

Approuvez-vous les 300 M \$ pour la vaccination contre le VPH?

OUI

Marc Steben MD

Suite aux recommandations très claires du Comité consultatif national de l'immunisation, le gouvernement canadien a octroyé 300 millions\$ pour l'achat du vaccin contre le virus du papillome humain (VPH). Je suis presque totalement d'accord avec cette décision.

Je serai peut-être perçu comme biaisé, étant un investigateur du vaccin quadrivalent. Mais je suis pas mal d'accord pour avoir brûlé des condylomes à des milliers de personnes, avoir diagnostiqué trop de femmes avec des cancers et des pré-cancers de la vulve où les traitements mutilent génitalement des femmes sans compter celles qui ont angoissé suite à leur cytologie cervicale anormale. Pour être totalement d'accord j'aurais aimé qu'une fraction infime de ce montant soit allouée pour optimiser nos programmes de dépistage du cancer du col.

Le fardeau des VPH est énorme

La Colombie Britannique aurait dépensé 10\$ par citoyen en 2005 pour l'ensemble des pathologies reliées aux VPH. Extrapolé au Canada, ça donne 300 millions\$ par année.¹

Les VPH-6 et VPH-11 causent la majorité des condylomes et des papillomatoses respiratoires et au moins 10% des atypies squameuses d'origine indéterminée et des lésions de bas grade sur les cytologies cervicales². Les VPH-16 et VPH-18 sont responsables de 73% des cancers du col utérin³, de la majorité des adénocarcinomes⁴, des cancers de la vulve et du vagin reliés aux VPH, de la majorité des cancers anaux et, pour le VPH-16, d'au moins 10% des cancers oropharyngés de la tête et du cou⁵. Leur progression vers une lésion de haut grade du col utérin se fait au moins 6.5 fois plus rapidement que les 11 autres VPH à haut risque⁶.

Sans vaccin, la prévention du VPH est virtuellement impossible

La prévention primaire. Les mesures pour limiter

l'acquisition des infections transmissibles sexuellement, telles l'abstinence, l'utilisation du condom, et la réduction du nombre de partenaires ont des limites très importantes. L'abstinence dure le temps qu'elle dure, le condom protège mal l'ensemble des surfaces anogénitales⁷ et 25% des filles n'ayant eu qu'une moyenne de 2 partenaires avaient au moins un VPH⁸.

La prévention secondaire. Les mesures pour limiter la maladie et empêcher les complications ou la transmission n'existent tout simplement pas: on ne peut donner de traitement aux contacts, ou faire du dépistage ou des tests post traitement. Le dépistage du cancer du col a ses failles: 43.5% des femmes n'ont jamais été dépistées, 53.8% n'ont pas été dépistées selon les recommandations, 29.3% ont eu une cytologie faussement négative et 11.9% ont eu un suivi déficient⁹.

Accès à un super vaccin

Efficacité. Le taux d'efficacité fut de 100% contre les lésions intraépithéliales du col, du vagin et de la vulve et les condylomes⁷. Même s'il n'y a pas d'effet thérapeutique pour les infections déjà acquises, il y a une protection grandissante dans le temps chez les femmes déjà infectées par au moins un VPH.

Sécurité. Des effets indésirables sérieux ont été rapportés plus rarement qu'avec les autres vaccins. Plusieurs des effets indésirables rapportés le sont déjà fréquemment à ces âges même en l'absence de vaccination. Aucun des décès rapportés ne serait relié au vaccin¹⁰.

Durabilité. Lorsqu'on inoculait les sujets avec une dose de rappel au mois 60, une puissante réponse anamnétique suivait¹¹. Certains sujets voyaient leurs anticorps ne plus être détectables après un certain temps mais n'ont pas développé de lésions. Ceci démontrerait

suite à la page 180

Les parties à ce débat auront la possibilité de réfuter les arguments de leur opposant dans Réfutation qui paraîtra dans un prochain numéro.

OUI suite de la page 178

qu'une réponse immunitaire cellulaire puissante était créée par le vaccin en plus de la réponse tumorale et pourrait être telle que l'on n'aura pas besoin de dose de rappel.

Coût. Quand on regarde les différents paramètres d'évaluation économique du vaccin, tel le nombre nécessaire à vacciner, soit 8 pour éviter un cas de condylomes et 276 pour éviter un cancer du col utérin, ainsi que le coût des années de vie de qualité qui serait entre 21 000\$ et 31 000\$¹² au Canada alors que le coût de la maladie est de plus de 300 millions \$ pour le Canada, nous pouvons dire que nous sommes en face d'un programme efficient.

Les questions non répondues le sont-elles vraiment?

Plusieurs voudront attendre que toutes les questions aient des réponses. Entre autre qu'on prouve que le vaccin protège contre le cancer lui-même et non seulement ses précurseurs. Avec 10.7 millions de doses données, jamais un vaccin n'a été autant scruté par ... les média. Tous les vaccins sont mis en marché avant qu'on ait toutes les réponses à toutes les questions. Et tous les vaccins font l'objet des mêmes questions que pour le VPH vaccin quadrivalent. Ces réponses sont souvent trouvées dans les études prolongées comme il a été planifié dans le prolongement des études du vaccin pour au moins 10 ans telle que celle qui se fera dans les pays scandinaves.

Conclusion

Les 300 millions \$ représentent un geste de solidarité sans équivoque envers les femmes canadiennes. Nous pouvons protéger les femmes contre les condylomes et des cancers qui même avec les progrès de la science continuent de détruire des vies de femmes, de mères et d'épouses ainsi que des familles. En passant, mes 2 filleules sont vaccinées. Et en terminant, les femmes qui ne voudront pas de ce privilège auront toujours le loisir de refuser le vaccin. 

D^r Steben est médecin de famille à l'Institut national de santé publique du Québec, à la clinique du cancer gynécologique du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et au sein du Groupe de médecine familiale du Sud-Ouest à Verdun, au Québec.

Intérêts concurrents

D^r Steben est chercheur pour le compte de Gardasil et fait partie d'un comité de publication et d'un bureau de conférenciers internationaux de Merck. Il a aussi reçu des subventions de voyage et de recherche de 3M, Adaltis, AutoGenomics, Digene-Qiagen, GlaxoSmithKline, Laboratoire Biron, Merck, Novartis, Roche et Warnex.

Correspondance à: D^r Marc Steben, Institut national de santé publique du Québec, 190, boul. Crémazie E, Montréal, QC H2P 1E2; téléphone 514 864-1600, poste 3234; télécopieur 514 864-7646; courriel marc.steben@inspq.qc.ca

Références

1. HPV Consensus Guidelines Committee. Canadian consensus guidelines on human papillomavirus. *JOGC* 2007;29(8):1-59. Available from: http://www.infovph.ca/hpinfo/pdf/hpv-guideline-full_e.pdf. Accessed 2008 January 8.
2. Clifford GM, Rana RK, Franceschi S, Smith JS, Gough G, Pimenta JM. Human papillomavirus genotype distribution in low-grade cervical lesions: comparison by geographic region and with cervical cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005;14:1157-64.
3. Clifford GM, Franceschi M, Diaz M, Munoz N, Villa LL. Chapter 3: HPV type-distribution in women with and without cervical neoplastic diseases. *Vaccine* 2006;24(Suppl 3):S26-34.
4. Castellsague X, Diaz M, de Sanjosé S, Munoz N, Herrero R, Franceschi S, et al. Worldwide human papillomavirus etiology of cervical adenocarcinoma and its co-factors: implications for screening and prevention. *J Natl Cancer Inst* 2006;98(5):303-15.
5. Parkin DM, Bray F. Chapter 2: The burden of HPV-related cancers. *Vaccine* 2006;24(Suppl 3):S11-25.
6. Khan M, Castle PE, Lorincz AT, Wacholder S, Sherman M, Scott DR, et al. The elevated 10-year risk of cervical precancer and cancer in women with human papillomavirus (HPV) type 16 or 18 and the possible utility of type-specific HPV testing in clinical practice. *J Natl Cancer Inst* 2005;97(14):1072-9.
7. Manhart LE, Koutsky LA. Do condoms prevent genital HPV infection, external genital warts or cervical neoplasia? A meta-analysis. *Sex Trans Dis* 2002;29(11):725-35.
8. Garland S, Hernandez-Avila M, Wheeler CM, Perez G, Harper DM, Leodolter S, et al. Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent anogenital diseases. *N Engl J Med* 2007;356(19):1928-43.
9. Spence A, Goggin P, Franco EL. Process of care failures in invasive cervical cancer: systematic review and meta-analysis. *Prev Med* 2007;45:93-106.
10. Iskander J. Quadrivalent human papillomavirus vaccine (HPV4): United States post-licensure safety update. *Global Advisory Committee on Vaccine Safety, World Health Organization, 12-13 June 2007, Geneva, Switz.* Geneva Switz: World Health Organization; 2007.
11. Ollson S, Villa LL, Costa RL, Petta CA, Andrade RP, Malm C, et al. Induction of immune memory following administration of a prophylactic quadrivalent human papillomavirus (HPV) TYPES 6/11/16/18 virus-like particle (VLP) vaccine. *Vaccine* 2007;25(26):4931-9.
12. Brisson M. Estimating the number needed to vaccinate to prevent diseases and death related to human papillomavirus infection. *CMAJ* 2007;177(5):464-8.

CONCLUSIONS FINALES

- Les VPH, particulièrement les 4 contenus dans le vaccin quadrivalent, représentent un fardeau énorme pour le Canada.
- Les méthodes de prévention du VPH sont peu efficaces.
- Le vaccin est efficace et sécuritaire.
- Les canadiennes et par ricochet les canadiens bénéficieront d'une meilleure santé sexuelle grâce au vaccin quadrivalent contre le VPH.