**HPV**

VACCINATION:

1. **Gardasil**® = vaccins **tétravelent** enregistré (HPV 16, 18 et 6, 11) = **protéine** L1 de la capside produit dans des levures par génie génétique => pas de risque infectieux adjuvant qui renforce le pouvoir immunogène= **aluminium**, pas de mercure
2. En cours d'enregistrement : Cervarix®= vaccin **bi-valent** (HPV 16, 18) =, adjuvant= lipidique, pas de mercure

* Vaccination en 3 doses (0, 2 mois et 6 mois) qui devrait être terminée avant le début de la vie sexuelle. Séroconversion de 100% 1 mois après 3ème dose. Taux d’AC protecteurs 7-100x plus élevé que si infection naturelle. Rappel 5% fille avec activité sexualle avant 15 ant mais 50% à 16 ans=> **vacciner** **entre 11 et 14 ans (rattrapage ad 19 ans).** NB : les filles ayant déjà eu des relations sexuelles peuvent être vaccinées car elles seront au moins protégée contre les virus qu’elles n’ont pas encore attrapés. **Après 20 ans** (max. 26 ans) les vaccins se discutent au **cas par cas** en fonction du risque d’infection préalable lié au nombre de relations sexuelles et donc du risque d’infection antérieure au HPV. **La vaccination des garçons n’a pas encore été démontré** (font des AC mais on ne sait pas s’il sont protecteurs) => pas encore encore recommandée. Eviter de donner le premier vaccin HPv avec le diTepa (précaution). **Nouvelles des autorités**
* **En 2011 : La vaccination contre les HPV des femmes de 20 à 26 ans** sera prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, sans franchise, dans le cadre des programmes cantonaux en place. C’est une bonne nouvelle pour les jeunes femmes souhaitant bénéficier de cette vaccination complémentaire, recommandée depuis 2008 sur une base individuelle en fonction du bénéfice attendu de la vaccination - qui ne diminue pas avec l’âge mais avec le nombre de partenaires sexuels antérieurs ! **Attention à ne plus commander / utiliser / prescrire** après le 1er janvier 2011 de vaccins HPV achetés au prix public, qui ne seront PAS remboursés.
* Protection pendant au moins 5 ans (AC stables à 5 ans=> probablement protection plus longtemps)
* Probable immunité mémoire mais doses booster pas encore recommandées meilleure réponse chez adolescentes (comme pour hépatite B).
* Pas de donnée pour la grossesse => contre-indiqué mais la vaccination ne nécessite pas de mesure contraceptive car ce n'est pas un vaccin vivant.
* Protège probablement contre 70-80% des cancers du col! ATTENTION: n'est pas curatif => inefficace si infection par HPV 16, 18 AVANT le vaccin et contre les 25% de cancers liés à d’autres HPV! => **le dépistage gynéco tous le 5 ans (Papanicolaou) reste nécessaire !**
* Efficacité de 99% contre verrues et lésions précancéreuses (CIN II et III).
* Prévient aussi l'infection par d'autres HPV à risque (31, 33, 45)
* Ne pas oublier les autres vaccins à l’adolescence:
	+ 5% des adolescentes sont non immune pour la varicelle (=> anamnèse);
	+ 15% nécessitent un rattrapage ROR, vaccination contre l'hépatite B (sexualité débutante),
	+ Proposer le vaccin méningocoque (pic d'infection à l'adolescence)

INFECTION:

* >100 différents virus HPV
* 70-80% des personnes avec activité sexuelle sont infectées => touche essentiellement les femmes entre 25-35 ans. 30% des infections à HPV à haut risque font des CIN1 dont 2% évolueront en CIN2/3. 4% feront directement un CIN2/3. 30-50% des CIN2/3 guérissent spontanément. Sans traitement 25% des CIN2/3 feront un cancer invasif
* Virus de bas grade=> 12% de verrues avec virus HPV 6 et 11
* HPV responsables de 99,7% des cancers du col de l'utérus et **70% des cancers sont causés uniquement par HPV 16 > 18**  (+33,35, 45).
* HPV font aussi en plus des cancer du col  (HPV 16, 18) des cancers de la vulve/vagin/anus (HPV 6, 16, 18) et ORL (HPV 6, 11).
* 15-20% des tumeurs ORL sont secondaires à une infection à HPV
* Une infection par HPV 16 et 18 favorise (risque 11-50x) des infections par autres HPV à risque (+31, 39, 45) !
* **20-25% des femmes avec HPV 16 ou 18** **feront un cancer** ou pré-cancer soit en Suisse :
	+ - 5000 cancers du col/an
		- 300 cancers de l’utérus/an
		- 100 décès/an.
* HPV 6/11 sont responsables de 90% des verrues cutanées et ano-génitale
* Les virus de haut grade sont oncogènes par intégration dans le génome !
* Durée moyenne d’une nouvelle infection à HPV = 8 mois => le risque est augmenté lors des infections persistantes
* Latence moyenne infection et dysplasie = 2 mois et 5 ans post-infection et 10-15 ans pour développement d’un cancer
* Pic du risque d'infection 18-28 ans (20%) et diminution à 10% après 30 ans
* >5000 femmes en suisse doivent subir une intervention suite au dépistage avec lésions CIN I-III (cônisation, laser, cryochirurgie) avec complication secondaire pour grossesses, risque prématurité, psychologique
* Nb : Une lésion pré tumorale CIN 1 ne se distingue pas à l’histologie d’une verrue