



FUNDACJA
WYGRAJMY ZDROWIE



SZCZEPIONKI OCHRONNE PACJENTÓW Z CHOROBAJĄ NOWOTWOROWĄ

Dlaczego immunoprofilaktyka jest ważna?

W ostatnich dekadach znacząco zwiększa się liczba osób z obniżoną odpornością m.in. z powodu choroby nowotworowej, po przeszczepach komórek macierzystych, narządów litych, po usunięciu śledziony, w wyniku leczenia lekami immunosupresyjnymi.

Szczepienie pacjentów onkologicznych oraz po przeszczepach jest niezwykle ważne, ponieważ:

- pacjenci onkologiczni i po przeszczepach są narażeni na ciężkie zakażenia i potrzebują szczególnej ochrony,
- aby zapobiegać wzrostowi liczby osób nadmiernie wrażliwych na niektóre czynniki zakaźne,
- zakażenia u pacjentów z obniżoną odpornością mogą zmienić przebieg choroby podstawowej, przede wszystkim pogorszyć rokowanie, zwiększyć śmiertelność i liczbę groźnych powikłań.



Warto podkreślić, że przed zastosowaniem immunoprotekcji należy zweryfikować historię szczepień i przebytych infekcji oraz wykonać brakujące szczepienia ochronne. Zgodnie z zaleceniami klinicznymi szczepienia nie powinny być wykonywane w trakcie chemioterapii indukcyjnej i konsolidacji leczenia.

Po procedurze przeszczepu komórek macierzystych pacjenci powinni być traktowani jako nieszczepieni, bez względu na wcześniejszą historię szczepień.

Wobec takich pacjentów należy realizować obowiązujący kalendarz szczepień obowiązkowych i zalecanych. Ogromne znaczenie dla ochrony osób z obniżoną odpornością ma profilaktyka poprzez szczepienia osób z najbliższego otoczenia, w celu wytworzenia szerokiej ochrony.

Przed podjęciem decyzji o szczepieniu chorych na nowotwory należy wziąć pod uwagę przede wszystkim:

- wiek pacjenta,
- historię szczepień i przebytych zakażeń,
- ekspozycję na czynniki zakaźne w ostatnim okresie,
- rodzaj choroby podstawową oraz stosowanego lub zaplanowanego leczenia immuno- supresyjnego.



Pacjenci z chorobą nowotworową mogą być bezpiecznie szczepieni szczepionkami inaktywowanymi takimi jak: bżonica, tężec, krztusiec, pneumokoki, meningokoki, Haemophilus influenzae typu b, polio-IPV, grypa, wzv B, wzv A, kleszczowe zapalenie mózgu, HPV. Z zaznaczeniem, że wskazane szczepienia nie powinny być wykonywane w trakcie chemioterapii wstępnej i konsolidacyjnej z powodu słabej odpowiedzi poszczepiennej¹



Ważne! W przypadku pacjentów z obniżoną odpornością istnieje zwiększone ryzyko zachorowania na choroby powodowane przez bakterie, tj. pneumokoki, meningokoki i HIB. Nawet niepełna odpowiedź na zaszczepienie może u tych osób przynieść znaczące korzyści, obniżyć liczbę możliwych powikłań i śmiertelność².

Stosowanie „żywych” szczepionek jest bezwzględnie przeciwwskazane w trakcie chemioterapii z powodu ryzyka wystąpienia choroby zakaźnej. Mogą być one ponownie podawane po minimum 3-6 miesiącach od zakończenia leczenia, jednak na decyzję o wznowieniu szczepień podejmuje lekarz oceniając stan odbudowy układu immunologicznego gospodarza³.

Szczepionki dzieli się na:

- żywe, zawierające całe, pozbawione zjadliwości drobnoustroje oraz
- szczepionki zabite, zawierające inaktywowane (zabite) drobnoustroje lub ich fragmenty, np. pojedyncze białka.

Szczepionki mogą chronić przeciw jednej chorobie lub mogą być wieloskładnikowe.

W planowaniu leczenia onkologicznego niezwykle ważne jest wykonanie szczepień ochronnych, aby uchronić pacjenta przed groźnymi zakażeniami wywołanymi przez patogeny w momencie, gdy jego odporność będzie obniżona w wyniku leczenia onkologicznego.

Pamiętaj! Profilaktyczne szczepienia osób z najbliższego otoczenia chorego w celu wytworzenia „ochronnego kokonu” często mają decydujący wpływ na przebieg i rokowanie choroby podstawowej.

1 Wytyczne kliniczne wg. Rubin LG, Levin MJ, Ljungman PG et al.: 2013 IDSA Clinical Practice Guideline for Vaccination of the Immunocompromised Host. Clinical Infectious Diseases 2014; 58 (3):e44-100
2 Teresa Jackowska, Monika Grzelczyk-Wielgórska, Dominika Lewicka, Szczepienia ochronne u pacjentów z chorobą nowotworową, 2014
3 Wytyczne kliniczne wg. Rubin LG, Levin MJ, Ljungman PG et al.: 2013 IDSA Clinical Practice Guideline for Vaccination of the Immunocompromised Host. Clinical Infectious Diseases 2014; 58 (3):e44-100