

Medizinischer Arbeitskreis pro familia NRW

„DIE IMPFUNG GEGEN KREBS“

Daten, Fakten, Hintergründe zur Einführung der HPV Impfung 2007

HPV = Human Papilloma Virus

Datum: 12.12.2006

Vorwort

Im Herbst 2006 wurde in Deutschland der Impfstoff Gardasil® zugelassen. Ein weiterer Impfstoff Cervarix® wartet auf die Zulassung. Die Impfung gegen das HP Virus wird als Meilenstein in der Medizin gefeiert. Da bestimmte HPV Typen (insgesamt gibt es mehr als 100 verschiedene Arten) für die Entstehung von Gebärmutterhalskrebs verantwortlich gemacht werden, erhofft man sich durch die Impfung ein Mittel im Kampf gegen Krebs. Gardasil® enthält zusätzlich Wirkstoffe gegen HPV Typen, die Feigwarzen (Kondylome) verursachen.

Ohne Frage wäre es ein großer Fortschritt, wenn es ein Mittel gäbe, die Zahl der Erkrankungen an Gebärmutterhalskrebs zu verringern. Auch wenn es gelingen könnte, die Zahl der auffälligen PAP-Abstriche¹ bei der gynäkologischen Krebsvorsorge, die Entstehung von Krebsvorstufen und die zur Behandlung oft notwendigen Konisationen² (die Zahl wird auf 50 000 pro Jahr geschätzt) zu reduzieren, wäre das für viele Frauen ein Gewinn. Eine Konisation ist zwar ein kleiner operativer Eingriff, kann aber durch die Verkürzung des Gebärmutterhalses und mögliche Narbenbildung zu Komplikationen bei späteren Schwangerschaften und Geburten führen.

Die „Impfung gegen Krebs“, wie sie in den Medien genannt wird, sorgt schon jetzt für viele Diskussionen. Es gibt Stimmen, die die flächendeckende Impfung mit Kassenfinanzierung fordern, einige Krankenkassen haben bereits eine Kostenübernahme angekündigt. Kritische Stimmen empfehlen, das Geld für die drei Impfungen (insgesamt ca. 465 €) und die Kosten für viele zu erwartende „überflüssige“ HPV Tests im Vorfeld der Impfung an anderer Stelle, z.B. in der Aufklärung zu Screening und Kondomverhütung oder in der Schulung der FrauenärztInnen zur Kolposkopie³ sinnvoller einzusetzen.

Der folgende Artikel soll einen Überblick über den Stand der medizinischen Entwicklung geben und Grundlage für die eigene Bewertung sein.

¹ Beim PAP-Abstrich (nach Papanicolaou) wird ein Abstrich per Wattestab oder kleinem Bürstchen aus dem Gebärmutterhalskanal entnommen und im Labor untersucht.

² Kegelförmige Umschneidung des Muttermund zur Entfernung von Krebsvorstufen

³ Das Kolposkop ist ein spezielles Untersuchungsmikroskop. Damit ist eine Lupenbetrachtung des Gebärmutterhalses mit sechs- bis 40-facher Vergrößerung unter optimaler Beleuchtung möglich.

DER HP VIRUS

Zahlen und Fakten

Inzwischen sind weltweit ca. 111 verschiedene HP-Virustypen entdeckt worden, von denen mehr als ein Dutzend als krebgefährlich eingestuft werden.

Feigwarzen (Spitze Kondylome, Condylomata acuminata) werden in der Regel durch die Typen HPV 6 oder HPV 11, in Einzelfällen durch HPV 40, 42, 44, 54 oder 61, so genannte low-risk HPV-Typen, hervorgerufen.

HPV 16 und 18 gehören zu den Risikofaktoren für Gebärmutterhalskrebs. Bei nahezu 100% der Patientinnen mit einem Zervixkarzinom (Gebärmutterhalskrebs) wurden HP-Viren vom sogenannten high-risk Typ gefunden. Dabei sind HPV 16 und 18 mit ca. 70% sehr häufig vertreten, seltener werden auch HPV 31, 33, 35, 39,45, 51, 52, 56, 58, 59 und 66 gefunden. Meist sind mehrere Virustypen in einer Zellveränderung vorhanden.

Auch bei Frauen mit einem Vulvakarzinom (Krebs des äußeren Genitals der Frau) findet man in 70% der Fälle sogenannte high risk Typen. Beim Peniskarzinom und beim Analkarzinom werden sie gehäuft festgestellt. Das Analkarzinom tritt sehr selten auf, die Inzidenz (Häufigkeit des Auftretens) liegt unter 0,3-1/100.000 EW/pro Jahr. Frauen sind häufiger betroffen als Männer. Eine steigende Tendenz von Neuerkrankungen wird beobachtet. Die Inzidenz des Analkarzinoms bei homosexuellen Männern ist mit einer Rate von ca. 35/100.000 im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht.

Menschen, die unter einer Immunschwäche leiden, haben ein erhöhtes Risiko für HPV und HPV begünstigte Krebserkrankungen.

Bei 15-20% aller Frauen zwischen 20 und 25 Jahren kann das Humane Papillom Virus nachgewiesen werden. Das heißt nicht, dass diese Frauen Gebärmutterhalskrebs entwickeln, sie haben lediglich ein erhöhtes Risiko. Latente HPV Infektionen (Infektionen, die keine Symptome machen), verschwinden zu 60-90% im Verlauf von 18 Monaten spontan. Experten schätzen, dass nur 2 bis 3 % aller HPV Infektionen zum Gebärmutterhalskrebs führen und das erst nach vielen Jahren. Nur bei 4-5% der über 35 jährigen Frauen ist das Virus nachweisbar.

Übertragungsweg

Übertragen wird das HP Virus durch Geschlechtsverkehr (oral, vaginal, anal). Eine HPV Übertragung ist nicht an den Austausch von Körperflüssigkeiten wie bei HIV gebunden. Wenn auch sehr unwahrscheinlich, ist eine Übertragung prinzipiell auch durch Küssen, Petting und Schmierinfektionen, durch Körperkontakt bei gemeinsamem Baden und durch kontaminierte Gegenstände, z.B. Sexspielzeug möglich. Die Übertragung der HPV Infektion unter der Geburt von der Mutter auf das Neugeborene kann zu Warzen an Genitalien und After oder (sehr selten) auch zu Larynxpapillomen (Kehlkopfwarzen) oder Lungenbeteiligung führen. Eine HPV Infektion bei Kindern kann (muss aber nicht) auf einen sexuellen Missbrauch hinweisen.

Die Anwendung von Kondomen vermindert das Risiko für eine Infektion erheblich, bietet jedoch keinen absolut sicheren Schutz vor einer Ansteckung. Daher sind sexuell aktive Menschen, die ungeschützten Sex praktizieren, besonders häufig betroffen. Bei häufig wechselnden Sexualpartnern steigt das Risiko einer Infektion.

Symptome:

Meistens verursachen Genitalwarzen keine Beschwerden. Nur selten treten Juckreiz, Brennen, (Kontakt-) Blutungen und Ausfluss auf.

Die Infektion kann überall am äußeren Genitale, in der Scheide und am Gebärmutterhals, beim Mann vor allem an Eichel und Vorhaut, seltener an anderen Stellen, sowie bei beiden

Geschlechtern rund um den After auftreten. Ein Befall der Harnröhre und des Enddarms ist ebenfalls möglich. Typische Hautveränderungen sind kleine rötliche oder fleischfarbene Hautwucherungen (spitze Feigwarzen), die im Einzelfall erhebliche Ausdehnung und Größe annehmen können. Obwohl Feigwarzen oft wenig Beschwerden machen, kann die Behandlung langwierig und schmerzhaft sein. Genitalwarzen können über lange Zeit infektiös sein. Nach Behandlung treten häufig Rezidive auf.

Bei Infektionen mit den Hochrisiko-Typen finden sich eher diskrete rötliche oder weiße Flecken, die oft nur mit speziellen diagnostischen Methoden (z.B. der Kolposkopie) festzustellen sind. Da die Hochrisikotypen meist keine Symptome machen, werden sie manchmal nur zufällig bei der normalen gynäkologischen Untersuchung entdeckt.

DAS ZERVIXKARZINOM (Gebärmutterhalskrebs)

Laut Robert-Koch-Institut erkrankten im Jahr 2002 6.700 Frauen in Deutschland neu an Gebärmutterhalskrebs, es verstarben ca. 1.700 Frauen.

In Finnland erkranken 3,6 von 100.000 Frauen pro Jahr an einem Zervixkarzinom, und das, obwohl 93% der Frauen zwischen dem 30. und 60. Lebensjahr zur gynäkologischen Krebsvorsorge gehen. 1,2 von 100.000 finnischen Frauen versterben an Gebärmutterhalskrebs. In Deutschland liegt die Erkrankungsrate bei einer Inanspruchnahme der gynäkologischen Krebsvorsorge von 50% bei ca. 10-13 Frauen und die Zervixkarzinom - Sterblichkeit bei ca. 2,6 je 100.000 Frauen pro Jahr.

Risikofaktoren für Gebärmutterhalskrebs:

- Human-Papilloma-Virus (v.a. sogenannte high risk Typen)
- Ungeschützter Geschlechtsverkehr und häufig wechselnde Partner
- Störung der Immunabwehr
- mangelnde Hygiene
- Rauchen

Es gibt Hinweise, dass Frauen mit vielen Geburten, und nach längerer Einnahme der Pille (über 5 Jahre) ein höheres Risiko für ein Zervixkarzinom aufweisen. Die Ursache ist unklar. Grund kann u.a. das Sexualverhalten (z.B. seltenere Benutzung von Kondomen) sein. Frauen von beschnittenen Männern erkranken seltener an einem Zervixkarzinom! Die Beschneidung des Mannes führt zu einer Verhornung der Eichel und damit zu schlechteren Bedingungen für HPV.

Mit der Gesundheitsreform 2006 kommt es zu einer neuen Offensive im Bereich der Krebsvorsorge. Geplant ist, dass Frauen und Männer, die nicht an regelmäßigen Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen haben und zum jetzigen Zeitpunkt 44 Jahre oder jünger sind, im Erkrankungsfall nicht von der bestehenden Regelung für chronisch Kranke profitieren (1% statt der üblichen 2% des Bruttoeinkommens Zuzahlung). Sollte das Gesetz in dieser Form in Kraft treten, ist damit zu rechnen, dass mehr Frauen die gynäkologische Vorsorge in Anspruch nehmen. Es ist noch unklar, ob es damit in den nächsten Jahren zu einer Reduzierung des Zervixkarzinoms in Deutschland kommt.

DER HPV TEST

Als sogenannte IGEL Leistung (individuelle gesundheitliche Eigenleistung) wird in vielen Praxen der HPV Test angeboten. Er kostet ca. 50 bis 80€ je nach Praxis. In folgenden Situationen ist die Untersuchung auf HPV eine Kassenleistung:

- Bei mäßigen bis starken Veränderungen, die bei einem Abstrich im Rahmen der jährlichen Krebsvorsorgeuntersuchung auffallen.
- Als Kontrolle bei nachgewiesenen Veränderungen in der Schleimhaut des Gebärmutterhalses.

Bisher wurde die HPV Testung nicht in den Leistungskatalog zur Krebsvorsorge aufgenommen. Die AOK schreibt dazu:

- *Die Untersuchung auf HPV als Screeningmaßnahme hat eine sehr schlechte Spezifität, d.h. es finden sich viele falsch positive Befunde.*
- *Infektionen mit HPV sind häufig; 80 % aller Frauen sind im Laufe ihres Lebens damit infiziert.*
- *Die Infektion selbst ist nicht therapierbar.*
- *Bei 80-90 % aller Infektionen kommt es zu einer spontanen Rückbildung.*
- *Nur bestimmte HPV-Typen sind krebsauslösend. Diese finden sich lediglich bei 10 % der Frauen*
- *Durch die Diagnose „Hochrisikoinfektion mit krebsauslösenden Viren“ kommt es bei gesunden Frauen zu einer psychischen Belastung und Verunsicherung. Zudem würde eine Überdiagnostik und –therapie ausgelöst.*

Derzeit ist die Methode als Screeningverfahren nicht geeignet. Der HPV-Test kann den Gebärmutterhalsabstrich mit zytologischer Untersuchung (Beurteilung der Zellen) im Rahmen der Krebsvorsorgeuntersuchung nicht ersetzen.

Das HPV-Screening ist lediglich bei nachgewiesenen Veränderungen sinnvoll, die bei einem Abstrich auffallen und in diesen Fällen auch eine Leistung der AOK.

<http://www.aok.de/bund/rd/152732.htm>

Für die Frauen, die im späteren Leben Gebärmutterhalskrebs entwickeln würden, kann die frühzeitige Feststellung von HPV Vorteile bringen. ÄrztInnen werden die Krebsvorsorge aufmerksamer durchführen, Frauen werden gynäkologische Krebsvorsorgeuntersuchungen regelmäßiger in Anspruch nehmen. So besteht die Chance, dass Veränderungen am Gebärmutterhals, Krebsvorstufen oder Krebs früher erkannt werden.

Einige ExpertInnen empfehlen den HPV Test, wenn überhaupt, erst ab 30 als Suchtest, da in dieser Altersgruppe etwas weniger Frauen „positiv“ getestet werden. In den USA und Großbritannien werden teilweise HPV Tests bei jeder Krebsvorsorge der Frau durchgeführt. Fällt der Test negativ aus, wird der nächste PAP Abstrich erst nach 5 Jahren empfohlen.

DIE HPV IMPFUNG

Impfstoffe und Markteinführung

Im Herbst 2006 wurde in Deutschland der Impfstoff Gardasil® zugelassen. Gardasil® (Firma Sanofi Pasteur MSD/Merck&Co) ist ein tetravalenter (vierwertiger) Impfstoff gegen die HPV Typen 6 und 11 (Feigwarzen) sowie 16 und 18 des Humanen Papilloma Virus. Cervarix® (Firma GlaxoSmithKline) ist ein bivalenter Impfstoff (HPV 16 und 18), der voraussichtlich im Frühjahr 2007 zugelassen wird.

Die HPV Impfung ist keine Impfung gegen Krebs, sondern führt zur Antikörperbildung gegen die oben genannten HPV Typen, die Mitverursacher für die Entstehung von Gebärmutterhalskrebs sind.

Es ist zu erwarten, dass beide Impfstoffe im Laufe des Jahres 2007 auf den Markt kommen. An den bisherigen Studien haben seit 2002 bis heute weit über 20.000 Frauen zwischen 16 und 26 Jahren teilgenommen. Um einen ausreichenden Impfschutz aufzubauen, muss dreimal intramuskulär, meist am Oberarm, geimpft werden. Die drei Impfungen mit jeweils 0,5 ml Impfstoff erfolgen innerhalb eines halben Jahres (Cervarix®: 0,1 und 6 Monate, Gardasil®: 0,2 und 6 Monate).

An wen richtet sich die Impfung?

Der Impfstoff Gardasil® ist zugelassen für Kinder und Jugendliche beiderlei Geschlechts zwischen 9 und 15 Jahren und für junge Frauen zwischen 16 und 26 Jahren.

Hauptzielgruppe der Impfung sind Mädchen und junge Frauen vor den ersten sexuellen Kontakten und damit vor einem möglichen HPV Kontakt. Propagiert wird die Erstimpfung zwischen 9 und 11 Jahren. Zur Zeit gibt es noch keine Empfehlung der STIKO (der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch Institut).

Da auch Frauen mit sexuellen Erfahrungen großes Interesse an der HPV Impfung zeigen, wird es bei Einführung der Impfung voraussichtlich zu einer großen Zahl von HPV Tests kommen. Nur bei Frauen, die noch keinen Geschlechtsverkehr hatten, ist davon auszugehen, dass kein HPV vorliegt. Wenn bereits eine Infektion mit HPV stattgefunden hat, ist der Nutzen der Impfung unklar, derzeit laufen entsprechende Studien. Das Heidelberger Krebsforschungszentrum forscht an einer Impfung, die den Erreger auch nach erfolgter Infektion bekämpft. Ob und wann ein entsprechender Impfstoff vorliegen wird, ist jedoch noch unklar. Eine bereits bestehende Zellveränderung kann durch die Impfstoffe nicht beeinflusst werden.

HPV Test vor einer Impfung

Da nach dem vorliegenden Datenmaterial nur Frauen, die „HPV negativ“ sind, von der HPV Impfung profitieren, werden sich Frauen, die bereits sexuelle Kontakte hatten, vorab testen lassen. Die Durchführung von HPV Tests bedeutet, dass viele Frauen „positiv“ getestet werden, obwohl keine Erkrankung vorliegt. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass viele Frauen (leider auch einige GynäkologInnen) das Risiko, nach positivem HPV Test an Gebärmutterhalskrebs zu erkranken, sehr hoch einschätzen. Oft kommt es zu einer latenten Krebsangst. Auch die Aufklärung über tatsächliche statistische Zahlen hilft da wenig. Die Folge sind engmaschige Abstrichuntersuchungen mit den damit verbundenen Ängsten, wiederholte HPV Tests und weiterführende Untersuchungen. Die gesunde Frau wird zur Patientin.

Studienergebnisse:

Hierzu schreibt Frauenärztin Helga Seyler im Familienplanungsrundbrief pro familia Nov 2006:

Die Entwicklung, Zulassung und Markteinführung der Impfstoffe verlief rasant in wenigen Jahren. Große Phase-III Studien sind noch nicht abgeschlossen. Dem entsprechend liegen Studienergebnisse für den Vierfach-Impfstoff für maximal 3 Jahre, für den Zweifach-Impfstoff für 4,5 Jahre vor.

Die Studien zeigen übereinstimmend eine zuverlässige Immunisierung gegen die jeweiligen HPV-Typen. Es traten bei den geimpften Frauen keine persistierenden Infektionen mit den entsprechenden Virustypen und keine Folgeerkrankungen wie Zellveränderungen am Gebärmutterhals oder Feigwarzen auf. Wie lange die Immunität anhält, ist noch nicht ausreichend geklärt. Nach Impfung mit dem Vierfach-Impfstoff war nach drei Jahren nur noch bei 76 % der Frauen Antikörper gegen HPV 18 nachweisbar. Es muss noch geklärt werden, in welchen Abständen eine Auffrisch-Impfung erforderlich ist.

Die HPV-Typen 16 und 18 sind die häufigsten der krebsverursachenden Virustypen, und sie werden in etwa 70% der Zervixkarzinome und 50% der Krebsvorstufen (CIN²¹) gefunden. Allerdings ist unklar, ob sich durch die Impfung die Rate an Karzinomen und Krebsvorstufen um diesen Anteil senken lässt, oder ob bei den geimpften Frauen mehr Infektionen und Karzinome mit anderen Virustypen auftreten.

Die Studien geben noch keine Antwort auf die Frage, ob die Impfung die Zahl der Erkrankungen an Gebärmutterhals verringern wird. Da sich Gebärmutterhalskrebs erst im Verlauf von etwa 10 Jahren nach einer HPV Infektion entwickelt, ist die bisherige Beobachtungszeit in den Studien viel zu kurz, um dazu Daten liefern zu können. Bisher wurde in den Studien nur die Entstehung von Krebsvorstufen (CIN) beobachtet. In der Veröffentlichung der 4,5-Jahres-Ergebnisse mit dem Impfstoff gegen HPV 16 und 18 wurde die Zahl der gefundenen (durch sämtliche Virustypen verursachten) Zellveränderungen insgesamt angegeben. In der Placebogruppe wurde bei etwa 5% der Frauen, in der Gruppe der geimpften Frauen bei etwa 2,4% eine CIN gefunden, davon 2,2% bzw. 0,6% CIN 2/3 (Harper 2006)

Für den Vierfach-Impfstoff sind die Ergebnisse von Phase-III Studien noch nicht veröffentlicht. In den Produktinformationen der Zulassung von FDA und EMEA wird nur die Zahl der durch HPV 16 und 18 entstandenen Krebsvorstufen angegeben, jedoch nicht die Gesamtzahl.

Es wird jedoch eine Nutzenberechnung für die Bevölkerung durchgeführt. Bei den Studienteilnehmerinnen, bei denen vor der Impfung eine HPV-Infektion ausgeschlossen wurde, wurde die Rate an CIN 2/3 um 38% reduziert und die Rate an chirurgischen Behandlungen (Konisation) um 28%. Wenn auch Studienteilnehmerinnen in die Berechnung einbezogen werden, die zu Studienbeginn bereits eine HPV-Infektion hatten, konnte durch die Impfung keine Reduktion von CIN 2 gefunden werden (EMEA 2006).

In der Zulassungsinformation wird berichtet, dass Zellveränderungen, die durch andere Virustypen verursacht wurden, bei den geimpften Frauen etwas häufiger (5,5%) auftraten, als in der Placebogruppe (EMEA 2006).

In den Zulassungsinformationen der FDA wurde aus Studienergebnissen für Gardasil® eine Senkung der Rate an CIN 2/3 bei den geimpften Frauen (mit und ohne HPV-Infektion vor der Impfung) um ca. 12 % berechnet. Die Notwendigkeit einer chirurgischen Behandlung (Konisation) wurde um ca. 16 % gesenkt (FDA 2006).

¹ CIN (Cervicale intraepitheliale Neoplasie) werden in drei Schweregrade, CIN 1-3 eingeteilt

Risiken der Impfung:

Hierzu schreibt das arznei-telegramm 12/2006:

„Unter Gardasil® ist sehr häufig mit Lokalreaktionen an der Injektionsstelle zu rechnen wie Schmerz (84%), Schwellung und Rötung (jeweils 25%) sowie Juckreiz (3%). Bis zu 8% der Ereignisse werden als schwerwiegend eingestuft. 10% entwickeln Fieber. In Verbindung mit der Impfung sind zudem Bronchospasmus, Urtikaria sowie unspezifische Arthritis beschrieben.“

Kosten der Impfung:

Die Kosten für die Impfung betragen 155,05€ (Österreich 208€) für die Einzeldosis. Drei Injektionen (abgeschlossene Grundimmunisierung) kosten 465€. Im Vergleich dazu kostet die Grundimmunisierung in den USA nur 275€. Solange die Impfung nicht in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen ist, müssen die Kosten selbst getragen werden. Es gibt allerdings schon einige Krankenkassen, die eine Kostenübernahme zugesagt haben oder dies überlegen. Es lohnt sich also auf jeden Fall, bei der jeweiligen Krankenkasse nachzufragen

Und die Jungen?

In den USA ist die Zulassung von Gardasil® auf Mädchen und Frauen begrenzt, in Europa darf der Impfstoff auch bei Jungen zwischen 9 und 15 Jahren angewendet werden. Bis auf die Verhinderung von Feigwarzen und die sehr seltenen durch HPV mit verursachten Krebserkrankungen des Mannes, haben heterosexuelle Jungen und Männer keinen eigenen gesundheitlichen Vorteil durch die Impfung. Durch eine Grundimmunisierung von Männern und Frauen könnte jedoch eine Ausbreitung von HPV in der Bevölkerung und somit das Infektionsrisiko für Frauen reduziert werden. Ob homosexuelle Jugendliche und Männer von der Impfung profitieren, indem das Risiko für die Erkrankung an einem Analkarzinom gesenkt wird, ist wissenschaftlich noch nicht belegt.

Offene Fragen:

Da die ersten Studien mit dem Serienimpfungen erst im Jahr 2002 durchgeführt wurden, bestehen noch keine Langzeiterfahrungen. Wie der Name schon sagt, ist das Humane Papillom Virus nur menschenpathogen. Daher bestehen keine Vorerfahrungen aus Tierversuchen.

Der Impfschutz besteht zuverlässig über 4,5 Jahre, so die Zahlen aus den ersten Langzeituntersuchungen. Vermutet wird ein ausreichender Impfschutz über 10 Jahre. Dabei stellt sich die Frage, ob Mädchen die im Alter zwischen 9 und 11 geimpft werden, bei nachlassendem Impfschutz mit 19 oder 21 wirklich Auffrischimpfungen in Anspruch nehmen, oder ob nicht eine individuelle Lösung besser greift, und Mädchen je nach Situation auch erst mit 14 oder 15 geimpft werden sollten?

Bisher gibt es keine Ergebnisse darüber, ob auch bei Frauen, die bereits HPV haben, eine Schutzwirkung auftritt, Ergebnisse laufender Untersuchungen stehen noch aus.

Studien mit Medikamenten dürfen aus ethischen Gründen nur an einwilligungsfähigen Personen durchgeführt werden. Die vorliegenden Studienergebnisse beruhen hauptsächlich auf Impfserien bei Frauen zwischen 16 und 26 Jahren. Die Datenlage für Mädchen und Jungen zwischen 9 und 15 Jahren ist noch sehr gering. Daher kann noch keine Aussage

darüber gemacht werden, ob andere Komplikationen auftreten, wenn früh geimpft wird. Kinder zeigen bei Impfungen zum Teil eine stärkere Reaktion des Immunsystems.

Unklar ist, wie die sogenannten „Risikogruppen“ für HPV erreicht werden können. Zu ihnen gehören sexuell aktive Mädchen und Frauen mit häufig wechselnden Partnern und seltener Kondombenutzung. Schon bei anderen Impfungen ist der Impfschutz in Deutschland teils zu gering. Solange es keine Empfehlung der Ständigen Impfkommission gibt und die Impfung nicht kassenfinanziert ist, wird die Impfung eine Luxusleistung sein und somit wahrscheinlich eher sehr gesundheitsbewusste Frauen erreichen, die oft weniger gefährdet sind.

Die HPV Typen 16 und 18 werden zwar überdurchschnittlich häufig bei Gebärmutterhalskrebs oder dessen Vorstufen gefunden. Es gibt jedoch noch weitere sogenannte high risk Typen. Die gynäkologische Krebsvorsorge wird also nicht überflüssig. Bisher steht noch der Beweis aus, dass Frauen durch die Impfung wirklich seltener oder gar nicht an Gebärmutterhalskrebs erkranken. Nachgewiesen wurde bisher lediglich, dass Frauen in den Jahren direkt nach der Impfung kaum auffällige PAP Abstriche haben.

ABSCHLIESSENDE BEMERKUNGEN:

Im Verlauf des Jahres 2006 beschäftigte sich der Medizinische Arbeitskreis NRW (MAK) pro familia im Rahmen von Fortbildung, Diskussionen etc wiederholt mit den medizinischen und gesellschaftlichen Aspekten der HPV Impfung.

Ohne Frage ist, dass es ein großer Fortschritt wäre, wenn es ein Mittel gäbe, die Zahl der Erkrankungen an Gebärmutterhalskrebs zu verringern. Auch wenn es gelingen könnte, die Zahl der auffälligen PAP-Abstriche bei der gynäkologischen Krebsvorsorge, die Entstehung von Krebsvorstufen und die zur Behandlung oft notwendigen Konisationen zu reduzieren, wäre das für viele Frauen ein Gewinn. Auch eine Verringerung der Infektionen mit Feigwarzen, könnte vielen Frauen und Männern teils schmerzhaft und langwierige Behandlungsversuche ersparen.

Trotz aller Hoffnungen handelt es sich um eine sehr neue Impfung. Langzeituntersuchungen über 5 Jahre, Impferfahrungen mit Kindern oder Belege über die tatsächliche Reduzierung des Gebärmutterhalskrebses stehen noch aus. Unter der Fragestellung: Würden Sie Ihre Tochter impfen lassen? entstand in der Arbeitsgruppe des MAK eine rege Diskussion. Die Teilnehmerinnen kamen zu unterschiedlichen Ergebnissen.

Der MAK gibt keine Empfehlung für oder gegen eine Impfung. Eine Inanspruchnahme kann nur individuell entschieden werden. Die Aussage, dass in Zukunft 70% aller Fälle von Gebärmutterhalskrebs durch die Impfung verhindert werden können, setzt voraus, dass 100% der Bevölkerung geimpft werden, was wohl eher unrealistisch erscheint. Wir plädieren für eine gute, differenzierte Aufklärung und wenden uns schon jetzt gegen polemisierende Werbung, die die Krebsangst in der Bevölkerung mit tendenziellen Informationen schürt. Pro familia sollte in den nächsten Monaten sachliche, verständliche Infomaterialien in Form von Flyern, web Beiträgen etc. erstellen. Nur so können Eltern, Jugendliche und interessierte Frauen und Männer eine eigene Entscheidung treffen.

So oder so. Die HPV Impfung wird im Jahr 2007 eingeführt. HPV wird ein großes Thema sein. Leider wird es dazu kommen, dass wieder einmal viel diskutiert wird über die Gefahren von Sex! Neu ist die Tatsache, dass bei der HPV Impfung eine Zielgruppe ins Blickfeld gerät, die sogar noch vor ihren ersten Erfahrungen steht. Sex macht ungewollt schwanger, Sex macht unfruchtbar, Sex macht AIDS, Sex macht Krebs! Es bleibt zu hoffen, dass auch in Zukunft noch genug Platz bleibt für die positiven Botschaften rund um die Sexualität.

Für den Medizinischen Arbeitskreis pro familia NRW:

Dorothee Kleinschmidt.
Ärztin. pro familia Bochum

Weiterführende Informationen und Quellenangaben:

Arznei-telegramm 12/2006: Neu auf dem Markt: HPV-Impfstoff Gardasil®

Familienplanungsrundbrief pro familia Bundesverband. Heft Nr.3 2006:
<http://www.profamilia.de/getpic/4093.pdf>

Fortbildung MAK NRW 12.August 2006:
Sexuell übertragbare Krankheiten (STD), Chlamydia trachomatis und HPV
Referentin Frau Heidrun Nitschke. Leiterin der Beratungsstelle STD einschließlich AIDS im
Gesundheitsamt Köln

Leitlinien der Deutschen STD-Gesellschaft in Zusammenarbeit mit der
Deutschen Dermatologischen Gesellschaft und der Paul-Ehrlich-Gesellschaft
<http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/059-001.htm>

Bördlein, Ingeborg. HPV-Vakzine: Der erste Impfstoff gegen Krebs
Deutsches Ärzteblatt 103, Ausgabe 31-32 vom 07.08.2006:
<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&id=52291>

Leinmüller, Renate. Zervixkarzinom-Früherkennung: Bilanz muss besser werden
Deutsches Ärzteblatt 102, Ausgabe 49 vom 09.12.2005:
<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&id=49429>

Impfung schützt vor persistierender HPV Infektion-16/18-30.06.2005 -
<http://www.medizin.de/gesundheit/deutsch/1812.htm>

Frauengesundheitszentrum Berlin / HPV: <http://www.ffgz.de/hpv.htm>

Retrovirus Bulletin 1/2004:
Anale intraepitheliale Neoplasie und AnalKarzinom bei HIV-Infektion – ein zunehmendes Problem?
http://www.hiv.net/2010/pdf/bulletin01_2004.pdf

ZDF Ratgeber: Krebs durch Viren
Papillomviren verursachen Gebärmutterhalskrebs.31.3.2004

<http://www.zdf.de/ZDFde/inhalt/9/0,1872,2033481,00.html>

<http://www.aok.de/bund/rd/152732.htm>

Zeitschrift Korasion (Zeitschrift für Kinder- und Jugendgynäkologie. Oktober 2005):
Die Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs.