
4.11. GIZA PAPILOMAREN BIRUSA

GAIXOTASUNAREN EZAUGARRIAK

Sexu bidez transmititzen da, eta hura da nabarmenena, bide horretatik transmititzen diren gaixotasunen artean. Giza papilomaren birusak eragindako infekzio gehienek ez dute sintomarik eragiten eta auto mugatuak dira; hala ere, infekzio iraunkorrak utero-lepoko minbizia eragin diezaieke emakumeei, eta bestelako minbizi uzki genitaletakoak, orofaringekoak eta genitaletako garatxoak gizon eta emakumeei.

GPB onkogenikoak eragindako infekzio iraunkorra da beharrezko kausa da zerbixeko minbizian, baina ez nahikoa, baina beste minbizi uzki-genital batzuen proportzio nabarmena ere eragiten du (%82,6 uzki minbizien %82,6, baginako minbizien %71,0, zakileko minbizien %27,7, bulbakoen %24,6), baita buruko eta lepoko minbiziaren proportzio nabarmena ere (orofaringeoen %22,4, aho-barrunbekoen %4,4 eta laringeoen %3,5). GPB16 da genotipo kausal ohikoena lokalizazio guztietan, eta GPB16 eta 18 genotipoen kontribuzio erlatiboa GPBarekin lotutako minbizietan %90,9koa da aho-barrunbeko minbizian, %90,5koa orofaringeoen, %87,2koa uzkiaren, %79koa bulbakoen, %76,6koa zakilekoan, %70,9koa zerbixekoan, %64,3koa baginakoan eta %52,8koa laringeoen.

AGENTE ERAGILEA

GPB DNA birusa da, Papillomaviridae familiakoa.

GPBaren infekzioaren adierazpen klinikorik ohikoena garatxo genitalak edo kondiloma puntazorrotzak dira.

Giza papilomaren birusaren 100 tipo baino gehiago hauteman dira, eta uzki-genitaletako lesio intraepitelial eta inbaditzaileei lotuta ageri dira 40 tipo. Giza papilomaren birusak eragindako infekzioak lotura epidemiologiko estua du, funtsezko eragile den aldetik, neoplasia gaiztoetan eta, bereziki, umetoki-lepoko minbizian. Giza papilomaren birusaren tipo batzuen infekzioa izan duten emakumeei soilik eragiten die umetoki-lepoko minbiziak, eta adostasun zientifikoa iritsi da gertakari horren inguruan. Hain ohikoak ez badira ere, buruko, lepoko, orofaringeko eta eremu uzki-genitaleko minbizekin ere lotzen da, bai emakumeen kasuan, bai gizonen kasuan.

Birusak 100 serotipo baino gehiago ditu, eta minbizia eragiteko ahalmen txiki-handiaren arabera sailkatzen dira. Minbizia sortzeko arrisku handia dute giza papilomaren birusaren 16, 18, 45, 31, 33 eta 35 tipoek. Umetoki-lepoko minbizi-kasuen % 70 baino gehiago eragiten dituzte 16 eta 18 tipoek. Arrisku txikiko serotipoak dira garatxo genitalen erantzuleak, eta 6 eta 11 motak dira horien %90en eragileak bi sexuetan.

TRANSMISIO MODUA

Sexu-harremanen bidez transmititzen da giza papilomaren birusa, baina, transmisioa gertatzeko, ez dago koitara iritsi beharrik, genitalen kontaktuak berak kutsa baitezake birusa; gainera, preserbatiboak ez du babes osorik ematen. Gizonak eta emakumeak izan daitezke birusaren

eramaile sintomarik gabekoak. Infekzio-arriskua hainbat faktoreekin lotzen da; besteak beste, sexu-harremanak hasteko adinarekin, sexu-bikoteen kopuruarekin eta sexu-historiarekin.

INKUBAZIO-DENBORA

Emakumezko nerabeen % 50ek hartzen dute giza papilomaren birusa sexu-harremanei ekin ondorengo 3-5 urteetan. Sexu-aktibitatea duten gizonen eta emakumeen % 75 giza papilomaren birusarekiko esposizio-egoeran izan dira, behin edo behin, beraien bizitzan; izan ere, sexu bidez transmititzen den infekzio ohikoena da giza papilomaren birusa, eta % 20-40ko prebalentzia du sexu-aktibitatea duten 20 urteko emakumeengan. Infekzio horietako gehienak, ordea, berez osatzen dira.

Hala ere, adin ertainetan (25-40 urteko adinean) emakumeen % 3 eta % 10 bitartek eusten dio infekzioari, eta horietatik, hainbat urtetan birusaren infekzio iraunkorrari eusten dioten emakumeak soilik hasten dira zenbait aldaketa izaten, harik eta utero-lepoko minbizia izan arte. Hilabeteetako edo urteetako latentzia izan dezake gaixotasun horrek.

IMMUNITATEAREN IRAUPENA

Infekzio-arriskua hainbat faktoreekin lotzen da; besteak beste, sexu-harremanak hasteko adinarekin, sexu-bikoteen kopuruarekin eta sexu-historiarekin.

TXERTOAREN EZAUGARRIAK

Giza papilomaren birusaren aurkako bi txerto eskura daitezke gurean, 16 eta 18 serum tipoen aurkakoa eta bi baliokoa (Cervarix[®]) eta bederatzi balioko txerto bat (Gardasil 9[®]), 6, 11, 16, 18, 18, 31, 33, 45, 52 eta 58 serotipoen kontrakoa.

Gardasil 9 merkaturatu aurretik, konpainia berak Gardasil txertoa merkaturatzen zuen, 6, 11, 16 eta 18 serotipoekin. EAEn 2007-08 ikasturtean txertaketa hasi zenetik erabili da, eta 2018-19 ikasturtean Gardasil 9k ordezkatu zuen.

OSAERA

Cervarix[®] (GlaxoSmithKline GSK laborategia):

- Giza papilomaren birusaren 16 eta 18 tipoak (biek 20 µg dituzte). Txerto errekonbinantea da, birusaren antzeko partikulen bidez egindakoa; zehazki, L1 proteinak erabiltzen dira, giza papilomaren birusaren antzekoak, eta proteina-adierazpen hau dute: bakulobirusa eta, adjubantea, AS04.
- 9 urtetik aurrera agintzen da, eta Giza Papilomaren Birusaren mota onkogeniko jakin batzuek eragindako lesio uzki-genital pregaiztoak (zerbikalak, bulbarrak, baginak eta uzkikoak) eta zerbixeko eta uzkiko minbizia prebenitzeko erabiltzen da.

Gardasil 9[®] (MSD laborategia):

- GIB: 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 eta 58 motak (6 30 mcg-rekin, 11 40 mcg-rekin, 16 60 mcg-rekin, 31, 33, 45, 52, 58 20 mcg-rekin eta 11,18 40 mcg-rekin). Legamietan (*Sacharomyces cerevisiae*) teknologia birkonbinatzailearen bidez lortutako L1 proteinez

osatutako partikuletatik abiatuta egindako txertoa da, eta aluminio-gatzak erabiltzen ditu aldameneko gisa.

9 urtetik aurrera, txertoaren GPB motek eragindako umetokiko lepoari, bulbari, baginari eta uzkiari eragiten dieten minbizi aurreko lesioak eta minbiziak, eta GPB mota espezifikoeekin kausalki lotutako garatxo genitalek (Condiloma acuminata) eragindakoak prebenitzeko erabiltzen da.

AURKEZPENAK ETA ESKURAGARRI DAUDEN TXERTOAK

ANTIGENOAK	IZEN KOMERTZIALA	LABORATEGIA
VPH 16,18	Cervarix	GlaxoSmithKline GSK
VPH 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58	Gardasil 9	Merck Sharp & Dohme MSD

GORPUTZEKO LEKUA ETA EMATEKO MODUA

Sakon muskulu barnetik, deltoidearen inguruan, 90 graduko angeluaz. Muskuluan ematen dela ziurtatu behar da (zer orratz mota erabili erabakitzeke, muskulu-masaren lodierari begiratuko zaio).

TXERTAKETA-JARRAIBIDEA

2023an, EAEko Haurren Txertaketa Egutegian GPBaren aurkako txertaketa sartu da 12 urte dituzten NESKA-MUTIL GUZTIENTZAT (orain arte neskatoei bakarrik jartzen zitzaaien txertoa). Txertaketa 2023-2024 ikasturtean hasiko da (2012an jaiotakoen kohortea).

EAEko Haurren Txertaketa Egutegia: 2 dosi, eta 6 hilabeteko tartearekin eman behar da bigarrena. Bi dosiko jarraibide hori balia daiteke lehen dosia 9 eta 13 urte bitarteko adinean (Gardasil[®], Gardasil 9[®]) edo 9 eta 14 urte bitarteko adinean (Cervarix[®]) eman baldin bada soil-soilik.

Fitxa teknikoari erreparatuta, txertaketa-jarraibide hauek balia daitezke:

Cervarix[®]:

- 9 eta 14 urteko adinen bitartean, biak barne: 2 dosi 0 eta 6 hilabete bitartean (1. dosia eman eta 5 eta 13 hilabeteren bitartean eman behar da 2. dosia). Lehen dosia eman denetik 5 hilabete igaro baino lehen ematen baldin bada bigarren dosia, hirugarren dosi bat eman behar da beti.
- 15 urtetik aurrera: 3 dosi 0,1 eta 6 hilabeteko tarteekin, bigarren dosia emateko gutxienez 4 asteko tartea utziz eta 5 hilabeteko tartea utziz 3. dosia emateko.

Gardasil 9[®]:

-
- 9 eta 14 urte bitartekoak, biak barne: 2 dosi 0 eta 6 hilabetera. Txertoaren bigarren dosia lehenengo dosia eman zenetik 6 hilabete igaro baino lehen ematen bada, hirugarren dosi bat eman behar da beti. 15 urtetik aurrera: 3 dosi 0, 2 eta 6 hilabetera, gutxienez 4 asteko tarte bigarren dosirako eta 3 hilabeteko tarte 3. dosirako.

Daturik ez dago giza papilomaren birusaren aurkako txertoak trukagarriak direla esateko; beraz, jarraibidea prestakin berarekin osatzea gomendatzen da. Hala ere, akatsen bat edo bestelako egoeraren bat gertatu delako, pertsonaren batek txertoaren 3 dosi osatu baldin baditu bi prestakin ezberdinekin, GPBren 16 eta 18 serotipoekiko babes duela onar dezakegu edo 6, 11, 16 eta 18. serotipoei, Gardasil eta Gardasil 9 txertoak badira.

BATERAGARRITASUNA BESTE TXERTO BATZUEKIN

Bi txertoak aldi berean eman daitezke difteriaren (d), tetanosaren (T), kukutxeztularen (osagai azelularra) (ap) eta/edo poliomieltisaren (inaktibatua) (IPV) (dTpa, Td-VPI, dTpa-VPI txertoak) txertoekin, meningokokoaren aurkako txerto konjugatuarekin eta B hepatitisaren aurkako txertoarekin, ez baita interferentzia adierazgarririk sortzen antigorputzek hiru txertoen osagaiei emandako erantzunean.

NOLA KONTSERBATU

2 eta 8 °C bitartean. Ez dira izoztu behar.

INDIKAZIOAK

GPBaren aurkako txertoa EAeko txertaketa-egutegian sartuta dago, Lehen Hezkuntzako 6. mailako NESKA-MUTIL GUZTIENTZAT.

Gizonetan, GPBarekin lotutako neoplasien karga emakumeena baino txikiagoa da. Hala ere, neska-mutilen txertaketa unibertuala onuragarria dela uste da, bai gizonen zuzeneko babesari dagokionez, bai talde-babesari dagokionez; gainera, bi sexuen arteko ekitate-neurria da.

Arrisku-taldeen txertaketa. Ikus [6. kapitulua](#) eta [7. kapitulua](#)

KONTRAINDIKAZIOAK

Txerto guztien kontraindikazioak eta arreta-neurri orokorrak.

Ez zaie giza papilomaren birusaren aurkako txertorik eman behar txertoaren bestelako osagairen batekiko sentikortasun handia eta egiaztatua duten pertsoneri.

Ez zaie giza papilomaren birusaren aurkako txertoa eman behar emakume haurdunei; hala ere, eman daiteke bularra emateko garaian.

ONDORIO KALTEGARRIAK

- Arinak: erreakzio lokalak injekzio-lekuan (mina, eritema edo hantura). Horien maiztasuna alda daiteke dositik dosira.
- Sistemikoak: sukarra txertoa hartu ondorengo egunetan, buruko mina, nekea, mialgia edo goragalea.

-
- Larriak: sentikortasun handia edo anafilaxia, baina oso gutxitan gertatzen da, eta ez gainerako txertoekin baino maizago.

Europako Sendagaien Agentziak azterketa bat egin du ikusteko ea erlaziorik ba ote dagoen emakume gazteei emandako papilomaren aurkako txertoen eta min erregionalaren sindrome konplexuaren artean eta jarrera ortostatikoko takikardiaren sindromearen artean, baina haiei buruzko datuak aztertu ondoren, egiaztatu du ez dagoela sindrome horien eta papilomaren aurkako txertoen arteko erlazioak ezartzeko ebidentziarik.

BIBLIOGRAFIA

1. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Madrid, 2013.
2. Meites E, Szilagyi PG, Chesson HW, Unger ER, Romero JR, Markowitz LE. Human Papillomavirus Vaccination for Adults: Updated Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2019;68:698–702, Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/68/wr/mm6832a3.htm#suggestedcitation>
3. The Green Book. Immunisation against infectious disease. updated 2016. Chapter 24 Pertussis. Public Health England. Department of Health, Social Services and Public Safety. UK. Human Papillomavirus: (updated 2019). Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/human-papillomavirus-hpv-the-green-book-chapter-18a>
4. The Australian Immunisation Handbook (updated 2018). Vaccine-Preventable Diseases. Human Papillomavirus. Australian Government. Department of Health. Disponible en: <https://immunisationhandbook.health.gov.au/vaccine-preventable-diseases/human-papillomavirus-hpv>
5. HPV vaccines: EMA confirms evidence does not support that they cause CRPS or POTS. EMA/749763/2015.
6. <https://vacunasaep.org/documentos/manual/manual-de-vacunas>
7. <https://www.gov.uk/government/publications/single-dose-of-hpv-vaccine-jcvi-interim-advice/jcvi-interim-advice-on-a-one-dose-schedule-for-the-routine-hpv-immunisation-programme>