

Interview Helen Campbell

Elk jaar een verdubbeling van het aantal patiënten

K. Kosterman

Bijna een derde van de patiënten in Nederland met meningokokkenziekte was in 2016 besmet met meningokokken serogroep W. Een serogroep die in Nederland momenteel steeds meer voorkomt. Werden in voorgaande jaren gemiddeld 4 patiënten per jaar met serogroep W gemeld, tot 1 november 2016 kwamen al 39 meldingen binnen. Een toename die je kunt vergelijken met de Engelse situatie 2 jaar geleden. Engeland startte vaccinatie tegen menW in 2015: de bestaande menC-vaccinatie werd vervangen door een men ACWY-vaccinatie (rond een leeftijd van 14 jaar), met een inhaalcampagne voor 13 tot 18-jarigen. Helen Campbell, hoofdonderzoeker bij het Immunisation Team van Public Health England, was onlangs in Nederland en bepleit dat ook in Nederland snel actie ondernomen wordt.

De invoering van de Britse menW-vaccinatie verliep bijzonder snel. Hoe kon dat gerealiseerd worden?

Vanaf 2009/2010 zagen we een toename van het aantal menW-patiënten en de afgelopen 4 jaar zagen we eigenlijk elk jaar een verdubbeling van dat aantal. Het huidige vaccinatiebeleid is geen onderdeel van het reguliere vaccinatieprogramma. In 2015 kreeg de incidentie van menW-besmettingen de status van 'uitbraak'. En die status heeft het nog steeds. Wanneer er sprake is van een uitbraak hoef je de kosteneffectiviteit van een vaccinatie niet meer aan te tonen. De vaccinatie werd dus ingevoerd om de toenmalige uitbraak het hoofd te kunnen bieden. Mochten we de vaccinatie in een later stadium in het vaccinatieprogramma willen invoeren, dan moeten we nog wel de kosteneffectiviteit aantonen, daar zijn we nu mee bezig.

Heeft het huidige beleid wel het gewenste effect?

Dat is nog moeilijk om te zeggen. Het aantal menW-patiënten stijgen nog steeds, ondanks de vaccinatie. We zien echter wel dat de toename momenteel afvlakt. Daarnaast is de vaccinatiegraad nog niet erg hoog, de inhaalcampagne om onze doelgroep volledig te bereiken loopt nog.

Met het vaccin richten jullie je op scholieren en studenten? Waarom per se op deze groepen?

De incidentie van menW is in Engeland het hoogste onder zuigelingen, gevolgd door pubers. Vaccinatie is echter pas effectief op populatieniveau wanneer je je richt op de groep met het hoogste dragerschap. Het Chileense menW-programma, dat enkele jaren geleden startte, richtte zich op kinderen onder de 5 jaar. Deze groep blijkt de bacterie echter maar beperkt bij zich te dragen. Oudere pubers en jongvolwassenen blijken juist vaak drager te zijn van menW.

Waarom is het dragerschap bij hen het hoogst?

Dat hangt denk ik af van hun gedrag. In deze levensfase probeer je heel veel uit en heb je heel veel contacten met leeftijdsgenoten.

Hoe bereik je studenten en scholieren?

Jongeren die uitstromen van school en gaan werken kun je maar moeilijk bereiken. Scholieren die doorstromen naar het hoger onderwijs kun je denk ik makkelijker bereiken. En dat zijn ook degenen die je het liefst wil bereiken. Het blijkt dat deze jongeren de ziekte sneller oplopen dan hun leeftijdsgenoten die gaan werken. We zoeken, naast scholen, ook contact met de universiteiten om via hen de vaccinaties aan te bieden. De Universiteit van Nottingham werkt bijvoorbeeld bijzonder goed mee en daar hebben we nu een vaccinatiegraad van 71% bereikt. Daarnaast proberen we deze groep jongeren uitgebreid voor te lichten over wat de ziekte is, hoe je de ziekte kunt herkennen en met wie je contact op moet nemen als je ziek bent.

De symptomen bij een menW-besmetting zijn aanvallig vaak atypisch, terwijl het beloop snel fataal kan zijn. Wordt de ziekte wel op tijd herkend?

De ziekte wordt inderdaad niet altijd meteen herkend. Er zijn gevallen bekend waarbij men dacht dat de symptomen het gevolg waren van drugs- of alcoholgebruik. De kenmerkende uitslag bij patiënten met een meningokokkensepsis, treedt vaak pas laat in het ziekteproces op. We roepen patiënten dan ook op om waakzaam te zijn en zich snel te melden wanneer hun klachten zich verergeren.

Wat valt je op aan het Nederlandse vaccinatiebeleid als je het vergelijkt met het Engelse beleid.

Wat betreft de vaccinaties kent het veel overeenkomsten, maar de plek waar gevaccineerd wordt verschilt wel. In Nederland ga je naar de jeugdgezondheidszorg, terwijl je in Groot-Brittannië naar de huisarts gaat voor je vaccinaties.

Je bent een groot voorstander voor het geven van de menW-vaccinaties op school in plaats van bij de huisarts?

Het is vooral makkelijker. Als scholieren grote groepen andere scholieren zien die zich laten inenten, zijn ze sneller geneigd om zich ook te laten inenten. Doe je dit niet, dan moeten de scholieren zelf actief contact opnemen voor hun vaccinatie. Om dat voor elkaar te krijgen is juist bij deze leeftijdsgroep erg lastig.

Groeit het aantal mensen dat kritiek heeft tegen vaccinaties in Groot-Brittannië ook?

Eigenlijk niet. Media berichtten in het verleden uitgebreid over het BMR-vaccin en een mogelijke link met autisme. De

vaccinatiegraad daalde toen tot onder de 80% met uitbraken met doden als gevolg. De media kregen vervolgens veel kritiek op hun rol daarbij. Sindsdien is het aantal angstverhalen over vaccinatie beperkt.

In Nederland stijgt momenteel het aantal menW-patiënten snel, vergelijkbaar met de Britse situatie 2 jaar geleden. Wat raad je aan?

Alle voortekenen duiden op een vergelijkbare situatie als in Groot-Brittannië. Gezien de hoge sterftekans als je de ziekte krijgt, zou ik dan ook zeker aanraden de vaccinatie in Nederland snel in te voeren.

Auteur

K. Kosterman, RIVM, Bilthoven

Correspondentie

Kevin.Kosterman@rivm.nl