
TOENEMENDE INCIDENTIE VAN KINKHOEST: MOET DE VACCINATIESTRATEGIE WORDEN HERZIEN?

Er is wereldwijd, ook in industrielanden, een toenemende incidentie van kinkhoest. De bescherming door het vaccin tegen kinkhoest houdt slechts enkele jaren aan. Dit leidt ertoe dat de kiem blijft circuleren, en dat op die manier jonge zuigelingen bij wie kinkhoest het meest ernstig kan verlopen, risico lopen op besmetting. Het is belangrijk om de aanbevelingen inzake de vaccinatie tegen kinkhoest correct op te volgen, en bijzondere aandacht moet ook gaan naar vaccinatie van personen die frequent in contact komen met zuigelingen (“cocoonvaccinatie”). Men onderzoekt momenteel of de vaccinatiestrategie moet worden aangepast om de jonge zuigelingen die nog niet of slechts gedeeltelijk zijn gevaccineerd, nog beter te beschermen: vaccinatie van zwangeren of nog vervroegen van de eerste inenting bij de zuigeling wordt voorgesteld.

De veralgemeende vaccinatie tegen kinkhoest heeft de incidentie van kinkhoest sterk doen afnemen. Toch wordt in meerdere industrielanden sinds de jaren '90 een progressieve toename van het aantal kinkhoestgevallen gezien (o.a. in België, Nederland, Verenigde Staten, Verenigd Koninkrijk), met soms zelfs epidemische opstoten. Noch het doormaken van de infectie, noch vaccinatie bieden een levenslange immuniteit tegen kinkhoest, en *Bordetella pertussis* blijft circuleren. Naast een verhoogde aandacht voor kinkhoest en verbeterde diagnostische technieken, kan de toename in de incidentie van kinkhoest misschien ook uitgelegd worden door het gebruik, sinds de jaren '90, van de acellulaire kinkhoestvaccins. Deze acellulaire vaccins zijn wat minder doeltreffend dan de vroeger gebruikte whole-cell kinkhoestvaccins, maar de whole-cell vaccins veroorzaakten frequenter ongewenste effecten (bv. convulsies). Men weet dat de bescherming door het acellulaire vaccin sterk afneemt binnen de 5 à 10 jaar na de laatste vaccinatie. De resultaten van een onderzoek in Californië (VS) doen vermoeden dat zelfs reeds in de eerste jaren na de

herhalingsinenting op de leeftijd van 5 à 7 jaar, de bescherming in sommige gevallen onvoldoende wordt.

Jonge zuigelingen lopen dus een grote kans om in contact te komen met de kiem. De vaccinatie tegen kinkhoest is in de eerste plaats gericht op het voorkómen van kinkhoest bij de jonge zuigelingen die nog niet of slechts gedeeltelijk gevaccineerd zijn: het is immers vooral bij deze zeer jonge kinderen dat kinkhoest ernstig tot dodelijk kan verlopen. Het is daarom belangrijk om de aanbevelingen inzake de vaccinatie tegen kinkhoest correct op te volgen: 1^{ste} dosis reeds op de leeftijd van 8 weken, vervolgens een dosis op de leeftijd van 12 weken, 16 weken en 15 maanden, en een herhalingsinenting op de leeftijd van 5 à 7 jaar en op de leeftijd van 14 à 16 jaar (voor details, zie tabel 12a in het Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium). Bijzondere aandacht moet ook gaan naar vaccinatie van volwassenen die frequent in contact komen met zuigelingen, bijvoorbeeld jonge ouders en grootouders (“cocoonvaccinatie”) [zie daaromtrent ook Folia april 2008 en maart 2009].

Momenteel wordt in meerdere landen, ook in België, nagegaan of de vaccinatiestrategie moet worden aangepast. Een mogelijke piste is vaccinatie van zwangere vrouwen. In het Verenigd Koninkrijk werd in 2012 beslist om zwangere vrouwen tussen de 28^{ste} en 38^{ste} zwangerschapsweek te vaccineren tegen kinkhoest. In de Verenigde Staten wordt sinds 2011 vaccinatie van zwangere vrouwen na de 20^{ste} zwangerschapsweek aanbevolen. Vaccinatie met niet-levende vaccins zoals het vaccin tegen kinkhoest, wordt als veilig beschouwd tijdens de zwangerschap, maar de gegevens blijven schaars en opvolging is belangrijk. Placentaire transfer van kinkhoestantilichamen is aangetoond, maar het is momenteel niet geweten in hoeverre dit resulteert in een vermindering van het aantal ernstige kinkhoestcomplicaties bij de zuigelingen jonger dan 2 maanden.

Een mogelijk alternatief is het vervroegen van de primovaccinatie tegen kinkhoest, waarbij een eerste dosis kan gegeven worden direct na de geboorte; meer gegevens over de immunrespons zijn nodig om de doeltreffendheid van deze strategie in te schatten.

Een verbeterd kinkhoestvaccin (met langere immuniteit) zou zeker nuttig zijn, maar hiervan is momenteel nog geen sprake.

[*N Engl J Med* 2012;367:1012-9 (doi:10.1056/NEJMoa1200850) en 2012;367:785-7 (doi:10.1056/NEJMp1209051); *JAMA* 2012;308:1199-201; www.dh.gov.uk/health/2012/09/whooping-cough/ (bericht van 28/09/12); *Brit Med J* 2012;345:e6594 (doi:10.1136/bmj.e6594); www.wiv-isp.be/news/Pages/NL-BordetellaPertussis.aspx# (bericht van 21/09/12); www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6041a4.htm en www.cdc.gov/vaccines/recs/provisional/downloads/Tdap-pregnant-Oct-2012.pdf]

Recente Informatie januari 2013

De “Recente informatie” van februari 2013 is reeds beschikbaar in de rubriek “Goed om te weten” op onze website en zal gepubliceerd worden in de Folia van maart 2013.

- Er zijn geen nieuwigheden op basis van een nieuw actief bestanddeel.
- De specialiteit **Fareston®** (hoofdstuk 5.3.2.1.2.) op basis van toremifen is van de Belgische markt teruggetrokken om commerciële redenen. Toremifen, een selectieve oestrogenreceptor-modulator, wordt gebruikt bij de behandeling van hormoonafhankelijk gemetastaseerd borstcarcinoom bij menopauzale vrouwen, vooral bij contra-indicatie voor tamoxifen. Zoals gesteld in artikel 44 van de wet van 29/03/12 [Belgisch Staatsblad van 30/03/12 via www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2012032901&table_name=wet] kan een geneesmiddel vanuit het buitenland ingevoerd worden indien het geneesmiddel niet beschikbaar is op de Belgische markt, ofwel omdat het niet geregistreerd is, ofwel omdat het niet of niet meer gecommercialiseerd is. Indien beslist wordt toremifen te gebruiken, dient men bedacht te zijn op het risico van verlenging van het QT-interval [zie Folia november 2012].
- De specialiteit **Miacalcic® nasale spray** (hoofdstuk 9.5.6.) op basis van calcitonine, die gebruikt werd bij de behandeling van postmenopauzale osteoporose, is van de markt teruggetrokken omwille van een verhoogd risico van kankers na langdurig gebruik van calcitonine. De plaats van calcitonine bij de aanpak van osteoporose was reeds zeer beperkt [zie Folia oktober 2012].