

Vaccins niet-levend + Oncologische middelen (immunosuppressief)

M 1337

Onderbouwend	Stof	Effect	Code
--			
Overig	Stof	Effect	
SPC MabThera	rituximab	patiënten, behandeld met MabThera kunnen niet-levende vaccinaties krijgen. De respons-snelheden met niet-levende vaccins kunnen echter verminderd zijn.	
Overig	Stof	Effect	
LCI. Medische oncologie oktober 2016:25-7.	griepvaccin + chemokuur	LCI heeft een Q&A opgesteld voor internist-oncologen mbt griepvaccinatie. Bij 'optimale timing' (hun punt 3) staat: Zowel vóór, tijdens als na chemotherapie resulteert vaccinatie met een enkele dosis bij de meerderheid in adequate humorale respons. - 2 weken vóór en 3 maanden na chemotherapie: voor optimaal resultaat adviseren standaardrichtlijnen vaccinatie vanaf 2 weken vóór start chemotherapie of minimaal 3 maanden na beëindigen chemotherapie. - tijdens chemotherapie: waarschijnlijk heeft het de voorkeur kort na de start van de chemotherapie te vaccineren.	
LCR-protocol Afweerstoornissen + Niet hiv gerelateerde afweerstoornissen + Samenvatting afweerstoornissen, tabellen. www.lcr.nl. Geraadpleegd feb 2016.	afweerstoornis	Ernstig gestoorde humorale afweer: er kan niet vertrouwd worden op beschermende effectiviteit van vaccinaties omdat het vermogen tot de vorming van beschermende antistoffen bij actieve (primo)vaccinatie gestoord is, zal er geen of een zeer zwakke antistofrespons optreden. Actieve vaccinatie is daarom niet zinvol. Een boostervaccinatie kan mogelijk wel zinvol zijn. Overleg altijd met een specialistisch centrum/ behandelend specialist. De arts van het vaccinatiecentrum is verantwoordelijk voor het advies aan een reiziger met een afweerstoornis. Overleg met de behandelend specialist of een gespecialiseerd centrum is in het algemeen geïndiceerd. Ernstige cellulaire afweerstoornissen: er kan niet vertrouwd worden op beschermende effectiviteit van vaccinaties; - verricht titercontrole na hepatitis A en B, TBE en rabiës vaccinatie - bij tijdgebrek of onvoldoende titer na hepatitis A vaccinatie: geef hepatitis A immunoglobuline - let op: Indien antistoffen worden gesubstitueerd is serologie niet meer betrouwbaar voor controle van doorgemaakte infecties of het effect van vaccinatie Matig gestoorde cellulaire afweer (prednison < 10 mg/dag, of ≥ 10 mg/dag gedurende <2 weken, mits in totaal < 700 mg aaneengesloten gebruikt; lokale of inhalatiecorticosteroïden): Geen consequenties.	
Informatorium (IM), Vaccins	dode vaccins	Dode (geïnactiveerde) vaccins kunnen veilig aan immuungecompromitteerden worden toegediend. Vaccinaties met gedode verwekker of daarvan afgeleide bestanddelen kunnen tijdens immunosuppressieve therapie minder effectief zijn door onvoldoende antistofvorming, en worden om die reden soms herhaald toegediend.	

SmPC Vimkunya	Chikungunyavaccin	De veiligheid en werkzaamheid van VIMKUNYA zijn niet geëvalueerd bij patiënten met immunodeficiëntie en patiënten die met systemische immunosuppressiva worden behandeld. Het is niet bekend of bij personen met een verminderde immuunrespons, waaronder personen die met immunosuppressiva worden behandeld, dezelfde respons op het vaccinschema wordt opgewekt als bij immunocompetente personen.
IM Hepatitis A-vaccin	hepatitis A vaccin	Het LCR geeft bij reizigers naar endemische gebieden in principe de voorkeur aan actieve immunisatie met een vaccin boven passieve immunisatie met een bloedproduct. Alleen bij vertrek op korte termijn wordt bij immuungecompromitteerden voor passieve immunisatie met normaal immunoglobuline gekozen. Actieve immunisatie is mogelijk bij immuungecompromitteerden als er voldoende tijd is om na vaccinatie de antistoftiter te bepalen (bij voorkeur minimaal 4 weken na vaccinatie).
LCI-richtlijn Hepatitis B. www.rivm.nl. Geraadpleegd feb 2016. RIVM-richtlijn Vaccineren van hivpatiënten binnen het vaccinatieprogramma hepatitis B-risicogroepen. www.rivm.nl. Geraadpleegd feb 2016.	hepatitis B vaccin	onderscheid normale (10 ug BvaxPRO; maand 0,1,6) vs gestoorde immuuniteit (40 ug BvaxPRO; maand 0,1,2,6). Bij bepaalde patiëntengroepen met gestoorde afweer (bv cellulaire immuunstoornis, dialysepatiënten) kan de immuunrespons verminderd zijn. IM <u>Hepatitis B-vaccin</u> : Bij immuungecompromitteerde personen wordt aanbevolen 4 tot 8 weken na de laatste dosis de antistoftiter te bepalen. RIVM: hivpatiënten zullen gevaccineerd worden met een dubbele dosis hepatitis B-vaccin. Dit betekent dat deze patiënten per vaccinatiemoment twee injecties HBvaxPRO 10µg* krijgen toegediend. De vaccinatie wordt gegeven op 0, 1 en 6 maanden. Vanwege de mogelijke lage respons op de vaccinatierreeks is het belangrijk dat hivpatiënten 4 tot 6 weken na de derde dubbele dosis een titerbepaling laten doen.
IM Influenzavaccin NHG/SNPG-Handleiding Influenzavaccinatie http://www.snpg.nl/griepvaccinatieprogramma . Geraadpleegd oktober 2016.	Influenzavaccin	aanbevolen bij verminderde weerstand tegen infecties (bv auto-immuunziekten, immunosuppressieve medicatie of chemotherapie). NHG/SNPG-Handleiding: de huisarts biedt vaccinatie aan aan patiënten met longcarcinoom; na een recente beenmergtransplantatie; met een HIV-infectie; met verminderde weerstand tegen infecties: auto-immuunziekten, chemotherapie, immuunsuppressieve medicatie.

<p>LCI-richtlijn Pneumokokkose. www.rivm.nl. Geraadpleegd feb 2016.</p> <p>Gezondheidsraad Advies Vaccinatie tegen pneumokokken bij ouderen/risicogroepen</p>	<p>pneumokokken-vaccin</p>	<p>Indicatiestelling risicogroepen. In het advies van de Gezondheidsraad (Gr03) worden aanbevelingen gedaan voor pneumokokkenvaccinaties: Afhankelijk van het onderliggende ziektebeeld gelden verschillende aanbevelingen. Per patiënt dient een afweging gemaakt te worden bij mensen met de volgende diagnoses: ziekte van Hodgkin, non-Hodgkin lymfoom, hiv, myeloom en chronische lymfatische leukemie, auto-immuunziekten en immuunosuppressieve therapie, nierziekten, alcoholisme, beenmergtransplantatie of orgaantransplantatie. Geen aanbeveling tot vaccinatie geeft de commissie voor de diagnoses hypo- en agammaglobulinemie, solide tumoren, diabetes, chronische longziekten en chronisch hartfalen. Gezondheidsraad Advies: 3 typen aanbevelingen: Een <u>harde</u> aanbeveling tot vaccinatie geeft ze voor die groepen waarin het sterfterisico zeer hoog is. Dit is het geval bij mensen met asplenie, sikkelcelziekte of liquorlekkage. Dan zijn er ziektebeelden waarbij vaccinatie tegen pneumokokken per patiënt <u>overwogen</u> zou moeten worden, oa ziekte van Hodgkin; non-Hodgkin lymfoom; HIV; myeloom en chronische lymfatische leukemie. <u>Geen aanbeveling</u> tot vaccinatie geeft de commissie voor oa solide tumoren; bij patiënten met kanker lijken pneumokokkeninfecties vaker op te treden. De immuunrespons bij solide tumoren is normaal. Bij patiënten die recent bestraald waren in verband met tumoren in het hoofd-halsgebied was de antilichaamrespons echter sterk gestoord. Zonder nadere anamnese van pneumokokkeninfecties bestaat geen indicatie voor vaccinatie.</p>
<p>LCI-richtlijn Tetanus. www.rivm.nl. Geraadpleegd feb 2016.</p>	<p>tetanusvaccin</p>	<p>advies Gezondheidsraad mbt postexpositieprofylaxe met TIG en tetanustoxoïd bij een verwonding: immuno-incompetente personen ongeacht de vaccinatietoestand tegen tetanus: TIG en 3x tetanustoxoïd in maand 0,1 en 7. Idem 'bekend nooit gevaccineerd tegen tetanus.'</p>
<p>LCI-richtlijn Rabiës. www.rivm.nl. Geraadpleegd feb 2016.</p>	<p>rabiësvaccin</p>	<p>bij ongevaccineerden/immuno-incompetenten/onbekende immuunstatus dient naast actieve immunisatie, altijd zo snel mogelijk (bij voorkeur binnen 48 uur) MARIG (menselijk anti-rabiës immunoglobuline) te worden toegediend. IM <u>Rabiësvaccin</u>: bij immuungecompromitteerden is de immuunrespons verminderd en dient 2-4 weken na vaccinatie de antistoftiter te worden gecontroleerd. Postexpositie-vaccinatie wordt bij immuungecompromitteerden altijd gecombineerd met rabiësimmunoglobuline.</p>
<p>Spc Arexvy</p>	<p>RSV-vaccin</p>	<p>Geen gegevens over de veiligheid en immunogeniciteit van Arexvy bij immuungecompromitteerden, deze kunnen een verminderde immuunrespons op Arexvy hebben.</p>

<p>LCR-richtlijn tekenencefalitis. www.mijnlcr.nl. Geraadpleegd maart 2016.</p> <p>SPC FSME-Immun</p>	<p>tekenencefalitis-vaccin</p>	<p>Voor immuungecompromitteerden en personen > 60 jaar gelden dezelfde schema's maar is de respons mogelijk minder. Er bestaan geen specifieke klinische gegevens waarop aanbevelingen voor revaccinatie intervallen kunnen worden gebaseerd bij deze groep. Bij verminderde immuunrespons kan een extra vaccinatie worden gegeven. Bij personen ouder dan 60 jaar mag het interval tussen de booster doses doorgaans niet meer dan drie jaar bedragen. Zie voor het verdere beleid de SPC-tekst FSME-Immun: "bij patiënten die worden behandeld met immunosuppressiva zal niet altijd een beschermende immuunrespons kunnen worden opgewekt. Personen met een verzwakt immuunsysteem (incl. zij die immunosuppressiva krijgen): er bestaan geen specifieke klinische gegevens waarop aanbevelingen voor dosering kunnen worden gebaseerd. Bepaling van de concentratie aan antistoffen 4 weken na de 2e dosis en toediening van een bijkomende dosis kunnen echter worden overwogen als er op dat moment geen aanwijzingen van seroconversie zijn. Hetzelfde geldt voor een van de volgende doses."</p>
<p>NVR-richtlijn Verantwoord-gebruik-van-biologicals januari-2011. www.nvr.nl.</p> <p>IMID: immune mediated inflammatory disorders</p>	<p>biologicals</p>	<p>adviseert griepvaccin bij alle patiënten met IMID op een biological voorafgaand aan de behandeling. Deze vaccinaties kunnen ook tijdens gebruik van biologicals worden gegeven, waarbij effectiviteit mogelijk iets is afgenomen. Pneumokokkenvaccinatie valt te overwegen. De meeste fabrikanten adviseren zo mogelijk bij kinderen alle vaccinaties bij te werken volgens de geldende richtlijnen alvorens met een biological te starten.</p>

Opmerkingen

Dezelfde immunosuppressieve oncologische middelen koppelen als bij de interactie met levende vaccins (M 1229: Vaccins levend + Oncologische middelen (immunosup)). Alle niet-levende vaccins koppelen.

Werkgroep Interacties Oncologische middelen: bij gebruik immunosuppressieve middelen kan de werking van een niet-levend vaccin afnemen. Medisch oncoloog: ik denk dat vooral patiënten en artsen er op gewezen moeten worden, dat ze er gezamenlijk over kunnen nadenken of vaccinatie wel/niet verstandig is.

Internist-nefroloog: bij gebruik van deze middelen is de antistofrespons op de vaccinatie minder dan bij patiënten die geen immunosuppressie gebruiken, maar de respons is nog steeds de moeite waard. Na niertransplantatie en gebruik van immunosuppressie is het advies om de jaarlijkse griepvaccinatie wel te halen, zo'n 60% haalt toch een adequate respons. In de praktijk zijn wij helemaal niet zo strikt in serologische controle na griepvaccinatie, maar wel na hepatitis A/B vaccinatie.

Risicofactoren	
Mitigerende factoren	

	Interactie	Actie	Datum
Beslissing WG OncolA	Ja	Ja	25-6-2025