



CancerVIH

Réseau expert national INCa de prise en charge
des PVVIH atteintes de cancer

Newsletter

N°6 Décembre 2018

Bonnes fêtes de fin d'année 

www.cancervih.org

LES CHIFFRES DU RESEAU CANCERVIH

1 RCP nationale de recours ONCOVIH bimensuelle

2 RCP régionales Cancer et SIDA (PACA Ouest et Auvergne Loire)
mensuelle ou bimensuelle

549 patients présentés et près de 700 dossiers discutés en RCP
nationale ONCOVIH

109 centres participants à la RCP nationale ONCOVIH

Les essais en cours spécifiques Cancer et VIH

- **Cohorte ANRS CO24 ONCOVIHAC :**
Observatoire national de suivi des personnes vivant avec le VIH traitées pour leur cancer par des anticorps inhibiteurs des checkpoints immunitaires
⇒ plus d'infos sur <http://www.anrs.fr/sites/default/files/2017-10/ANRS%20CO24%20OncoVIHAC.pdf>
- **Essai IFCT-CHIVA2 :**
Immunothérapie par nivolumab après chimiothérapie antérieure chez des patients VIH+ présentant un cancer du poumon non à petites cellules de stade avancé
⇒ plus d'infos sur <https://www.ifct.fr/index.php/fr/la-recherche/item/2103-ifct-1602-chiva-2>
- **Etude IDEATIon** (financée par MSDAvenir) :
Etude translationnelle de recherche de nouveaux biomarqueurs tumoraux dans des tumeurs intervenant chez des personnes immunodéprimées (personnes vivant avec le VIH ou personnes transplantées d'organe ou de cellules souches hématopoïétiques) ainsi que dans des environnements immunodéprimés comme le cerveau.
Ouverte à la Pitié-Salpêtrière et à Tenon (Paris)
⇒ plus d'infos sur <https://www.cancervih.org/etude-ideation>

Agenda RCP nationale (17h45 le mardi)

8 janvier 2019
22 janvier 2019
5 février 2019
19 février 2019
5 mars 2019
19 mars 2019
2 avril 2019
16 avril 2019
30 avril 2019
14 mai 2019
28 mai 2019

⇒ marianne.veyri@aphp.fr

Agenda RCP régionale PACA Ouest (12h30 le vendredi)

4 janvier 2019
8 février 2019
8 mars 2019
5 avril 2019
⇒ isabelle.poizot@ap-hm.fr

Agenda RCP régionale Auvergne Loire (le vendredi)

4 janvier 2019
11 janvier 2019
25 janvier 2019
1^{er} février 2019
15 février 2019
1^{er} mars 2019
8 mars 2019
⇒ [cjacomat@chu-clermontferrand.fr](mailto:cjacomet@chu-clermontferrand.fr)

Coordination du réseau CancerVIH :

Pr. Jean-Philippe Spano (Paris), Pr. François Boué (Clamart), Dr Isabelle Poizot-Martin (Marseille)

Conseil Scientifique :

Pr. Brigitte Autran (Paris), Pr. François Boué (Clamart), Pr. Jacques Cadranel (Paris), Pr. Vincent Calvez (Paris), Dr Sylvain Choquet (Paris), Pr. Dominique Costagliola (Paris), Dr Rodolphe Garraffo (Nice), Dr Amélie Guihot (Paris), Pr. Christine Katlama (Paris), Pr. Olivier Lambotte (Kremlin-Bicêtre), Dr Armelle Lavalé (Paris), Dr Alain Makinson (Montpellier), Pr. Anne-Geneviève Marcelin (Paris), Dr Romain Palich (Paris), Dr Isabelle Poizot-Martin (Marseille), Dr Laurent Quéro (Paris), Dr Caroline Solas (Marseille), Pr. Jean-Philippe Spano (Paris), Dr Marc-Antoine Valantin (Paris)

Contact :

Marianne VEYRI ✉ marianne.veyri@aphp.fr ☎ 01.42.16.00.26

Service d'Oncologie médicale – G.H. Pitié-Salpêtrière - Bâtiment Jacquart – 47/83 boulevard de l'Hôpital – 75013 Paris

Un groupe multidisciplinaire d'experts français se prononce en faveur de la mise en place rapide d'un dépistage organisé du cancer du poumon chez les personnes à risque

Le 12 novembre 2018, à Lyon, s'est réuni un groupe d'expert constitué d'une trentaine de membres (pneumologues, radiologues, oncologues, médecins de santé publique, infectiologue et associations de patients) de l'Inter groupe Francophone de Cancérologie Thoracique (IFCT), de membres de la Société Thoracique (SIT), et de la Société Française de Radiologie (SFR) pour une réflexion autour du dépistage du cancer broncho-pulmonaire chez les personnes à risque. Ce groupe recommande « la mise en place d'un dépistage du cancer du poumon en France à partir de 50 ans chez les individus à risque et en appelle au Ministère de la Santé et des Solidarités – conformément à sa stratégie nationale de santé 2018-2022, à l'Institut National du Cancer (INCa) – dans le cadre du Plan cancer 2014-2019- et à la Haute Autorité de Santé (HAS) pour initier rapidement une réflexion sur les modalités de sa mise en œuvre » (<https://www.ifct.fr>).

Des recommandations à la lumière de nouvelles données en population générale sur le dépistage du cancer broncho-pulmonaire

Les résultats de l'étude européenne néerlandais-belge NELSON ont été rapportés lors du congrès annuel de l'International Association for the Study of Lung Cancer en septembre 2018. Cette étude randomisée évaluait l'efficacité sur la mortalité par cancer broncho-pulmonaire d'un dépistage par scanner thoracique au sein d'une population à risque de 15 000 fumeurs et ex-fumeurs. Pour participer à l'étude, les sujets devaient être fumeurs de plus de 10 cigarettes/jour pendant plus de 30 ans, ou 15 cigarettes par jour pendant plus de 25 ans, possiblement sevrés depuis moins de 10 ans, et étaient âgés de 50 à 74 ans. Quatre scanners thoraciques faible dose étaient proposés sur 5 ans et demi, avec un suivi des inclus sur 10 ans au moins. 243 cancers broncho-pulmonaire ont été dépistés (0,9%). Les auteurs ont rapporté une diminution très significative de la mortalité par cancer du poumon grâce au scanner thoracique de l'ordre de 26% IC 95% (9-40%) chez les hommes et de plus de 40% chez les femmes.

Ces résultats viennent confirmer ceux de l'étude américaine National Lung Screening Trial (NLST), qui a démontré en 2011 que le dépistage par scanner thoracique peu irradiant réalisé chez plus de 53 000 individus à risque diminue de 20% la mortalité par cancer du poumon, et pour la 1ère fois dans le dépistage des cancers, une réduction significative de 7% de la mortalité générale (toutes causes confondues)¹.

La technologie et les techniques d'interprétation ont été optimisées dans l'essai NELSON, permettant d'améliorer largement les performances du dépistage. Ces algorithmes d'interprétation reposent sur une évaluation des diamètres des nodules, mais surtout, pour les nodules de diamètre intermédiaire (entre 50 et 500 mm³), l'évolution des volumes des nodules entre deux scanners espacés de quelques mois². Ainsi, dans l'étude NELSON, par rapport à l'étude NLST, il existe une forte réduction du nombre de faux positifs, avec seulement 2,2% des sujets ayant un dépistage positif, pour une valeur prédictive positive d'un dépistage positif de 41%.

Le dépistage du cancer broncho-pulmonaire non validé par la Haute Autorité Sanitaire (HAS) en 2016

La HAS publiait en 2016 un rapport sur l'évaluation de la pertinence du dépistage du cancer broncho-pulmonaire (cancer du poumon) en France (<https://www.has-sante.fr>). La HAS considérait que les conditions de qualité, d'efficacité et de sécurité nécessaires à la réalisation du dépistage du cancer broncho-pulmonaire chez des personnes fortement exposées au tabac ou l'ayant été n'étaient pas réunies en France en 2016.

Compte tenu des nouvelles données, le groupe d'expert réuni à Lyon le 12 novembre se positionne pour la prise en charge immédiate d'un dépistage par scanner thoracique associé à une aide au sevrage tabagique, à partir de 50 ans chez les patients fumeurs ou ex-fumeurs éligibles selon les critères de NELSON, et après information des bénéfiques et des risques. Ce groupe en appelle à une révision de la position des instances, notamment à la lumière des publications du groupe NELSON.

Positionnement du groupe CANCERVIH sur le dépistage du cancer broncho-pulmonaire chez les PVVIH

Le groupe CANCERVIH rappelle qu'en France le cancer broncho-pulmonaire est la première cause de mortalité par cancer chez les PVVIH³, et que le risque de survenue de ce cancer semble plus élevé qu'en population générale⁴ même en prenant en considération le tabagisme⁵.



Le groupe rappelle également qu'une étude de faisabilité du dépistage du cancer broncho-pulmonaire, l'étude ANRS EP48 HIV CHEST, a été réalisée en France⁶. Cette étude a inclus des PVVIH, tabagiques à plus de 20 paquets-années, sevrées depuis moins de 3 ans et âgées de plus de 40 ans. Au total, 442 sujets ont été inclus, et 9 cancers broncho-pulmonaires ont été dépistés. Cette étude a permis de souligner :

- Que le dépistage est faisable en France chez nos PVVIH à risque
- Que la prévalence du cancer était élevée (2%), et que la majorité des cancers étaient dépistés à des stades précoces, potentiellement opérables
- En appliquant les critères d'âge de la NLST, seulement 2 cancers auraient été dépistés dans notre population (7 des 9 cancers si application des critères NELSON).

En raison de l'épidémiologie du cancer broncho-pulmonaire chez les PVVIH, et de son mauvais pronostic, le groupe CANCERVIH ne peut que soutenir cette démarche du groupe d'expert de Lyon d'initier rapidement une réflexion sur les modalités de la mise en œuvre du dépistage chez les personnes à risque dont les PVVIH.

1. Aberle DR, Adams AM, Berg CD, et al. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *N Engl J Med*. 2011;365(5):395-409.
2. Horeweg N, van der Aalst CM, Vliegenthart R, et al. Volumetric computed tomography screening for lung cancer: three rounds of the NELSON trial. *The European respiratory journal*. 2013;42(6):1659-1667.
3. Morlat P, Roussillon C, Henard S, et al. Causes of death among HIV-infected patients in France in 2010 (national survey): trends since 2000. *AIDS*. 2014;28(8):1181-1191.
4. Hleyhel M, Cancer Risk Group of the French Hospital Database on HIV. Risk of non-AIDS-defining cancers among HIV-1-infected individuals in France between 1997 and 2009: results from a French cohort. *AIDS*. 2014;28(14):2109-2118.
5. Sigel K, Wisnivesky J, Gordon K, et al. HIV as an independent risk factor for incident lung cancer. *AIDS*. 2012;26(8):1017-1025.
6. Makinson A, Eymard-Duvernay S, Raffi F, et al. Feasibility and efficacy of early lung cancer diagnosis with chest computed tomography in HIV-infected smokers. *AIDS*. 2016;30(4):573-582.