

SZCZEPIENIA

Rozmawiała Agata Misiurewicz-Gabi

O sukcesie szczepień przeciwko HPV zadecyduje ich akceptacja

O tym, jaką grupę dziewcząt powinien objąć program bezpłatnych szczepień i czy szczepić powinny się także kobiety starsze, powiedział „Kurierowi Medycznemu” dr hab. n. med. Andrzej Nowakowski, profesor Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

Zgodnie z Narodową Strategią Onkologiczną (NSO) na lata 2020–2030, a także zapisami w strategii Polski Ład zaszczepienie dziewczynek i chłopców przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (human papilloma virus – HPV) powinno być dla nas priorytetem. Tymczasem wydaje się, że ciągle stoimy w miejscu. Na jakim etapie jesteśmy, jeśli chodzi o wdrażanie szczepień przeciwko HPV?

To pytanie należałoby zadać pracownikom Ministerstwa Zdrowia, którzy wiedzą, jak posuwają się prace związane z organizacją programu bezpłatnych szczepień przeciwko HPV. Wiemy, że od 1 listopada 2021 r. jedna ze szczepionek jest refundowana, z kolei program szczepień ochronnych przeciwko HPV ma się rozpocząć w przyszłym roku. Nie znam jednak szczegółów organizacyjnych, więc trudno mi jednoznacznie się wypowiadać na ten temat.

Jakie czynniki pana zdaniem mają największe znaczenie dla sukcesu programu szczepień przeciwko HPV?

W moim odczuciu najważniejszym czynnikiem, który decyduje o sukcesie programu, będzie akceptacja tych szczepień przez grupę docelową, czyli głównie rodziców nastoletnich dziewczynek, a być może w perspektywie kilku lat także chłopców. Uzyskanie akceptacji szczepień przeciwko HPV będzie wymagało prowadzenia szeroko zakrojonych działań edukacyjnych, aby obalać mity na temat niepożądanych odczynów poszczepiennych rozpowszechniane przez ruchy antyszczepionkowe oraz zapewnić o bezpieczeństwie i skuteczności tych szczepień. Uważam, że istotne będzie także nastawienie realizatorów programu, czyli lekarzy rodzinnych i pediatrów POZ. Muszą oni być odpowiednio zmotywowani do tego, żeby objąć szczepieniami jak największą populację docelową. Tym bardziej, że o ile wiem, nie będą to rutynowe szczepienia obowiązkowe w Programie Szczepień Ochronnych – a szkoda. Uważam, że to są takie same szczepienia pediatryczne jak każde inne i niepotrzebnie przypięto im łatkę szczepień, które mają zachęcać do wczesnej inicjacji seksualnej. Są dane naukowe jednoznacznie przeczące tym tezom.



Fot. Patryk Rydzik

”

Tak są takie same szczepienia pediatryczne jak każde inne i niepotrzebnie przypięto im łatkę szczepień, które mają zachęcać do wczesnej inicjacji seksualnej. Są dane naukowe jednoznacznie przeczące tym tezom

Na rynku dostępne są szczepionki 2-, 4- i 9-walentne. Czy wszystkie równie dobrze zabezpieczają przed zachorowaniem na raka szyjki macicy?

Bezpośrednich badań porównawczych nie było. Jeśli chodzi o skuteczność, nikt takich badań dotychczas nie przeprowadził i prawdopodobnie przez długi czas nie będzie takich wyników. Być może wieloletnie obserwacje populacyjne pozwolą nam odpowiedzieć na to pytanie, aczkolwiek wątpię, gdyż to będzie z różnych względów trudne metodologicznie. Gdybym miał uszeregować te szczepionki pod względem potencjału zapobiegania rakowi szyjki macicy, biorąc pod uwagę ich skład, dane epidemiologiczne oraz wyniki dotychczas przeprowadzonych badań, to najszerszym spektrum ochrony charakteryzuje się szczepionka 9-walentna. Oprócz dwóch najczęstszych genotypów, czyli 16 i 18, które są odpowiedzialne za ok. 70–80 proc. zachorowań na raka szyjki macicy w Polsce, zawiera ona cząstki wirusopodobne genotypów 31, 33, 45, 52 i 58 odpowiedzialnych za kolejne ok. 20 proc. zachorowań. Produkt ten chroni także przed zakaże-

niami HPV 6 i 11, które wywołują znaczną większość kłykcin kończystych i innych łagodnych zmian chorobowych. Na drugim miejscu umieściłbym szczepionkę 2-walentną. Wprawdzie w jej składzie znajdują się cząstki wirusopodobne tylko genotypów 16 i 18, ale w jej przypadku wykazano dosyć istotną ochronę krzyżową, czyli skuteczność kliniczną wobec innych, pozaszczepionkowych genotypów, które wywołują raka szyjki macicy. Z kolei oczywistą zaletą szczepionki 4-walentnej jest to, że oprócz ochrony przed genotypami 16 i 18, chroni także przed HPV 6 i 11. W przypadku szczepionki 4-walentnej także odnotowano pewną ochronę krzyżową, aczkolwiek niższą niż w przypadku szczepionki 2-walentnej. Niektórzy badacze uważają, że jest to związane z wyższą immunogennością szczepionki 2-walentnej. Zaznaczam jednak, że powyższa kolejność jest moją osobistą opinią opartą na publikowanych wynikach, które analizuję. Jak wspominałem, nie było bezpośrednich badań *head to head* w zakresie skuteczności. W opublikowanych w bieżącym roku interdyscyplinarnych rekomendacjach wskazaliśmy, że

wyбір szczepionki dla programu szczepień w Polsce powinien być oparty na rzetelnej analizie farmakoekonomicznej uwzględniającej szereg czynników, w tym cenę.

Czy są polskie badania dotyczące epidemiologii poszczególnych typów HPV w raku szyjki macicy?

Tak, mamy już polskie badania w zakresie epidemiologii typów HPV w raku szyjki macicy. Jest co najmniej kilkanaście doniesień na ten temat. Warto odnotować wyniki wysokiej jakości badań z Centrum Onkologii w Warszawie (Eur J Cancer 2008; 44: 557-564) oraz ośrodka lubelskiego i krakowskiego (Pathol Oncol Res 2015; 21: 703-711). Są one zbieżne i wskazują, że genotypy HPV 16 i 18 mogą być odpowiedzialne nawet za blisko 80 proc. raków szyjki macicy w Polsce.

Jak wyglądają statystyki zachorowań na raka szyjki macicy w krajach europejskich, które wprowadziły bezpłatny program szczepień przeciwko HPV?

W prestiżowych czasopiśmie medycznych pojawiły się już pierwsze duże doniesienia naukowe. Jedno z nich opublikowano w „The Lancet” w 2021 r. Podsumowano w nim wyniki populacyjne, jeśli chodzi o skuteczność szczepień ochronnych w kohortach młodych dziewcząt w Anglii, gdzie program szczepień przeciwko HPV był realizowany pomiędzy 2008 a 2010 r. z użyciem szczepionki 2-walentnej Cervarix. W kolejnych latach wykorzystywano szczepionki Gardasil (Silgard) i Gardasil 9. Skuteczność szczepień przy użyciu szczepionki 2-walentnej była olbrzymia, a ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy u dziewcząt zaszczepionych w wieku 12–13 lat spadło o blisko 90 proc. Jeśli chodzi o profilaktykę stanów przedrakowych, czyli tzw. zmian śród nabłonkowych dużego stopnia, skuteczność przekroczyła nawet 90 proc. Im starsze dziewczęta szczepiono, myśle tu o kohortach dziewcząt 14–16-letnich oraz 16–18-letnich, tym skuteczność była niższa i oscylowała pomiędzy 34 proc. a 62 proc. Bardzo podobne wyniki uzyskano dla szczepionki 4-walentnej w kohortach nastolatek szwedzkich – opublikowano je w „New England Journal of Medicine” także w 2021 r. Chociaż nie można bezpośrednio porównać rezultatów tych badań, między innymi ze względu na różną konstrukcję analiz czy chociażby potencjalne różnice w epidemiologii zakażeń HPV, to jednak są one bardzo podobne. Myślę, że

te dane mogą być bardzo dobrą lekcją dla Polski, gdzie część ludzi wątpiła w skuteczność szczepień przeciwko HPV i gdzie straciliśmy już bezpowrotnie kilka lub nawet kilkanaście lat w zakresie wdrażania profilaktyki pierwotnej raka szyjki macicy. Uważam, że powinniśmy wyciągnąć wnioski z tych badań. Osobiście jestem zwolennikiem realizacji szczepień populacyjnych w wieku 11–13 lat i ta kohorta w mojej opinii byłaby najbardziej właściwa do realizacji bezpłatnego programu szczepień przeciwko HPV w Polsce. Według zaleceń WHO w pierwszych latach realizacji programu szczepień przeciwko HPV, o ile są dostępne środki i szczepionki, powinno się szczepić także nieco starsze nastolatki czy nastolatki. Mogą się oczywiście szczepić kobiety w każdym wieku, natomiast szczepienia populacyjne, aby miały najwyższą skuteczność, powinny być realizowane w kohortach osób młodych, czego dowodzą badania, których wyniki przytoczyłem. Każda kobieta indywidualnie może odnieść pewną korzyść ze szczepień nawet do

”

Skuteczność szczepionki 2-walentnej była olbrzymia, a ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy u dziewcząt zaszczepionych w wieku 12–13 lat spadło o blisko 90 proc. Jeśli chodzi o profilaktykę stanów przedrakowych, skuteczność przekroczyła nawet 90 proc.

25. roku życia i później. Zalecenia mówią wręcz o szczepieniu pacjentek starszych, które przeżyły leczenie bądź są w trakcie diagnostyki i leczenia z powodu stanów przedrakowych szyjki macicy, ponieważ ryzyko nawrotu tych zmian u kobiet szczepionych jest niższe niż u nieszczepionych.

Nawet jeśli te kobiety są już zarażone wirusem HPV?

Tak, dlatego że u części z nich dochodzi do eradykacji wirusa w trakcie leczenia i choć szczepionka nie ma działania terapeutycznego na tocząca się infekcję, to ok. 60–80 proc. kobiet po leczeniu zmian przedrakowych szyjki macicy ma ujemny wynik testu HPV HR, który jest wykonywany w ramach nadzoru po 6–12 miesiącach po leczeniu. U tych kobiet skuteczność szczepień będzie wysoka i należy zaznaczyć, że powinny się one szczepić jak najszybciej – nawet oczekując na leczenie, aby jak najwcześniej uzyskać miana przeciwciał zabezpieczające przed reinfekcją.



Fot. iStockphoto