

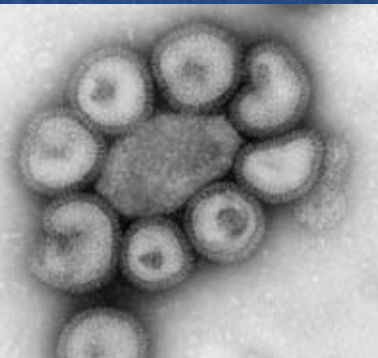
viWTA
Dossier **15**

EEN PRIK VOOR HET LEVEN





EEN PRIK VOOR HET LEVEN



1. WIE WAAROM VACCINEREN?.....	5
2. TWIJFEL EN VERZET TEGEN ALGEMENE VACCINATIE	19
3. VACCINS VOOR DE TOEKOMST: KANSEN EN UITDAGINGEN.....	37
4. DE HELE WERELD GEPRIKT	45

Auteur dossier

Peter Raeymaekers (LyRaGen)

Projectmanagement

Els Van den Cruyce en Stef Steyaert (viWTA)

Lay-out

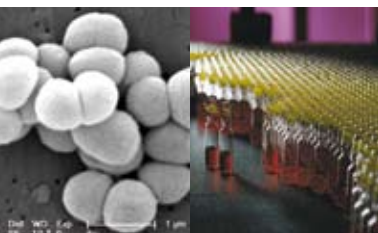
B.Ad

Verantwoordelijke uitgever

Robby Berloznik,
directeur viWTA - Samenleving en technologie
Vlaams Parlement
1011 Brussel

viWTA Dossier nr. 15, © 2008 door het Vlaams Instituut voor Wetenschappelijk en Technologisch Aspectenonderzoek (viWTA), Vlaams Parlement, 1011 Brussel

Dit dossier, met de daarin vervatte resultaten, conclusies en aanbevelingen, is eigendom van het viWTA. Bij gebruik van gegevens en resultaten uit deze studie wordt een correcte bronvermelding gevraagd.



EEN PRIK VOOR HET LEVEN

de 137 miljoen kinderen die wereldwijd in 2004 werden geboren, er 27 miljoen onvoldoende waren gevaccineerd. Van de 10,5 miljoen kinderen die elk jaar voor hun vijfde overlijden, zijn er 2,5 miljoen te vermijden door vaccinaties die vandaag al bestaan, aldus de WHO⁷².

Mazelensucces

Dat vaccinatie ook echt helpt om kinderlevens te sparen, bewijst het succes van het lopende internationale Expanded Programme on Immunization (EPI)⁷³. Dankzij dit programma en het Measles Initiative⁷⁴ werd het aantal sterfgevallen aan mazelen teruggedrongen van 873 000 in 1999 tot 345 000 in 2005, een reductie met 60%. In Afrika bedroeg de daling zelfs 75%⁷⁵. Andere succesverhalen zijn de uitroeiing van pokken en het terugdringen van polio. Het laatste geval van pokken deed zich in 1977 in Somalië voor, in 1979 werd de ziekte officieel uitgeroerd verklaard en in 1981 kon de vaccinatie tegen pokken worden afgeschaft⁷⁶.



INTERVIEW MET PROF. FONS VAN GOMPEL

Prof. dr. Fons Van Gompel is medisch directeur van de Medische Diensten van het Instituut voor Tropische Geneeskunde in Antwerpen.

Wat zijn de risico's om op een verre reis een ziekte op te lopen waartegen men zich beter had laten vaccineren?

Meer dan de helft van de reizigers naar tropische landen ondervindt problemen met de gezondheid, een kwart moet een dokter raadplegen. Tegen de ziekten die men het meest frequent opdoet, is echter geen preventie door vaccinatie mogelijk. In de eerste plaats komt het er dus op neer om een aantal algemene preventieve maatregelen in acht te nemen. Niettemin blijft ook preventief prikken aangewezen.

Hoe breng je een dergelijke genuanceerde boodschap over aan een buitenstaander?

We werken met een soort rangschikking waarbij we als 'basiswaat' het risico nemen op een dodelijk verkeersongeval. Dat risico is 1 op 100 000 reizigers per maand. Mensen accepteren dat risico en weten er mee om te gaan. Het risico op buiktyfus ligt een stuk lager, cholera zit nog lager en gele koorts bengelt al helemaal onderaan. De welbekende 'tourista' of reizigersdiarree daarentegen, staat dan weer veel hoger. Toch is dit maar één manier om de zaak te bekijken. Een andere kijk komt voort uit casuïstiek: ik heb in mijn 20-jarige loopbaan tragische gevallen meegemaakt die vermijdbaar waren geweest door een eenvoudige inenting. Bijvoorbeeld een dame die een 'last minute'-reis boekt naar Gambia en terugkeert met gele koorts. Een vaccinatie werd overbodig geacht omdat Gambia geen vaccinatie eist. Misschien op het eerste gezicht terecht want in Gambia zijn er al jaren geen gevallen met gele koorts meer voorgekomen. De re-

DE HELE WERELD GEPRIKT



den: het land vaccineert zijn eigen bevolking heel goed. Maar gele koorts beperkt zich niet tot mensen, ook in de natuur komt het voor bij bepaalde apensoorten. In een vaccinadvies moet je daarom de middenweg zoeken tussen ziekterisico's die soms heel laag zijn en wat toch zo gemakkelijk vermijdbaar is op individueel niveau. Dat is een kwestie van voortdurend afwegen en laveren.

In hoeverre zijn die reisadviezen dan wetenschappelijk onderbouwd?

Eén van de referentiecentra voor reizigersgeneeskunde in België is het Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG) in Antwerpen. Dat is nog nauw verbonden met ons Congoverleden. Het heeft zijn goede naam kunnen behouden bij het Belgische publiek, en ook bij Belgen die in het buitenland wonen. Verder hebben we 15 jaar geleden het initiatief genomen om de inzichten rond het groeiende reisgeneeskundige specialisme te bundelen en te stroomlijnen in de Belgische Wetenschappelijke Studiegroep Reisgeneeskunde. Deze bevat vertegenwoordigers van alle universiteiten. Het zijn allen specialisten op het vlak van reisgeneeskunde en tropische aandoeningen, ze volgen elk bovendien de wetenschappelijke literatuur op de voet. Vanuit de studiegroep worden maatregelen voorgesteld om in te spelen op nieuwe problemen die zich aandienen.

Hoe worden adviezen verspreid?

We zien het als een roeping om te zorgen dat alle partners ingelicht en van nabij betrokken worden. In de eerste plaats de huisartsen voor wie het ITG al meer dan 15 jaar een boekje uitgeeft dat elke huisarts in zijn kabinet heeft staan. Sinds 5 jaar is er voor de reiziger de webgebaseerde versie van deze infobundel (www.reisgeneeskunde.be). Verder is er ook regelmatige informatiedoorstroming naar de reissector. Dit alles maakt dat er in België een cultuur bestaat waarin mensen zich afvragen of er gezondheidsaspecten verbonden zijn aan een verre

reis. De gouden raad is daar 'bespreek het eerst even met je huisarts'. Als de huisarts verder nog vragen heeft, kan hij, of de reiziger zelf, nog altijd terecht bij een meer gespecialiseerde dienst.

Hoe nuttig zijn in uw ervaring vaccins voor de derde wereld?

Aids, tuberculose en malaria zijn de grote killers in de derde wereld. Na dit trio kom je bij lucht-, maag- en darminfecties. Voor geen van die aandoeningen beschikken we op dit ogenblik over doeltreffende vaccins. Voor tetanus, difterie, polio, mazelen hebben we die wel. Gelukkig maar, want moest je niet tegen mazelen inenten, dan zou deze aandoening tegen een achtergrond van ondervoeding en lage weerstand, eveneens een majeure doder zijn. Vandaar het grote belang van de internationale vaccinatiecampagnes voor deze aandoeningen. Het feit dat men nu blijft hangen op een vaccinatiegraad van ongeveer 80%, zegt veel over de lokale omstandigheden van oorlog, vluchtelingenstromen, corruptie of onwil bij de lokale overheden.

In hoeverre vormen deze regio's met ondervaccinatie een gevaar voor de rest van de wereld?

Polio is in die optiek een goed voorbeeld. Die ziekte had al vele jaren verdwenen moeten zijn, maar er blijven twee knelpunten: Nigeria en India. In Nigeria is er een manifeste onwil van de leiders van de lokale bevolking om deel te nemen aan vaccinatieprogramma's. Aange-





EEN PRIK VOOR HET LEVEN

zien voor elk gedetecteerd polio-geval men moet rekenen op honderd tot duizend anderen die het virus bij zich dragen en verspreiden, is Nigeria uitgegroeid tot een polio-exporteur. De ziekte is opnieuw opgedoken in poliovrije buurlanden van Nigeria en via Nigeriaanse mekkagangers zelfs nog veel verder weg. In India blijkt dan weer dat het bestaande orale poliovaccin het immuunsysteem van sommige bevolkingsgroepen te weinig stimuleert. Volgens de laatste berichten zou hier, dankzij intensieve vaccinatiecampagnes met monovalente poliovaccins, toch een kentering in opgetreden zijn¹.

Bij sommige epidemiologen leeft het idee dat het 'eradicatieparadigma' dat door Unicef en het WHO wordt gepromoot beter vervangen kan worden door een strategie die meer gericht is op 'containment'.

Totale, wereldwijde uitroeiing van een infectieziekte is vaak een droom, inderdaad. Eradicatie is slechts mogelijk als de mens de enige gastheer is, een ziekte die ook knaagdieren of apen als gastheer heeft, is onuitroeibaar. In die optiek ben je al snel beperkt tot pokken, polio, mazelen Met pokken is het gelukt, ook polio was een dankbaar experiment, al lopen we zo dadelijk tien jaar achter op het schema. 'Containment' of beheersing voor polio lijkt me echter een gevaarlijke strategie want als we de problemen in Nigeria en India niet uit de wereld helpen, kan polio weldra uitwaaien over heel Afrika en grote delen van Azië. Ik schaar me dan ook achter die wetenschappers die vinden dat we moeten doorbijten en de ziekte echt uit de wereld helpen². De volgende kandidaat is dan wellicht mazelen.

Bronnen:

1. India's last bastion of polio at "tipping point", Bull WHO, november 2007.
2. Polio: an end in sight? British Medical Journal, 335, 852-854, november 2007.

1000 dollar voor een kinderleven!

Een vaccinatieprogramma opzetten kost echter geld. Veel geld? Dat is relatief. Om de doelstellingen van GIVS te realiseren schat de WHO dat een budget van 35 miljard dollar nodig is gespreid over 10 jaar. Een derde van dat budget gaat naar de aankoop van vaccins, de rest naar immunisatiemateriaal (spuitjes en naalden), de lonen van gezondheidswerkers, verbetering van structuren (die ook de basisgezondheidszorg ten goede komen) en campagnemateriaal.

Om van GIVS een succes te maken zouden de uitgaven voor immunisatieprogramma's in de derde wereld moeten stijgen van 2,5 miljard dollar per jaar nu tot 3,5 miljard in 2010 en 4 miljard in 2015. Dat komt per jaar overeen met bijvoorbeeld de prijs van 10 Airbusen A380. Op zich niet weinig, maar dankzij dit bedrag kan in de komende 10 jaar wel het leven worden gered van zowat 40 miljoen kinderen – d.i. een additionele 10 miljoen kinderen bovenop de 30 miljoen indien de huidige vaccinatieprogramma's status quo blijven. In mensentaal betekent dit een investering van minder dan 1000 dollar per gered kinderleven. Naar onze westerse maatstaven gemeten is dat een 'koopje'. Ter vergelijking: de kostprijs van veralgemeende introductie van het rotavirusvaccin in Vlaanderen zou tussen de 50 000 euro en 68 000 euro per gewonnen 'gezond' levensjaar bedragen⁷⁷, niet per mensenleven! Inenten in de derde wereld levert met andere woorden heel wat 'waarde' voor zijn geld.