

ANEKS I
CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU LECZNICZEGO

1. NAZWA PRODUKTU LECZNICZEGO

Gardasil 9 zawiesina do wstrzykiwań.

Gardasil 9 zawiesina do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce.

9-walentna szczepionka przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (Rekombinowana, adsorbowana)

2. SKŁAD JAKOŚCIOWY I ILOŚCIOWY

1 dawka (0,5 ml) zawiera około:

Białko L1 ^{2,3} wirusa brodawczaka ludzkiego ¹ typu 6	30 mikrogramów
Białko L1 ^{2,3} wirusa brodawczaka ludzkiego ¹ typu 11	40 mikrogramów
Białko L1 ^{2,3} wirusa brodawczaka ludzkiego ¹ typu 16	60 mikrogramów
Białko L1 ^{2,3} wirusa brodawczaka ludzkiego ¹ typu 18	40 mikrogramów
Białko L1 ^{2,3} wirusa brodawczaka ludzkiego ¹ typu 31	20 mikrogramów
Białko L1 ^{2,3} wirusa brodawczaka ludzkiego ¹ typu 33	20 mikrogramów
Białko L1 ^{2,3} wirusa brodawczaka ludzkiego ¹ typu 45	20 mikrogramów
Białko L1 ^{2,3} wirusa brodawczaka ludzkiego ¹ typu 52	20 mikrogramów
Białko L1 ^{2,3} wirusa brodawczaka ludzkiego ¹ typu 58	20 mikrogramów

¹Wirus brodawczaka ludzkiego (ang. Human Papillomavirus) = HPV.

²Białko L1 w postaci wirusopodobnych cząsteczek wytwarzanych w komórkach drożdży (*Saccharomyces cerevisiae* CANADE 3C-5 (Szczep 1895)) technologią rekombinacji DNA.

³Adsorbowane na adiuwancie, amorficznym hydroksyfosforanosiarczanie glinu (0,5 miligrama Al).

Pełny wykaz substancji pomocniczych, patrz punkt 6.1.

3. POSTAĆ FARMACEUTYCZNA

Zawiesina do wstrzykiwań.

Klarowny płyn z białym osadem.

4. SZCZEGÓŁOWE DANE KLINICZNE

4.1 Wskazania do stosowania

Szczepionka Gardasil 9 jest wskazana do czynnego uodporniania osób w wieku od 9 lat przeciw następującym chorobom wywoływanych przez wirusa HPV:

- zmiany przednowotworowe oraz rak szyjki macicy, sromu, pochwy i odbytu, wywoływane przez szczepionkowe typy HPV
- brodawki narządów płciowych (kłykciny kończyste) wywoływane przez określone typy wirusa HPV.

W celu uzyskania istotnych informacji dotyczących danych, na których oparto te wskazania patrz punkty 4.4 i 5.1.

Zastosowanie szczepionki Gardasil 9 powinno być zgodne z oficjalnymi zaleceniami.

4.2 Dawkowanie i sposób podawania

Dawkowanie

Pacjenci w wieku od 9 do 14 lat włącznie w chwili podania pierwszej dawki

Gardasil 9 można podawać według 2-dawkowego (0, 6 – 12 miesięcy) schematu (patrz punkt 5.1). Drugą dawkę należy podać pomiędzy 5. a 13. miesiącem po pierwszej dawce. Jeśli druga dawka szczepionki zostanie podana wcześniej niż 5 miesięcy po pierwszej dawce, zawsze należy podać trzecią dawkę.

Gardasil 9 można podawać według schematu 3-dawkowego (0, 2, 6 miesięcy). Drugą dawkę należy podać co najmniej miesiąc po pierwszej dawce, a trzecią dawkę należy podać co najmniej 3 miesiące po drugiej dawce. Wszystkie trzy dawki powinny być podane w ciągu 1 roku.

Pacjenci w wieku 15 lat i starsi w chwili podania pierwszej dawki

Gardasil 9 należy podać według schematu 3-dawkowego (0, 2, 6 miesięcy).

Drugą dawkę należy podać co najmniej miesiąc po pierwszej dawce, a trzecią dawkę należy podać co najmniej 3 miesiące po dawce drugiej. Wszystkie trzy dawki powinny być podane w ciągu 1 roku.

Gardasil 9 należy stosować zgodnie z oficjalnymi zaleceniami.

Zaleca się, aby pacjenci, którzy otrzymali pierwszą dawkę szczepionki Gardasil 9, ukończyli cykl szczepień, stosując szczepionkę Gardasil 9 (patrz punkt 4.4).

Nie określono, czy istnieje potrzeba podania dawki przypominającej.

Dla szczepionki Gardasil 9 nie przeprowadzono badań z wykorzystaniem schematu mieszanego (zamiennego stosowania) szczepionek przeciwko wirusowi HPV.

Osoby wcześniej zaszczepione według schematu 3-dawkowego szczepionką czterowalentną przeciw wirusowi HPV typu 6, 11, 16 i 18 (Gardasil), zwaną dalej szczepionką qHPV, mogą otrzymać 3 dawki szczepionki Gardasil 9 (patrz punkt 5.1). Szczepionka qHPV była także znana w niektórych krajach pod nazwą Silgard.

Dzieci i młodzież (dzieci w wieku < 9 lat)

Nie określono bezpieczeństwa stosowania ani skuteczności szczepionki Gardasil 9 u dzieci w wieku poniżej 9 lat. Dane nie są dostępne (patrz punkt 5.1).

Sposób podawania

Szczepionkę należy podawać w formie wstrzyknięcia domięśniowego. Preferowanym miejscem podania jest okolica mięśnia naramiennego górnej części ramienia lub górna, przednio-boczna część uda.

Szczepionki Gardasil 9 nie wolno podawać donaczyniowo, podskórnym lub śródskórnym. Nie należy mieszać szczepionki Gardasil 9 z jakąkolwiek inną szczepionką i roztworem w tej samej strzykawce.

Instrukcja dotycząca postępowania ze szczepionką przed podaniem, patrz punkt 6.6.

4.3 Przeciwwskazania

Nadwrażliwość na substancje czynne lub na którąkolwiek substancję pomocniczą wymienioną w punkcie 6.1.

Osoby, u których po wcześniejszym podaniu szczepionki Gardasil 9 lub Gardasil/Silgard wystąpiła nadwrażliwość, nie powinny otrzymać szczepionki Gardasil 9.

4.4 Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania

Identyfikowalność

W celu poprawienia identyfikowalności biologicznych produktów leczniczych należy czytelnie zapisać nazwę i numer serii podawanego produktu.

Podjmując decyzję o zaszczepieniu określonej osoby, należy wziąć pod uwagę ryzyko jej wcześniejszego kontaktu z wirusem HPV oraz potencjalne korzyści z zaszczepienia.

Podobnie jak w przypadku wszystkich szczepionek podawanych w postaci wstrzyknięć, należy zawsze zapewnić dostęp do właściwego leczenia oraz opiekę na wypadek wystąpienia rzadkiej reakcji anafilaktycznej spowodowanej podaniem szczepionki.

Omdlenie, związane niekiedy z upadkiem, może nastąpić po każdym szczepieniu lub nawet przed podaniem jakiegokolwiek szczepionki, zwłaszcza w przypadku młodzieży, jako psychogenna reakcja na wkłucie igły. Omdleniu może towarzyszyć kilka objawów neurologicznych takich jak przemijające zaburzenia widzenia, parestezje i toniczno-kloniczne ruchy kończyn w czasie odzyskiwania przytomności. Dlatego osoby zaszczepione powinny pozostać pod obserwacją przez około 15 minut po podaniu szczepionki. Ważne jest, aby istniały procedury zapobiegania urazom w wyniku omdlenia.

Należy przełożyć termin podania szczepionki u osób, u których występują ciężkie choroby przebiegające z wysoką gorączką. Jednakże obecność niewielkiego zakażenia, takiego jak łagodne zakażenie górnych dróg oddechowych lub stan podgorączkowy, nie są przeciwwskazaniem do zaszczepienia.

Podobnie jak w przypadku jakiegokolwiek szczepionki, zaszczepienie szczepionką Gardasil 9 może nie być skuteczną ochroną u wszystkich zaszczepionych.

Szczepionka będzie chroniła wyłącznie przed chorobami, które wywoływane są przez typy wirusa HPV, przeciwko którym skierowana jest szczepionka (patrz punkt 5.1). Z tego względu należy w dalszym ciągu stosować środki ostrożności przeciw chorobom przenoszonym drogą płciową.

Szczepionka jest przeznaczona wyłącznie do stosowania profilaktycznego i nie wpływa na aktywne zakażenia HPV, ani na stwierdzoną kliniczną postać choroby. Nie wykazano leczniczego działania szczepionki. Z tego względu szczepionka nie jest wskazana w leczeniu raka szyjki macicy, sromu, pochwy i odbytu, zmian dysplastycznych dużego stopnia szyjki macicy, sromu, pochwy i odbytu, czy brodawek narządów płciowych. Nie jest również przeznaczona do zapobiegania rozwojowi innych wykrytych zmian, związanych z wirusem HPV.

Gardasil 9 nie zapobiega wystąpieniu zmian wywoływanych przez szczepionkowe typy HPV u osób, które w momencie zaszczepienia były zakażone wirusem HPV tego typu.

Szczepienie nie zastępuje rutynowych badań szyjki macicy. Ponieważ żadna szczepionka nie jest skuteczna w 100%, a Gardasil 9 nie zapewni ochrony przed każdym typem HPV, ani przed istniejącymi w momencie zaszczepienia zakażeniami HPV, rutynowe badania przesiewowe szyjki macicy pozostają niezwykle ważne i powinny być prowadzone zgodnie z lokalnymi zaleceniami.

Nie ma danych dotyczących stosowania szczepionki Gardasil 9 u osób z osłabioną odpowiedzią immunologiczną. Bezpieczeństwo stosowania i immunogenność szczepionki qHPV oceniono u osób w wieku 7 do 12 lat ze stwierdzonym zakażeniem ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) (patrz punkt 5.1).

U osób z osłabioną odpowiedzią immunologiczną w wyniku stosowania silnego leczenia immunosupresyjnego, wady genetycznej, zakażenia ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) bądź z innych przyczyn, może nie wystąpić odpowiedź na szczepienie.

Szczepionkę należy stosować ostrożnie u osób z trombocytopenią lub innymi zaburzeniami krzepnięcia, ponieważ po podaniu domięśniowym może u tych osób wystąpić krwawienie.

Obecnie prowadzone są długoterminowe badania kontrolne mające na celu określenie czasu trwania ochrony poszczepiennej (patrz punkt 5.1).

Nie ma danych dotyczących bezpieczeństwa stosowania, immunogenności lub skuteczności potwierdzających możliwość zamiennego stosowania szczepionki Gardasil 9 z dwuwalentnymi lub czterowalentnymi szczepionkami przeciw HPV.

Sód

Ten produkt leczniczy zawiera mniej niż 1 mmol (23 mg) sodu na dawkę, to znaczy lek uznaje się za „wolny od sodu”.

4.5 Interakcje z innymi produktami leczniczymi i inne rodzaje interakcji

Bezpieczeństwo stosowania oraz immunogenność nie były przedmiotem badań klinicznych u osób, które otrzymały immunoglobuliny lub produkty krwiopochodne w ciągu 3 miesięcy przed szczepieniem.

Stosowanie z innymi szczepionkami

Gardasil 9 może być podawany jednocześnie z dawką przypominającą skojarzonej szczepionki przeciw błonicy (d) i tężcowi (T) oraz krztuścowi [komponent bezkomórkowy] (ap) i (lub) poliomyelitis [inaktywowanej] (IPV) (szczepionki dTap, dT-IPV, dTap-IPV), bez istotnego wpływu na odpowiedź immunologiczną na jakikolwiek ze składników którejkolwiek ze szczepionek. Jest to oparte na wynikach badania klinicznego, w którym skojarzona szczepionka dTap-IPV podawana była jednocześnie z pierwszą dawką szczepionki Gardasil 9 (patrz punkt 4.8).

Stosowanie z hormonalnymi środkami antykoncepcyjnymi

W badaniach klinicznych 60,2% kobiet w wieku 16 do 26 lat, które otrzymywały Gardasil 9, stosowało hormonalne środki antykoncepcyjne podczas okresu szczepień w ramach badań klinicznych. Stosowanie hormonalnych środków antykoncepcyjnych nie miało wpływu na swoistą odpowiedź immunologiczną na Gardasil 9.

4.6 Wpływ na płodność, ciążę i laktację

Ciąża

Dane otrzymane z dużej liczby (ponad 1000 kobiet w ciąży) zastosowań szczepionki w okresie ciąży wskazują, że Gardasil 9 nie wywołuje wad rozwojowych i nie działa szkodliwie na płód/novorodka (patrz punkt 5.1).

Badania na zwierzętach nie wykazują szkodliwego wpływu na reprodukcję (patrz punkt 5.3).

Jednak dane te są uznawane za niewystarczające, aby zalecić stosowanie szczepionki Gardasil 9 w okresie ciąży. Termin szczepienia należy przełożyć do czasu zakończenia ciąży (patrz punkt 5.1).

Karmienie piersią

Gardasil 9 może być stosowany podczas karmienia piersią.

Łącznie 92 kobiety karmiły piersią podczas okresu szczepień w ramach badań klinicznych szczepionki Gardasil 9 u kobiet w wieku 16 do 26 lat. W badaniach immunogenność szczepionki u kobiet karmiących piersią była porównywalna do obserwowanej u kobiet, które podczas podania szczepionki nie karmiły piersią. Ponadto, profil działań niepożądanych u kobiet karmiących piersią był

porównywalny do obserwowanego u kobiet z całej populacji objętej badaniem bezpieczeństwa. U dzieci karmionych piersią podczas okresu szczepień nie wystąpiły żadne ciężkie działania niepożądane związane ze szczepieniem.

Płodność

Nie ma dostępnych danych dotyczących wpływu szczepionki Gardasil 9 na płodność u ludzi. Badania na zwierzętach nie wykazały szkodliwego wpływu na płodność (patrz punkt 5.3).

4.7 Wpływ na zdolność prowadzenia pojazdów i obsługiwanie maszyn

Gardasil 9 nie ma wpływu lub wywiera nieistotny wpływ na zdolność prowadzenia pojazdów i obsługiwanie maszyn. Niektóre objawy wymienione w punkcie 4.8 „Działania niepożądane” mogą jednak tymczasowo wpływać na zdolność prowadzenia pojazdów lub obsługiwanie maszyn.

4.8 Działania niepożądane

A. Podsumowanie profilu bezpieczeństwa

W 7 badaniach klinicznych osobom badanym podawano Gardasil 9 w dniu włączenia do badania oraz około 2 i 6 miesięcy później. Bezpieczeństwo stosowania oceniano przy użyciu karty szczepień (ang. VRC, vaccination report card) w okresie obserwacji wynoszącym 14 dni po każdym wstrzyknięciu szczepionki Gardasil 9. W sumie 15 776 osób otrzymało szczepionkę Gardasil 9 (10 495 osób w wieku 16 do 26 lat oraz 5281 osób z populacji młodzieży w wieku 9 do 15 lat w chwili włączenia do badania). Niewielka liczba osób (0,1%) wycofała się z badania z powodu działań niepożądanych.

W jednym z tych badań klinicznych prowadzonym z udziałem 1053 zdrowych osób z populacji młodzieży w wieku 11 do 15 lat przy jednoczesnym podaniu pierwszej dawki szczepionki Gardasil 9 z dawką przypominającą skojarzonej szczepionki przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi [komponent bezkomórkowy] oraz poliomyelitis [inaktywowanej] zgłaszano częściej występowanie reakcji w miejscu wstrzyknięcia (obrzęk, rumień), bólu głowy i gorączki. Obserwowane różnice wynosiły < 10% i u większości osób działania niepożądane miały nasilenie łagodne do umiarkowanego (patrz punkt 4.5).

W badaniu klinicznym, w którym wzięło udział 640 osób w wieku 27 do 45 lat oraz 570 osób w wieku 16 do 26 lat otrzymujących szczepionkę Gardasil 9, profil bezpieczeństwa stosowania szczepionki Gardasil 9 był porównywalny w dwóch grupach wiekowych.

Do najczęściej obserwowanych działań niepożądanych związanych ze stosowaniem szczepionki Gardasil 9 należały reakcje w miejscu wstrzyknięcia (84,8% zaszczepionych w okresie 5 dni po podaniu szczepionki) oraz ból głowy (13,2% zaszczepionych w okresie 15 dni po podaniu szczepionki). Te działania niepożądane miały zwykle łagodne lub umiarkowane nasilenie.

B. Tabela zestawienia działań niepożądanych

Częstość występowania działań niepożądanych została określona w następujący sposób:

- Bardzo często ($\geq 1/10$)
- Często ($\geq 1/100$ do $< 1/10$)
- Niezbyt często ($\geq 1/1000$ do $< 1/100$)
- Rzadko ($\geq 1/10\ 000$ do $< 1/1000$)
- Częstość nieznana (nie może być określona na podstawie dostępnych danych)

Badania kliniczne

W Tabeli 1 przedstawiono działania niepożądane, których związek ze szczepieniem uznano za co najmniej możliwy oraz które zaobserwowano u osób zaszczepionych szczepionką Gardasil 9

z częstością co najmniej 1,0% z 7 badań klinicznych (PN 001, 002, 003, 005, 006, 007 i 009, N=15 776 osób) (opis badań klinicznych, patrz punkt 5.1).

Dane uzyskane po wprowadzeniu do obrotu

W Tabeli 1 wymieniono również działania niepożądane, które spontanicznie zgłaszano w okresie po wprowadzeniu szczepionki Gardasil 9 do obrotu na całym świecie. Częstość ich występowania określono na podstawie danych z przeprowadzonych badań klinicznych.

Tabela 1: Działania niepożądane obserwowane po podaniu szczepionki Gardasil 9 w badaniach klinicznych oraz działania niepożądane zgłaszane po wprowadzeniu szczepionki do obrotu

Klasyfikacja układów i narządów	Częstość	Działania niepożądane
Zaburzenia krwi i układu chłonnego	Niezbyt często	Uogólnione powiększenie węzłów chłonnych*
Zaburzenia układu immunologicznego	Rzadko	Nadwrażliwość*
	Nieznana	Reakcje anafilaktyczne*
Zaburzenia układu nerwowego	Bardzo często	Ból głowy
	Często	Zawroty głowy
	Niezbyt często	Omdlenie, któremu czasami towarzyszą ruchy toniczno-kloniczne*
Zaburzenia żołądka i jelit	Często	Nudności
	Niezbyt często	Wymioty*
Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej	Niezbyt często	Pokrzywka*
Zaburzenia mięśniowo-szkieletowe i tkanki łącznej	Niezbyt często	Ból stawów*, ból mięśni*
Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania	Bardzo często	W miejscu wstrzyknięcia: ból, obrzęk, rumień
	Często	Gorączka, zmęczenie, W miejscu wstrzyknięcia: świąd, zasinienie
	Niezbyt często	Astenia*, dreszcze*, złe samopoczucie*

*Działania niepożądane zgłoszone po wprowadzeniu szczepionki Gardasil 9 do obrotu. Częstość występowania określono na podstawie danych ze stosownych badań klinicznych. W przypadku zdarzeń nieodnotowanych w badaniach klinicznych częstość występowania określono jako „Nieznana”.

Szczepionka qHPV

W Tabeli 2 przedstawiono działania niepożądane zgłoszone spontanicznie w okresie po wprowadzeniu do obrotu szczepionki qHPV. Dane dotyczące bezpieczeństwa stosowania z okresu po wprowadzeniu do obrotu szczepionki qHPV odnoszą się także do szczepionki Gardasil 9, ponieważ szczepionki te zawierają białka L1 tych samych 4 typów wirusa HPV.

Ponieważ były to zdarzenia zgłaszane dobrowolnie z populacji o nieokreślonej wielkości, nie można w sposób wiarygodny określić częstości ich występowania, ani ustalić we wszystkich przypadkach związku przyczynowego ze stosowaniem szczepionki.

Tabela 2: Działania niepożądane zgłoszone po wprowadzeniu do obrotu szczepionki qHPV

Klasyfikacja układów i narządów	Częstość	Działania niepożądane
Zakażenia i zarażenia pasożytnicze	Nieznana	Zapalenie tkanki łącznej w miejscu wstrzyknięcia
Zaburzenia krwi i układu chłonnego	Nieznana	Idiopatyczna plamica małopłytkowa
Zaburzenia układu immunologicznego	Nieznana	Reakcje rzekomoanafilaktyczne, skurcz oskrzeli
Zaburzenia układu nerwowego	Nieznana	Ostre rozsiane zapalenie mózgu i rdzenia, zespół Guillain-Barré

Zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych

Po dopuszczeniu produktu leczniczego do obrotu istotne jest zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych. Umożliwia to nieprzerwane monitorowanie stosunku korzyści do ryzyka stosowania produktu leczniczego. Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podejrzewane działania niepożądane za pośrednictwem Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Al. Jerozolimskie 181C, PL-02 222 Warszawa, Tel.: + 48 22 49 21 301, Faks: + 48 22 49 21 309, Strona internetowa: <https://smz.ezdrowie.gov.pl>.

4.9 Przedawkowanie

Nie zgłoszono przypadków przedawkowania.

5. WŁAŚCIWOŚCI FARMAKOLOGICZNE

5.1 Właściwości farmakodynamiczne

Grupa farmakoterapeutyczna: Szczepionki, szczepionki przeciw wirusowi brodawczaka, kod ATC: J07BM03

Mechanizm działania

Gardasil 9 jest zawierającą adiuwant, niezakaźną, rekombinowaną, 9-walentną szczepionką otrzymaną z wysokooczyszczonych, wirusopodobnych cząsteczek (ang. VLPs, virus-like particles) głównego białka L1 kapsydu tych samych czterech typów wirusa HPV (6, 11, 16, 18), które są zawarte w szczepionce qHPV, oraz pięciu dodatkowych typów wirusa HPV (31, 33, 45, 52, 58). Wykorzystano w niej ten sam adiuwant, amorficzny hydroksyfosforanosiarcezan glinu, co w szczepionce qHPV. Wirusopodobne cząsteczki nie mają zdolności zakażenia komórek, namnażania się ani wywoływania choroby. Uważa się, że skuteczność szczepionek opartych na L1 VLP jest związana z rozwojem humoralnej odpowiedzi immunologicznej. Genotypy szczepionki zawierającej HPV typu 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 będą nazywane typami wirusa HPV zawartymi w szczepionce.

Na podstawie badań epidemiologicznych oczekuje się, że szczepionka Gardasil 9 chroni przed typami wirusa HPV, które powodują około: 90% przypadków raka szyjki macicy, ponad 95% przypadków raka gruczołowego in situ (ang. AIS, adenocarcinoma in situ), 75–85% przypadków śródnamłonkowej neoplazji szyjki macicy dużego stopnia (CIN 2/3), 85–90% przypadków raka sromu, 90–95% przypadków śródnamłonkowej neoplazji sromu dużego stopnia (VIN 2/3), 80–85% przypadków raka pochwy, 75–85% przypadków śródnamłonkowej neoplazji pochwy dużego stopnia (VaIN 2/3), 90–95% przypadków raka odbytu, 85–90% przypadków śródnamłonkowej neoplazji odbytu dużego stopnia (AIN 2/3) związanych z zakażeniem HPV i 90% przypadków brodawek narządów płciowych.

Wskazanie do stosowania szczepionki Gardasil 9 opiera się na:

- wykazaniu skuteczności szczepionki qHPV w zapobieganiu utrzymującego się zakażenia i chorobie związanej z zakażeniem wirusem HPV typu 6, 11, 16 i 18 u kobiet w wieku 16 do 45 lat i mężczyzn w wieku 16 do 26 lat.
- wykazaniu równoważnej immunogenności szczepionki Gardasil 9 ze szczepionką qHPV wobec wirusa HPV typu 6, 11, 16 i 18 u dziewcząt w wieku 9 do 15 lat, kobiet oraz mężczyzn w wieku 16 do 26 lat; pozwala to oszacować, że skuteczność szczepionki Gardasil 9 przeciwko utrzymującemu się zakażeniu i chorobie związanej z zakażeniem wirusem HPV typu 6, 11, 16 lub 18 jest porównywalna do obserwowanej w przypadku szczepionki qHPV.
- wykazaniu skuteczności wobec utrzymującego się zakażenia i choroby związanej z zakażeniem wirusem HPV typu 31, 33, 45, 52 i 58 u dziewcząt i kobiet w wieku 16 do 26 lat oraz
- wykazaniu równoważnej immunogenności przeciwko typom wirusa HPV zawartym w szczepionce Gardasil 9 u chłopców i dziewcząt w wieku 9 do 15 lat, mężczyzn w wieku 16 do 26 lat oraz kobiet w wieku 27 do 45 lat w porównaniu z dziewczętami i kobietami w wieku 16 do 26 lat.

Badania kliniczne dotyczące szczepionki Gardasil 9

Skuteczność i (lub) immunogenność szczepionki Gardasil 9 oceniono w dziesięciu badaniach klinicznych. Badania kliniczne oceniające skuteczność szczepionki Gardasil 9 względem placebo były niedopuszczalne, ponieważ szczepienie przeciwko HPV jest zalecane i realizowane w wielu krajach w celu zabezpieczenia przed zakażeniem wirusem HPV i wywoływanymi chorobami.

Z tego względu podstawowe badanie kliniczne (Protokół 001) oceniało skuteczność szczepionki Gardasil 9 z zastosowaniem szczepionki porównawczej w postaci szczepionki qHPV.

Skuteczność wobec wirusa HPV typu 6, 11, 16 i 18 była oceniana przede wszystkim z wykorzystaniem strategii zbieżności, która wykazała porównywalną immunogenność (mierzoną za pomocą średnich wartości geometrycznych miana przeciwciał) (ang. GMT, Geometric Mean Titres) szczepionki Gardasil 9 w porównaniu ze szczepionką qHPV (Protokół 001, GDS01C/Protokół 009 oraz GDS07C/Protokół 020).

W badaniu podstawowym (Protokół 001) skuteczność szczepionki Gardasil 9 wobec wirusa HPV typu 31, 33, 45, 52 i 58 oceniono w porównaniu ze szczepionką qHPV u kobiet w wieku 16 do 26 lat (N=14 204: 7099 przyjęło Gardasil 9; 7105 przyjęło szczepionkę qHPV).

Protokół 002 oceniał immunogenność szczepionki Gardasil 9 u dziewcząt i chłopców w wieku 9 do 15 lat oraz kobiet w wieku 16 do 26 lat (N=3066: 1932 dziewcząt, 666 chłopców i 468 kobiet, którym podano Gardasil 9).

Protokół 003 oceniał immunogenność szczepionki Gardasil 9 u mężczyzn w wieku 16 do 26 lat i kobiet w wieku 16 do 26 lat (N=2515: 1103 mężczyzn heteroseksualnych [ang. HM, Heterosexual Men]; 313 mężczyzn homoseksualnych [ang. MSM, Men Who Have Sex with Men] i 1099 kobiet, którym podano Gardasil 9).

Protokół 004 oceniał immunogenność szczepionki Gardasil 9 u kobiet w wieku 16 do 45 lat (N=1210: 640 kobiet w wieku 27 do 45 lat oraz 570 kobiet w wieku 16 do 26 lat).

Protokoły 005 i 007 oceniały szczepionkę Gardasil 9 podawaną jednocześnie ze szczepionkami zalecanymi rutynowo u dziewcząt i chłopców w wieku 11 do 15 lat (N=2295).

Protokół 006 oceniał podawanie szczepionki Gardasil 9 dziewczętom i kobietom w wieku 12 do 26 lat zaszczepionych wcześniej szczepionką qHPV (N=921; 615 otrzymało Gardasil 9, a 306 otrzymało placebo).

GDS01C/Protokół 009 oceniał immunogenność szczepionki Gardasil 9 u dziewcząt w wieku 9 do 15 lat (N=600; 300 otrzymało Gardasil 9, a 300 otrzymało szczepionkę qHPV).

GDS07C/Protokół 020 oceniał immunogenność szczepionki Gardasil 9 u mężczyzn w wieku 16 do 26 lat (N=500; 249 otrzymało Gardasil 9, a 251 otrzymało szczepionkę qHPV).

Protokół 010 dotyczył oceny immunogenności 2 dawek szczepionki Gardasil 9 u dziewcząt i chłopców w wieku 9 do 14 lat oraz 3 dawek szczepionki Gardasil 9 u dziewcząt w wieku 9 do 14 lat oraz kobiet w wieku 16 do 26 lat (N = 1518; 753 dziewcząt; 451 chłopców i 314 kobiet).

Badania wykazujące skuteczność szczepionki Gardasil 9 wobec wirusa HPV typu 6, 11, 16 i 18

Skuteczność szczepionki qHPV wobec wirusa HPV typu 6, 11, 16, 18

Skuteczność i długoterminową efektywność szczepionki qHPV wykazano w badaniach klinicznych przeprowadzonych w populacji PPE (zgodnie z protokołem skuteczności) dla punktów końcowych związanych z chorobami zależnymi od HPV typu 6, 11, 16 i 18. Populacja PPE składała się z osób, które otrzymały wszystkie 3 dawki szczepionki qHPV w ciągu jednego roku od włączenia do badania podstawowego, w przypadku których nie stwierdzono większych odstępstw od protokołu badania, seronegatywnych względem odpowiedniego(ich) typu(ów) wirusa HPV (typ 6, 11, 16 i 18) przed przyjęciem 1. dawki i wśród osób w wieku 16 lat i starszych w momencie włączenia do badania podstawowego, z negatywnym wynikiem badania PCR dla odpowiedniego(ich) typu(ów) wirusa HPV w okresie przed przyjęciem 1. dawki do jednego miesiąca po przyjęciu 3. dawki (7. miesiąc).

U kobiet w wieku 16 do 26 lat (N=20 541) skuteczność przeciwko CIN 2/3, AIS i rakowi szyjki macicy związanym z zakażeniem wirusem HPV typu 16 i 18 wyniosła 98,2% (95% CI: 93,5; 99,8) na podstawie 4-letniego okresu obserwacji (mediana 3,6 roku); skuteczność przeciwko chorobom związanym z zakażeniem wirusem HPV typu 6, 11, 16 lub 18 wyniosła 96,0% (95% CI: 92,3; 98,2) w przypadku CIN lub AIS, 100% (95% CI: 67,2; 100) w przypadku VIN 2/3, 100% (95% CI: 55,4; 100) w przypadku VaIN 2/3 i 99,0% (95% CI: 96,2; 99,9) w przypadku brodawek narządów płciowych.

U kobiet w wieku 24 do 45 lat (N=3817) skuteczność wobec utrzymującego się zakażenia, brodawek narządów płciowych, zmian w obrębie sromu i pochwy, CIN dowolnego stopnia, AIS i raka szyjki macicy związanym z zakażeniem wirusem HPV typu 6, 11, 16 lub 18 wynosiła 88,7% (95% CI: 78,1; 94,8).

U mężczyzn w wieku 16 do 26 lat (N=4055) skuteczność wobec chorób związanych z zakażeniem wirusem HPV typu 6, 11, 16 lub 18 dla AIN 2/3 wynosiła 74,9% (95% CI: 8,8; 95,4) (mediana czasu trwania okresu obserwacji wynosiła 2,15 roku), 100,0% (95% CI: -52,1; 100) dla śródnabłonkowej neoplazji prącia/krocza/okolic odbytu (ang. PIN, penile/perineal/perianal intraepithelial neoplasia) 1/2/3 oraz 89,3% (95% CI: 65,3; 97,9) dla brodawek narządów płciowych (mediana czasu trwania okresu obserwacji wynosiła 4 lata).

W długoterminowym przedłużeniu badania rejestrowanego prowadzonym z udziałem kobiet w wieku 16-23 lat (n=2121) w ciągu około 14 lat nie zaobserwowano żadnego przypadku zmiany CIN dużego stopnia. W tym badaniu wykazano statystycznie długotrwałą ochronę utrzymującą się przez około 12 lat.

W długoterminowym przedłużeniu badań klinicznych, nie stwierdzono przypadków śródnabłonkowej neoplazji szyjki macicy dużego stopnia, ani żadnych przypadków brodawek narządów płciowych:

- w okresie 10,7 roku u dziewcząt (n=369) i w okresie 10,6 roku u chłopców (n=326), którzy w chwili szczepienia byli w wieku 9-15 lat (mediana okresu obserwacji wynosiła odpowiednio 10,0 lat i 9,9 roku);
- w okresie 11,5 roku u mężczyzn (n=917), którzy w chwili szczepienia byli w wieku 16-26 lat (mediana okresu obserwacji wynosiła 9,5 roku); oraz w okresie 10,1 roku u kobiet (n=685), które w chwili szczepienia były w wieku 24-45 lat (mediana okresu obserwacji wynosiła 8,7 roku).

Porównanie immunogenności szczepionek qHPV i Gardasil 9 przeciw wirusowi HPV typu 6, 11, 16, 18

Porównanie szczepionki Gardasil 9 ze szczepionką qHPV w odniesieniu do wirusa HPV typu 6, 11, 16 i 18 przeprowadzono w populacji kobiet w wieku 16 do 26 lat z Protokołu 001, dziewcząt w wieku 9 do 15 lat z badania GDS01C/Protokół 009 oraz mężczyzn w wieku 16 do 26 lat z badania GDS07C/Protokół 020.

Statystyczną analizę równoważności przeprowadzono w 7. miesiącu. Porównywała ona średnie wartości geometryczne miana przeciwciał przeciw HPV 6, przeciw HPV 11, przeciw HPV 16 i przeciw HPV 18 w teście cLIA u osób, które otrzymały Gardasil 9 oraz u tych, którym podano Gardasil. Odpowiedzi immunologiczne mierzone za pomocą średnich wartości geometrycznych miana przeciwciał dla szczepionki Gardasil 9 były równoważne do obserwowanych w przypadku szczepionki Gardasil (Tabela 3). W badaniach klinicznych, do 7. miesiąca u 98,2% do 100% osób, które otrzymały Gardasil 9 we wszystkich badanych grupach stwierdzono seropozytywność dla przeciwciał przeciwko wszystkim 9 typom zawartym w szczepionce. W Protokole 001 porównano wartości GMT dla HPV-6, -11, -16 i -18 u osób, które otrzymywały szczepionkę qHPV lub Gardasil 9 przez co najmniej 3,5 roku.

Tabela 3: Porównanie odpowiedzi immunologicznych (na podstawie cLIA) między szczepionką Gardasil 9 a szczepionką qHPV dla wirusa HPV typu 6, 11, 16 i 18 w populacji PPI (zgodnie z protokołem immunogenności)* dziewcząt w wieku 9 do 15 lat oraz kobiet i mężczyzn w wieku 16 do 26 lat

POPULACJA	Gardasil 9		Szczepionka qHPV		Gardasil 9/ Szczepionka qHPV	
	N (n)	GMT (95% CI) mMU ^s /ml	N (n)	GMT (95% CI) mMU ^s /ml	GMT Współczynnik	(95% CI) #
Przeciw HPV 6						
dziewczęta w wieku 9 do 15 lat	300 (273)	1679,4 (1518,9; 1856,9)	300 (261)	1565,9 (1412,2; 1736,3)	1,07	(0,93; 1,23)
kobiety w wieku 16 do 26 lat	6792 (3993)	893,1 (871,7; 915,1)	6795 (3975)	875,2 (854,2; 896,8)	1,02	(0,99; 1,06) [¶]
mężczyźni w wieku 16 do 26 lat	249 (228)	758,3 (665,9; 863,4)	251 (226)	618,4 (554,0; 690,3)	1,23	(1,04; 1,45) [¶]
Przeciw HPV 11						
dziewczęta w wieku 9 do 15 lat	300 (273)	1315,6 (1183,8; 1462,0)	300 (261)	1417,3 (1274,2; 1576,5)	0,93	(0,80; 1,08)
kobiety w wieku 16 do 26 lat	6792 (3995)	666,3 (649,6; 683,4)	6795 (3982)	830,0 (809,2; 851,4)	0,80	(0,77; 0,83) [¶]
mężczyźni w wieku 16 do 26 lat	249 (228)	681,7 (608,9; 763,4)	251 (226)	769,1 (683,5; 865,3)	0,89	(0,76; 1,04) [¶]
Przeciw HPV 16						
dziewczęta w wieku 9 do 15 lat	300 (276)	6739,5 (6134,5; 7404,1)	300 (270)	6887,4 (6220,8; 7625,5)	0,97	(0,85; 1,11) [¶]
kobiety w wieku 16 do 26 lat	6792 (4032)	3131,1 (3057,1; 3206,9)	6795 (4062)	3156,6 (3082,3; 3232,7)	0,99	(0,96; 1,03) [¶]

POPULACJA	Gardasil 9		Szczepionka qHPV		Gardasil 9/ Szczepionka qHPV	
	N (n)	GMT (95% CI) mMU [§] /ml	N (n)	GMT (95% CI) mMU [§] /ml	GMT Współczynnik	(95% CI) #
mężczyźni w wieku 16 do 26 lat	249 (234)	3924,1 (3513,8; 4382,3)	251 (237)	3787,9 (3378,4; 4247,0)	1,04	(0,89; 1,21) [¶]
Przeciw HPV 18						
dziewczeta w wieku 9 do 15 lat	300 (276)	1956,6 (1737,3; 2203,7)	300 (269)	1795,6 (1567,2; 2057,3)	1,08	(0,91; 1,29) [¶]
kobiety w wieku 16 do 26 lat	6792 (4539)	804,6 (782,7; 827,1)	6795 (4541)	678,7 (660,2; 697,7)	1,19	(1,14; 1,23) [¶]
mężczyźni w wieku 16 do 26 lat	249 (234)	884,3 (766,4; 1020,4)	251 (236)	790,9 (683,0; 915,7)	1,12	(0,91; 1,37) [¶]

*W skład populacji PPI wchodziły osoby, które otrzymały wszystkie trzy szczepionki w określonych dniach, u których nie wystąpiły poważne odstępstwa od protokołu badania, które spełniały ustalone kryteria dotyczące odstępu między wizytą w 6. miesiącu i 7. miesiącu, seronegatywne wobec odpowiednich typów wirusa HPV (typy 6, 11, 16 i 18) przed przyjęciem 1. dawki, a w grupie kobiet w wieku 16 do 26 lat były PCR–negatywne wobec odpowiednich typów wirusa HPV przed przyjęciem 1. dawki do jednego miesiąca po przyjęciu 3. dawki (7. miesiąc).

[§]mMU = Jednostki milli–Merck.

[¶]wartość $p < 0,001$.

[#]Wykazanie nie mniejszej skuteczności wymagało, aby dolna granica 95% przedziału ufności dla średniej geometrycznej miana przeciwciał (GMT) była większa niż 0,67.

CI = Przedział ufności (ang. confidence interval).

GMT = Średnie wartości geometryczne miana przeciwciał.

cLIA = Kompetencyjna próba immunologiczna w technologii Luminex.

N = Liczba osób losowo przydzielonych do odpowiedniej grupy szczepionej, które otrzymały przynajmniej jedną dawkę.

n = Liczba osób objętych analizą.

Badania wykazujące skuteczność szczepionki Gardasil 9 wobec wirusa HPV typu 31, 33, 45, 52 i 58

Skuteczność szczepionki Gardasil 9 u kobiet w wieku 16 do 26 lat oceniano w badaniu klinicznym z randomizacją, podwójnie ślepą próbą i kontrolą aktywną szczepionką porównawczą (Protokół 001) przeprowadzonym z udziałem 14 204 kobiet (Gardasil 9 = 7099; szczepionka qHPV = 7105). Okres obserwacji pacjentów po podaniu 3. dawki wynosił do 67 miesięcy (mediana czasu trwania obserwacji po podaniu 3. dawki wynosiła 43 miesiące).

Szczepionka Gardasil 9 była skuteczna w zapobieganiu utrzymującego się zakażenia i chorobie związanej z zakażeniem wirusem HPV typu 31, 33, 45, 52 i 58 (Tabela 4). Szczepionka Gardasil 9 zmniejszała także częstość występowania nieprawidłowości w teście Pap, zabiegów w obrębie szyjki macicy i zewnętrznych narządów płciowych (np. biopsji) oraz inwazyjnego leczenia zmian szyjki macicy związanych z zakażeniem wirusem HPV typu 31, 33, 45, 52 i 58 (Tabela 4).

Tabela 4: Analiza skuteczności szczepionki Gardasil 9 wobec wirusa HPV typu 31, 33, 45, 52 i 58 w populacji PPE[‡] kobiet w wieku 16 do 26 lat

Punkt końcowy dotyczący choroby	Gardasil 9 N=7099		Szczepionka qHPV N=7105		Skuteczność, %** (95% CI)
	n	Liczba przypadków*	n	Liczba przypadków*	
CIN 2/3, AIS, rak szyjki macicy, VIN 2/3, VaIN 2/3, rak sromu i rak pochwy ^a związane z zakażeniem wirusem HPV typu 31, 33, 45, 52, 58	6016	1	6017	38	97,4 (85,0; 99,9)
CIN 2/3 lub AIS ^a związane z zakażeniem wirusem HPV typu 31, 33, 45, 52, 58	5949	1	5943	35	97,1 (83,5; 99,9)
CIN 2 związany z zakażeniem wirusem HPV typu 31, 33, 45, 52, 58	5949	1	5943	32	96,9 (81,5; 99,8)
CIN 3 związany z zakażeniem wirusem HPV typu 31, 33, 45, 52, 58	5949	0	5943	7	100 (39,4, 100)
VIN 2/3, VaIN 2/3 związane z zakażeniem wirusem HPV typu 31, 33, 45, 52, 58	6009	0	6012	3	100,0 (-71,5; 100,0)
Utrzymujące się zakażenie ≥ 6 miesięcy [§] związane z zakażeniem wirusem HPV typu 31, 33, 45, 52, 58	5941	41	5955	946	96,0 (94,6; 97,1)
Utrzymujące się zakażenie ≥ 12 miesięcy [¶] związane z zakażeniem wirusem HPV typu 31, 33, 45, 52, 58	5941	23	5955	657	96,7 (95,1; 97,9)
Rozpoznanie ASC-US i dodatni wynik testu na HR-HPV lub nieprawidłowości wyższego stopnia w teście Pap [#] związane z zakażeniem wirusem HPV typu 31, 33, 45, 52, 58	5883	37	5882	506	92,9 (90,2; 95,1)
Inwazyjne leczenie zmian szyjki macicy [†] związane z zakażeniem wirusem HPV typu 31, 33, 45, 52 lub 58	6013	4	6014	41	90,2 (75,0; 96,8)

[‡]W skład populacji PPE wchodziły osoby, które otrzymały wszystkie trzy szczepionki w ciągu jednego roku od rozpoczęcia badania, u których nie wystąpiły poważne odstępstwa od protokołu badania, nie stwierdzono u nich (PCR-negatywne i seronegatywne) odpowiednich typów wirusa HPV (typy 31, 33, 45, 52 i 58) przed przyjęciem 1. dawki, oraz które pozostały PCR-negatywne wobec istotnych typów wirusa HPV przez jeden miesiąc po przyjęciu 3. dawki (7. miesiąc).

N = Liczba osób przydzielonych losowo do odpowiednich grup szczepienia, które otrzymały co najmniej jedno wstrzyknięcie.

n = Liczba osób uwzględnionych w analizie.

[§]Utrzymujące się zakażenie wykryte w próbkach z minimum dwóch kolejnych wizyt, które odbyły się w odstępach 6-miesięcznych (±1 miesiąc).

[¶]Utrzymujące się zakażenie wykryte w próbkach z minimum trzech kolejnych wizyt, które odbyły się w odstępach 6-miesięcznych (±1 miesiąc).

[#]Pap = Badanie metodą Papanicolau.

CI = Przedział ufności (ang. confidence interval).

ASC-US = Atypowe komórki nabłonka płaskiego o nieokreślonym znaczeniu.

HR = Wysokie ryzyko.

*Liczba pacjentów, którzy byli na ≥ 1 wizycie kontrolnej po 7. miesiącu.

**Okres obserwacji wynosił do 67 miesięcy po przyjęciu 3. dawki (mediana 43 miesiące po podaniu 3. dawki).

^aW populacji PPE nie stwierdzono przypadków raka szyjki macicy, VIN 2/3 lub raka sromu i pochwy.

[†]Elektrokonizacja elektrodą pętlową (LEEP) lub konizacja chirurgiczna.

Dodatkowa ocena skuteczności szczepionki Gardasil 9 wobec typów wirusa HPV zawartych w szczepionce

Ze względu na brak możliwości oceny skuteczności szczepionki Gardasil 9 względem placebo przeprowadzono następujące analizy eksploracyjne.

Ocena skuteczności szczepionki Gardasil 9 wobec chorób szyjki macicy dużego stopnia wywołanych typami wirusa HPV zawartymi w szczepionce w populacji PPE

Skuteczność szczepionki Gardasil 9 wobec CIN 2 i wyższego stopnia związanej z zakażeniem typami wirusa HPV zawartymi w szczepionce w porównaniu ze szczepionką qHPV wynosiła 94,4% (95% CI 78,8; 99,0), z liczbą przypadków wynoszącą 2/5952 i 36/5947. Skuteczność szczepionki Gardasil 9 wobec CIN 3 związanej z zakażeniem typami wirusa HPV zawartymi w szczepionce w porównaniu ze szczepionką qHPV wynosiła 100% (95% CI 46,3; 100,0), z liczbą przypadków wynoszącą 0/5952 i 8/5947.

Wpływ szczepionki Gardasil 9 na biopsję i inwazyjne leczenie zmian szyjki macicy związane z zakażeniem typami wirusa HPV zawartymi w szczepionce w populacji PPE

Skuteczność szczepionki Gardasil 9 pod względem biopsji szyjki macicy związanej z zakażeniem typami wirusa HPV zawartymi w szczepionce w porównaniu ze szczepionką qHPV wynosiła 95,9% (95% CI 92,7; 97,9), z liczbą przypadków wynoszącą 11/6016 i 262/6018. Skuteczność szczepionki Gardasil 9 pod względem inwazyjnego leczenia zmian szyjki macicy (w tym elektrokonizacji elektrodą pętlową [LEEP] lub konizacji chirurgicznej) związanych z zakażeniem typami wirusa HPV zawartymi w szczepionce w porównaniu ze szczepionką qHPV wynosiła 90,7% (95% CI 76,3; 97,0), z liczbą przypadków wynoszącą 4/6016 i 43/6018.

Długoterminowe badania skuteczności

Podgrupa pacjentów jest poddawana obserwacji pod kątem bezpieczeństwa stosowania, immunogenności i skuteczności pod względem chorób klinicznych związanych z typami wirusa HPV zawartymi w szczepionce przez 10 do 14 lat po podaniu szczepionki Gardasil 9.

W długoterminowych przedłużeniach badań klinicznych według Protokołu 001 i Protokołu 002 obserwowano skuteczność w populacji PPE. W skład populacji PPE wchodziły osoby:

- które otrzymały wszystkie trzy szczepionki w ciągu jednego roku od rozpoczęcia badania, bez znacznych odstępstw od protokołu badania,
- które były seronegatywne wobec odpowiedniego(-ich) typu(-ów) wirusa HPV zawartego(-tych) w szczepionce przed przyjęciem pierwszej dawki, a w grupie kobiet w wieku 16 do 26 lat z ujemnym wynikiem testu PCR wobec odpowiedniego(-ich) typu(-ów) wirusa HPV zawartego(-tych) w szczepionce przed przyjęciem 1. dawki do jednego miesiąca po przyjęciu 3. dawki (7. miesiąc).

W badaniu rejestrowanym (Protokół 001) nie stwierdzono przypadków CIN dużego stopnia związanych z zakażeniem typami wirusa HPV zawartymi w szczepionce u kobiet (n=1448) w wieku 16 do 26 lat w czasie podania szczepionki Gardasil 9 przez 9,5 roku po podaniu 3. dawki (mediana czasu obserwacji wynosiła 6,3 roku).

W przedłużonym badaniu (Protokół 002) nie stwierdzono śród nabłonkowej neoplazji szyjki macicy dużego stopnia ani brodawek narządów płciowych u dziewcząt (n=872) przez 11,0 lat po podaniu 3. dawki (mediana czasu obserwacji wynosiła 10,0 lat) oraz u chłopców (n=262) przez 10,6 roku po podaniu 3. dawki (mediana czasu obserwacji wynosiła 9,9 roku), którzy w chwili szczepienia szczepionką Gardasil 9 byli w wieku 9 do 15 lat. Częstości występowania utrzymujących się 6 miesięcy zakażeń związanych z typami wirusa HPV zawartymi w szczepionce zaobserwowanych u dziewcząt i chłopców w trakcie badania wynosiły odpowiednio 52,4 i 54,6 na 10 000 osobo-lat i mieściły się w zakresach przewidywanych częstości występowania w przypadku kohort zaszczepionych pacjentów w podobnym wieku (w oparciu o wyniki wcześniejszych badań skuteczności szczepionki Gardasil 9 i qHPV).

Immunogenność

Nie określono minimalnego poziomu przeciwciał przeciwko HPV zapewniającego skuteczną ochronę.

Do określenia immunogenności poszczególnych typów objętych szczepionką wykorzystano testy immunologiczne specyficzne dla typu wirusa ze standardami specyficznymi dla typu wirusa. Próby te mierzą poziom przeciwciał w stosunku do epitopów neutralizujących dla każdego poszczególnego typu wirusa HPV. Skale tych prób odpowiadają każdemu typowi wirusa HPV, zatem porównania między typami i porównania z innymi próbami nie są właściwe.

Odpowiedź immunologiczna na Gardasil 9 w 7. miesiącu

Immunogenność mierzono na podstawie (1) odsetka osób seropozytywnych pod względem przeciwciał przeciwko danemu typowi HPV oraz (2) średnich wartości geometrycznych miana przeciwciał (ang. GMT).

Gardasil 9 indukuje silną odpowiedź przeciwko wirusowi HPV typu 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 i 58 mierzoną w 7. miesiącu w Protokołach 001, 002, 004, 005, 007 oraz GDS01C/Protokół 009. W badaniach klinicznych, do 7. miesiąca u 99,2% do 100% osób, które otrzymały Gardasil 9 we wszystkich badanych grupach stwierdzono seropozytywność dla przeciwciał przeciwko wszystkim 9 typom zawartym w szczepionce. GMTs były wyższe u dziewcząt i chłopców niż u kobiet w wieku 16 do 26 lat oraz wyższe u chłopców niż u dziewcząt i kobiet. Zgodnie z przewidywaniem u kobiet w wieku 27 do 45 lat (Protokół 004) obserwowane GMTs były niższe niż u kobiet w wieku 16 do 26 lat.

W zbiorczej bazie danych z badań immunogenności dla szczepionki Gardasil 9 odpowiedzi przeciw HPV w 7. miesiącu u dziewcząt/chłopców w wieku 9 do 15 lat były porównywalne do uzyskanych u kobiet w wieku 16 do 26 lat.

Ta zgodność danych dotyczących immunogenności pozwala wnioskować, że szczepionka Gardasil 9 jest skuteczna u dziewcząt i chłopców w wieku 9 do 15 lat.

W Protokole 003, GMTs przeciw HPV w 7. miesiącu u chłopców i mężczyzn (heteroseksualnych) w wieku 16 do 26 lat były zbliżone do GMTs przeciw HPV obserwowanych u dziewcząt i kobiet w wieku 16 do 26 lat dla typów HPV zawartych w szczepionce. Obserwowano także wysoką immunogenność u homoseksualnych chłopców i mężczyzn w wieku 16 do 26 lat, choć niższą od obserwowanej u mężczyzn heteroseksualnych, podobnie jak w przypadku szczepionki qHPV. W Protokole 020/GDS07C, GMTs przeciw HPV w 7. miesiącu u chłopców i mężczyzn (heteroseksualnych) w wieku 16 do 26 lat były zbliżone do GMTs przeciw HPV dla HPV typu 6, 11, 16 i 18 obserwowanych u chłopców i mężczyzn w wieku 16 do 26 lat (heteroseksualnych), którym podano szczepionkę qHPV. Te wyniki dowodzą skuteczności szczepionki Gardasil 9 w populacji mężczyzn.

W Protokole 004, GMTs przeciw HPV w 7. miesiącu u kobiet w wieku 27 do 45 lat były równoważne z GMTs przeciw HPV obserwowanymi u dziewcząt i kobiet w wieku 16 do 26 lat dla wirusa HPV typu 16, 18, 31, 33, 45, 52 i 58 ze stosunkiem GMT pomiędzy 0,66 i 0,73. W analizie *post hoc* dla wirusa HPV typu 6 i 11 stosunki GMT wynosiły odpowiednio 0,81 i 0,76. Te wyniki dowodzą skuteczności szczepionki Gardasil 9 w populacji kobiet w wieku 27 do 45 lat.

Utrzymywanie się odpowiedzi immunologicznej na Gardasil 9

W długoterminowym obserwacyjnym przedłużeniu badań klinicznych według Protokołów 001 oraz 002 obserwowano utrzymywanie się odpowiedzi immunologicznej:

- przez przynajmniej 5 lat u kobiet, które w chwili szczepienia szczepionką Gardasil 9 były w wieku 16 do 26 lat, w zależności od typu HPV, od 78 do 100% osób było seropozytywnych; jednakże skuteczność utrzymywała się u wszystkich pacjentów, niezależnie od statusu seropozytywności wobec którejkolwiek spośród szczepionkowych typów HPV, do końca

badania (do 67 miesięcy po podaniu 3. dawki; mediana czasu obserwacji po podaniu 3. dawki wyniosła 43 miesiące).

- przez co najmniej 10 lat u dziewcząt i chłopców, którzy w chwili szczepienia szczepionką Gardasil 9 byli w wieku 9 do 15 lat, w zależności od typu HPV, od 81 do 98% osób było seropozytywnych.

Dowody odpowiedzi anamnestycznej (pamięć immunologiczna)

Dowody odpowiedzi anamnestycznej obserwowano u zaszczepionych kobiet, które były seropozytywne względem odpowiedniego(-ich) typu(-ów) HPV przed szczepieniem. Ponadto u kobiet (n=150), które otrzymały 3 dawki szczepionki Gardasil 9 zgodnie z Protokołem 001 i dawkę prowokacyjną szczepionki 5 lat później, zaobserwowano gwałtowną i silną odpowiedź anamnestyczną, która przewyższała średnie wartości GMTs przeciw HPV uzyskane 1 miesiąc po podaniu 3. dawki.

Podawanie szczepionki Gardasil 9 osobom wcześniej zaszczepionym szczepionką qHPV

Protokół 006 oceniał immunogenność szczepionki Gardasil 9 u 921 dziewcząt i kobiet (w wieku 12 do 26 lat), zaszczepionych wcześniej szczepionką qHPV. U pacjentek, którym podano Gardasil 9 po zaszczepieniu 3 dawkami szczepionki qHPV, zachowano odstęp wynoszący przynajmniej 12 miesięcy między zakończeniem szczepienia szczepionką qHPV a rozpoczęciem szczepienia szczepionką Gardasil 9 według schematu 3-dawkowego (odstęp wynosił od około 12 do 36 miesięcy).

U osób, które otrzymały Gardasil 9, seropozytywność wobec typów wirusa HPV zawartych w szczepionce w populacji per protocol wynosiła od 98,3 do 100% do 7. miesiąca. W innych badaniach średnie wartości geometryczne miana przeciwciał przeciw wirusowi HPV typu 6, 11, 16, 18 były wyższe niż w populacji, która nie otrzymała wcześniej szczepionki qHPV, natomiast średnie wartości geometryczne miana przeciwciał przeciw wirusowi HPV typu 31, 33, 45, 52 i 58 były niższe. Nie jest znane znaczenie kliniczne tej obserwacji.

Immunogenność u pacjentów z zakażeniem wirusem HIV

U pacjentów zakażonych wirusem HIV nie przeprowadzono żadnego badania klinicznego dotyczącego szczepionki Gardasil 9.

Bezpieczeństwo stosowania i immunogenność szczepionki qHPV potwierdzono w badaniu z udziałem 126 osób w wieku 7 do 12 lat zakażonych wirusem HIV z wyjściowym odsetkiem komórek CD4 \geq 15 i co najmniej 3 miesięcznym leczeniem przeciwwirusowym o wysokiej aktywności (ang. HAART, highly active antiretroviral therapy) w przypadku osób z odsetkiem komórek CD4 $<$ 25 (z których 96 otrzymało szczepionkę qHPV). Serokonwersja względem wszystkich czterech antygenów wystąpiła u ponad 96% osób. GMTs były nieco niższe niż odnotowane w innych badaniach u osób w tym samym wieku niezakażonych wirusem HIV. Kliniczne znaczenie słabszej odpowiedzi jest nieznane. Profil bezpieczeństwa stosowania był zbliżony do obserwowanego w innych badaniach u osób niezakażonych wirusem HIV. Szczepienie nie miało wpływu na odsetek komórek CD4, ani poziom RNA HIV w osoczu.

Odpowiedź immunologiczna na szczepionkę Gardasil 9 podawaną w schemacie 2-dawkowym u pacjentów w wieku 9 do 14 lat

Protokół 010 dotyczył oceny odpowiedzi w postaci przeciwciał skierowanych przeciwko 9 typom HPV po zaszczepieniu szczepionką Gardasil 9 w następujących kohortach: dziewczęta i chłopcy w wieku 9 do 14 lat, którym podano 2 dawki szczepionki w odstępie 6 lub 12 miesięcy (+/- 1 miesiąc); dziewczęta w wieku 9 do 14 lat, którym podano 3 dawki szczepionki (0, 2, 6 miesięcy); oraz kobiety w wieku 16 do 26 lat, którym podano 3 dawki szczepionki (0, 2, 6 miesięcy).

Po upływie jednego miesiąca od daty podania ostatniej dawki szczepionki w ramach przydzielonego schematu wykazano seropozytywny status przeciwciał przeciwko 9 typom HPV zawartym w szczepionce u 97,9% do 100% pacjentów we wszystkich grupach. Wartości GMTs były wyższe u dziewcząt i chłopców, którym podano 2 dawki szczepionki Gardasil 9 (w miesiącu 0 i 6 lub w miesiącu 0 i 12), niż u dziewcząt i kobiet w wieku 16 do 26 lat, którym podano 3 dawki szczepionki Gardasil 9 (w miesiącu 0, 2 i 6), dla każdego spośród 9 typów HPV zawartych w szczepionce. Ta zgodność danych dotyczących immunogenności pozwala wnioskować, że 2-dawkowy schemat podawania szczepionki Gardasil 9 jest skuteczny u dziewcząt i chłopców w wieku 9 do 14 lat.

W tym samym badaniu u dziewcząt i chłopców w wieku 9 do 14 lat liczbowe wartości GMTs po upływie jednego miesiąca od daty podania ostatniej dawki szczepionki były niższe dla niektórych typów wirusa zawartych w szczepionce w przypadku schematu 2-dawkowego niż w przypadku schematu 3-dawkowego (tj. HPV typu 18, 31, 45 i 52 po 0, 6 miesiącach oraz HPV typu 45 po 0, 12 miesiącach). Znaczenie kliniczne tych obserwacji nie jest znane.

U dziewcząt i chłopców otrzymujących 2 dawki w odstępie 6 lub 12 miesięcy (+/- 1 miesiąc) odpowiedź przeciwciał utrzymywała się do 36. miesiąca; w zależności od typu HPV wynik testu był seropozytywny u 81% do 99% dziewcząt i chłopców otrzymujących 2 dawki w odstępie 6 miesięcy oraz u 88% do 100% dziewcząt i chłopców otrzymujących 2 dawki w odstępie 12 miesięcy. W 36. miesiącu GMTs u dziewcząt i chłopców w wieku 9 do 14 lat, którzy otrzymali 2 dawki w odstępie 6 miesięcy (+/- 1 miesiąc), nie były niższe od GMTs stwierdzanych u kobiet w wieku 16 do 26 lat, które otrzymały 3 dawki szczepionki Gardasil 9.

W badaniu klinicznym stwierdzono, że odpowiedź przeciwciał utrzymywała się, co najmniej przez 10 lat u dziewcząt w wieku 9 do 13 lat, które otrzymały 2 dawki szczepionki qHPV.

Nie określono czasu utrzymywania się ochrony po podaniu szczepionki Gardasil 9 w schemacie 2-dawkowym.

Ciąża

Nie prowadzono specyficznych badań szczepionki Gardasil 9 z udziałem kobiet w ciąży. Szczepionka qHPV była wykorzystywana jako aktywna kontrola w programie badań klinicznych szczepionki Gardasil 9.

Podczas badań klinicznych szczepionki Gardasil 9, 2586 kobiet (1347 w grupie, której podawano Gardasil 9 w porównaniu z 1239 kobiet w grupie otrzymującej szczepionkę qHPV) zgłosiło zajście w ciążę przynajmniej jeden raz. Rodzaje wad lub odsetek ciąż, w których wystąpiły działania niepożądane u osób otrzymujących Gardasil 9 lub szczepionkę qHPV były porównywalne i zgodne z obserwowanymi w populacji ogólnej (patrz punkt 4.6).

Zapobieganie młodzieńczej, nawracającej brodawczakowości układu oddechowego (ang. JoRRP, juvenile-onset recurrent respiratory papillomatosis) poprzez szczepienie dziewcząt i kobiet w wieku rozrodczym

JoRRP jest spowodowana zakażeniem górnych dróg oddechowych głównie wirusem HPV typu 6 i 11, nabytym drogą wertykalną (z matki na dziecko) podczas porodu. Badania obserwacyjne przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych i w Australii wykazały, że wprowadzenie od 2006 roku szczepionki qHPV doprowadziło do spadku częstości występowania JoRRP na poziomie populacji.

5.2 Właściwości farmakokinetyczne

Nie dotyczy.

5.3 Przedkliniczne dane o bezpieczeństwie

Badanie toksyczności po podaniu wielokrotnym, które obejmowało ocenę badania toksyczności po podaniu dawki pojedynczej, a także miejscowej tolerancji przeprowadzone na szczurach nie ujawniają szczególnego zagrożenia dla człowieka.

Podawanie szczepionki Gardasil 9 samicom szczura nie miało wpływu na rozrodczość, płodność lub rozwój zarodka i płodu.

Podawanie szczepionki Gardasil 9 samicom szczura nie miało wpływu na rozwój, zachowanie, rozród lub płodność potomstwa. Przeciwciała przeciw wszystkim 9 typom HPV były przekazywane potomstwu w okresie ciąży i podczas karmienia piersią.

6. DANE FARMACEUTYCZNE

6.1 Wykaz substancji pomocniczych

Sodu chlorek
Histrydyna
Polisorbat 80
Sodu tetraboran
Woda do wstrzykiwań

Informacje dotyczące adiuwantu, patrz punkt 2.

6.2 Niezgodności farmaceutyczne

Nie mieszać tego produktu leczniczego z innymi produktami leczniczymi, ponieważ nie wykonywano badań dotyczących zgodności.

6.3 Okres ważności

3 lata.

6.4 Specjalne środki ostrożności podczas przechowywania

Gardasil 9 zawiesina do wstrzykiwań:

Przechowywać w lodówce (2°C – 8°C).

Nie zamrażać. Przechowywać fiolkę w tekturowym pudełku w celu ochrony przed światłem.

Szczepionkę Gardasil 9 należy podać jak najszybciej po wyjęciu z lodówki.

Dane stabilności wskazują, że składniki szczepionki zachowują stabilność przez 96 godzin, gdy są przechowywane w temperaturze od 8°C do 40°C lub przez 72 godziny, gdy są przechowywane w temperaturze od 0°C do 2°C. Po tym czasie szczepionkę Gardasil 9 należy zużyć lub wyrzucić. Dane te stanowią wskazówkę dla fachowego personelu medycznego wyłącznie w przypadku krótkotrwałych różnic temperatur.

Gardasil 9 zawiesina do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce:

Przechowywać w lodówce (2°C – 8°C).

Nie zamrażać. Ampułkostrzykawkę należy przechowywać w tekturowym pudełku w celu ochrony przed światłem.

Szczepionkę Gardasil 9 należy podać jak najszybciej po wyjęciu z lodówki.

Dane stabilności wskazują, że składniki szczepionki zachowują stabilność przez 96 godzin, gdy są przechowywane w temperaturze od 8°C do 40°C lub przez 72 godziny, gdy są przechowywane w temperaturze od 0°C do 2°C. Po tym czasie szczepionkę Gardasil 9 należy zużyć lub wyrzucić. Dane te stanowią wskazówkę dla fachowego personelu medycznego wyłącznie w przypadku krótkotrwałych różnic temperatur.

6.5 Rodzaj i zawartość opakowania

Gardasil 9 zawiesina do wstrzykiwań:

0,5 ml zawiesiny w fiolce (ze szkła) z korkiem (halobutylovym) i plastikowym wieczkiem typu flip-off (owiniętym taśmą aluminiową) w opakowaniu zawierającym 1 fiolkę.

Gardasil 9 zawiesina do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce:

0,5 ml zawiesiny w ampułkostrzykawce (ze szkła) z tłokiem (silikonizowany powlekany warstwą FluroTec bromobutylovym elastomer) i nasadką (syntetyczna mieszanina izoprenowo-bromobutylova) w opakowaniach zawierających 1 lub 10 ampułkostrzykawk z igłami lub w opakowaniach zawierających 10 ampułkostrzykawk bez igieł.

Nie wszystkie wielkości opakowań muszą znajdować się w obrocie.

6.6 Specjalne środki ostrożności dotyczące usuwania i przygotowania produktu leczniczego do stosowania

Gardasil 9 zawiesina do wstrzykiwań:

- Przed wstrząśnięciem Gardasil 9 może być klarownym płynem z białym osadem.
- Dobrze wstrząsnąć przed użyciem w celu uzyskania zawiesiny. Po dokładnym wstrząśnięciu, szczepionka Gardasil 9 jest białym, mętnym płynem.
- Przed podaniem należy obejrzeć zawiesinę, aby sprawdzić, czy nie zawiera cząstek stałych lub nie zmieniła barwy. W przypadku, gdy widoczne są cząstki stałe i (lub) wystąpiła zmiana barwy, szczepionkę należy wyrzucić.
- Pobrać dawkę 0,5 ml szczepionki z fiolki jednodawkowej, używając jałowej igły i strzykawki.
- Należy natychmiast podać szczepionkę domięśniowo (im.), najlepiej w okolice mięśnia naramiennego w górnej części ramienia lub górną, przednio-boczną część uda.
- Szczepionkę należy stosować w dostarczonej postaci. Należy podać pełną zalecaną dawkę szczepionki.

Wszelkie niewykorzystane resztki szczepionki lub jej odpady należy usunąć zgodnie z lokalnymi przepisami.

Gardasil 9 zawiesina do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce:

- Przed wstrząśnięciem Gardasil 9 może być klarownym płynem z białym osadem.
- Dobrze wstrząsnąć ampułkostrzykawkę przed użyciem w celu uzyskania zawiesiny. Po dokładnym wstrząśnięciu, szczepionka Gardasil 9 jest białym, mętnym płynem.

- Przed podaniem należy obejrzeć zawieszinę, aby sprawdzić, czy nie zawiera cząstek lub nie zmieniła barwy. W przypadku, gdy widoczne są cząstki i (lub) wystąpiła zmiana barwy, szczepionkę należy wyrzucić.
- Należy wybrać właściwą igłę, w zależności od rozmiaru i masy ciała pacjenta, aby zapewnić podanie domięśniowe (im.).
- W opakowaniach z igłami znajdują się dwie igły o różnych długościach na każdą ampułkostrzykawkę.
- Przymocować igłę obracając ją zgodnie z ruchem wskazówek zegara, do momentu aż igła będzie właściwie przymocowana do strzykawki. Podać całą dawkę zgodnie ze standardowym protokołem.
- Należy natychmiast podać szczepionkę domięśniowo (im.), najlepiej w okolicę mięśnia naramiennego w górnej części ramienia lub górną, przednio-boczną część uda.
- Szczepionkę należy stosować w dostarczonej postaci. Należy podać pełną zalecaną dawkę szczepionki.

Wszelkie niewykorzystane resztki szczepionki lub jej odpady należy usunąć zgodnie z lokalnymi przepisami.

7. PODMIOT ODPOWIEDZIALNY POSIADAJĄCY POZWOLENIE NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU

Merck Sharp & Dohme B.V.
 Waarderweg 39
 2031 BN Haarlem
 Holandia

8. NUMER POZWOLENIA NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU

EU/1/15/1007/001
 EU/1/15/1007/002
 EU/1/15/1007/003
 EU/1/15/1007/004

9. DATA WYDANIA PIERWSZEGO POZWOLENIA NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU I DATA PRZEDŁUŻENIA POZWOLENIA

Data wydania pierwszego pozwolenia na dopuszczenie do obrotu: 10 czerwca 2015 r.
 Data ostatniego przedłużenia pozwolenia: 16 stycznia 2020 r.

10. DATA ZATWIERDZENIA LUB CZĘŚCIOWEJ ZMIANY TEKSTU CHARAKTERYSTYKI PRODUKTU LECZNICZEGO

31/03/2023

Szczegółowe informacje o tym produkcie leczniczym są dostępne na stronie internetowej Europejskiej Agencji Leków <http://www.ema.europa.eu>.