

FICHE SYNTHÉTIQUE

Dépistage et prise en charge des cancers chez les personnes vivant avec le VIH

Mars 2024

L'essentiel

- Les cancers sont une comorbidité fréquente chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH).
- L'incidence de nombreux cancers liés à l'âge augmente avec leur vieillissement, grâce à l'allongement de l'espérance de vie induite par le traitement antirétroviral (ARV).
- Certains cancers chez les PVVIH sont viro-induits :
 - Lymphomes Hodgkiniens et Non-Hodgkiniens souvent associés à l'EBV
 - Maladie de Kaposi et lymphomes associés à l'HHV8
 - Cancers du col utérin, de la vulve, du canal anal et de l'oropharynx associés aux HPV
 - Carcinome hépato-celulaire associés au VHB et au VHC
- L'incidence de la maladie de Kaposi et des Lymphomes Non-Hodgkiniens est en diminution du fait de l'amélioration des paramètres immuno-virologiques des PVVIH sous traitement ARV. Le surrisque de ces cancers par rapport à la population générale persiste cependant. Il existe des descriptions de plus en plus fréquentes de maladie de Kaposi chez des PVVIH avec une infection VIH contrôlée sous ARV. La maladie de Kaposi doit être dépistée par un examen clinique régulier et attentif de la peau et des muqueuses.
- Le cancer du col de l'utérus et le cancer du canal anal doivent bénéficier d'un dépistage spécifique dont les populations cibles et les modalités sont détaillées dans le tableau ci-dessous.
- Le carcinome hépato-celulaire doit être dépisté en cas de fibrose F3 ou F4 quelle qu'en soit la cause, y compris après guérison du VHC en cas de fibrose pré-existante. Pour le VHB, les populations cibles et les modalités sont détaillées dans le tableau ci-dessous.

- Pour le cancer broncho-pulmonaire, un dépistage individuel au cas par cas peut être proposé dans une démarche de décision partagée (population cible et modalités détaillées dans le tableau ci-dessous).
- Pour les cancers de la prostate, du sein, du colon, de la vessie et de la peau, les recommandations de dépistage sont celles de la population générale. Il n'existe aucune spécificité de dépistage chez les PVVIH.
- Les PVVIH doivent bénéficier des programmes de dépistage des cancers tels que recommandés en population générale, complétés par des dépistages spécifiques pour certains cancers.

Tableau de synthèse des recommandations de dépistage des cancers chez les PVVIH

| Type de cancer | Profil patient | Outil de dépistage | Périodicité |
|-----------------------------------|--|---|---|
| Carcinome hépatocellulaire | <p>Fibrose F3 ou F4 quelle que soit la cause</p> <p>Pour le VHB :</p> <p>Score Page-B ≥ 10 (hommes ≥ 40 ans, ou ≥ 16 ans si plaquettes < 200 G/L ; femmes ≥ 70 ans, ou ≥ 40 ans si plaquettes < 200 G/L, ou ≥ 30 ans si plaquettes < 100 G/L)</p> <p>Durée d'exposition au virus prolongée : hommes ≥ 40 ans et femmes ≥ 50 ans ayant été contaminés à un âge jeune / dans l'enfance.</p> <p>ATCD familial de carcinome hépatocellulaire</p> | Échographie doppler hépatique | Tous les 6 mois |
| Cancer de l'anus | <p>HSH VVIH ≥ 30 ans</p> <p>FVVIH ≥ 30 ans avec atcd de cancer ou de lésion intra-épithéliale de haut grade du col (CIN2+)</p> <p>FVVIH avec atcd de cancer ou de pré-cancers de la vulve</p> <p>FVVIH transplantées d'organe solide depuis plus de 10 ans</p> <p>Aucune donnée ne permet de proposer un âge limite d'arrêt du dépistage</p> | <p>Dépistage HPV-16 anal (auto ou hétéro prélèvement). Si positif, examen clinique et cytologie. Si cytologie anormale, AHR recommandée. Si AHR non disponible, anoscopie standard et examen proctologique répétés.</p> <p>Si dépistage HPV-16 non disponible, examen proctologique</p> | <p>Dépistage HPV-16 : tous les 3 à 5 ans en fonction des cas (cf algorithme figure 5)</p> <p>Dépistage standard : tous les ans puis tous les 2 à 3 ans en fonction de l'avis du proctologue</p> |

| | | | |
|----------------------------------|--|---|--|
| | | avec anoscopie simple annuel | |
| Cancer du col | FVVIH \geq 25 ans et <30 ans, T CD4 actuels \geq 350/ μ L, et nadir T CD4 >200/ μ L, | Frottis avec cytologie | Annuelle deux fois, puis à 3 ans si normal (jusqu'à 30 ans) |
| | FVVIH \geq 25 ans et <30 ans, T CD4 actuels <350/ μ L ou nadir T CD4 \leq 200/ μ L | Frottis avec cytologie | Annuelle (jusqu'à 30 ans) |
| | FVVIH \geq 30 ans, tout statut immunovirologique A prolonger au-delà de 65 ans si antécédent de lésion CIN, ou de portage prolongé d'HPV-HR (études complémentaires nécessaires) | Test HPV-HR +/- cytologie si HPV-HR + | Tous les 5 ans (cf texte long) |
| Cancer broncho-pulmonaire | Dépistage individuel au cas par cas Age entre 50 et 74 ans, tabagisme >10 cigarettes/j pendant >30 ans ou >15 cigarettes/j pendant \geq 25 ans, possiblement sevré \leq 10 ans ET information éclairée ET volontaire pour une démarche au sevrage tabagique Arrêt du programme si sevrage tabagique \geq 10 ans, âge >74 ans après 3 scanners sans suspicion de cancer, ou survenue d'un critère de non inclusion | TDM thoracique faible dose sans injection de produit de contraste selon les recommandations (196) | Attente des recommandations de l'INCa. En attendant, selon recommandations de l'IFCT (cf texte long) (196) |
| Cancers cutanés | Toutes les PVVIH | Examen dermatologique de la peau et des muqueuses | Annuelle |
| Cancer de l'oropharynx | Toutes PVVIH, et notamment si prise excessive d'alcool ou tabagisme chronique | Examen buccal | Annuelle |
| Cancer du sein | FVVIH \geq 25 ans | Palpation des seins | Annuelle |
| | FVVIH entre 50 et 74 ans | Mammographie | Tous les 2 ans |
| | Si FVVIH et facteur de risque (mutation BRCA1 ou 2, atcd personnel de cancer du sein ou de carcinome canalaire ou lobulaire in situ ou d'hyperplasie canalaire ou | Mammographie ou IRM | Se référer à https://www.has-sante.fr (dépistage du |

| | | | |
|------------------------------|--|--|---|
| | lobulaire atypique, irradiation thoracique médicale à haute dose ou certains atcd familiaux de cancer du sein) | Age seuil variable (se référer au document de la HAS) | cancer du sein femmes à haut risque) |
| Cancer du colon | PVVIH ≥ 50 ans | Test immunologique +/- coloscopie si test positif | Tous les 2 ans |
| | Si facteur de risque (atcd personnel d'adénome ou de cancer colorectal, atcd familiaux parent 1 ^{er} degré, MICI, PAF ou cancer colorectal héréditaire non polyposique) | Coloscopie L'âge seuil varie en fonction des facteurs de risque | Tous les 5 ans si normale |
| Cancer de la prostate | PVVIH ≥ 50 ans | Toucher rectal PSA | Annuelle pour le toucher rectal PSA tous les 2 à 4 ans |
| | PVVIH ≥ 40 ans si facteur de risque (histoire familiale de cancer de la prostate, ou d'origine africaine ou afro-caraïbienne) | Toucher rectal PSA | Annuelle pour le toucher rectal PSA tous les 2 à 4 ans |
| Cancer de la vessie | Exposition professionnelle à un agent cancérigène vésical pendant une période d'un an, à partir de la 20 ^{ème} année post-exposition | Cytologie urinaire | Tous les 6 mois |

Pour le détail des recommandations de dépistage et de prise en charge des cancers chez les PVVIH, se référer aux documents d'argumentaire et de recommandations dédiés.

Abréviations et Acronymes

| | |
|---------|--|
| AHR | Anuscopie haute résolution |
| ARV | Antirétroviral |
| ATCD | Antécédents |
| BRCA1-2 | Gènes « breast cancer » 1 et 2 |
| CIN | Néoplasie cervicale intra-épithéliale |
| FVVIH | Femme vivant avec le VIH |
| HAS | Haute Autorité de Santé |
| HVVIH | Homme vivant avec le VIH |
| HPV | Papillomavirus humains |
| HPV-HR | Papillomavirus humains à haut risque oncogène |
| HSH | Hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes |
| HSIL | Lésions intra-épithéliales de haut grade |
| HSV | Virus Herpes simplex |
| IFCT | Intergroupe francophone de cancérologie thoracique |
| INCa | Institut national du Cancer |
| IRM | Imagerie par résonance magnétique |
| MICI | Maladie inflammatoire chronique de l'intestin |
| PAF | Polypose adénomateuse familiale |
| PSA | Prostate specific antigen |
| PVVIH | Personne vivant avec le VIH |
| TDM | Tomodensitométrie |
| VHB | Virus de l'hépatite B |
| VHC | Virus de l'hépatite C |
| VHD | Virus de l'hépatite D |
| VVIH | Vivant avec le VIH |

L'ANRS Maladie infectieuses émergentes et le CNS, ont été missionnés par le ministre chargé de la santé pour conduire une actualisation des recommandations françaises de prise en charge du VIH, des hépatites virales, et des IST.

L'actualisation des recommandations est placée sous la responsabilité du Pr. Pierre Delobel.

Les travaux sont réalisés sous l'égide de l'ANRS | MIE et du CNS, et de la HAS pour les chapitres ayant trait aux aspects de thérapeutique anti-infectieuse, curative et préventive.

Ce document présente les points essentiels de la publication : Recommandations de dépistage et prise en charge des cancers chez les personnes vivant avec le VIH, mars 2024.

Retrouvez tous les chapitres sur

www.cns.sante.fr et www.anrs.fr
