



C.H.U. de Charleroi
Centre de Référence VIH

Cancer et VIH

Infos et prévention des risques

Dr Rémy Demeester

Centre de référence VIH du CHU de Charleroi

Café Santé de la plateforme de prévention SIDA et de l'association SIDA-IST Charleroi

Jeudi 16 mars 2023



ISPPC
CHU de Charleroi

Prévention

Cancer broncho-pulmonaire: renforcer la lutte contre le tabagisme et la consommation de cannabis et encourager un rapprochement vers les centres d'addictologie ou antitabac

Cancer de l'utérus et cancer anal: vaccination contre HPV :

- Jeunes filles et jeunes hommes : 11 à 18 ans inclus (remboursé)
- MSM et femmes : jusqu'à 26 ans inclus (non remboursé)

Hépatocarcinome: vaccination contre HBV

Six règles de vie:

- **Ne pas fumer** [Les dangers du tabac | Fondation contre le Cancer](#)
- **Eviter les kilos superflus** [Aussi une question de poids... | Fondation contre le Cancer](#)
- **Pratiquer une activité physique suffisante** [Bouger suffisamment, ça veut dire quoi? | Fondation contre le Cancer](#)
- **Manger sainement.** 5 portions de fruits et légumes/j! [Conseils pour une alimentation saine | Fondation contre le Cancer](#)
- **Modérer sa consommation d'alcool.** Max 10 verres par semaine [Qu'est-ce qu'une consommation raisonnable ? | Fondation contre le Cancer](#)
- **Protéger la peau lors de l'exposition au soleil, surveillance dermatologique attentive** [Prévention du cancer de la peau: soleil et UV](#)

Dépistage : recommandations chez le patient séropositif

Appliquer chez les PVVIH les recommandations pour le dépistage précoce des cancers établies en population générale, et ...

Dépistage du cancer du col (recommandations françaises):

- Cytologie cervico-utérine lors du diagnostic de séropositivité et ensuite:
 - Si pas d'antécédent de lésion: 1x/an pendant 3 ans, puis 1x/3ans si CV contrôlée et CD4 > 500/ μ l
 - Sinon: 1x/an
 - Poursuivre le dépistage au-delà de 65 ans

Dépistage du cancer anal:

- Pas de consensus international
- Devant toute symptomatologie anale (saignement, douleur, perception d'une formation au niveau de l'anus), adresser au gastro-entérologue/proctologue
- Renforcer le dépistage chez les HSH, chez toute personne ayant des antécédents de condylomes et chez les femmes ayant présenté une lésion du col

Dépistage

Dépistage du cancer broncho-pulmonaire:

- Pas de recommandation claire du dépistage du cancer broncho-pulmonaire par Scanner à faible dose chez les PVVIH
- Scanner devant toute symptomatologie thoracique suspecte (toux persistante, hémoptysie, douleur,...) ou altération de l'état général (amaigrissement inexpliqué) et chez patient à très haut risque (55 à 74 ans avec > 30 paquets années)

Dépistage des cancers cutanéomuqueux:

examen complet de la peau et des muqueuses une fois par an

Dépistage de l'hépatocarcinome:

- Échographie abdominale et dosage alphafoetoprotéine/6 mois
 - chez les patients cirrhotiques (même si guéris de l'hépatite C)
 - ou porteur d'une HBV active et > 50 ans, ou originaire d'Afrique subsaharienne ou d'Asie quelque soit l'âge
 - ou avec un antécédent familial d'hépatocarcinome

Dépistage

Dépistage du cancer du sein:

Mammotest entre 50 et 69 ans tous les 2 ans

Dépistage du cancer colorectal:

Recherche de sang occulte dans les selles tous les 2 ans entre 50 et 74 ans

Alternative (EACS): à partir de 50 ans: Colonoscopie/10ans, colonoscopie virtuelle/5 ans, RSS 1/an, ADN dans les selles/3 ans

Dépistage du cancer de la prostate:

A discuter au cas par cas. Bénéfice augmenté si antécédents familiaux.

Recommandations EACS: hommes de > 50 ans avec espérance de vie > 10 ans: PSA 1x/1 à 2 ans

Cancers définissant le SIDA

Maladie de **Kaposi** (lié à HHV8)

Lymphomes malins non hodgkiniens (associés à EBV)

Cancers du col (lié à HPV)

Cancers non liés au SIDA causés par des infections virales ou bactériennes

Liés au *HPV*: **cancer de l'anus, du pénis, de la gorge, de la langue, du vagin et de la vulve**

Liés aux virus de l'hépatite B et C: **Cancer du foie**

Lié à *EBV*: **lymphome hodgkinien et cancers des voies nasales ou de la gorge**

Lié à *H. pylori*: **Cancer de l'estomac** (bactérie causant des ulcères gastriques persistants)

Cancers non liés au SIDA, sans rapport avec des infections

Cancer du sein

Cancer du poumon

Cancer du colon

Cancer de la prostate

Cancer de la thyroïde

...



Etude canadienne de 1997 à 2020: 19 000 patients séropositifs

Risque de cancer 20% plus élevé chez les séropositifs

Diminution des cancers liés au sida au cours du temps

Cancers les plus souvent diagnostiqués par fréquence décroissante :

- Chez les femmes:

- Cancer du sein
- Lymphome non hodgkinien
- Cancer du poumon
- Cancer de la thyroïde
- Cancer de l'utérus ou cancer de l'ovaire

- Chez les hommes:

- Lymphome non hodgkinien
- Sarcome de Kaposi
- Cancer de la prostate
- Cancer du poumon
- Cancer anal

Table 2-A. Site-specific incident primary cancers diagnosed among people with HIV in Ontario, Canada, 1997-2020, overall and by sex

Specific cancer site	Females N (%)	Males N (%)	Total cohort N (%)
Non-Hodgkin's lymphoma	38 (15.9)	198 (19.1)	236 (18.5)
Kaposi sarcoma	7 (2.9)	131 (12.6)	138 (10.8)
Prostate	-	108 (10.4)	108 (8.4)
Lung	24 (10.0)	83 (8.0)	107 (8.4)
Anus	<6 (<2.5)	91-97 (8.8-9.4)	97 (7.6)
Colorectal	11 (4.6)	61 (5.9)	72 (5.6)
Oral cavity and pharynx	<6 (<2.5)	45-51 (4.3-4.9)	51 (4.0)
Liver	<6 (<2.5)	41-47 (4.0-4.5)	47 (3.7)
Hematopoietic and reticuloendothelial System (Leukemia)	8 (3.3)	37 (3.6)	45 (3.5)
Breast	43 (18.0)	-	44 (3.5)
Hodgkin's lymphoma	<6 (<2.5)	36-40 (3.5-3.9)	40 (3.1)
Melanoma of the skin	7 (2.9)	28 (2.7)	35 (2.7)
Thyroid	16 (6.7)	16 (1.5)	32 (2.5)
Kidney and renal pelvis	<6 (<2.5)	26-32 (2.5-3.1)	32 (2.5)
Stomach	<6 (<2.5)	12-18 (1.2-1.7)	18 (1.4)
Female upper genital tract (corpus uteri, uterus, ovary, placenta)	15 (6.3)	-	15 (1.2)
Multiple myeloma	6 (2.5)	9 (0.9)	15 (1.2)
Pancreas	<6 (<2.5)	8-14 (0.8-1.3)	14 (1.1)
Bladder	<6 (<2.5)	8-14 (0.8-1.3)	14 (1.1)
Male genitalia (penis, testis)	<6 (<2.7)	8-14 (0.8-1.3)	14 (1.1)
Brain/Central Nervous System	<6 (<2.7)	7-13 (0.7-1.2)	13 (1.0)
Cervix	12 (5.0)	-	12 (0.9)
Esophagus	<6 (<2.7)	6-12 (0.6-1.2)	12 (0.9)
Biliary tract	-	-	9 (0.7)
Larynx	-	-	9 (0.7)
Other connective and soft tissue*	-	-	9 (0.7)
Female lower genital tract (vulva, vagina)	8 (3.3)	-	8 (0.6)
All other cancer sites**	-	-	29 (2.3)

* Includes blood vessel, bursa, cartilage, fascia, fat, ligament except uterine, lymphatic vessel, muscle, synovia, tendon (sheath). Excludes cartilage (of): articular (C40-C41), larynx (C32.3), nose (C30.0), connective tissue of breast (C50.-), Kaposi sarcoma (C46.-), mesothelioma (C45.-), peripheral nerves and autonomic nervous system (C47.-), peritoneum (C48.-), retroperitoneum (C48.0)

Une étude ontarienne examine les tendances en matière de cancer chez les personnes vivant avec le VIH | CATIE - La source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C
The burden of cancer among people living with HIV in Ontario, Canada, 1997-2020: a retrospective population-based cohort study using administrative health data | CMAJ Open

Cancers dont la fréquence est augmentée chez les patients vivant avec le VIH

Lymphome non hodgkinien et maladie de Hodgkin (RR: 19)

Cancers liés aux virus:

- Maladie de Kaposi (HHV8)
- Canal anal (HPV) (RR: 47)
- Col utérin (HPV)
- Gorge (HPV)
- Foie (HBV, HCV)

Cancers du poumon (RR: 3,5)

Le risque reste plus élevé malgré le traitement antirétroviral pour:

- la maladie de Kaposi (RR: 60),
- Le cancer anal (RR: 34),
- La maladie de Hodgkin (RR: 13,5),
- Le LNH (RR: 4)

mais pas pour le cancer du poumon

Tableau 1 Ratio d'incidence standardisé (RIS) et facteurs associés au risque de différents cancers chez les PVIH

	RIS sous ARV hautement efficace	Rôle de l'immunodépression	Agent viral étiologique	Autres facteurs importants
Lymphome non hodgkinien* [7,12,28-33]	3 à 76	++++	EBV	Âge
Maladie de Kaposi* [7,12,28-33]	103 à 3 640	+++	HHV-8	Âge
Cancer du col* [7,12,29,30,32,33]	2 à 5,8	+	HPV	Tabac
Lymphome de Hodgkin* [7,12,28-33]	7 à 26	++	EBV	
Cancer de l'anus* [7,12,28-34]	14 à 80	+	HPV	Âge
Pharynx et cavité orale* [7,12,29,33]	1,6 à 2,3	+	HPV	Alcool, tabac, âge
Œsophage* [7,29,33]	1,23-1,9		HPV possible	Âge, alcool, tabac
Carcinome hépatocellulaire* [7,29-31], [12,28,32,33]	2,9 à 10,9	+/-	VHB, VHC	Alcool, stéato-hépatite, âge
Myélome* [7,29-31,33,34]	0,5 à 2,2	+/-	Non	MGUS, âge
Cancer broncho-pulmonaire* [7,12,28-34]		+	Non	Tabac (cannabis ?), âge
Estomac* [7, 29-31,33]	0,74	-	Non (HP)	Âge
Mélanome [29,33]	0,86 à 1	?	Non	Exposition solaire, phénotype, âge
Colon et rectum* [7,12,29-33]	0,38 à 1	-	Non	Âge, facteur d'exposition
Prostate* [7,12,29-33]	0,27 à 0,7	-	Non	Âge, facteur protecteur possible et inconnu
Sein* [7,12,29,30,32,33]	0,5 à 1,03	-	Non	Âge, facteur protecteur possible et inconnu

Facteurs de risque et particularités chez le PVVIH

Le **niveau d'immunodépression** est un facteur de risque pour la **maladie de Hodgkin, le cancer du poumon, le cancer du foie**

Association entre le risque de cancers non classant pour le SIDA et un ratio CD4/CD8 <0,5.

Inflammation chronique due à l'activation immunitaire persistante

Tabac, cannabis (rôle synergique pour accroître l'activation immune)

Traitement du cancer doit tenir compte des interactions médicamenteuses

Sarcome de Kaposi

Cancer des vaisseaux sanguins cutanés et des muqueuses de la bouche, de l'œsophage, du nez, de l'anus

Lié au virus HHV8 (virus herpès humain 8)

Lié à l'immunodéficience due au VIH

Traitement:

L'immunorestauration obtenue grâce au **traitement antirétroviral** améliore les lésions

Traitement local: chimiothérapie intralésionnelle, radiothérapie,...

Chimiothérapie (doxorubicine liposomale,...)

Prévention:

Diagnostic précoce de l'infection par le VIH et traitement par ARV



Philadelphia (1993)

Lymphome non hodgkinien

Représentait 4 à 6% des évènements inauguraux du SIDA

Lymphomes non hodgkinien définissant le SIDA:

- Lymphome primitif du cerveau associé à EBV chez patient fortement immunodéprimé
- Lymphome diffus à grandes cellules
- Lymphome de Burkitt
- Lymphome primitif des séreuses

Risque plus élevé si nadir de CD4 bas

Risque diminué par le contrôle virologique mais reste plus élevé que dans la population générale

Une des premières causes de mortalité chez les patients VIH

Symptômes: Perte de poids, fièvre, transpirations nocturnes, épilepsie...

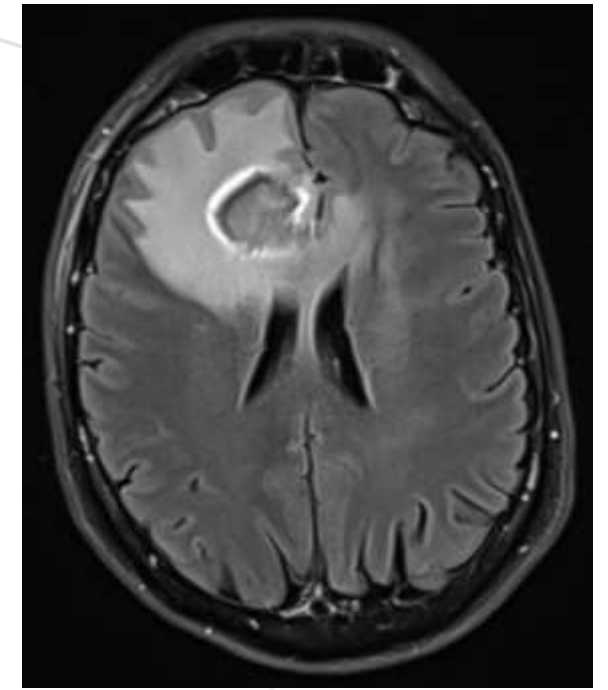
Prévention:

Diagnostic précoce de l'infection à VIH

Traitement antirétroviral efficace débuté sans laisser baisser les CD4

Traitement: chimiothérapie dans un service spécialisé

Pronostic: survie à 10 ans pour les lymphomes B: 52%



2016: homme de 45 ans

Epilepsie

Nouveau diagnostic de VIH au stade SIDA:

CD4: 7/ μ l, CV 294 000 copies/ml

Lymphome cérébral B diffus à grandes cellules

Cancer du col de l'utérus: population générale

593 cancers du col de l'utérus en 2020 en Belgique (21^{ème} cancer le plus fréquent), 143 décès en 2019

85% à 90% au départ d'une lésion bénigne, le condylome, dû au papillomavirus (HPV). Les sérotypes 16 et 18 sont fréquemment incriminés.

Facteurs de risque:

Age précoce des relations sexuelles, nombre élevé de partenaires, grossesses multiples, autres IST, conditions socio-économiques défavorisées, tabac, contraception orale prolongée, diminution des défenses immunitaires (HIV,...)

90% des cancers du col de l'utérus pourraient être évités par un dépistage précoce et régulier

Symptômes: Pas de symptômes aux stades précoces, pertes de sang entre les règles, pertes blanches

Dépistage: entre 25 et 65 ans:

Frottis cytologique du col de l'utérus (test Pap): 2^{ème} frottis après 1 an puis tous les 3 ans si normal

Frottis avec dépistage du HPV à partir de 30 ans est recommandé mais n'est pas remboursé

Si le test HPV est négatif, le frottis suivant peut se faire après 5 ans.

Si frottis suspect, à répéter plus rapidement.

Si anormal, biopsie du col

Traitement: chirurgie (cônisation, hystérectomie), radiothérapie, chimiothérapie

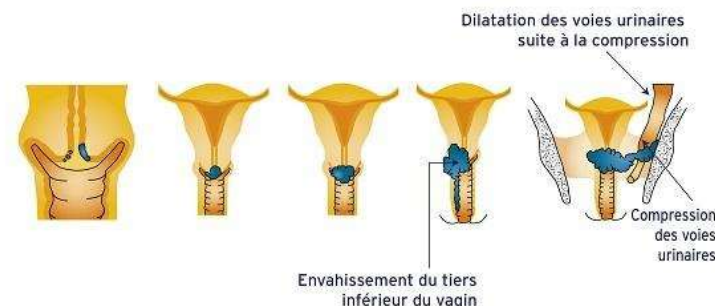


Schéma présentant l'envahissement de proche en proche au départ d'un cancer du col de l'utérus

HPV: Fréquences des cancers liés au HPV en Belgique



Tableau 2 – Nombre de cancers attribuables au HPV (Registre du Cancer 2015) (d'après la littérature)^a

Type de cancers	Hommes	Femmes	% du total de ces cancers dus au HPV
Col utérin	-	634	100%
Anus	69	114	88%
Vulve	-	40	18%
Vagin	-	30	71%
Pénis	57	-	29-61%
Oro-pharynx	126	52	25%

Particularités de l'infection à HPV chez le patient séropositif pour le VIH

Infection par HPV et persistance plus fréquente chez les PVVIH:

- facteurs de risque d'acquisition communs entre HPV et VIH
 - **susceptibilité accrue à l'infection à HPV** dès les prémices de la diminution de l'immunité cellulaire.
- ⇒ **Davantage de lésions précancéreuses, qui régressent spontanément moins souvent chez les PVVIH que dans la population générale**
- ⇒ Plus de cancers induits par HPV, charges virales locales d'HPV plus importantes, présence concomitante de plusieurs génotypes HR et réactivations d'infections latentes plus fréquentes

Chez le patient VIH, l'incidence du/des:

- **cancer du col** est **6 à 10 fois** plus fréquente
- **cancer anal** est **20 à 25 fois** plus élevée chez les femmes ou les hommes **hétérosexuels** et **80 fois plus fréquente chez les HSH**
- **cancer anal chez HSH** passe de **5 à 78/100 000 hommes par an** selon que les sujets soit respectivement **VIH-négatifs ou positifs**.
- **cancers oraux** liés à HPV sont **2 fois** plus fréquents
- **cancers de la vulve ou du vagin** **6 fois** plus élevés.

Autres facteurs de risque: tabagisme, taux de CD4 bas de manière prolongée

Prévention: traitement antirétroviral optimal plusieurs années

Dépistage du cancer du col chez les patients séropositives

Recommandations françaises (ANRS):

- Cytologie cervico-utérine lors du diagnostic de séropositivité et ensuite:
 - Si pas d'antécédent de lésion: 1x/an pendant 3 ans, puis 1x/3ans si CV contrôlée et CD4 > 500/ μ l
 - Sinon: 1x/an
 - Poursuivre le dépistage au-delà de 65 ans

Pas de recommandations spécifiques belges:

Au CHU de Charleroi actuellement: 1x/an

Au CHU St Pierre (Bruxelles):

- Si CD4 >500 et CV indétectable depuis plus de 2 ans: même schéma que la population séronégative
- Sinon suivi plus rapproché
- Si anomalies détectées, suivi plus rapproché
- A partir de l'âge des relations sexuelles

Vaccination contre le HPV

HPV impliqués dans le cancer du col: 16 (50%), 18 (10 à 15%), 45, 31, 33, 35, 39, 51, 52, 56, 58, 59, 68.

1 des 13 HPV Haut Risque détectés dans quasi 100% des cancers du col, 88% des cancers de l'anus, 70% des cancers du vagin, 50% des cancers du pénis, 43% des cancers vulvaires et 50% des cancers de l'oropharynx.

Efficacité Gardasil 4: 98% contre CIN2+, 100% contre néoplasies intraépithéliales vulvaires et vaginales, 98% contre verrues génitales

Efficacité de au moins 10 ans. Couvre 7 sérotypes responsables de 90% des cancers et 2 sérotypes responsables de condylomes (6 et 11)

Gardasil 9: réponse immunitaire chez 99% et efficacité clinique de 97% pour cancers et dysplasies de haut de grade pour le col, la vulve et le vagin. Efficacité vaccinale démontrée contre l'infection persistante et les lésions génitales externes et les dysplasies chez les femmes de 24 à 45 ans. Chez les hommes de 9 à 18 ans, efficacité de 86% pour la prévention des infections persistantes et de 90% contre les lésions externes péniennes, scrotales ou périanales.

Age idéal de vaccination: avant les premières relations sexuelles.

Schéma vaccinal : Gardasil 9 (131,49 euros): **3 doses** (M0, M2, M6) ou **2 doses si moins de 15 ans** (M0-M6 à 12)

Vaccination recommandée pour les femmes de 9 à 26 ans.

Remboursé chez les filles et les garçons de 12 à 18 ans inclus:

- Si proposé par la médecine scolaire ou le circuit ONE: gratuit
- Si proposé par le médecin sur ordonnance: 12,1 euros par dose => 36,3 euros

[HPV et cancer du col de l'utérus | Fondation contre le Cancer](#)

Avis 9181 (2017): HPV

Papillomavirus humain: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/9181_hpv_fr_27092017_0.pdf

Fiche de vaccination contre le papillomavirus humain (HPV): <https://www.health.belgium.be/fr/fiches-de-vaccination-contre-le-papillomavirus-humain-9181>

Vaccination contre le HPV chez le patient séropositif et le patient HSH

Patient VIH vaccination HPV (avis 9158):

Recommandations: **vacciner adolescents, hommes et femmes jusque 26 ans, et MSM jusque 40 ans. A considérer entre 26 et 40 ans pour les autres.**

Utiliser le vaccin 9-valent

Considérer aussi en prévention secondaire et après traitement de lésions intraépithéliales de haut grade (HSIL)

Toujours essayer de vacciner quand le VIH est contrôlé, toujours 3 doses

Vaccin ne peut garantir une protection que contre les types d'HPV vaccinaux non acquis.

HSH séronégatifs devraient se voir aussi proposer la vaccination jusqu'à 26 ans inclus

Avis 9158 (2019): Vaccination of immunocompromised or chronically ill children and/or adults:

<https://www.health.belgium.be/fr/avis-9158-patients-id-et-vaccination>

Avis 9181 (2017): HPV

Papillomavirus humain: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/9181_hpv_fr_27092017_0.pdf

Fiche de vaccination contre le papillomavirus humain (HPV): <https://www.health.belgium.be/fr/fiches-de-vaccination-contre-le-papillomavirus-humain-9181>

Intercommunale de Santé Publique du Pays de Charleroi

Cancer du canal anal

Lié au HPV

La durée d'immunodépression est un facteur de risque (mais pas le taux actuel de CD4): l'ID affecte les premiers stades de développement des lésions intra-épithéliales dues aux HPV

Incidence de 45/100 000 patients année chez les patients VIH contre 1 à 2/100 000 patients année dans population générale

Taux de mortalité de 31% à 3 ans, 39% à 5 ans

Dépistage: recommandations de l'EACS: tous les 1 à 3 ans:

Examen anal digital

± Cytologie

Si cytologie anormale, faire une anoscopie à haute résolution

Symptômes:

Prurit, irritation, gêne, ténesme, saignement

⇒ faire examen par anoscopie

Traitement:

Lésions dysplasiques de haut grade: imiquimod (Aldara) ou fluoruracile local (Efudix), ou techniques ablatives

Cancer: radiochimiothérapie

Lymphome de Hodgkin

Pas repris dans les lymphomes définissant le SIDA mais **fréquence nettement augmentée**

Favorisé par EBV

Le risque reste nettement plus élevé même chez les patients avec une charge virale indétectable

Présentation souvent sous forme disséminée

Diagnostic par biopsie ganglionnaire, médullaire, hépatique,...

Traitement:

Mêmes chimiothérapies que pour les patients non infectés par le VIH

Antirétroviraux: éviter les boosters (Cobicistat, Ritonavir) et les inhibiteurs de protéases

Bonne collaboration entre infectiologues et hématologues

Pronostic identique aux personnes non infectées par le VIH (Survie environ 70% à 10 ans)

Cancer du foie (hépatocarcinome)

Facteurs de risque:

Infection chronique par le **virus de l'hépatite B ou C** : **augmentation du risque lors de la coinfection avec le VIH**

Cirrhose hépatique : abus d'alcool, hémochromatose

Tabagisme

Dépistage: si cirrhose ou hépatite chronique

Dosage de l'alphafoetoprotéine

Echographie

Prévention:

Primaire: Vaccination contre l'hépatite B, limiter la consommation de l'alcool

Secondaire: Traitement de l'hépatite B (traitement au long cours), traitement curatif de l'hépatite C (en 12 semaines par antiviraux directs)

Traitement:

Chirurgie, traitement local

Cancer du poumon

Facteur de risque:

- niveau d'immunodépression
- **Tabagisme:** 80 à 90% des cancers du poumon causés par le tabagisme. Fumeurs ont 20 fois plus de risque (dépend aussi de l'âge de début, durée totale et quantité)

8874 cas de cancers du poumon en 2020 (3^{ème} cause de cancer), 5849 décès en 2019

Symptômes:

Modification de la toux, crachats striés de sang

Infections pulmonaires à répétition, essoufflement, enrouement, douleurs thoraciques,...

Dépistage: par scanner à faible dose des personnes à très haut risque de cancer:

- des patients de 55 à 74 ans
- qui cumulent 30 années-paquet
- toujours fumeurs ou qui ont arrêté dans les 15 années qui précèdent.

Traitement: chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie

Prévention: arrêt du tabagisme !

Cancer du côlon

Risque non accru par le VIH

9 000 nouveaux cas de cancer colorectal par an en Belgique (4^{ème} cause)

2626 décès en 2019 (2^{ème} cause de décès par cancer en Belgique)

Dépistage: à partir de 50 ans

Recherche de sang occulte dans les selles tous les 2 ans entre 50 et 74 ans

Si le test est positif, une colonoscopie est indiquée. Elle permet de révéler la présence de polypes ou de cancer à un stade précoce. Ceci permet un traitement précoce et augmente les chances de guérison.

Possibilité de demander:

- Wallonie: <https://www.depistagecancer.be/kit/>
- Bruxelles: demander à son pharmacien

Recommandations de l'EACS:

Colonoscopie /10ans, colonoscopie virtuelle/5 ans, RSS 1/an, ADN dans les selles/3 ans



[Uw-resultaat-is-positief-Colonoscopie-DEF.pdf \(bruprev.be\)](#)

Cancer du sein

Risque non accru par le VIH

11 000 diagnostics de cancer du sein par an en Belgique (1^{ère} cause), 2100 décès en 2019.

Au cours de sa vie une femme sur 8 sera confrontée au cancer du sein

Dépistage:

Femmes entre 50 et 69 ans (dépistage le plus efficace à ces âges) :

Mammotest (mammographie) gratuite tous les 2 ans, prescrit par gynéco ou médecin traitant ou lettre d'invitation automatique

Femmes de moins de 50 ans ou de plus de 70 ans:

Payant

Dépistage génétique envisagé si risque héréditaire élevé

Le dépistage permet d'identifier précocement un cancer et de le traiter rapidement:
détecté tôt le cancer peut être guéri dans 9 cas sur 10



[DCC_20-001-tryptique_00f_FR-NL_BL.indd \(bruprev.be\)](#)



Cancer de la prostate

Risque non accru par le VIH

9706 cancers en 2020 (2^{ème} cancer le plus fréquent), 1576 décès en 2019.

Facteurs de risque: Âge, Antécédents familiaux

Symptômes:

communs avec l'hypertrophie bénigne de la prostate:

- un jet d'urine qui perd de sa force
- le fait d'uriner plus souvent, même durant la nuit
- une sensation de douleur ou de brûlure lorsqu'on urine
- des urines troubles ou contenant du sang (plus suspect!)

Autres: douleurs bas ventre ou bas du dos, irritation du rectum, œdème, fracture spontanée

Dépistage: bénéfice limité. A discuter au cas par cas. Intérêt augmenté si antécédents familiaux.

Dosage du PSA, Toucher rectal, biopsie, RMN

Traitement: surveillance active, chirurgie, radiothérapie, hormonothérapie, immunothérapie, chimiothérapie, thérapie ciblée

Dépistage génétique des prédispositions génétiques

Si l'**histoire familiale** laisse supposer la présence d'une forme héréditaire de cancer:

- Au moins 3 cancers identiques dans une même branche de famille, en particulier si atteinte d'une personne jeune (avant 50 ans,...)
- Cancers différents chez 2 femmes apparentées (sein et ovaire,...)

Exemple de cancers à risque héréditaire:

- Certains cancers du sein et des ovaires: mutation BRCA1 et BRCA2
- Polypose adénomateuse familiale colique (PAF)
- ...

Test:

- Prise de sang => analyse des gènes au départ des globules blancs: si mutation identifiée on recherche si la mutation a été transmise aux descendants

En pratique:

Demander l'avis au médecin traitant qui orientera vers un oncogénéticien si indiqué

Prévention

Cancer broncho-pulmonaire: renforcer la lutte contre le tabagisme et la consommation de cannabis et encourager un rapprochement vers les centres d'addictologie ou antitabac

Cancer anal et du col de l'utérus: vaccination contre HPV :

- Jeunes filles et jeunes hommes : 11 à 18 ans inclus (remboursé)
- MSM et femmes : jusqu'à 26 ans inclus (non remboursé)

Hépatocarcinome: vaccination contre HBV

Six règles de vie:

- Ne pas fumer
- Eviter les kilos superflus
- Pratiquer une activité physique suffisante
- Manger sainement
- Modérer sa consommation d'alcool
- Protéger la peau lors de l'exposition au soleil, surveillance dermatologique attentive

Aide au sevrage tabagique au CHU de Charleroi

Consultations de tabacologie : numéro d'appel: **071.92.22.79**

- Hôpital Marie Curie, Vésale, Léonard de Vinci, Vincent Van Gogh
- Polycliniques du Mambourg, Fontaine l'Evêque, Chatelet, Philippeville et Couvin

1^{ère} séance 30 euros, suivantes 20 euros (max 8) avec
remboursement total par la mutuelle

Remboursement partiel pour la substitution

Groupes de parole le vendredi matin sur le site de Marie Curie
Plusieurs tabacologues dont certains proposent l'hypnose ou la
relaxation

Remboursement sevrage tabagique

✓ Médicaments ou substituts : jusqu'à 75 €/an

✓ Valable pour tous médicaments et substituts nicotiniques prescrits

✓ Séances chez votre tabacologue : jusqu'à 195 € tous les 2 ans

[Remboursement du sevrage tabagique |
Partenamut Mutualité Libre en Belgique](#)

[Solidaris \(solidaris-wallonie.be\)](http://solidaris-wallonie.be)

[Pourquoi arrêter de fumer ? | La
Mutualité Neutre \(lamn.be\)](http://lamn.be)

[Sevrage tabagique |
Mutualité chrétienne \(mc.be\)](http://mc.be)

[Sevrage tabagique |
Mutualité Libérale \(lm-ml.be\)](http://lm-ml.be)

Dépistage

Appliquer chez les PVVIH les recommandations pour le dépistage précoce des cancers établies en population générale

Dépistage du cancer du col:

- Cytologie cervico-utérine lors du diagnostic de séropositivité et ensuite:
 - Si pas d'antécédent de lésion: 1x/an pendant 3 ans, puis 1x/3ans si CV contrôlée et CD4 > 500/ μ l
 - Sinon: 1x/an
 - Poursuivre le dépistage au-delà de 65 ans

Dépistage du cancer anal:

- Pas de consensus international
- Devant toute symptomatologie anale (saignement, douleur, perception d'une formation au niveau de l'anus), adresser au gastro-entérologue/proctologue
- Renforcer le dépistage chez les HSH, chez toute personne ayant des antécédents de condylomes et chez les femmes ayant présenté une lésion du col

Dépistage

Dépistage du cancer broncho-pulmonaire:

- Pas de recommandation claire du dépistage du cancer broncho-pulmonaire par Scanner à faible dose chez les PVVIH
- Scanner devant toute symptomatologie thoracique suspecte (toux persistante, hémoptysie, douleur,...) ou altération de l'état général (amaigrissement inexpliqué) et chez patient à très haut risque (55 à 74 ans avec > 30 paquets années)

Dépistage des cancers cutanéomuqueux:

examen complet de la peau et des muqueuses une fois par an

Dépistage de l'hépatocarcinome:

- Échographie abdominale et dosage alphafoetoprotéine/6 mois
 - chez les patients cirrhotiques (même si guéri de l'hépatite C)
 - ou porteur d'une HBV active et > 50 ans ou originaire d'Afrique subsaharienne ou d'Asie quelque soit l'âge
 - ou avec un antécédent familial d'hépatocarcinome

Dépistage

Dépistage du cancer du sein:

Mammotest entre 50 et 69 ans tous les 2 ans

Dépistage du cancer colorectal:

Recherche de sang occulte dans les selles tous les 2 ans entre 50 et 74 ans

Alternative (EACS): à partir de 50 ans: Colonoscopie/10ans, colonoscopie virtuelle/5 ans, RSS 1/an, ADN dans les selles/3 ans

Dépistage du cancer de la prostate:

A discuter au cas par cas. Bénéfice augmenté si antécédents familiaux.

Recommandations EACS: hommes de > 50 ans avec espérance de vie > 10 ans: PSA 1x/1 à 2 ans

Traitement du cancer

Mêmes objectifs et modalités de prise en charge du cancer que chez les personnes non infectées par le VIH

Initier sans délai le **traitement antirétroviral** et le maintenir pendant le traitement

Prophylaxie par Bactrim pendant la durée du traitement oncologique

Contrôler la **PCR CMV** pendant la durée du traitement oncologique

Suivi rapproché de l'infection par le VIH pendant le traitement oncologique (CV)

Maintenir un **traitement anti HBV** chez les patients co-infectés **HIV/HBV** (AgHBs et Ac HBc isolé)

Références

Recommandations et appli:

[EACS Guidelines \(eacsociety.org\)](http://eacsociety.org)

Conseil National du SIDA et des hépatites virales:
recommandations du groupe d'experts : prise en charge des
personnes vivant avec le VIH:

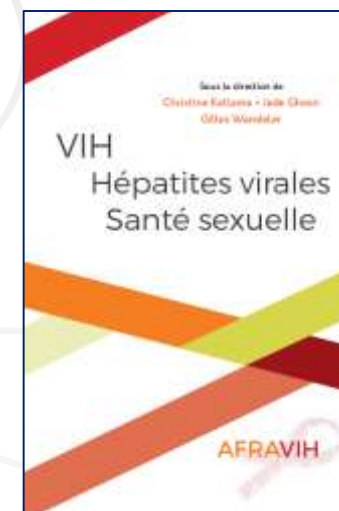
[Prise en charge du VIH - Recommandations du groupe d'experts
- Conseil national du sida et des hépatites virales \(sante.fr\)](http://sante.fr)

VIH, hépatites virales, santé sexuelle: AfraVIH:

[Livre AfraVIH \(livre-afravih.org\)](http://livre-afravih.org)

HIV book: www.hivbook.com

Fondation contre le cancer: [Fondation contre le Cancer](http://www.fondation-cancer.org)



Merci pour votre attention

Centre de référence VIH, CHU de Charleroi:

Dr Fabrizio Buttafuoco

Dr Sandrine Milas

Pr Soraya Cherifi

Dr Rémy Demeester (responsable du centre)

Thibaut Dagnelie (Assistant social)

Elodie Goudeseune (Infirmière)

Laurence Moons (psychologue)

Tel: 071.92.22.58

071.92.23.07

elodie.goudeseune@chu-charleroi.be

remy.demeester@chu-charleroi.be

Association SIDA/IST Charleroi:

Dr Jean-Claude Legrand

Rudi Gooris

Tharcisse Niyongira

Serin Gunes

Tel: 071.925.410 – 065.822.755

www.sida-charleroimons.be/



C.H.U. de Charleroi
Centre de Référence VIH

