

Stellungnahme der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG) zur Impfung gegen Humane Papilloma Viren (HPV)

Laut Statistik Austria erkranken in Österreich ca. 400 Frauen jährlich an einem Zervixkarzinom und ca. 170 Frauen versterben an der Erkrankung. Bei ca. 10-mal so vielen Frauen werden jährlich Krebsvorstufen am Muttermund diagnostiziert. Das Zervixkarzinom ist eine der häufigsten krebsbedingten Todesursachen bei jungen Frauen in Österreich.

Es gilt heute als bewiesen, dass Infektionen mit Hochrisiko-HPV-Typen beinahe in allen (>99%) Zervixkarzinomen nachweisbar sind und dass diese HPV-Gene für die Entstehung von Zervixkarzinomen notwendig sind. Diese Assoziation gilt sowohl für Plattenepithelkarzinome als auch für Adenokarzinome weltweit. Die prämaligen Erkrankungen durch HPV betreffen aber auch Vulva und Vagina sowie die Analregion.

Studien über Prävalenzraten zeigen, dass das kumulative Risiko für eine HPV-Infektion im Leben einer Frau bei bis zu 80% liegt. Der höchste Prävalenzanstieg findet sich in der Altersgruppe zwischen 16 und 20 Jahren.

Große klinische Studien bewiesen den prophylaktischen Wert von Impfungen gegen die HPV-Subtypen 16 und 18 (und 6 und 11). Die Impfungen haben auch Wirksamkeit gegenüber einigen weiteren Subtypen (Kreuzprotektivität). Die verfügbaren Impfstoffe haben sich als hochwirksam zur Verhinderung der Entwicklung verdächtiger Veränderungen und prämaligener Erkrankungen im Bereich des Muttermundes und den damit verbundenen konservativen und chirurgischen Therapien und deren Folgen erwiesen. Weiters werden mit dem Vierfach-Impfstoff Genitalwarzen (Kondylome) um ca. 90% reduziert.

Die Sicherheit der Impfstoffe ist mittlerweile in zahlreichen Studien gut belegt. Die Anwendungssicherheit wurde von FDA und EMA wiederholt bestätigt. Bisher sind weltweit insgesamt mehr als 75 Mio. Impfdosen verimpft worden.

Die Empfehlungen für eine Impfung sind unabhängig von der Aufnahme der sexuellen Aktivität der Frau. Eine vorherige Testung des HPV-Status ist nicht indiziert.

Präsident

Prim.Univ.-Doz.Dr. Walter Neunteufel
Krankenhaus der Stadt Dornbirn
6853 Dornbirn, Lustenauerstraße 4
walter.neunteufel@dornbirn.at

1. Schriftführer

Univ.-Prof.Dr. Herbert Kiss
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20
herbert.kiss@meduniwien.ac.at

Der Erfolg der primären (HPV-Impfung) und der sekundären Prävention (PAP-Screening) ist umso größer je mehr Frauen teilnehmen. Diesbezüglich ist ein organisiertes Screening zu fordern.

Die OEGGG empfiehlt aufgrund der gegebenen Sachlage die Impfung:

1. Die Datenlage zur HPV-Impfung ist heute so überzeugend, dass die Anwendung der HPV-Impfung bei Mädchen zwischen dem 9. und dem 18. Lebensjahr dringend gefordert wird.
2. Frauen vom 18. bis zum 26. Lebensjahr profitieren in hohem Ausmaß von der Impfung und sollten generell ebenfalls geimpft werden. Die Einrichtung eines „Catch up Programms“ wird gefordert. Rund 75% der Mädchen und Frauen bis 26 Jahre sind naiv gegenüber den häufigsten krankheitsverursachenden HP-Viren, aber auch die nicht naiven Mädchen und Frauen profitieren eindeutig von der Impfung langfristig.
3. Frauen bis zum 45. Lebensjahr, profitieren ebenfalls von der Impfung und daher kann auch diesen die Impfung empfohlen werden. Rund 60% der Frauen sind naiv gegenüber den Impfstofftypen. Bei der Abwägung der individuellen Impfeempfehlung sollten Verhaltensweisen berücksichtigt werden.
4. Die klinische Wirksamkeit der Impfung bei Frauen über 45 Jahre ist nicht erwiesen. Die Impfung von Frauen zwischen dem 46. und dem 55. Lebensjahr bewirkt eine gute Immunogenität und zeigt eine hohe Sicherheit, wird aber nicht empfohlen.
5. Eine Impfung außerhalb des Zulassungsbereiches ist nach Aufklärung auf Wunsch der Frau möglich.
6. Die Impfung hat keinen therapeutischen Effekt auf bereits bestehende HPV-Infektionen bzw. Dysplasien. Dennoch lässt sich auch bei konisierten und geimpften Frauen ein eindeutiger Benefit durch die Impfung erkennen. Die Impfung schützt auch vor Reinfektionen und kann auch allen diesen bis 45 empfohlen werden.
7. Eine Impfung während einer Schwangerschaft ist nicht indiziert, aber nicht teratogen und auch kein Grund für einen Schwangerschaftsabbruch. Bei über 2000 Schwangerschaften im Rahmen der Impfstudien wurden keine negativen Auswirkungen festgestellt. Ein bereits begonnener Impfzyklus kann nach dem Ende der Schwangerschaft (Geburt) auch in der Stillperiode fortgesetzt werden.

8. Das zytologische Zervixkarzinom-Screening in Österreich ist für die Früherkennung des Zervixkarzinoms und dessen Vorstufen nach wie vor unbedingt notwendig. Auch die Kombination aus Screening und Impfung stellt mittlerweile den etablierten Standard zu Verminderung des Gebärmutterhalskrebses dar. Es sollten wie bisher alle Anstrengungen unternommen werden dieses Screening im Hinblick auf Qualität und auf Erreichen einer möglichst breiten Bevölkerungsschicht weiter zu entwickeln. Die HPV-Impfung und Kreuzprotektion schützen vor den wichtigsten und häufigsten pathogenen Stämmen, aber eben nicht vor allen HPV-Subtypen. Nach derzeitigem Wissenstand muss das Zervixkarzinom-Screening weiter geführt werden, unabhängig davon ob Frauen geimpft wurden oder nicht.
9. Die Impfung von Knaben bzw. männlichen Jugendlichen ist unter dem Gesichtspunkt der Herdenimmunität sinnvoll. Genitalwarzen und anale intraepitheliale Neoplasie wurden in Studien um 90% reduziert.

Anwendungshinweise: Hinsichtlich der Zahl und Intervalle der Impfdosen sowie des Alters bei der Anwendung ist die jeweilige Fachinformation des Impfstoffes zu beachten. Die Notwendigkeit einer zukünftigen Auffrischungsimpfung ergibt sich aus der bisherige Datenlage nicht, Langzeitbeobachtungsprogramme laufen aber noch über viele Jahre.

Basis für alle Impfungen bildet der jährlich aktualisierte österreichische Impfplan sowie der entsprechend angepasste Impfplan für Frauen der ESIDOG – nachzulesen unter:

<http://www.bmgf.gv.at/cms/site/detail.htm?thema=CH0016&doc=CMS1038913010412>

<http://www.univie.ac.at/esidog/HTML/FRAUENSEITEN/impfallgemein.htm>

Erstellt und freigegeben:

Vorstand der OEGGG, AGO, AGK, ESIDOG

November 2010