

Vooraf Aziaten en Afrikanen lopen risico

Opsporing chronische hepatitis B loont

Harm Menger,
arts infectieziektebestrijding,
GGD Hollands Noorden

Correspondentieadres: hmen-
ger@ggdhollandsnoorden.nl;
c.c.: redactie@medischcon-
tact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Na twintig jaar discussie is de universele vaccinatie tegen hepatitis B eindelijk opgenomen in het Rijksvaccinatieprogramma. De prevalentie van chronische hepatitis B in Nederland zal hierdoor echter niet verminderen. De risicogroepen die dit treft, verdienen dan ook meer aandacht.

Een golf van acties ter opsporing van mensen met chronische hepatitis B spoelt over ons land. Het begon in 2009 in Rotterdam, als initiatief van onder andere de GGD Rotterdam-Rijnmond. Deze Rotterdamse actie kreeg de naam 'China aan de Maas', omdat de Chinezen in de Maasstad de doelgroep vormden. Daarna volgden Den Haag ('China aan de Noordzee'), noordelijk Noord-Holland ('Vietnam tussen de tulpen' – gericht op de Vietnamese inwoners van die regio) en Utrecht ('China onder de Dom').¹ De golf heeft, in een iets andere vorm, Arnhem reeds aangedaan en ook Groningen en Amsterdam komen aan de beurt.²

De twee belangrijkste aanleidingen voor deze acties zijn:

- De sterfte door chronische virushepatitis (CVH) is in de afgelopen jaren in Nederland niet gedaald, terwijl de behandelmogelijkheden van CVH sterk zijn verbeterd.³ Dat die sterfte niet is gedaald, komt doordat de opsporing van mensen met CVH in ons land te wensen overlaat; ze worden vaak pas ontdekt als het te laat is.⁴ Er zijn naar schatting ruim 60.000 mensen met chronische hepatitis B in ons land; 6000 van hen hebben behandeling van hun ziekte nodig; tot nu toe zijn er slechts 1500 van hen opgespoord en daadwerkelijk in behandeling; 4500 dienen dus nog te worden opgespoord.⁵
- Hepatitis B doet zich vooral voor onder bekende, goed te onderscheiden etnische risicogroepen (zie *kaartje*). Daarom hebben acties gericht op die etnische groepen een hoge opbrengst. Dit geldt minder voor hepatitis C. Ondanks deze acties blijft voor de opsporing van mensen met chronische hepatitis B de inzet van de individuele gezondheidszorg onontbeerlijk.

Acuut versus chronisch

De chronische hepatitis B van allochtonen is een andere ziekte dan de hepatitis B die wij in Nederland kennen. De epidemiologie is anders: de prevalentie in Zuidoost-Azië en tropisch Afrika is minstens een factor 40 hoger dan in Nederland (>8 versus 0,2%).⁶

In Nederland hebben naar schatting 60.000 allochtonen chronische hepatitis B. Maar een structurele aanpak ontbreekt. Actieve opsporing is noodzaak, zegt GGD-arts Harm Menger in MCTv Uitgelicht.

Bekijk het filmpje op www.medischcontact.nl/video.

mctv
uitgelicht



00:00





Rotterdamers van Chinese afkomst worden getest op chronische hepatitis B.

beeld: ANP Photo

Ook de wijze van overdracht is anders: in Nederland kennen we hepatitis B vooral als seksueel overdraagbare aandoening.⁷ In 95 procent van de gevallen gaat het dan om een acute infectie, met als resultaat volledige genezing met klaring van het virus en levenslange immuniteit. Wereldwijd is seksuele transmissie echter een bijkomstigheid en is verticale transmissie, dus besmetting van de baby door de moeder rond

de geboorte, het belangrijkste. Dit leidt in 90 procent van de gevallen tot chronische, zelfs levenslange infectie.

Ziektebeeld en beloop zijn ook verschillend: acute hepatitis B verloopt vaak, maar lang niet altijd, met het typische beeld van geelzucht; chronische hepatitis B is vrijwel altijd asymptomatisch, tot het moment van leverfalen.

Allochtonen risicogroep

Dat chronische hepatitis B een belangrijke, te onderscheiden infectieziekte van allochtonen is in Nederland, is nog niet zo lang duidelijk. Pas in 1999 werd chronische hepatitis B opgenomen in de Infectieziektewet als meldingsplichtige ziekte, terwijl acute hepatitis B dat al sinds 1950 is. De volgende casus illustreert de tot voor kort relatieve onbekendheid met deze familiegebonden ziekte in ons land.

Mevrouw A is, als zij in 2004 aan de GGD wordt gemeld, 62 jaar. Zij is geboren en getogen in Vietnam. Rond 1980 is ze met haar man en zes kinderen als bootvluchteling naar Nederland gekomen. In Nederland heeft ze begin jaren tachtig nog twee kinderen gekregen. Een van haar broers is, met zijn gezin, ook naar Nederland gevlucht. Mevrouw A heeft al jaren last van vage bovenbuikklachten waarvoor ze haar huisarts diverse malen

Prevalentie hepatitis B





Acties ter opsporing van mensen met chronische hepatitis B concentreren zich op plekken waar veel allochtonen wonen.

beeld: Inge van Mill, HH

heeft bezocht. Deze schrijft de klachten toe aan haar psychosociale omstandigheden.

Na ruim twintig jaar in Nederland kan ze zich veroorloven haar land van herkomst en haar familie daar te bezoeken. De familie raadt haar aan een plaatselijke arts te consulteren. Die heeft in een ommezien vastgesteld dat ze niet alleen hepatitis B heeft, maar waarschijnlijk ook leverkanker. Terug in Nederland laat ze zich direct verwijzen. De gastro-enteroloog kan niets anders doen dan de diagnose van zijn Vietnamese collega bevestigen. Contactonderzoek door de GGD wijst uit dat haar acht volwassen kinderen allen besmet zijn geraakt.

De jongste twee kinderen blijken het virus echter te hebben geklaard met een adequate immuunrespons. De andere zes kinderen zijn virusdragers geworden. De broer die ook met zijn gezin naar Nederland is gekomen, is in 2000 overleden aan leverkanker. Een andere broer is in Vietnam overleden aan leverkanker. Twee van haar chronisch geïnfecteerde kinderen, dochters, zijn al eerder overleden, de een toen haar toenmalige partner een acute hepatitis B kreeg, de ander bij screening vanwege een medische behandeling. Mevrouw A is ongeveer twee jaar later overleden aan haar hepatocellulair carcinoom.

Behandeling

In een recent overzichtsartikel wordt geconcludeerd dat het momenteel voor vrijwel alle patiënten haalbaar is chronische hepatitis B medicamenteus onder controle te houden door het induceren van een blijvende respons met peginterferon (PEG-IFN) of het onderhouden van een respons door middel van langdurige therapie met nucleosideanalogen. Echter, over het optimale behandelingschema is nog geen consensus bereikt. Het blijft dan ook van belang onderzoek te doen naar verschillende behandelingsstrategieën, waarbij combinatietherapie mogelijk een belangrijke stap is voor behandeling en genezing van chronische hepatitis B in de toekomst.⁸

Opsporing

We kennen in Nederland diverse landelijk georganiseerde acties waarmee chronisch geïnfecteerden worden ontdekt.

- Zwangerenscreening: zeer effectief ter voorkoming van verticale transmissie van hepatitis B, maar opsporing van dragers is een bijproduct.
- Vaccinatieprogramma hepatitis B voor risicogroepen: hiermee worden ook dragers opgespoord, maar het richt zich voornamelijk op mensen die seksueel risico lopen – mannen die seks hebben met mannen en prostituees – en gebruikers van intraveneuze drugs.


SAMENVATTING

- De sterfte door chronische hepatitis B in ons land kan sterk worden teruggedrongen door de opsporing van dragers te verbeteren.
- Acties om deze mensen op te sporen vinden nu verspreid over het land plaats.
- De inzet van de individuele gezondheidszorg is voor de opsporing van hepatitis-B-dragers onontbeerlijk.
- Die inzet is eenvoudig en goedkoop: laat van iedere persoon afkomstig uit een land met (middel)hoge prevalentie voor hepatitis B ooit in het leven een keer anti-HBc/HBs-Ag bepalen.

Wereldwijd is seksuele transmissie een bijkomendheid

- Soa-poli's en sommige reizigersadviesbureaus bij GGD's controleren allochtone cliënten op besmetting met hepatitis B.
- De enige landelijk geregelde activiteit, direct gericht op de opsporing van hepatitis-B-dragers is de bronopsporing en het contactonderzoek (BO/CO) door GGD's. Aangezien chronische hepatitis B van allochtonen een familiair voorkomende ziekte is, heeft BO/CO nogal eens een hoge opbrengst (zie *casus*). Maar deze activiteit is reactief en niet proactief.

Er bestaat in Nederland geen proactief landelijk programma voor de opsporing van hepatitis B onder etnische groepen met een hoge prevalentie van hepatitis B. Opsporings-

acties als 'China aan de Maas' zijn niet meer dan lokale initiatieven van enthousiastelingen. Deze acties van de GGD richten zich op groepen mensen waarin een hoge prevalentie van hepatitis B te verwachten is en die gemakkelijk bereikbaar zijn doordat ze geconcentreerd zijn in grote steden of anderszins verenigd zijn. Dat betekent dat voor deze acties onontkoombaar 'de wet van de afnemende meeropbrengst' geldt: naarmate meer grote steden met concentraties van allochtonen zijn aangedaan, zal de opbrengst geringer worden. Wellicht wordt er binnenkort een landelijk programma ontwikkeld dat gericht is op de opsporing van CVH in de totale Nederlandse bevolking, maar hoe dan ook is de medewerking van de individuele gezondheidszorg noodzakelijk. Laat iedere persoon behorend tot een etnische groep met (middel)hoge prevalentie voor hepatitis B (dus afkomstig uit de donkere gebieden op het kaartje op blz. 3079), ooit in het leven een keer onderzoeken op hepatitis B door het anti-HBc/HBs-Ag te bepalen. 



De voetnoten vindt u onder dit artikel op www.medischcontact.nl. Daar staat ook als voorbeeld van verticale transmissie een stamboom van een familie waarin hepatitis B voorkomt, met bijbehorende toelichting.

Rijksvaccinatieprogramma

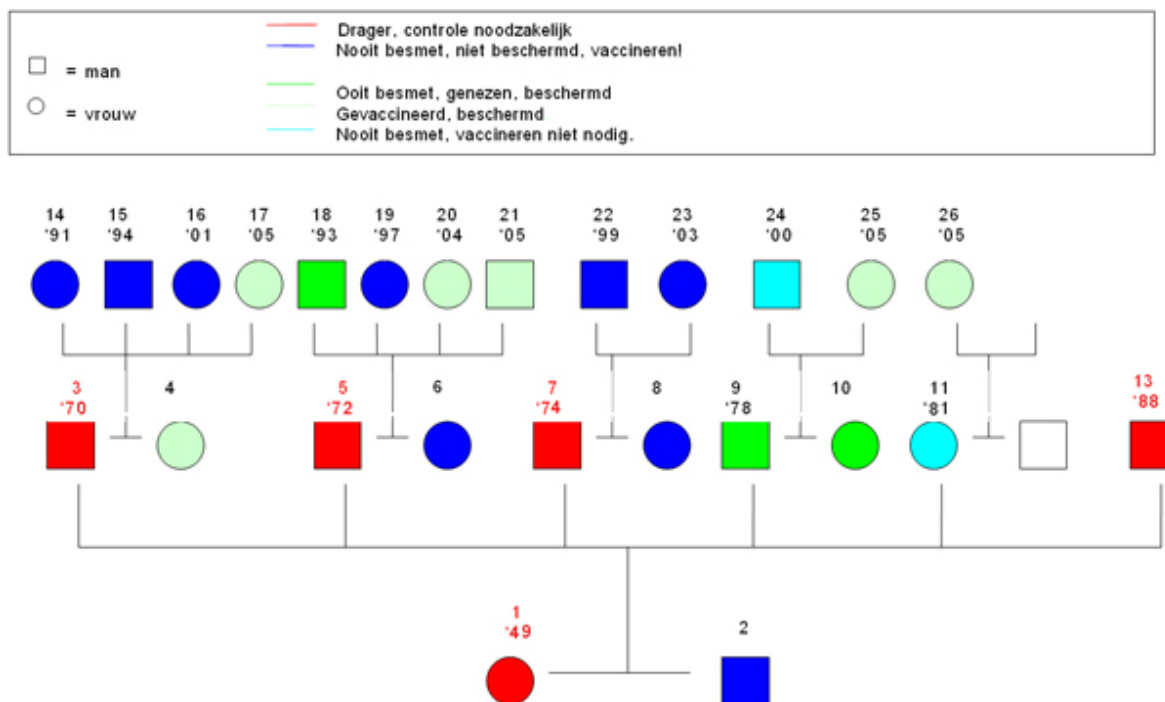
Alle Nederlandse kinderen geboren vanaf 1 augustus 2011 krijgen voortaan in het Rijksvaccinatieprogramma vaccinatie tegen hepatitis B aangeboden, gecombineerd met de DKTP-Hib-vaccinaties die worden toegediend op de leeftijd van 2, 3, 4 en 11 maanden.⁹

Met deze universele vaccinatie tegen hepatitis B schaaft Nederland zich eindelijk onder de grote meerderheid van landen in de wereld die, volgens het advies van de Wereldgezondheidsorganisatie uit 1992, universele vaccinatie (dus vaccinatie van alle kinderen) tegen hepatitis B in hun landelijke vaccinatieprogramma hebben opgenomen.

Het effect daarvan op het voorkomen van hepatitis B in ons land zal echter nog een jaar of twintig tot dertig op zich laten wachten, dus de risicogroepenbenadering die we tot nu toe in Nederland kenden, namelijk de vaccinatie van nieuw-

komers in de gezondheidszorg en van mensen die seksueel risico lopen, zullen we nog even moeten volhouden, evenals de behandeling van pasgeboren baby's van dragermoeders.

Het voorkomen van *chronische* hepatitis B zal door deze universele vaccinatie in ons land nauwelijks worden beïnvloed, ook niet op de lange duur, omdat de ziekte vooral wordt geïmporteerd. De toekomst van de chronische hepatitis B in Nederland wordt bepaald door de huidige ontwikkelingen in de delen van de wereld waar hepatitis B veel voorkomt. Daarbij moeten we ons realiseren dat veel van die landen weliswaar universele vaccinatie tegen hepatitis B in hun landelijke vaccinatieprogramma's hebben opgenomen, maar noch over de financiële middelen noch over de infrastructuur beschikken om die universele vaccinatie ook daadwerkelijk uit te voeren.



Stamboom van een bestaande hepatitis-B-familie. Het betreft een in Nederland woonachtige, allochtone familie (maar niet de familie van de casus in het artikel).

Toelichting:

1. De (groot)moeder (no 1 van 1949) is besmettelijk. Van haar 6 kinderen zijn er 5 besmet geraakt. Slechts één van deze 5 (de zoon no 9 van 1978) heeft het virus geklaard, hij is genezen en immuun. Haar andere 4 zonen zijn chronisch geïnfecteerd. Ziehier het typische patroon van verticale transmissie: de kinderen worden rond de geboorte door hun moeder besmet; perinatale infectie leidt bij de overgrote meerderheid van de geïnfecteerden tot langdurig zo niet levenslang dragerschap.
2. Opmerkelijk is dat de echtgenoot (no 2) niet besmet is geraakt. Zie ook de echtgenotes 6 en 8 van zonen 5 en 7. Die vrouwen zijn, ondanks dat ze van hun mannen in totaal 6 kinderen hebben gekregen, niet besmet geraakt. Hepatitis B is dus niet een erg besmettelijke soa.
3. De oudste zoon, no 3, was al in de jaren '90 ontdekt. Jammer genoeg heeft het contactonderzoek zich toen beperkt tot zijn echtgenote: zij is gevaccineerd. De kinderen 14, 15 en 16 lopen risico besmet te worden door hun vader, zij moeten dus worden gevaccineerd.
4. Het grote belang van verticale transmissie voor de overdracht van hepatitis B is ook te zien aan het verschil tussen de tweede en de derde generatie in deze stamboom: in de tweede generatie zijn 5 van de 6 kinderen besmet geraakt; in de derde generatie is slechts één kind besmet geraakt (no 18 van 1993) en dat kind is genezen. Hij is mogelijk door zijn vader besmet en waarschijnlijk is dat ook bij hem gebeurd op een gunstige leeftijd waardoor hij het virus heeft geklaard en immuun is geraakt. Het verschil tussen de tweede en de derde generatie komt vooral doordat de moeders van de tweede generatie niet besmettelijk zijn: no 11, de enige dochter van moeder no 1, is niet besmet geraakt.
5. Deze stamboom illustreert het grote belang (en de beperking) van de zwangerenscreening. Alle kinderen van de derde generatie zijn in Nederland geboren na het begin van de zwangerenscreening op hepatitis B (medio 1989). De 5 moeders van de tweede generatie zijn dus ongetwijfeld getest in de zwangerenscreening. De zwangerenscreening had verticale transmissie, zoals van moeder 1 naar haar 5 zonen, volledig kunnen voorkomen. Echter: de zwangerenscreening detecteert niet de besmettelijke vaders. Kinderen van besmettelijke vaders moeten dus altijd in contactonderzoek worden meegenomen.
6. Het Rijksvaccinatieprogramma is in 2003 uitgebreid met hepatitis-B-vaccinatie voor kinderen van wie ten minste één ouder is geboren in een land waar hepatitis B veel voorkomt. Vandaar dat de kinderen 17, 20, 21, 25 en 26 zijn gevaccineerd. Voor de kinderen 17, 20 en 21 is dat fortuinlijk geweest omdat zij immers kans lopen besmet te raken door hun vader. Voor de andere kinderen is dat niet meer dan meegenomen omdat voor hen het risico om besmet te raken met hepatitis B gelijk is aan dat van Nederlandse kinderen in het algemeen, namelijk zeer laag.

Voetnoten

1. Infectieziekten Bulletin 21, 3 (april 2010) p. 78/9, zie <http://www.rivm.nl/cib/publicaties/bulletin/>
2. Zie http://www.hepatitis.nl/beroepsgroep/projecten/DU337_nbsp3-Hepatitis-screening-migranten.aspx
3. De kloof tussen kennis en praktijk"Interview met emeritus-hoogleraar en Federaprijswinnaar Solko Schalm in Medisch Contact jg 65, no 21 (27 mei 2010) p 964/7.
4. Zie http://www.federa.org/sites/default/files/images/hepatitis_-_onvoltooide_zaken_-_schalm_12_mb.ppt
5. http://www.hepatitis.nl/beroepsgroep/projecten/DU1839_nbsp1-Landelijke-Hepatitisweek-2011.aspx, ga naar BIBHEP-workshop.
6. Richtlijn hepatitis B van het centrum voor infectieziektebestrijding, zie http://www.rivm.nl/Onderwerpen/Ziekten_Aandoeningen/H/Hepatitis_B, par. 6.3.
7. http://www.soaaid.nl/soa/meest_voorkomende_soa/hepatitis_b
8. Behandelmogelijkheden van chronische hepatitis B, P. Arends en H.L.A. Jansen. Nederlands Tijdschrift voor Medische Microbiologie, 2011 (maart); 19: nr 1.
9. http://www.rivm.nl/Onderwerpen/Ziekten_Aandoeningen/H/Hepatitis_B/Hepatitis_B_in_het_Rijksvaccinatieprogramma.