



ROZMYSLETE SI OČKOVÁNÍ PROTI HPV

Proč se rozmyslet nad očkováním proti HPV?

Očkování proti lidským papilomavirům (HPV) vakcínami Cervarix, Silgard a Gardasil9 za účelem prevence rakoviny děložního čípku a análního karcinomu je jedním z nejvíce kontroverzních a odborně kritizovaných očkování současnosti. Výrobci se proto dnes snaží upozadit některé nepříjemné skutečnosti. Informace kritické k očkování proti HPV jsou přitom velmi početné a různorodé.

Cílem projektu „Rozmyslete si očkování proti HPV“ je přinést rodičům i lékařům informace, které se celosvětově šíří a rozvíjí se o nich diskuse, a to i přes výrazně opačné snahy mocných zájmových skupin a lobby.

Věříme, že informace, které přinášíme, vám pomohou se rozhodnout informovaněji, více nezávisle a lépe, než pod vlivem přehnaně optimistických a jednostranných reklamních kampaní.

Na stránkách

www.ockovanihpv.cz

již nyní naleznete:

- další informace o projektu
- možnost přihlásit se k odběru informací (newsletteru)
- dokumentární film dánské TV „Očkování dívek“
- jak můžete podpořit projekt a postupně budou přibývat další informace k očkování proti HPV

TÉMA ČÍSLA

Všeobecné přeceňování přínosu očkování proti HPV

Souhrn:

Celkový přínos očkování proti lidským papilomavirům (HPV) je dnes přeceňován. Veřejnost je manipulována k názoru, že právě očkování proti HPV ve věku 9-14 let u dívek zabrání naprosté většině onemocnění a úmrtí na tzv. karcinom děložního hrdla (KDH; rakovina děložního čípku) a dokonce nově i u mužů na anální karcinom (AK). Tyto názory však nejsou správné a přesné. Text článku se věnuje čtyřem hlavním důvodům, které objasňují, proč je význam tohoto očkování všeobecně přeceňován. Dále pak odpovídá na otázku možného přínosu očkování proti HPV u chlapců a mužů.

(celý článek v tomto čísle)

www.ockovanihpv.cz

Připravujeme:

- Informace popisující události s očkováním proti HPV v Dánsku, nežádoucí účinky pozorované u dánských dívek a pochybné praktiky regulačních autorit, které vyústily po medializaci v zásadní pokles důvěry veřejnosti v toto očkování.
- Informace o vývoji nové vakcíny proti HPV, jejíž mechanismus účinku by znamenal zásadní zlepšení a účinnost prevence očkování proti HPV. Současně by však hrozilo zásadní omezení globálního trhu HPV vakcín a také redukce plošných očkovacích programů.



Všeobecné přeceňování přínosu očkování proti HPV

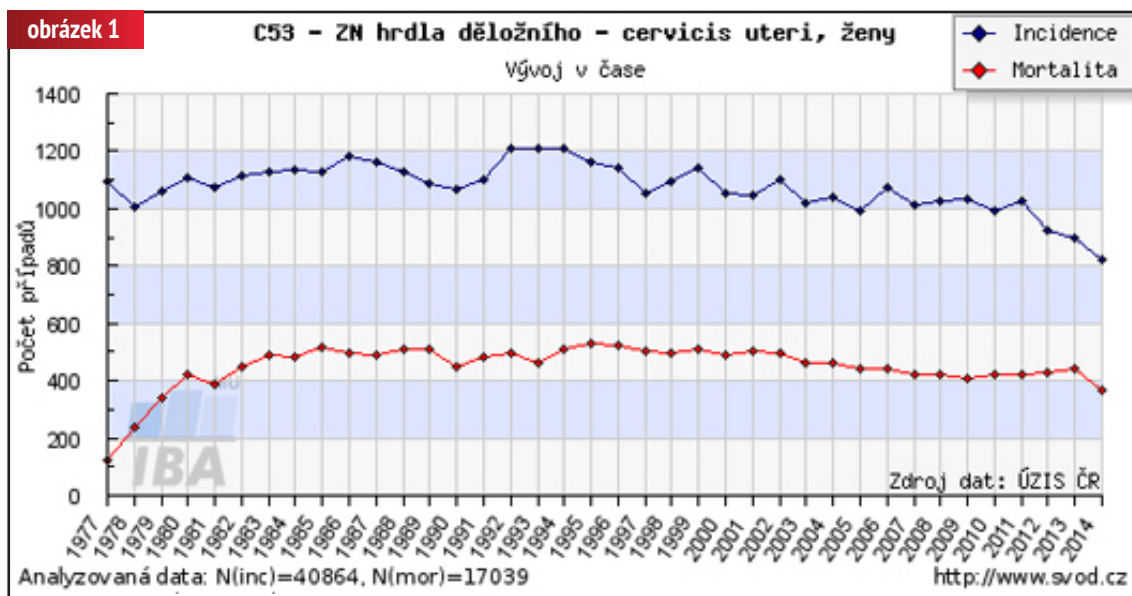
Úvod

Maximální možný přínos očkování proti HPV (ideální, hypotetický přínos) by nastal v situaci, pokud by očkování zabránilo současné míře výskytu a úmrtnosti na onemocnění, kterými jsou především karcinom děložního hrdla (KDH) a anální karcinom (AK). Přestože je cílem reklamy a lobbistických snah vyvolat ve veřejnosti právě dojem jednoznačného a významného přínosu očkování proti HPV, neodpovídají tyto programové cíle vědecky prokazatelné realitě.

Následující text představuje jen obecnou rozvahu nad „hranicemi“ možného přínosu očkování proti HPV. Jsou z ní vynechány některé velmi důležité kritické informace, například o rizicích HPV očkování a také o některých kontroverzních účincích HPV vakcín. Ty především nefungují a selhávají u osob, které HPV infekci již mají (1), ba dokonce by mohly i zvyšovat riziko zhoubných nádorů, pokud by byly naočkovány osobám, které HPV infekci již před očkováním prodělaly (2). Na druhé straně rozvaha nezahrnuje určitý velmi malý přínos očkování proti HPV u vzácných zhoubných nádorů penisu a hrtanu avšak některým nezhoubným onemocněním způsobených HPV virem (bradavice), na které se opravdu neumírá, zatímco na očkování může. Pro orientaci rodičů, jaké jsou limity pro očekávání a naděje případně vkládané do přínosu očkování proti HPV, považujeme následující informace za základní.

Rizika související s karcinomem děložního hrdla a análním karcinomem

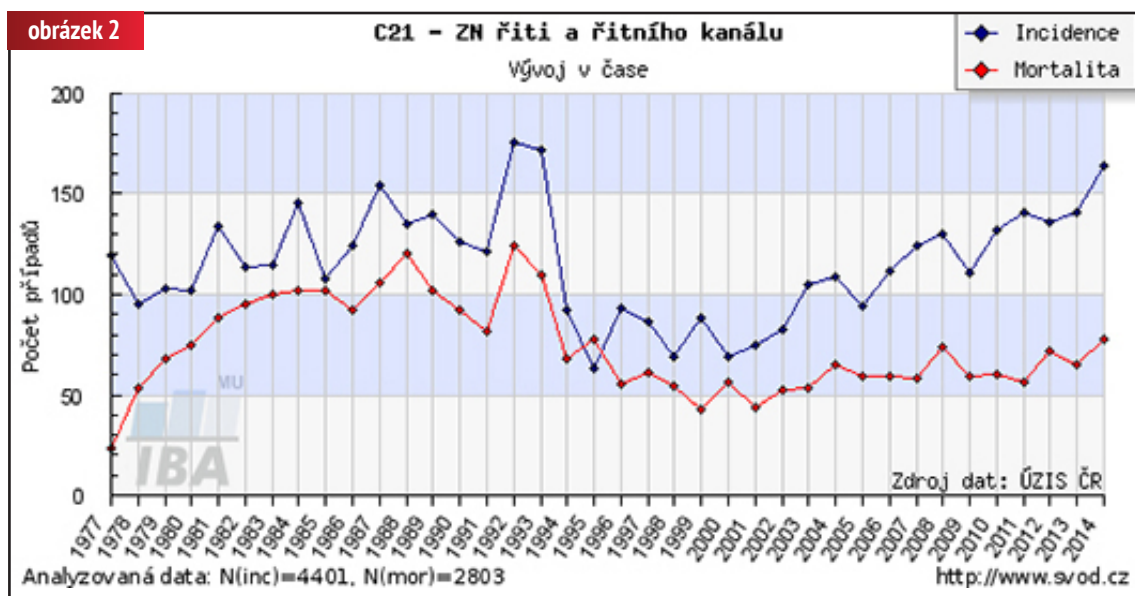
V ČR je ročně diagnostikováno necelých 900 případů KDH a asi 400 žen na KDH ročně umírá (obr. 1). To jsou určitě čísla vysoká. V posledních letech nám však naštěstí klesají. Tento pokles ještě určitě není důsledkem prováděného očkování proti HPV, jak se někteří mylně domnívají, ale má příčiny jiné. HPV očkování se u mladých dívek dosud neprovádí tak dlouho, aby se jeho účinky vůči KDH u dospělé generace a u seniorek již projevy. Silná je zde souvislost poklesu naopak s rozvojem specifických preventivních programů (prohlídky, screening) a také související osvěty.



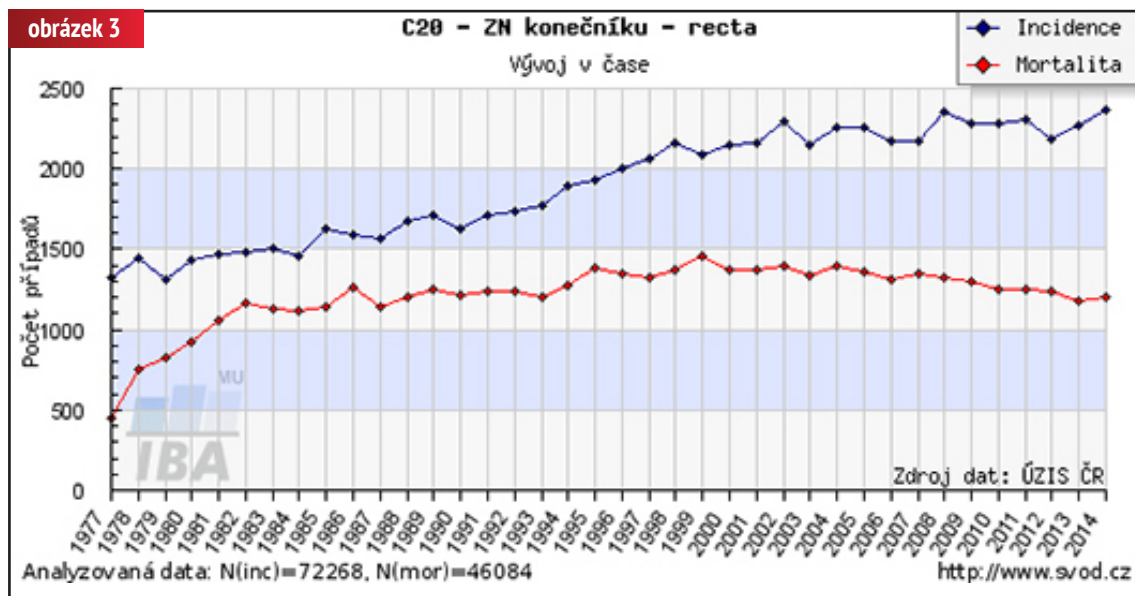


ROZMYSLÉTE SI OČKOVÁNÍ PROTI HPV

Výskyt zhoubných nádorů řiti a řitního kanálu je mnohem méně častý než KDH. V posledních letech však incidence těchto nádorů v ČR přeci jen stoupá. V úhrnném celku (ženy + muži) se jedná o výskyt kolem 160 případů ročně s asi 80 úmrtími (obr. 2).



Existují dnes zřetelné manipulativní snahy, jejichž cílem je, aby si lidé spojili nebo zaměnili poměrně vzácné nádory řitě (anus) a řitního kanálu za mnohem častější a v populaci velmi obávané nádory konečníku (rectum) (obr. 3). K dosažení tohoto manipulativního cíle přitom stačí lidem jenom tuto vysvětlující informaci neposkytnout tak, aby si tuto záměnu nemohli sami uvědomit. Lidé se poté mohou mylně domnívat, že očkováním proti HPV lze zabránit obávaným a častým nádorům konečníku, což není pravda. Názor na užitečnost očkování proti HPV budou mít lidé v takovém případě neúměrně vyšší, což je cílem reklamy a manipulace. Zejména při oslovování mužů se s tímto efektem spontánní záměny pravděpodobně počítá.

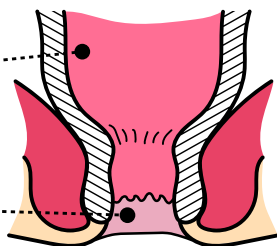




Rozdíl se skrývá v histologických odlišnostech tkání (epitelů) řitě a konečníku. HPV infekce napadá a může být dlouhodobě přítomna v tzv. dlaždicovém epitelu. Ten nalezneme mj. na vulvě, ve vagíně, na části děložního čípku a právě v oblasti řitního otvoru. Uvnitř v konečníku je oproti tomu již přítomen jednovrstevný cylindrický epitel (obr. 4). Epitel konečníku nevytváří podmínky pro tzv. perzistující HPV infekci s následkem rozvoje prekanceróz a zhoubných nádorů zapříčiněných papilomaviry.

obrázek 4

Sliznice konečníku (*rectum*)
cylindrický epitel



Sliznice řitního otvoru (*anus*)
dlaždicový epitel

Obávané nádory konečníku
2400 celkem ročně v ČR
(muži cca 1550, ženy cca 850)

Vzácné nádory řitního otvoru
160 celkem ročně v ČR
(muži cca 50, ženy cca 110)

© 2017 www.pockovani.cz

Je potřeba podotknout, že vztah HPV infekce ke zhoubným nádorům řiti je různý s ohledem na pohlaví. Existuje totiž souvislost mezi výskytem anální a cervikální HPV infekce právě u žen (3). U mužů je poté riziko nádorů řiti jednoznačně nižší než u žen. To vyplývá i z registru nádorových onemocnění ČR (www.svod.cz), kdy roční incidence nádorů řiti u mužů (2014) byla celkově asi 55 případů, když u žen to bylo asi 110 případů. U mužů i žen do 50ti let to přitom bylo jen minimum z úhrnného celku (do 10%). Naprostá většina análních karcinomů vzniká tedy až po 50. roku věku. **Je dále velmi důležité, že riziko nádorů řiti je až 17x vyšší u mužů, kteří jsou homosexuální nebo bisexuální** (4). U heterosexuálních mužů je tedy opravdu extrémně nízké, ne-li přímo zanedbatelné. Přínosu očkování proti HPV u mužů se budeme věnovat ještě dále v tomto článku.

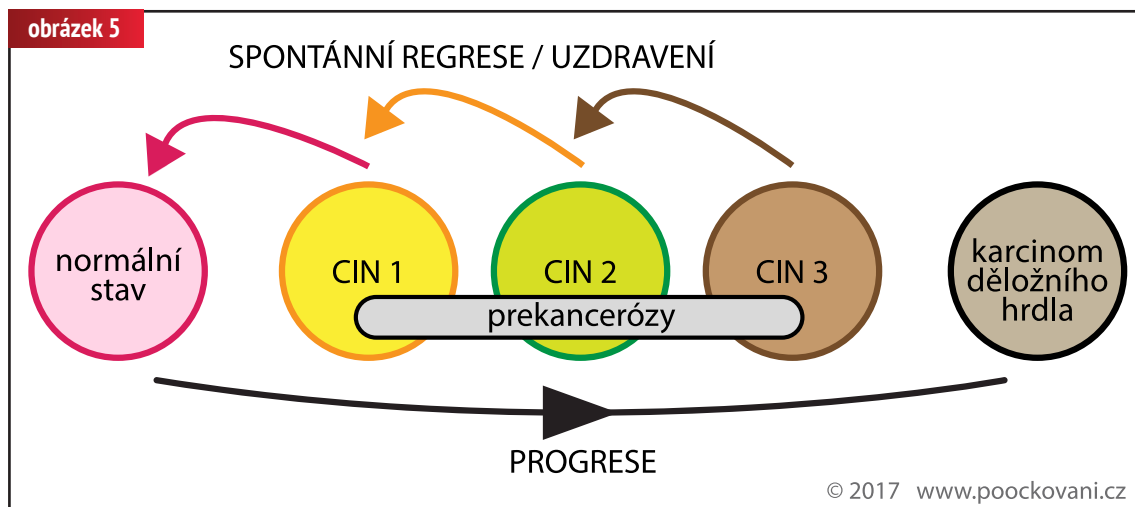
Čtyři pochybení

Pokud by očkování proti HPV zabránilo výskytům a úmrtím na KDH a AK v naprosto ideálním rozsahu, byl by jeho přínos určitě významný. To nelze v rovině hypotéz zpochybňovat. Jedná se však převážně o význam v prevenci KDH a AK u žen. Jako prevence AK u mužů je očkování proti HPV velmi kontroverzní (viz níže). Jeho omezený praktický význam lze snad spatřovat skutečně pouze u homosexuálů a bisexuálů. Nad rámec rizik a nežádoucích účinků očkování existují zejména čtyři významné skutečnosti, které snižují objektivní význam očkování proti HPV současnými vakcínami, a to generálně. Zaprvé, je to dosud spolehlivě neprokázaná protektivní účinnost konkrétních vakcín. Zadruhé, je to omezená sérotypová působnost těchto vakcín a problém obměny virových kmenů. Zatřetí, je to slabší příčinná souvislost HPV infekce ke vzniku zhoubných nádorů v praxi. Začtvrté, je to zásadně umenšený přínos očkování proti HPV nad rámec účinnosti současných jiných preventivních a léčebných postupů.

Problém neprokázané protektivní účinnosti očkování proti HPV si lze přiblížit modelovou otázkou: Je skutečně vědecky prokázáno, že očkování ve věku 9-14 let zabrání u očkovaných vzniku KDH či AK v době jejich obvyklého výskytu, tedy až za několik mnoho desítek let? Nic takového vědecky dosud spolehlivě a přesvědčivě prokázáno není. Dnes ještě nevíme, u jak velkého procenta očkovaných očkování současnými HPV vakcínami v čase selže, z jakých důvodů selže a v jakém procentu



případů nám očkování jedinci KDH a AK nakonec onemocní. Nikdo také nemůže zaručit, jak a zda bude fungovat případné přeočkování, a to hned z více velmi zajímavých odborných důvodů. Skutečný ochranný účinek současných HPV vakcín je na několik desítek let dopředu neodhadnutelný a je i podle státních autorit zatím neznámý (5). To ostatně potvrzují ve svých východiscích také aktuální práce, které se snaží hodnotit průběžnou účinnost HPV vakcín u očkovaných žen na základě různých zajímavých parametrů (6). Veřejnosti se proto podsouvají tzv. **náhradní výsledky**. Tedy ochranná účinnost vakcín nikoliv proti KDH a AK, ale vůči jiným stavům – tzv. prekancerózám (zejm. CIN2/3), nebo jen pouhé laboratorní výsledky (imunogenicity, sérokonverze aj.), které jsou zjištělné po aplikacích vakcín. Zatím to totiž vlastně nejde jinak. Sám tvůrce HPV vakcín prof. Douglas R. Lowy je autorem tohoto překvapujícího výroku (z roku 2016) na obhajobu používání pouze náhradních výsledků právě u HPV vakcín: „Je neetické používat karcinom děložního hrdla jako endpoint klinických studií, protože již ženy, u kterých se vyvine prekanceróza CIN2+, potřebují být léčeny.“ (1) Volně přeloženo, je neetické (!) zkoumat a zabývat se tím, jak HPV vakcíny snižují incidenci a mortalitu skutečného karcinomu děložního hrdla. Problém sledování pouze náhradního výsledku CIN2+ (CIN2/3) spočívá v tom, že tyto prekancerózy mohou spontánně vymizet, a tak se z nich ještě vůbec nemusí KDH rozvinout (obr. 5). Spontánní regrese prekanceróz přitom vůbec nejsou raritní, ba právě naopak. Byly již dokonce objeveny a popsány biologické látky, které předurčují ústup prekanceróz (CIN 2/3) a které proto stojí proti jejich přechodu následně v KDH (7). Ztotožňovat za takové situace účinnost HPV vakcín vůči prekancerózám s jejich účinností přímo proti KDH je jednoznačně příznivé především pro podporu jejich nabídky, prodeje a odbytu.



Náhradní výsledky mohou být z mnoha důvodů zatíženy i velice velkou mírou nepřesností. Takových zásadních omylů z příliš optimistických předpokladů učiněných právě na základě náhradních výsledků zná současná medicína opravdu hodně. Pouze příkladem uveďme téměř neskutečné, a přesto dlouhodobě a stále přežívající, přeceňování významu tzv. antihypolipidemik – přípravků na snižování hladiny cholesterolu (8). Je zjevné, že „prokomerční“ optimistické omyly vědců a lékařů systémem současné regulace a kontroly farmakoterapie stále procházejí a stále se široce a úspěšně v praxi uplatňují. Předpovědi o významu a přínosu HPV očkování do budoucna mají stále těžiště v náhradních výsledcích. Tzv. „hry s čísly“ a interpretace dat, které působí hezkou cifrou svého konečného výsledku, jsou standardní manipulativní technikou výrobců léčiv (9). Veřejnost si totiž nemůže



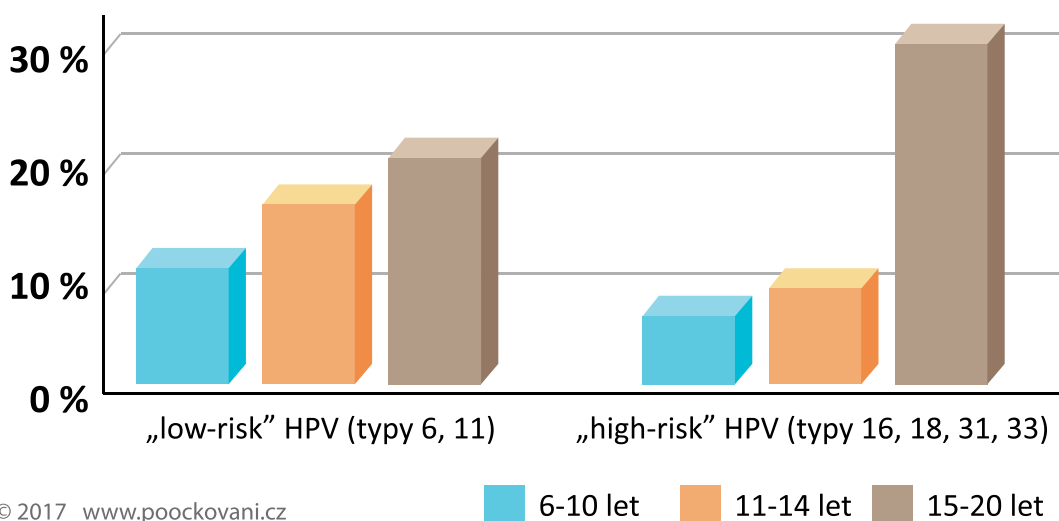
uvědomit, co taková čísla znamenají ve všech svých souvislostech, a přisuzuje jim poté jiný význam a jinou důležitost. Údaje o přínosu HPV vakcín vycházejí zatím jen z toužebných předpokladů jeho propagátorů. Z předpokladů, že to jednou třeba vyjde a skutečný ochranný účinek očkování ani po mnoha desítkách let nevyprchá nebo z jiného důvodu neselže. Pokud veřejnost nedostane příležitost si právě tuto skutečnost spolehlivě uvědomit, poté je široce uváděna v omyl, a to i údaji v podstatě izolovaně pravdivými.

Problém omezené sérotypové účinnosti vakcín proti HPV a riziko virové obměny je problém velice závažný. V mnoha ohledech dnes nelze přesně předvídat vzdáleně budoucí důsledky těchto dvou skutečností. Základní problém spočívá v tom, že současné HPV vakcíny Cervarix, Silgard a Gardasil 9 působí pouze proti některým z tzv. onkogenních sérotypů HPV virů (typů, které jsou schopny vyvolat nádorové změny). Vakcína Cervarix obsahuje antigeny sérotypů HPV 16 a 18. Vakcína Silgard antigeny sérotypů HPV 6, 11, 16, 18 a vakcína Gardasil 9 obsahuje antigeny sérotypů HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58. (Antigeny proti sérotypům 16 a 18 poté prokazatelně vytvářejí zkřížené účinné protilátky i proti několika dalším HPV sérotypům. Je proto odůvodněný předpoklad, že zásah současných HPV vakcín je o něco širší než výhradně proti sérotypům v nich přímo obsažených.) Především je ale potřeba zmínit, že sérotypů HPV virů je objeveno již přes 150 a některé zdroje uvádějí již i 200 (1). Onkogenních HPV sérotypů je z toho nejméně 25 (nejméně 12 se uvádí jako „low risk“ a 13 jako „high risk“) (10). Současné vakcíny sice pokrývají aktuálně celosvětově nejrozšířenější a nejvýznamnější onkogenní HPV sérotypy (zejm. 16, 18), ale jaká bude situace za nějakých 25 či 50 let, to opravdu dnes vůbec nikdo neví. Zajímavé jsou v tomto smyslu údaje o rozšíření HPV 16 a 18 v ČR (11). Podle této studie Ruth Tachezy, která opravdu stojí za pozornost, je ve věkové kategorii 15-20 let infikováno v ČR již 30 % žen typy „high risk“ onkogenních HPV. **Především je ale více než 10 % dívek i chlapců infikováno „high risk“ onkogenními typy HPV, a to již před 14. rokem věku, tedy ještě před obvyklým věkem očkování!** Sexuální život do 14. roku věku přitom zahájí (a to jen ve velmi nízké frekvenci) 2-3 % chlapců a dívek. Jejich několikanásobně vyšší promořenost údajně

obrázek 6

Výskyt protilátek proti onkogenním HPV ve zdravé populaci

podle: Ruth Tachezy, Prevalence HPV infekce v ČR, 2016



© 2017 www.pooockovani.cz



ROZMYSLÉTE SI OČKOVÁNÍ PROTI HPV

hlavně sexuálně přenosnými HPV viry nám tedy poukazuje na realitu dostatečně odlišnou od oficiálních předpokladů obhájců HPV očkování. (Souvisí to s argumentem provádět očkování proti HPV před začátkem pohlavního života jako se zárukou dosud nepřítomné HPV infekce. Příliš velká záruka to ale zcela zjevně není.) To vše může mít samozřejmě velmi závažné konsekvence při očkování dětí do 14ti let vakcínami proti HPV v době, kdy tyto již jsou infikovány právě onkogenními HPV sérotypy (obr. 6). Nikdo se tím však seriózně nezabývá a nikdo to raději před očkováním nezjišťuje například testováním na HPV viry (tzv. HPV testací).

Značná část žen a dívek je dále infikována širším spektrem HPV sérotypů. Výskyt vakcinálních HPV 16, 18 byl však zjištěn u relativně nízkého z celkového počtu žen (5,9 %). Podle autorky by i za naprosto ideálního stavu - při v čase setrvalé 100% účinnosti HPV vakcín a bez jakékoliv obměny typů HPV v populaci - účinnost vakcíny Gardasil 9 neměla mít možnost přesáhnout 92 % a vakcín Cervarix a Silgard 84 %. Problematika obměny HPV sérotypů v populaci je však realitou, je velmi složitá a nelze ji přesně předvídat. Existují vědecké poznatky nasvědčující pro to, že k většímu rozšíření určitého konkrétního onkogenního HPV sérotypu může v populaci dojít i za relativně krátkou dobu (12). Jiné práce tomu zase nenasvědčují, ale jejich interpretace bývá předmětem kritiky (13). Tyto odhady na několik desítek let dopředu jsou především velmi nepřesné a nejisté. Větší rozšíření jiných onkogenních sérotypů HPV v budoucnosti by totiž logicky mařilo účinky současného očkování právě v té době, kdy se má jeho ochranný účinek projevit. V určitý neprospěch předpokladu opravdu dlouhodobého ochranného účinku současných HPV vakcín působí také snadnější schopnost mutací HPV virů a tzv. genový polymorfismus.

Mohlo by vás doplňkově zajímat, že výskyt KDH vykazuje na našich územích velké odchylky i podle jednotlivých regionů. Zatímco Prachatice byly v roce 2008 dost možná „nejbezpečnější“ oblastí na světě, regiony Teplice a Ústí nad Orlicí se mohly porovnávat se situací v Ghaně (14). Ale již v roce 2011 na tom byla nejlépe Třebíč a s Ugandou se mohly srovnávat Hodonín a Rokycany (15). Tato data však meziročně výrazně fluktuují a mají tedy jen velmi omezenou výpovědní hodnotu stran vzdálenější budoucnosti (obr. 7).

Vybrané okresy ČR:	KDH na 100 tis. obyv.		Srovnatelné s:
Prachatice	3,9	7,8	Nejlepší na světě (2008)
Benešov	4,3	4,6	Australie
Chomutov; Jablonec nad Nisou	32,8; 32,5	14,2; 23,9	Nepál
Liberec	33,8	15,0	Nigérie
Hodonín; Rokycany	33,7; 25,4	47,7; 41,8	Uganda (47,5)
Ústí nad Orlicí; Teplice	36,9; 36,3	27,0; 33;7	Ghana
		2008	2011

obrázek 7

Problém příčinné souvislosti HPV infekce a vzniku nádorového onemocnění

Ize opět snadno přiblížit modelovou otázkou: Neexistují snad už žádné jiné příčiny těchto nádorových onemocnění (KDH, AK) než pouze HPV infekce? Pokud totiž jiné příčiny těchto zhoubných nádorů než právě infekce papilomaviry existují, poté je zjevné, že vliv těchto jiných příčin očkováním proti HPV odstranit v určitém rozsahu nelze. Poté laický dojem, že očkování proti HPV může do budoucna vyřešit celý problém s KDH a AK v populaci, není dojem správný. Existuje určité % incidence a mortality na KDH a AK, které očkováním proti HPV pravděpodobně eliminováno být nemůže, a to dokonce i při uvažovaném hypotetickém ideálním účinku. Jako



v mnoha jiných lokalitách lidského těla nejsou příčinou zhoubných nádorů pouze HPV viry, tak samozřejmě mohou jiné příčiny vyvolat zhoubné nádory také v lokalitách, jako jsou děložní hrdlo (čípky) nebo řitní otvor. Tak například kouření se přisuzuje více než 30 % z celkového počtu případů KDH (16). Dalšími vědecky prokázanými příčinnými faktory KDH jsou mj. chronický alkoholismus a dlouhodobé užívání hormonální antikoncepce (17). Je však nutno uvážit, že ke vzniku KDH nebo AK může být potřebný právě současný výskyt a spolupůsobení několika faktorů. Třeba právě kouření a současně také HPV infekce. Proto přesné rozlišení a určení, jak velký podíl z dnešní incidence a mortality na KDH a AK by bylo hypoteticky možné očkováním proti HPV ideálně zabránit, je obtížné (obr. 8). V odborné literatuře je v každém případě popisována i skupina zhoubných nádorů děložního hrdla, která s aktivitou papilomavirů nesouvisí (18). Reklamní a marketingovou snahou manipulátorů je samozřejmě evokovat v široké veřejnosti mylný dojem, že za všechny KDH a AK mohou pouze HPV infekce.

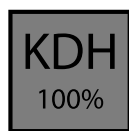
obrázek 8

HPV infekce
jako příčina rozvoje KDH
v 80-90 % případů

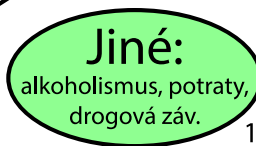


Hormonální antikoncepce (HRC)
jako příčina rozvoje KDH
v 15-25 % případů

Není pravdou, že pokud je HPV příčinou KDH na 80-90 %, poté na ostatní faktory připadá již pouze 10-20 %. Pokud některé faktory musí spolupůsobit ke vzniku KDH současně, poté nelze skutečný stav popsat tímto způsobem.



Kouření jako příčina
rozvoje KDH
v 25-35 % případů



Jiné faktory
10-20 % případů

V obrázku použité údaje jsou pouze modelové !

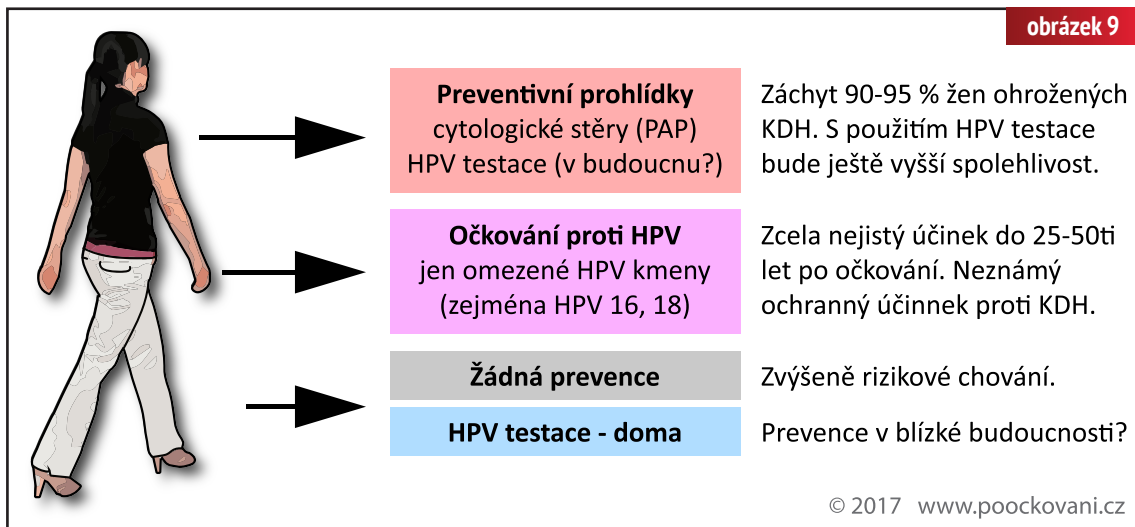
© 2017 www.poockovani.cz

Problém přínosu očkování při systému jiné léčby a prevence této onemocnění je pro posouzení přínosu HPV očkování velice významný. Prevence KDH je dnes dominantně zajišťována pravidelnými gynekologickými prohlídkami, laboratorními (cytologickými) stěry a včasným zachytem změn na čípku ještě ve stavu prekanceróz, tedy změn, které ještě nejsou karcinomem děložního hrdla. Tyto změny se dnes léčí s velkou úspěšností operačně. Podle rozsahu od menších chirurgických výkonů až po výkony větší. Komfortní řešení to samozřejmě pro nikoho není, ale většina dnes v praxi prováděných výkonů patří mezi drobnější operační zákroky. Tento systém umožňuje provádět prevenci KDH bez ohledu na jeho konkrétní příčinu. Je to tedy způsob prevence, který chrání i před těmi onkogenními HPV sérotypy, které nejsou pokryty současnými vakcínami. Chrání také před nádory z jiných příčin, než jsou HPV infekce. **Tato nespecifická prevence je proto z mnoha dobrých důvodů očkováním proti HPV jednoznačně nenahraditelná a nemůže od ní být upuštěno v důsledku plošných očkovacích programů.** Účinnost řádně podstupovaných preventivních gynekologických prohlídek v rámci prevence KDH se dnes uvádí a odhaduje různě. Různí autoři, různé techniky, různá stadia histologických nálezů, také různá míra vzdělání a správné odběrové techniky zdravotníků i spolehlivost jednotlivých laboratoří – to vše ovlivňuje efektivitu tohoto screeningu v praxi. To vše má tedy svůj vliv na procento tzv. falešně negativních



nálezů. Prakticky nejdůležitější je poté údaj kolik % žen, které řádně chodí na preventivní prohlídky, dostane a případně i zemře na KDH i při tomto typu preventivní péče oproti ženám, které na prohlídky vůbec nechodí. Lze spíše jen rámcově odečíst z mnoha zdrojů, že účinnost současného screeningu vůči histologickým změnám ještě před vznikem samotného KDH se dnes pohybuje někde v rozmezí 90-95 %. Uvažuje se také o možném zvýšeném přínosu současného laboratorního testování na HPV viry nad rámec cytologického vyšetření (19). Vědci a lékaři poté předpokládají, že ženy budou mít v budoucnosti možnost se na přítomnost HPV infekce testovat i samy doma, a to pomocí vhodných diagnostických testů (20) (obr. 9).

obrázek 9



Všeobecný potenciál přínosu celého očkování proti HPV se tedy současným prováděním a efektivitou ambulantního screeningu opravdu zásadně zmenšuje. Naprostou většinu žen je schopen ochránit tento preventivní screening, který nemůže být vynechán. Na účinky HPV očkování - jako metody v podstatě duplicitní a pouze doplňkové - tak zůstává jen malá část z původně uvažovaného ideálního účinku (viz výše). Paradoxně mohou nastat dokonce účinky opačné a kontraproduktivní. Očkování proti HPV by totiž mohlo „odklánět“ a demotivovat některé stydlivé a hraničně odpovědné ženy od preventivních gynekologických prohlídek, a to vyvoláváním klamavého pocitu dostatečně spolehlivé ochrany zajištěné právě očkováním. Zejména hraničně korektní a extrémně optimistické formy reklamních vizí mohou vyvolávat nebo potencovat takový psychologický účinek a mít tento nebezpečný přesah. Toto specifické riziko očkování proti HPV již potvrdily i vědecké práce. U žen, které byly proti HPV očkovány ještě jako mladé dívky, se po 21. roku věku prokázal dramatický pokles navštěvování preventivních gynekologických prohlídek. Pouhých 24 % žen (!) z této skupiny chodilo na preventivní prohlídky (21). Přestože jsou podle více studií tyto důsledky velmi odlišné mezi různými věkovými a sociálními skupinami žen, jsou to informace v každém případě alarmující. **Pokud se dnes ženy preventivně chrání pravidelnými prohlídkami, je pro ně možný přínos očkování proti HPV několikanásobně nižší, než pro ženy, které o své zdraví preventivně nepečují.** Tato významná skutečnost je pravidelně propagátory HPV očkování upozadována. Naprostá většina současných žen a dívek je přitom dobře vedena k odpovědnosti ke svému zdravotnímu stavu. Také stydlivost s ohledem na změnu některých společenských stereotypů a dogmat stále ustupuje. Současné dívky na preventivní prohlídky v budoucnu chodit

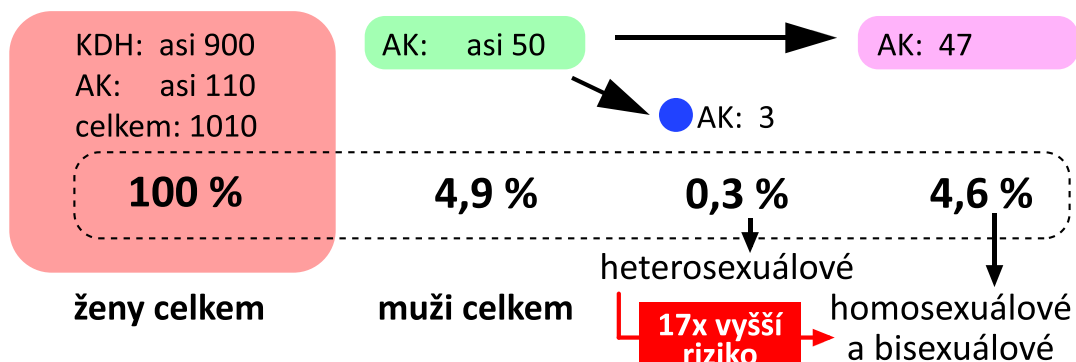


velmi pravděpodobně budou. Tento trend má v populaci jednoznačně pozitivní vývoj, přestože stav dnes určitě ještě nelze považovat za uspokojivý. Očkování proti HPV má u části žen potenciál působit negativně proti tomuto příznivému vývoji. Význam očkování holčiček a dívek proti HPV ve věku 9-14 let je v důsledku těchto skutečností několikanásobně nižší, než jaký dojem v rodičích dnes vyvolávají reklamní a lobbistické informační produkty, mediální výstupy jednotlivců i přednesy některých lékařů přímo v ambulancích.

Proč by se měli proti HPV očkovat muži?

Je opravdu velice optimistický předpoklad současných manipulátorů, že takto velmi nízkým rizikem - asi 50 případů AK ročně u mužů v ČR, a to až ve vysokém věku nad 50 let, navíc se 17x vyšší pravděpodobností výskytu u homosexuálů a bisexuálů, lze přesvědčit rodiče k očkování chlapců proti HPV. Pokud je i zcela ideální uvažovaný užitek z očkování již primárně takto nízký (obr. 9), je každé suverénní doporučení očkování chlapců zarážející. Navíc ideální přínos je ještě dále zpochybněn a oslabován jinými skutečnostmi (viz výše). Taková situace předznamenává velkou marketingovou potřebu využití ještě jiných přesvědčujících argumentů. Předznamenává, že bude pravděpodobně použit známý nástroj, kterým je strašení veřejnosti tím, že chlapci by se měli očkovat v zájmu svých budoucích partnerek. To proto, aby je papilomaviry jednou náhodou nenakazili. I teoreticky je to však přínosné pouze v zájmu těch partnerek, které samy očkovány proti HPV být nemohou. Nechat naočkovat svého chlapce kvůli jeho budoucí partnerce, která bude také naočkována, je poněkud zvláštní strategie rodičů. Dosud ale nikdo nespočítal, kolik žen ročně by tato strategie očkování jejich partnerů ještě v chlapeckém věku měla potenciál vůbec zachránit. Byl by to v každém případě jenom naprosto minimální zlomek toho užitku, který je oficiálně spatřován v očkování žen proti HPV. Dívky nenaočkované se především mohou s vysokou spolehlivostí chránit pravidelnými gynekologickými prohlídkami. Pokoušet se dosáhnout ukončení cirkulace onkogenních HPV virů nebo dosáhnout jejich eradikace (vymýcení) v populaci, to je se současnými HPV vakcínami a při počtu HPV sérotypů naprosto nemožné. Tento argument proto používají i propagátoři očkování a zavilí lobbisté jen velmi zřídka, obvykle až ve stavu krajní nouze.

Poměr rizika karcinomů děložního hrdla (KDH) a řiti (AK) u žen a mužů



© 2017 www.poockovani.cz

obrázek 10

Položme si tedy otázku, které dívky se ve věku 9-14 let očkovat proti HPV opravdu nemohou a jaký je v současné populaci jejich počet? Kvůli jakému počtu



ROZMYSLETE SI OČKOVÁNÍ PROTI HPV

dívek by se měli v ČR podle doporučení tzv. odborníků raději naočkovat všichni chlapci? To jsou údaje nejen oficiálně neznámé, ale především marketingovým cílům odporující. Ve schváleném Souhrnu informací o léčivém přípravku Gardasil 9 jsou vyjmenovány kontraindikace k podání vakcíny právě takto (22): Bod 4. 3.: „Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku uvedenou v bodě 6.1. (chlorid sodný, histidin, polysorbát 80, dekahydrát tetraboritou sodného, voda na injekci, + aluminium-hydroxyfosfát-sulfát) Jedinci s hypersenzitivní reakcí po předchozí aplikaci přípravku Gardasil 9 nebo Gardasil/Silgard nesmí dostat přípravek Gardasil 9.“ Alergii na kuchyňskou sůl, esenciální aminokyselinu histidin (tvoří se běžně přímo v lidském těle) a na destilovanou vodu si dovolíme nyní zanedbat. Pokud tedy znáte nějakou dívku ve věku 9-14 let s prokázanou hypersenzitivitou právě na podtržené látky, jste pravděpodobně jedni z mála v ČR. Obvykle se totiž takto přesná diagnostika po hypersenzitivní reakci v praxi vůbec neprovádí. Dívka s diagnosticky neurčenou hypersenzitivní reakcí po první nebo druhé dávce HPV vakcín bychom ale nezanedbatelný počet už zajisté našli. Dívky s již proběhlou hypersenzitivní reakcí na vakcínu již ale nejsou v pravém slova smyslu „neočkované“, ani nejsou dále „neočkovatelné“. Jednak očkované především už jsou (tedy alespoň jednou dávkou HPV vakcíny) a jednak mohou být stále doočkovány proti HPV vakcínou jinou, na jejíž složky přecitlivělé nejsou. Například u přecitlivělosti na Gardasil 9 mohou být doočkovány vakcínou Cervarix, která neobsahuje ani polysorbát 80, ani dekahydrát tetraboritou sodného, ani aluminium-hydroxyfosfát-sulfát. (Přestože vakcína Cervarix obsahuje jako adjuvans cca 500 µg hliníku oproti 225 µg hliníku ve vakcínách Silgard a Gardasil 9, je tento ve vakcíně Cervarix vázán ve formě jiné chemické látky.)

Každý mladý muž i chlapec má rozhodně sám možnost se ještě před začátkem svého pohlavního života rozhodnout, zda chce podstoupit zdravotní riziko očkování proti HPV ve prospěch své budoucí partnerky („krásná neznámá“), pokud by ona sama patřila mezi ty naprosto raritní dívky, které ve věku 9-14ti let očkované proti HPV být opravdu nemohou. Případně se může sám rozhodnout, zda se nechá naočkovat ze strachu z toho, že po 50. roku věku dostane jako budoucí homosexuál či bisexuál rakovinu řiť. A k tomu by měl také uvážit, co se třeba všechno může změnit za budoucích 40 let v humánní medicíně. Je názorné se zamyslet, co se vlastně stalo v medicíně za předchozích 40 let a jak vypadaly tenkrát kolem roku 1977 její možnosti. **Rodiče by proto nikdy neměli opomenout řádně své děti informovat právě o těchto skutečnostech. Měli by je vždy nechat samotné se rozhodnout, nebo alespoň si promyslet a vyjádřit na věc svůj vlastní názor, než je u lékaře nechají ze své vlastní vůle naočkovat jakoukoliv HPV vakcínou kvůli přínosu, který si idealizují, který přeceňují, nebo o jehož skutečné hodnotě nemají dokonce představu vůbec žádnou.**

Článek je poskytnutý k volnému šíření a kopírování. Původní obrazová schémata je možné volně používat při zachování uvedení jejich zdroje. Upozorňujeme, že cílem našeho projektu Rozmyslete si očkování proti HPV není podávat vyvážené informace, ale přinést a doplnit rodičům a veřejnosti informace k tomuto očkování kritické. V tomto rozsahu se však snažíme o zachování dostatečné objektivity a jsme připraveni zapracovat připomínky, které by poukazovaly na nesrovnalosti případně i vhodná doplnění v rámci vymezeného tématu.



ROZMYSLÉTE SI OČKOVÁNÍ PROTI HPV

Na zpracování obsahu článku se podíleli členové našeho spolku, externí odborní spolupracovníci i rodiče.

Ing. Václav Hrabák

předseda Společnosti pacientů s následky po očkování, z. s.

Zdroje a literatura

- (1) Lowy D.R.: HPV vaccination to prevent cervical cancer and other HPV-associated disease: from basic science to effective interventions; (on-line) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4701560/>; Journal of Clinical Investigation, 2016 Jan; 126(1):5-11.
- (2) Z podkladových dokumentů FDA (U.S. Food & Drug Administration): (on-line) <http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/06/briefing/2006-4222B3.pdf>
- (3) Sehnal B., Halaška M., Driák D., Sláma J.: Spojitost anální a cervikální HPV-infekce u rizikových žen; (on-line) <http://www.praktickagynekologie.cz>; Praktická gynekologie 2014; 18(1): 60-63.
- (4) Ze zdrojů CDC (Centers for Diseases Control and Prevention, USA): (on-line) <https://www.cdc.gov/msmhealth/std.htm>
- (5) Z rozhodnutí dozorových autorit ve Francii (AFFSAPS) vyplynul v roce 2010 zákaz reklamy na vakcínu Gardasil mj. s tím, že její protektivní účinnost vůči KDH není dosud vědecky prokázána a bude případně až za mnoho let. (Identické argumenty v našem prostředí používá proti HPV vakcínám ve svých článcích mj. také prof. RNDr. Anna Strunecká, DrSc.) Z vládních zdrojů Francie; (on-line) <http://bit.ly/2kWuoLw>
- (6) Heard I., Tondeur L., Arowas L., Demazoin M., Falguières M., Parent Du Chatelet I.; pour le groupe CHlaHPV; Effectiveness of HPV vaccination on prevalence of vaccine genotypes in young sexually active women in France; Journal of Infectious Diseases. 2016 Dec 23. pii: jiw639; (abstrakt) <http://jid.oxfordjournals.org/content/early/2016/12/23/infdis.jiw639.abstract>
- (7) Uleberg K.E., Øvestad I.T., Munk A.C., Brede C., van Diermen B., Gudlaugsson E., Janssen E.A.M., Hjellev A., Baak J.P.A.: Prediction of Spontaneous Regression of Cervical Intraepithelial Neoplasia Lesions Grades 2 and 3 by Proteomic Analysis; (on-line) <https://www.hindawi.com/journals/ijpro/2014/129064/>; International Journal of Proteomics, Volume 2014 (2014), Article ID 129064.
- (8) Ravnskov U., Diamond D.M., Hama R., Hamazaki T., Hammarskjöld B., Hynes N., Kendrick M., Langsjoen P.H., Malhotra A., Mascitelli L., McCully K.S., Ogushi Y., Okuyama H., Rosch P.J., Schersten T., Sultan S., Sundberg R.; Lack of an association or an inverse association between low-density-lipoprotein cholesterol and mortality in the elderly: a systematic review; (on-line) <http://bmjopen.bmj.com/content/6/6/e010401.full>; British Medical Journal Open, 2016 Jun 12;6(6):e010401
- (9) Registrační studie FUTURE I/II: Four year efficacy of prophylactic human papillomavirus quadrivalent vaccine against low grade cervical, vulvar, and vaginal intraepithelial neoplasia and anogenital warts: randomised controlled trial; (on-line) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2907480/>; BMJ, 2010 Jul;20. 341: c3493.
- (10) Údaje převzaty z (on-line) zdroje: <http://www.hpvinformation.com/about-hpv/high-and-low-risk-hpv-types/?LanguageCheck=1>
- (11) Ruth Tachezy: Prevalence HPV infekce v ČR; (on-line) <http://www.vakcinace.eu/data//files/hradecke2016/tachezyr-prevalencehpvinfekceveskepopulaci.pdf>; pwp prezentace (XII. HVD, 2016)



ROZMYSLÉTE SI OČKOVÁNÍ PROTI HPV

- (12) Scherpenisse M., Mollers M., Schepp RM., Boot H.J., Meijer C.J., Berbers G.A., van der Klis F.R., de Melker H.E.: Changes in antibody seroprevalence of seven high-risk HPV types between nationwide surveillance studies from 1995-96 and 2006-07 in The Netherlands; (on-line) <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0048807>; PLoS One. 2012; 7(11): e48807
- (13) Ze zdrojů SaneVax, Inc.: (on-line) <http://sanevax.org/no-human-papillomavirus-type-replacement-after-vaccination/>
- (14) Zdroj ÚZIS: <http://www.uzis.cz/system/files/kardcz2010.pdf>
- (15) Zdroj ÚZIS: <http://www.uzis.cz/system/files/kardcz2013.pdf>
- (16) Nishino K., Sekine M., Kodama S., Sudo N., Aoki Y., Seki N., Tanaka K., Cigarette smoking and glutathione S-transferase M1 polymorphism associated with risk for uterine cervical cancer, (abstrakt) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19012698>, Journal of Obstetrics and Gynaecology Research. Vol. 34, No. 6: 994–1001, December 2008.
- (17) Zdroj z International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer: Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16 573 women with cervical cancer and 35 509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies; (abstrakt) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17993361>; The Lancet Volume 370, No. 9599, p1609–1621, 10 November 2007.
- (18) Banister C.E., Liu C., Pirisi L., Creek K.E., Buckhaults P.J.: Identification and characterization of HPV-independent cervical cancers; (abstrakt) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28077784>; Oncotarget. 2017 Jan 6.
- (19) Jin X.W., Lipold L., Foucher J., Sikin A., Brainard J., Belinson J., Schramm S., Nottingham K., Hu B., Rothberg M.B.: Cost-Effectiveness of Primary HPV Testing, Cytology and Co-testing as Cervical Cancer Screening for Women Above Age 30 Years; (abstrakt) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27418345>; Journal of General Internal Medicine, 2016 Nov;31(11):1338-1344.
- (20) Royal College of Obstetricians & Gynaecologists: Progress in cervical Screening in the UK; (on-line) <http://bit.ly/2kvutl3>; Scientific Impact Paper No. 7, March 2016, para. 3.
- (21) Paynter Ch.A., Van Treeck B.J., Verdenius I., Lau A.W.Y., Dhawan T., Lash K.A., Bergamini E.A., Ekekezie Ch.N., Hilal A.M., James K.N., Alongi S., Harper S.M., Bonham A.J., Baumgartner K.B., Baumgartner R.N., Harper D.M.: Adherence to cervical cancer screening varies by human papillomavirus vaccination status in a high-risk population; (on-line) <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211335515001023>; Preventive Medicine Reports, Vol. 2, 2015, pg. 711–716.
- (22) Zdroj Schválený souhrn informací o léčivém přípravku Gardasil 9: (on-line) <http://bit.ly/2kvnCyU>

pozn.: některé odkazy na literaturu nejsou z technických důvodů napojeny na své zdroje přímo, ale zprostředkovaně přes jinou internetovou adresu (bit.ly).



počkování

© 2017 Počkování, z. s.

Newsletter Rozmyslete si očkování proti HPV
číslo 01/2017 vychází 22. března 2017