



Jaarlijks massaal vaccineren tegen influenza, of niet?

Met die vraag wordt een diepgeworteld geloof in veilige bescherming ter discussie gesteld en komen gevestigde reputaties en grote belangen in het geding. Wie die vraag ontkenkend beantwoordt, kan dan ook rekenen op veel weerwoord.

Influenzavaccinatie zou beschermen tegen veel onheil. De omvang van dat onheil blijkt echter veel geringer dan belangenverstrengelde deskundigen ons decennialang deden geloven en de bescherming tegen dat onheil is nog steeds niet aangetoond. Integendeel, er komen steeds meer aanwijzingen dat bescherming ontbreekt.

Opvallend is de dominante en beslissende rol die virologen spelen bij de advisering en besluitvorming rond vaccinatie. Een situatie die te vergelijken is met farmacologen die vanwege hun grote kennis van medicijnen het voorschrijfgedrag van geneesmiddelen zouden moeten bepalen. 'The proof of the pudding is in the eating' en de evaluatie daarvan vereist andere deskundigheid dan een virologische. Die evaluatie moet vrij zijn van vooringenomenheid en belangenverstrengeling. Terug daarom naar de elementaire besliskundige beginselen van de preventieve geneeskunde.

Preventief toedienen van medicatie vereist een afweging van relevante feiten die onomstotelijk vaststaan. Bewezen effectiviteit op harde eindpunten en bewezen effectiviteit en veiligheid op lange termijn zijn strikte voorwaarden voor het preventief toedienen van een medicament aan kerngezonde mensen. Deze principiële uitgangspunten werden bij massale influenza- en ook bij HPV-vaccinaties terzijde geschoven.

De afweging van feiten bij influenza begint bij het vaststellen van de omvang van het probleem. Zonder bekende mortaliteit is massale vaccinatie van gezonde mensen ontoelaatbaar. Hoeveel mensen overlijden jaarlijks in Nederland aan virologisch bewezen influenza? Welke fluctuaties kent dat aantal? Hoe is de leeftijdsverdeling van overledenen? Welke levensverwachting hadden de overledenen?

Op al deze vragen zijn geen antwoorden beschikbaar als basis voor het vaccinatiebeleid. Decennialang heeft de medische en lekenpers aantallen genoemd van 700 à 1000 doden per jaar. Het ontbreken van jaarlijkse fluctuaties en leeftijdsverdeling maakt reeds duidelijk dat deze cijfers niet berusten op serologisch bewezen mortaliteit door influenza. De mythe van 700 à 1000 doden werd zo'n 35 jaar geleden gelanceerd op basis van de oversterfte in de gehele bevolking in perioden dat het influenzavirus rondwaart. Vertekening door andere oorzaken en ziekteverwekkers (confounding) is evident. De werkelijke sterfte is niet eens bij benadering bekend en is mogelijk zelfs zo laag dat alleen al op grond daarvan massale vaccinatie niet aan de orde is. Daarbij komt dat het huidige vaccin een lage bescherming geeft. Hoe laag weten we niet. Bepaling van de vaccinatiewinst wordt daarmee tot luchtflitseriej, terwijl juist kennis daarvan een *conditio sine qua non* is voor massale vaccinatie.

Preventieve geneeskunde dient te berusten op goede RCT's. Dat lijkt niet te gelden voor influenzavaccinatie. Vaccinproducenten lieten deze onderzoeken niet verrichten uit welbegrepen eigenbelang.

Samenvattend: de omvang van het probleem en de te behalen vaccinatiewinst zijn niet bekend. Influenzavaccinatie voldoet daarmee niet aan de elementaire eisen van preventieve behandeling. De Nijmeegse hoogleraar Interne geneeskunde Jos van der Meer vatte het helder samen tijdens een herbezinningsmiddag van de Gezondheidsraad (13 juni 2012): 'Het griepvaccin zou heden ten dage nimmer ingevoerd worden op basis van bestaande onderzoeksresultaten'.

Dat betekent kort en goed dat we moeten stoppen met deze massale vaccinatie. Zonder onderbouwing geen preventieve behandeling van gezonde mensen en al helemaal niet ten koste van 60 miljoen euro gemeenschapsgeld per jaar.

Viroloog Coutinho van het RIVM opponeerde tijdens diezelfde bijeenkomst tegen Luc Bonneux, arts-epidemioloog, en Miquel Ekkelenkamp, klinisch microbioloog, die aandrongen op goede RCT's. Coutinho: 'Er is geen sterk bewijs voor de effectiviteit van het huidige griepvaccin, maar het is ondoenlijk om nu alsnog een randomized controlled trial op te zetten. Beter is het om in te zetten op de ontwikkeling van een nieuw vaccin. [...] Bovendien kost een trial miljoenen euro's, die men beter kan investeren in de ontwikkeling van een nieuw en beter vaccin. [...]'. Hij erkende dat er eigenlijk geen harde gegevens bestaan op basis waarvan kan worden vastgesteld dat ouderen baat hebben bij vaccinatie, aldus berichtgeving in *Medisch Contact*.¹ De gedachte kwam blijkbaar niet op dat stoppen met vaccineren van ouderen veel geld uitspaart dat aangewend zou kunnen worden voor onderzoek. Stoppen met vaccinaties ligt echter niet in de lijn van het RIVM dat een warm pleitbezorger van vaccinaties is.

Luc Bonneux, Miquel Ekkelenkamp en Huub Schellekens, hoogleraar innovatie en medische biotechnologie, hebben zich van meet af aan krachtig verzet tegen de onjuist gebleken standpunten van de Gezondheidsraad en het RIVM over de Mexicaanse griep en over het verlagen van de vaccinatieleeftijd van 65 naar 60 jaar. Zij hebben bewezen te beschikken over het juiste inzicht. Alle reden om nu goed naar hen te luisteren. ■

LITERATUUR

- 1 Maassen H. RCT met griepvaccin niet haalbaar. *Medisch Contact* 2012;25:1508.

Huisartspraktijken Schenkel, Bongerd 2, 2906VK Capelle aan den IJssel; H. van der Linde, huisarts • Correspondentie: hvanderlinde@zeelandnet.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.