



Vaccinaties bij patiënten met chronisch inflammatoire huidaandoeningen die immunosuppressieve therapie gebruiken

Juul van den Reek

Patiënten met chronisch inflammatoire huidaandoeningen hebben een verhoogd risico op infecties, mede door het gebruik van immunosuppressieve therapieën. Vaccinatie vormt een essentieel onderdeel van preventieve zorg binnen de dermatologische praktijk. Dit artikel bespreekt het belang van vaccinatie, timing en type vaccins, praktische knelpunten in de uitvoering en de aankomende overkoepelende richtlijn van de Federatie Medisch Specialisten voor pneumokokken-, herpes zoster- en HPV-vaccinatie.

Patiënten met chronisch inflammatoire aandoeningen, zoals psoriasis, constitutioneel eczeem en hidradenitis suppurativa, hebben een verhoogd risico op infecties. Dit risico kan worden veroorzaakt door zowel de onderliggende inflammatoire ziekte als door het gebruik van immunomodulerende en immunosuppressieve therapieën. [1] Immunosuppressieve therapieën, waaronder conventionele systemische middelen, biologics en JAK-remmers, verhogen de kans op infecties en kunnen leiden tot een ernstiger ziektebeloop. Daarnaast kunnen infecties aanleiding zijn om effectieve dermatologische behandelingen tijdelijk te onderbreken of te staken, met risico op exacerbaties van de huidaandoening. Vaccinatie draagt bij aan het voorkomen van infecties en ondersteunt daarmee zowel patiëntveiligheid als continuïteit van de behandeling. [1]

WANNEER VACCINEREN?

Idealiter worden vaccinaties toegediend vóór start van immunosuppressieve therapie. Dit vergroot de kans op een adequate immunorespons en maakt het mogelijk om, indien geïndiceerd, (verzwakt) levende vaccins toe te dienen. Tijdens lopende immunosuppressieve therapie kunnen geïnactiveerde vaccins veilig worden gegeven, hoewel de vaccinatierespons verminderd kan zijn. Het onderbreken van immunosuppressieve therapie ten behoeve van toediening van inactieve vaccines wordt in het algemeen niet geadviseerd. [2] De mate waarin de vaccinatierespons wordt beïnvloed, verschilt per middel (zie tabel). B-cel-depletende therapieën, zoals rituximab, hebben een uitgesproken effect op antilichaamvorming en immunologisch geheugen. [3] Ook middelen die direct of indirect de T-celfunctie beïnvloeden, zoals JAK-remmers, methotrexaat en diverse biologics, kunnen potentieel de vaccinatierespons beïnvloeden. [3] Dit onderstreept het belang van tijdige vaccinatieplanning.



Afbeelding. Voor veel inflammatoire huidaandoeningen, zoals psoriasis, zijn de vaccinatieadviezen in de afgelopen jaren sterk veranderd.

(Verzwakt) levende vaccins zijn tijdens immunosuppressieve therapie in het algemeen gecontra-indiceerd. [2] Voorbeelden zijn het BCG, gele koorts, rotavirus, BMR, varicella- en het levend herpes zoster-vaccin. Indien een levend vaccin noodzakelijk is, vereist dit maatwerk en specialistische afweging, inclusief vaak tijdelijke maar soms langdurige onderbreking van de immunosuppressieve therapie. [4] Een speciale categorie vormen baby's van moeders die tijdens een de zwangerschap (16e week en verder) met biologics behandeld zijn. Zij mogen in hun eerste levensjaar ook geen levende vaccins ontvangen. [4] Voorheen bevatte het Rijksvaccinatieprogramma in het eerste jaar geen levende vaccins, maar recent is het (levende) rotavirus vaccin toegevoegd op 6-9 weken en 3 maanden, wat kan leiden tot problemen in de praktijk omdat deze volgens de richtlijn niet gegeven mogen worden. Er komt wel

Arts-epidemioloog, afdeling dermatologie, Radboudumc, Nijmegen

meer wetenschappelijk inzicht beschikbaar over dit vaccin, zo liet een recente Canadese studie zien dat het rotavirus vaccin veilig was in bijna 200 neonaten die in utero blootgesteld waren aan biologics (met name TNF-alfa remmers). [5]

WELKE VACCINATIES?

Bij patiënten met chronische inflammatoire aandoeningen dient systematisch aandacht te zijn voor een volledige vacci-

natiestatus. Dit omvat het inhalen van gemiste vaccinaties uit het Rijksvaccinatieprogramma, het toedienen van reisvaccinaties of vaccinaties iv.m. een beroepsrisico, en vaccinaties die specifiek worden aanbevolen vanwege immunosuppressieve therapie bij chronische inflammatoire aandoeningen. Voor de laatste categorie vaccinaties wordt op basis van bestaande richtlijnen en adviezen bij deze patiënten momenteel aandacht gevraagd voor de griep-, covid-, pneumokokken-, herpes

Tabel. Immunosuppressiva/immunomodulatoren voor psoriasis en hun werking op het immuunsysteem. Deze is te vinden op: Vaccinaties en systemische therapieën - Richtlijn - Richtlijndatabase

Geneesmiddelen-groep	Geneesmiddel	Aangrijpingspunt	Effect op humorale respons	Effect op cellulaire respons	Farmacologische eliminatie-periode (5 x t1/2)	Tijd tussen stoppen immuunsuppressivum en toediening levend vaccin
Antimetabolieten	Methotrexaat	Foliumzuur-antagonist	++	++	15-75 uur	1 maand (tot 3 maanden)
Calcineurine-remmers	Ciclosporine	T-lymfocyten	+/-	++	55 uur	1-3 maanden
Cytokineremmers	Ustekinumab	IL-12/23	N.B.	+	75-160 dagen	Minstens 15 weken ^{#/****}
	Secukinumab	IL17A	N.B.	+	135 dagen	Minstens 3 maanden [#]
	Ixekizumab	IL17A	N.B.	++	65 dagen	Minstens 3 maanden [#]
	Brodalumab	IL17RA	-	+	55 dagen	Minstens 3 maanden [#]
	Bimekizumab	IL17A/F	+	+	115 dagen	4 maanden ^{#/EO}
	Guselkumab	IL-23	+	+	80 dagen	Minstens 3 maanden ^{#/****}
	Tildrakizumab	IL-23	+	+	115 dagen	17 weken ^{#/****}
	Risankizumab	IL-23	+	+	145 dagen	21 weken ^{#/****}
T-lymfocytenremmers	Dimethylfumaraat	Nrf2-afhankelijke antioxiderende genen (opwaarts regulering)	-	++	5 uur	Minstens 3 maanden ^{**}
TNF-alfa-blokkers	Adalimumab / golimumab	TNF-alfa	+	+	10 weken	3 maanden [#]
	Certolizumab	TNF-alfa	+	+	70 dagen	3 maanden [#]
	Etanercept	TNF-alfa	+	+	350 uur	1 maand [#]
	Infliximab	TNF-alfa	+	+	Minstens 3 maanden	3 maanden [#]
Fosfodiësterase-4-remmers	Apremilast	Fosfodiësterase-4 (PDE4)	N.B.	N.B.	45 uur	EDF: geen wash-out nodig; Expert opinie: zekerheidshalve 2-4 weken staken ^{**}
Retinoïden	Acitretine	Retinoïnezuur analoog	-	-	250 uur	EDF: geen wash-out nodig ^{**}

Let op: wacht bij alle bovenstaande middelen (behalve acitretine) minstens 4 weken¹⁰⁻¹² na de toediening van het levend vaccin met de herstart van het immuunsuppressivum.

[#]Met uitzondering van baby's van moeders die tijdens zwangerschap biologics toegediend kregen, zij mogen in het eerste levensjaar geen levende vaccins toegediend krijgen.

^{*}Data zijn afkomstig uit de KNMP-kennisbank, geraadpleegd in april 2017 (voor risankizumab, bimekizumab, acitretine en apremilast: geraadpleegd in januari 2023), tenzij anders aangegeven.

^{**}Er zijn onvoldoende/geen data om een gewogen advies voor fumaarzuur, apremilast en acitretine te geven. De EDF-richtlijn geeft aan dat deze middelen niet onderbroken hoeven te worden rondom de toediening van levende vaccins. Apremilast: bij gebrek aan data zou een korte onderbreking van apremilast (2-4 weken) overwogen kunnen worden alvorens een levend vaccin toe te dienen. Fumaarzuur: De LCI-richtlijn adviseert voor fumaarzuur 3 maanden onderbreking vooraf aan het toedienen van een levend vaccin. Acitretine: acitretine lijkt niet immuunsuppressief en onderbreken lijkt derhalve niet noodzakelijk.

^{****}Data zijn afkomstig uit SmPC teksten van guselkumab, ustekinumab, tildrakizumab en risankizumab, geraadpleegd in februari 2023.

^{EO}naast data afkomstig uit de KNMP-kennisbank is gebruik gemaakt van expert opinie (n=1) om een advies te kunnen geven.

Legenda

+ een effect is aangetoond of aannemelijk

- een effect is afwezig of onwaarschijnlijk

+/- weinig tot geen effect (of zowel geen als enig effect gerapporteerd)

N.B. niet bekend

zoster-, BMR-, varicella en hpv-vaccinatie. [2] Voor sommige van deze vaccins geldt het advies dit bij alle patiënten met immunosuppressieve therapie te overwegen (bijv. grieprik), maar andere vaccins alleen bij specifieke omstandigheden (bijv. varicella vaccinatie alleen bij seronegatieve personen, hpv alleen bij patiënten <26 jaar die nog niet gevaccineerd zijn). [2]

KNELPUNTEN IN DE VACCINATIEZORG

Ondanks het belang van vaccinatie bestaan er in de dagelijkse praktijk diverse knelpunten. Een belangrijk organisatorisch vraagstuk is wie de regie voert over vaccinatiezorg: de medisch specialist, de huisarts of de GGD. Daarnaast leidt opname van vaccinaties in richtlijnen niet automatisch tot structurele vergoeding. Verschillen tussen intramurale en extramurale financiering en toepassing van het eigen risico kunnen drempels vormen voor patiënten. Voor dermatologen kan het ook tot extra regeldruk leiden; om een herpes zoster vaccin via de extramurale weg (huisarts) vergoed te krijgen dient er momenteel een artsverklaring en recept verstuurd te worden zodat huisarts het vaccin kan toedienen; als de dermatoloog het vaccin in het ziekenhuis wil (laten) toedienen, dient er een Overig Zorgproduct (OZP)-vergoeding geregeld te zijn. [6]

Verder neemt het aantal patiënten dat wordt behandeld met biologics en JAK-remmers toe, wat vragen oproept over haalbaarheid en capaciteit van vaccinatiezorg.

NIEUWE OVERKOEPELENDE RICHTLIJN

De huidige LCI-richtlijn voor vaccinatie bij chronisch inflammatoire aandoeningen is niet langer voldoende actueel. [1] Daarom wordt via de Federatie Medisch Specialisten gewerkt aan een nieuwe overkoepelende richtlijn voor pneumokokken-, herpes zoster- en hpv-vaccinatie bij patiënten met chronisch inflammatoire aandoeningen. Deze richtlijn zal actuele, evidence-based aanbevelingen bevatten en bijdragen aan uniformering van beleid. De Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie is actief betrokken bij dit traject, dat een belangrijke actualisatie van de vaccinatieadviezen binnen de dermatologie zal opleveren.

CONCLUSIE

Vaccinatie is een essentieel maar complex onderdeel van de zorg voor patiënten met chronisch inflammatoire aandoeningen die immunosuppressieve therapie gebruiken. Tijdige vaccinatieplanning, kennis van middel-specifieke effecten en aandacht voor organisatorische randvoorwaarden zijn cruciaal. De ontwikkeling van een nieuwe FMS-richtlijn biedt een belangrijke kans om de vaccinatiezorg voor deze groeiende patiëntengroep verder te verbeteren.

LEERPUNTEN

- Vaccinatie vermindert infectierisico en ondersteunt continuïteit van immunosuppressieve therapie.
- Vaccinaties hebben bij voorkeur plaats vóór start van immunosuppressieve behandeling.
- Geïnactiveerde vaccins zijn veilig tijdens therapie; levende vaccins zijn meestal gecontra-indiceerd.
- Organisatie en vergoeding vormen belangrijke knelpunten in de dagelijkse praktijk.
- Een opkomende FMS-richtlijn actualiseert en harmoniseert vaccinatieadviezen voor pneumococci, herpes zoster en HPV bij chronisch inflammatoire aandoeningen.

GEMELDE BELANGENVERSTRENGELING

Geen

LITERATUUR

1. RIVM. Vaccinatieadviezen bij chronisch inflammatoire aandoeningen. <https://lci.rivm.nl/overig/chronisch-inflammatoire-aandoeningen>.
2. Immunostart. <https://immunostart.nl/>. Geraadpleegd 25-01-2026.
3. Curtis JR, Xie F, et al. Impact of disease-modifying antirheumatic drugs on vaccine immunogenicity in patients with inflammatory rheumatic and musculoskeletal diseases. *Ann Rheum Dis*. 2021;80(6):769–779.
4. Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV). Richtlijn Psoriasis: Vaccinaties en systemische therapieën. Utrecht: NVDV; 2023. Beschikbaar via Richtlijndatabase.
5. Fitzpatrick T, Alsager K, Sadarangani M, et al. Immunological effects and safety of live rotavirus vaccination after antenatal exposure to immunomodulatory biologic agents: a prospective cohort study from the Canadian Immunization Research Network. *Lancet Child Adolesc Health*. 2023;7(9):648–656. doi:10.1016/S2352-4642(23)00136-0.
6. Zorginstituut Nederland / Equalis. Onderzoek vergoeden extramurale vaccinaties: knelpunten en oplossingsrichtingen voor vaccinatiezorg voor medische risicogroepen. Utrecht: Zorginstituut Nederland; 2023. Beschikbaar via: <https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2023/12/11/equalis-rapport-onderzoek-vergoeden-extramurale-vaccinaties>

CORRESPONDENTIEADRES

Juul van den Reek

E-mail: juul.vandenreek@radboudumc.nl