

■ Tři otázky pro...

... MUDr. Vladimíra Dvořáka,

předsedu Sdružení soukromých gynekologů ČR a místopředsedu České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP

Karcinom děložního hrdla je u žen ve věkové skupině 15 až 44 let celosvětově druhou nejčastější příčinou úmrtí v důsledku nádorového onemocnění. Incidence v ČR činí kolem 1000 nových případů ročně a cca 400 českých žen na Ca cervixu ročně zemře. „Ve srovnání s karcinomy prsu či kolorekta to může vypadat jako nízká čísla. ale musíme mít na paměti, že mnoho závažných přednádorových stavů je zachyceno v gynekologických ambulancích a ošetřeno ještě předtím, než se nádor skutečně vyvine. Nebýt toho, byla by roční incidence o 5000 až 7000 případů vyšší. A to už by bylo srovnatelné s mírou incidence karcinomu prsu,“ uvedl v průběhu sympozia MUDr. Dvořák, který formou kazuistik demonstroval význam screeningu jako účinného nástroje sekundární prevence. „Vy pediatrii teď máte v rukou osud primární prevence v podobě vakcinace proti HPV,“ apeloval na přítomné lékaře primární péče. „Bez ní není dosažitelné další výrazné snížení rizika prekanceróz a karcinomu děložního hrdla, ale i dalších nádorových onemocnění asociovaných s infekcí HPV, např. vulvy a pochvy, penisu či anu, stejně jako úst a hrtanu, pro něž není sekundární prevence dostupná.

■ Existuje optimální model kombinace primární a sekundární prevence onemocnění asociovaných s infekcí HPV?

Pokud je naším cílem ovlivnit incidenci karcinomu děložního hrdla a mortalitu s ním spojenou u generace současných žen všech věkových kategorií, naprosto zásadní roli hraje sekundární prevence, tedy screening. Ženy, které v sobě již nosí závažné prekancerózy či dokonce karcinomy, nebudou mít bezprostřední benefit z vakcinace, která není kurativní metodou, ale musejí být zavčas zachyceny a léčeny. Sekundární prevence tedy bude mít ještě mnoho let prioritní význam.

Primární prevence se týká zejména generací nastupujících nebo těch žen v produktivním věku, které zatím nejsou nemocné a chtějí se chránit před onemocněním. Nutno však myslet na to, že i ženy, které byly očkované, musejí chodit na pravidelné preventivní prohlídky, protože ne všem nádorům, ať už děložního hrdla, nebo jiným, se dá vakcínací zabránit.

■ Má význam vakcinovat proti HPV i ženy, u nichž již byla zjištěna, resp. odstraněna premaligní léze na děložním čípku?

Česká gynekologická a porodnická společnost ČLS JEP – a nejenom ona – i u těchto žen vakcinací rozhodně doporučuje, ať již před ošetřením přednádorového stavu nebo po něm. Důvod je jasný – tyto ženy svým nálezem prokázaly, že se jejich imunitní systém s infekcí HPV nevyrovňuje úspěšně. To, že jim byla léze odstraněna, negarantuje, že se vírem znovu nenakazí – ať už stejným typem, nebo některým z dalších typů. Ale znovu opakují, že očkování v tomto případě samozřejmě nenahrazuje léčbu.

■ ČGPS ČLS JEP i Sdružení soukromých gynekologů ČR stály od počátku v čele procesu zavádění očkování proti HPV do praxe. Teď by měli převzít štafetu zejména praktičtí dětské lékaři. Jsou pro to vytvořeny dostatečné podmínky?

Určitě je ještě mnoho co rozvíjet. Realizace očkování se zcela správně ve své většině přesouvá do ordinací praktických lékařů pro děti a dorost, kde má největší efektivitu i smysl. Na druhé straně nemám úplně pocit, že všichni dětské lékaři jsou si zcela vědomi toho, jak je toto očkování důležité, a že ne zcela vnímají rozdíly mezi dvěma vakcínami dostupnými na trhu. Myslím, že ne všichni dostatečně doporučují tuto velice důležitou ochranu, která je navíc pro vybranou věkovou kohortu hrazena z veřejných prostředků. Rezervy jsou určité i v propagaci očkování proti HPV v médiích i v aktivitě zdravotních pojišťoven či státních institucí, aby daly očkování stejnou podporu, jakou má screening.

Přítom málokdy v medicíně vidáme tak přesvědčivé výsledky v tak krátké době poté, co se s prevencí začalo, jako je tomu v případě očkování proti HPV. Zejména kvadrivalentní vakcínou, protože u ní je rychle patrný efekt v ovlivnění míry incidence onemocnění, které se vyvíjí v horizontu týdnů či měsíců, tedy genitálních bradavic. Tam, kde pokrytí očkováním dosáhlo nějakých 80 % cílové populace, jsou výsledky opravdu impozantní. Nejenom u dívek, ale i u heterosexuálních mužů. Určitě je proto více než chvályhodné vakcinovat i mužskou část populace, ať už z veřejných prostředků nebo formou privátní investice, protože takový muž chrání nejen své zdraví, ale i zdraví své partnerky. Na zkušenosti z Velké Británie tak, jak ji zde prezentovala prof. Stanleyová, bylo dostatečně dobře vidět, že tam, kde se státní správa skutečně snaží a populace je dostatečně oslo-
vována a motivována, očkovací program funguje.

jak

Na druhé straně si musíme otevřeně přiznat, že se nějaké nežádoucí události vždy objeví, vždyť očkujeme milióny lidí. Pro takové případy musejí mít národní autority připraven vhodný plán – u nás ve Velké Británii jsme si takovou zkouškou ohněm před lety prošli v souvislosti s epidemií spalniček navzdory očkovacímu programu.

■ Otázkou, která se v diskusích často opakuje a vrací, je měření množství protilátek v séru předtím, než se přistoupí k očkování proti HPV. Jaký je váš názor?

Většina těchto očkování probíhá v době časně adolescence, kdy je pravděpodobnost setkání s přirozeným původcem nemoci ještě malá. Ale i kdybychom vakcinovali dospělé jedince, kteří žijí pohlavním životem a byli tak exponováni HPV, nesmíme zapomínat, že k sérokonverzi dochází u 50–70 % žen a jen u 30 % mužů. Je rozdíl mezi imunitní odpovědí na přirozenou nákazu a na očkování. V prvním případě virus neproniká do krve, takže odpověď je jen slabá a pomalá. Pokud už má smysl něco měřit, pak je to afinita a avidita takto získaných protilátek, ale to má význam jen pro výzkumné účely. V praxi platí jednoduché pravidlo, že očkování chrání vždy a že setkání s přirozeným

původcem nemoci nás ochránit může, ale nemusí.

■ Co lze v současnosti říci o délce trvání ochrany po vakcinaci proti HPV?

Dnes bezpečně víme, že ochrana přetrvává i po 10 letech, potvrzují to prodloužená pokračování obou registračních studií probíhající ve Skandinávii. Úroveň protilátek je i po této době měřitelná a s pomocí dalších menších studií můžeme v současné době modelovat trvání ochrany na dobu 20 až 30 let.

Pokud nám však opravdu záleží na dlouhodobě ochráně, měli bychom nechat očkovat proti HPV i chlapce. V současnosti ponecháváme polovinu mladých jedinců bez ochrany a v riziku, a to jen z důvodu pohlaví. Je přitom známo, že v dostatečně proočkované populaci se množství cirkulujících virů snižuje až na úroveň, kdy je pravděpodobnost přenosu nulová. To je princip kolektivní ochrany.

■ Mimočodem, jak je dnes celosvětově rozděleno užití bivalentní a kvadrivalentní vakcíny proti HPV?

Informace, které mám k dispozici, říkají, že kvadrivalentní vakcína má na globálním

trhu přibližně 80% podíl. Je to nepochybně důsledkem přidané ochrany proti dvěma nízkorizikovým typům viru působícím genitální bradavice. Protože pokud jde o protekci nákazy vysokorizikovými typy asociovanými se zhoubnými nádory, především cervikálním karcinomem, ta se jeví být u obou vakcín stejně účinná. Evidence pochází ze systematické review klinických studií fáze III s oběma vakcínami provedené v roce 2012 s cílem prokázat, kolika onemocněním bylo zabráněno použitím jedné či druhé vakcíny – a výsledky se zdají být opravdu stejné. Pro vyšší použití kvadrivalentní vakcíny tedy svědčí přidaná ochrana a z ní vyplývající nákladová efektivita.

■ Praktická otázka na závěr – pokud byl někdo již očkován bivalentní vakcínou a projeví zájem o vyšší ochranu i proti genitálním bradavicím, jak by měl lékař postupovat? Přeočkovat kvadrivalentní vakcínou?

Není žádný imunologický důvod nepřeočkovat – kvadrivalentní vakcína v takovém případě poslouží jako booster proti vysokorizikovým typům HPV a jako rozšíření ochrany i před těmi nízkorizikovými. *jak*