

Reactie NVKP op advies van de Gezondheidsraad - Kinkhoestvaccinatie voor zwangere vrouwen

Het betreft hier geen enkelvoudig vaccin tegen kinkhoest, maar een meervoudig vaccin, DTK. De bijsluiter van Boostrix (DTK) vermeldt dat er geen onderzoek is gedaan bij zwangeren en dat het afgeraden wordt, tenzij er een ernstig risico op besmetting bestaat.

In oktober 2014 vond het RIVM, bij monde van Mw. Marina Conijn, het vaccineren van zwangere vrouwen tegen kinkhoest niet kosteneffectief. Om één ziekenhuisopname te voorkomen zijn 2500 vaccins nodig, met alle risico's voor de moeder en haar ongeborn kind. Dit zou mogelijk ook kunnen worden voorkomen bij een goede behandeling met bijv. vitamine C.

Een jaar later vraagt de minister aan de Gezondheidsraad om opnieuw te kijken of de huidige vaccinatiestrategie voor kinkhoest aangepast moet worden. Het bovenstaande advies is het resultaat.

Volgens het RIVM zou de effectiviteit van het kinkhoestvaccin 75% zijn en de beschermingsduur beperkt. Dit heeft ertoe geleid dat onder andere ook zuigelingen vatbaar zijn voor kinkhoest. Dit verschijnsel dat juist zuigelingen bevattelijk zijn, is een probleem dat is ontstaan SINDS er gevaccineerd wordt (1956). Voordat er begonnen is met vaccineren tegen kinkhoest was deze ziekte onder volwassenen zeldzaam en kwam het door groepsbescherming onder zuigelingen nauwelijks voor.

In Nederland zijn de afgelopen tien jaar 5 baby's onder de 1 jaar met kinkhoest overleden, maar onduidelijk is wat de doodsoorzaak was. Niemand weet de precieze omstandigheden van deze baby's en of er bijvoorbeeld sprake was van traumatische geboorte, slechte weerstand, de precieze leeftijd, of ze wel of niet gevaccineerd waren, welke behandeling ze kregen etc. Baby's worden gevaccineerd, als ze een week of acht zijn. Men gaat ervan uit, dat moederlijke antistoffen onvoldoende zijn voor bescherming tegen kinkhoest. Daardoor zijn de allerkleinsten nu in het begin van hun leven vatbaar voor deze besmettelijke ziekte.

Kinkhoest komt veelvuldig voor, elk jaar weer. Kinkhoest kan leiden tot ernstige en langdurige hoestbuien, die bij het ziektebeeld horen en voor het hele gezin uitputtend kunnen zijn, maar lang niet altijd even heftig verloopt. Voor baby's kan het ophoesten moeilijk zijn en zorgen voor ademnood of longontsteking. Vaccinaties zijn onvoldoende werkzaam en enige immuniteit treedt pas op na de derde prik en dan is het grootste risico op complicaties voorbij.

Het advies van de Gezondheidsraad inzake kinkhoest vaccinatie zwangere vrouwen

http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/201529_vaccinatie_tegen_kinkhoest_d_oel_en_strategie.pdf

In dit advies van bijna honderd pagina's aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport staat o.a.:

In begeleidende brief:

'(...) De Commissie Vaccinatie van de Gezondheidsraad raadt aan om kinkhoestvaccinatie beschikbaar te stellen aan zwangere vrouwen in het derde trimester van hun zwangerschap. Voor vaccinatie van vrouwen tegen het einde van hun zwangerschap kan op basis van de beschikbare gegevens geconcludeerd worden dat die benadering effectief en veilig is. (.....) De zwangere vrouw wordt niet primair gevaccineerd voor zichzelf, maar voor haar ongeboren kind.

Het is moeilijk te voorspellen hoe Nederlandse vrouwen zullen reageren op een dergelijk aanbod. Het standpunt om tijdens de zwangerschap zo min mogelijk interventies –zoals bijvoorbeeld het gebruik van geneesmiddelen - te ondergaan, wordt in onze samenleving breed gedragen en dat is naar mijn mening (van prof. dr. W.A. van Gool, voorzitter GR) ook terecht. Het zal daarom mogelijk ingewikkeld zijn om voor dit specifieke doel een uitzondering te willen maken. Bij de organisatie van maternale kinkhoest vaccinatie zal voorafgaand aan implementatie terdege rekening moeten worden gehouden met mogelijke weerstand. De commissie beveelt daarom landelijke implementatie voor pilots vooraf te laten gaan (...)'

In de samenvatting kunnen we verder lezen:

'(...) In 1996 deed zich in Nederland een plotselinge epidemie van kinkhoest voor, door verminderde effectiviteit van het hier gebruikte vaccin. Naar aanleiding van die epidemie zijn diverse maatregelen genomen om de bescherming te herstellen. Als sluitstuk daarvan is in 2005 de overstap gemaakt naar een nieuw vaccin (note NVKP: het oude vaccin gaf aanleiding tot veel vaccinatieschade en is gewijzigd van een cellulair naar een acellulair vaccin, het nieuwe vaccin was gebaseerd op dezelfde verouderde kinkhoeststam!). De maatregelen hebben echter niet kunnen voorkomen dat zich twee tot vier jaar epidemische verheffingen van kinkhoest blijven voordoen. Incidenteel doen zich sterfgevallen voor(...)'

'(...) Op basis van recente inzichten en gegevens is het aannemelijk(!) dat vaccinatie van de zwangere vrouw helpt om haar zuigeling te beschermen: het aantal ziekenhuisopnamen onder zuigelingen tot en met 5 maanden zal naar verwachting(!) afnemen van gemiddeld meer dan 100 per jaar naar 20 a 30 per jaar. Ook de al zeer zeldzame sterfte onder zuigelingen kan hierdoor nog verder verminderen(...)'

Reactie NVKP:

Om welke inzichten en gegevens, anders dan dat het huidige vaccin niet effectief blijkt te zijn, gaat het hier? Aangezien voor vaccins geen farmacokinetisch vooronderzoek vereist is en er geen dubbelblind onderzoek verricht is, is het allesbehalve duidelijk wat het effect is - zowel wat betreft veiligheid als effectiviteit - van vaccinatie tegen kinkhoest tijdens de zwangerschap.

De werkingsduur van het vaccin is slechts 4 tot 6 jaar na de laatste dosis (pag. 36 van GR rapport) en de gebruikelijke vaccinatieleeftijd vanaf twee maanden blijft gewoon gehandhaafd. Het doel van de vroege vaccinatie was juist om de allerkleinsten te beschermen tegen kinkhoest, maar met alle tot nu toe gebruikte vaccins is dat niet gelukt. Ook adviseert GR bij iedere volgende zwangerschap opnieuw vaccinatie.

In plaats van een inmiddels bewezen ineffectief vaccin vaker te herhalen, tot tijdens de zwangerschap aan toe, zou het advies beter kunnen luiden om serieus onderzoek te doen naar de gezondheidseffecten van het huidige kinkhoest vaccin. Het vaccin zelf is namelijk grotendeels debet aan de terugkerende kinkhoest uitbraken.

De (commissie van de) Gezondheidsraad adviseert ook om een mono vaccin voor kinkhoest te ontwikkelen, in plaats van het huidige combivaccin DTaK.

Enkele relevante citaten uit het advies van de GR:

Pg 74

*'Het RIVM dient in zijn **publieksvoorlichting** zowel aandacht te geven aan aspecten die relevant zijn met betrekking tot gebruik van het vaccin in het publieke vaccinatieprogramma, als aspecten die relevant zijn met betrekking tot individueel gebruik....'*

Pg. 75

*'Sommige deskundigen hebben betoogd dat **uitbanning van kinkhoest** wel mogelijk is, door grote delen van de bevolking op gezette tijden te vaccineren. De commissie concludeert echter dat dat **evenmin een realistische optie** is, onder andere vanwege de beperkte duur van de bescherming en de beperkte invloed op de verspreiding van de infectie met de huidige vaccins.'*

Pg. 81

*'Er kan alleen gebruik gemaakt worden van een DTaK vaccin (tegen difterie, tetanus en kinkhoest). Het zou daarom goed zijn een **stand alone kinkhoest vaccin te laten ontwikkelen.**'*

Pg 82

*'Vaccinatie tijdens de zwangerschap heeft naar verwachting (Note NVKP: het advies staat bol van aannames en verwachtingen!) een belangrijk gunstig effect op het aantal gevallen van kinkhoest bij jonge zuigelingen. De beschikbare gegevens duiden erop dat er daarbij geen belangrijke gezondheidsrisico's zijn voor moeder of kind. Daarom beoordeelde de commissie de balans tussen nut en mogelijke bijwerkingen als gunstig. Het kan op voorhand echter NIET worden uitgesloten dat zich bij grootschalige toepassing toch ook **negatieve verschijnselen kunnen voordoen.**'*

Opiniestuk NVKP, 14 december 2015