

Inleiding

In België werd het systematisch gebruik van het drievoudig vaccin met levende verzwakte virussen van mazelen, bof en rubella (MBR) ingevoerd in 1985 (1^{ste} dosis) en in 1995 (2^{de} dosis).

Tussen 1982 en 1998 daalde de incidentie van mazelen per 100.000 inwoners van 714 naar 10 in Vlaanderen en van 1.281 naar 32 in Wallonië.

In dezelfde periode daalde de incidentie van bof per 100.000 inwoners van 548 tot 40 in Vlaanderen en van 1.103 tot 47 in Wallonië.

In 2011 werd België geconfronteerd met een toename van het aantal gevallen van mazelen. In totaal werden er 566 gevallen gemeld in 2011, terwijl dit er in 2009 en 2010 respectievelijk 33 en 40 waren. Ook in andere Europese landen werden uitbraken van mazelen gezien. Bij de overgrote meerderheid van de mazelengevallen gaat het over niet-gevaccineerde kinderen of volwassenen of over kinderen jonger dan 12 maanden (i.e. vóór de leeftijd van de eerste vaccinatie met het MBR vaccin). Deze toename kan verklaard worden door de suboptimale vaccinatiëgraad met het MBR-vaccin in de algemene bevolking en het bestaan van risicogroepen, waardoor een accumulatie van vatbare personen mogelijk was.

Zowel in België als in andere landen wordt melding gemaakt van bofuitbraken, voornamelijk bij adolescenten en jongvolwassenen. In 2011 was er een eerste opstoot van bof in Vlaanderen waarbij 164 gevallen gemeld werden. In 2012 werden in Vlaanderen meer dan 1.700 gevallen van bof gemeld. Ook in Wallonië en Brussel is er een toename van meldingen van gevallen van bof. Het voorkomen van deze recente epidemieën kan verklaard worden door het samengaan van zowel primair als secundair vaccinfalen gecombineerd met een onvoldoende hoge vaccinatiëgraad (<90-95% voor beide dosissen MBR).

Voor rubella zijn weinig betrouwbare epidemiologische gegevens beschikbaar. Twee serologische studies, uitgevoerd in 2002 en 2006 toonden aan dat het percentage seronegatieve vrouwen van geslachtsrijpe leeftijd tussen 13,4 en 15,0 % ligt in België. De laatste jaren varieert het aantal meldingen van congenitaal rubellasyndroom tussen 0 en 1 geval per jaar. De afname van het aantal gevallen van congenitale rubella kan worden verklaard door het feit dat jonge gevaccineerde kinderen geen bron van besmetting meer vormen voor sero-negatieve personen in hun omgeving.

Aanbevelingen en vaccinatieschema

Naargelang de aanbevelingen van de producent wordt het vaccin bij voorkeur subcutaan of intramusculair toegediend.

- Het vaccinatieschema omvat een eerste dosis MBR op de leeftijd van 12 maanden en een tweede dosis op de leeftijd van 10-11 jaar (5^e leerjaar) in Vlaanderen en 11 tot 12 jaar (6^e leerjaar) in de *Fédération Wallonie Bruxelles*.



- Inhaalvaccinaties moeten, indien nodig, zo snel mogelijk gegeven worden voor beide dosissen (zie fiches "Inhaalvaccinatie").
- Kinderen jonger dan 12 maanden die reizen naar een gebied met een verhoogd epidemisch risico (zoals momenteel meerdere landen in Europa): één extra MBR-vaccinatie vanaf de leeftijd van 6 maanden. Omdat vaccinatie tussen 6 en 12 maanden een aanzienlijke maar geen blijvende bescherming geeft, dient daarna het gewone vaccinatieschema te worden gevolgd met de 2^e vaccinatie op 12 maanden (of tenminste vier weken na de extra vaccinatie) en een 3^e dosis op de aanbevolen leeftijd van 10-12 jaar.

Ongewenste effecten

Lokale reacties kunnen onmiddellijk na de vaccinatie optreden, meer bepaald een kortstondig brandend gevoel ter hoogte van de injectieplaats. Algemene reacties kunnen zich eventueel voordoen na 5 tot 10 dagen onder de vorm van koorts, rash en/of tijdelijke gewrichtspijn. Deze symptomen houden slechts 2 of 3 dagen aan en zijn een verzwakte vorm van een mazelen- of een rubella-infectie. Een zwelling van de parotisklier kan eveneens ontstaan maar blijft zeldzaam. Kinderen met post-vaccinale symptomen zijn niet besmettelijk.

Allergie voor eieren vormt geen tegenaanwijzing voor MBR-vaccinatie, behalve bij personen die vroeger anafylactische reacties op ei- of vaccinbestanddelen vertoond hebben. Sporen van ovalbumine liggen minder vaak aan de basis van allergische reacties dan andere bestanddelen van het vaccin, zoals gelatine en neomycine.

Voor een volledige beschrijving verwijzen we naar de publieksbijsluiter van het FAGG of naar de algemene gegevens over vaccins van het BCFI.
http://www.fagg-afmps.be/nl/MENSELIJK_gebruik/geneesmiddelen/geneesmiddelen/bijsluiters/
http://www.bcfi.be/GGR/Index.cfm?ggrWelk=/GGR/MPG/MPG_LA.cfm

Perspectieven

Eén van de doelstellingen van de WGO is eliminatie van mazelen en rubella tegen het jaar 2015 in de Europese regio. Om dit te bereiken moet een zeer hoge vaccinatiegraad ($\geq 95\%$) bereikt worden voor beide vaccindosissen. Een seroprevalentiestudie (2006) toonde aan dat de immuniteit van de mensen die 5 tot 30 jaar oud waren in 2006 ($\approx 1976-2001$), onvoldoende was om mazelen-epidemieën te voorkomen. Het is dus belangrijk de vaccinatiegraad te verbeteren, zeker voor de tweede dosis.

