

Ständige Impfkommission gibt grünes Licht für HPV-Impfung von Jungen

Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut befürwortet nun auch die Impfung von Jungen im Alter von neun bis 14 Jahren gegen HPV. Eine Modellierung zeige, dass sich dadurch „langfristig tausende von Krebserkrankungen zusätzlich vermeiden lassen“, so die STIKO.

Von Patricia Aden

Humane Papillomviren (HPV) infizieren die Epithelzellen von Haut und Schleimhaut. Je nach Untertyp des HPV und sonstigen Begleitumständen verläuft die Infektion entweder symptomlos und selbstlimitierend oder sie führt zur Bildung von Haut- oder Genitalwarzen und in seltenen Fällen zu einem Malignom. Der Beginn des Zervixkarzinoms ist eine Infektion mit dem Humanen Papillomvirus. Dieses ruft eine chronische Entzündung des Endometriums im Gebärmutterhals hervor, die sich in vielen Fällen zurückbildet, in einigen aber persistiert und über die Krebsvorstufen CIN 1 bis 3 zu einem Karzinom wird. Die onkogene Wirkung des HPV beschränkt sich nicht nur auf den Gebärmutterhals, das Virus ist auch für weitere Tumore ursächlich, zum Beispiel im Kopf-Hals-Bereich.

HPV-Impfung ist weltweit etabliert

Für den experimentellen Nachweis, dass Humane Papillomviren den Gebärmutterhalskrebs hervorrufen, erhielt Harald zur Hausen 2008 den Nobelpreis für Medizin. Inzwischen wurden weitere Viren als onkogen eingestuft, zum Beispiel das Hepatitisvirus B und C und das Humane Herpesvirus 8. Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut hat ihre Empfehlung zur HPV-Impfung nun auf Jungen zwischen neun und 14 Jahren ausgedehnt (*Epidemiologisches Bulletin* 26/2018).

Die WHO hat 13 HPV-Typen als krebserregend eingestuft. Die Hochrisiko-Typen 16 und 18 rufen 70 Prozent der Zervixkarzinome und 50 Prozent der Vorstufen

CIN 2 und 3 hervor. Auch bei Karzinomen von Vulva, Vagina, Penis, Anus und des Oropharynx sind Humane Papillomviren beteiligt. Die Niedrigrisiko-Typen 6 und 11 rufen Genitalwarzen (Kondylome) hervor. Diese sind nicht maligne, aber sehr unangenehm für die betroffenen – meist jungen – Menschen. Die Humanen Papillomviren werden hauptsächlich durch Geschlechtsverkehr, aber auch durch Schmierinfektion übertragen.

Vor einer HPV-Infektion und den gefährlichen Folgen schützt nur eine Impfung. 2006 wurde der tetravalente Impfstoff Gardasil® (wirksam gegen die Hochrisikotypen 16 und 18 und gegen die Niedrigrisikotypen 6 und 11) in den USA von der FDA und in Europa von der EMA zugelassen. Ein Jahr später erfolgte die Zulassung des bivalenten Impfstoffes Cervarix® (wirksam gegen die Hochrisikotypen 16 und 18). Die Impfung gegen die Typen 16 und 18 schützt vor 70 Prozent der Zervixkarzinome. Inzwischen gibt es seit 2016 den nonavalenten Impfstoff Gardasil 9®, der vor circa 95 Prozent der Zervixkarzinome und anderer HPV-assoziiierter Erkrankungen schützt.

Mit der STIKO-Empfehlung 2007 und der Aufnahme in die GBA-Schutzimpfungsrichtlinie wurde die HPV-Impfung Pflichtleistung aller gesetzlichen Krankenkassen. 2014 hat die STIKO die damalige Empfehlung (Mädchen im Alter von zwölf bis 17 Jahren, 3 Impfungen) geändert in die Empfehlung für Mädchen von neun bis 14 Jahren mit nur zwei Impfungen. Mittlerweile wurden über 270 Millionen Impfdosen verabreicht, wobei sowohl die Wirksamkeit als auch die Sicherheit der HPV-Impfung in vielen Studien bestätigt wurden. Die Bedingungen sind in den Ländern unterschiedlich, je nachdem ob es Schulimpfprogramme und eine Erstattung durch die Kassen gibt oder nicht. Australien hat auf Grund flächendeckender Impfprogramme weltweit mit 78 Prozent der zwölf- bis 13-jährigen Mädchen eine der höchsten Impfraten. Besonders interessant sind daher Studien aus Australien, die zeigen, dass die HPV-Impfung das Auftreten von Genitalwarzen und die Vorstufen des Zervixkarzinoms deutlich reduziert hat.

Das ist eine wichtige Aussage über die Wirksamkeit der HPV-Impfung. Denn den Rückgang des Zervixkarzinoms wird man erst in den kommenden Jahren nachweisen können, da der Zeitraum von der Infektion bis zur Krebsentstehung 15 bis 30 Jahre dauert.

Mühsamer Start in Deutschland

Ende 2015 waren unter den 17-jährigen Mädchen in Deutschland 44,6 Prozent vollständig geimpft. Die Impfquote für eine vollständige Impfserie lag bei den 15-jährigen (d. h. knapp jenseits des Altersbereichs der aktuellen Zielgruppe) bundesweit bei 31 Prozent. Zudem gibt es regionale Schwankungen, die zeigen, dass die Impfbereitschaft von vielen Faktoren abhängt – am allermeisten von dem Informationsstand der Eltern und Ärzte, aber auch von der allgemeinen Einstellung zum Impfen, von Impfprogrammen und Recall-Systemen. Ein psychologisches Problem liegt darin, dass Eltern die Impfung so wahrnehmen, als ob dadurch eine Frühsexualisierung ihrer Kinder gefördert würde. Ein häufiges Argument ist: „Meine Tochter braucht das nicht, sie hat noch keinen Geschlechtsverkehr.“ Gerade die Vorverlegung des Impfaltes auf neun Jahre müsste dieser Argumentation entgegenwirken.

Jungen übertragen das Humane Papillomvirus. Nur wenn auch Jungen geimpft werden, kann das Virus eliminiert und eine ausreichende Herdenimmunität erreicht werden. Mit der Jungenimpfung können Frauen zuverlässig vor dem Zervixkarzinom geschützt werden. Die Jungenimpfung schützt aber auch die Jungen selbst – vor Genitalwarzen und vor allen anderen von HPV induzierten Krebsformen. Eltern und den jungen Menschen war es bisher nicht verständlich, dass der Schutz vor einer sexuell übertragbaren Krankheit nur bei einem Geschlecht ansetzt und das andere nicht beteiligt. Mit der Empfehlung der STIKO wird dem nun Rechnung getragen. **RA**

Dr. med. Patricia Aden aus Essen ist Sprecherin des Frauennetzwerks zum Schutz vor HPV-Erkrankungen: www.hpv-netzwerk.de