

Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 114/2011 z dnia [REDACTED]
o projekcie programu zdrowotnego
„Program zapobiegania czynnikom ryzyka raka szyjki
macy, pochwy, sromu i brodawek płciowych w gminie
[REDACTED] na lata 2011–2013”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Konsultacyjnej, wyrażam pozytywną opinię o projekcie programu zdrowotnego „Program zapobiegania czynnikom ryzyka raka szyjki macicy, pochwy, sromu i brodawek płciowych w gminie [REDACTED] na lata 2011-2013”, pod następującymi warunkami:

1. zmiany tytułu programu na „Zapobieganie zakażeniu wirusem brodawczaka ludzkiego”, gdyż obecny projekt nakierowany jest wyłącznie na szczepionkę 4-walentną, co ogranicza możliwości negocjacji ceny zakupu szczepionki,
2. podania informacji o edukacji dotyczącej zasadniczej roli badań cytologicznych, jako jedynej pewnej metody wczesnego wykrywania raka szyjki macicy,
3. przyjęcia, że edukacją zdrowotną dotyczącą HPV powinni być także objęci chłopcy (możliwość zakażenia HPV i rak prącia),
4. uzyskania zgody rodziców na szczepienie i przeprowadzenie badania lekarskiego,
5. monitorowania skuteczności i bezpieczeństwa programu.

Uważa się, że w etiologii raka szyjki macicy, raka sromu, raka pochwy i brodawek płciowych najważniejszą rolę odgrywa zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV, human papilloma virus). Niemniej, ze względu na zbyt krótki okres obserwacji (szczepienia wprowadzono w 2002 r., a rak rozwija się w ciągu 14 lat), brak jest dotychczas twardych dowodów, że zmniejszenie częstości zakażenia wpływa na uniknięcie powstania nowotworu. Obok zakażenia HPV, do czynników ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy należą: wczesne rozpoczęcie życia płciowego (przed 18 rokiem życia), duża liczba partnerów seksualnych, zakażenie HIV lub inne upośledzające system immunologiczny, palenie tytoniu, niski status ekonomiczny oraz liczne ciążę i porody.

Wyróżnia się wysokoonkogenne i nisko onkogenne typy HPV. Poszczególne typy HPV wykazują zróżnicowane powinowactwo narządowe. W praktyce ginekologicznej istotne znaczenie mają wysoko onkogenne typy wirusa, które występują z różną częstością i są oznaczane jako HPV-16, -18, -45, -31, -33, -52, -58, -35, -59, -56, -39, -51, -73, -68 i -66. W Europie najczęściej rozpoznaje się zakażenie typami 16, 18, 45, 31 wirusa, a najrzadziej typem 66. Zakażenia wirusami wysoko onkogennymi są związane z powstawaniem zmian przednowotworowych i nowotworów narządów płciowych, odbytu, a także pozagenitalnych – głowy i szyi. Do najczęściej występujących nisko onkogennych HPV zalicza się m.in. typy 6 i 11, związane z powstawaniem kłykciny kończystych na narządach płciowych oraz nawrotowej brodawczakowatości dróg oddechowych (RRP).

Transmisja zakażenia HPV odbywa się głównie drogą płciową. Rzadko spotykane jest zakażenie nabyte inną drogą. Powinowactwo do nabłonka narządu płciowego kobiety wykazuje ok. 40 typów HPV. Zakażenie HPV może być jawne klinicznie lub przybrać formę subkliniczną albo utajoną. Objawy kliniczne zakażenia typami nisko onkogennymi obejmują kłykciny płaskie lub kończyste narządów płciowych o różnym nasileniu. W fazie utajonej zakażenia nie występują objawy. Na każdym

z powyższych etapów zakażenie może ulec progresji, samoistnej regresji lub stać się procesem przewlekłym.

Najczęściej zakażenie HPV przebiega bezobjawowo i ulega samowyleczeniu. U kobiet do 25 roku życia większość infekcji ulega regresji w ciągu 12-18 miesięcy. Utrzymywanie się zakażenia powyżej 24 miesięcy jest związane z zakażeniem wirusami wysokoonkogennymi. Liczba nowych zakażeń maleje wraz z wiekiem, ale ryzyko przejścia zakażenia w formę przetrwałą wzrasta wraz z wiekiem osoby zakażonej. Obecny stan wiedzy nie pozwala na zidentyfikowanie wszystkich czynników, które wpływają na przetrwanie infekcji oraz jej progresji do raka szyjki macicy.

Sposób radykalnego leczenia zakażenia HPV nie jest obecnie znany. Natomiast skuteczne metody leczenia zmian przedrakowych (CIN) są ogólnie dostępne.

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia wyróżnia się następujące rodzaje profilaktyki raka szyjki macicy:

- profilaktyka pierwotna — zapobieganie poprzez informowanie o czynnikach ryzyka zachorowania oraz szczepienia przeciwko onkogennym typom wirusa HPV;
- profilaktyka wtórna — wykrywanie stanów przednowotworowych i wczesnych postaci raka;
- profilaktyka trzeciorzędowa — prawidłowa diagnostyka i leczenie raka.

Najsukuteczniejszą metodą unikania czynników ryzyka rozwoju raka szyjki macicy jest oświata zdrowotna, informująca o czynnikach zwiększonego ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy i kształtująca zachowania prozdrowotne.

Cele edukacji w zakresie prewencji raka szyjki macicy obejmują: zwiększenie poziomu wiedzy na temat czynników ryzyka chorób nowotworowych najczęściej występujących u kobiet oraz sposobów ich redukcji, zwiększenie świadomości zdrowotnej i wyrobienie nawyku dbania o własne zdrowie, uświadomienie kobietom, że jedyną możliwością wykrycia choroby są regularne profilaktyczne badania cytologiczne, poprawa wiedzy i zachowań zdrowotnych kobiet nie objętych przesiewem (samodzielne zgłaszanie się na kontrolne badania cytologiczne).

Edukacja powinna dotyczyć różnych grup społeczno-zawodowych, a także środowisk medycznych (wymaga udziału specjalistów). Miejsce do działań edukacyjnych powinno obejmować szkoły, zakłady opieki zdrowotnej, zakłady pracy, domy kultury, świetlice, zakłady karne oraz środki masowego przekazu.

Działania edukacyjne w zakresie prewencji pierwotnej raka szyjki macicy zmierzają do wyeliminowania lub ograniczenia środowiskowych czynników ryzyka związanych z paleniem tytoniu, piciem alkoholu, niewłaściwym odżywianiem, otyłością i brakiem aktywności fizycznej, ryzykownymi zachowaniami seksualnymi.

Działania edukacyjne w zakresie prewencji wtórnej zmierzają do wykrywania choroby we wczesnym stadium rozwoju, poprzez informowanie o badaniach cytologicznych szyjki macicy, zachęcanie do aktywnego udziału w populacyjnych programach badań cytologicznych oraz informowanie o możliwościach leczenia choroby.

W Europie głównym typem onkogennym HPV jest typ HPV 16, którego obecność stwierdza się w 53% przypadków raka i nabłonkowej neoplazji (CIN 1–CIN 3). Drugim co do częstości jest typ 18, występujący w 15% przypadków. W Polsce zarejestrowane są dwie szczepionki: dwuwalentna przeciw HPV 16 i 18 oraz czterowalentna przeciw HPV 6, 11, 16, 18. Szczepionka czterowalentna zapobiega zmianom dysplastycznym średniego i dużego stopnia (VIN2 i VIN3) oraz ponadto brodawkom zewnętrznym narządów płciowych związanych najczęściej z zakażeniem typem 6 lub 11 wirusa brodawczaka ludzkiego.

W szczepieniach populacyjnych zaleca się stosowanie szczepionki u dziewcząt przed rozpoczęciem życia płciowego. W wielu krajach najbardziej rekomendowany jest wiek 11-12 lat. Także starsze kobiety odnoszą korzyści zdrowotne ze szczepienia anty-HPV. Kobiety poddane szczepieniom anty-HPV powinny wykonywać systematyczne badania cytologiczne.

Należy eliminować przekonanie, że szczepienie zastępuje badania przesiewowe i uświadamiać, że szczepionki zapobiegają zakażeniu wywołanemu przez wirusy typu 16 i 18 oraz pokrewne antygenowo typy 45 i 31, odpowiedzialne w sumie za 70-80% przypadków raka szyjki macicy, nie chronią jednak przed zakażeniem pozostałymi typami wirusów onkogennych, więc nadal najważniejszą metodą profilaktyczną pozostają badania przesiewowe.

Badanie cytologiczne spełnia kryteria Światowej Organizacji Zdrowia dla badań zalecanych w przesiewie (łatwe i tanie do wykonania, akceptowane przez kobiety, skutecznie wykrywające stany przedrakowe, które można wyleczyć), pozwala na wykrycie zmian w obrębie szyjki macicy, zanim nabiorą charakteru nowotworowego, umożliwia wczesne rozpoznanie choroby. Powinno być wykonywane u kobiet od momentu rozpoczęcia aktywności seksualnej lub po ukończeniu 18 roku życia. Kobiety mające wielu partnerów powinny wykonywać badanie cytologiczne raz w roku. Kobiety z prawidłowym obrazem cytologicznym, pozostające w stałym związku, powinny wykonywać badanie nie rzadziej niż co trzy lata.

Powyższe zalecenia kliniczne oparto na licznych rekomendacjach, w tym: PTG (2009, 2006), PUO (2009), PTPZ-HPV (2008), WHO (2009), ECDC (2008), ACIP (2009), ACS (2007), CDC (2010), CIC (2007), CPS (2007), Prescrire (2007).

W Polsce realizowany jest Populacyjny Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy, oparty na badaniu cytologicznym. Program realizowany jest w oparciu o Ustawę z dnia 1 lipca 2005 roku o ustanowieniu programu wieloletniego "Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych" (Dz.U.05.143.1200) oraz o Uchwałę Nr 24/2011 Rady Ministrów z dnia 1 marca 2011 r. w sprawie harmonogramu zadań wykonywanych w ramach programu wieloletniego "Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych" w roku 2011 oraz kierunków realizacji zadań tego programu na lata 2012 i 2015.

Zgodnie z programem szczepień ochronnych na rok 2011, szczepienia przeciwko wirusowi HPV znajdują się na wykazie szczepień zalecanych – niefinansowanych ze środków znajdujących się w budżecie Ministra Zdrowia.

Pod względem zapadalności kobiet na nowotwory złośliwe w Polsce, w ostatnich latach na pierwszym miejscu znajduje się rak piersi, który stanowi około 22% zachorowań na nowotwory. Rak szyjki macicy stanowi 5% zachorowań i zajmuje szóste miejsce. Wśród przyczyn zgonów Polek z powodu nowotworów złośliwych pierwsze miejsce zajmuje rak płuca, na drugim jest rak piersi, a następnie rak jelita grubego (odcinek okrężnicy), rak szyjki macicy zajmuje ósme miejsce.

Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów w 2008 roku liczba przypadków zachorowań na raka szyjki macicy wyniosła 3 270, a współczynnik standaryzowany względem wieku 11,3/100 tys. W tym samym roku zanotowano 1 745 zgony na raka szyjki macicy. Współczynnik zgonów standaryzowany względem wieku, wyniósł 5,3/100 tys.

W 2008 roku liczba przypadków zachorowań na raka sromu wyniosła 414, współczynnik surowy wyniósł 2,1/100 tys., a współczynnik standaryzowany na wiek 1,0/100 tys. W tym samym roku zanotowano 265 zgony na raka sromu. Współczynnik surowy wyniósł 1,3/100 tys., a współczynnik standaryzowany względem wieku 0,6/100 tys.

W 2008 roku liczba przypadków zachorowań na raka pochwy wyniosła 84, współczynnik surowy wyniósł 0,4 /100 tys., a współczynnik standaryzowany na wiek 0,2/100 tys. W tym samym roku zanotowano 55 zgony na raka pochwy. Współczynnik surowy wyniósł 0,3/100 tys., a współczynnik standaryzowany względem wieku 0,1/100 tys.

Na podstawie opublikowanego w 2004 r. przeglądu badań epidemiologicznych, dotyczących zakażeń przenoszonych drogą płciową, brodawki płciowe występują u ok. 1% seksualnie aktywnych osób w wieku 15-49 lat.

Podsumowując opinie ekspertów: ^{Błąd! Nie można odnaleźć źródła odwołania.}

- Zasadne jest prowadzenie programów profilaktyki raka szyjki macicy, z uwzględnieniem szczepień przeciwko zakażeniom HPV.

- Skuteczność i opłacalność profilaktyki w porównaniu z leczeniem jest szczególnie widoczna w przypadku schorzeń o złym rokowaniu.
- Sytuacja epidemiologiczna raka szyjki macicy w Polsce jest niepokojąca – wysokość wskaźników zachorowalności i umieralności należy do najwyższych wśród krajów Unii Europejskiej.
- Szczepienia przeciwko onkogennym typom wirusa HPV obok oświaty zdrowotnej kształtującej aktywną postawę wobec zagrożenia chorobą są istotnym elementem profilaktyki raka szyjki macicy.
- Wprowadzenie do programu profilaktyki prewencji pierwotnej, opartej na masowych szczepieniach przeciwwirusowych, nie stanowi podstawy do zmian zasad prowadzenia przesiewowych badań cytologicznych i nie zwalnia kobiet zaszczepionych z obowiązku korzystania z bezpłatnych, wykonywanych co trzy lata badań cytologicznych.
- Szczepienia przeciwko onkogennym typom wirusa HPV są istotnym elementem profilaktyki raka szyjki macicy – obok oświaty zdrowotnej kształtującej aktywną postawę wobec zagrożenia chorobą.
- Częściowa lub całkowita refundacja szczepień przeciwko HPV ze środków publicznych dotyczy większości krajów Unii Europejskiej.

Celem głównym omawianego projektu jest zmniejszenie liczby zachorowań na raka szyjki macicy, sromu, pochwy i brodawek płciowych, tym samym wpływ na poprawę zdrowia mieszkańców gminy [REDAKTOWANE] zgodnie z priorytetami wskazanymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych; ukształtowanie właściwych nawyków higienicznych u dziewcząt objętych programem, tym samym zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom i zakażeniom wywołanym przez HPV; zaszczepienie przeciw HPV w każdym roku obowiązywania programu wszystkich 13-latek zameldowanych na pobyt stały na terenie gminy [REDAKTOWANE]; dokonanie dobrowolnych szczepień wśród nastolatek. Cele szczegółowe obejmują: podniesienie poziomu świadomości zdrowotnej młodych dziewcząt i ich rodziców; zwiększenie zgłaszalności na przesiewowe badania cytologiczne poprzez aktywną edukację matek; wypromowanie zdrowego stylu życia wśród młodzieży szkolnej. Program będzie realizowany w latach 2011-2013. W 2011 roku populację docelową stanowić będzie 47 dziewcząt. W każdym kolejnym roku dopuszcza się dla poszczególnych roczników objętych programem zwiększanie lub zmniejszanie liczby dziewcząt zgodnie ze stanem na dzień 30 września każdego roku, w którym realizowany jest program. Szczepienie będzie dobrowolne, za zgodą rodziców, którzy zostaną poinformowani i złożą deklarację o przystąpieniu danego dziecka do programu. Szczepionka będzie podawana trzykrotnie w okresie sześciu miesięcy od momentu podania pierwszej dawki. Zaplanowano następujące etapy programu: przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej wśród rodziców dziewcząt objętych programem, odbycie „lekcji higienicznych” dla objętych programem uczennic. W czasie zajęć zapoznanie dziewcząt z podstawowymi zasadami przeciwdziałania zakażeniu HPV; powszechne wdrożenie szczepienia dziewcząt – w każdym roku kalendarzowym wdrożenia szczepienia jednego rocznika.

Komentarz:

Cel programu jest zgodny z celem Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem (wersja 3 – 2003 rok) oraz opartego na nim Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, jak również Narodowego Programu Zdrowia, określającego priorytety działań w obszarze zdrowia na terenie Polski w latach 2007 – 2015.

Program odnosi się do dobrze zdefiniowanego, obecnego w populacji docelowej problemu zdrowotnego, który można modyfikować za pomocą przeciwdziałania i wczesnego wykrywania.

Zaletą programu jest uwzględnienie aktywnej edukacji matek w celu zwiększenia zgłaszalności na przesiewowe badania cytologiczne. Niezbędne jest uświadomienie szczepionym, że szczepionki nie chronią przed wszystkimi typami onkogennych HPV i konieczna jest kontynuacja kontroli cytologicznej.