

Bilan de la RCP Nationale

« ONCOVIH »



*JOURNEE REGIONALE
CANCER & VIH*



Dr I Poizot Martin

*CHU Sainte Marguerite
Service d'Immuno- Hématologie Clinique
Assistance publique Hôpitaux de Marseille*



isabelle.poizot@ap-hm.fr



Conflits d'Intérêt

- Invitation Congrès:
Viiv Health care, Bristol Myers Squibb
- Participation à des symposium Modérateur/Intervenant:
Viiv Health care, Gilead



❖ DMI2/ DOMEVIH

- Base de données hospitalière française (1992)
- Nombre de patients inclus à fin 2011: **143 217**
dont 39 655 cas de SIDA et 24 946 patients décédés
- Nombre de PA suivi: 929 664

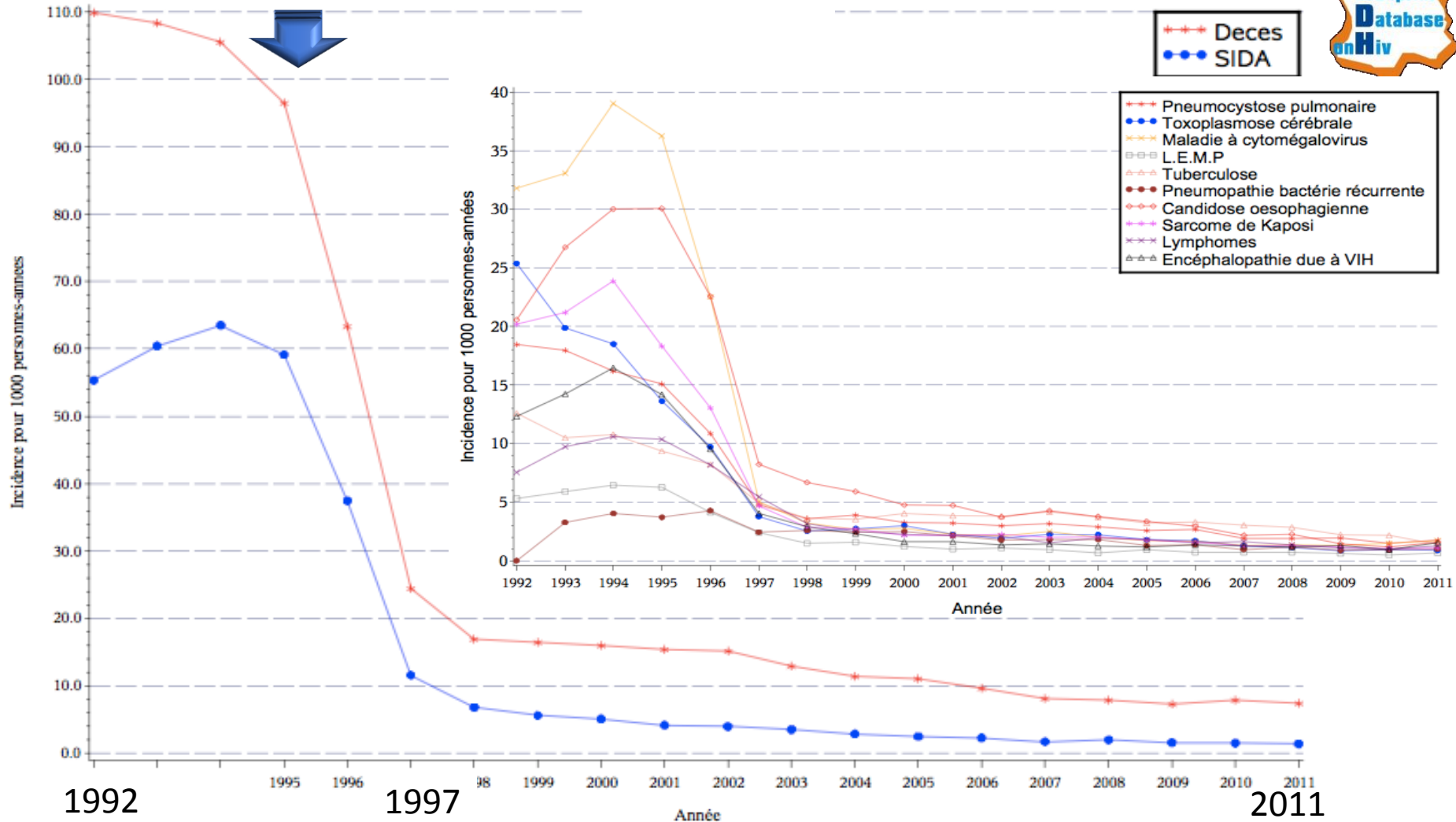
Catégories cliniques classification CDC 1993 (2)

Catégorie C

- Candidose bronchique, trachéale ou extrapulmonaire
- Candidose de l'œsophage
- Cancer invasif du col
- Coccidioidomycose disséminée ou extrapulmonaire
- Cryptococcose extrapulmonaire
- Cryptosporidiose intestinale évoluant depuis plus d'un mois
- Infection à CMV (autre que foie, rate, ganglions)
- Rétinite à CMV
- Encéphalopathie due au VIH
- Infection herpétique, ulcères chroniques supérieures à 1 mois ; ou bronchique, pulmonaire ou oesophagienne
- Histoplasmosse disséminée ou extrapulmonaire
- Isosporidiose intestinale chronique (supérieure à un mois)
- Maladie de Kaposi
- Lymphome de Burkitt
- Lymphome immunoblastique
- Lymphome cérébral primaire
- Infection à *Mycobacterium tuberculosis*, quelle que soit la localisation (pulmonaire ou extrapulmonaire)
- Infection à mycobactérie, identifiée ou non, disséminée ou extrapulmonaire
- Pneumonie à pneumocystis jiroveci
- Pneumopathie bactérienne récurrente
- Leuco-encéphalite multifocale progressive
- Septicémie à salmonelle non typhi récurrente
- Syndrome cachectique dû au VIH
- Toxoplasmose cérébrale

Depuis 1996, le nombre de décès et d'évènements cliniques classant SIDA sont toujours à la baisse ...

Multithérapies antirétrovirales



Cancers Classant SIDA*

	Kaposi	LNH	Col
Période de suivi	Incidence pour 1000 PA avec [IC95%] = (c) / (d)	Incidence pour 1000 PA avec [IC95%] = (c) / (d)	Incidence pour 1000 PA avec [IC95%] = (c) / (d)
1992	20.2 [18.0 - 22.3]	6.0 [4.9 - 7.2]	0.1 [0.0 - 0.3]
1993	21.2 [19.3 - 23.1]	7.5 [6.4 - 8.6]	0.5 [0.2 - 0.8]
1994	23.9 [22.0 - 25.7]	8.6 [7.6 - 9.7]	0.4 [0.2 - 0.6]
1995	18.3 [16.8 - 19.9]	7.7 [6.8 - 8.7]	0.3 [0.1 - 0.5]
1996	13.0 [11.8 - 14.2]	6.2 [5.4 - 7.0]	0.3 [0.1 - 0.5]
1997	4.7 [4.0 - 5.4]	4.5 [3.8 - 5.1]	0.3 [0.1 - 0.5]
1998	2.8 [2.3 - 3.4]	3.0 [2.5 - 3.5]	0.3 [0.1 - 0.5]
1999	2.7 [2.2 - 3.2]	2.3 [1.9 - 2.8]	0.2 [0.1 - 0.4]
2000	2.2 [1.7 - 2.6]	2.1 [1.7 - 2.5]	0.4 [0.2 - 0.5]
2001	2.2 [1.8 - 2.6]	1.9 [1.5 - 2.3]	0.2 [0.0 - 0.3]
2002	2.2 [1.8 - 2.7]	1.9 [1.6 - 2.3]	0.2 [0.1 - 0.3]
2003	2.0 [1.6 - 2.4]	1.5 [1.2 - 1.8]	0.3 [0.2 - 0.5]
2004	2.0 [1.7 - 2.4]	1.9 [1.5 - 2.2]	0.3 [0.1 - 0.4]
2005	1.7 [1.4 - 2.1]	1.7 [1.4 - 2.1]	0.2 [0.1 - 0.4]
2006	1.6 [1.3 - 1.9]	1.5 [1.1 - 1.8]	0.2 [0.1 - 0.3]

Cancers Non Classant SIDA

	Globale	Hommes	Femmes
Période de suivi	Incidence pour 1000 PA avec [IC95%] = (c) / (d)	Incidence pour 1000 PA avec [IC95%] = (c) / (d)	Incidence pour 1000 PA avec [IC95%] = (c) / (d)
1992	5.2 [4.1 - 6.2]	6.1 [4.7 - 7.4]	2.6 [1.1 - 4.1]
1993	5.9 [4.9 - 6.9]	7.3 [6.0 - 8.5]	2.1 [1.0 - 3.2]
1994	6.6 [5.7 - 7.6]	8.4 [7.1 - 9.6]	2.0 [1.0 - 2.9]
1995	5.1 [4.3 - 5.9]	6.2 [5.2 - 7.3]	2.3 [1.3 - 3.3]
1996	4.1 [3.4 - 4.7]	4.9 [4.0 - 5.7]	2.0 [1.1 - 2.9]

- * Maladie de Kaposi
- Cancer du col
- Lymphome cérébral primaire
- Lymphome de Burkitt, Lymphome Immunoblastique



Agence nationale de recherches
sur le sida et les hépatites virales



Etude multicentrique descriptive des diagnostics de tumeurs chez les PVVIH en 2006 et de la survie à un an.



E. Lanoy, J.P. Spano, F. Bonnet, M. Guiguet,
F. Boué, J. Cadranel, G. Carcelain, L.J. Couderc, P. Frange,
P.M. Girard, E. Oksenhendler, I. Poizot-Martin, C. Semaille, H. Agut,
C. Katlama, D. Costagliola

Int J Cancer 2011 ; 129 : 467



Institut national
de la santé et de la recherche médicale



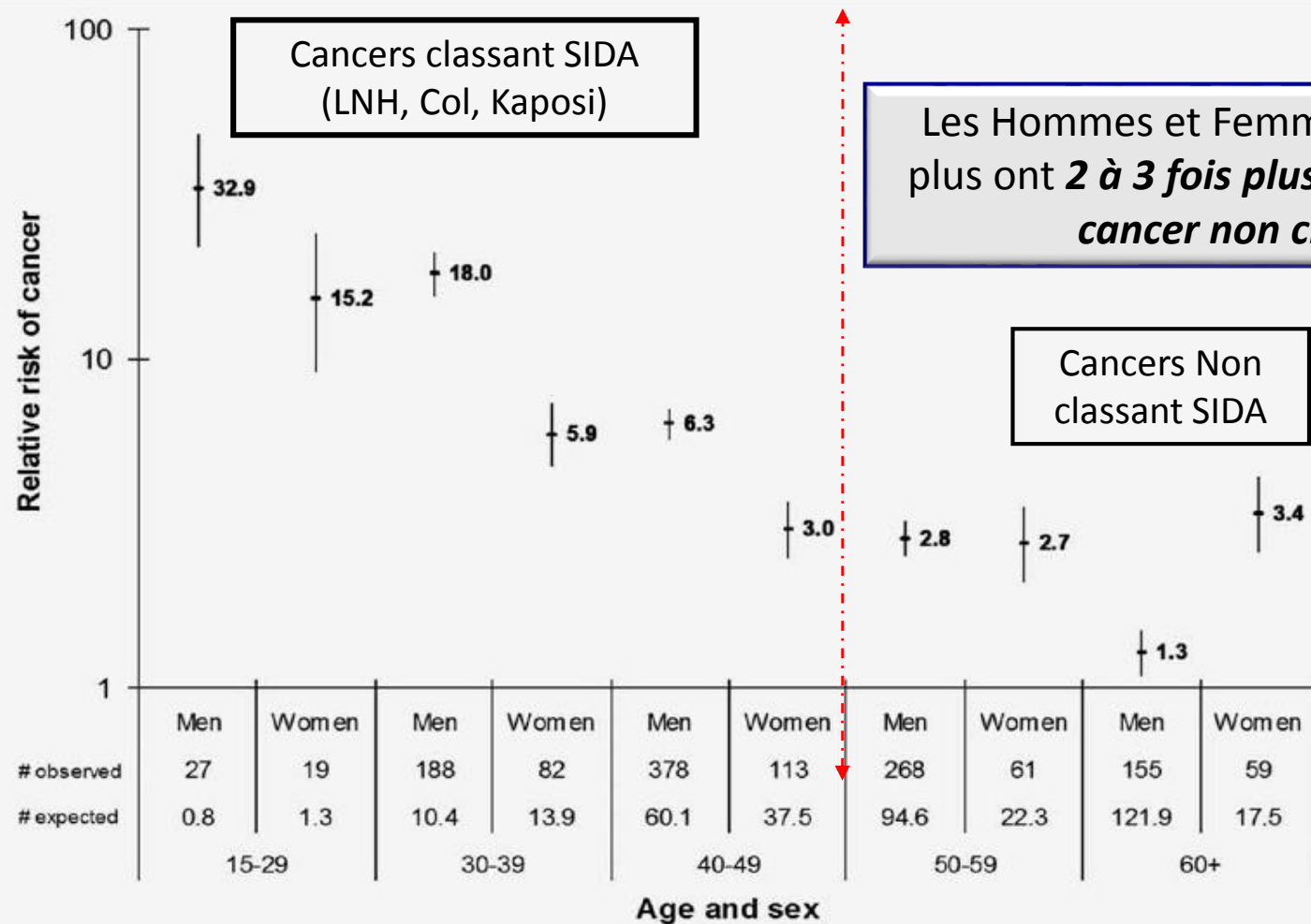
The spectrum of malignancies in HIV-infected patients in 2006 in France: the ONCOVIH study

Emilie Lanoy¹, Jean-Philippe Spano², Fabrice Bonnet^{3,4}, Marguerite Guiguet¹, François Boué⁵, Jacques Cadranel⁶, Guislaine Carcelain⁷, Louis-Jean Couderc⁸, Pierre Frange⁹, Pierre-Marie Girard¹⁰, Eric Oksenhendler¹¹, Isabelle Poizot-Martin¹², Caroline Semaille¹³, Henri Agut¹⁴, Christine Katlama^{1,15} and Dominique Costagliola^{1,15}; the ONCOVIH study group¹⁶

- Comparé à la population générale française, **le risque relatif de survenue d'un cancer chez les PVVIH est 3,5 plus élevé (IC 95%: 3.4–3.7).**
- **Le risque de survenue varie selon le type de cancer...**
(*Cancer anal, carcinome hépatocellulaire, lymphome Hodgkinien, Cancer broncho-pulmonaire*)

... Et le type de cancer varie avec l'âge ...

The spectrum of malignancies in HIV-infected patients in 2006 in France: the ONCOVIH study



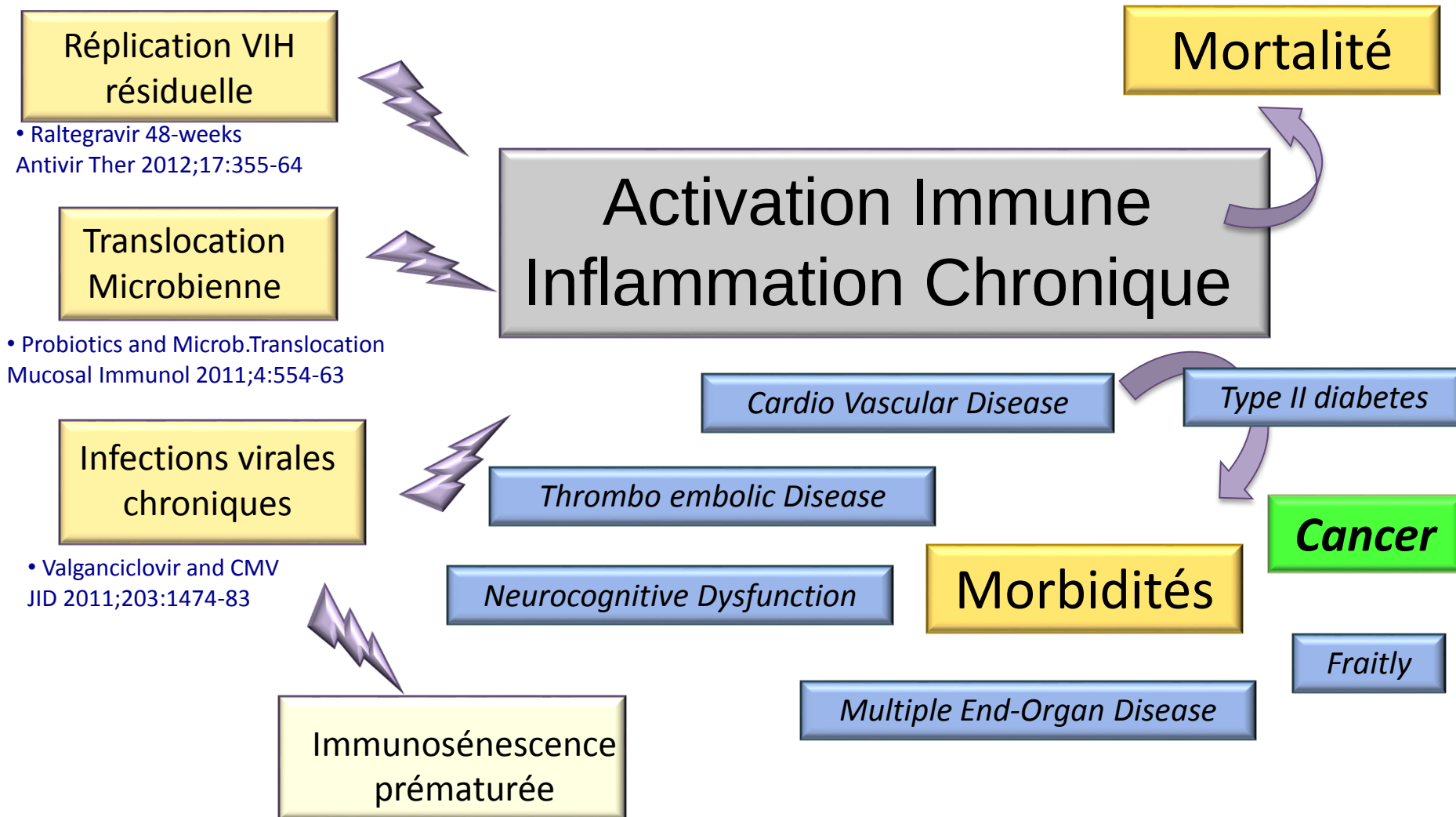
Les Hommes et Femmes VIH+ de 50 ans et plus ont **2 à 3 fois plus de risque de faire un cancer non classant SIDA**

Comparaison à la population générale (données Francim)

HIV and Inflammation: Mechanisms and Consequences

Curr HIV/AIDS Rep (2012) 9:139-147

Peter W. Hunt



VIH –HPV- VHC- VHB

EBV- HHV8- HTLV



Facteurs
génétiques



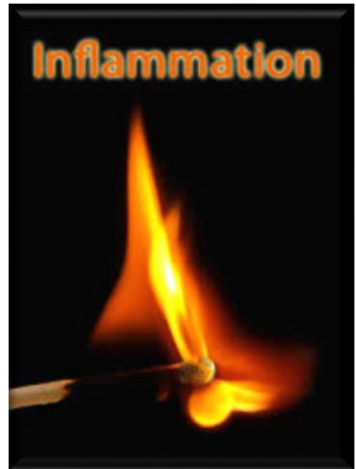
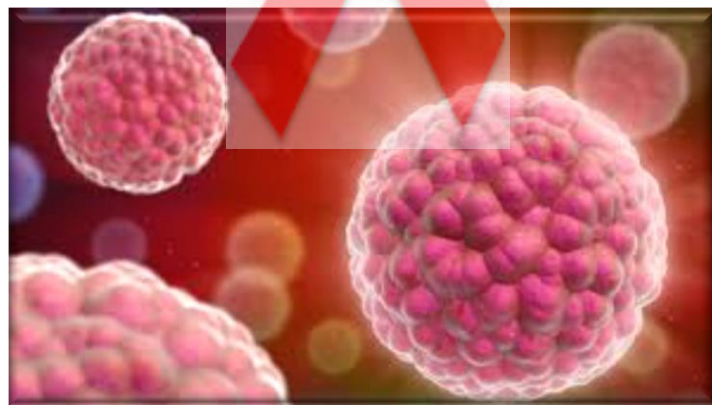
Rx,UV
Radiations
ionisantes



Hydrocarbures,
amiante,arsenic,
.....



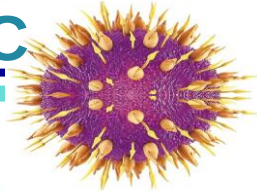
immunodepression



Increased Incidence of Cancer and Cancer-related Mortality Among Persons with Chronic Hepatitis C Infection, 2006-2010.

Allison RD¹, Tong X², Moorman AC², Ly KN², Rupp L³, Xu F², Gordon SC³, Holmberg SD²; Chronic Hepatitis Cohort Study (CHeCS) Investigators J Hepatol. 2015 Apr 30.

VHC



Abstract

BACKGROUND: Persons chronically infected with the hepatitis C virus (HCV) may be at higher risk for developing and dying from non-liver cancers than the general population.

METHODS: 12,126 chronic HCV-infected persons in the Chronic Hepatitis Cohort Study (CHeCS) contributed 39,984 person-years of follow-up from 2006 to 2010 and were compared to 133,795,010 records from 13 Surveillance, Epidemiology and End Results Program (SEER) cancer registries, and approximately 12 million U.S. death certificates from Multiple Cause of Death (MCOB) data. Measurements included standardized rate ratios (SRR) and relative risk (RR).

RESULTS: The incidence of the following cancers was significantly higher among patients with chronic HCV infection: liver (SRR, 48.6 [95% CI, 44.4-52.7]), pancreas (2.5 [1.7-3.2]), rectum (2.1 [1.3-2.8]), non-Hodgkin lymphoma (NHL) (1.6 [1.2-2.1]), and lung (1.6 [1.3-1.9]). Age at diagnosis and death was significantly higher among patients with: liver (RR, 29.6 [95% CI, 29.1-30.1]), rectum (2.6 [2.5-2.7]), NHL (2.3 [2.2-2.31]), and pancreatic (1.63 [1.6-1.7]) cancers. Incidence and mortality of many types of non-liver cancers were higher, and age at diagnosis and death younger, in patients with chronic HCV infection compared to the general population.



Impact de la guérison ? ...

CONCLUSIONS: Incidence and mortality of many types of non-liver cancers were higher, and age at diagnosis and death younger, in patients with chronic HCV infection compared to the general population.

Effet de la restauration immunitaire ?

❖ *Ratio d'Incidence Standardisé (SIR) chez des patients avec un **taux de CD4 > 500/mm³ depuis au moins 2 ans sous cART** comparé à la population générale et analysé sur 3 périodes: 1997-2000, 2001-2004 et 2005-2009.*

- N= 84 504 patients suivis de 1997 à 2009

- **SIR global sur la période 2005-2009**

Cancer du poumon: 2.8 (IC-95%): 2.5-3.1)

L.H: 26.5 (IC-95%: 23.2-30.1)

CHC: 10.9 (IC-95%: 9.6-12.3)

Cancer anal: 79.3 (IC-95%: 69.5-90.1).

- Plus jeune âge au diagnostic de cancer:
Poumon: -3,3 ans, CHC: -10,1 ans; LH: -1 an

SIR in HIV+ with CD4 $\geq$ 500/mm³ for more than 2 years (and controlled VL for ADC) compared with general population

KS	NHL	HL	Anal	Lung	Liver
35.4 (18.3-61.9)	1.0 (0.4-1.8)	9.4 (7.9-16.8)	-	0.9 (0.6-1.3)	2.4 (1.4-4.1)

Taux de CD4: toujours le bon marqueur chez un patient en restauration immunitaire?

HIV-Infected Individuals with Low CD4/CD8 Ratio despite Effective Antiretroviral Therapy Exhibit Altered T Cell Subsets, Heightened CD8+ T Cell Activation, and Increased Risk of Non-AIDS Morbidity and Mortality

• S Serrano-Villar et al , Plos Pathogens 2014;10 e1004078

• Mussini C, et al. Incidence of CD4/CD8 Ratio Normalization and Its **Role in the Onset of Non-AIDS-Related Events**. CROI 2014, Boston, MA, March 3-6, 2014. Abstract 753.

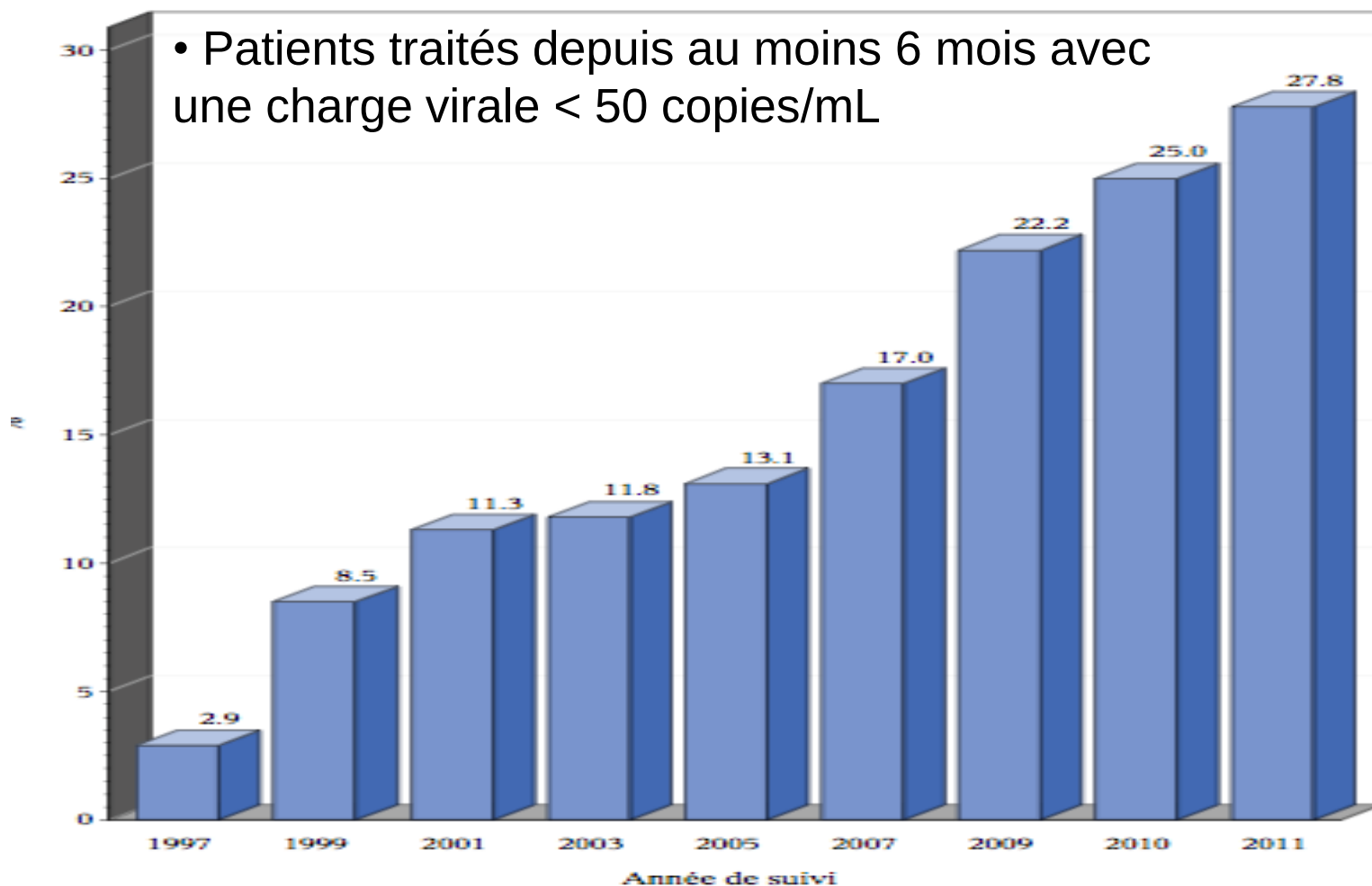
• M.Hema et al. **Rapport CD4/CD8 associé aux cancers** mais pas aux autres événements classant SIDA chez les PVVIH sous cART Cohorte APROCO/COPILOTE ANRS C08. JN1 2015, Nancy 12 juin

Immunological and infectious risk factors for lung cancer in US veterans with HIV: a longitudinal cohort study

K Sigel et al. Lancet HIV Dec 2016

Ratio CD4/CD8 <1?

Ratio CD4/CD8 >1 chez seulement 30% des patients traités





Chapitre Cancer



Des recommandations adaptées aux PVVIH

- Bilan au diagnostic de cancer
- Prise en charge carcinologique
- Dépistage/ diagnostic précoce

Bilan au diagnostic de cancer chez une PVVIH

Données de Suivi de l'infection VIH	Informations à recueillir / Examens à réaliser
Antécédents d'évènements classant SIDA dont - Infections - Cancers	Le type de pathologies et dates de survenue Pour les cancers : - Si chimiothérapie antérieure: molécules et doses totales administrées - Si radiothérapie antérieure : dose totale reçue
Nadir de CD4	A défaut, stade CDC 1, 2 ou 3
Antécédents de thrombopénie	Dernier taux de plaquettes
Traitement antirétroviral en cours - Historique thérapeutique - Antécédents d'intolérance aux ARV - Génotypes de résistance antérieurs	- Charge virale VIH - Nombre de CD4 (en valeur absolue et en %) - Test de tropisme si prévision d'utilisation d'un anti-CCR5 - HLA B*5701 si non disponible
Coinfections : - Hépatite B (Ag HBs+ ou Ac HBc isolé) - Hépatite C	- ADN VHB - ARN VHC si sérologie VHC+ - Dans les deux cas : évaluation du score de fibrose et du score de Child chez les patients cirrhotiques
Statut Sérologique : - Toxoplasmose - Cytomégalovirus (CMV)	- Sérologie toxoplasmose si précédent contrôle négatif - PCR CMV si sérologie CMV+
Recherche de Comorbidités : - Bilan cardiovasculaire - Fonction rénale - Diabète - Neuropathie périphérique	ECG, échocardiographie ou FEVG +/- recherche d'atteinte coronarienne Clairance de la créatinine (MDRD) Rapport Protéinurie/Créatininurie Phosphorémie, glycosurie (à jeun) Glycémie à jeun Exposition antérieure à la stavudine, didanosine, didéoxycytidine,

Cancers

Isabelle Poizot-Martin et le groupe d'experts

PRISE EN CHARGE
 MÉDICALE DES PERSONNES
 VIVANT AVEC LE VIH
 RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
RAPPORT 2013
 Sous la direction du Pr Philippe Morlat
 et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Calendrier de prise en charge carcinologique d'une PVVIH

Au Diagnostic du Cancer

- **Bilan de l'infection VIH.** Les informations suivantes doivent être renseignées:

Stade CDC

Nombre de CD4/ Charge virale VIH

Sérologie Toxoplasmose et CMV

Sérologie VHC : si +, ARN VHC

Sérologie VHB : si Ag HBs+ ou Ac HBc isolé, ADN VHB

En cas de coinfection VHB ou VHC : Evaluation du score de fibrose

En cas de cirrhose : Evaluation du score de Child

HLAB5701

Bilan Rénal : ClCr ; Rapport Protéinurie/ Créatininurie et Albuminurie/créatinurie

Bilan CV : ECG, Echocardiographie, FEV

- **Définition du PPS carcinologique en RCP avec Oncologue, Clinicien référent VIH, Pharmacologue et Virologue**

- **Instauration ou adaptation du traitement antirétroviral selon l'avis de la RCP**

- **Initiation d'une prophylaxie vis à vis de la pneumocystose et de la toxoplasmose**

- **Patient avec sérologie CMV positive :** PCR CMV Et si PCR CMV >1000 copies/ml :

Fond d'œil systématique

En l'absence de rétinite à CMV: Initiation d'une prophylaxie

- **Initiation d'une prophylaxie anti-HSV/VZV** chez les patients avec herpès récurrent et/ou en cas de chimiothérapie cytopénisante

Suivi spécifique durant le TRT Carcinologique

- Monitoring pharmacologique selon la RCP

- **Une fois par mois**

- Charge virale plasmatique VIH

Si AgHBS+ ou Ac HBc isolé avec traitement par rituximab et tenofovir contre indiqué: ADN VHB

En cas de sérologie CMV+: PCR CMV

-Suivi de l'observance au TRT ARV et aux prophylaxies

- **Tous les trois mois**

-Typage lymphocytaire CD4 et CD8

Suivi Spécifique Post TRT Carcinologique

- **Réévaluation du TRT ARV**

- **Arrêt des prophylaxies** si CD4 > 200/mm³ ou 15% depuis au moins 6 mois

- **Patient Ac HBc isolé traité par rituximab et tenofovir contre indiqué:** suivi mensuel des transaminases +/- de l'ADN VHB pendant 12 mois

Les règles de base pour le traitement d'une affection maligne chez une PVVIH

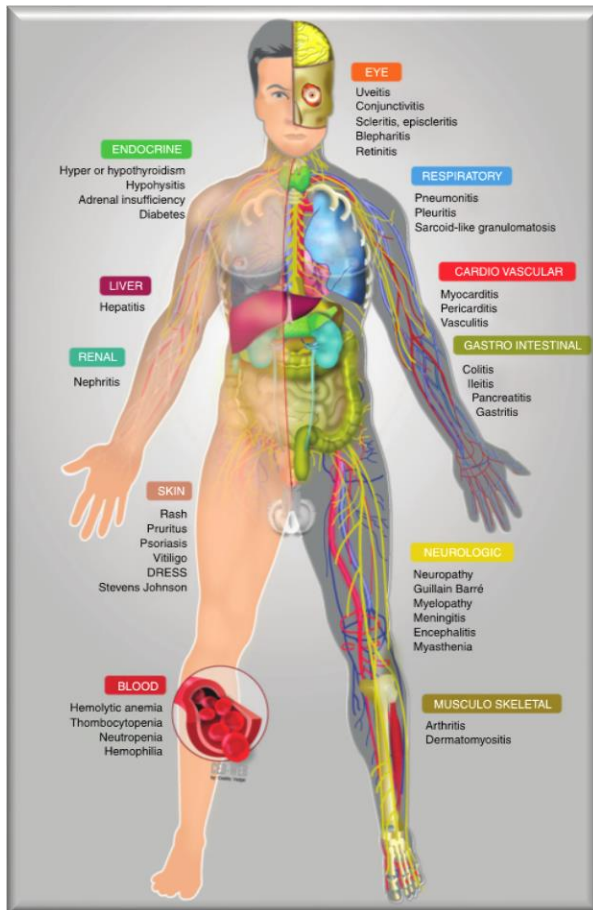
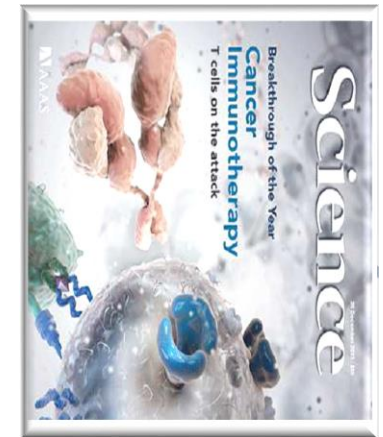


- **La charge virale VIH doit être indétectable: Le traitement ARV doit être maintenu (ou initié)**
- **Une Prophylaxie vis à vis de la pneumocystose et de la toxoplasmose doit être initiée indépendamment du taux de CD4, du type de tumeur et du traitement carcinologique. Elle doit être maintenue durant toute la durée du traitement antinéoplasique et jusqu'à l'obtention d'un taux de CD4 $>200/\text{mm}^3$ et $>15\%$ depuis au moins 6 mois.**
- **En cas de sérologie CMV positive, la PCR CMV doit être contrôlée avant la première cure de chimiothérapie. Si elle est >1000 copies/ml une prophylaxie par valganciclovir à 900 mg/j doit être instaurée après avoir éliminé une rétinite à CMV (FO)**
- **Les patients coinfecteds VIH/VHB (Ag HBs+) ou porteur d'un anticorps HBc isolé doivent maintenir un traitement antirétroviral actif vis à vis de l'hépatite B.**

Les contraintes pharmacologiques

- Ces aspects pharmacologiques concernent **les traitements à visée antinéoplasique** (chimiothérapie, radiothérapie, corticoides), **les traitements de confort** (tels anti-émétiques, antalgiques), **ainsi que les prophylaxies antinfectieuses**.
- **Les interactions** peuvent être **d'ordre pharmacocinétique** (risque de moindre efficacité) **et/ou pharmacodynamique** (risque de surtoxicité).
- La place du **monitoring pharmacologique** sera définie **au cas par cas lors des RCP**.

Immunomodulateurs chez les PVVIH ?



- Un observatoire National
« ONCOVIH-AC »
Coordonnateurs: Pr JP Spano- Pr O Lambotte

www.cancervih.org

www.anrs.fr



Recommandations 2013



■ Une RCP Cancer- VIH labellisée avec pour objectifs :

- **Ne pas sous traiter** le cancer et garantir aux PPVIH un **traitement carcinologique conforme aux recommandations en vigueur**
- **Réduire le risque d'interactions médicamenteuses** susceptibles de diminuer l'efficacité du traitement carcinologique
- **Limiter les toxicités additives** entre molécules antirétrovirales et les anticancéreux (exemple: tenofovir et sels de platine/methotrexate).
- **Anticiper** la survenue d'une **décompensation hépatique** (coinfection VHB, VHC), d'une **insuffisance rénale** voire **cardiovasculaire**.
- **Définir** les modalités **des chimioprophylaxies anti- infectieuses** qui doivent être instaurées **indépendamment du taux de CD4**

Cancers

Isabelle Poizot-Martin et le groupe d'experts

PRISE EN CHARGE
MÉDICALE DES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH
RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS
RAPPORT 2013
Sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNRS et de l'ANRS

Un Centre Expert National

Coordonnateur Pr. J.P. Spano, *Oncologue*, CHU Pitié-Salpêtrière

Coordination « *VIH* »

Dr I. Poizot-Martin
CHU Sainte Marguerite, Marseille



Coordination « *Hématologie* »

Pr. F. Boué
CHU Antoine Bécclère, Clamart

Les réseaux régionaux de cancérologie (RRC)



Les Comités de Coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH)



Et 27 Centres Experts Régionaux au titre des COREVIH :

**Un médecin référent VIH associé ou non à
un ou plusieurs cancérologues déclaré(s) à la DGOS**



27 Centres Experts Régionaux au titre des COREVIH

Région	REFERENT VIH AU TITRE DU COREVIH	Ville/Etablissement	Médecins responsables
Alsace	COREVIH ALSACE: Dr Partisani	Strasbourg CHRU - Hôpitaux Universitaires	Dr Maria Partisani/Pr Georges Noel
Aquitaine	COREVIH AQUITAINE:Pr F Bonnet	Bordeaux CHU- Hôpital Saint André	Pr Fabrice Bonnet/ Pr Alain Ravaud
Auvergne	COREVIH AUVERGNE LOIRE:Dr C Jacomet	Clermont Ferrand	Dr Christine Jacomet/Pr Jacques-Olivier Bay
Basse Normandie	COREVIH BASSE NORMANDIE: Pr R Verdon	Caen- CHU Caen	Pr Renaud Verdon
Bourgogne	COREVIH BOURGOGNE:Pr P Chavanet/L Piroth	Dijon- CHU- Hôpital Le Bocage	Pr Pascal Chavanet
Bretagne	COREVIH BRETAGNE:Dr C Arvieux	Rennes- CHU - Hôpital Pontchaillon	Dr Cédric Arvieux
Centre	COREVIH Centre et Poitou Charente: Dr Le Moal	Poitiers-CHU-Poitiers	Pr Jean-Marc Tourani/ Dr Gwenaél Le Moal
		Tour- CHU Tour	Pr F Bastides
Champagne- Ardenne		En interrégion avec la Lorraine	
Corse		En interrégion avec PACA Ouest	
Franche-Comté	COREVIH FRANCHE COMTE :Dr L Hustache Matthieu	Besançon- CHU Besançon	Dr Laurent Hustache-Matthieu/Pr X Pivot
Haute Normandie	COREVIH HAUTE NORMANDIE:D	Rouen- CHU- Hôpital Charles Nicolle	Dr Jérémie Leporrier
Ile de France	COREVIH ILE DE France		
	Nord: Pr P Yeni	Clamart- CHU Antoine-Béclère	Pr François Boue
	Sud: Pr A Sobel	Paris Henri Mondor	Pr Y Levy/Pr Jean-Daniel Lelièvre/Pr C Tournigand
		Paris Nec ker Pasteur	Dr C Duvivier/Dr M. Shoai-Tehrani/Pr O. Lortholary/Dr PH Consigny
	Est : Pr PM Girard	Paris Saint Antoine	Pr Pierre Marie Girard/Pr Thierry André
		Paris Lariboisière	Pr M Pocard
	Ouest: Pr E Rouveix	Paris Saint Louis	Pr Jean Michel Molina/Pr Marc Espie/Pr L Quero
	Centre: Pr C Katlama	Paris CHU Pitié Salpêtrière	Pr Christine Katlama/Pr Jean-Philippe Spano*
		Paris Tenon	Pr Pialoux/Pr Le Loup/Pr Touboul/Pr Lotz/Pr Cadranell/Dr lavole
		Paris Cochin Hotel Dieu	Pr Dominique Salmon/Pr Jean-Paul Viard/Pr Jérôme Alexandre
		Villejuif IGR	Pr M Ducreux/Pr JC Soria
		Boulogne Billancourt	Pr Elisabeth Rouveix
Languedoc- Roussillon	COREVIH LANGUEDOC ROUSSILLON:Pr J Reynes	Montpellier CHU Gui de Chauliac	Pr Jacques Reynes/Pr Bernard Guillot/Pr Georges Philippe Pageaux/Pr Guillaume Cartron/Pr Jean Louis Pujol/Dr Claire Lemanski
Limousin	COREVIH LIMOUSIN MIDI PYRENEES	En interrégion avec Midi-Pyrénées	
Lorraine	COREVIH LORRAINE ET CHAMPAGNE ARDENNE:Pr T May	Nancy - CHU- Hôpitaux de Brabois	Pr Thierry May
Midi-Pyrénées	COREVIH LIMOUSIN MIDI PYRENEES		
		Toulouse	Dr Corinne Couteau
Nord-Pas-de-Calais	COREVIH NORD PAS DE CALAIS: Dr B Riff	Tourcoing- CHR Tourcoing	Dr Faiza AJANA
Pays de la Loire	COREVIH PAYS DE LOIRE:Dr E Billaud	Nantes-CHU- Hôpital Hôtel Dieu	Dr Eric Billaud
Picardie	COREVIH PICARDIE:Pr JL Schmitt	Amiens- CHU Amiens	Pr Jean-Luc Schmitt/ Pr Jean Pierre Marolleau/ Pr Bruno Chauffert
PACA	COREVIH PACAOUEST ET CORSE:Dr I Poizot-Martin	Marseille- CHU Sainte Marguerite	Dr Isabelle Poizot- Martin/ Pr JS Seitz/Pr F Barlési
		CHU Timone	Pr Jean François Seitz
		CHU Nord	Pr Fabrice Barlési
		Institut Paoli Calmettes	Pr Patrice Viens
	COREVIH PACA EST: Pr E Rosenthal	Nice-CHU - Hôpital de l'Archet	Pr Eric Rosenthal/Pr Nicolas Mounier
Rhône- Alpes		Lyon- CHU- Hospices Civils de Lyon	Dr Jean-Michel Livrozet/ Dr Pierre Jean Souquet
	COREVIH LYON VALLEE DU RHONE:Dr JM Livrozet	Centre Léon Bérard	Pr Jean-Yves Blay
	COREVIH ARC ALPIN: Dr P Leclercq	Grenoble- CHU- Hôpital Michallon	Dr Pascale Leclercq/Pr Moro-Sibilot
Guadeloupe	COREVIH GUADELOUPE: Dr Goerger-Sow	Pointe à Pitre/Basse Terre	Dr Isabelle Lamaury/Dr F Bissuel/Dr Sophie Stegmann-Planchar
Guyane	COREVIH GUYANNE: Pr Nacher	Cayenne-CHR Andrée Rosemon	Pr M Nacher/ Pr Pierre Couppié/Pr JP Droz/Dr Jerome Fayette
Martinique	COREVIH MARTINIQUE:Pr A Cabié	Fort de France- CHU	Pr André Cabié
La Réunion	COREVIH LA REUNION:Dr C Gaud	CHU Saint Denis Hôpital Felix Guyon	Dr Catherine Gaud



Réseau **CANCERVIH**

Le centre expert National

Ses Missions:

- Assurer la **fonction de recours** au niveau national en donnant des avis sur des problèmes **thérapeutiques ou diagnostiques** concernant les patients infectés par le VIH et atteints d'un cancer: *la RCP **ONCOVIH***
- **Assister les différentes RCP régionales** à la fois dans leur création et leur développement.
- Participer à **l'information des patients et de leur entourage**
- Participer à la **formation des professionnels** (*partenariat **SFLS***)
- Développer la **recherche** par le **recueil de données épidémiologiques et l'organisation d'essais cliniques.**



Réseau **CANCERVIH**

Les RCP de Recours Régionales



Comité de coordination régionale de lutte contre le VIH

RCP ONCOVIH

WEB-RCP Nationale ONCOVIH

Conformément au projet CANCERVIH initial, la WEB-RCP Nationale aura lieu **le mardi tous les 15 jours de 18h à 19h** à partir du 6 mai.



RCP REGIONALE CANCER ET SIDA
COORDONNATEUR : Dr I POIZOT-MARTIN

cancérologie
**onco
paca**
corse
le réseau régional



AP HM
Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

COREVIH PACA OUEST Corse: **File active 7728 patients** COREVIH PACA EST: **File active 3085 patients**

Référent VIH: Dr I Poizot-Martin

Référent Cancer: Pr F Barlési

Janvier 2010

Référent VIH: Pr E Rosenthal

Référent Cancer: Pr N Mounier

Septembre 2012

Comment ? :

- **RCP de recours mensuelle** organisée en visio/télé conférence le vendredi, 12H

- **Accessible également à la demande par mail** pour les situations d'urgence

- Calendrier des réunions en ligne sur le **site du réseau ONCOPACA Corse et de la COREVIH PACAOUESTCorse**



**Une fiche de soumission
spécifique**



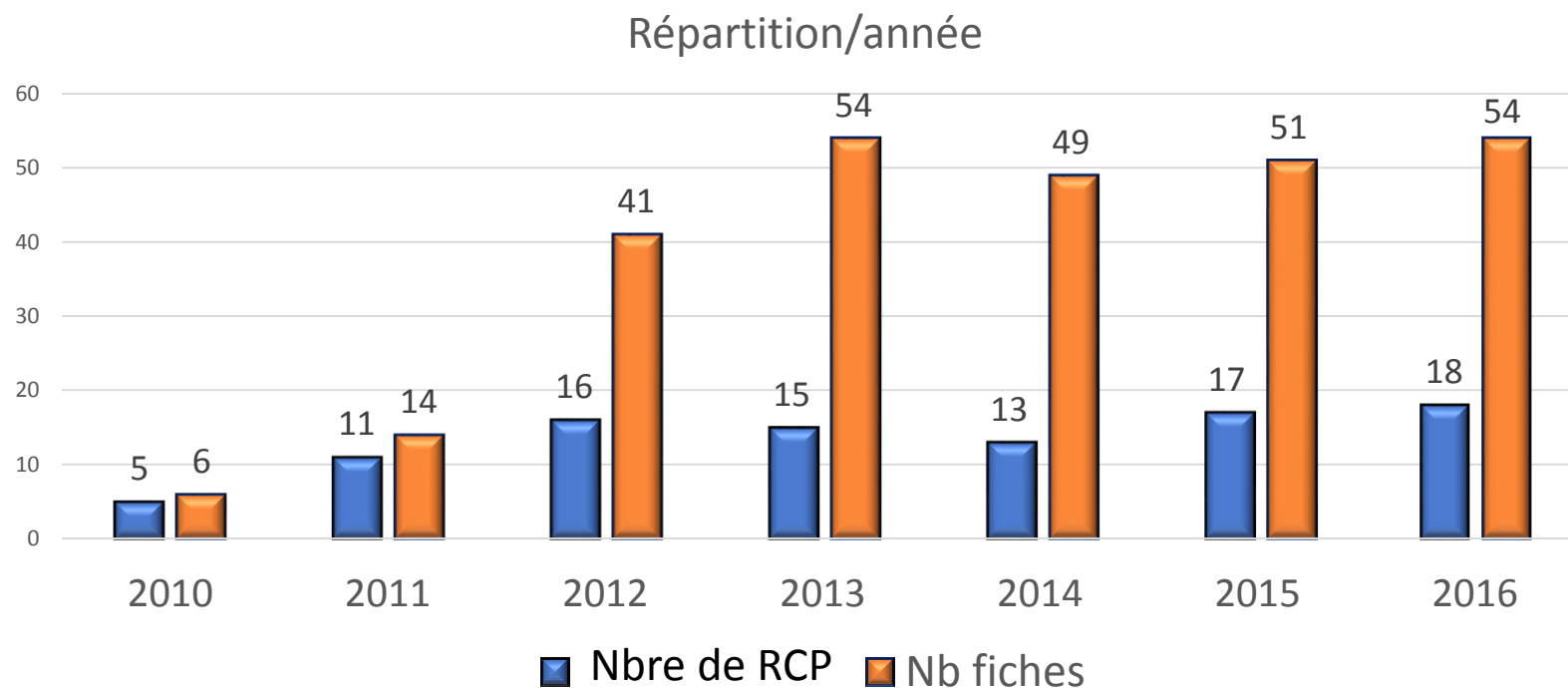
Les acteurs ?

Médecins référents VIH, **virologue, pharmacologue** et oncologues



Les centres VIH et les services d'oncologie sur le territoire des COREVIH PACA OUEST- CORSE ET PACA EST

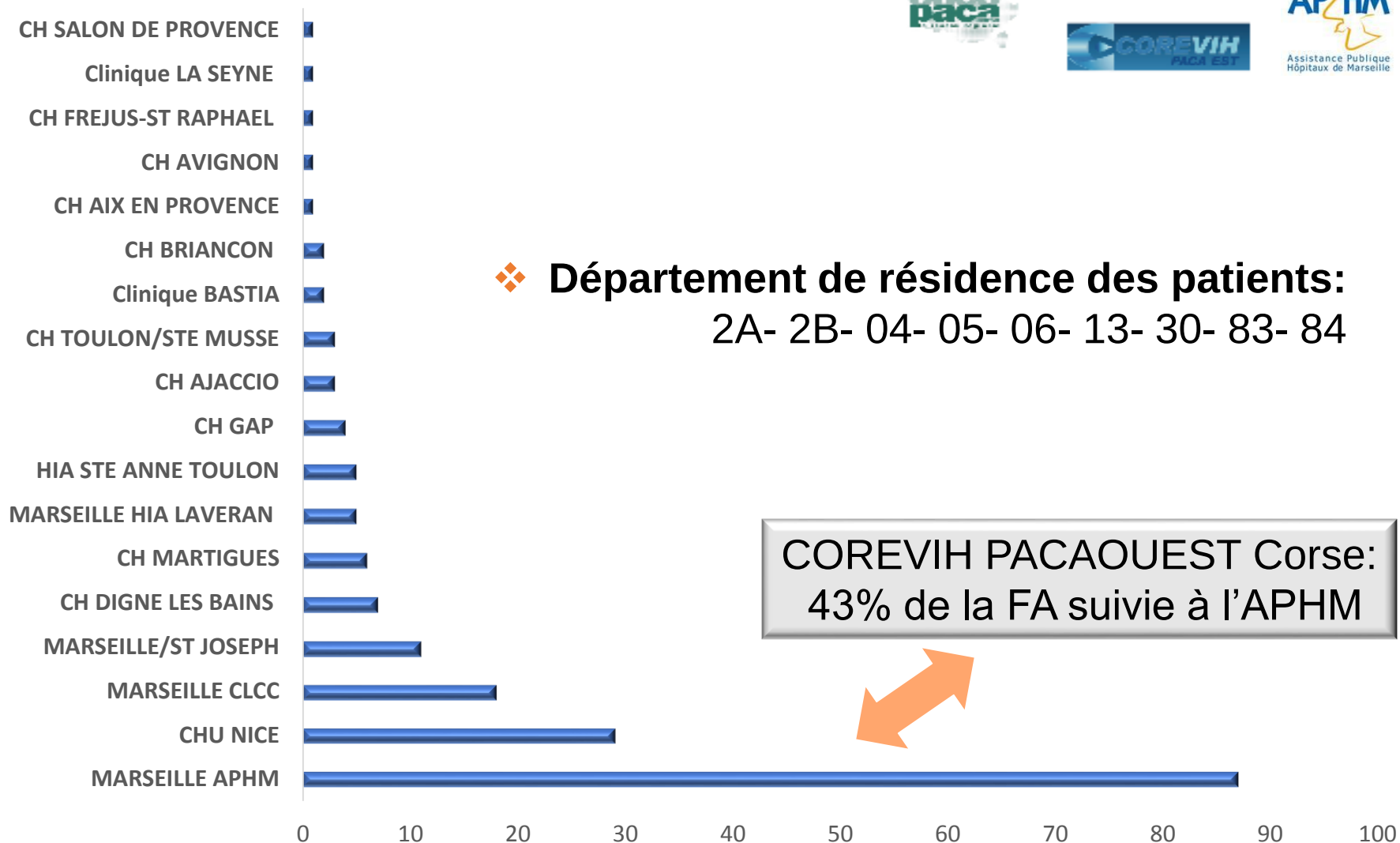
Bilan global:
95 séances, 269 Fiches pour **225 cas de cancer***

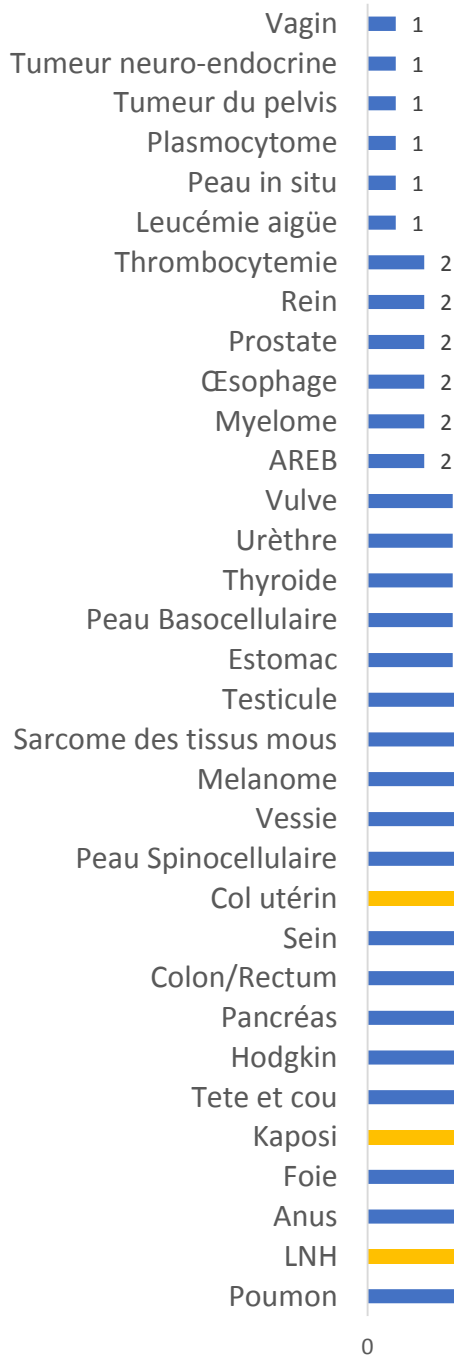


(*38 dossiers passés 2 fois, 5 dossiers 3 fois et 1 dossier 4 fois.)

Une participation régionale

RCP REGIONALE CANCER ET SIDA
COORDONNATEUR : Dr I POIZOT-MARTIN





Bilan d'une RCP régionale:

1. Suivi épidémiologique

❖ **Au 31/12/2016: 225 cas de Cancers**
80% de cancers non classant SIDA
86% des cas en phase initiale

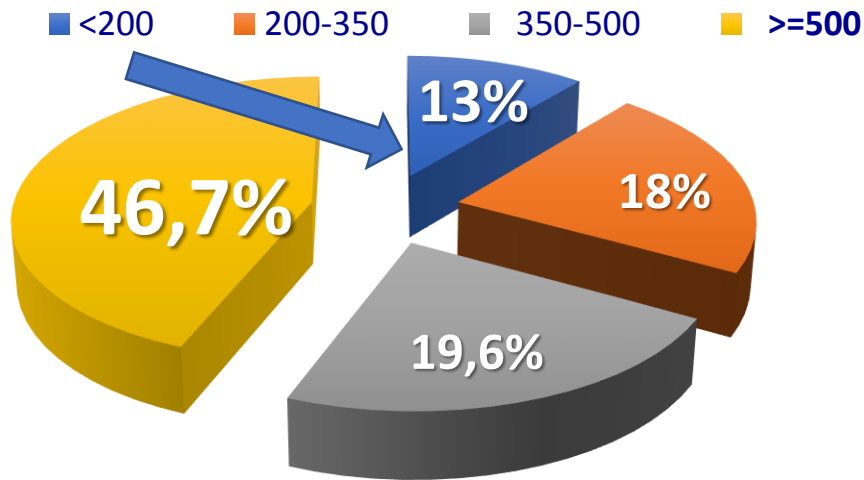
Hommes: **70%**

Age médian: **52 ans** (IQ: 47;57)

Durée de suivi VIH: **19,4 ans** (10,3; 25)

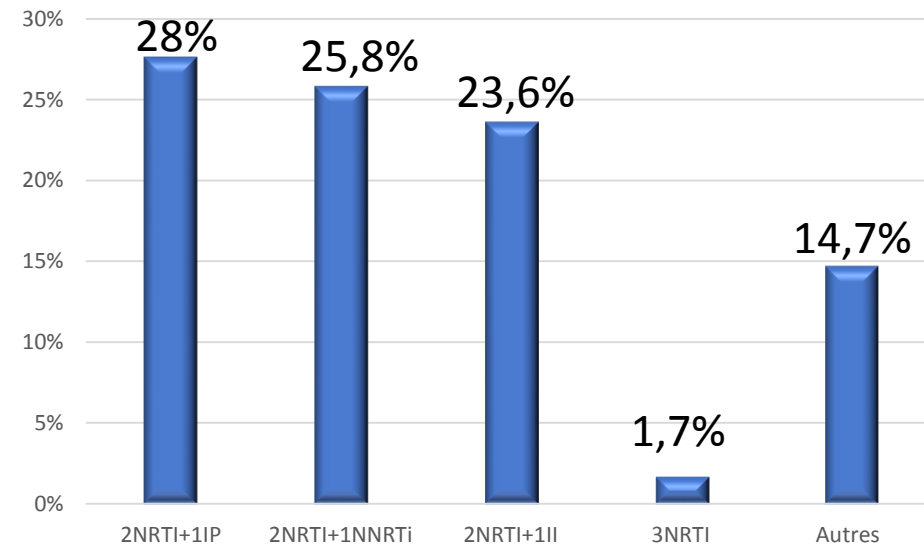
Stade CDC (n=158): **Non SIDA: n= 50%**

❖ Médiane CD4: 473/mm³ (IQ: 267; 700)



❖ Sous cART: 93%

❖ CV < 40 copies/mL: 74,7%

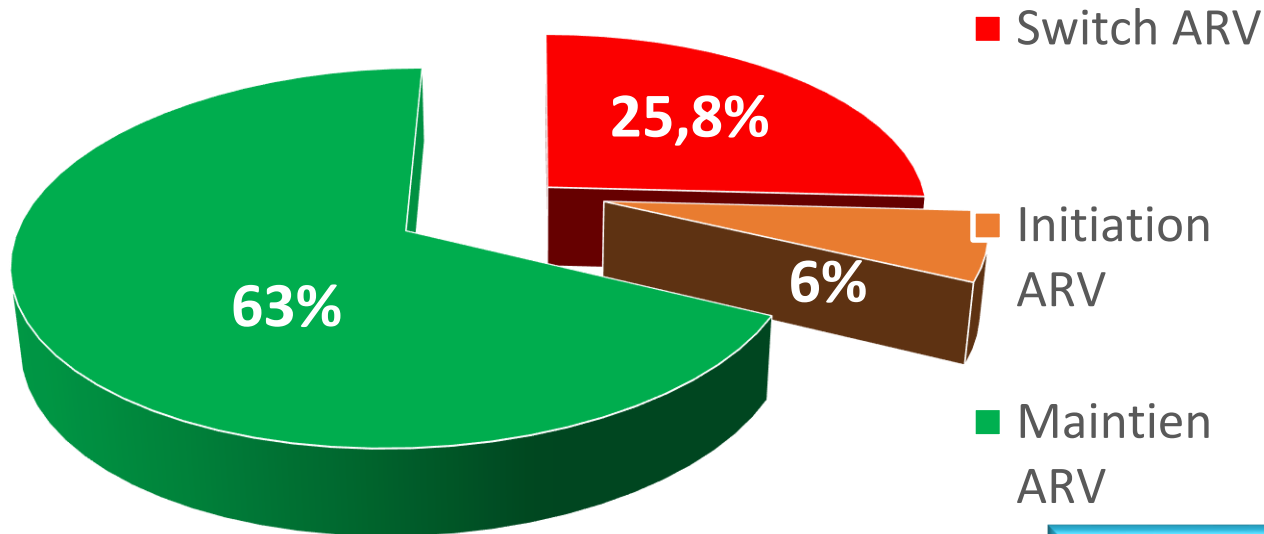


- Coinfection VHC: 34% (ARN VHC+: 20%)
- AgHBs+: 7,6%; ACHBc isolé: 11,6%
- Sérologie CMV+ (n= 155): 71%

**Risque d'interactions:
68,5%**

Bilan d'une RCP régionale: 2.Optimisation de la prise en charge

➤ Décision de la RCP de recours:



Interaction efficacité: 15%
Interaction Toxicité: 34%

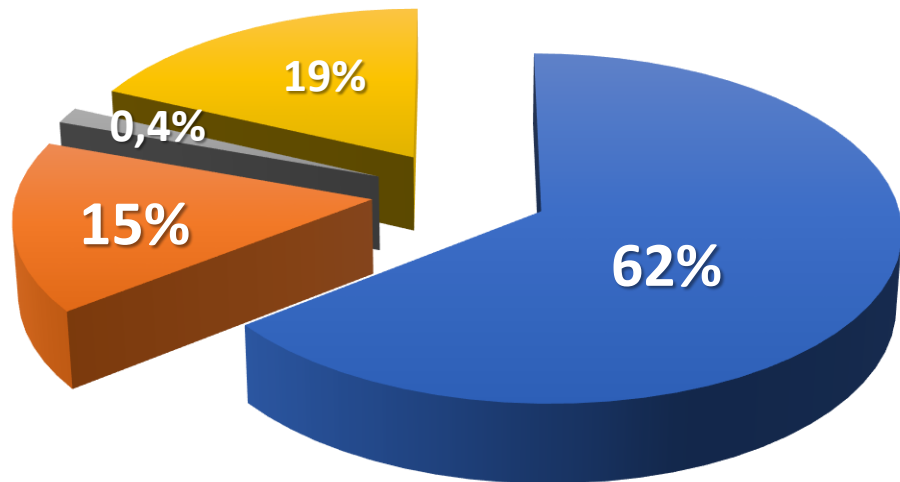


Instauration prophylaxie IO:
100% en cas de chimiothérapie et/ou radiothérapie

Bilan d'une RCP régionale:

3. Meilleur contrôle régional de l'épidémie VIH (Mise sous traitement ARV et dépistage des partenaires)

❖ Circonstances de découverte du Cancer



Cancer révélateur de la séropositivité VIH: n= 13
(myélome, pancréas, poumon, sarcome, col, kaposi (4), LNH (3))

■ **Manifestation clinique**
■ Dépistage organisé

■ Dépistage individuel
■ Ne sait pas

Recommandations 2013

- La forte prévalence de cancers chez les PVVIH rend nécessaire le **dépistage de l'infection par le VIH lors du bilan initial de tout cancer.**
- Ce dépistage permettra notamment la **prescription encadrée d'un traitement immunosuppresseur ou cytotoxique** à un patient potentiellement immunodéprimé.
- **Tout cancer classant et non classant SIDA** peut désormais être une **circonstance de découverte de l'infection par le VIH**, ce qui rend nécessaire la **diffusion de ces recommandations aux équipes d'oncologie: médecins, chirurgiens et radiothérapeutes**

❖ **Madame Y, 57 ans**
2 enfants

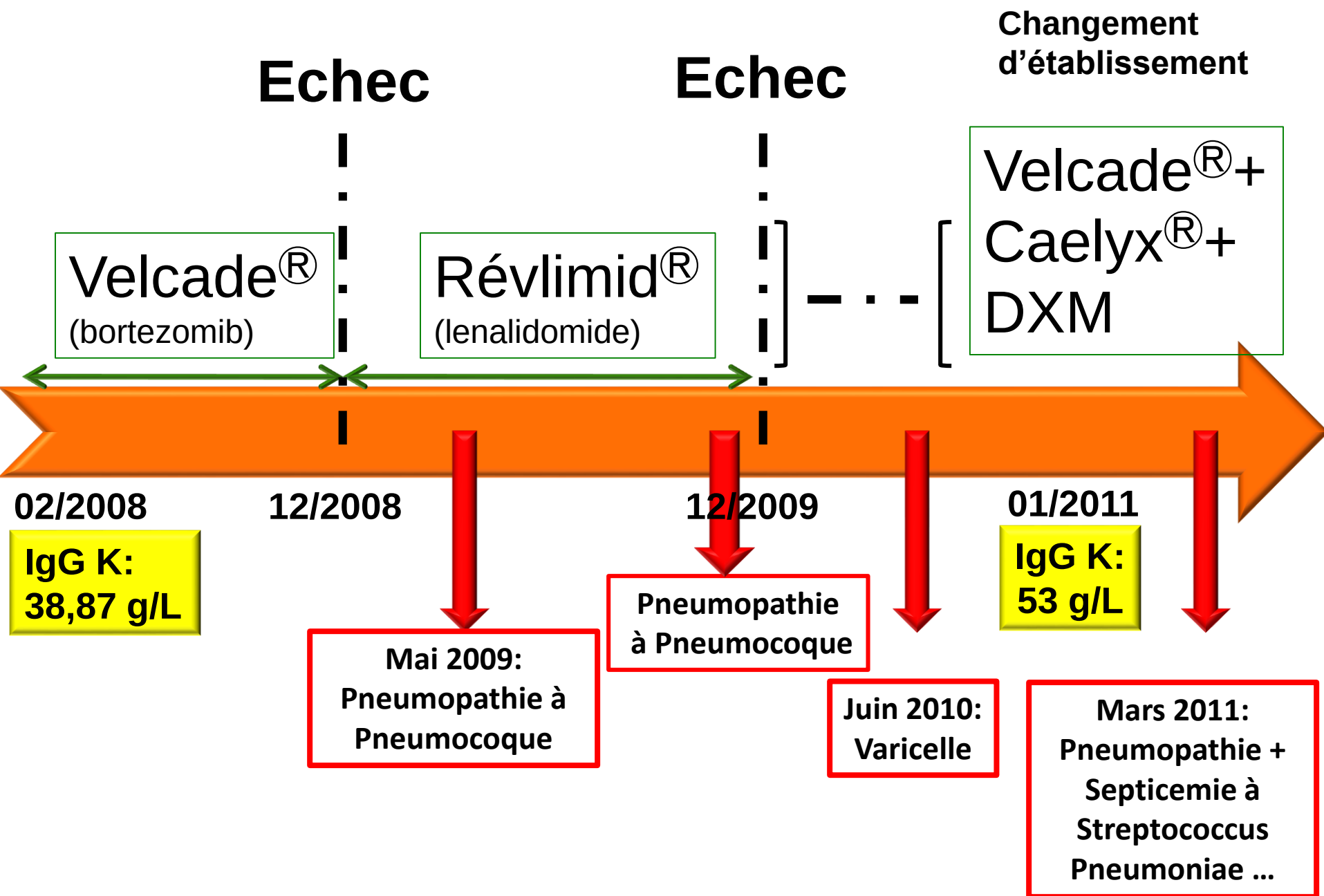
ATCD:

1978: Cholécystectomie

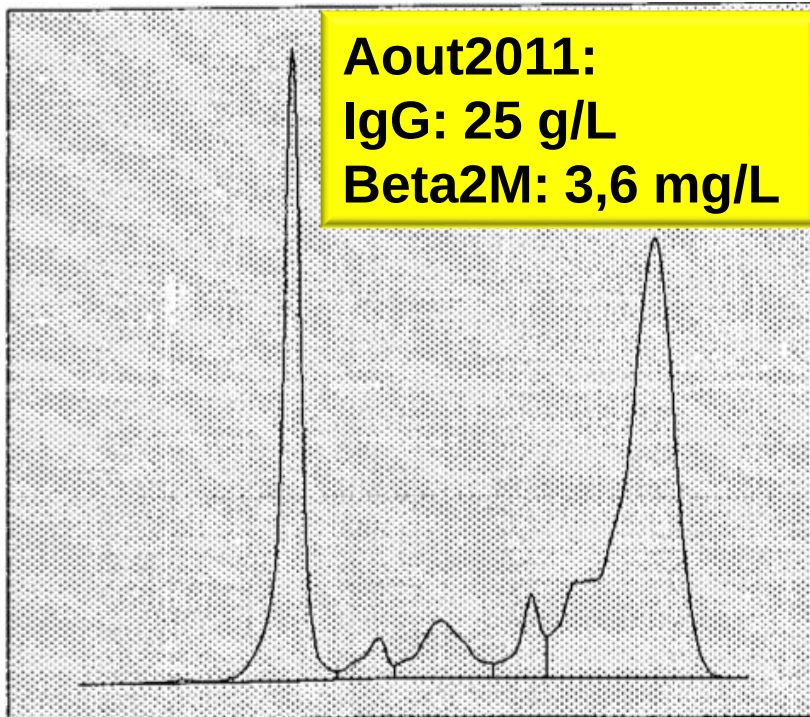
1990: Adénocarcinome colon gauche
(Colostomie)

Février 2008:

Dc d'une dysglobulinémie monoclonale à **IgG Kappa**
(38,87g/l) devant un syndrome inflammatoire



❖ Aout 2011: Bilan après 4 cures- Réponse partielle



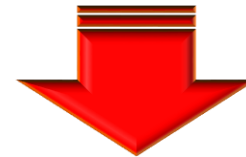
Mais mauvaise tolérance

- 3^{ème} cure sans Caelyx®
- 4^{ème} cure sans Velcade®

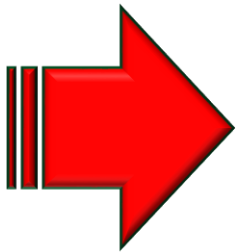
Avril 2011

IgG : 40 g/L

Intensification + Allogreffe



***Sérologie VIH
dans le bilan prégreffe...***



- ❖ **Dépistage à plus de 3 ans du diagnostic initial d'un cancer**
- ❖ **Dépistage après plusieurs épisodes Infectieux à pneumocoque**
- ❖ **Dépistage à un stade d'Immunodépression avancée:**

CD4: 24/mm³
(Nle: 600-1200)

Diagnostic tardif d'une séropositivité VIH chez les patients atteints d'un cancer

- Homme 71 ans

Juillet 2014: Liposarcome dédifférencié sous-diaphragmatique

- 3 cures d'antracyclines: Echec
- 10 cures de Dacarbazine: Echec

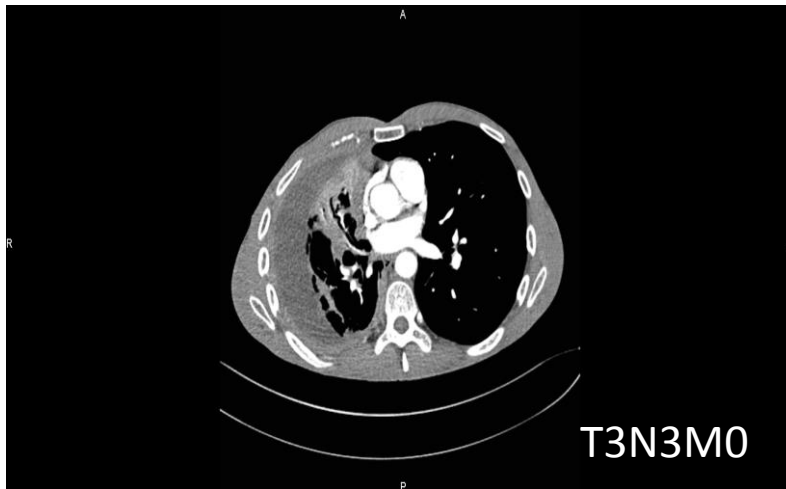
❖ **Juillet 2015:** Transfert dans un centre participant à la RCP de recours Cancer-VIH en ONCO-PACA

Dépistage du VIH inscrit dans le bilan initial:



CD4: 49/mm³

Dépistage du VIH au diagnostic du cancer



❖ **Homme de 53 ans**

Marié, 4 enfants

Tabac: 33 Paquets Année

10/2013: Toux chronique, hémoptysie



Carcinome bronchique

Depuis 2013: Dépistage du VIH dans le **bilan tumoral initial** ...

• **CD4= 57/mm³ (NI: 600- 1200)**

DEPISTAGE DE L'INFECTION PAR LE VIH DANS LE BILAN THERAPEUTIQUE D'UNE AFFECTION MALIGNE

Le cancer peut être une
circonstance de découverte de
l'infection par le VIH :

Prescrire un test de dépistage
du VIH lors d'un diagnostic,
c'est pouvoir prescrire en
connaissance de cause un
traitement immunosuppresseur
à un patient potentiellement
immunodéprimé.

QUE FAIRE EN CAS DE SEROLOGIE VIH POSITIVE ?

1. CONTACTER UN SERVICE REFERENT

En consultant les sites des Coordinations Régionales de l'Infection VIH (COREVIH). Un dispositif spécifique pour la prise en charge des personnes nouvellement dépistées est mis en place dans ces unités.

- COREVIH PACA-OUEST-Corse
<http://www.ap-hm.fr/corevih-poc/fr/site/>
- COREVIH PACA-EST
<https://extranet.chu-nice.fr/COREVIH-PACA-Est/>

2. SOUMETTRE LE DOSSIER À LA RCP DE RECOURS REGIONAL «CANCER ET SIDA»

Mise en place avec le concours du Centre de coordination en cancérologie de l'AP-HM, cette RCP associe spécialistes de l'infection VIH, virologues, pharmacologues et oncologues. Elle fonctionne en visio et télé conférence. Informations pratiques sur le site du réseau régional de cancérologie OncoPACA-Corse : www.oncopaca.org/fr/professionnels/RCP/les-rcp

OBJECTIFS :

- **NE PAS SOUS-TRAITER LE CANCER**
- **Réduire le risque d'interactions médicamenteuses** (risque de surtoxicité et ou de perte d'efficacité du traitement anti-cancéreux/ ou antirétroviral)
- **Recommander si nécessaire un monitoring pharmacologique** des antirétroviraux et des anticancéreux,
- **Définir les modalités de prophylaxie vis-à-vis des infections opportunistes**

RCP REGIONALE CANCER ET SIDA COORDONNATEUR : Dr I POIZOT-MARTIN

CHU de Marseille

• **Référents VIH** : Dr I. POIZOT-MARTIN / Dr S. RONOT- BREGIGEON
Service d'Immuno-Hématologie Clinique CISIH
Tél. 04 91 74 49 66 Fax. 04 91 74 49 62
isabelle.poizot@mail.ap-hm.fr
sylvie.ronot@ap-hm.fr

• **Référent Oncologie** : Pr F. BARLESI
Service d'Oncologie Multidisciplinaire et Innovations Thérapeutiques
Tél. 04 91 96 59 01
oncologie&innovations.nord@mail.ap-hm.fr

CHU de Nice

• **Référent VIH** : Pr E. ROSENTHAL
Service Médecine Interne CISIH
Tél. 04 92 03 58 24
rosenthal.e@chu-nice.fr

• **Référent Onco-Hématologie** : Pr N. MOUNIER
Service d'Hématologie
Tél. 04 92 03 58 41
mounier.n@chu-nice.fr



Réseau **CANCERVIH**

Les RCP de Recours Régionales

- ❖ **Optimisation de la prise en charge des cancers**
- ❖ **Suivi épidémiologique régional**
- ❖ **Contrôle régional de l'épidémie VIH**

Bilan d'une RCP régionale:

4. Répertoire National du Réseau **CANCERVIH**



Réseau **CANCERVIH**

La RCP Nationale **ONCOVIH**

ONCOVIH

N° de dossier FR.....

RCP Nationale Cancer et VIH

Sexe ☐ Choix ☐ Indélément ☐	Mois de l'année de naissance
Pays de résidence France ☐ Autre ☐	Commune de naissance
Département de domicile	Pays de naissance
Taille cm Poids kg IMC (kg/m²)	
Centre de prise en charge VIH	
Etablissement	Etablissement
Service	Service
CORE VIH	Médecin(s) référent(s) Oncologie
Médecin(s) référent(s) VIH	Tél.
Tél.	Email
Médecin généraliste Dr. Adresse	
Motif de la RCP	
☐ Avis thérapeutique Oncologie ☐ Avis thérapeutique VIH ☐ RCP à recours ☐ Autre	

Addictions	Comorbidités
Fumeur ☐ Non-fumeur ☐	Hépatite ☐ HTA ☐ Coronaropathie ☐ Diabète ☐
Autre intoxication (cannabis, cocaïne, ...)	Rénale ☐
Toxicomanie active ☐	Créatinine : µmol/L
Alcoolisme ☐	CICr : mL/min (MDRD)
Alcoolisme sévère ☐	Séologies
	CMV ☐ non fait ☐
	Toxoplasme ☐ non fait ☐

Cancers	
Date du diagnostic cancer	Phase de la maladie : Phase initiale ☐ Recrute ☐
☐ Dépistage ☐ Manifestation clinique ☐ Autres ☐	Nouveau cancer ☐ Ou ☐ Non ☐ Ne sais pas ☐
☐ Sein ☐ Maladie de Hodgkin ☐	Statut thérapeutique
☐ Poumon ☐ Lymphome térébrale ☐	☐ Déjà traité ☐
☐ Colon / Rectum ☐ Lymphome non hodgkinien ☐	☐ En cours de traitement ☐
☐ Anus ☐ Leucémie ☐	☐ Non traité ☐
☐ Cutané / Mélanome ☐ Myélome ☐	Chirurgie ☐
☐ Cutané non mélanome ☐ Maladie de Kaposi ☐	Chimiothérapie ☐
☐ Testicule ☐	Chirurgie ☐
☐ Tissu adipeux ☐	Curiethérapie ☐
☐ ORL ☐	Endoscopie ☐
☐ Col ☐	
Autre ☐	

Séjour	Chirurgie	Date	131-Iode
Localisation			Autres
Histologie (anapath) Code de l'ICAP			

Antécédents VIH	Infection VIH
Année diagnostic VIH :	Traitements ARV antérieurs
Date 1 ^{er} traitement ARV :	☐ NRTI ☐ NNRTI ☐ Inhibiteur de protéase ☐ Inhibiteur d'intégrase
Nadir CD4 : mm ³	☐ Inhibiteur CCR5 ☐ Inhibiteur de fusion
Stade CDC : A ☐ B ☐ C ☐	Traitement antirétroviral en cours
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	Si oui, depuis :
Antécédents d'infections opportunistes : oui ☐ non ☐	
Allergie aux sulfamides ☐	
HLA B5701 + ☐ - ☐ non fait ☐	
Résistance : II ☐ IP ☐ NNRTI ☐	
Intolérance ARV :	
HLA tropisme : non fait ☐ X4 ☐ R5 ☐ Mixte ☐	
CD4 : /mm ³ (date :	
CV VIH : cp/mL (date :	
Durée suppression virologique :	
Ratio CD4/CD8 :	
	Combinaisons ☐ Atripla* ☐ Eviplera* ☐ Stribild* ☐ Triumeq*
	Autre :

Co-médications (pour éventuelles interactions)
.....
Commentaires éventuels
.....
Questions posées à la RCP
.....

Recommandations / décisions de la RCP	Date : Cliquez ici pour entrer une date.
Responsable de la RCP :	
Participants à la RCP :	

Deux fois/mois
Mardi, 17h45
Weblink ou par téléphone

Fiche RCP disponible sur le site internet www.cancervih.org

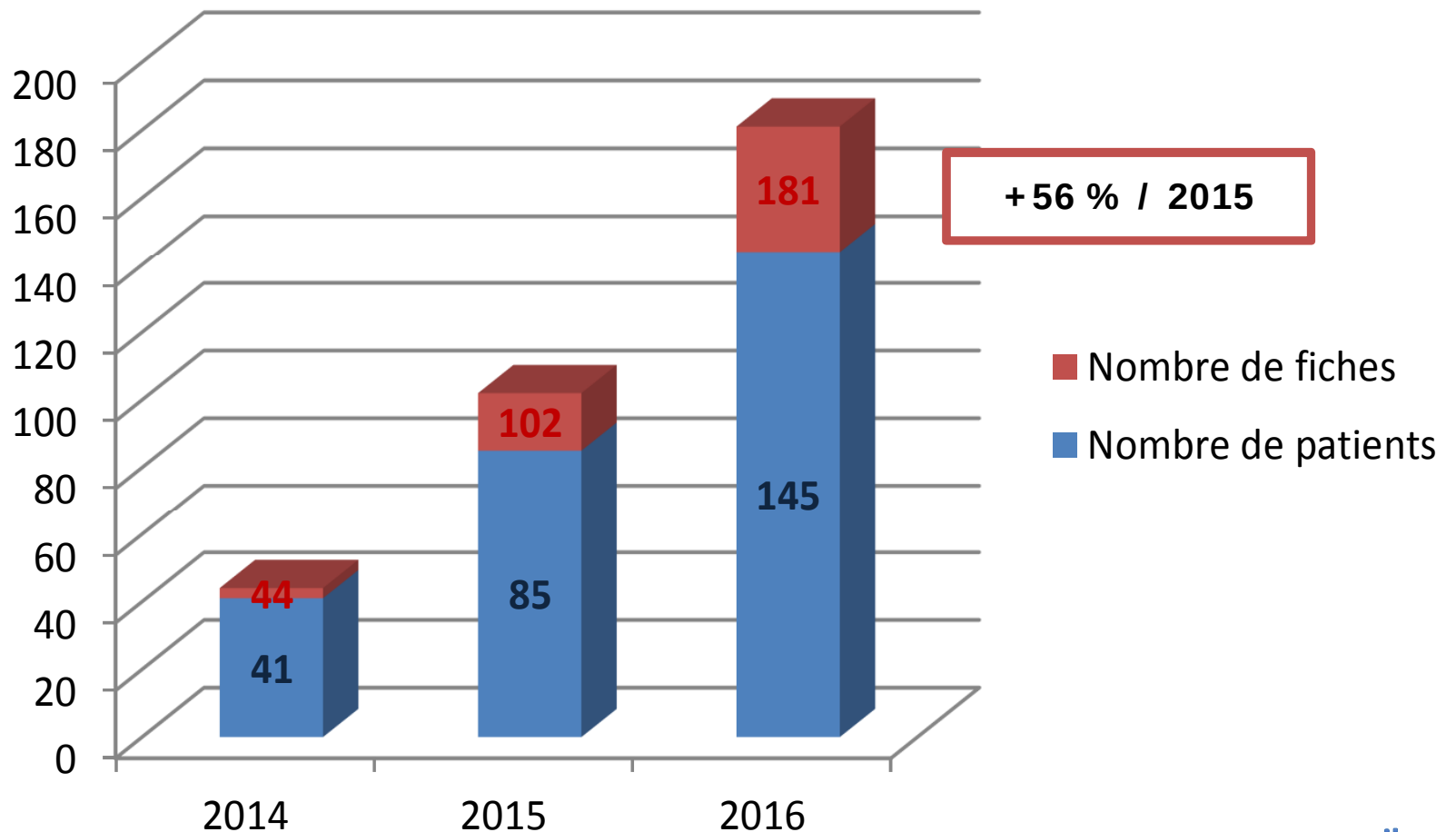
À renvoyer à Marianne Veyri, Chef de projet (marianne.veyri@aphp.fr; 01 42 16 00 26)

☐ Surveillance	☐ Bactrim* faible 1/j ☐ Bactrim* F 1/j ☐ Wellvone* 2 x 5 mL en 1 prise
☐ En attente d'informations complémentaires	☐ Valacyclovir 500 2 cp/j ☐ Aérosol de pentacarinate
Traitements :	Antimétabolites conseillés :
☐ Radiothérapie ☐ Thérapie ciblée ☐ Chimiothérapie	Autres :
	Proposition d'inclusion dans un protocole
	oui ☐ non ☐



Réseau **CANCERVIH**

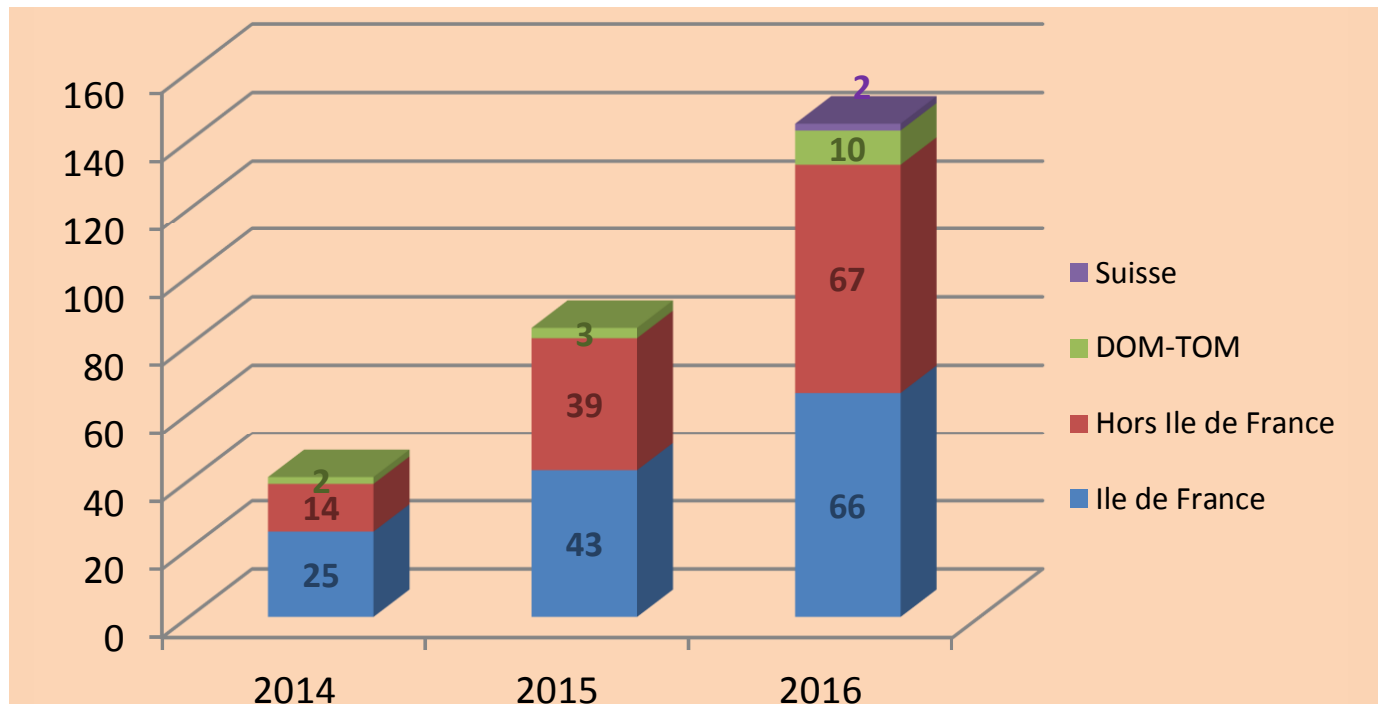
La RCP Nationale **ONCOVIH**





Réseau **CANCERVIH**

La RCP Nationale **ONCOVIH**



2015

Lorient: cancer ORL(1)

Saint-Brieuc: Cancer du poumon(1)

Vannes: Kaposi (1)

2016

Quimper: Rectum (1);Testicule(1)

Saint-Brieuc: Cancer du poumon(1)

Vannes: Cancer Anal (1); Rectum(1)

Morlaix: Poumon (1)

DOM-TOM : **15** (Réunion, Guyane, Martinique, Guadeloupe)

133 (Paris, Versailles, Bry, Créteil, Kremlin-Bicêtre)

HAUTS-DE-FRANCE
Nord-Pas-de-Calais-
Picardie

3 (Amiens, Creil)

ÎLE-DE-FRANCE

GRAND EST

5 (Nancy, Reims, Troyes)

5 (Caen, Rouen, Granville, Evreux)

NORMANDIE

BRETAGNE

12 (Vannes, Lorient,
Morlaix, Quimper, St Brieuc)

PAYS DE LA LOIRE

11 (Nantes, Roche-sur-Yon, St Nazaire)

**CENTRE-
VAL DE LOIRE**

3 (Orléans, Tours, Le
Mans)

NOUVELLE AQUITAINE

13 (Bordeaux, Poitiers, Pau,
Mont de Marsan, Rochefort,
Niort)

**BOURGOGNE-
FRANCHE-COMTÉ**

7 (Dijon, Chalon-sur-Saône,
Besançon)

**AUVERGNE-
RHÔNE-ALPES**

35 (Lyon, Grenoble, St Etienne,
Clermont-Ferrand)

PACA

166 (Marseille, Aix,
Avignon, Martigues, Gap, Dignes,
Salon, Toulon, Fréjus, Nice)

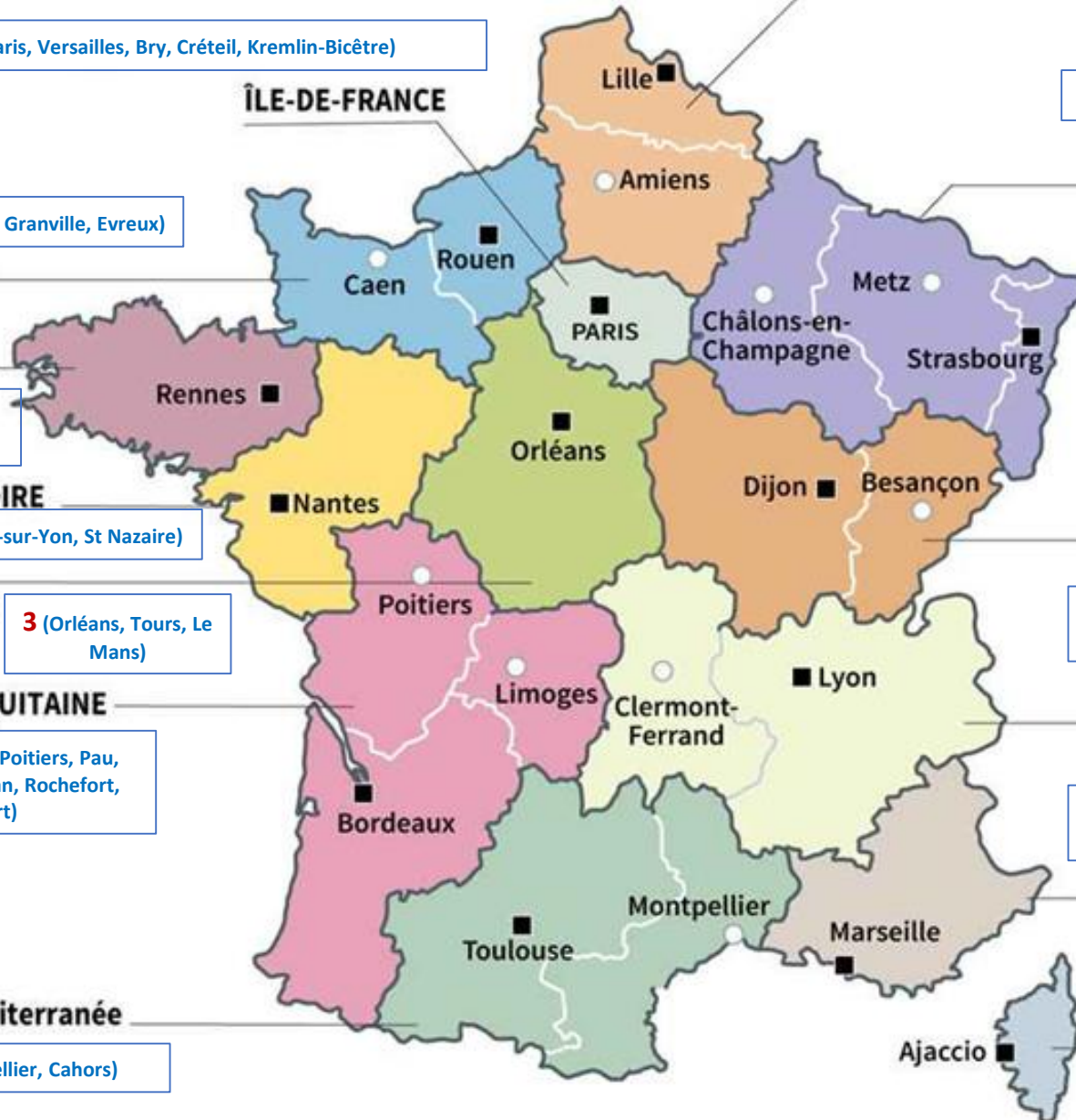
OCCITANIE

Pyrénées-Méditerranée

21 (Montpellier, Cahors)

CORSE

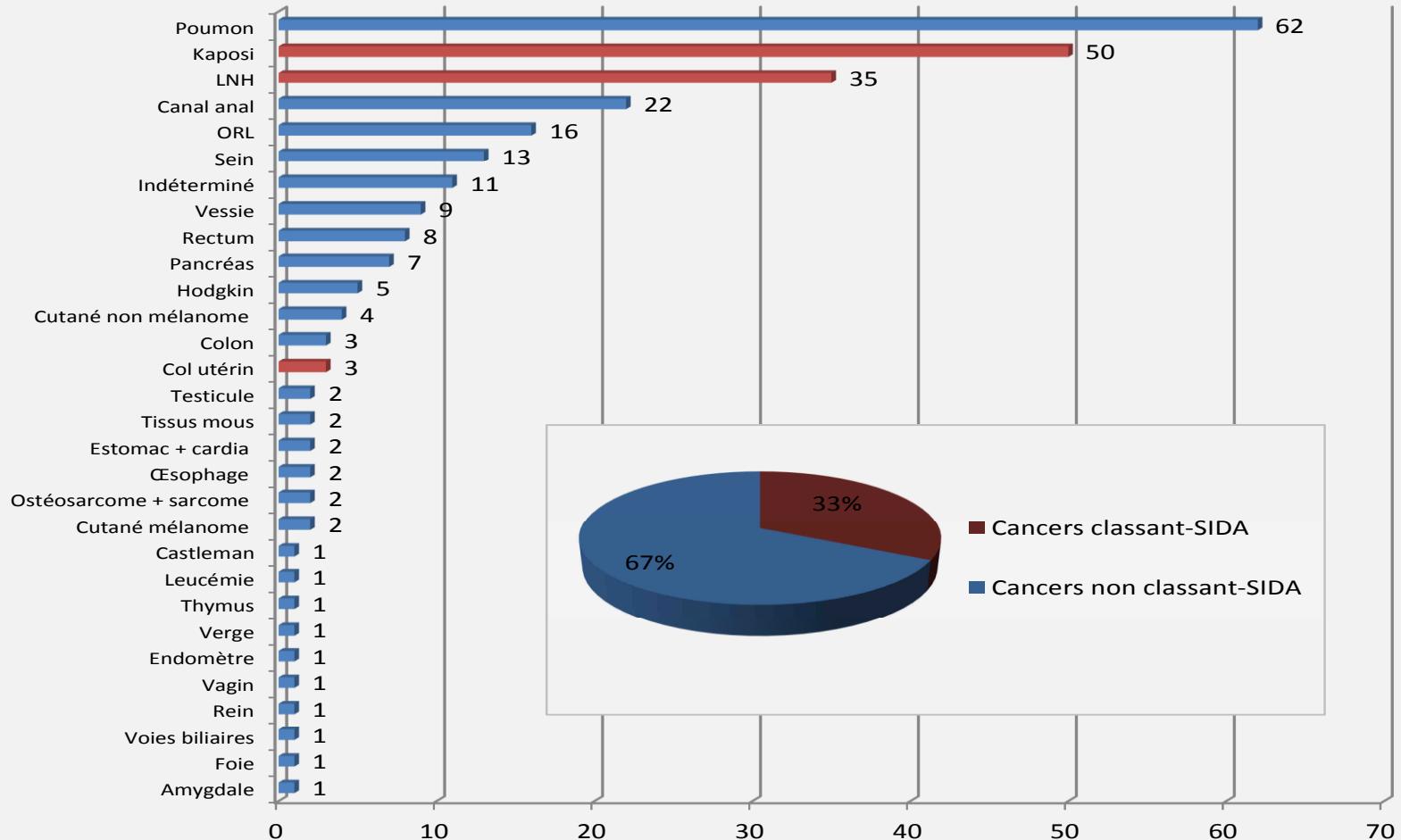
4 (Ajaccio)

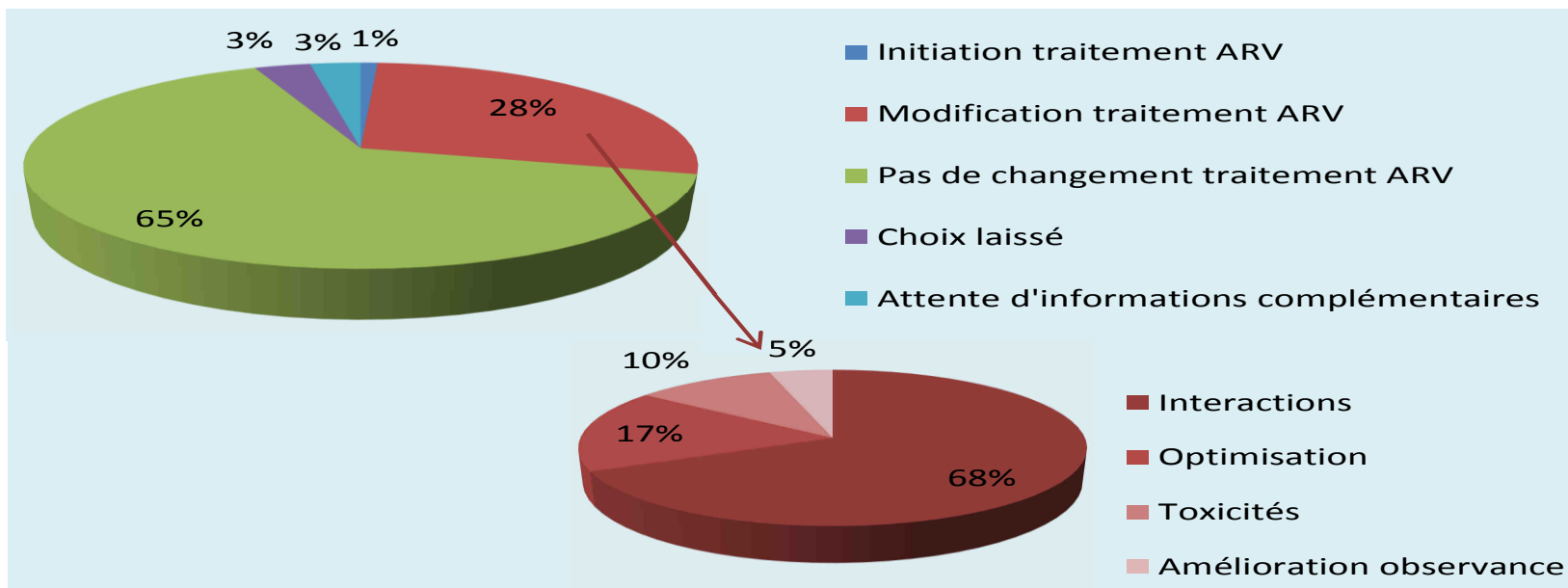
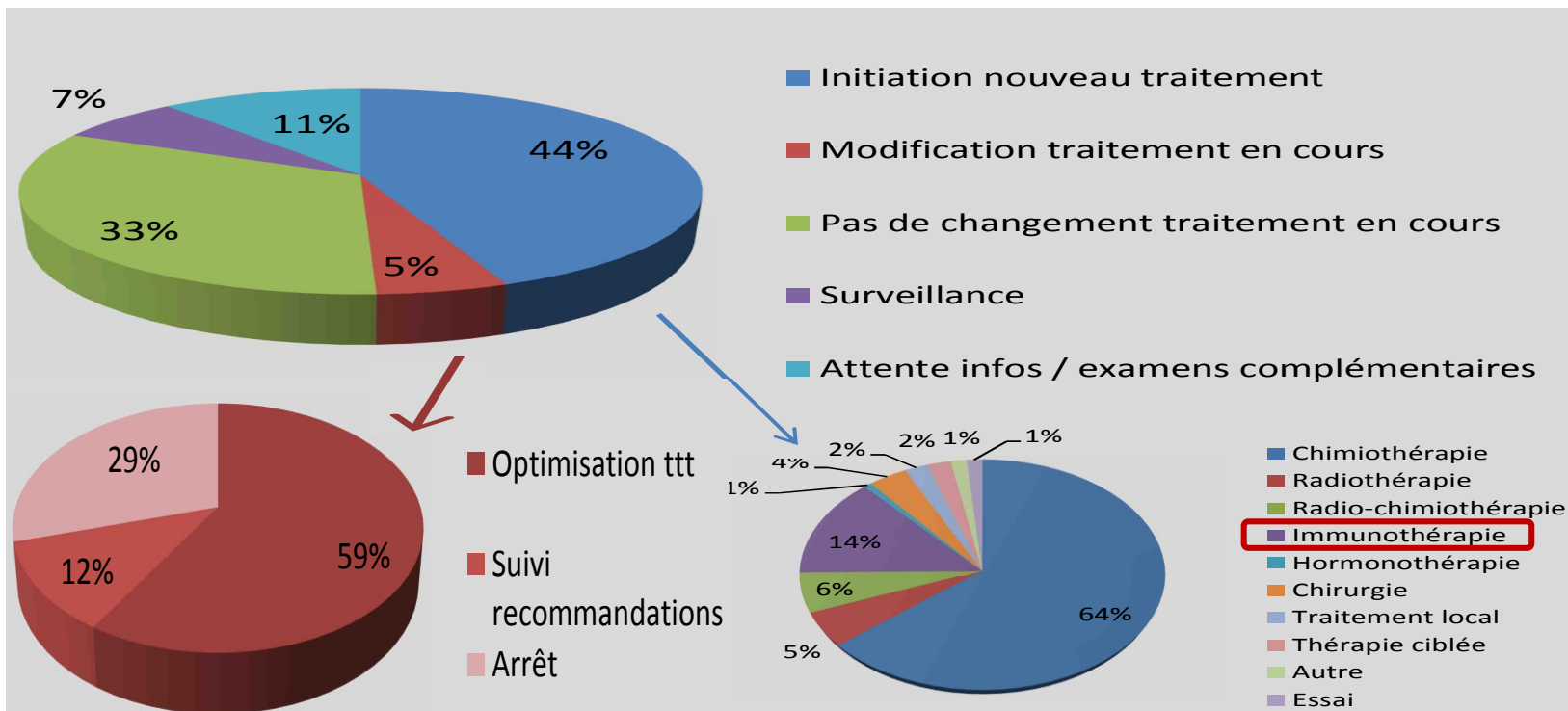




Réseau **CANCERVIH**

La RCP Nationale **ONCOVIH**







Réseau **CANCERVIH**

Le centre expert National

Un site internet : www.cancervih.org



Réseau expert national pour les patients infectés par le VIH et atteints de cancer

Accueil | Les pathologies | Le réseau CancerVIH | Les Centres CancerVIH | Espace Professionnel | Recherche | Actualité | Contact

Réseau Expert National pour les patients infectés par le VIH et atteints de cancer

Le réseau CANCERVIH a été créé en 2014. Il s'agit d'un réseau expert national médical reconnu et financé par l'Institut National du Cancer (INCa). L'objectif de ce groupe est de permettre une meilleure prise en charge des patients infectés par le VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) et atteints d'un cancer. Le réseau est constitué d'un centre expert national en Ile de France à la Pitié-Salpêtrière et de centres experts régionaux répartis dans toute la France.

Son originalité : réunir des réseaux régionaux de prise en charge de deux affections chroniques, le cancer (réseaux régionaux en cancérologie) et le VIH (COREVIH).

Site internet du réseau LOC : www.reseauloc.org
Site internet du réseau K-virogref : www.k-virogref.org
Site internet du CLIP² Galilée : www.clip2galilee.com

Actualités



CROI 2017 !
January 19, 2017

Espace pro

Cet espace est accessible au personnel hospitalier. Pour obtenir un accès vous devez vous inscrire et attendre la validation de l'administrateur du site.

Connexion / Inscription



Réseau **CANCERVIH**

Le centre expert National



Réseau expert national pour les patients infectés par le VIH et atteints de cancer



Publication du livret d'information Cancer et VIH
February 17, 2016

Le livret d'information réalisé par l'association CancerVIH est disponible à l'attention de tous publics.
N'hésitez pas à en faire la demande, si la [version PDF téléchargeable en ligne](#) ne suffisait pas.



Information des patients et des familles

(marianne.veyri@aphp.fr – 01.42.16.00.26)

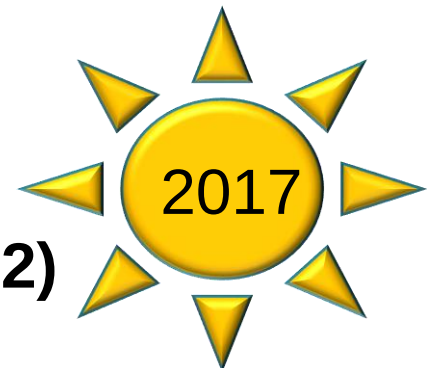




Réseau **CANCERVIH**

Bilan à $\approx$ 3 ans

- ❖ **Optimisation de la prise en charge des cancers**
- ❖ **Suivi épidémiologique régional et national**
- ❖ **Contrôle régional de l'épidémie VIH**
- ❖ **Meilleure information des patients et des familles**
- ❖ **Promotion de la recherche clinique**
 - Anti -PD1 et LH (Essai HANOVRE)
 - Anti-PD1 et cancer du Poumon (CHIVA2)
 - Observatoire national (ONCOVIHAC)





Réseau **CANCERVIH**

Rapprochement

*des Réseaux Régionaux de Cancérologie
& les Coordinations Régionales VIH*

**Les Réseaux
Régionaux
de Cancérologie
(RRC)**



Former

Pour mieux Accompagner:
Parcours Personnalisé de Soins adapté



MERCI!