

Context ontbreekt in GR-advies over HPV vaccinatie

Marian J.E. Mourits, Lukas J.A. Stalpers en Floor E. van Leeuwen

HPV-vaccinatie van meisjes zit sinds 2010 in het Rijksvaccinatieprogramma met als doel preventie van baarmoederhalskanker.¹ Inmiddels is bijna 10 jaar ervaring opgedaan met deze vaccinatie. Bovendien is er een nieuw 9-valent vaccin tegen HPV beschikbaar gekomen. Daarom heeft de staatssecretaris van VWS de Gezondheidsraad (GR) gevraagd om een nieuw advies over de aanvaardbaarheid, het nut en het risico van vaccinatie tegen HPV. De GR heeft hierbij ook het effect van vaccinatie op andere HPV-geïnduceerde aandoeningen bij zowel vrouwen als mannen in ogenschouw genomen. Op 19 juni 2019 verscheen het nieuwe GR-advies over HPV-vaccinatie in Nederland.²

Het nieuwe advies van de Gezondheidsraad (GR) is gebaseerd op wetenschappelijke publicaties naar de effectiviteit en veiligheid van HPV vaccinatie in het voorkómen van HPV geïnduceerde maligniteiten van de afgelopen decennia in Nederland. De belangrijkste aanbevelingen zijn:

HPV-vaccinatie van meisjes binnen het Rijksvaccinatieprogramma vervroegen van 13-15 jaar naar de leeftijd van 9 jaar;

HPV-vaccinatie van jongens toevoegen aan het RVP, eveneens op de leeftijd van 9 jaar;

een aanvullend HPV-vaccinatieprogramma instellen voor adolescenten en jong volwassenen (mannen én vrouwen) tot de leeftijd van 26 jaar.

Criteria voor opname in het RVP

De GR heeft 7 criteria voor opname van vaccinatie in het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) gehanteerd. Deze criteria hebben betrekking op de ernst en omvang van de ziektelast en de effectiviteit, veiligheid, aanvaardbaarheid, doelmatigheid en prioritering van de vaccinatie. Hoe is de GR met deze aspecten omgegaan?

Anders dan bij het GR-advies van 10 jaar geleden zijn nu naast baarmoederhalskanker (800 per jaar) ook andere HPV-geïnduceerde maligniteiten meegenomen in de beoordeling van de ziektelast, zoals kanker van de penis (160 per jaar), anus (200-300 per jaar), vagina (60 per jaar), vulva (300-400 per jaar) en kanker in de mond- en keelholte (1600-1800 per jaar). Daarbij speelt HPV overigens niet altijd een rol. HPV wordt minder vaak aangetroffen in kanker van de vulva, penis en mond- en keelholte of de voorstadia daarvan dan in baarmoederhalskanker. Verder zijn roken en alcoholgebruik ook een belangrijke oorzaak van mond- en keelkanker.

Uit immunogeniciteitsstudies bij meisjes van 9-14 jaar is gebleken dat de immuunrespons hoger is dan bij vrouwen van 15-26 jaar en dat 2 doses volstaan. De GR geeft aan dat er geen Nederlandse gegevens zijn over de kosteneffectiviteit van sekseneutrale HPV-vaccinatie van adolescenten en jong volwassenen (M/V).

Van de 7 criteria van de GR staan er 3 ter discussie: de omvang van de ziektelast (gaat het om een omvangrijke groep?), doelmatigheid (wat is de kosteneffectiviteit ten opzichte van andere vormen van preventie en bevolkingsonderzoek?) en prioriteit (is het een urgent volksgezondheidsbelang?). Het is een gemiste kans dat in het rapport reflectie op deze criteria ontbreekt in de context van de maatschappelijke ontwikkelingen rond opsporing en preventie van HPV-geïnduceerde aandoeningen, in het bijzonder baarmoederhalskanker. Voor de kosteneffectiviteitsberekeningen is bijvoorbeeld geen rekening gehouden met disproportionaliteit: de niet-gevaccineerden hebben een hoger risico door andere risicofactoren.

Wat mogen we van de deelname verwachten?

De deelnamegraad aan de HPV-vaccinatie voor meisjes daalt en is inmiddels slechts 45,5%.³ Wat het effect zal zijn van verschuiven van de leeftijd van vaccinatie naar een jongere leeftijdsgroep op de deelname graad is niet bekend. Evenmin is duidelijk wat het effect zal zijn van het aanbieden van een 'catch-up'-vaccinatie voor vrouwen tot 26 jaar op de deelname graad van meisjes. Er zijn aanwijzingen dat dit zou kunnen leiden tot uitstelgedrag.⁴

Of het aanbieden van HPV-vaccinatie aan jongens de deelnamegraad zal doen stijgen is niet bekend. Wel weten we uit een Griekse studie dat moeders vaccinatie voor jongens minder belangrijk vinden dan voor meisjes, en dat dit leidt tot een nog lagere deelname door jongens dan door meisjes. Vrouwen die zelf geen uitstrijkje laten maken bleken minder geneigd te zijn hun dochters en zonen te laten vaccineren. Verder bleken rokers minder geneigd om zich te laten vaccineren dan niet-rokers,⁵ terwijl er een sterk verband is tussen roken en het persisteren van een HPV-infectie. Er zijn ook aanwijzingen dat vrouwen na een inhaal-vaccinatie op volwassen leeftijd zich veilig wanen en minder bereid zijn tot deelname aan het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker.

Nieuw bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker

Op 1 januari 2017 is het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker aangepast. De meest ingrijpende verandering is dat het uitstrijkje getest wordt op de aanwezigheid van HPV. Daarnaast is de mogelijkheid van een zelftest ingevoerd. Het is de bedoeling dat het nieuwe bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker de sensitiviteit van het uitstrijkje verbetert en de deelnamegraad verhoogt, zodat minder vrouwen baarmoederhalskanker krijgen. De eerste evaluatie laat zien dat het gebruik van de HPV-test leidt tot een stijging van het percentage klinisch relevante bevindingen in de uitstrijk, waardoor de effectiviteit hoger is. De deelnamegraad is echter niet verbeterd. In 2017 was deze 60%, dus lager dan in de jaren daarvoor; de zelftest heeft dit niet goed kunnen maken. In 2017 maakte 7% van de vrouwen gebruik van de zelftest.

Opvallend is dat het vernieuwd bevolkingsonderzoek in het GR-advies geen enkele aandacht krijgt, terwijl met het vernieuwde bevolkingsonderzoek een hogere opsporingskans (sensitiviteit) en meer klinisch relevante afwijkingen worden gemeld, waardoor de kosteneffectiviteit van de vaccinatie daalt.^{6,7}

Stoppen met roken effectiever dan vaccinatie

Het GR-advies beschrijft een literatuuronderzoek naar de rol van een persisterende HPV-infectie bij het ontstaan van deze kankers.⁸ Er wordt opgemerkt dat er een verhoogde kans is op een persisterende HPV-infectie en HPV-geïnduceerde aandoeningen 'bij patiënten met een verzwakt immuunsysteem, zoals hiv-geïnfecteerde en transplantatie patiënten'.²

Opmerkelijk genoeg staat in het rapport niets over het sterke verband tussen roken en het persisteren van een HPV-infectie. Bij de invoering van de HPV-vaccinatie in 2010 werd evenmin aandacht is geschonken aan deze sterke relatie. Nu laat de GR opnieuw een kans liggen om het publiek voor te lichten over het sterke verband tussen roken en baarmoederhalskanker – en andere HPV-geassocieerde kankers. Dat is merkwaardig, omdat publieksvoorlichting een van de overheidstaken is met betrekking tot vaccinatiezorg. In zijn advies had de GR een brug kunnen slaan met het Preventieakkoord waarin gestreefd wordt naar een rookvrije generatie in 2040.⁹ Jaarlijks sterven ruim 20.000 Nederlanders aan de gevolgen van roken; tabaksbestrijding is een veel kosteneffectievere manier dan vaccinatie om een persisterende HPV-infectie en daarmee samenhangende kanker te voorkómen.¹⁰

Groepsbescherming?

Met het advies om ook jongens te vaccineren beoogt de GR de groepsimmunitet voor meisjes én jongens te bevorderen en het percentage HPV-geïnfecteerden te laten afnemen. Het is niet duidelijk of en zo ja, in welke mate vaccinatie van jongens ook vrouwen beschermt, en in hoeverre die bescherming zich uitstrekt tot de vrouwen met het hoogste risico op baarmoederhalskanker. Evenmin is bekend welke invloed de verschuiving van de vaccinatie naar een jongere leeftijd zal hebben op de deelnamegraad.

Rechtvaardige verdeling van zorg

Zowel de HPV-vaccinatie als het bevolkingsonderzoek wordt aan alle Nederlandse vrouwen aangeboden. Er is echter een ongelijke verdeling in de deelname van verschillende groepen. Laag opgeleide vrouwen doen relatief vaker niet mee met het bevolkingsonderzoek dan hoog opgeleide vrouwen. Lager opgeleide meisjes geven vaker geen gehoor aan de oproep voor vaccinatie. En lager opgeleide mensen roken vaker.

Het is daarom van groot belang dat een advies over HPV-vaccinatie verder kijkt dan de vaccinatie alleen. We moeten oog hebben voor de context waarin de vaccinatie wel of niet wordt geaccepteerd, het uitstrijkje wel of niet wordt gemaakt, er wel of niet wordt gerookt. Alleen dan kunnen we die groepen beschermen voor wie bescherming het meest urgent is.

Conclusie

Als de staatssecretaris het advies van de GR overneemt, moet de overheid er op letten dat degenen met het hoogste risico op kanker beter bereikt worden. Dat geldt niet alleen voor de HPV-vaccinatie op zich, maar ook voor de rookpreventie en het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. Opdat onze 'gestapelde innovatie' ook de zwaksten in de samenleving ten goede komt.

- Online artikel en reageren op ntvg.nl/D4233
- Universitair Medisch Centrum Groningen, afd. Gynaecologie, Groningen: prof.dr. M.J.E. Mourits, gynaecologisch oncoloog. Amsterdam Universitair Medisch Centrum, afd. Radiotherapie, Amsterdam: dr. L.J.A. Stalpers, radiotherapeut. Antoni van Leeuwenhoek, afd. Psychosociaal Onderzoek en Epidemiologie, Amsterdam: prof.dr. F.E. van Leeuwen, epidemioloog.
- Contact: M.J.E. Mourits (m.j.e.mourits@umcg.nl)
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.
- Aanvaard op 19 juni 2019
- Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2019;163:D4233

Literatuur

1. Gezondheidsraad. [Vaccinatie tegen baarmoederhalskanker](#). Publicatienr. 2008/08. Den Haag: Gezondheidsraad; 2008.
2. Gezondheidsraad. [Vaccinatie tegen HPV](#). Publicatienr. 2019/09. Den Haag: Gezondheidsraad; 2019.
3. RIVM. [Vaccinatiegraad daalt opnieuw licht voor HPV aanzienlijk](#). Bilthoven: RIVM; 25 juni 2018.
4. Turner HC, Baussano I, Garnett GP. Vaccinating women previously exposed to human papillomavirus: a cost-effectiveness analysis of the bivalent vaccine. PLoS One. 2013;8:e75552. [Medline doi:10.1371/journal.pone.0075552](#)
5. Agorastos T, Chatzistamatiou K, Zafrakas M, et al. Distinct demographic factors influence the acceptance of vaccination against HPV. Arch Gynecol Obstet. 2015;292:197-205. [Medline](#)
6. RIVM. [Monitor 2017 bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker](#). Bilthoven: RIVM; 18 september 2018.
7. ErasmusMC-PALGA. [Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker Monitor 2017](#). Rotterdam: Erasmus MC, afd. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 2018.
8. RIVM. Humaanpapillomavirusinfectie – cervixkanker. LCI-Richtlijn. <https://lci.rivm.nl/richtlijnen/humaanpapillomavirusinfectie-cervixkanker>, geraadpleegd op 20 juni 2019.
9. Rijksoverheid. [Nationaal Preventieakkoord verbetert gezondheid van alle Nederlanders](#) [nieuwsbericht]. Den Haag, 23 november 2018.
10. Kok L, Berden C, Koopmans C. [Kosten van roken](#). Amsterdam: SEO economisch onderzoek, in opdracht van Stichting Eindspel Tabak; februari 2016.