

VIH et cancer : une vigilance particulière

L'augmentation des cas de cancer chez les personnes vivant avec le VIH alerte sur le nécessaire renforcement d'une prise en charge et d'un suivi croisés. En vue de faciliter cette mutualisation, les experts recommandent la mise en œuvre d'une concertation pluridisciplinaire entre les différents spécialistes impliqués. Le point avec le rapport Morlat.

Le chapitre «Cancers» du récent rapport Morlat s'ouvre sur des données épidémiologiques qui confirment l'augmentation de l'incidence des cancers chez les personnes vivant avec le VIH (PVIH). En 2010, en France, les cancers représentaient «très largement» la première cause de mortalité, avec 36% des décès. Par ailleurs, il apparaît que la part des cancers non classant sida et non liés aux hépatites B et C a progressé de 11% à 22% entre 2000 et 2010. L'incidence de nouveaux cancers non classant sida reste supérieure d'un facteur 2 à 3 à celle de la population générale, avec une multiplication par 20 pour la maladie de Hodgkin et le cancer anal. «L'augmentation du risque de cancer dans cette population fait intervenir la réplication du VIH, l'immunodépression (nombre et nadir de CD4), l'exposition à des virus oncogènes (HPV, VHB, VHC, EBV) et la forte consommation de toxiques (tabac, alcool, cannabis)», explique le rapport.

Concertation pluridisciplinaire. Les experts recommandent, pour la première fois, le dépistage du VIH lors du bilan initial de tout cancer. Une évolution majeure. «Ce dépistage permettra notamment la prescription encadrée d'un traitement immunosuppresseur ou cytotoxique à un patient potentiellement immunodéprimé», souligne la D^r Isabelle Poizot-Martin, du CHU Sainte-Marguerite (Marseille). Car, comme le précise le rapport, «les spécificités liées à l'infection par le VIH sont nombreuses : immunodépression (passée ou actuelle), comorbidités (hépatites virales chroniques B et C, troubles métaboliques, insuffisance rénale, pathologies cardiovasculaires, risque d'interactions médicamenteuses et de toxicité additive avec les molécules antirétrovirales). C'est la raison pour laquelle la D^r Poizot-Martin appelle à une large diffusion de ce document de référence aux oncologues, pneumologues, hépato-gastroentérologues,

proctologues, gynécologues et dermatologues, avec mise en place à l'échelle du territoire de réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) sur le modèle de ce qui se pratique en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

«Un traitement précoce de l'infection par le VIH, un contrôle efficace de la réplication virale, une restauration de l'immunité au-dessus de 500 CD4/mm³, une prévention des infections à virus oncogène (chaque fois que possible) et un sevrage ou une réduction de la consommation de toxiques doivent constituer les axes forts de la prévention contre le cancer chez les PVIH», soulignent les experts. Si la prévention a toute sa place, les PVIH doivent dans le même temps bénéficier des programmes de dépistage basés sur les recommandations établies pour la population générale (dépistage du cancer du sein, côlon, prostate et mélanome). Si un cancer est décelé, le patient doit bénéficier rapidement d'une prise en charge et d'un accompagnement multidisciplinaire. Ce qui passe par la mise en place de RCP. Ce type de réunion se pratique dans les centres de prise en charge du VIH. Les experts souhaitent que le recours aux RCP cancer-VIH devienne aussi un réflexe pour les oncologues. À cette fin, la mise en place d'une RCP nationale est en cours (lire encadré). «Le dossier médical doit être présenté en RCP, recommande le rapport Morlat. L'objectif est d'assurer une prise en charge carcinologique optimale et identique à celle proposée en population générale [...]. La RCP doit permettre par ailleurs de limiter le risque d'interactions médicamenteuses entre les ARV et le traitement carcinologique [...] ainsi que la survenue de complications liées à l'immunodépression secondaire [...] et aux comorbidités [...]. » On sait par exemple que «certaines molécules antirétrovirales de la classe des INNTI et des IP peuvent réduire l'efficacité du traitement anticancéreux ou exposer à une augmentation de sa toxicité». Au vu des possibles complications en cas de double diagnos-

tic, le programme personnalisé de soins (PPS) « doit être établi lors d'une RCP impliquant médecins spécialistes de l'infection par le VIH, pharmacologues, virologues et oncologues », précise le rapport. Ainsi, le PPS, adapté à la personne séropositive, permettra de limiter les risques d'interruption de suivi de l'infection. Enfin, la possibilité de « réaliser un monitoring pharmacologique » (méthode d'individualisation du traitement médicamenteux) sera posée au cas par cas.

Traitement antirétroviral. Le rapport recommande « d'initier sans délai un traitement antirétroviral lorsque le cancer est révélateur de l'infection par le VIH et de le maintenir durant le traitement carcinologique, y compris en cas de radiothérapie ». Si le patient est déjà sous ARV, son traitement doit être optimisé « en fonction du traitement carcinologique et des effets secondaires attendus ». Les experts précisent que, « quelle que soit la tumeur traitée, la réplication virale doit être contrôlée tout au long de la prise en charge du cancer ». De plus, « la périodicité du suivi de l'infection par le VIH sera rapprochée avec une surveillance des fonctions hépatique et rénale » et « le contrôle de la charge virale VIH plasmatique devra être mensuel [...] ». Enfin, « une prophylaxie vis-à-vis de la pneumocystose et de la toxoplasmose doit être initiée indépendamment du taux de CD4 », car « le cancer et l'effet immunosuppresseur du traitement carcinologique exposent les PVVIH à un risque accru d'infection opportuniste ».

Cancer du poumon. Concernant les cancers bronchopulmonaires (CBP), première cause de décès par cancer des PVVIH en 2010 (9 % des décès), les experts conseillent de renforcer le diagnostic précoce du cancer du poumon, selon les critères applicables en population générale. « Toute symptomatologie thoracique persistante ou résistante au traitement chez un fumeur ou ancien fumeur » ainsi que « toute symptomatologie extrapulmonaire liée

notamment à une métastase ou un syndrome paranéoplasique » doivent faire évoquer le diagnostic de CBP. « Le pronostic de la maladie est corrélé à la rapidité de la prise en charge thérapeutique », rappellent les auteurs. Mais chez les PVVIH asymptomatiques, même fumeurs, il n'est pour le moment pas recommandé d'imagerie pulmonaire. Les experts recommandent aussi de renforcer les actions de prévention (lutte contre le tabagisme et la consommation de cannabis, mesures hygiénodététiques), qui, rappelle la D^r Poizot-Martin, « doivent être systématiquement intégrées au suivi des PVVIH ».

Cancer anal. Pour ce qui est du cancer anal, représentant 3 % des décès, la spécialiste et ses collègues préconisent de renforcer particulièrement son dépistage chez les hommes ayant des rapports avec les hommes, chez tout patient ayant des antécédents de condylomes (tumeur bénigne localisée sur la muqueuse génitale ou anale et liée à une infection par HPV) et chez les femmes ayant une dysplasie (lésion précancéreuse) ou un cancer du col de l'utérus. Les modalités et la périodicité du dépistage du cancer anal, mais aussi celles du carcinome hépatocellulaire (du foie), du cancer du col et des cancers cutanés, sont précisées dans un calendrier de dépistage (p. 243 du rapport). Point important : pour les cancers cutanés (hors mélanome), ce calendrier souligne la nécessité de réaliser un examen dermatologique annuel. Concernant les mélanomes, la périodicité passe à tous les six mois. Et, de manière générale, les auteurs recommandent « une surveillance dermatologique attentive ».

Le parcours de soins de l'après-cancer devra associer « les différents référents qui ont participé à la prise en charge du cancer et de l'infection par le VIH ainsi que le médecin traitant ». Les experts recommandent également la remise d'un programme personnalisé de suivi au patient, auprès duquel « on soulignera [...] l'importance de ce suivi conjoint ». ●

Remerciements au D^r Laurent Hocqueloux, infectiologue au CHR d'Orléans-la-Source.

Vers une réunion de concertation pluridisciplinaire cancer-VIH nationale

Une RCP nationale cancer-VIH est en cours de mise en place sous l'impulsion du D^r Isabelle Poizot-Martin et du P^r Jean-Philippe Spano (hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris). Elle facilitera l'articulation entre les réseaux régionaux de cancérologie et les Corevih à l'échelon de chacune des régions et permettra d'éta-

blir un répertoire épidémiologique des cancers chez les PVVIH. Le projet, qui verra notamment la création d'un portail web avec audio et visioconférence, est soutenu et financé par l'Institut national du cancer et la Direction générale de l'offre de soins.