

Nieuwe HPV-vaccin Gardasil 9: Meer bescherming, maar ook meer vragen

Op 7 oktober 2025 adviseerde de [Gezondheidsraad](#) om het humaan papillomavirus-vaccin (HPV-vaccin) *Gardasil 9* in te voeren als opvolger van *Cervarix*. Waar *Cervarix* bescherming zou bieden tegen twee hoog-risicotypes van HPV (type 16 en 18), zou *Gardasil 9* bescherming bieden tegen negen HPV-types. Daarvan zijn vijf in verband gebracht met verschillende vormen van kanker en twee met goedaardige, maar hinderlijke aandoeningen zoals genitale wratten.



Met de introductie van het nieuwe vaccin verandert ook de formulering van het vaccinatiebeleid. Waar voorheen de nadruk lag op het voorkomen van door HPV veroorzaakte kanker, spreekt men nu breder over het voorkomen van 'ziekten en aandoeningen veroorzaakt door HPV'. Een opvallende en niet onomstreden verbreding van het doel van vaccinatie.

Effectiviteit: Reden tot twijfel

De Gezondheidsraad stelt dat er bewijs is dat de huidige HPV-vaccinatie effectief is tegen baarmoederhalskanker. Volgens het adviesrapport zou *Cervarix* tot wel 90% van de gevallen kunnen voorkomen. Opmerkelijk genoeg leidt deze hoge effectiviteit niet tot de conclusie dat vervanging overbodig is, maar juist tot de aanbeveling om over te stappen op *Gardasil 9*.

Deze overstap roept vragen op. *Gardasil 9* biedt weliswaar bescherming tegen meer HPV-types, maar niet alle daarvan zijn direct gerelateerd aan kanker. Zo richt het vaccin zich ook op type 6 en 11, die vooral worden geassocieerd met genitale wratten — een goedaardige, maar niet levensbedreigende aandoening. Daarmee verschuift het doel van vaccinatie van uitsluitend kankerpreventie naar een breder, minder urgent gezondheidsdoel.

De onderbouwing voor deze verbreding lijkt bovendien mager. In het advies stelt de Gezondheidsraad:

'Hoewel het vaccin niet geregistreerd is voor de preventie van larynxpapillomatose (= wratvorming in de luchtwegen die veroorzaakt wordt door HPV), is de commissie van oordeel dat voldoende aannemelijk is dat het vaccin hiertegen werkzaam is.'

Aannemelijkheid is echter iets anders dan wetenschappelijk *bewijs*. Het opnemen van niet-geregistreerde indicaties in het vaccinatiebeleid roept dan ook vragen op over de wetenschappelijke onderbouwing en proportionaliteit van deze keuze.

Kosten-baten: Gebaseerd op aannames

De economische onderbouwing van de overstap naar *Gardasil 9* steunt in hoge mate op veronderstellingen over effectiviteit en veiligheid. Hoewel de Gezondheidsraad wijst op indrukwekkende risicoreducties, dekt *Cervarix* in werkelijkheid slechts ongeveer 70% van de kankerverwekkende HPV-types. De gepresenteerde cijfers zijn bovendien grotendeels gebaseerd op observationeel onderzoek, waarin vertekening ([bias](#)) en [confounding](#) moeilijk volledig uit te sluiten zijn.

Toch worden op basis van deze studies vergaande conclusies getrokken. Zo worden ook de veronderstelde baten van het voorkomen van genitale wratten en larynxpapillomatose financieel meegewogen in de kosten-batenanalyse. Dat gebeurt ondanks het feit dat het vaccin voor deze indicaties niet officieel geregistreerd is, en er geen harde effectiviteitsdata uit klinische studies beschikbaar zijn.

Het resultaat is een kosten-batenanalyse die niet primair op harde gegevens rust, maar op aannames en indirect bewijs. Dat roept de vraag op in hoeverre deze analyse geschikt is als basis voor een breed vaccinatiebeleid, zeker wanneer het om gezonde adolescenten gaat.

Veiligheid: Blijft onderbelicht

De Gezondheidsraad stelt dat de HPV-vaccins veilig zijn, omdat bijwerkingen ‘doorgaans mild en tijdelijk’ zouden zijn. Maar hoe stevig is deze claim eigenlijk?

De klinische trials naar HPV-vaccins meten meestal alleen de kortetermijnveiligheid en zijn vaak te klein om zeldzame, maar mogelijk ernstige bijwerkingen op te sporen. Bovendien werd in veel onderzoeken geen echte placebo gebruikt, maar een actieve controle met een aluminiumbevattend [adjuvans](#) – wat het onderscheid tussen werkelijke bijwerkingen en achtergrondklachten bemoeilijkt.

De meeste veiligheidsdata zijn afkomstig uit [post-marketing surveillance](#), grotendeels uitgevoerd of gefinancierd door de fabrikant, met aanvullende signaleringsanalyses door gezondheidsinstanties. Onafhankelijke, systematische veiligheidsevaluaties blijven schaars.

Critici, waaronder de Deense epidemioloog Peter Gøtzsche, hebben gewezen op methodologische tekortkomingen in de oorspronkelijke studies. Hij bekritiseerde onder meer het gebruik van actieve vergelijkers, de korte duur van follow-up, en het relatief hoge aantal gemelde [serious adverse events](#) in bepaalde Gardasil 9-trials.

Sinds de introductie van het vaccin zijn er via systemen zoals het Europese meldplatform [EudraVigilance](#) opvallend veel meldingen binnengekomen van neurologische klachten na HPV-vaccinatie. Hoewel oorzakelijke verbanden hiermee niet direct zijn aangetoond, is de frequentie en aard van deze meldingen voldoende om nader onderzoek te rechtvaardigen. Toch concludeert de Gezondheidsraad dat er geen aanwijzingen zijn voor verhoogde risico's – zonder expliciet in te gaan op deze signalen.

Conclusie: Eerst bewijzen, dan pas breder toepassen

Hoewel uitbreiding van de beschermingsomvang op het eerste gezicht aantrekkelijk lijkt, schiet de wetenschappelijke onderbouwing voor de invoering van *Gardasil 9* op belangrijke punten tekort. De verbreding van de indicatie – van kankerpreventie naar het voorkomen van wratten en zeldzame keelafwijkingen – gebeurt zonder stevig klinisch bewijs. Dat is problematisch, zeker wanneer deze bredere werking financieel wordt meegewogen in het kosten-batenverhaal.

Ook de veiligheid verdient een kritischere evaluatie. Zeldzame maar ernstige bijwerkingen zijn niet overtuigend uitgesloten, en het grote aantal meldingen wereldwijd van met name neurologische klachten vraagt om onafhankelijk onderzoek, niet om stilzwijgende acceptatie.

Vaccinatie blijft – terecht – een individuele keuze. Maar die keuze moet wél gebaseerd zijn op transparante, onafhankelijke en volledige informatie over effectiviteit, veiligheid en noodzaak. In haar huidige advies schiet de Gezondheidsraad daarin tekort. Voor een ingreep die in principe gezonde jongeren betreft, geldt des te meer: **eerst het bewijs, dan pas de beleidsuitbreiding.**