

VACCINATIES BIJ PATIENTEN MET IMMUUNDEPRESSIE

Voor personen met een verminderde immuniteit dienen bij het plannen van een (verre) reis een aantal zaken te worden afgewogen: het risico van complicaties of verergering van de onderliggende aandoening tijdens de reis, het risico van verhoogde vatbaarheid voor infecties of een ernstiger verloop ervan en, i.v.m. vaccinaties, de verwachte doeltreffendheid en het risico van ongewenste effecten. Hier wordt ingegaan op vaccinaties bij patiënten met immuundepressie. Bij patiënten met immuundepressie kan het immuunantwoord op levende en dode vaccins verminderd zijn. Daarenboven is er bij toediening van levende vaccins een risico van gedissemineerde infectie. Vaccinaties bij *patiënten met verminderde immuniteit door HIV* werden besproken in de Folia van mei 2008. In verband met vaccinaties bij patiënten met *medicatie-geïnduceerde immuundepressie*, volgende commentaar.

- Er worden steeds meer immunodeprimerende geneesmiddelen gebruikt: corticosteroiden, antitumorale geneesmiddelen, immunosuppressiva zoals azathioprine, ciclosporine, methotrexaat (ook de doses gebruikt in de wekelijkse toedieningschema's), tacrolimus, TNF-remmers, bepaalde monoklonale antilichamen.
- Er dient rekening te worden gehouden met het feit dat ook de onderliggende aandoeningen de immuniteit kunnen hypothekeren.
- In het ideale geval worden de noodzakelijke vaccinaties uitgevoerd alvorens een immunodeprimerende behandeling te starten.
- Behandeling met immunodeprimerende geneesmiddelen is een contra-indicatie

voor vaccinatie met een levend vaccin (bv. gelekoortsvaccin).

- Voor corticosteroiden in het bijzonder geldt het volgende.
 - Contra-indicatie voor levende vaccins bij een behandeling gedurende meer dan 2 weken met ≥ 20 mg prednison (of equivalent).
 - Geen contra-indicatie bij een lage dosis corticosteroiden (minder dan 10 mg prednison of equivalent), korte behandelingsduur (korter dan 2 weken), lokale corticosteroiden, inhalatiecorticosteroiden, infiltratie met depotcorticosteroiden.
 - Expertadvies is noodzakelijk bij een behandeling met 10 à 20 mg prednison (of equivalent).
- Vaccinatie met een levend vaccin is mogelijk vanaf 1 maand na stoppen van hooggedoseerde corticosteroiden (≥ 20 mg prednison of equivalent) en vanaf 3 maanden na het stoppen van de meeste andere immunodeprimerende geneesmiddelen. Een langere wachttijd is noodzakelijk voor infliximab (3 à 6 maanden), rituximab (12 maanden) en leflunomide (24 maanden).
- Na de vaccinatie wordt liefst 3 à 4 weken gewacht alvorens de immunodeprimerende medicatie opnieuw te starten.
- Wanneer vaccinatie aangewezen is tijdens een behandeling met pimecrolimus of tacrolimus (lokale behandelingen voor eczeem), dient dit volgens de bijsluiters te gebeuren tijdens de geneesmiddelvrije intervallen; in de bijsluiters van Protopic® (op basis van tacrolimus) wordt vermeld om pas één maand na stoppen van Protopic® een levend vaccin toe te dienen.

Nota

Het virus in het gelekoortsvaccin is niet overdraagbaar (tenzij via bloedtransfusie, transplacentair of via borstvoeding, maar dergelijke transmissie heeft tot op heden geen ziektegevolg gehad). Er is na vaccinatie wel een fase van viremie, maar er is geen vector (*Aedes mug*) en er is geen excretie van het vaccinvirus via de klassieke wegen (respiratoir, urine of stoelgang, huid...). Een persoon die gevaccineerd werd tegen gele koorts moet dus contact met een

persoon met immuundepressie niet vermijden. Contact moet ook niet vermeden worden na toediening van het vaccin tegen bof-mazelen-rubella, orale buiktyfusvaccin en varicella (voor dit laatste: tenzij de gevaccineerde rash ontwikkelt). Na vaccinatie met het orale poliovaccin (niet meer gebruikt in België) moet wel contact met een immuundepressieve patiënt vermeden worden. Na rotavirusvaccinatie wordt aanbevolen gedurende minstens één week extra hygiënemaatregelen te nemen.

ZONNECREMES

Een minimale “gezonde” blootstelling aan de zon is wenselijk, o.a. voor een adequate vitamine D-synthese. Een aantal veranderingen in het gedragspatroon van de Westerse bevolking (bv. frequenter reizen naar zonovergoten gebieden; de ontorechte idee dat een gebruikte huid een teken van gezondheid is) hebben ertoe geleid dat meer mensen dan vroeger zich herhaaldelijk en excessief blootstellen aan de zon. Een dergelijke blootstelling heeft echter een aantal nadelige gevolgen.

- Ontstaan van zonnebrand en roodheid van de huid (erytheem): vooral door de UVB-stralen (golflengte 290-320 nm).
- Vroegtijdige huidveroudering: vooral door de UVA-stralen (golflengte 320-400 nm).
- Ontstaan van huidkanker en cataract, en suppressie van het immuunsysteem: zowel door de UVA- als UVB-stralen.

Het beperken van blootstelling aan de zon tijdens de middaguren in de zomer, en het dragen van beschermende kledij op die momenten zijn belangrijke beschermingsmaatregelen. Zonnecrèmes die beschermen tegen UVA- en UVB-stralen kunnen zon-

nebrand voorkomen en huidveroudering vertragen; er zijn echter geen definitieve bewijzen dat zij het risico van huidkanker verminderen. Zonnecrèmes kunnen de UV-stralen nooit volledig tegenhouden, en hun gebruik mag geen reden zijn om de blootstelling aan de zon te verlengen.

Keuze van zonnecrème

In 2007 werd door de Europese Commissie een nieuwe etikettering voor zonnecrèmes goedgekeurd, die toelaat producten beter te vergelijken en sneller het gepaste product te kiezen. Er worden daarbij vier beschermingsklassen voorzien: “lage bescherming”, “gemiddelde bescherming”, “hoge bescherming” en “zeer hoge bescherming” (zie tabel).

- De UVB-beschermingsgraad wordt uitgedrukt als SPF (*Sun Protecting Factor*)-waarde: het is de verhouding van de tijd waarop zich een minimaal erytheem ontwikkelt op de huid beschermd met zonnecrème, ten opzichte van de tijd om een equivalent erytheem te ontwikkelen op een niet-beschermde huid, vastgesteld in laboratoriumcondities. Er is