

Travail présenté au colloque régional COREVIH Centre Poitou-Charentes (19/03/2013)

Introduction

Grâce aux progrès techniques, l'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) a évolué vers « une maladie chronique », impliquant de nouvelles modalités de prise en charge :

- suivi des complications (cancers, troubles neurologiques, ...) et comorbidités
- compréhension de la maladie et des traitements avec l'aide de l'éducation thérapeutique notamment
- enjeux du dépistage précoce à la fois pour un bénéfice individuel et en terme de santé publique.

La problématique du cancer^(1,2) pour les personnes infectées par le VIH émerge depuis l'arrivée des trithérapies antirétrovirales qui ont abouti à un net recul de la mortalité d'origine infectieuse. En 2010, les cancers représentent la première cause de décès des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) avec près d'un décès sur trois attribué aux cancers. Selon le type de cancer, le risque de cancer est 2 à 3 fois supérieur que pour la population générale, avec notamment une incidence élevée pour les lymphomes, le sarcome de Kaposi, le cancer du col de l'utérus, les cancers du poumon, du foie et de l'anus (qui représente le 3ème cancer le plus fréquent chez l'homme et le 7ème chez la femme).

Le déficit immunitaire a un rôle majeur vis-à-vis du risque de survenue des cancers chez les PVVIH, ce risque semble réversible avec une bonne restauration de l'immunité, à l'exception du risque de cancer du canal anal (persistance du virus HPV dans la muqueuse anale).

Dans le cadre de l'action 13.4 du Plan cancer 2009-2013 qui vise à « favoriser la prévention par une détection précoce et la prise en charge des cancers chez les PVVIH », l'INCa a lancé, en mars 2012, une information auprès des personnes infectées par le VIH et des proctologues-gastroentérologues sur l'existence de ces recommandations de suivi. Le but est de mieux les faire connaître aux professionnels de santé concernés (médecins infectiologues et gastroentérologues/proctologues) et de faciliter le dialogue patient/médecin sur un sujet tabou comme celui-ci.

C'est dans ce contexte que l'UREH a été mandatée par le réseau OncoCentre pour établir, à partir des bases régionales de données hospitalières issues du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) 2006-2011, une analyse épidémiologique des cas de « Cancers chez le patient vivant avec le VIH » pour les patients domiciliés en Région Centre (RC).

Bien que ses limites soient connues, le PMSI reste un outil intéressant de suivi épidémiologique, du fait de son exhaustivité, de sa pérennité et de sa facilité d'accès à moindre coût, notamment en l'absence d'autres sources de données.

Méthodes

En Cancérologie⁽³⁾, à partir des données du PMSI, 2 approches sont régulièrement utilisées :

- une démarche épidémiologique s'appuyant sur l'applicatif DAC (*Description de l'Activité en Cancérologie*) qui permet de classer, au vu de la Classification Internationale des Maladies (CIM10), les séjours en localisations tumorales : 14 appareils anatomocliniques et 38 organes et de décrire les caractéristiques des patients selon la localisation de leur cancer ;
- une démarche d'analyse d'activité des établissements s'appuyant sur la méthodologie retenue par l'Institut National du Cancer (dite « Méthode M4 INCa ») visant au respect de critères d'activité « minimum » pour la chirurgie carcinologique, la chimiothérapie et la radiothérapie.

Quelque soit l'approche, l'activité de radiothérapie en séances est exclue du champ des études car, en secteur privé, elle est réalisée en actes externes et non intégrée au PMSI MCO.

Notre démarche sera épidémiologique et se limitera donc à l'analyse de la population des patients domiciliés en Région Centre quelque soit leur lieu de prise en charge hospitalière.

- **Sélection primitive de la base « Cancers » via DAC :**
La sélection primitive des séjours pour cancer s'appuie sur la présence, en diagnostic Principal (DP), Relié (DR) ou Associé Significatif (DAS), d'au moins un des codes CIM10 de la nomenclature DAC. Après lecture de tous les diagnostics du séjour, après des processus de « correction » du codage, de priorisation et de classement des codes diagnostiques de cancer, il est affecté, au patient, une ou plusieurs localisation(s) tumorale(s) en appareil et organe DAC.

Tumeurs Malignes (TM)	Autres Tumeurs (AT)
Tumeurs Malignes Primitives (TMP) <i>Appareils 01-12 - TM d'organes spécifiques</i>	
Autres Tumeurs Malignes (ATM) <i>Appareil 13 - TM de siège imprécis</i>	
Tumeurs Malignes Secondaires (TMS) <i>Appareil 14 - Métastases</i>	

(1) INCa : La situation du cancer en France en 2012
 (2) Bonnet F, Burty C, Lewden C, Costagliola D, May T, Bouteloup V, Rosenthal E, Jouglu E, Cacoub P, Salmon D, Chene G, Morlat P. Changes in cancer mortality among HIV-infected patients: the Mortalite 2005 Survey. Clin Infect Dis 2009;48:633-639
 (3) Rapport «Épidémiologie Hospitalière du cancer des habitants de la région centre - PMSI 2006 - 2010» consultable sur les sites internet OncoCentre (<http://www.oncocentre.org/epidemie>) ou UREH. <http://www.sante-centre.fr/ureh-centre>
 (4) Spano JP, Costagliola D, Katlama C, et al. AIDS-related malignancies: state of the art and therapeutic challenges. J Clin Oncol 2008; 26:4834-4842
 (5) Winstone T et al. Epidemic of lung cancer in patients with VIH. Chest 2013;143:305-14

• Sélection primitive de la base « VIH » :

Un « **patient VIH** » est sélectionné par la présence d'un code B20_ à B24_ ("Maladies dues au Virus de l'Immunodéficience Humaine [VIH]") ou Z21 ("Affection asymptomatique par le VIH"), quelle que soit la position du diagnostic dans son séjour.

Toutefois, le VIH est la seule pathologie disposant de codes diagnostiques spécifiques associant le VIH et la survenue du cancer (B21_ : "Immunodéficience humaine [VIH], à l'origine de Tumeurs Malignes"). Ces codes contenant une double information :

- ne sont pas toujours suivis du code de cancer précis,
- sont absents des nomenclatures utilisées pour classer les cancers (DAC ou INCa)

B21 Immunodéficience humaine virale [VIH], à l'origine de tumeurs malignes

- B210 Maladie par VIH à l'origine d'un sarcome de Kaposi
- B211 Maladie par VIH à l'origine d'un lymphome de Burkitt
- B212 Maladie par VIH à l'origine d'autres lymphomes non hodgkiniens
- B213 Maladie par VIH à l'origine d'autres tumeurs malignes des tissus lymphoïde, hématopoïétique
- B217 Maladie par VIH à l'origine de tumeurs malignes multiples
- B218 Maladie par VIH à l'origine d'autres tumeurs malignes
- B219 Maladie par VIH à l'origine d'une tumeur maligne, sans précision

• Sélection définitive de la base « Cancers et VIH » :

Pour pallier à ce manque et pour mieux décrire *les cancers chez un patient vivant avec le VIH*, nous avons ajouté "artificiellement" le code de cancer en C « oublié », selon le sous-digit du code en B21_ précisant la survenue d'un sarcome de Kaposi, Lymphome de Burkitt, Lymphome Malin Non Hodgkinien... Ainsi, les codes en B21_ non présents dans la nomenclature DAC ont été pris en compte dans notre définition de population sans modification des nomenclatures existantes, mais en élargissant la définition de cas, permettant de "récupérer" 3 à 10 patients VIH cancéreux par an échappant à la sélection primitive des séjours pour cancer du fait d'un codage incomplet.

Résultats

Sur la période étudiée, 345 patients vivant avec le VIH* ont été hospitalisés au moins une fois pour Tumeur dont 87% pour Tumeurs Malignes. Le nombre de TM a doublé, l'augmentation de leur fréquence de 5,1 à 8,7% chez les PVVIH étant à la limite de la significativité (p=0,058).

Parmi les patients hospitalisés pour Tumeurs, la proportion d'entre eux qui vit avec le VIH est faible mais a significativement doublé de 0,1 à 0,22% en 6 ans (p=0,006).

*Le dénombrement des patients est annuel. Un même patient, hospitalisé sur plusieurs années, sera comptabilisé pour chacune de ses années de suivi.

Tableau 1 Effectifs de population et fréquence respective

	PATIENTS VIH HOSPITALISÉS					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Toutes Tumeurs (TM+TEI+TIS*)	36	59	60	52	66	72
dont Tumeurs Malignes	32	49	51	44	59	65
Pas de Tumeur	673	669	647	700	690	753
Fréquence des Tumeurs	5,1%	8,1%	8,5%	6,9%	8,7%	8,7%
Cohorte VIH hospitalisée	709	728	707	752	756	825

*TM = Tumeur maligne, TEI= Tumeur à évolution imprévisible, TIS= Tumeur in situ

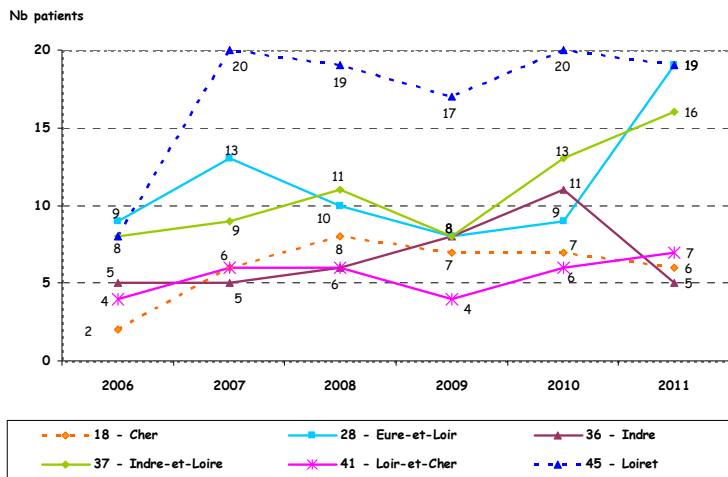
	PATIENTS ATTEINTS DE TUMEURS HOSPITALISÉS					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Toutes Tumeurs (TM+TEI+TIS)	35 187	33 778	33 647	34 048	32 863	33 367
Tumeurs chez le patient VIH	36	59	60	52	66	72
Tumeurs chez le patient non VIH	35 151	33 719	33 587	33 996	32 797	33 295
Fréquence du VIH	0,10%	0,17%	0,18%	0,15%	0,20%	0,22%

*TM = Tumeur maligne, TEI= Tumeur à évolution imprévisible, TIS= Tumeur in situ

SOURCE : PMSI 2006-2011, PATIENTS ADULTES DOMICILIÉS EN RÉGION CENTRE

Figure 1

Département de domicile des patients VIH hospitalisés pour Tumeur



SOURCE : PMSI 2006-2011, PATIENTS VIH ADULTES DOMICILIÉS EN RÉGION CENTRE

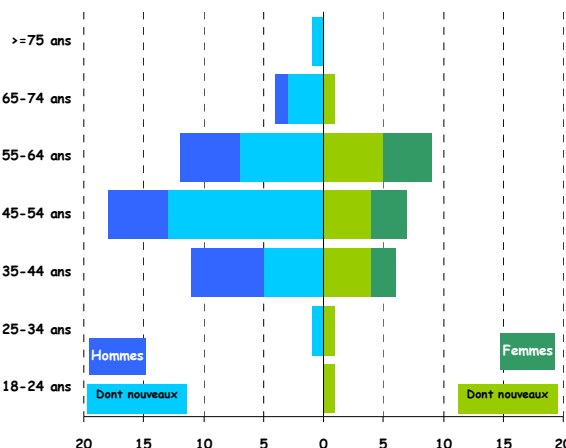
Les effectifs étant petits, la fluctuation aléatoire gêne l'interprétation des données. On observe une tendance ascendante dans tous les départements de domicile. Aucune validation des cas par retour au dossier n'a été réalisée. Cependant, devant la brutale augmentation de cas domiciliés dans le Loiret, une validation de l'algorithme de sélection a été réalisée au CHRO ne détectant pas d'anomalies de classement au vu du codage.

Tableau 2 Profil des patients VIH hospitalisés pour Tumeur

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Hommes	26	36	40	35	46	47
Femmes	10	23	20	17	20	25
Nouveaux patients				30	47	53
Avec métastases	6	5	7	12	12	13
Décédés	6	11	10	14	16	13
Âge Moyen	47	49	49	51	50	51
≥ 75 ans	1	2	0	3	1	1
Total	36	59	60	52	66	72

SOURCE : PMSI 2006-2011, PATIENTS VIH ADULTES DOMICILIÉS EN RÉGION CENTRE

Toutes Tumeurs : Pyramide des âges par sexe des patients VIH hospitalisés pour tumeur (2011)



SOURCE : PMSI 2011, PATIENTS VIH ADULTES DOMICILIÉS EN RÉGION CENTRE

Globalement, la cohorte des PVVIH atteintes de tumeur a vieilli (+ 4 ans entre 2006 et 2011) et leur profil reste bien distinct du sujet cancéreux tout venant⁽³⁾ : en moyenne 16 ans plus jeune (âge moyen : 50 vs 66 ans en 2010) ; le sex-ratio, en diminution, est de 2 (de 2,6 en 2006 à 1,9 en 2011) vs 1,2 (de 1,3 à 1,2) en population générale. La proportion de sujets métastasés y est significativement plus faible (16% vs 23% - p<0,002) alors que la létalité hospitalière y est plus élevée : 20% vs 15% - p<0,012 - RR=1,32.

Tableau 3

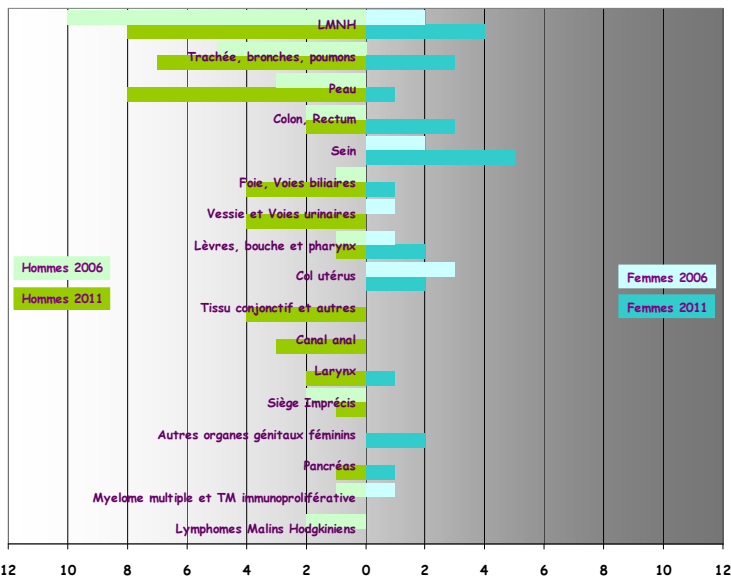
**Profil des patients VIH hospitalisés pour Tumeur
Au 1^{er} séjour pour Tumeur* (cumul 2009-2011)**

Appareil/Organe	Nb Patients	Pourcentage de			Âge				
		Femmes	Métastases	Décès	1 ^o Quartile	Médiane	3 ^o Quartile	Moyenne	
VOIES AÉRO-DIGESTIVES SUPÉRIEURES	Lèvres, cavité bucale et pharynx	5	40,0	20,0	0,0	43	43	47	46
	Larynx	4	25,0	50,0	25,0	43,5	47,5	53	48,3
	Autres ORL	2	0,0	0,0	50,0	44	47,5	51	47,5
	Total Appareil	10	20,0	20,0	20,0	43	44	51	47,1
APPAREIL RESPIRATOIRE	Trachée, bronches, poumons	21	19,0	47,6	23,8	47	52	56	53,2
	Plèvre	1							
	Autres thorax	4	25,0	0,0	25,0	47,5	49,5	53,5	50,5
Total Appareil	26	19,2	38,5	26,9	47	51	56	52,5	
APPAREIL DIGESTIF	Œsophage	1							
	Colon, Rectum	5	60,0	20,0	0,0	55	58	59	58,2
	Canal anal	3	0,0	0,0	0,0	45	50	52	49
	Foie, Voies biliaires	10	10,0	10,0	60,0	47	50	63	54
	Pancréas	2	50,0	50,0	0,0	54	54,5	55	54,5
Total Appareil	21	23,8	14,3	33,3	49	54	58	54,4	
SEIN	Sein	7	100,0	42,9	14,3	44	49	61	52,4
APPAREIL GÉNITAL FÉMININ	Col utérus	8	100,0	0,0	0,0	31,5	37,5	42,5	37,8
	Corps utérus	1							
	Ovaire et autres annexes	1							
	Autres organes génitaux féminins	2	100,0	50,0	0,0	33	48,5	64	48,5
Total Appareil	11	100,0	18,2	0,0	33	40	43	40,1	
APPAREIL GÉNITAL MASCULIN	Prostate	4	0,0	0,0	0,0	54	58,5	64,5	59,3
	Autres organes génitaux masculins	1							
Total Appareil	5	0,0	20,0	0,0	52	56	61	56,4	
APPAREIL URINAIRE	Vessie et Voies urinaires	5	0,0	0,0	0,0	58	58	62	57,8
	Rein	1							
Total Appareil	6	0,0	0,0	16,7	54	58	62	57,2	
OEIL ET SYSTÈME NERVEUX CENTRAL	Système Nerveux Central	2	50,0	0,0	0,0	43	43,5	44	43,5
HÉMATOLOGIE	Lymphomes Malins Hodgkiniens	5	40,0	0,0	0,0	34	42	44	39,6
	Lymphomes Malins Non Hodgkiniens	15	26,7	0,0	33,3	37	44	54	43,7
	Autres tumeurs hématologiques	1							
	Leucémies Aiguës	1							
	Syndromes myélodysplasiques	1							
	Autres Leucémies et TM Tissu Lymphoïde	3	33,3	0,0	33,3	39	67	68	58
	Syndromes myéloprolifératifs	1							
Total Appareil	26	30,8	0,0	26,9	37	44	56	46,6	
OS ET TISSUS CONJONCTIFS	Os et Cartilage articulaire	2	0,0	50,0	0,0	43	48,5	54	48,5
	Tissu conjonctif et autres tissus mous	4	0,0	0,0	0,0	37,5	42	45,5	41,5
	Total Appareil	6	0,0	16,7	0,0	40	43,5	47	43,8
PEAU	Peau	12	8,3	8,3	0,0	46	49	62,5	51,8
SIÈGE IMPRÉCIS		4	0,0	50,0	25,0	44	51	60	52
MÉTASTASES ISOLÉES		2	0,0	50,0	50,0	45	50	55	50
MULTI-APPAREIL		8	0,0	25,0	25,0	44,5	47	54	49,6
TOTAL		130	30,8	18,5	19,2	44	48	56	49,9

SOURCE : PMSI 2009-2011, PATIENTS VIH ADULTES DOMICILIÉS EN RÉGION CENTRE
* Nouveau patient⁽³⁾ : sujet non hospitalisé pour Tumeur dans les 3 années précédentes.
Pour préserver l'anonymat, le profil des patients uniques par organe a été masqué.

Figure 2

**Prévalence brute, comparaison 2006-2011 :
Principales localisations des tumeurs par sexe
chez le sujet vivant avec le VIH**



SOURCE : PMSI 2006/2011, PATIENTS VIH ADULTES DOMICILIÉS EN RÉGION CENTRE

La survenue des cancers (Tableau 3 et 4, Figure 2) chez le sujet vivant avec le VIH a fortement évolué entre 2006 et 2011 :

- les 2 principaux cancers sont le Lymphome Malin Non Hodgkinien et le cancer broncho-pulmonaire : alors que le LMNH semble stable au cours du temps, le cancer du poumon est en nette progression.
- l'élargissement de l'éventail des localisations tumorales : apparition ou renforcement des cancers de la peau, des cancers digestifs (foie, pancréas, canal anal, ...), des cancers génitaux.
- l'augmentation du nombre de cancers chez les femmes.

Tableau 4

**Nombre de Patients VIH hospitalisés pour Tumeur
par appareil et organe et par année d'hospitalisation**

Appareil/Organe	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
VOIES AÉRO-DIGESTIVES SUPÉRIEURES	Lèvres, cavité bucale et pharynx	2	6	3	1	2	3
	Larynx	0	0	1	1	2	3
	Autres ORL	1	1	1	0	2	0
	Total Appareil	3	7	5	2	6	5
APPAREIL RESPIRATOIRE	Trachée, bronches, poumons	5	7	8	11	8	10
	Plèvre	0	0	0	0	0	1
	Autres thorax	0	0	0	2	1	1
	Total Appareil	5	7	8	13	9	12
APPAREIL DIGESTIF	Œsophage	0	0	0	0	1	0
	Estomac, Duodenum, Grêle	0	0	1	0	0	0
	Colon, Rectum	2	2	3	3	2	5
	Canal anal	0	3	5	2	1	3
	Foie, Voies biliaires	1	2	2	3	4	5
	Pancréas	0	0	1	0	0	2
	Autres digestifs et péritoine	0	3	1	0	0	0
Total Appareil	3	10	12	8	7	15	
SEIN	Sein	2	1	5	3	6	5
APPAREIL GÉNITAL FÉMININ	Col utérus	3	6	4	5	4	2
	Corps utérus	0	0	0	1	0	1
	Ovaire et autres annexes	0	0	0	0	0	1
	Autres organes génitaux féminins	0	0	0	0	0	2
Total Appareil	3	6	4	5	4	5	
APPAREIL GÉNITAL MASCULIN	Prostate	0	1	3	3	3	1
	Autres organes génitaux masculins	0	0	0	0	1	1
Total Appareil	0	1	3	3	4	2	
APPAREIL URINAIRE	Vessie et Voies urinaires	1	1	1	2	1	4
	Rein	1	1	1	0	1	0
Total Appareil	2	2	2	2	2	4	
OEIL ET SYSTÈME NERVEUX CENTRAL	Système Nerveux Central	0	0	1	2	0	0
TUMEURS ENDOCRINIENNES	Autres endocrines	0	0	1	0	0	0
	Lymphomes Malins Hodgkiniens	2	4	2	4	5	0
	Lymphomes Malins Non Hodgkiniens	12	14	7	3	8	12
	Myélome multiple et TM immunoproliférative	2	0	0	0	0	0
HÉMATOLOGIE	Autres tumeurs hématologiques	0	0	0	0	1	0
	Leucémies Aiguës	0	2	0	2	1	0
	Syndromes myélodysplasiques	0	0	0	1	1	0
	Leucémie Lymphoïde Chronique	1	0	0	0	1	0
	Autres Leucémies et TM Tissu Lymphoïde	0	0	0	1	2	1
	Syndromes myéloprolifératifs	0	0	1	0	1	0
Total Appareil	15	20	10	11	18	13	
OS ET TISSUS CONJONCTIFS	Os et Cartilage articulaire	0	1	0	1	0	1
	Tissu conjonctif et autres tissus mous	0	1	4	3	5	4
	Total Appareil	0	2	4	4	5	5
PEAU	Mélanome	0	1	0	0	0	0
	Peau hors mélanome	3	7	5	2	6	9
Total Appareil	3	8	5	2	6	9	
AUTRES TUMEURS DE SIÈGE IMPRÉCIS		2	0	1	2	2	1
MÉTASTASES ISOLÉES		0	0	2	0	2	0
MULTI-APPAREIL		2	5	3	4	5	4
TOTAL		36	59	60	52	66	72

SOURCE : PMSI 2006-2011, PATIENTS VIH ADULTES DOMICILIÉS EN RÉGION CENTRE

Un zoom sur les sarcome de Kaposi non individualisé dans la classification DAC mais répartis dans les différents organes selon leurs localisations est présenté ci-dessous :

SARCOMES DE KAPOSI (TOUTES LOCALISATIONS)	2006	2007	2008	2009	2010	2011
PATIENT NON VIH	20	20	15	15	13	13
PATIENT VIH	3	7	7	4	9	7

Les sarcomes de Kaposi (toutes localisations : cutanés, respiratoires, ganglionnaires, digestifs...) représentent une vingtaine de cas/an en RC ; bien que de prévalence plus élevée chez le patient VIH, ils sont observés plus souvent chez les patients non VIH.

Tableau 5

**Décès hospitaliers chez les Patients VIH :
Proportion de décès par Tumeur**

	PATIENTS VIH HOSPITALISÉS					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Tous Décès Patients vivant avec le VIH	20	26	18	25	36	30
dont Décès avec Tumeurs (TM+TEI+TIS)	6	11	10	14	16	13
% Décès Patients VIH avec Tumeurs	30%	42%	56%	56%	44%	43%
TOTAL COHORTE VIH hospitalisés	709	728	707	752	756	825

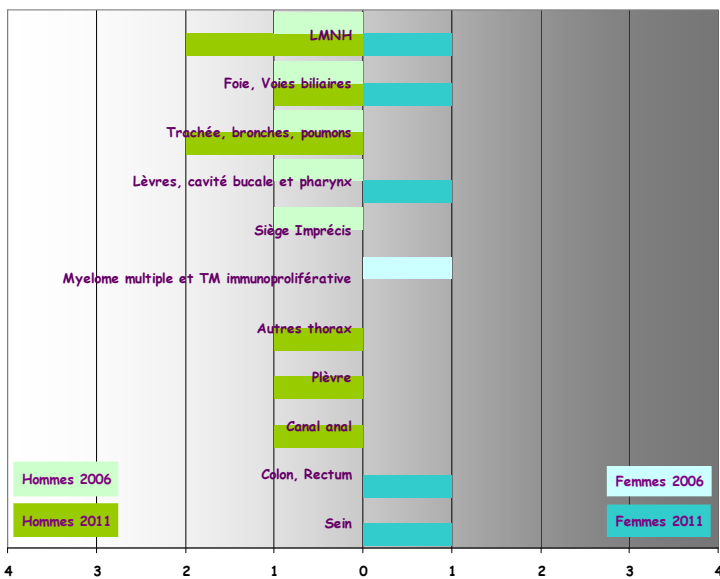
*TM = Tumeur maligne, TEI = Tumeur à évolution imprévisible, TIS = Tumeurs in situ

SOURCE : PMSI 2006-2011, PATIENTS VIH ADULTES DOMICILIÉS EN RÉGION CENTRE

En moyenne, 3,4% des patients VIH hospitalisés sont décédés à l'hôpital sur la période (2,8% en 2006 à 3,6% en 2011). En moyenne, près d'un décès hospitalier sur deux est associé à la présence d'une tumeur. En augmentation entre 2006 et 2009, cette part semble, depuis, se stabiliser. L'enquête ANRS⁽²⁾, plus précise car réalisée à partir des causes médicales de décès, retrouvait, en 2005, 34% de décès avec tumeurs chez les PVVIH.

Figure 3

**Décès bruts, comparaison 2006-2011 :
Principales localisations des tumeurs par sexe
chez le sujet vivant avec le VIH**



SOURCE : PMSI 2006/2011, PATIENTS VIH ADULTES DOMICILIÉS EN RÉGION CENTRE

Chez l'homme, les cancers de l'appareil respiratoire constituent la première de décès en 2011.

Chez la femme, les décès se répartissent sur différents appareils en 2011.

Discussion - Conclusions

Le PMSI est un outil imparfait : les erreurs de codage, le choix de sélection des séjours par les algorithmes justifient des validations de cas par retour aux dossiers médicaux, non réalisés dans cette étude. L'interprétation de ces chiffres doit donc se faire plus sur les tendances évolutives que sur le nombre absolu de cas, sujet aux variations de codage, surtout dans de petits effectifs.

L'étude ne concerne que les patients VIH hospitalisés, 825 patients en 2011, soit 38% de la file active répertoriée par le COREVIH (2153 patients, rapport 2011 du COREVIH Centre et Poitou-Charentes). La base de données hospitalière française sur l'infection à VIH (base DOMEVIH) permet une description plus exhaustive et précise (notamment causes de décès) de la cohorte VIH que le PMSI. La Région Centre n'ayant aucun registre du cancer, et aucun autre système d'information spécifique pour le cancer, a développé un l'analyse des cancers hospitalisés en Région Centre à partir du PMSI⁽³⁾ : ce programme a ainsi été « appliqué » aux patients vivants avec le VIH.

Trois cancers - maladie de Kaposi, lymphomes malins non hodgkiniens et le cancer du col utérin- sont très vite apparus comme ayant une incidence élevée chez les personnes infectées par le VIH (PVVIH) et font partie des événements classant le passage de l'infection à VIH dans le stade SIDA. Avec l'arrivée des nouvelles combinaisons antirétrovirales, l'incidence de ces cancers classants SIDA a fortement diminué même si elle reste bien supérieure à celle de la population générale. L'allongement de la durée de survie des PVVIH à l'ère des trithérapies a coïncidé avec une augmentation de l'incidence des cancers non classants dans cette population exposée plus fréquemment que la population générale aux carcinogènes tels le tabac et aux infections virales (EBV, HPV...). Un traitement antirétroviral efficace sur le taux des CD4 et la charge virale s'accompagne d'une diminution du risque pour les cancers classant SIDA mais non pour les cancers ne définissant pas le SIDA : impact du traitement ? de l'inflammation chronique ? De l'immunosuppression résiduelle ?...⁽⁵⁾

Les taux de survie après un diagnostic de cancer sont significativement plus faibles chez les PVVIH que dans la population générale posant la question de la sévérité de leur présentation, et aussi celle de leur prise en charge. Malgré l'impact de la trithérapie sur la mortalité liée au VIH, le cancer reste donc actuellement une importante cause de décès^(2,4).

Les chiffres issus du PMSI de la Région Centre reflètent ces données maintenant bien connues et incitent :

- au diagnostic et traitement précoce du VIH
- à la prévention des facteurs de risque de cancer (Tabac, alcool..)
- au dépistage précoce des cancers chez les PVVIH : examen proctologique, frottis cervical, radio pulmonaire chez le fumeur...
- à la recherche de marqueurs d'inflammation chronique susceptibles de détecter les PVVIH les plus à risque de cancer.

Travail réalisé à la demande d'OncoCentre

Présentation au Colloque Régional du COREVIH Centre Poitou-Charentes
- 19 mars 2013 -

Correspondants : Dr F. BASTIDES, COREVIH,
Pr LINASSIER Oncocentre

UREH : Dr S. BARON,
Mme A.I LECUYER,
Mr C. GABORIT- UREH
Mail : ureh@chu-tours.fr

Document téléchargeable sur le site de l'UREH :
<https://www.sante-centre.fr/portail/>

