000 onder hen zijn drager van het virus gebleven. Ook al neemt de jaarlijkse incidentie af, tonen gegevens van het IHE (1991- 1992) dat er jaarlijks ongeveer 2000 nieuwe HB-infecties optreden, ondanks de huidige preventiemaatregelen(1). Ook al is hepatitis B lange tijd onderschat geweest, tech blijkt - na vergelijking met andere vaccineerbare kinderziekten - dat de impact van deze ziekte zelfs in laag endemische landen aanzienlijk is.

De specifieke besmettingsrisico's voor het jonge kind, de adolescent en de volwassene zijn niet te verwaarlozen (1). Een sero-prevalentiestudie uitgevoerd in de Franse Gemeenschap in 1992 toonde dat 3,9% van de volwassenen (18-29 jaar) en 1,9% van de kinderen tussen 5 en 9 jaar ooit besmet werd. Uit dit onderzoek bleek dat de meerderheid van de HBV-infecties die tot dragerschap leiden, tijdens de kinderjaren worden opgelopen (2).

Economische evaluatie

De economische evaluatie toont aan dat de universele hepatitis B-vaccinatie van 2 cohorten (zuigelingen en 1 cohorte adolescenten) een zeer gunstige kosten-effectiviteits-verhouding heeft voor de overheid die de gezondheidszorg financiert, in vergelijking met de kosten-effectiviteit voor andere preventie-campagnes (zoals bv. vaccinatie tegen Haemophilus influenzae type b, die minstens 150 maal minder renderend is dan HB-vaccinatie) (3).

Dit wil zeggen dat van de onmiddellijke investering (vaccin + toedieningskost) op lange termijn 89 a 93% kan worden terugverdiend door besparingen in de behandelingskosten ten laste van het RIZIV.

Veiligheid

De veiligheid van de hepatitis B vaccins wordt niet alleen door de producenten maar ook door de Wereldgezondheidsorganisatie als uitstekend beschouwd, meer nog, als voldoende veilig om dit vaccin in universele vaccinatieprogramma's te gebruiken.

Tenslotte, wie de vraag stelt naar risico's van vaccinatie moet ook de vraag stellen naar de aansprakelijkheid in geval van hepatitis B-infectie bij iemand die had kunnen gevaccineerd worden in het kader van een universeel vaccinatieprogramma.

Dr. P. Van Damme

Literatuur:

(1) Beutels M, Van Damme P, Aelvoet W, et al. Prevalence of hepatitis A, B and C in the flemish population. Eur J Epidemiol, 1997; 13: 275-280.

(2) Van Loock F, Rubbens Ch. Enquete sur la prevalence de l'hepatite B en Communaute française de Belgique. Rapport Institut d'Hygiene et d'Epidemiologie, Bruxelles, Novembre 1994.

(3) Beutels P, Tormans G, Van Damme P, Van Doorslaer E. Universele hepatitis B vaccinatie in Vlaanderen: kosteneffectief? Tijdschr Soc Gezondh, 1996; 74 : 270-279.

MEDEDELING

MBR: nieuw vaccin

De firma SmithKline Beecham meldt de registratie van Priorix. Dit vaccin bevat een stam van het bofvirus, afgeleid van de Jeryl Lynnstam (RIT 4385 mumpsvirus). De stammen van mazelen en rode hond zijn de klassieke stammen van het MBR-vaccin.

Preventie

In dit nummer vervolgen we het tweedelig artikel waarin we een overzicht geven van infecties waarbij vaccinatie aangewezen is ook nadat men is blootgesteld geweest aan het infectieus agens. De snelheid waarmee wordt opgetreden zal uiteraard het succes mee bepalen. In onderstaande tabel hebben we de voornaamste gegevens samengebracht.

	incubatietijd	periode van besmettelijk-heid	wijze van besmetting	aard van het vaccin	rol voor het vaccin na blootstelling	immuun globulinen-aard	rol voor de immuun-globulinen na blootstelling
varicella	12-16 dagen	1-2 dagen voor het verschij-nen van de rash tot maxi-maal 5 da-gen na het ver-schijnen van de eerste blaasjes, zie tekst (1)	contact met blaasjesvocht	levend afgezwakt	zie tekst (2)	aspecifieke IV zie tekst (3)	ja, in bijzondere gevallen bij niet immune personen zie tekst (4)
difterie	2-5 dagen	variabel zie tekst (5)	speekseldruppels	anatoxine (geïnactiveerd difterietoxine	geen zie tekst (6)	specifieke: paardeserum (Behring), humane (Berna)	geen zie tekst (7)
tetanus	van 1 dag tot 3 weken (gemiddeld tussen 3 dagen en 3 weken)	(-)	bevuilde wonden	geïnactiveerd tetanus-toxine)	ja zie tekst (8)	hummaan	ja zie tekst (8)
kinkhoest	6-20 dagen, gewoonlijk 7-10 dagen	vanaf het catarrale stadium tot 3 weken na het optreden van het begin van de typisch hoestbuien; of tot 5 dagen na het starten van de antibiotica	speekseldruppels	whole cell vaccin; acellulair vaccin	geen zie tekst (9)	(-)	(-)
polio	3-35 dagen, gewoonlijk 7-14 dagen	faeces: 3-6 weken of langer; keel 1week; grootste besmettelijkheid is enkele dagen voor tot enkele dagen na het begin van de symptomen	faeces (zelden keelsecreties)	levend oraal (Sabin) of geïnactiveerd injecteerbaar (Salk)	geen zie tekst (10)	(-)	(-)
rabies	7 dagen - meer dan 1 jaar, gewoonlijk 1-3 maanden	zie tekst (11)	via speeksel	gedood volledig virus	ja zie tekst (12)	humaan, specifiek	ja; 20 IE/kg zie tekst (13)
meningo-kokken	2-10 dagen, gewoonlijk binnen de 5 dagen	tot 24 uur na het instellen van de aangepaste antitbioticatherapie , zie tekst (14)	speekseldruppels	gezuiverde kapselpolysacchari den (enkel van de serogroepen A, C, W, Y)	ja, bij epidemie zie tekst (15)	(-)	(-)
FSME	2-28 dagen (gewoonlijk 1-2 weken)	(-)	besmetten teken in endemisch gebied (niet in België)	gedood	geen zie tekst (16)	humaan, specified (niet in België te verkrijgen)	ja zie tekst (17)

COMMENTAAR

Varicella

(1) De besmettelijke periode kan langer zijn bij personen met verminderde immuniteit.

(2) Het vaccin biedt bescherming indien het binnen de 3 dagen na het besmettend contact wordt toegediend. Maar het mag niet worden toegediend aan bepaalde personen die het hoogste risico lopen bij varicella: : o.a. sommige immuundeficiente personen en zwangeren (zie Vax Info 1994; 10 : 6-7). Bij immuungedeprimeerden kan het aangewezen zijn om na blootstelling een behandeling met acyclovir te beginnen omdat het de kans op infectie of de ernst ervan vermindert.

(3) Indien er geen specifieke immunoglobulinen beschikbaar zijn (wat het geval is in Belgie), kunnen ook niet-specifieke worden toegediend (intraveneus vaccin).

(4) Het gaat hier o.a. over immuundeficiente personen; zwangeren die varicella doormaken of in contact kwamen met een besmet iemand; pasgeborenen waarvan de moeder varicella doormaakte in de periode van 5 dagen vóór tot 2 dagen na de bevalling; personeel van neonatale intensieve zorgenafdeling of afdeling voor verzorging van o.a. leukemiepatienten.
De immunoglobulinen dienen binnen de 4 dagen na de blootstelling te worden toegediend, liefst binnen 24 uren.

Difterie

(5) Gezonde dragers blijven meerdere maanden besmettelijk. Na het starten van een antibioticakuur komt er onmiddellijk een einde aan de besmettelijkheid.

(6) Er is geen onmiddellijke bescherming; het kan we1 een aanleiding zijn voor een rappelinenting, een vervollediging of een primovaccinatie.

(7) Bij nauw contact : chemoprofylaxe met penicilline of erythromycine, samen met een bacteriologische (neus-en keelsecreet) en klinische follow-up gedurende 7 dagen. Maak van de gelegenheid gebruik voor een rappel-inenting (volgens US-richtlijnen alleen nodig indien laatste inenting langer dan 5 jaar geleden), een vervol-lediging of primovaccinatie in functie van de vacci-natiestatus.

Tetanus

(8) Er zal meestal een sterk antistof-antwoord volgen na een injectie met het tetanus-anatoxine bij iemand die ooit volledig werd gevaccineerd, zelfs al is dit 25-30 jaar geleden. Maar het kan 4 tot 7 dagen duren vooraleer de antistofaanmaak bij een dergelijk persoon weer goed op gang komt en een beschermende serumspiegel bereikt wordt. Men kan ondertussen tetanus ontwikkelen, aangezien de minimum incubatietijd van 1 dag tot enkele dagen bedraagt.
In geval van een wonde met verhoogd tetanusrisico (vooral kneus- of verbrijzelingswonden, prikwonden door houtsplinters, nagels of doornen, of wonden die met aarde of dierlijke uitwerpselen werden bevuild, dierlijke bijt- en krabwonden), is het toedienen van specifieke gamma-globulinen essentieel bij iemand die nooit tevoren of te lang geleden of op onvoldoende wijze werd gevaccineerd.
Bij personen met onzekere immuniteitstoestand of die niet of onvolledig werden gevaccineerd, wordt volledige vaccinatie (3 inentingen), resp. vervollediging van de vaccinatie aangeraden.
Voor personen die ooit een volledige basisvaccinatie hebben gekregen maar bij wie de laatste boosterinjectie meer dan 10 jaar geleden is : 1 dosis van het anatoxine volstaat, eventueel met specifieke gammaglobulinen indien het een risicovolle wonde betreft.
Telkens men een rappel tetanus toedient, verkiest men momenteel het gecombineerde vaccin dT (Tedivax Pro Adulto) (zie ook Vax Info 1996; 14 : 4-5)

Kinkhoest

(9) Blootgestelde kinderen worden 14 dagen klinisch gevolgd. Chemoprofylaxe overwegen voor nauwe contacten Het whole cell vaccin wordt niet meer toegediend na de leeftijd van 2 jaar (USA : niet meer na 6 jaar)
Mogelijk zal men in de toekomst systematisch het acellulaire vaccin gebruiken .om na de leeftijd van 2 jaar te boosteren, aangezien oudere kinderen en volwassenen verantwoordelijk zijn voor transmissie.

Polio

(10) Er is geen onmiddellijke bescherming. Het kan we1 een aanleiding zijn voor een rappelinenting, een vervollediging of een primovaccinatie.

Rabies

(11) De zieke patient is in principe besmettelijk via speeksel, tot aan zijn dood; in de praktijk geen overdracht van persoon tot persoon.

(12) Voor iemand die niet eerder gevaccineerd werd : 2 gelijktijdige inspuitingen op dag 1 (plus immunoglo-

bulinen), vervolgens een inspuiting op dag 7 en dag 2 1, met controle van de antistoffen op dag 30.
Beperkte serie voor iemand die door preventieve vaccinatie voldoende antistoffen heeft: 2 injecties, op dag 0 en 7, geen immunoglobulinen.

(13) Men dient 20 I.E./kg toe, de helft rond de wonde, de andere helft IM; wordt samen met de eerste dosis van de vaccinatie toegediend (uiteraard op een andere plaats); Het toedienen van immunoglobulinen heeft geen zin meer na een tijdsverloop van 8 dagen. Immuunglobulinen zijn niet nodig bij iemand die voorafgaandelijk voldoende werd gevaccineerd.
Neem in elk geval contact met Instituut Pasteur, Afdeling Rabies, Engelandstraat 642 te 1180 Brussel voor overleg en bekomen van immuunglobulinen en vaccin (tel 02/ 373.31.56 of via fax 021373.3 1.74. ; permanentie 24124 uur)
Een medisch voorschrift met vignet van de mutualiteit van de patient dient opgestuurd te worden. Het vaccin wordt aan de behandelende geneesheer toegestuurd, maar kan in dringende gevallen ter plekke worden opgehaald.
In geval van een beet door een mogelijk besmet dier is het van het grootste belang om de wonde (hoe klein of hoe oppervlakkig ook) met water en zeep uit te wassen (omdat het virus zeer gevoelig is voor detergenten), zeer goed te spoelen en vervolgens grondig te ontsmetten.
Niettegenstaande aangeraden wordt binnen de 24 uur met vaccinatie te starten, kan men, wanneer men tijdens een reis op verdachte wijze gebeten werd, zelfs na thuiskomst nog met inenten starten, na overleg met de artsen van het Pasteur Instituut Brabant, omdat de incubatietijd meestal erg lang is. .

Meningokokken A, C, W, Y

(14) Meningokokken verdwijnen uit neus en keel binnen 24 uren na het instellen van een antibioticakuur met fluoroquinolone of rifampicine. Een gezonde drager kan meerdere maanden drager blijven (maar geringe besmettelijkheid)

(15) Het duurt 7-10 dagen na injectie voor men een bescherming heeft. Bij nauw contact biedt vaccinatie geen onmiddellijke bescherming en dient een antibiotica chemoprofylaxis te worden gestart.
De vaccinatie heeft we1 zin in het kader van epidemische opstoot met infectie door meningokokken A of C (USA richtlijnen : meer dan 10 gevallen per 100.000 inwoners op drie maanden tijd; dit is niet het geval in Belgie). Tegen B (verantwoordelijk voor meer dan 90% van de meningokokken infecties in Belgie) is er (nog) geen werkzaam vaccin.

FSME

Tekenencefalitis van Centraal-Europa of "Frühsommer Meningo-Enzephalitis"

(16) Pas bescherming na 2-3 injecties, wat meerdere weken vergt.

(17) In Duitsland en Oostenrijk kan men dikwijls we1 beschikken over specifieke immuunglobulinen. De doeltreffendheid hiervan is max. 60-70 %. Ze moeten binnen de 96 uur kunnen worden toegediend. Toediening later dan de 4de dag heeft geen zin meer, en mag ook niet omdat het zelfs het risico inhoudt voor een meer fulminant verloop van de aandoening (zie Vax Info 1997; 18 : 4-5).

Andere

Er bestaat geen enkele reden voor toediening van vaccin of immunoglobulinen na blootstelling aan tuberculose, pneumokokken, Haemophilus influenza van het type b, influenza, gele koorts of Japanse Encephalitis.
Er bestaan we1 specifieke immunoglobulinen tegen CMV (Ivegam CVG), maar die worden uitsluitend gebruikt bij transplantatiepatienten ter preventie of behandeling van cytomegalovirose.

Prof. A. Van Gompel
DK P Trefois

HONDENBETEN

De incidentie van verwondingen ten gevolge van beten van dieren, is over het algemeen slecht gekend.
Een recente studie in de JAMA raamt het aantal hondenbeten waarvoor een beroep werd gedaan op een dienst spoedgevallen op 333.687 per jaar. Op basis van geregistreerde gegevens tussen 1992 en 1994 van de National Hospital Ambulatory Medical Care Survey, schatten de auteurs de incidentie van hondenbeten op 12,9 per 10.000 personen.
Kinderen tussen 0 en 9 jaar worden meestal aan het hoofd en de hals gekwetst (73% van de gevallen, tegenover slechts 30% bij ouderen*). Meer dan de helft van de beten gebeuren thuis. Volgens de Centers for Disease Control and Prevention zouden er in de VS elk jaar zo'n 20 mensen overlijden ten gevolge van een hondenbeet.
In Belgie beschikken we alleen maar over gegevens van het EHLASS-project (European Home and Leisure Accident Surveillance System) die ons toelaten om het aantal hondenbeten in 1995 te ramen op 9 per 10.000 kinderen tussen 0 en 4 jaar, 6 per 10.000 kinderen tussen 5 en 14 jaar, 4 per 10.000 tussen 15 en 24 jaar en 5 per 10.000 voor de groep tussen 25-44 en 45-64 jaar.

Hoe optreden?

De wonde dient zorgvuldig te worden gereinigd, maar mag niet primair gehecht worden. Men dient rekening te houden met eventuele besmetting met hondsdolheid, indien men in het buitenland wordt gebeten. Ook dient de vaccinatiestatus inzake tetanus te worden gecontroleerd. In sommige gevallen zal het nodig zijn om preventief antibiotica voor te schrijven. Dit is ondermeer het geval bij een zeer diepe beet die onmogelijk volledig kan gereinigd en ontsmet worden, bij verwondingen aan handen of voeten of wonden die reeds ouder zijn dan 8 uur. Ook bij patienten met een verhoogd risico op verwikkelingen (bv. ouder dan 50 jaar; immunogedeprimeerde patienten of personen met een alcohol gelnduceerde leverinsufficientie), is dit aangewezen. De eerste keuze is de associatie van amoxicilline-clavulaanzuur. Bij penicilline- allergie kan men doxycycline gebruiken; bij kinderen beneden 12 jaar en zwangere of zogende vrouwen: erythromycine.

* Volgens een andere studie bestaan 22% van de ongevallen die door honden worden veroorzaakt bij oudere mensen uit valpartijen, waarbij in 20% van de gevallen breuken worden vastgesteld.

Referenties

- Weiss H. B. , Friedman I, Coben J. H. Incidence of Dog Bite Injuries Treated in Emergency Departments. JAMA, 1998; 279: 51-53.
- Folia Pharmacotherapeutica mei 1997 / Vol24 n” 5: 36.
- Julliard J. Chiens qui tuent. La Revue Prescrire, 1992; 95: 170
- Red Book 1994
- EHLASS. Annual Report Belgium 1995.

Griep

Tijdens het seizoen 1997-98 werden in het noordelijk halfrond drie subtypes van het Influenza-virus (A/H3N2, A/MN1 en B) ontdekt met een ongelijke distributie. Na enkele gelsoleerde gevallen, werden vanaf februari zowat overal in Europa griepopstoten gesignaleerd.

Indien de eerste isolaties van het virus A/H3N2 die het meest voorkwamen tijdens het hele seizoen, antigenisch sterk leken op de vaccinale stam AlWuhanl359195 (H3N2), dook in februari 1998 onverwacht de stam A/Sydney/5/95(H3N2) op, die dominant was tijdens de rest van het seizoen.
In Belgie observeerden de huisartsen-peilpraktijken in de tweede helft van februari een gevoelige stijging van griep-syndromen, met een piek medio maart. Het normale niveau werd pas opnieuw bereikt aan het einde van de maand april. De intensiteit van de epidemische piek bleef zeer matig en lager dan vorig jaar. Twee indicatoren die goed de intensiteit van een epidemie aangeven, vertoonden geen noemenswaardige stijging: het werkverlet van korte duur bij de 39.000 personeelsleden van de NMBS bleef hetzelfde als het jaar voordien, en de lichte oversterfte (alle oorzaken samen) lag lager dan de vorige jaren (sinds 1989).
Tot besluit kan men stellen dat deze epidemie zeer laat is begonnen, waardoor ze niet samenviel met de traditionele winterpiek van het Syncytiaal Respiratoir virus, dat ze vrij lang aanhield (2 maanden), maar dat ze weinig impact heeft gehad.

Efficiëntie van het vaccin

Er werden veel vragen gesteld over de efficientie van het vaccin gezien de circulatie van de Sydney-stam die niet in het vaccin was opgenomen.
Serologische studies bij gevaccineerden hebben echter aangetoond dat er een kruisimmuniteit bestond voor de Sydney-stam, al lagen de gemiddelde geometrische titers 50% lager dan tegenover de vaccinale stam. Deze bescherming tegen de onverwachte Sydney-stam mag dan beperkt zijn, het vaccin bleek dus we1 nuttig, temeer daar de circulerende stammen A/HlNl en B overeenkwamen met de vaccinale stammen.
Ter herinnering willen we aanstippen dat de overeenstemming tussen de 51 vaccinale stammen en de circulerende stammen over de laatste 16 jaar 88% bedraagt (1) (2). Dit bewijst de kwaliteit van het surveillance-netwerk van de WGO en onderstreept het belang van de vaccinatie in het algemeen, ondanks het feit dat variante stammen opduiken die minder gevoelig zijn voor het vaccin.
De WGO heeft ook de samenstelling van het vaccin voor volgend seizoen bekendgemaakt (2). De stammen A/Sydney/5/97(H3N2), A/Beijing/262/95(HlNl) en B/Beijing/184/93 (analoog aan Harbin/7/94) zijn erin opgenomen. A/Wuhan/359/95(H3N2) werd dus vervangen door de Sydney-stam.

Hong Kong

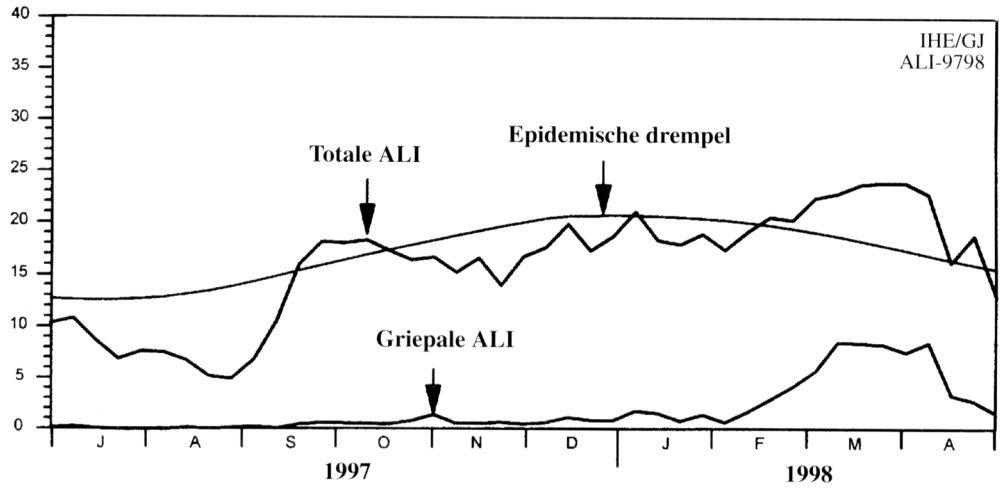
Ten gevolge van het opduiken in Hong Kong van een stam A/HSNl die aanleiding heeft gegeven tot een verontrustend begin van epidemie die gelukkig snel uitdoofde, signaleert de WGO dat de productie van een vaccin gericht tegen deze stam voor algemeen gebruik op dit ogenblik niet aangewezen is. Wat deze stam betreft is de gewone productiemethode op bevruchte kippeneieren onmogelijk gebleken vanwege de zeer hoge pathogeniciteit van het virus voor kippen. Deze episode heeft aangetoond dat het dringend nodig is om alternatieve productiemethodes te ontwikkelen waardoor

snel grote hoeveelheden vaccin kunnen worden aangemaakt.
Om de werkzaamheid van de actuele vaccins nog verder te verbeteren worden verschillende wegen momenteel bestudeerd: cellulaire cultuur, adjuvanten, gezuiverde neuraminidase, liposomen, virosomen, geconjugeerde vaccins, synthetische peptiden, recombinante vaccins en vaccins met naakt DNA.

Dr. R. Snacken - Wetenschappelijke Instituut voor Volksgezondheid - Louis Pasteur

Literatuur :
(1)Palache AM. Influenza Sub-Unit Vaccine - Ten years experience. Eur J Clin Res 1992 ; 3 : 117-38
(2) Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 1998-1999 season. Weekly Epidem Ret 1998; 73 : 56-63 de maand april.

Curve van acute luchtwegeninfecties en griep - situatie op 26 april 1998



Bron :
Wetenschappelijk Instituut van Volksgezondheid - Louis Pasteur
Dienst Epidemiologie en Virologie
J. Wytsmanstraat, 14
1050 Brussel
Tel. : 02/642 51 11
E-mail : snacken@ihe.be

Vaccinatie tegen hepatitis B

PREVENTIE VAN PRIMAIRE LEVERKANKER

De meest voorkomende vorm van primaire leverkanker op wereldschaal is het hepatocellulair carcinoom.

Deze vorm van leverkanker komt vooral voor in Z.O.-Azië, het Westen van de Pacific, Afrika (onder de Sahara) en een aantal ontwikkelingslanden.
Epidemiologische gegevens en laboratoriumonderzoek hebben het verband aangetoond tussen infectie met het hepatitis-B-virus en hepatocellulair carcinoom.
80% van de gevallen van hepatocellulair carcinoom kunnen worden toegeschreven aan een infectie met het hepatitis-B- virus (HBV).
HBV is het belangrijkste carcinogeen na tabak.
HBV persisteert vooral na perinatale infectie van pasgeborenen door de moeder-drager (40 B 50%), maar dragerschap treedt ook op bij 10 g 15% van de infecties bij volwassenen.
Persistente infectie met HBV leidt, volgens studies in Taiwan, tot een 100 maal hogere frequentie van hepatocellulair carcinoom dan in de niet-geïnfecteerde bevolking. Dit is het gevolg van de integratie van het viraal DNA in het chromosomaal DNA van de gastheer.

Een intensieve immunisatie-campagne in Taiwan leidde tot een daling van het HBV-dragerschap. Bij zesjarige kinderen daalde het aantal dragers van 10% in de periode van 198l-1986 tot 4,9% en 0,8% in de periode van 1990 tot 1994. Dit was het gevolg van de toename van de vaccinatiegraad van 15% van de pasgeborenen, geboren bij hoog-risicomoeders in 1984, tot 84 à 94% van alle pasgeborenen vanaf 1986. De sterke afname van de chronische infectie met HBV ging gepaard met een spectaculaire afname van hepatocellulair carcinoom bij kinderen van 6 à 14 jaar, van 0,7 per 100.000 in de periode 1981-86 tot 0,57 in 1986-89 en 0,36 van ‘90 tot ‘94. De incidentie van leverkanker nam nog sterker af bij de 6 à 19-jarigen : van 0,52 per 100.000 bij kinderen geboren tussen ‘74 en ‘84 naar 0,13 voor de groep

geboren tussen ‘84 en ‘86.
De studie in Taiwan bewijst het gunstig effect van de immunisatie bij de bestrijding van het HBV-dragerschap en van de hiermee gepaard gaande gevallen van hepatocellulair carcinoom.
In Europa zou veralgemeende HBV-vaccinatie per jaar 1 miljoen infecties kunnen voorkomen, evenals 90.000 chronische infecties die resulteren in 22.000 overlijdens door cirrhose en leverkanker.
Deze realisatie is een mijlpaal in de annalen van de preventieve gezondheidszorg. Het is de eerste maal dat door immunisatie een kanker kan worden voorkomen.

Prof. Dr. R. Clara

Literatuur :
- Chang M.H. et al. Universal hepatitis B vaccination in Taiwan and the incidence of hepatocellular carcinoma in children. N Engl J Med 1997; 336: 1855-9.
- Zuckerman A.J. Prevention of primary liver cancer by immunization. N Engl J Med 1997; 336: 1906-7.
- Schrooten P. Vaccinatie hepatitis B voorkomt leverkanker. Artsenkrant. 8 Aug. 1997 (1041) : p. 11-12.

Vragen / antwoorden

Wat moeten we doen bij kinderen op schoolleeftijd die in een instelling verblijven en die, om medische redenen (neurologische aandoeningen), niet werden gevaccineerd tegen kinkhoest ? Bestaat er geen risico op onaangename nevenwerkingen op de tetanus- en difterie-componenten van het acellulair vaccin?

Gezien kinkhoest een hinderlijke aandoening blijft, ook op latere leeftijd, en er de laatste jaren een lichte toename is van het aantal gevallen, is het aan te raden kinderen die op zuigelingleeftijd niet werden gevaccineerd, te vaccineren met het acellulair kinkhoestvaccin. Vooral bij kinderen met neurologische aandoeningen is dit vaccin aangeraden, gezien kinkhoest beschadiging van het centraal zenuwstelsel kan veroorzaken.

Indien deze kinderen in een instelling verblijven is dit een argument te meer om hen te vaccineren. Er is immers een grote kans dat ze andere kinderen in de instelling zullen besmetten.
Ik zou het schema willen voorstellen dat wordt toegepast bij kinderen ouder dan 1 jaar, bij wie de immunisatie werd verwaarloosd : 0 -2 -12 maanden (3 injecties).
Er is een maximum leeftijd van 6 jaar voor toepassing van het huidige acellulair pertussisvaccin, gezien de hoge dosis difterie-anatoxine.

In de toekomst wordt er naar gestreefd om alle kinderen op 6 jaar een booster toe te dienen met het acellulair vaccin. Hierdoor zal kinkhoest op volwassen leeftijd, met het risico op besmetting van jonge ongevaccineerde zuigelingen, sterk afnemen.

Terugbetaling van het acellulair pertussisvaccin zou prioritair voor deze categoric kinderen moeten worden voorzien.

Uw opmerking in verband met het risico op onaangename nevenwerkingen op de tetanus- en difterie-componenten van het acellulair vaccin, is volledig terecht.
Binnen de 5 jaar na een tetanusvaccinatie kan (zeer uitzonderlijk) een Arthus-fenomeen optreden. Na de leeftijd van 7 jaar bestaat de kans op onaangename nevenwerkingen op het difterie-anatoxine.

In de literatuur blijken de tetanus- en difterie-anatoxines in het acellulair pertussisvaccin echter zelden problemen op te leveren.
Toch zullen de firma’s in de toekomst een acellulairvaccin op de markt moeten brengen met enkel de pertussiscomponent of met een verminderde dosis difterie-toxoïd (pro adulto).

Prof. Dr. R. Clara

OPZET VAX INFO

Vax Info wil de artsen praktische en concrete infonnatie 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 Belgie en op wereldvlak.

Alle gepubliceerde artikelen worden besproken door de Wetenschappeliike Denkgroep <<Vaccinatie>>, samengesteld uit experts vóóral Belgische universiteiten en van diverse overheidsinstanties en verenigingen actief op het terrein van de vaccinatie. Auteurs noch experten worden voor hun medewerking vergoed.

De keuze en de inhoud van de artikelen worden uitsluitend door het redactiesecretariaat en de auteurs bepaald en engageren alleen maar deze laatsten.

Redactiesecretariaat
Dr. Patrick Trefois

Verantwoordelijke uitgever : P Trefois,
65 Sans Soucistraat - 1050 Brussel.

Indien U vragen hebt in verband met vaccinatie, kunt u steeds sehrijven naar het redactiesecretariaat, Sam Soucistraat 65, 1050 Brussel.

De vragen worden dan in een volgend nummer beantwoord door een lid van de Wetenschappelijke Denkgroep “Vaccinatie”. Het drukken en de verspreiding van “Vax Info” is mogelijk dankzij het mecenaat van SmithKline Beecham Pharma.

AANKONDIGING

De Sabin Prize for Vaccine Research in Belgium and Luxemburg 1998 zal in 1999 worden toegekend. Kandidaturen moeten uiterlijk op 30 juni 1999 worden ingediend. De kandidaturen worden gestuurd naar Dr. Francis Andre, SmithKline Beecham Biologicals, rue de 1’Institut 89 - 1330 Rixensart.