

VACCINATIE TEGEN KINKHOEST BIJ ADOLESCENTEN EN VOLWASSENEN

[Reeds verschenen in de rubriek “Goed om weten” op onze website op 30/7/2007]

Recent werd in de media aandacht besteed aan de vraag of een systematische herhalingsinenting tegen kinkhoest bij alle adolescenten zinvol zou zijn. Het doel van een dergelijke hervaccinatie is niet zozeer deze adolescenten te beschermen tegen kinkhoest, maar wel de overdracht van kinkhoest naar kinderen die (nog) niet (volledig) werden gevaccineerd, bv. zuigelingen jonger dan 2 maand vóór hun eerste vaccinatie, tegen te gaan: het is immers bij deze zeer jonge kinderen dat kinkhoest het meest ernstig verloopt. De rationale om de cohort van adolescenten te hervaccineren is dat wereldwijd de laatste jaren een stijging in de incidentie van kinkhoest wordt gezien (volgens sommigen is de stijging het grootst bij de adolescenten), en dat deze cohort vrij gemakkelijk te bereiken is. Een herhalingsinenting bij adolescenten wordt momenteel reeds in een aantal landen zoals Frankrijk, Duitsland, Canada en de Verenigde Staten, aanbevolen. Het blijft evenwel de vraag of deze strategie de beste is, en of niet meer inspanning moet worden geleverd om ervoor te zorgen dat de volwassenen die in contact komen met zuigelingen (bv. jonge ouders en hun naaste familiecontacten, het verzorgend personeel van pediatrie diensten en kinderdagverblijven, met inbegrip van onthaalmoeders) een herhalingsinenting krijgen. Dit laatste wordt momenteel aanbevolen door de Belgische Hoge Gezondheidsraad.

Hierbij wat achtergrondinformatie.

Huidige aanbevelingen voor kinderen

Op dit ogenblik wordt voor de primovaccinatie bij kinderen volgend schema aanbevolen: telkens één dosis op de leeftijd van 2 maand, 3 maand en 4 maand; een rappel op de leeftijd van 15 maand en op de leeftijd van 5 à 7 jaar. Daarbij wordt gebruik gemaakt van een acellulair kinkhoestvaccin, bij voorkeur als hexavalent vaccin (samen met de vaccins tegen polio, difterie, tetanus, hepatitis B en Hib). Meer details via de basisvaccinatiekalender aanbevolen door de Hoge Gezondheidsraad [via www.health.fgov.be/CSH_HGR, klik “Adviezen en Aanbevelingen” (zoekterm: “basisvaccinatieschema”) of via het Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium].

Huidige aanbevelingen voor adolescenten/volwassenen

In de Folia van juli 2004 werd reeds aandacht besteed aan de vaccinatie tegen kinkhoest bij adolescenten en volwassenen. Daarbij werd verwezen naar de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad (2003). De Hoge Gezondheidsraad raadt één herhalingsinenting tegen kinkhoest aan bij adolescenten en volwassenen die tijdens hun kinderjaren geen volledige vaccinatie tegen kinkhoest gekregen hebben. Volgens het advies van de Hoge Gezondheidsraad kan de arts daarnaast op individuele basis voor elke volwassene een herhalingsinenting tegen kinkhoest overwegen, onafhankelijk van de vaccinatiestatus; daarbij wordt wel aanbevolen speciale aandacht te besteden aan volwassenen die in contact ko-

men met zuigelingen: jonge ouders en hun naaste familiecontacten, alsook het verzorgend personeel van pediatrie diensten en kinderdagverblijven, met inbegrip van onthaalmoeders. Systematische vaccinatie tegen kinkhoest van adolescenten en volwassenen wordt op dit ogenblik in België dus niet aanbevolen.

Voor adolescenten/volwassenen dient gebruik gemaakt te worden van het vaccin tegen difterie-tetanus-kinkhoest met gereduceerde hoeveelheid difterie-anatoxine en Bordetella pertussis-antigenen: Boostrix®.

Mogelijke argumenten voor een systematische hervaccinatie bij adolescenten

- Kinkhoest is bij adolescenten en volwassenen, dankzij een volledige of partiële immuniteit, meestal geen ernstige aandoening; de ziekte gaat wel gepaard met een chronische hoest, maar vertoont zelden de klassieke kenmerken en complicaties van kinkhoest, en wordt daarom vaak klinisch niet herkend. De infectie zelf kan echter wel worden overgedragen, en men heeft gezien dat adolescenten en volwassenen een belangrijke bron van besmetting zijn voor zeer jonge kinderen. Een hervaccinatie heeft dan ook niet tot doel deze adolescenten en volwassenen tegen kinkhoest te beschermen. Deze hervaccinatie heeft wel als doel de overdracht van kinkhoest naar kinderen die (nog) niet (volledig) werden gevaccineerd, bv. zuigelingen jonger dan 2 maand vóór hun eerste vaccinatie, tegen te gaan: het is immers bij deze zeer jonge kinderen dat kinkhoest het meest ernstig verloopt.

- Daarenboven ziet men in meerdere landen met een hoge vaccinatiegraad dat de incidentie van kinkhoest bij adolescenten en volwassenen de laatste 10-15 jaar is toegenomen, en er zijn aanwijzingen dat deze stijging het grootst is bij adolescen-

ten. Deze toegenomen incidentie blijkt vooral verklaard te worden door een toegenomen alertheid en verbeterde diagnosemogelijkheden; daarenboven worden, hoewel kinkhoest steeds endemisch is, om de 2 à 5 jaar epidemische pieken gezien. Toch wordt een reële stijging van de incidentie van kinkhoest niet uitgesloten, en men geeft daarvoor volgende argumenten.

- De immuniteit verworven door vaccinatie begint te dalen na 3 à 5 jaar, en bescherming is niet meer aantoonbaar na 10 à 12 jaar.
- De immuniteit verworven na een door-gemaakte kinkhoestinfectie is evenmin levenslang.
- Sedert de veralgemeende vaccinatie van kinderen tegen kinkhoest in de jaren '50-'60 is er minder circulatie van het natuurlijke Bordetella pertussis in de gemeenschap, waardoor natuurlijke booster is afgenomen.
- In een aantal landen ziet men een daling van het aantal gevaccineerde kinderen.
- In bepaalde landen, bv. Frankrijk, Duitsland, Canada, de Verenigde Staten, wordt daarom een systematische herhalingsinenting tegen kinkhoest bij alle adolescenten (op de leeftijd van 12 à 17 jaar) aanbevolen: men neemt immers aan dat deze cohort gemakkelijk te bereiken is, en volgens sommigen is vooral deze cohort, door het verlies van de immuniteit na de initiële primovaccinatie, een belangrijke bron van besmetting. De doeltreffendheid van deze strategie wordt continu geëvalueerd.
- Een andere strategie om de overdracht van kinkhoest naar de zeer jonge kinderen te beperken is de universele vaccinatie van adolescenten en volwassenen. Om een invloed te hebben wordt geschat dat meer dan 85% van de adolescenten en volwasse-

nen zou moeten worden gevaccineerd, en dat de vaccinatie iedere 10 jaar zou moeten herhaald worden. Dit is organisatorisch waarschijnlijk moeilijk haalbaar, en de kostprijs is zeer hoog.

- De Belgische Hoge Gezondheidsraad beveelt momenteel aan om prioriteit te geven aan de (her)vaccinatie van personen die frequent in

contact komen met zuigelingen (zie hoger); deze strategie wordt ook elders aanbevolen. De Hoge Gezondheidsraad onderzoekt welke strategie het meest doeltreffend zal zijn.

Nota

De referenties bij dit artikel zijn te vinden op onze website.

Goed om weten

TUSSENKOMST VOOR SOMMIGE ACTIEVE VERBANDMIDDELEN BIJ PATIENTEN MET CHRONISCHE WONDEN

[Zie ook “Goed om weten”-bericht op onze website van 31/7/2007]

Op 1 juli 2007 traden een aantal nieuwe maatregelen voor chronisch zieken in werking. We vermeldden al de tussenkomst door het RIZIV in de kostprijs van bepaalde pijnstillers voor chronische pijnpatiënten [zie Folia augustus 2007]. Ook kunnen patiënten met chronische wonden (wonden die na 6 weken behandeling onvoldoende

geheeld zijn) een tussenkomst bekomen in de kostprijs van sommige actieve verbandmiddelen. De lijst van deze verbandmiddelen wordt vermeld in annex 1 van het KB van 03.06.07 (BS 25.06.07).

Voor meer details, zie website RIZIV: www.riziv.fgov.be (zoekterm: “actieve verbandmiddelen”).

Flash

- **Exenatide** (Byetta®) [n.v.d.r.: nog niet gecommmercialiseerd in België] is de eerste vertegenwoordiger van de « incretinomimetica », een nieuwe klasse van antidiabetica die, in functie van de glykemie, de insuline-secretie door de β -cellen van de pancreas verhogen, de glucagonsecretie inhiberen, en de maaglediging vertragen. Het wordt gebruikt in subcutane injectie voor de behandeling van type 2-diabetes in associatie met metformine en/of een hypoglykemiërend sulfamide; de dosis van exenatide moet niet aangepast worden in functie van de glykemie. Het risico van hypoglykemie is vooral

verhoogd wanneer exenatide geassocieerd wordt met een hypoglykemiërend sulfamide (waarvan de dosis moet worden aangepast). In tegenstelling tot insuline heeft exenatide het voordeel dat het leidt tot een daling van het lichaamsgewicht, maar nausea treedt zeer frequent op. De effecten van exenatide op lange termijn, in het bijzonder op de micro- en macrovasculaire complicaties van diabetes, evenals de veiligheid op lange termijn zijn niet bekend, waardoor zijn plaats bij de aanpak van type 2-diabetes op dit ogenblik beperkt is. [*Pharma Selecta* 2007;23:27-30]