

halve gesteld werd, dus niet nodig is¹. Deze aanbeveling is gebaseerd op gegevens over immunorespons uit langetermijnstudies (10 tot 40 jaar na vaccinatie) en over vaccinfalen: een adequate antilichaamtiter wordt behouden bij 75 à 100% van de gevaccineerden, wat voldoende wordt geacht om epidemieën van gele koorts te vermijden. Daarenboven zijn de gevallen van vaccinfalen (12 gevallen beschreven in de literatuur over een periode van 60 jaar) te wijten aan een gebrekkige immunorespons op het vaccin, en niet aan het dalen van de immuniteit over de jaren. Gezien men met de tijd toch een daling van de antilichaamspiegels ziet, zal bij sommige groepen met een mogelijk geringer immuunantwoord (bv. jonge kinderen, ondervoede kinderen, hiv-patiënten met CD4+ T-lymfocytenspiegel > 200/ µl) de nood voor booster doses in de endemische landen moeten onderzocht worden door klinisch onderzoek en surveillantie. Op dit ogenblik blijven de internationale aanbevelingen voor 10-jaarlijkse vaccinatie in meerdere Afrikaanse en Zuid-Amerikaanse landen van kracht, en wordt een bewijs van vaccinatie geëist alvo-

rens men het land binnen mag. De WGO zal deze landen aanmoedigen om hun vaccinatievoorschriften te wijzigen. Toch kan het jaren duren alvorens dit zal zijn doorgevoerd. Zeer uitzonderlijk zijn met het gelekoortsvaccin levensbedreigende ongewenste effecten beschreven, met symptomen gelijkend op deze van gele koorts; deze werden uitsluitend gezien bij een eerste vaccinatie, en iets frequenter bij personen ouder dan 60 jaar en bij zuigelingen. Het gelekoortsvaccin heeft een aantal absolute contra-indicaties (bv. na transplantatie of tijdens immuunsuppressieve behandeling) en een aantal relatieve contra-indicaties waarbij individueel de risico's en voordelen van vaccinatie moeten worden beoordeeld (bv. personen ≥ 60 jaar, kinderen tussen 6 en 9 maanden, zwangere vrouwen en vrouwen die borstvoeding geven); in die omstandigheden kan, na zorgvuldige afweging van het besmettingsrisico in een centrum voor vaccinatie tegen gele koorts, een vrijstellingsattest voor vaccinatie worden afgeleverd. [Voor meer informatie over gele koorts, zie www.itg.be, kies "Reisgeneeskunde"]

¹ Zie www.who.int/ith/updates/20130521/en/index.html, www.who.int/immunization/sage/meetings/2013/april/3_YF_BOOSTER_FINAL_DRAFT2.pdf en www.who.int/wer/2013/wer8820.pdf

RECENTE INFORMATIE NOVEMBER 2013: EPTOTERMIENE ALFA, ERIBULINE, OCRIPLASMINE, ZANAMIVIR

▼: geneesmiddel onder aanvullende monitoring, waarvoor het melden van ongewenste effecten aan het Belgisch Centrum voor Geneesmiddelenbewaking wordt aangemoedigd.

- **Eptotermine alfa (Osigraft®▼)**; hoofdstuk 9.6.) is een botweefselinducerend eiwit, gebruikt bij orthopedische chirurgie voor de behandeling van niet-geheelde tibiafracturen.
- **Eribuline (Halaven®▼)**; hoofdstuk 13.5.3.), een halichondrine-B-analoog, is een antitumoraal middel dat, zoals de taxanen, de microtubulen inhibeert. Eribuline wordt voorgesteld voor de behandeling van

lokaal gevorderd of gemetastaseerd mammacarcinoom. De ongewenste effecten van eribuline zijn voornamelijk hematologische stoornissen (vooral neutropenie, anemie) en, zoals met de taxanen, perifere neuropathie¹.

- **Ocriplasmine (Jetrea®▼)**; hoofdstuk 16.12.) is een recombinant protease gebruikt via intravitreale injectie bij de behandeling van vitreomaculaire tractie. De ongewenste effecten van ocriplasmine zijn voornamelijk visusstoornissen en oogbloedingen, zelden

retinale loslating of scheur, meestal ten gevolge van de toedieningsprocedure².

- De specialiteit **Relenza®** op basis van het antivirale middel **zanamivir** (hoofdstuk 11.4.2.) is uit de markt genomen. Zanamivir werd voorgesteld voor gebruik via inhalatie bij de behandeling en de preventie van seizoensgebonden influenza. Een protectief effect op de influenzacomplicaties werd noch voor zanamivir, noch voor oseltamivir (Tamiflu®) aangetoond [zie Folia juli 2012].

1 *La Revue Prescrire* 2011;337:816-8

2 *Farmacotherapeutisch Kompas* via www.fk.cvz.nl

Dankwoord aan experts

De Folia worden uitgegeven onder de verantwoordelijkheid van het BCFI. De drie hoofdredacteuren worden bijgestaan door de leden van de Redactieraad en tal van anderen. Bij de voorbereiding van de artikelen worden deze regelmatig nagelezen door experts. Dank aan hen en aan alle medewerkers van de redactie.

Wij danken in het bijzonder volgende experts die in 2013 hun commentaren zonden: H. Beele, S. Boonen (overleden), A. Bourda, P. Calle, R. Cauwels, P. Chevalier, F. Debiève, T. De Backer, T. De Clercq, M. Decramer, J. De Fruyt, J. de Hoon, C. De Monie, K. Desager, K. Everaert, J. Flamaing, P. Goubau, O. Gurné, H. Habraken, J. Hamdani, G. Hanquet, V. Haufroid, K. Hoppenbrouwers, P. Jadoul, A. Jeanjean, D. De Looze, L. Lagae, E. Mehuys, V. Mertens, P. Neels, F. Niesten, F. Nobels, W. Peetermans, A. Peeters, A. Persu, M. Petrovic, C. Pilette, B. Pirotte, F. Rasquin, J. Y. Reginster, K. Roelens, S. Rottey, M. Sabbe, J. Saevels, D. Tennstedt, G. Top, P. Van Crombrugge, P. Van Damme, H. Van Den Aemele, G. Vandermeiren, C. Vandermeulen, F. Van Gompel, Y. Van Laethem, A. Vanlander, E. Van Leeuwen, M. Van Ranst, A. Verstraete, W. Vervaeke, C. Veys, A. M. Vints.

We hopen dat ze niet ontgoocheld zijn als niet al hun suggesties werden opgenomen. We verontschuldigen ons indien iemand werd vergeten.

De hoofdredacteuren
Prof. dr. T. Christiaens

Dr. G. De Loof

Prof. dr. J.M. Maloteaux