



# Antirétroviraux et Interactions en pratique:

## *La Chimiothérapie anticancéreuse*

**Dr I Poizot- Martin**

*CHU Sainte- Marguerite*

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

[isabelle.poizot@ap-hm.fr](mailto:isabelle.poizot@ap-hm.fr)



1. Traitement du cancer: Etat des lieux
2. Traitement du cancer chez les PVVIH ?
3. Comment optimiser le parcours de soin?

# Liens d'intérêts 2013-2016

- Prise en charge frais d'inscription et logistique congrès nationaux, internationaux: BMS, Gilead, ViiVhealthcare
- Soutien projet de recherche clinique institutionnels: Gilead
- Modérateur/orateur symposium régionaux/nationaux: Gilead, MSD, ViiVHealthcare

# Approches thérapeutiques du Cancer en 2017

*Radiothérapie*

*Chimiothérapie*

*Radio-Chimiothérapie*

*Hormonothérapie*

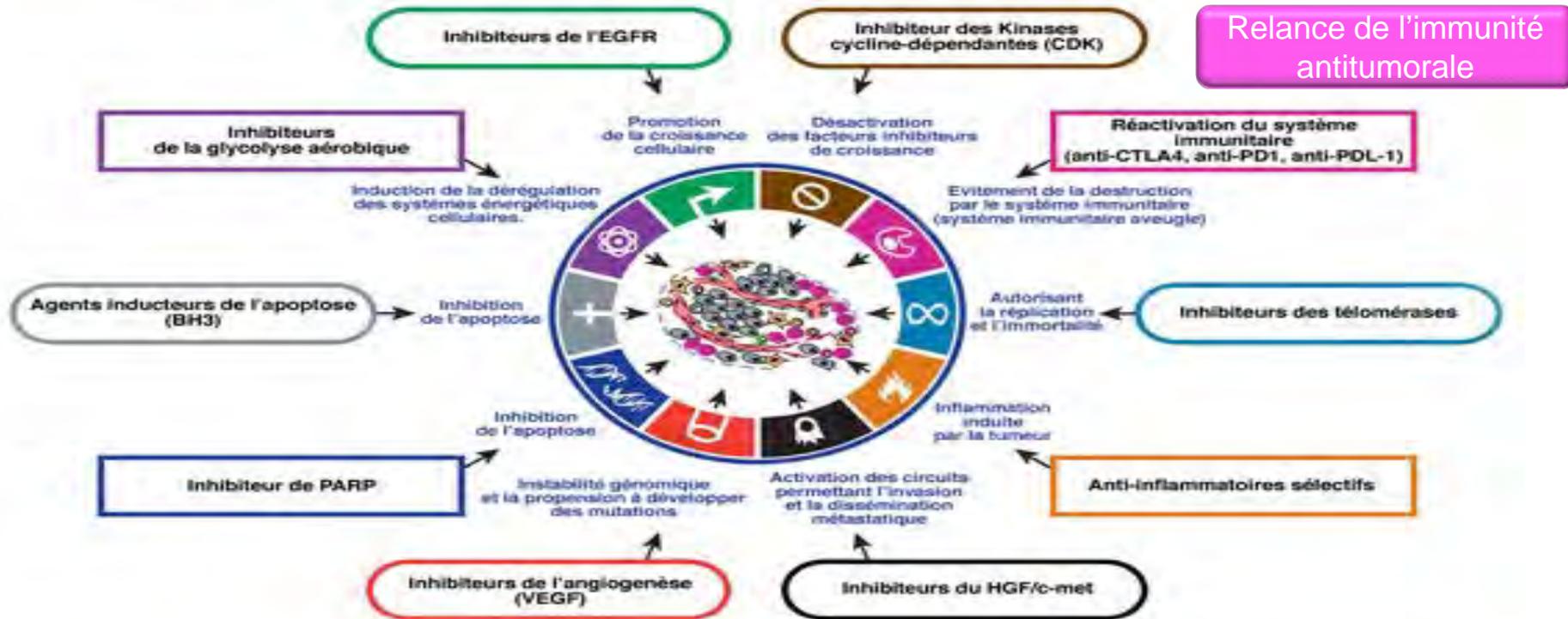
**C  
H  
I  
R  
U  
R  
G  
I  
E**



***Thérapies Ciblées  
Immunothérapie***

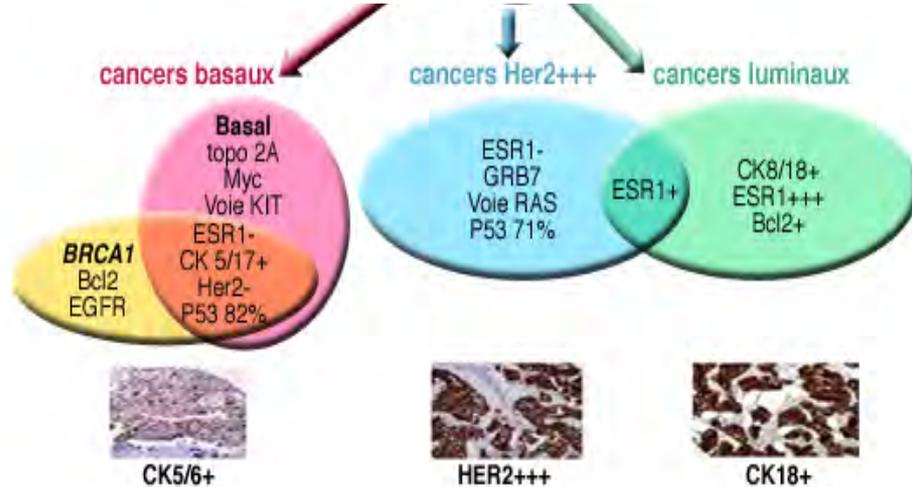


# Un ciblage des mécanismes de la cancérogénèse



# Cartographie des Tumeurs: L'exemple du cancer du sein

**Quatre sous- types moléculaires** selon la présence/ le niveau d'expression des récepteurs à l'estrogène, du gène HER2 ou de l'oncoprotéine HER2



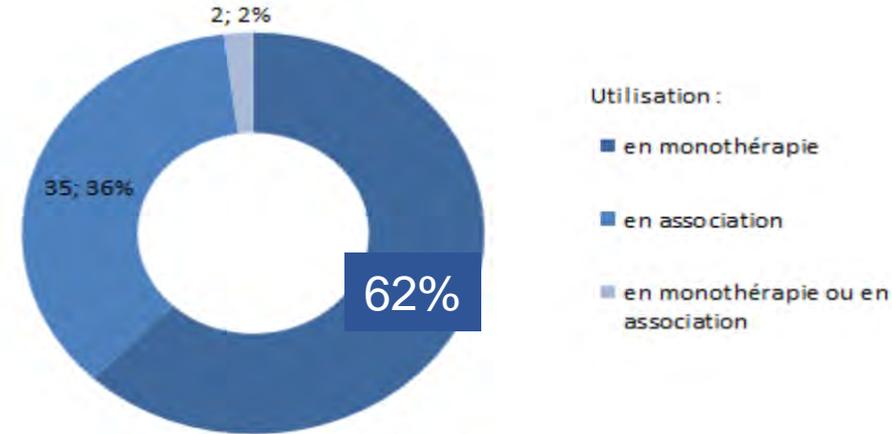
**Prise en charge thérapeutique**

Hormonothérapie  
Chimiothérapie  
AC monoclonaux  
Combinaison thérapeutique

**Index pronostic**

# Thérapies ciblées: en monothérapie, en association

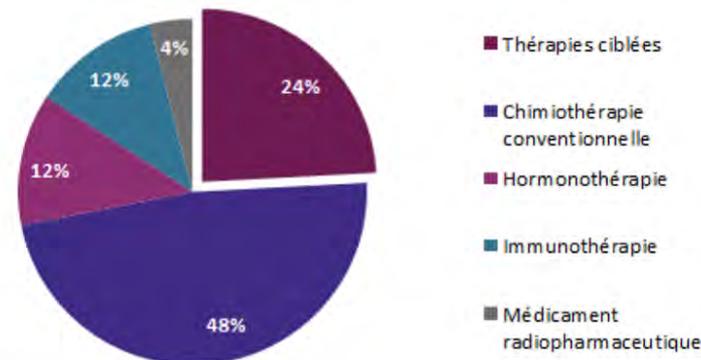
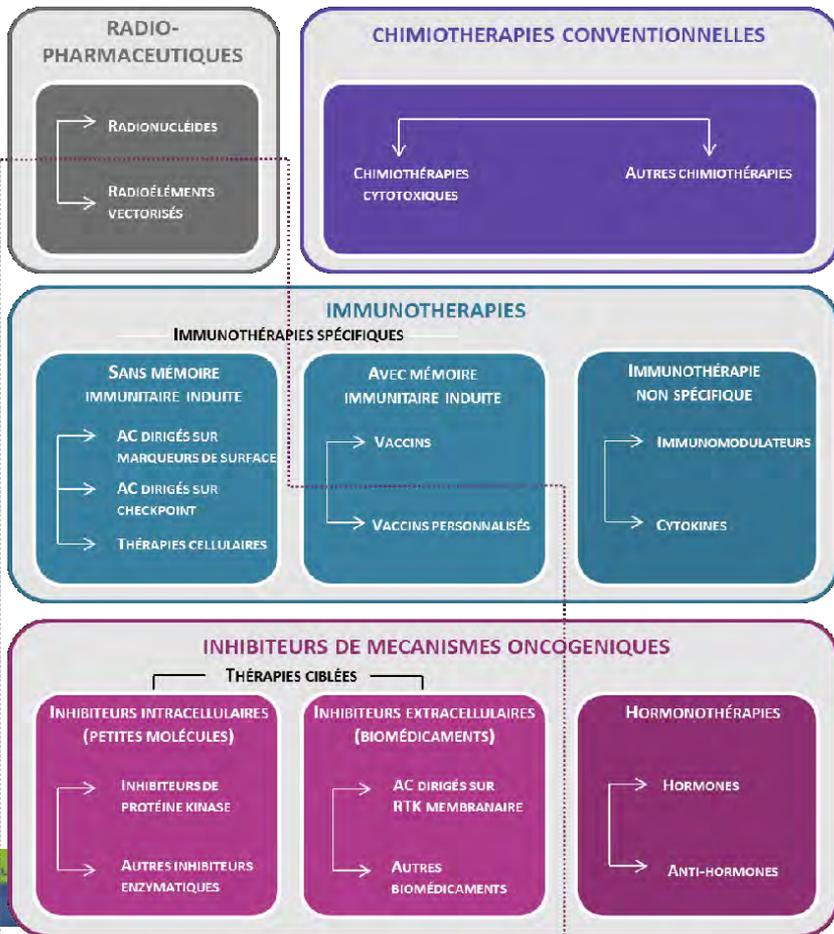
Mécanismes oncogéniques	THÉRAPIES CIBLÉES	
	Inhibiteurs intracellulaires	Inhibiteurs extracellulaires
ALK	crizotinib, ceritinib	
BCR-ABL	imatinib, bosutinib, dasatinib, nilotinib, ponatinib	
BTK	ibrutinib	
CDK	palbociclib	
KIT	imatinib, sunitinib, regorafenib (bosutinib, dasatinib, nilotinib, ponatinib, sorafenib, pazopanib, lenvatinib, cabozantinib)	
EGFR	erlotinib, gefinitib, afatinib, osimertinib (vandetanib)	cetuximab, panitumumab
HEDGEHOG	vismodegib	
HER	lapatinib (afatinib)	trastuzumab, trastuzumab emtansine, pertuzumab
JAK	ruxolitinib	
MEK	trametinib, cobimetinib	
m-TOR	temsirolimus, everolimus	
PARP	olaparib	
PDGFR	imatinib, bosutinib, dasatinib, nilotinib, ponatinib, sorafenib, sunitinib, regorafenib, pazopanib, lenvatinib, nintedanib	
PI3K	idelalisib	
BRAF	vemurafenib, dabrafenib (sorafenib, regorafenib)	
RANK		denosumab
RET	ponatinib, sunitinib, regorafenib, lenvatinib, vandetanib, cabozantinib	
VEGF/VEGFR	axitinib, sorafenib, sunitinib, pazopanib, nintedanib, regorafenib lenvatinib, vandetanib, cabozantinib, (ponatinib)	bevacizumab, aflibercept, ramucirumab
MET	cabozantinib (crizotinib)	
ROS1	crizotinib	



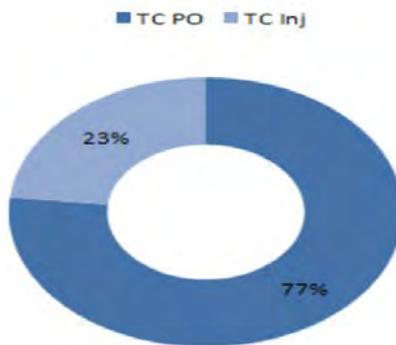
Source EMA/ANSM. Traitement INCa 2015

- Prise au long cours, jusqu'à progression de la maladie ou intolérance.
- En association à une chimiothérapie conventionnelle, elles sont souvent poursuivies seules après l'arrêt des cytotoxiques.

# Traitement du cancer : un arsenal thérapeutique en plein essor !



Source EMA/ANSM. Traitement INCa 2015



2015:  
24% de thérapies ciblées,  
77% de Traitement per os

## 2. Traitement du cancer chez les PVVIH ?

Les recommandations nationales  
établies en population générale pour  
le traitement des cancers  
doivent être  
appliquées  
aux  
PVVIH



## 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.**



### Cancers

Isabelle Poizot-Martin et le groupe d'experts

PRISE EN CHARGE  
MÉDICALE DES PERSONNES  
VIVANT AVEC LE VIH  
RECOMMANDATIONS DU GROUPE EXPERTS  
RAPPORT 2013  
Sous la direction de M<sup>me</sup> Isabelle Poizot-Martin  
et de M<sup>me</sup> Catherine Goulet, M<sup>me</sup> Sylvie Lacroix

# PVVIH et TRT du Cancer: Les règles de base 2013...

- 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/mm<sup>3</sup> 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 (Prophylaxie si >1000 copies/ mL après FO.)

- Les PVVIH coinfectés VIH/VHB (Ag HBs+) ou porteur d'un anticorps HBc isolé doivent maintenir un traitement antirétroviral actif vis à vis de l'hépatite B.

# Une prophylaxie des IO doit être initiée sous Chimiothérapie ...

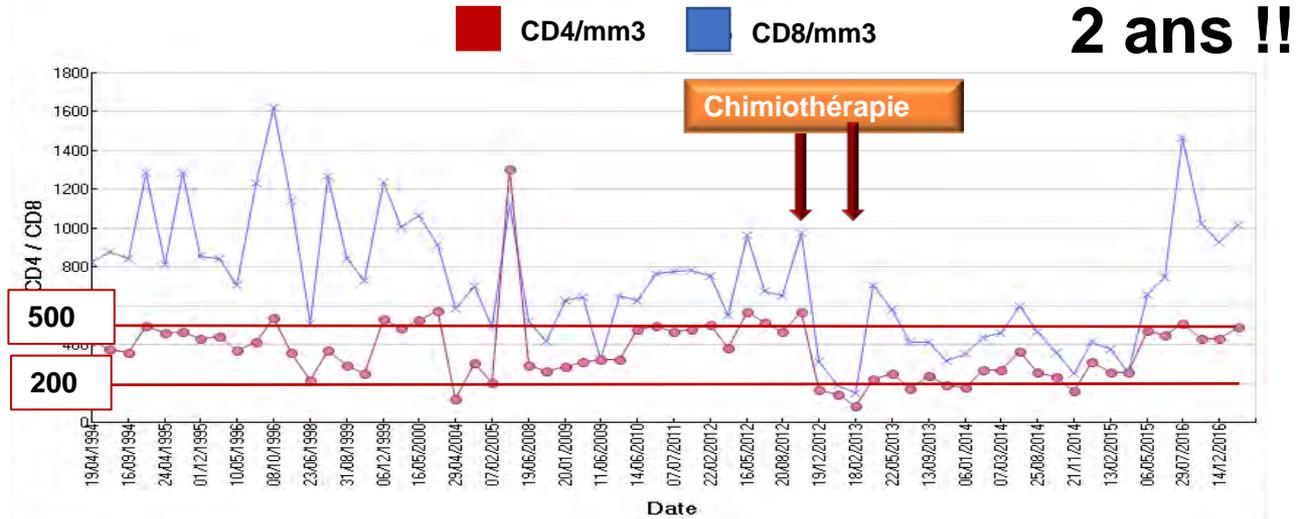
- F, 43 ans,
- Dc VIH: 1986,
- J0 ARV: 1998
- VHC: G1a; F3

- **CD4: 505 (29%); R: 0,67**
- **< 40 copies depuis 4 ans**

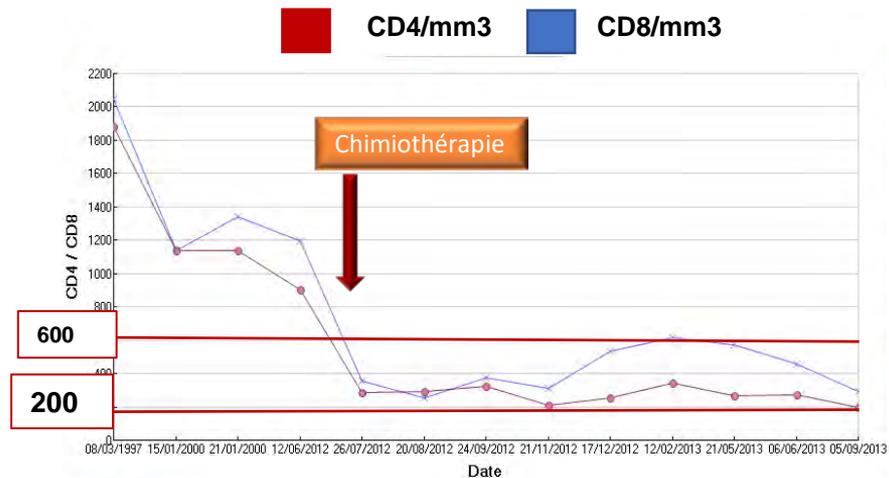
**Echographie dans le bilan  
préthérapeutique hépatite C**



**ADP du Hile hépatique:  
Lymphome Diffus à  
grandes cellules**



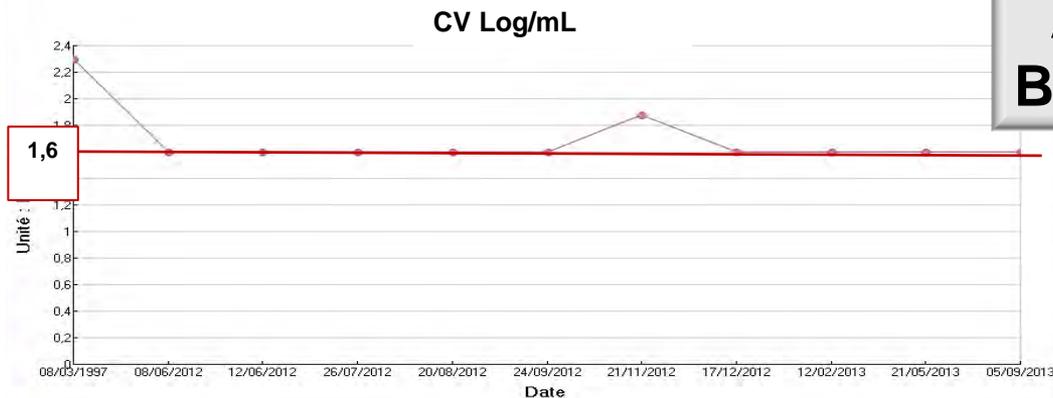
# Chez les HIV Controllers, aussi...



- H, 50 ans,
- Dc VIH: 1984
- VHC: G3, Tabac: 60 PA
- **CD4: 900 (22%); ratio: 0,8**
- **06/2012: Toux trainante**



**Adénocarcinome  
Bronchique T3N2Mx**

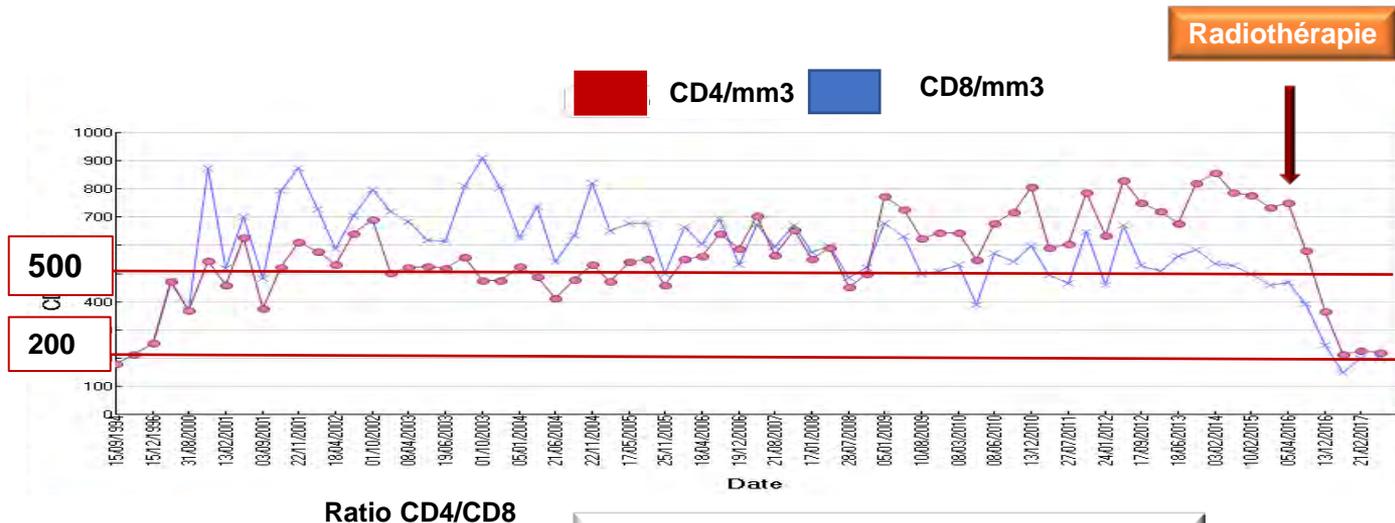




# Et sous Radiothérapie ...



• **09/2016:**  
**Carcinome épidermoïde**



- **H, 52 ans, Dc VIH: 1989**
- **J0 ARV: 1995, B3**
- **Guérison spontanée VHC**

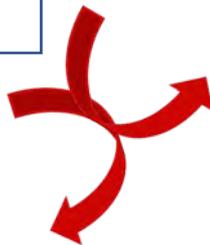
- **CD4: 750 (53%)**
- **ratio CD4/C8: 1,6**
- **CV VIH < 40 copies depuis 12 ans**

# PVVIH: des précautions particulières ?

## ? **Thérapies Ciblées** **Immunothérapie**

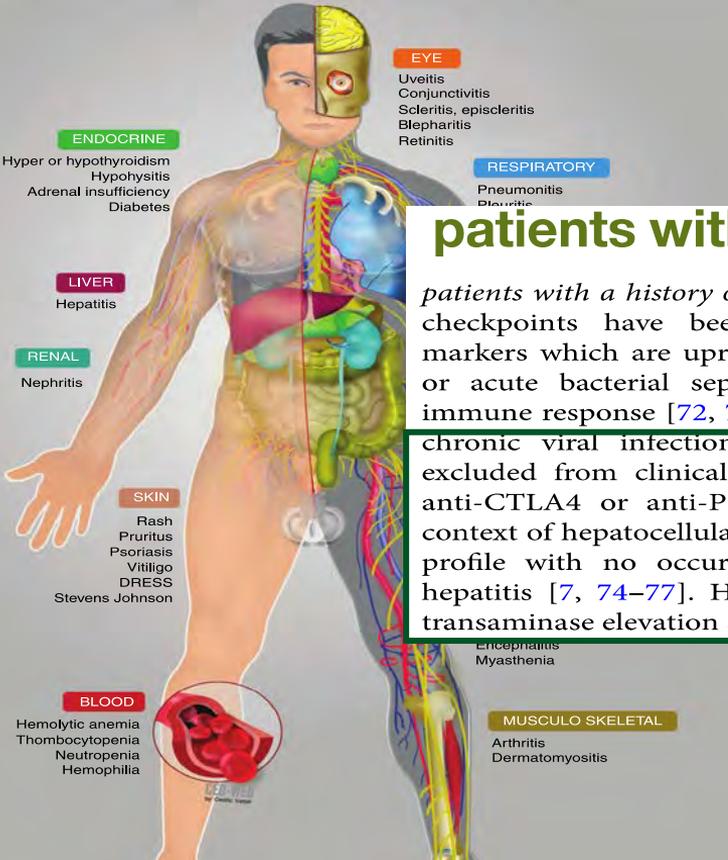
### Interactions et thérapies ciblées

- Inhibiteurs des tyrosines kinases (ITKs)
- *Anticorps monoclonaux « conjugués »*



Tolérance  
Surveillance  
Gestion des effets secondaires

# Immunothérapie des Cancers: Des effets secondaires ...



## patients with specific conditions

patients with a history of chronic infection. Inhibitory immune checkpoints have been described as immune exhaustion markers which are upregulated during chronic viral infections or acute bacterial sepsis to avoid an excessive deleterious immune response [72, 73]. Therefore, patients with a history of chronic viral infection such as HBV, HCV or HIV were excluded from clinical trials. Nevertheless, administration of anti-CTLA4 or anti-PD1 in HBV or HCV patients in the context of hepatocellular carcinoma seems to have a good safety profile with no occurrence of immune-mediated fulminant hepatitis [7, 74–77]. However, hepatic transaminase elevation seems to be more

**Table 2. Immunotherapy baseline checklist**

**Physical examination**  
**Performance status**  
 Weight, size, body mass index  
 Heart rate and blood pressure  
 General symptoms such as asthenia or apathy  
 they are frequently affected  
 Particularly pay attention to pre-existing symptoms such as:  
 intestinal transit, dyspnea and coughing  
 signs of motor or sensory neuropathy  
 on must be



Bilan Pré, Per, Post-thérapeutique

- **Un observatoire National « ONCOVIH-AC »**  
 Coordonnateurs: Pr JP Spano- Pr O Lambotte  
[www.cancervih.org](http://www.cancervih.org)  
[www.anrs.fr](http://www.anrs.fr)

Any other evaluation may also be necessary before starting immunotherapy depending on patient's history, symptoms or diseases detected at baseline.

Immune Related Adverse Events ou IRAE

# Cancer chez les PVVIH : Des informations à relayer ...

## Anticancéreux par voie orale



### RECOMMANDATIONS SUR LA PRÉVENTION ET LA GESTION DES EFFETS INDÉSIRABLES DES ANTICANCÉREUX PAR VOIE ORALE

Ces recommandations s'adressent aux professionnels de santé, oncologues, spécialistes d'organe non-oncologues, médecins généralistes, pharmaciens et infirmiers notamment. Elles constituent un outil d'aide à la pratique pour le suivi partagé des patients recevant un anticancéreux par voie orale.

Elles proposent des mesures à mettre en œuvre pour prévenir certains effets indésirables, les modalités de leur détection précoce et les conduites à tenir en cas de toxicité avérée.

Molécules de A à D (d)	Afatinib	Bosutinib	Céritinib
Molécules de S à Z (d)	Cobimétinib	Crizotinib	Dabrafénib
	Dasatinib		

# Gestion des effets indésirables: Des Fiches Médicaments ...

## GÉRER LES EFFETS INDÉSIRABLES

Face à un événement indésirable survenant chez un patient recevant un ITK, les autres étiologies qu'un effet de l'ITK ainsi que l'imputabilité des autres traitements pris par le patient sont aussi à considérer. En cas d'événement indésirable sévère (grave) qui pourrait être imputé au traitement anticancéreux, le traitement peut

être suspendu et l'arrêt transitoire doit être confirmé par le médecin prescripteur dans les 24 heures. D'une façon générale, l'interruption provisoire ou définitive d'un traitement anticancéreux ainsi que les modifications de dose relèvent du médecin prescripteur.

### SYNCOPEs

○ Consultation cardiologique préconisée; dans l'attente, réaliser rapidement un ECG et, en l'absence d'anomalie, ne pas interrompre le céritinib.

### ALLONGEMENT DU QTC

**notamment en cas de troubles ioniques ou de prescription concomitante d'un médicament allongeant le QTC**

- QTC > 500 ms sur au moins 2 tracés : interrompre le céritinib jusqu'à résolution à un grade  $\leq 1$  (QTC  $\leq 450$  ms) ou à la valeur de base.
- QTC > 500 ms et allongement > 60 ms par rapport à ECG de base et torsades de pointes ou tachycardie ventriculaire, ou arythmie sévère : arrêt définitif du céritinib.

### BRADYCARDIE

**notamment en cas de prescription concomitante d'un médicament bradycardisant.**

- Bradycardie asymptomatique : aucun ajustement posologie n'est nécessaire.
- Bradycardie symptomatique : avis cardiologique requis ; le diagnostic d'une bradycardie doit être confirmé (holter ECG) et le céritinib doit être interrompu.

### DYSFONCTION VENTRICULAIRE GAUCHE

**notamment si âge > 75 ans, de maladie ou de facteurs de risque cardiovasculaire.**

○ Signes évocateurs d'une insuffisance cardiaque : dosage du BNP (ou NT-proBNP) pour orienter le diagnostic et adresser le patient à un cardiologue.

### PNEUMOPATHIE INTERSTITIELLE

**notamment si atteinte interstitielle préexistante et dans les 15 premiers jours de traitement.**

○ Apparition aiguë et/ou aggravation inexplicable de symptômes pulmonaires : interruption du traitement et prise en charge spécialisée en pneumologie en urgence pour écarter une atteinte pulmonaire interstitielle.

### TROUBLES DIGESTIFS

- Nausées et vomissements : traitement symptomatique, en plus des mesures hygiéno-diététiques ; il est conseillé de prescrire, en première intention, des agents tels que le métoclopramide ou la métopimazine. Surveillance de la kaliémie et de la calcémie corrigée à considérer.
- Constipation : prescription d'un laxatif n'induisant pas d'hypokaliémie (PEG/ macrogol en 1<sup>re</sup> intention).
- Diarrhées : rechercher une autre cause que le céritinib (notamment infectieuse) ; il est préconisé de prescrire un anti-diarrhéique de type anti-sécrétoire. Surveillance de la kaliémie et de la calcémie corrigée à considérer.
- Dyspepsie : mesures hygiéno-diététiques (adaptation du régime) ; l'utilisation d'antiacides gastriques n'est pas recommandée en 1<sup>re</sup> intention et, si elle est nécessaire, doit tenir compte du risque d'interactions médicamenteuses avec le céritinib.

### ATTEINTES HÉPATIQUES

- Symptômes évocateurs d'une atteinte hépatique.
- Élévation isolée des ASAT et/ou ALAT inférieure à 5 fois les LSN : surveillance plus rapprochée.
- Élévation isolée des ASAT et/ou ALAT supérieure à 5 fois les LSN : interruption sans délai du traitement et avis du médecin prescripteur.
- Élévation concomitante des enzymes hépatiques et de la bilirubine : interruption provisoire ou arrêt définitif à envisager.

### PANCRÉATITE

○ Douleurs abdominales (suspicion de pancréatite) : dosage de la lipase sérique.

### TROUBLES ÉLECTROLYTIQUES

○ La cause de ces anomalies biologiques doit être recherchée ; en pratique, elles sont souvent liées à des épisodes de diarrhées.

### ANÉMIES, NEUTROPÉNIES, LEUCOPÉNIES

- Fièvre ou signes cliniques d'infection : contrôle de l'hémogramme en urgence.
- Hémoglobine  $\leq 8$  g/dL : interruption immédiate du traitement et avis du médecin prescripteur.
- PNN  $\leq 1,0$  Giga/L (1 000 par mm<sup>3</sup>) : interruption immédiate du traitement et avis du médecin prescripteur.

### HYPERGLYCÉMIE

○ Hyperglycémie persistante > 250 mg/dL (13,9 mmol/l) malgré un traitement antihyperglycémique optimal : interruption provisoire ou arrêt définitif du céritinib.

### ŒDÈMES

**notamment chez les femmes et en cas de facteurs favorisants (dont hypo-albuminémie).**

○ En cas d'œdèmes, il est nécessaire d'éliminer une origine cardiaque. La prise en charge repose ensuite sur les mesures hygiéno-diététiques. Les diurétiques ne sont pas recommandés en 1<sup>re</sup> intention en raison du risque associé de troubles ioniques et d'allongement du QTC.

### FATIGUE

○ Poursuite du céritinib à la même dose ; mise à part la prise en charge des autres causes (anémie), une activité physique adaptée peut être préconisée.

A télécharger !!



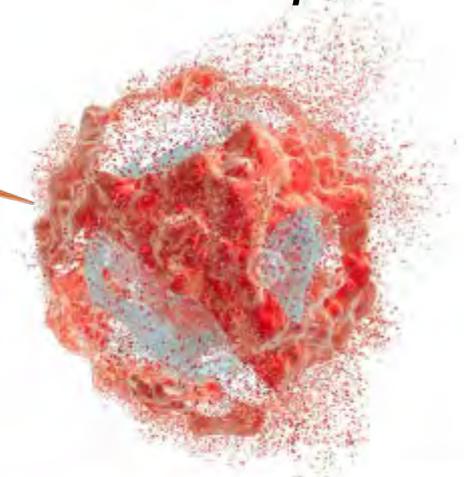
*Radiothérapie*

*Chimiothérapie*

*Radio-Chimiothérapie*

*Hormonothérapie*

Gestion/ prévention  
des effets indésirables



# Radiothérapie: quelques conseils à relayer

## Conseils pratiques pour limiter les rougeurs de la peau

### A faire :

- Utiliser un savon surgras.
- Se sécher sans frotter.
- Porter des vêtements en coton et éviter le frottement au niveau de la zone irradiée.



Asthénie progressivement croissante  
Anorexie

### A éviter :

- Les douches et les bains trop chauds.
- Savonner directement la zone irradiée.
- Frictionner la zone irradiée avec de l'eau de toilette, de l'alcool, du déodorant, du talc, de la crème...
- Les expositions au soleil, au moins durant la première année qui suit la fin du traitement.

# Chimiothérapie: quelques conseils à relayer

[Red box]

[Red box]

[Green line]  
[Green line]  
[Green line]

[Green line] a glace pilée, des glaces à l'eau et des sorbets, des bonbons à la menthe.

[Red box]

[Red box]

[Red box]  
[Red box]

[Red box]

[Red line]

[Red box]



# PVVIH et TRT du Cancer: le cahier des charges 2013...

▪ Les **recommandations de bonnes pratiques de prise en charge communes à tous les cancers\*** doivent être **adaptés aux PVVIH**

- le dispositif d'annonce et de pluridisciplinarité\*
- la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)\*
- la prise en charge de la douleur\*

▪ L'intervention d'une nouvelle équipe soignante lors du diagnostic de cancer rend nécessaire **l'élaboration d'un Programme Personnalisé de Soins (PPS) spécifique** afin de **limiter les risques d'interruption de suivi de l'infection par le VIH.**

# PVVIH et TRT du Cancer: le cahier des charges 2013...

- Ce PPS permettra **une meilleure concertation** entre **le clinicien référent pour la prise en charge de l'infection par le VIH**, **l'oncologue** et le **médecin traitant**.
- Compte tenu de la **forte prévalence des comorbidités**, des **interactions médicamenteuses** potentielles et de **l'immunosuppression** induite/majorée par les traitements anticancéreux, **le Programme Personnalisé de Soins doit être établi en RCP** impliquant **médecins spécialistes de l'infection par le VIH, pharmacologues, virologues et oncologues**

# PPVIH et TRT du Cancer: le cahier des charges 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**

# 3. Comment optimiser le parcours de soin...

En pratique ? **J'interagis !**



# 1. Je me rapproche du Centre de Coordination en Cancérologie de mon établissement (le 3C)

Le 3C est la cellule qualité opérationnelle en cancérologie des établissements autorisés.  
Un 3C coordonne un ou plusieurs établissements, souvent proches les uns des autres.

## Ils ont pour rôle :

- de mettre à disposition des médecins et des soignants les référentiels et recommandations validés,
- de mettre en œuvre la pluridisciplinarité en organisant et fédérant les RCP,
- de mettre en place des procédures organisationnelles pour l'utilisation du Dossier Communicant en Cancérologie,
- de mettre en place le dispositif d'annonce,
- de mettre à disposition des soins de support pour tous les patients,
- de remettre à chaque patient un PPS,
- de produire des informations sur les activités cancérologiques des établissements.



**Bretagne:**  
**7 Centres de Coordination**  
**en Cancérologie**  
**Et 6 Réseaux Territoriaux**



## *Un Centre Expert National*

**Coordonnateur Pr. J.P. Spano, *Oncologue***,<sup>CHU</sup> Pitié-Salpêtrière

**Coordination « *VIH* »**

Dr I. Poizot-Martin  
CHU Sainte Marguerite, Marseille



**Coordination « *Hématologie* »**

Pr. F. Boué  
CHU Antoine Béclère, 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**



# 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





# 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

Février 17, 2018

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 suffit pas.



## Information des patients et des familles

Demande d'exemplaire:

([marianne.veyri@aphp.fr](mailto:marianne.veyri@aphp.fr) – 01.42.16.00.26)

[www.cancervih.org](http://www.cancervih.org)

## Trois essais cliniques

- Anti -PD1 et LH (Essai HANOVRE)
- Anti-PD1 et cancer du Poumon (CHIVA2)
- Observatoire national (ONCOVIHAC)



# Réseau **CANCERVIH**

## La RCP Nationale **ONCOVIH**

**ONCOVIH**

N° de dossier : FR-.....

RCP nationale Cancer et VIH

Sexe<sup>01</sup>: Choisissez un élément. Mois et année de naissance<sup>01</sup>: / /  
Pays de résidence: France Autre: Commune de naissance: / /  
Département de domicile: Pays de naissance: / /  
Taille: cm Poids: kg IMC (kg/m<sup>2</sup>):  
Centre de prise en charge VIH Centre de prise en charge Oncologie

Établissement: /  
Service: /  
COREVIH: /  
Médecin(s) référent(s) VIH: /  
Tél: /  
Email: /  
Médecin généraliste: Dr /  
Motif de la RCP: /  
Avis thérapeutique Oncologie: /

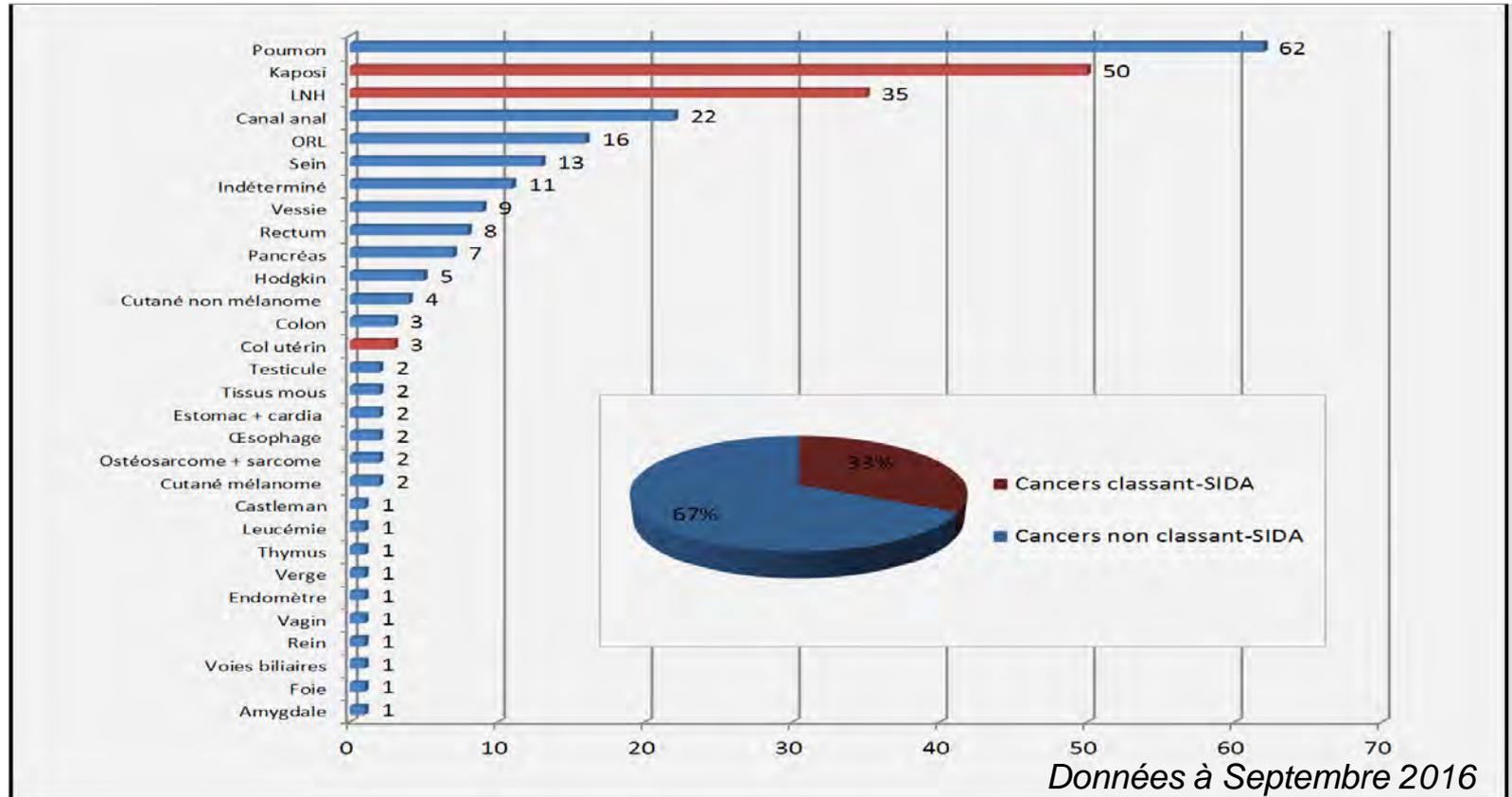
Additions:  
Fumeur: / PA: /  
Fumeur sévère > 1 an: /  
Non-fumeur: /  
Autre intoxication (cannabis, cocaïne...): /  
Toxicomanie active: /  
Alcoolisme: /  
Alcoolisme sévère: /

Date du diagnostic cancer: / /  
Dépistage: / Manifestation clinique: /  
 Sein  Mal  Larynx  
 Pouchon  Larynx  
 Colan / Rectum  Larynx  
 Anus  Larynx  
 Cutané: mélanome  Mye  
 Cutané non mélanome  Mal  
 Testicule  
 Testicules  
IGM: /  
IGM latéral: /  
Autre: /  
Siège de la tumeur primaire (code CIM ONCO): /  
Localisation de la tumeur: /  
Chirurgie: / Date: /  
Thérapie cible: /  
I31: code: /  
Autres: /  
Histologie (anapath): /  
Code ADICAP: /

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

Fiche RCP disponible sur le site internet  
[www.cancervih.org](http://www.cancervih.org)  
À renvoyer à Marianne Veyri, Chef de projet ([marianne.veyri@aphp.fr](mailto:marianne.veyri@aphp.fr); 01 42 16 00 26)

**Au 15 Juin 2017  
350 patients  
420 fiches  
66 RCP**





## Dépistage du VIH

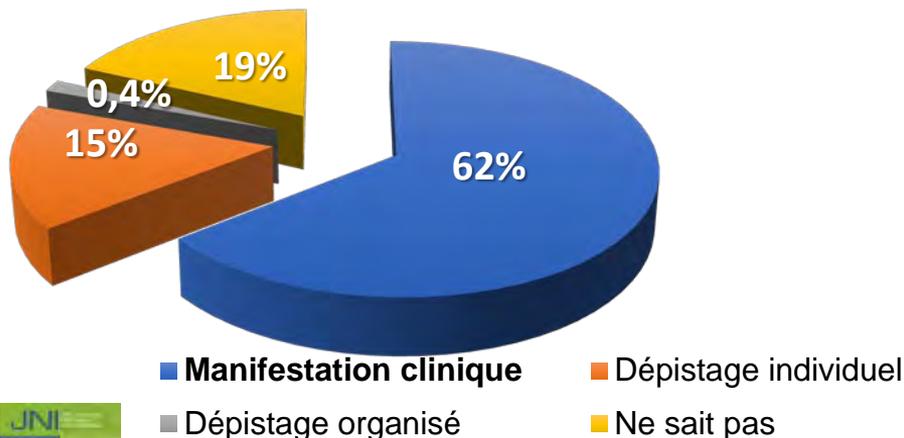


- La forte prévalence de cancers chez les PVIH rend nécessaire le **dépistage de l'infection par le VIH lors du bilan initial de tout cancer.**
- Ce dépistage permettra notamment la **prescription encadrée d'un traitement immunosuppresseur ou cytotoxique** à un patient potentiellement immunodéprimé.

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

## Dépistage du VIH dans le staging initial: 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))

# Le traitement du cancer chez une PVVIH

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

Les Réseaux  
Régionaux  
de  
Cancérologie  
(RRC)

**Une RCP CANCER-VIH Régionale:**

- Ré
- O
- Co

régional  
charge  
mie VIH  
H



Former

**Pour mieux Accompagner:  
Parcours Personnalisé de Soins adapté**

*Cancérologue, Référent VIH, Médecin traitant*

