

To: 5.1.2e [redacted] 5.1.2e [redacted]@gmail.com]; 5.1.2e [redacted] 5.1.2e [redacted]@rivm.nl]
 From: 5.1.2e [redacted]
 Sent: Thur 2/11/2021 5:19:13 PM
 Subject: Zuid-Afrikaanse variant
 Received: Thur 2/11/2021 5:19:14 PM
[Search ZA variant.docx](#)

Beste 5.1.2e [redacted]

Zoals net afgesproken de belangrijkste stukken uit de mailwisseling hieronder en bijgaand het grijze literatuuroverzicht.

Vast ter info. Ik sprak 5.1.2e [redacted] net t.a.v. wel niet inzetten van AZ op korte termijn i.v.m. ZA variant. Hij gaf aan dat dat voorlopig sneller kunnen inzetten van AZ ook als sprake zou zijn van verminderde effectiviteit bij 60 jarigen vanuit modellering nog steeds meer winst oplevert op populatieniveau. Er is niet expliciet gemodelleerd met ZA mutant hierbij, maar wel dus met scenario's met verminderde effectiviteit.

Is al enig inzicht in hoeverre de Zuid Afrikaanse variant, ik denk dan ten opzichte van de Britse, terrein zal gaan winnen in Nederland en op welke termijn. Bijvoorbeeld info groeisnelheid, R? De Z Afrika variant komt nu nog niet heel veel voor, vorige week stond te teller geloof ik op 23 bevestigde gevallen, dit is heel veel minder dan de Britse variant. Met name de virus varianten waar de huidige vaccins minder goed tegen werken, zoals de ZA variant zullen sneller toenemen.

De korte termijn winst is duidelijk, het werkt wel tegen de VK variant ook. Maar we moeten wel vinger aan de pols houden. Het kan immers zijn dat het op de net iets langere termijn ongunstig is als risicogroepen als 60 plus en medische risicogroepen opnieuw niet beschermd zijn omdat ze een minder effectief /niet effectief vaccin hebben gekregen. Daar zou het om gaan. Als dat een kwestie van maanden is..? Voor nu is het denk ik te drastisch om te stoppen met de ingezette strategie, maar volgende maandag of dinsdag etc kan dit weer anders liggen... Vandaar de vraag hoe snel is 60-64 jaar weer onbeschermd omdat ze een AZ vaccin hebben gekregen tegen nieuwe varianten als de zuid afrikaanse of een nog onbekende variant? Met de assumptie op basis van de eerste preliminaire data dat dit huidige AZ vaccin weinig tot niet beschermt tegen de Z-afrikaanse variant? Of tegen een nog onbekende variant? En met de assumptie dat de mRNA vaccins dit wel doen? En het komende vaccin van Janssen bv wel, ook? Zelfde vraag voor evt de medische risico groepen en 50-59 jaar. Als we over 3 mnd dan moeten booster met Pfizer of Moderna want de aangepaste vaccinatie komt pas in september...

De vraag is heel pragmatisch nu en komt ook al vanuit de media: geeft je ook 60-64 nu liever Pfizer of Moderna geeft...of wacht op Janssen? Of ga je door met AZ nu?

Ik denk eigenlijk dat de vraag is of het schadelijk is om nu door te gaan met de huidige vaccinatiestrategie. Op de korte termijn volgens mij niet (zie berekening Jacco voor de GR), voor de iets langere termijn zou je ook de risicogroepen kunnen booster met een mRNA-vaccin dat wel beschermt tegen de dan circulerende stammen in plaats van de gezonde 60- te vaccineren.

Ja echt een dilemma want kennis van nu is nog onvoldoende: laatste verontrustende data over het AZ vaccin zijn nog niet publiek en de situatie qua varianten is zeer veranderlijk. Zeker onder toenemende immuniteidruk.

Probleem met het AZ vaccin is dat we steeds eerst het *ongunstigste* plaatje zien, en dat wordt ook steeds opgepikt door de pers.

Zoals het gedoe met pooled data, LD/SD vergissingen, korte en lange intervals, ontbreken van voldoende ouderen in UK en Brazilië studies, en nu dat het vaccin nauwelijks effect zou hebben op de Z-Afrikaanse B.1.351 variant maar in een kleine groep voornamelijk jongere volwassenen waarin het eindpunt, ziekte, nauwelijks te meten valt.

Ik denk dat het echte plaatje pas later te zien wordt als er gewoon meer data zijn (oa uit de US studie, en meer data uit Z-Africa). Zo bleek onlangs nog dat interval-verlenging de efficacy verhoogt.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3777268

Ik zou de vraag omdraaien; wat is je risico als je AZ nu **niet** inzet bij de 60-65 jarigen. Dan breng je de snelheid van vaccineren in gevaar en remmen de epidemie minder snel af. Bovendien zet je dan een vaccin dat effectief is tegen B.1.1.7 niet in: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3779160

Het is ook niet zo dat de 'krachtigere' mRNA vaccins meer grip hebben op B.1.351 met al zijn mutaties in S dan het AZ vaccin, ze compenseren hun verminderde grip alleen beter door hogere niveaus van de antistoffen. De vraag is dan misschien ook niet of, maar wanneer de mRNA-vaccinees hun immuniteit tegen de varianten kwijtraken door waning immunity. Ook verwacht ik niet dat het Janssen vaccin beter zou werken tegen B.1.351 zijn dan het AZ vaccin: het is maar 1 dosis (dus mogelijk minder uitgerijpte B cel responsen), en hun cijfers tonen ook al een verminderde efficacy op B.1.351 aan (interim analyse <https://www.nih.gov/news-events/news-releases/janssen-investigational-covid-19-vaccine-interim-analysis-phase-3-clinical-data-released>). Serieuze opties op termijn tegen nieuwe varianten zijn: i) extra booster met huidige krachtige vaccins, of ii) inzet van nieuwe generatie aangepaste vaccins, ...

Met vriendelijke groet,

5.1.2e

5.1.2e

Werkdagen: 5.1.2e

Kamer 5.1.2e

RIVM-Centrum Infectieziektebestrijding

Postbus 1 (interne postbak 5.1.2e)

3720 BA Bilthoven

Telefoon (030) 5.1.2e

Telefoon mobiel: 06. 5.1.2e

5.1.2e

@rivm.nl

<https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/vaccins>