

Un nouveau vaccin contre le cancer du col de l'utérus

par le Dr Thierry VAN DER SCHUEREN*

* Médecin généraliste
5640 Mettet
thierry.vanderschueren@ssmg.be

Depuis le 1^{er} juin 2017, un nouveau vaccin dirigé contre 9 types d'HPV bénéficie d'un remboursement en Belgique. Ce nouveau vaccin apporte-t-il un quelconque bénéfice par rapport aux autres vaccins disponibles ? Est-ce utile de vacciner nos jeunes patientes contre le HPV ?

Les vaccins contre le cancer du col de l'utérus portent un nom inadéquat. En effet, les HPV sont responsables de nombreux autres cancers que ceux du col. Citons certains cancers de l'anus, du vagin, de la vulve ou encore de la gorge. De plus, les autres affections causées par le HPV, comme les verrues génitales (plus de 18000 cas annuels en Belgique !) ou les lésions précancéreuses du col (8700 cas/an) sont à l'origine d'une morbidité et de couts sanitaires très élevés.

En Belgique, le Gardasil 9[®] bénéficie depuis le 1^{er} juin 2017 d'un remboursement en catégorie B. Ce remboursement appartient à la classe 1, c'est-à-dire que les autorités lui ont reconnu apporter une valeur ajoutée significative. Qu'est-on en droit d'attendre de ce nouveau vaccin ?

ABSTRACT

The new vaccine against 9 types of HPV provides additional protection against the cancerous and precancerous lesions associated with this virus. Its widespread use could lead to a significant regression of pathologies linked with this frequently sexually transmitted transmitted infection.

Keywords : vaccination, HPV, cervical cancer, condyloma.

Principales différences entre anciens et nouveau vaccin HPV

Alors que les deux vaccins précédents (Gardasil[®] et Cervarix[®]) offrent une immunisation contre les HPV type 16 et 18 responsables de la majorité des cancers du col ($\pm 75\%$), le nouveau vaccin immunise contre les types 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58. L'ajout de ces 5 types d'HPV permet d'élever la protection des patientes contre les virus responsables de 90 % des cancers du col^[1]. Mais les différences ne s'arrêtent pas à cette meilleure protection contre le cancer du col. En effet, la protection contre les lésions précancéreuses de haut grade grimpe de 47 % à 82 % avec le nouveau vaccin. La protection contre les cancers de l'anus, de la vulve et du vagin est également améliorée mais dans une moindre mesure^[1].

RÉSUMÉ

Le nouveau vaccin dirigé contre 9 types d'HPV offre une protection supplémentaire contre les lésions cancéreuses et précancéreuses liées à ce virus. Son utilisation généralisée pourrait permettre une importante régression des pathologies associées à cette infection sexuellement transmissible si fréquente.

Mots-clés : vaccination, papillomavirus, cancer du col, condylomes.

Caractéristiques du nouveau vaccin

Il s'agit, comme pour les précédents vaccins, d'un vaccin recombinant adjuvé. Le taux de séroconversion est situé entre 98,3 et 100% au 7^e mois après la vaccination. Les effets indésirables ont été évalués au cours d'études incluant un total de 20 000 jeunes filles et 3 000 jeunes hommes ainsi que via la pharmacovigilance sur une première année de commercialisation dans divers pays. Les événements indésirables rapportés sont identiques à ceux des autres vaccins indiqués chez les adolescents et jeunes adultes^[2]. Les réactions attendues consistent, par ordre de fréquence, en douleurs au site d'injection, céphalées, fièvre ou nausées, généralement d'intensité légère à modérée.

Le vaccin Gardasil 9[®] peut être administré en même temps qu'un autre vaccin (mais sites d'injection distincts) sans interférence sur l'immunogénicité de chacun des vaccins.





Le prix public est fixé à 134,45 € par dose vaccinale, contre 68,86 € pour le Cervarix® et 118,18 € pour le Gardasil®. Le remboursement en catégorie B avec plafonnement du ticket modérateur a pour effet que les 3 vaccins prescrits sont délivrés au même cout pour le patient, soit 11,90 € pour un assuré ordinaire et 7,90 € pour un BIM. Comme pour les autres vaccins dirigés contre le HPV, le prescripteur doit mentionner sur l'ordonnance 1^e délivrance ou 2^e délivrance + date du 1^{er} vaccin ou encore 3^e délivrance et date des 2 autres vaccins administrés.

Schéma vaccinal pour le nouveau vaccin

Si la vaccination est réalisée entre 9 et 14 ans, seules 2 doses sont nécessaires. La seconde injection devra être administrée entre 5 et 13 mois après la première.

Si la vaccination est envisagée à partir de 15 ans, le schéma vaccinal comportera 3 doses aux temps 0, +2 mois et +6 mois.

En l'absence de données sur l'interchangeabilité entre les vaccins Gardasil 9®, Cervarix® et Gardasil®, il est recommandé d'injecter à une même patiente les différentes doses avec le même vaccin.

En attente des recommandations du Conseil Supérieur de la Santé belge, nous avons consulté celles de notre voisin français. Selon les autorités sanitaires françaises^[2], le nouveau vaccin doit être proposé :

- aux jeunes filles non vaccinées antérieurement jusqu'à 19 ans révolus (2 ou 3 doses selon l'âge, niveau de preuve 1);
- aux jeunes hommes non vaccinés antérieurement et ayant des relations sexuelles avec des hommes jusqu'à 26 ans révolus (3 doses, niveau de preuve 2);
- aux jeunes patients (9 – 26 ans) immunodéprimés non vaccinés antérieurement (avis d'experts).

Rôle central du généraliste

Les médecins généralistes jouent un rôle crucial pour l'adhésion à la vaccination contre le HPV. En effet, la majorité des jeunes filles déclarent qu'elles accepteraient de se faire vacciner si leur médecin généraliste le leur propose^[3].

Proposer la vaccination contre le HPV n'est pas une incitation à débuter la vie sexuelle^[2]. Elle permet de protéger nos jeunes patientes contre une des infections sexuellement transmissibles les plus fréquentes et contre certains cancers provoqués par

cette dernière. La vaccination précoce est préférable plutôt que d'attendre la prise de risque^[2].

La vaccination systématique des jeunes filles contre le HPV associée au maintien d'un dépistage tous les 3 ans permettrait de faire passer le cancer du col parmi les maladies rares.

Il est démontré que, parmi les facteurs d'adhésion des jeunes filles à la vaccination HPV, la recommandation de leur médecin traitant pour cette vaccination jouait un rôle important^[3,4].

Conclusion

La mise à disposition et le remboursement d'un nouveau vaccin HPV est une chance pour la jeune génération. En effet, le Gardasil 9® offre une protection supplémentaire importante du point de vue oncologique tout en protégeant des verrues génitales fréquentes et invalidantes.

Le remboursement du vaccin en catégorie B permet au patient de disposer de ce nouveau vaccin pour le même montant de ticket modérateur que celui des autres vaccins de première génération (11,90 €/7,90 €).

La partie francophone de notre pays accuse un retard de couverture vaccinale HPV par rapport à la Flandre. Espérons que l'arrivée de ce nouveau vaccin mette en avant l'utilité de cette protection tant auprès du public qu'auprès des médecins.

Bibliographie

1. Hartwig et al. Estimation of the epidemiological burden of HPV-related anogenital cancers, precancerous lesions and genital warts in women and men in Europe. Potential additional benefit of a nine-valent second generation HPV vaccine compared to first generation HPV vaccines. *Elsevier Papillomavirus Research* 2015; 1: 90-100.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405852115000099> consulté en ligne en mai 2017.
2. Haut Conseil de la Santé Publique. Place du vaccin Gardasil 9® dans la prévention des infections à papillomavirus humains. Février 2017.
file:///C:/Users/Admin/Downloads/hcspr20170210_previnfecthpvplacegardasil9.pdf consulté en ligne en mai 2017
3. Tung IL, Machalek A, Garland SM. Attitudes, knowledge and factors associated with human papillomavirus vaccine uptake in adolescent girls and young women, in Victoria, Australia. *PLOS one* 2016; 1: doi: 10.1371/journal.pone.0161846 consulté en ligne en mai 2017.
4. Baudoin A et al. HPV prophylactic vaccine coverage and factors impacting its practice among students and high school students in Marseilles'area *J Gynecologie Obstétrique Biol Reprod* 2015; 44 (2): 126-35.
<http://scicurve.com/paper/24703591> consulté en ligne en mai 2017.