

TUNISIE

HAMMAMET

du 19 | nov.  
au 21 | 2021

4<sup>e</sup> édition

# AFRAMED 2021

VIH, Hépatites, Santé sexuelle  
Infections émergentes



[www.aframed2021.org](http://www.aframed2021.org)

11h00 [IST / HPV](#)

Salle 1 - Plénière

# Cancer anal chez les MSM /**HSH**

## "entre le silence des patients et l'omission des soignants "

Pr Razik Fatima

Cheffe de service des Maladies Infectieuses et Tropicales  
Centre de référence national IST/VIH/sida  
EHS El KettarAlger

# INTRODUCTION

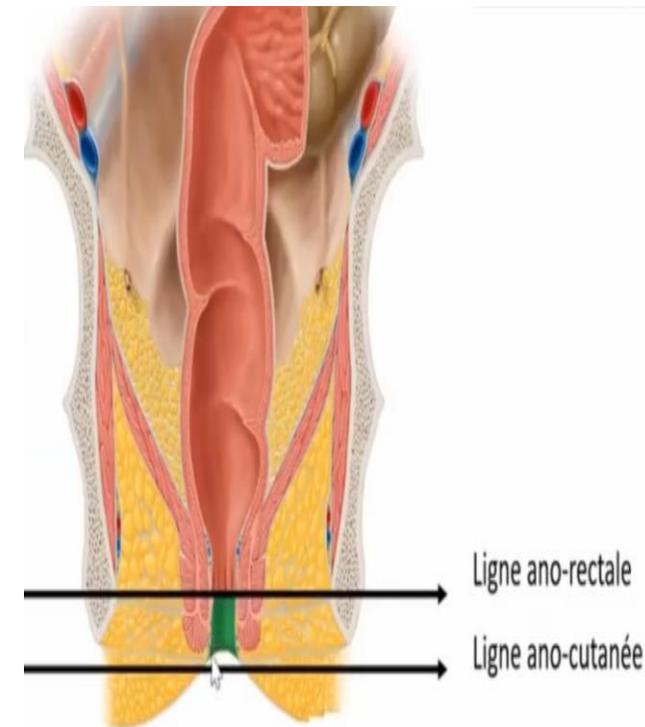
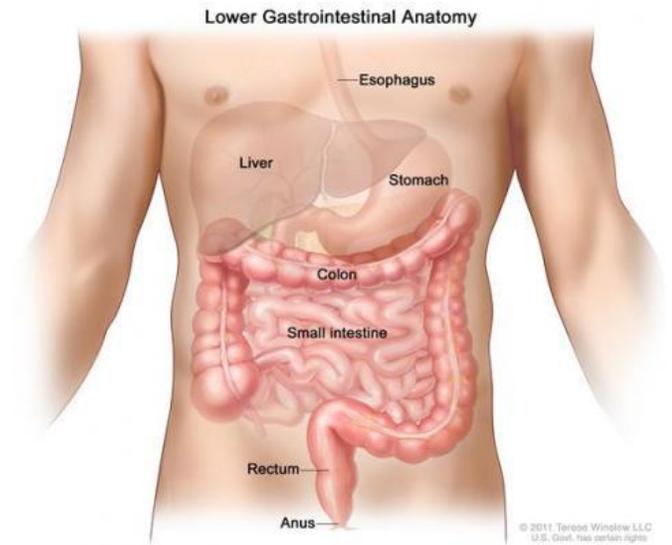
*Cancer anal= cancer du canal anal*

➤ Toutes les tumeurs malignes développées au niveau de la partie terminale du tube digestif , située entre le **rectum** et la **peau de la marge anale**.

➤ Ils représentent

**2,5 %** des cancers digestifs

**6 %** des cancers ano-rectaux



## Cancer anal / population générale

- ✓ Le cancer anal est très rare dans la population générale.
- ✓ Femmes +++ (portage HPV+++)
- ✓ Deux tiers des patients ont plus de 65 ans.

## Cancer anal / population générale

➤ **USA** : 2011 à 2015 : incidence du cancer anal

- ✓ 2.2 pour 100,000 personnes-années / **femmes**
- ✓ 1.3 pour 100,000 personnes-années / hommes

(Center for Disease Control and Prevention, 2018)

**2019**: **8,300 nouveaux cas** de cancers du canal anal / population générale

- ✓ 5,530 **femmes**
- ✓ 2,770 hommes

(American Cancer Society, 2019)

➤ **France** : Les cancers du canal anal sont rares avec environ **2000 nouveaux cas par an**.

Ils prédominent chez la femme (sex ratio de 0,4 à 4,4 en France).

(TNCD - Chapitre 6 : Cancer du canal anal - 14/04/2020)

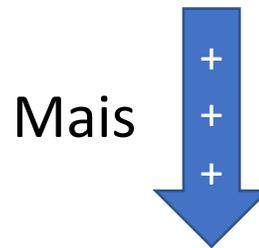
# HIV et risque du cancer anal/ les hommes

- Ces dernières décennies , l'incidence a été multipliée par au moins **trois** dans la plupart des pays occidentaux. Cette augmentation est particulièrement observée chez:
  - ✓ des hommes de la quarantaine
  - ✓ infectés par le VIH
  - ✓ **HSH et infectés par le VIH +++**
  
- **France** : selon l'institut national du cancer (Inca), le cancer anal est le **3<sup>ème</sup> cancer le plus fréquent chez les hommes vivant avec le VIH.**

# HIV et risque du cancer anal/ les hommes

➤ **PVVIH** : incidence de **10 à 24 /100 000** PA, soit **un risque 20 à 50 fois** / population générale.

➤ **Les hommes hétérosexuels HIV+** : l'incidence est de **46/100 000** PA /PG



➤ **Les HSH et infectés par le VIH** : une incidence de **131/100 000** personnes-années, **soit 30 à 100 fois** / population générale.

- la multiplication des partenaires sexuels
- **les rapports anaux passifs +++**

## HPV / cancer anal / HSH

- Plus de **80 %** des cancers du canal anal sont attribuables à des HPV à haut risque, (**HPV HR**), le **génotype 16** étant retrouvé **dans 87 %** des cancers anaux **HPV positifs**.
- La **prévalence** de l'infection anale à **HPV HR** chez les **PVVIH-HSH** : de l'ordre de **73 %** pour l'ensemble des génotypes à haut risque dont **35 % d'HPV16**. Sa clairance virale est plus lente et la présence de multiples génotypes également plus fréquente

Chez les FVVIH, la cohorte ANRS VIHGY-CO17 a permis de mettre en évidence un portage d'HPV HR au **niveau anal presque deux fois** plus fréquent qu'au **niveau du col (48 % vs 26 %)**, la **présence d'HPV16** au niveau anal dans **13 % contre 5 %** au niveau du col.

# Lésions anales induites par HPV

- L'analyse histologique des lésions HPV induites montre des **modifications intra-épithéliales** respectant l'intégrité de la **membrane basale**, avec une infiltration de l'épiderme par **des cellules atypiques** et une **désorganisation architecturale**.

On distingue **deux grades** selon **l'étendue et la sévérité** de l'atteinte :

- ✓ **Dans les lésions de bas grade**: LSIL (*low grade intraepithelial lesion*)

Les **atypies cellulaires** sont **modérées** et localisées **au tiers profond** de la muqueuse.

- ✓ **Dans les lésions de haut grade**: HSIL (*high grade intraepithelial lesion*) :

les **atypies cellulaires** sont **plus marquées**, présentes

- \* **dans les 2/3 profonds ou la totalité** de l'épaisseur de la muqueuse
- \* **Pléomorphisme cellulaire.**
- \* **La désorganisation architecturale est importante**

# Lésions anales induites par HPV

➤ L'incidence de survenue **lésions anales intraépithéliales**, tout grade confondu, est augmentée en cas d'infection par le VIH :

✓ **HSH non infectés par le VIH : 14 à 28 %**

✓ **Hommes HIV+ hétérosexuels : 34 %**

✓ **HSH HIV+ : 41 à 97 %**

➤ les lésions anales intraépithéliales de **haut grade**, **le taux d'incidence annuelle estimée varie de 8,5 à 15,4 %** e Dans la cohorte ANRS VIHGY CO17

# Dysplasie anale et **progression** vers cancer anal

➤ Les taux de progression d'une lésion de **bas grade** vers une lésion de **haut grade** varient selon les études chez les PVVIH et seraient dépendants de:

- \* l'âge,
- \* nadir des CD4,
- \* stade SIDA,
- \* la durée TRT ARV ,
- \* la présence d'un génotype à haut risque (HPV16 et/ou 18) .

La consommation de tabac serait également un facteur aggravant .

# Dysplasie anale et **progression** vers cancer anal

Dysplasie anale -> précurseur du cancer anal invasif.

✓ Berry, et. al, 2014: progression du diagnostic des lesion HSIL → cancer anal:

**en moyenne 5 années**

✓ Deux études de cohorte récentes montrent des **taux moyens** de **progression à 5 ans** de lésions de haut grade vers un cancer anal de **1,7 % et 3,2 %** .

• Régression spontanée : y compris haut grade **HSIL** , ont été décrites.

**Tong, et al (2013): 20%** of HSIL spontaneously regressed in 20% of participants with HIV

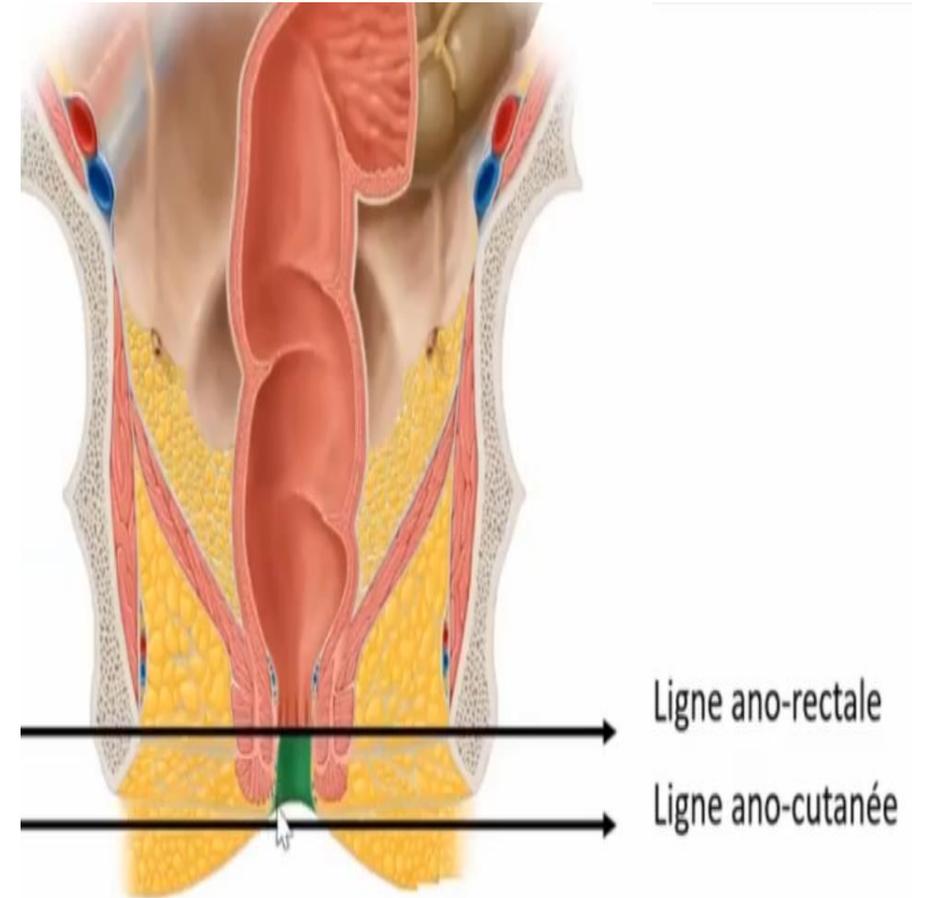
➤ Le cancer du canal anal est un **carcinome épidermoïde** dans la grande majorité des cas : > 90%

.

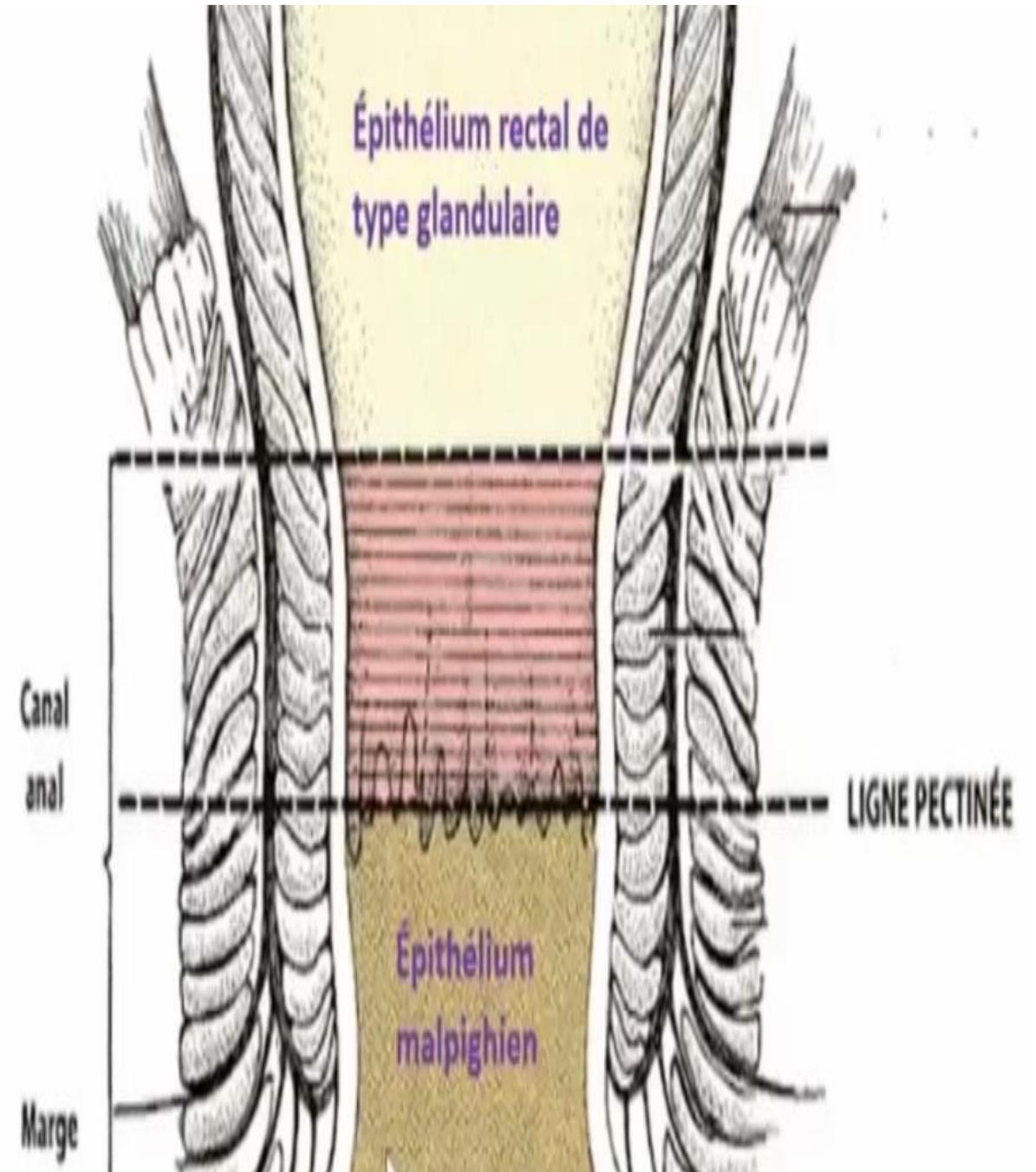
➤ Quelques rappels anatomiques et histologiques pour situer ce carcinome épidermoïde

## Définition Kc anal

- Toutes les tumeurs malignes développées au niveau **du canal anal**.
- **Le canal anal** est la partie terminale du tube digestif, **mesurant 3 à 4 cm** et située entre le rectum et la peau de la marge de l'anus.



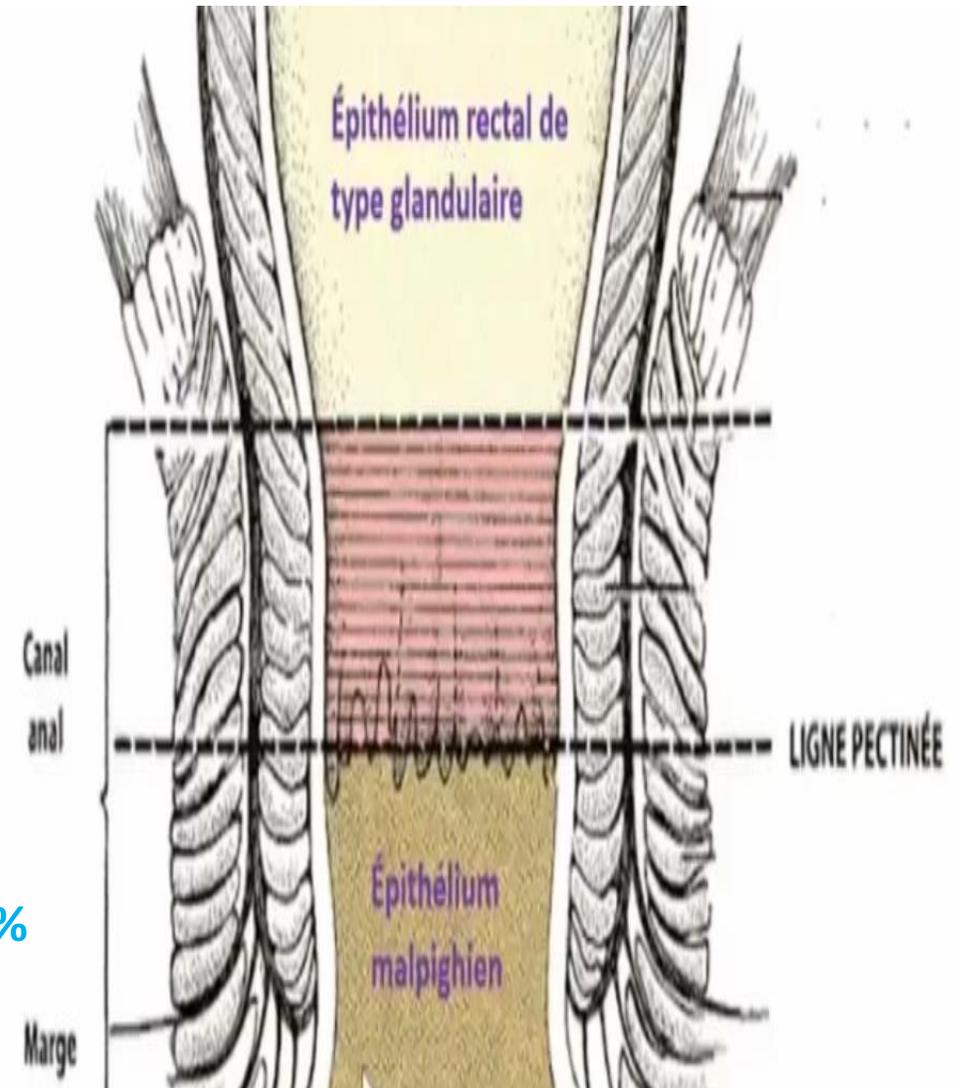
La région anale constitue une **zone de transition** entre le rectum et le revêtement cutané.



Les formes peu ou non différenciées ont un plus grand potentiel métastatique et donc un plus mauvais pronostic.

**Adénocarcinome = 8%**

**Carcinome épidermoïde > 90%**



AUTRES et de façons très rares :

- ✓ Mélanomes malins :1%
- ✓ Carcinomes colloïdes à forme fistuleuse , svt confondu avec une fistule anal
- ✓ lymphomes

✓ La partie inférieure du canal anal et la peau péri anale se drainent par des ganglions superficiels qui sont les gg inguinaux

✓ Alors que la partie sup est plus complexe,



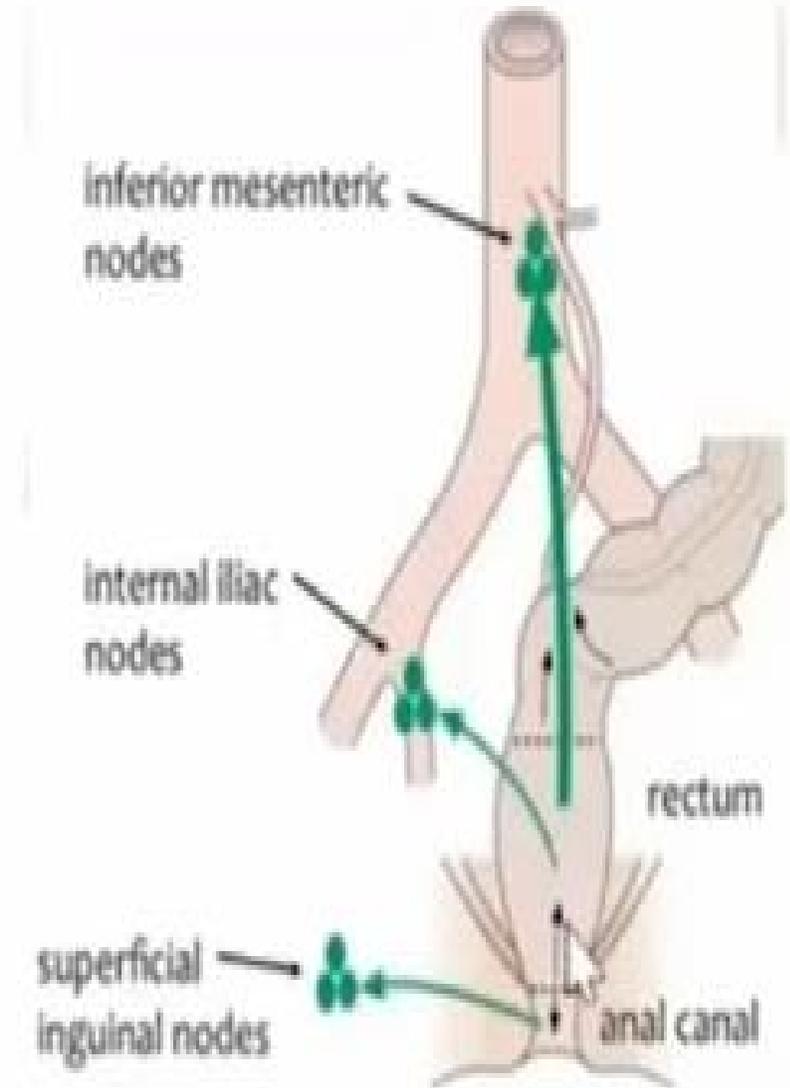
réseau peri rectal qui va se drainer au niveau



Réseau iliaque



Réseau méésentérique inf.



## Mode d'extension

- **Extension locorégionale:** par contiguïté ampoule rectale vers le haut  
marge anale vers le bas  
en profondeur : sphincter interne , puis vers la graisse de fosses ischio rectales

- **Extension lymphatique:**

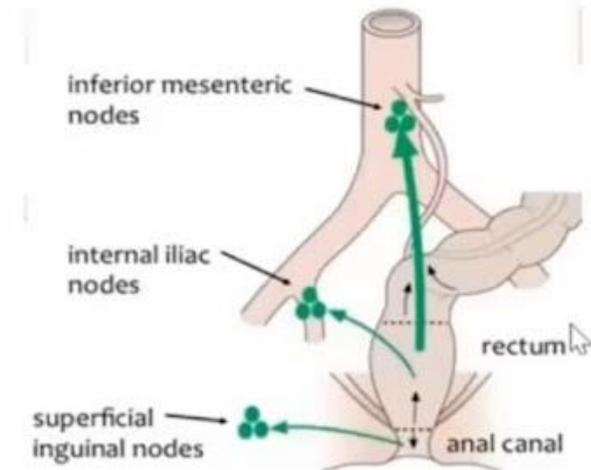
Le kc épidermoïde est très **lymphophile** : inguino-crurale et pelvienne

Tumeurs basses : gg inguinaux

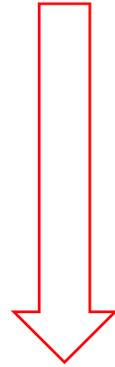
Tumeurs hautes : gg pelviens

- **Extension à distance : 5 %**

les métastases viscérales sont assez rares : foie / poumon / os



Ce qu'il faut retenir



**Le canal anal est accessible à l'examen clinique**

# Examen clinique

**Simple inspection soigneuse** avec déplissement des plis radiés de l'anus.



Lésions dysplasiques anales



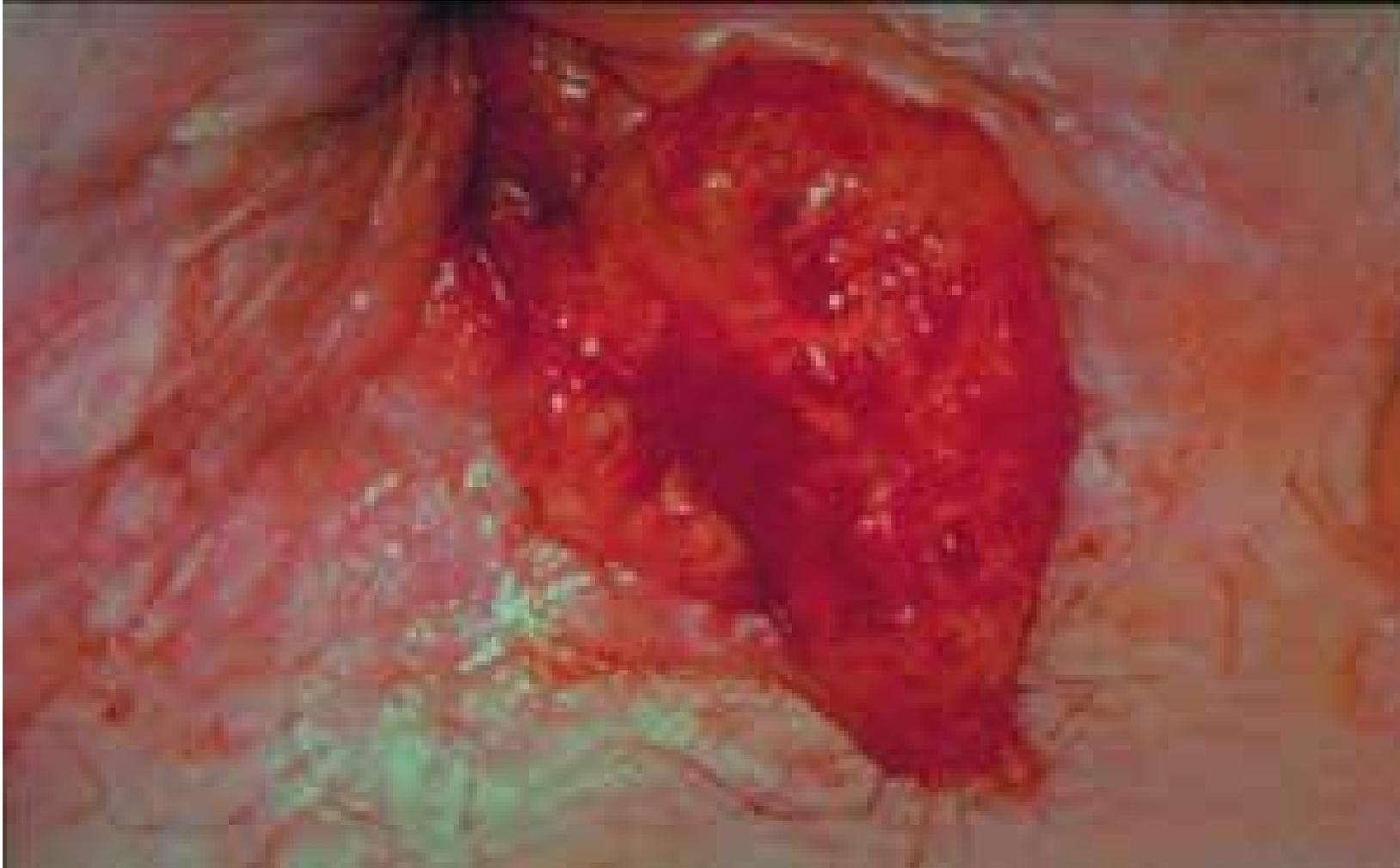
Cancer épidermoïde de l'anus.  
Lésion prurigineuse, multi-érosive de la marge.



Cancer épidermoïde de l'anus.  
**Petit bourgeon** tumoral



Cancer épidermoïde de l'anus  
**Lésion bourgeonnante**  
**et indurée** avec ulcération centrale.

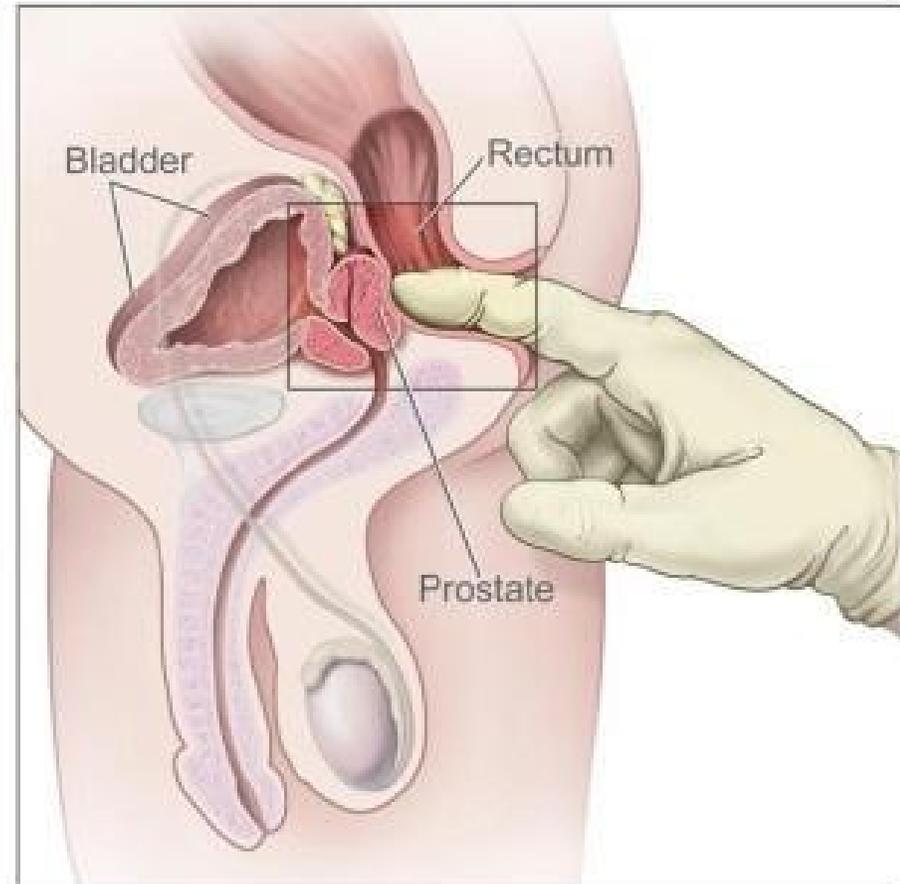


Cancer épidermoïde de l'anus.

Grosse lésion **bourgeonnante et infiltrante** de la marge anale.

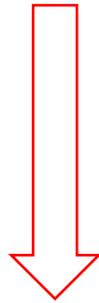
# Examen clinique

Les lésions du **canal anal** : TR !



# Examen clinique

palpation de l'aine inguinal



Statut évolutif du cancer



# Pronostic

- Le pronostic est étroitement lié au

**Stade tumoral**

**Moment du diagnostic**

avec une médiane de survie à **5 ans** :

**80 %** dans les formes localisées non métastasées vs

**30 %** dans les formes métastasées.

facteur pronostic  
l'envahissement ganglionnaire  
la taille tumorale supérieure à 5 centimètres  
le caractère ulcéré de la tumeur

***Donc!***

***Le diagnostic précoce est un enjeu important dans la prise en charge des***

***PVVIH!***

En pratique ?

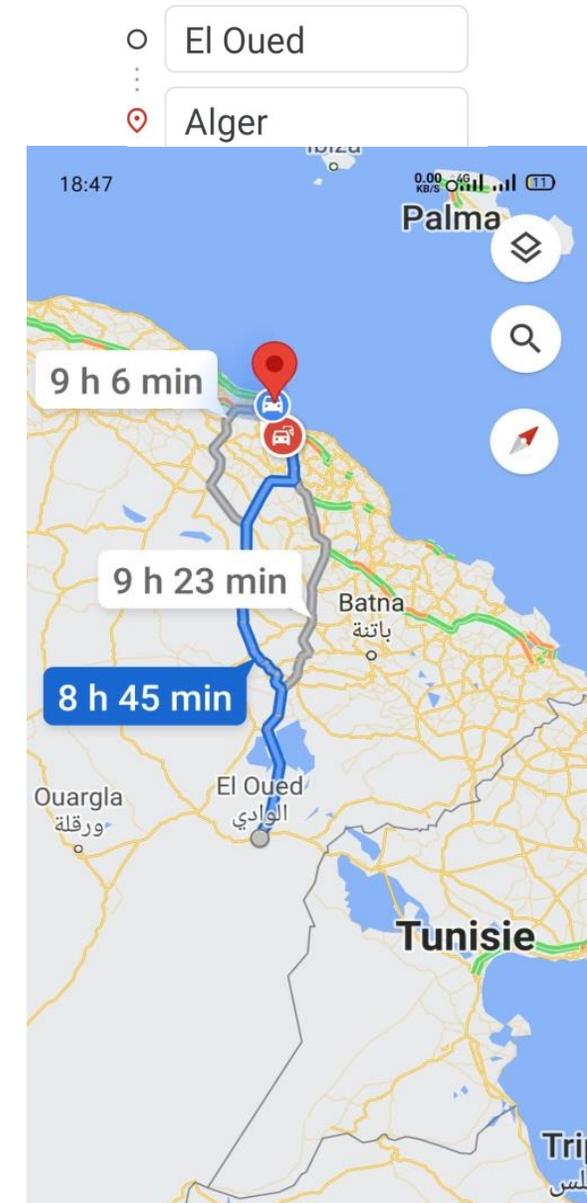
CDR d'Alger El Kettar

## Cas N=1

- **Patient B B** , né 4 JUILLET 1981, **HSH**
- **Janvier 2008** : suivi au CDR pour infection à VIH
- **Février 2008** : début des ARV (1ere ligne)
- **Statut immunologique** : CD4 = 82 au début → **418**
- **Année 2011** : échec immuno-virologique , **perdu de vu durant 07 mois** CV >30.0000cp/ml  
**ARV 2d ligne** → 3 mois après ---> **CV indétectable , CD4 >200**  
en dehors de cet épisode d'inobservance, le patient est devenu observant , et se présentait régulièrement à ses RDV .
- **Octobre 2014** : **CV**< 50 CP/ml , CD4 = 418
- **02 février 2015** : **CV** < 50 cp/ml , CD4 =387

✓ Monsieur BB , parcours ( **Oued Souf** 638 Km) pour arriver à Alger ...  
en empruntant le transport public : **Autocar**  
comme il rentrait chez lui , le même jour

✓ Respecte ses RDV : 3 à 6 mois selon la disponibilité des ARV

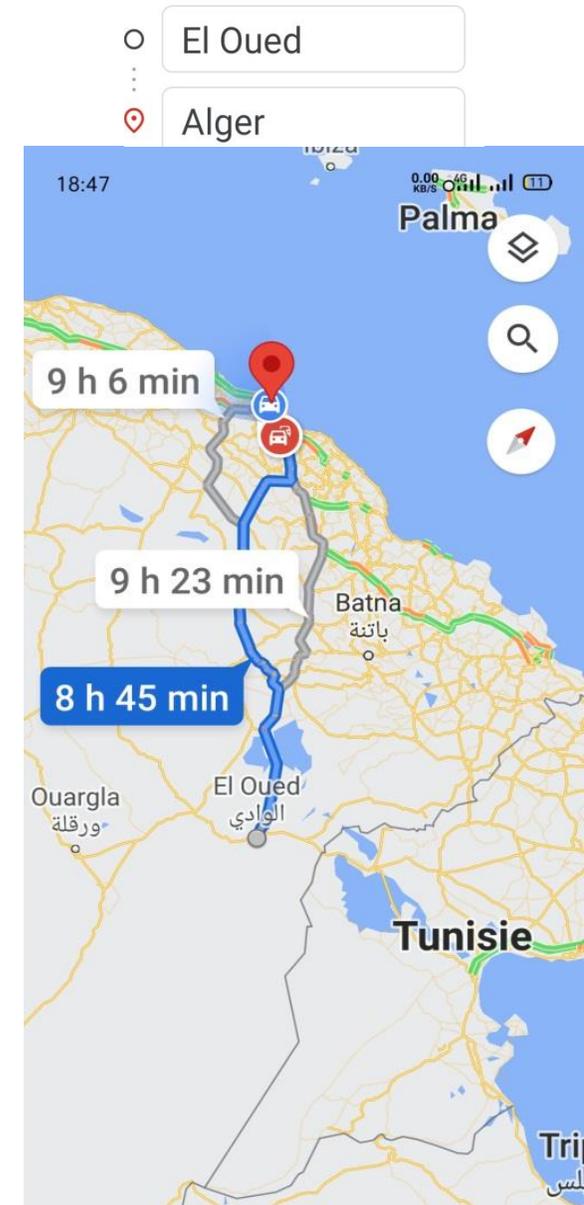


8 h 45 min (638 km)

Itinéraire le plus rapide  
actuellement, évite une rout...

❖ **27 Janvier 2015:** il est admis pour une grosse masse anale

Age:34 ans



8 h 45 min (638 km)

Itinéraire le plus rapide actuellement, évite une rout...

**Q** : Ça évolue depuis quand ?

**R** : **plus d'une année**

**Q** : qui vous a examiné avant aujourd'hui ?

**R**: *après un temps de réflexion*  
**un médecin privé.**

**Q** : Et votre médecin traitant au CDR ?

**R** : *je lui décrivais les lésions !*



**TDM** : volumineux processus anal et péri anal  
avec **extension locorégionale** au:

- ✓ Périné
- ✓ Réctum
- ✓ Et osseuse : **ostéolyse : Pubis**  
**ostéolyse du coccyx**

**Adénomégalies** : crurales , **latéro-rectales**  
**retro vésicale**  
**mésentériques**

**Spelenomégalie**



# Difficultés de la prise en charge **multidisciplinaire**

- **27 Janvier 2015: J1 d'admission** pour une grosse masse de la marge anale



- **26 Février 2015: biopsie anale: carcinome épidermoïde** bien différencié kératinisant infiltrant.

**T 4N3M1** donc indication de **Rx chimiothérapie**



- **06 Avril 2015** :l'oncologue , remet en question le Dc initial évoquant plutôt un **sarcome ou mélanome** ---→ **Revoir l'anapath !**

✓ Indication d'un **acte chirurgical avant la chimio**, **mais vu la TDM il est inopérable** .

**23 avril** : avis chirurgie : l'amputation abdomino-perineal : difficile à réaliser / palliatif,  
par contre **une stomie** est indiqué **après correction de la crase sanguine , HB.**

Une radiothérapie d'hémostase / saignements+++

**Le 29** Avril 2015 : **DCD tableau hémorragique +++**  
**(4 mois)**



7 ans

Janvier 2008



Janvier 2015

***Aucune trace d'un quelconque examen clinique de la marge anal n'a été retrouvée dans son dossier !***



## Cas N=2

- **Patient Y R** : né le **10 /02/1977** , **HSH**
- Demeurant à **Alger**
- **Mars 2013**: suivi au CDR pour infection à VIH
- **Juillet 2013** : début des ARV
- le statut immunologique CD4 = 231 → 398
- **Depuis Aout 2013** : CV indétectable
- **Très observant**

**Janvier 2019** : CV indétectable - CD4= 391



Donc Il s'est présenté au service pour son contrôle !

**Janvier 2019** : CV indétectable - CD4= 391



Donc Il s'est présenté au service pour son contrôle !

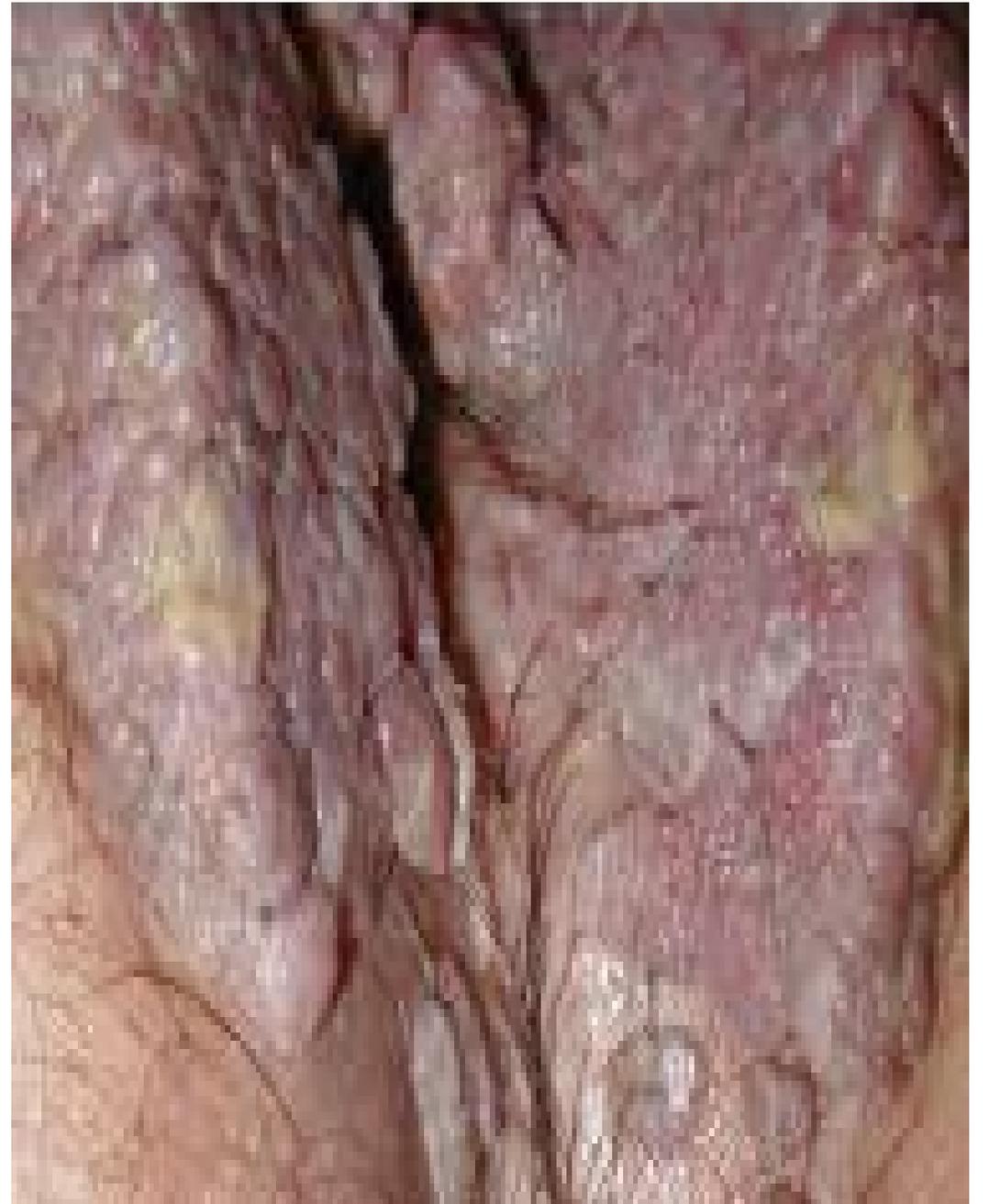
**Mars 2019**: le patient se présente au CDR avec une **lettre d'un chirurgien pour l'oncologie** , pour prise en charge **d'un cancer anal...**  
ces derniers le réorientent au CDR.

**Mars 2019**

il est admis, et examiné pour la première fois,  
retrouvant une **tuméfaction bourgeonnante**  
**volumineuse > 12 cm.**

(42 ans )

il rapporte un amaigrissement importante et  
anorexie depuis **2 mois !**



**Q** : Ça évolue depuis quand ?

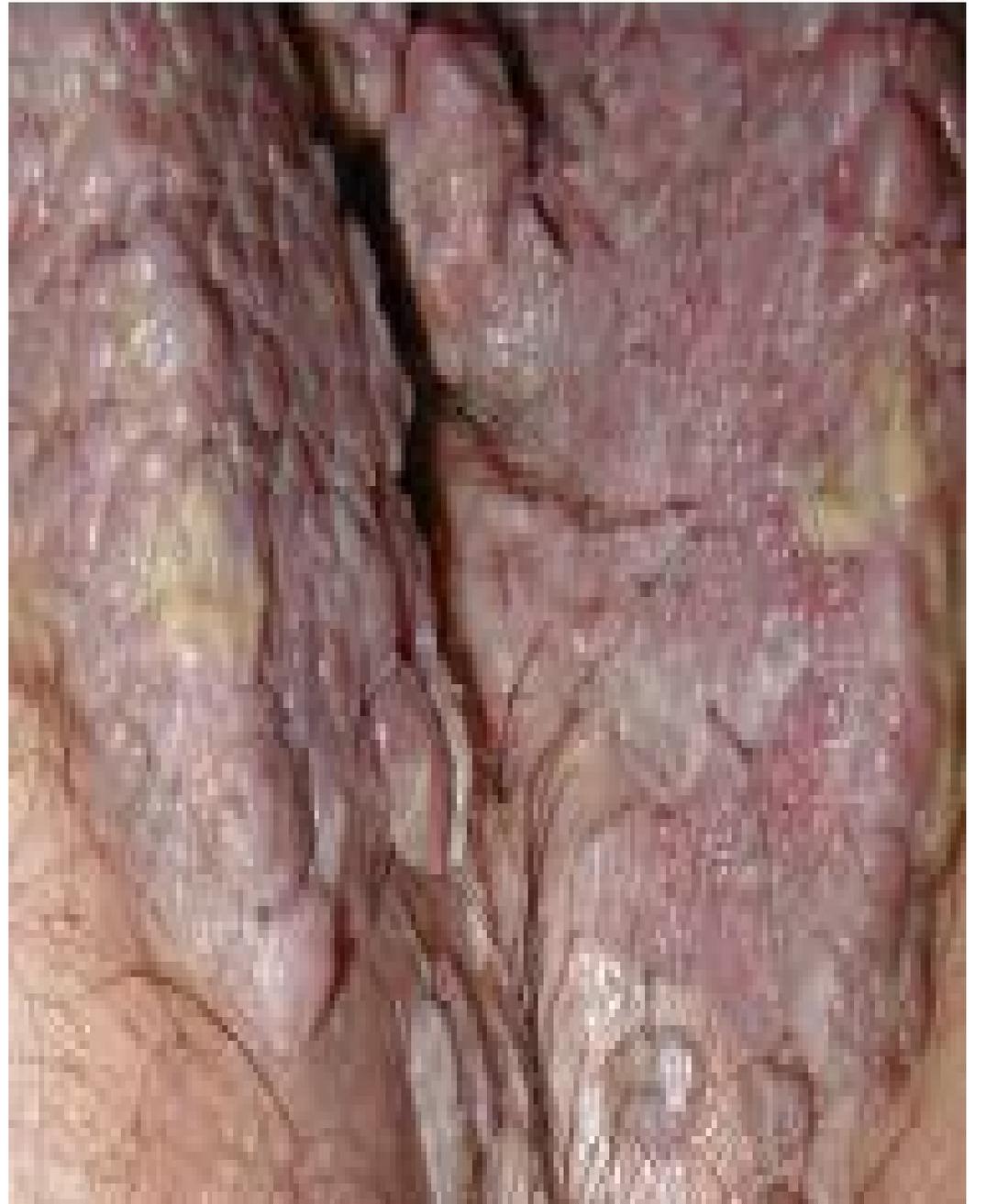
**R** : depuis 03 ans

**Q** : qui vous a examiné avant le chirurgien?

**R** : personne « **hémorroïdes** »

**Q** : Et votre médecin traitant au CDR ?

**R** : *j'ai eu honte pour lui en parler !*



## TAP

- Volumineux Processus **tumoral Ano rectal bourgeonnant**
- irrégulier, infiltrant la marge anale, de **96mm de diamètre et 57** mm de largeur
- avec atteinte de la graisse méso rectale,
- ADP **pelviennes et inguinales droites**, la plus volumineuse **est inguinale droite de 38 mm**

## IRM pelvienne

- Volumineux processus **tumoral ano rectal**, à prédominance anale
- infiltrant la **marge anale** , étendu sur **120mm de hauteur , 103 mm de largeur** au niveau de la marge anale et **100 mm de profondeur.**
- **Infiltration focale de la séreuse rectale droite et infiltration des muscles releveurs de l'an.**
- **Adénomégalie** tumorale **méso rectales pelviennes et inguinales** droites dont les plus volumineuses sont de **40 et 35mm.**
- Nodule périnéal dans le fascia para rectal droit de 15mm

# Biopsie

R: 15 Avril 2019

Lésions **condylomateuse** sans  
évidence **d'infiltration franche du**  
**chorion** sous adjacent dans les  
limites du matériel adressé.

# Biopsie

R: 15 Avril 2019

Lésion **condylomateuse** sans évidence d'infiltration franche du chorion sous adjacent dans les limites du matériel adressé.

R: 04 Mai 2019

**Biopsie étagée** le staff de chirurgie

**Carcinome épidermoïde** très bien différencier kératinisant , **dont le point de départ est un condylome** verrucoïde dysplasique d'origine virale (HPV).

# Biopsie

R: 15 Avril 2019

Lésions **condylomateuse** sans évidence d'infiltration franche du chorion sous adjacent dans les limites du matériel adressé.

**Carcimone** : Indication d'une radiothérapie +/- chimio ensuite chirurgie au besoin  
**Condylome** : amputation abdominopelvienne

R: 04 Mai 2019

**Biopsie**

**Carcinome**

différentiel. Les condylomes sont très bien différenciables des carcinomes. **C'est un condylome**  
Carcinome à cellules épithéliales, d'origine virale (HPV).

- **2me IRM** du 21 juin : diminution de 50% de la taille de la tumeur

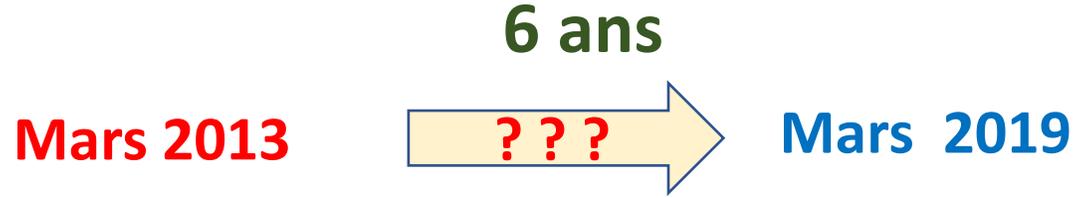
**Multiples localisations secondaires hépatiques**

- Après **4seancec RX** , Le 24 juillet J1 chimiothérapie

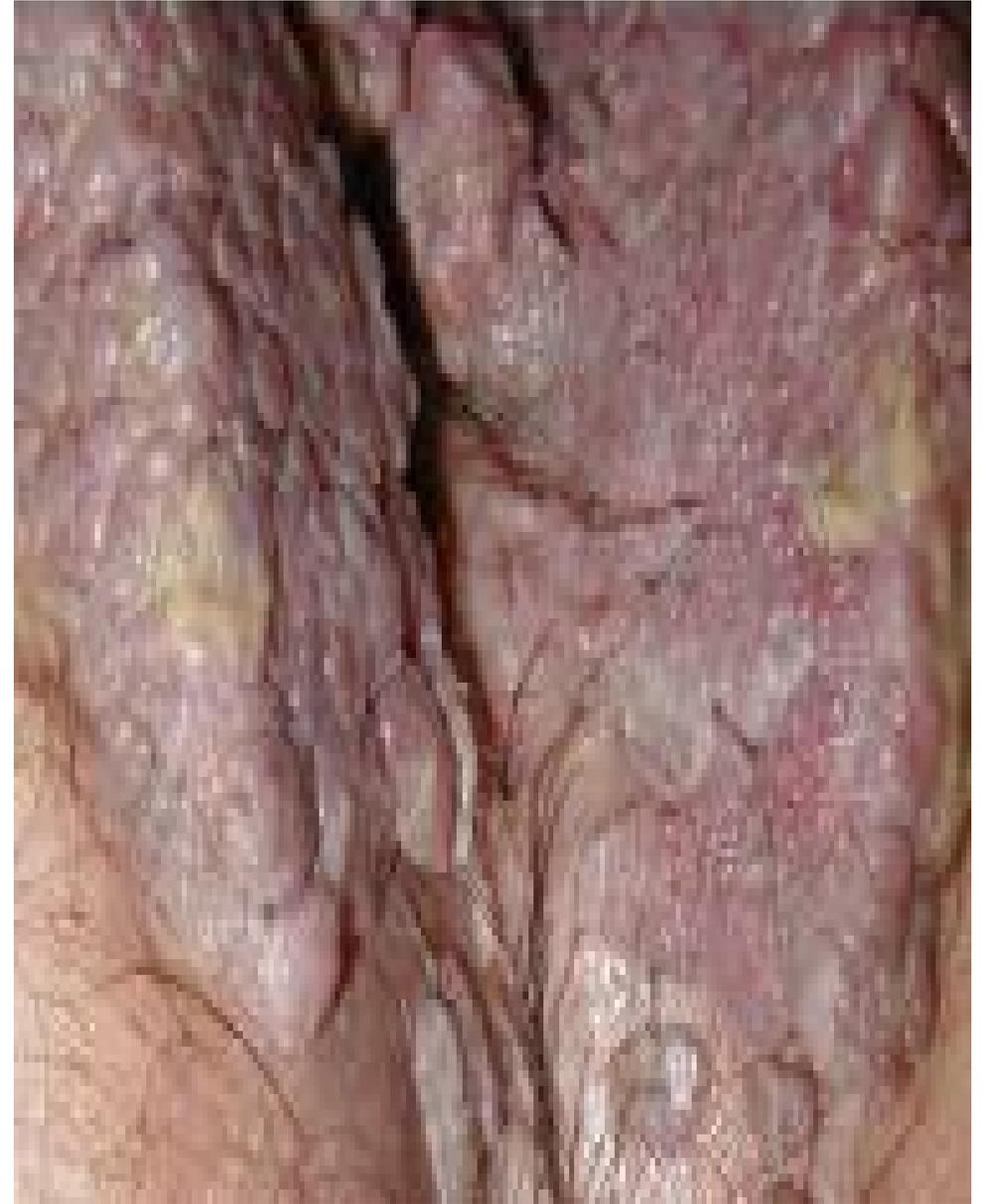
- **Patient déprimé +++**

- RDV de contrôle le 25 aout , **le 17 Aout il décède chez lui**

(6 mois )



***Aucune trace d'un quelconque examen clinique de la marge anal n'a été retrouvée dans son dossier !***

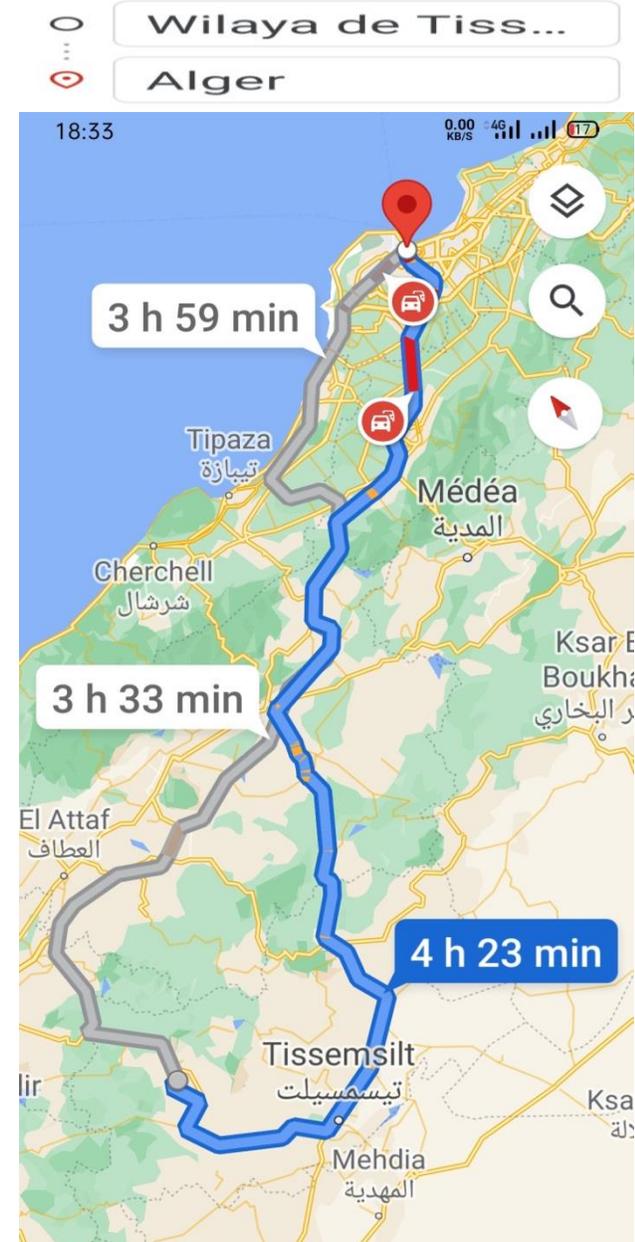


## Cas N=3

- Patient NA , né 05/04/1973, **HSH**
- **Mai 2011** : suivi au CDR pour infection à VIH
- **Juin 2011** : mis sous ARV
- **Décembre 2013** : CV indétectable de façon stable
- le statut **immunologique limite** CD4 = fluctuation entre **135 à 269 max.**

Ce patient parcourt environs (**Tissemsilt**...236 Km) pour arriver à Alger en empruntant le transport public comme il rentrait chez lui , le même jour

✓ Respecte ses RDV : 3 à 6 mois selon la disponibilité des ARV



3 h 33 min (236 km)

Le plus rapide selon l'état actuel de la circulation

➤ **Septembre 2015:** il est admis pour **processus anal**  
(42 ans)

➤ **Dossier :** notion de consultation externe ,  
justifiant un TRT pour hémorroïde.....



➤ **IRM** = processus Tum de **12cm** infiltrant :  
le canal anal  
la graisse ischio-ano-rectal  
les muscles fessiers  
**et nodule de 7mm.**

➤ **Anapath** : un **carcinome épidermoïde**  
bien différencier, mature et infiltrant le canal anal,  
stade **T4N1M0** .



- le patient a reçu 4 séances de radiothérapie
- indication d'une colostomie palliative
- Entre temps **il décède** soit le **06/02/2016** suite à un **choc hémorragique** en rapport avec des rectorragies profuses .

(6 mois)

**Mai 2011**

**4 ans**

**???**

**Sept 2015**

***Aucune trace d'un quelconque examen clinique de la marge anal n'a été retrouvée dans son dossier !***



## Cas N=4

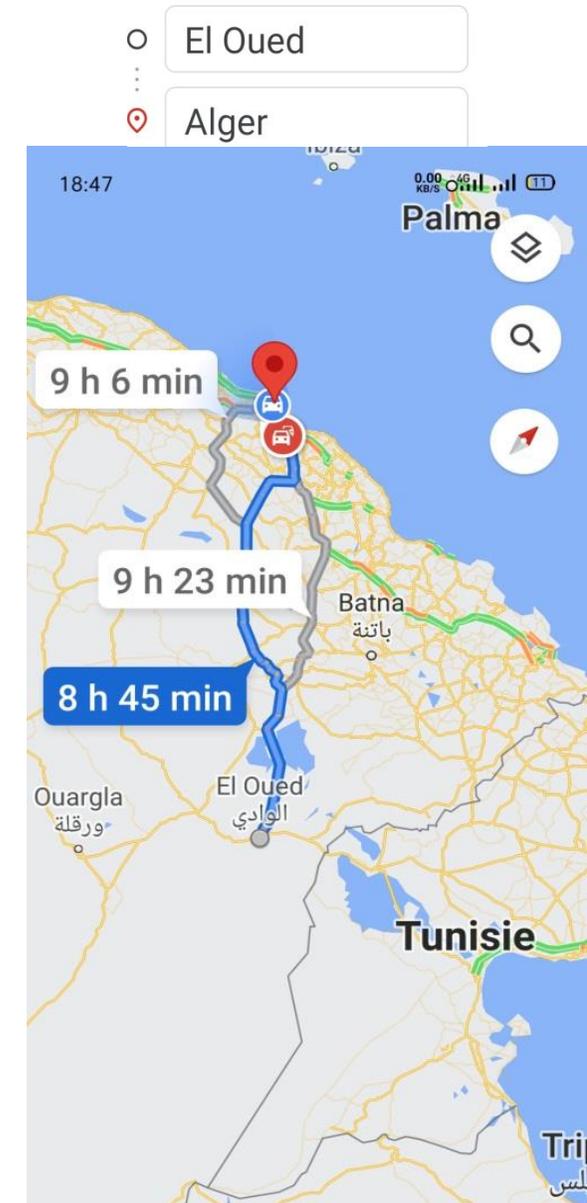
- **Patient Y.T**, né 31 décembre 1982 , **HSH**
- **Novembre 2009**: suivi au CDR pour infection à VIH
- Décembre 2009: début ARV
- **février 2010** : CV **indétectable de façon stable**
- Statut immunologique très bon CD4 = de 13 au début à 1243
- **Très observant**

✓ Monsieur BB , parcours ( **Oued Souf** 638 Km) pour arriver à Alger ...  
en empruntant le transport public : **Autocar**  
comme il rentrait chez lui , le même jour

✓ Respecte ses RDV : 3 à 6 mois selon la disponibilité des ARV

▪ **Septembre 2016** il est admis pour un **carcinome épidermoïde**  
peu différencié infiltrant , classé **T2N3M0**

(34 ans)



8 h 45 min (638 km)

Itinéraire le plus rapide  
actuellement, évite une rout...

# Dans le dossier :

**Mai 2015:** **notion** d'abcès anal , rapporté par le patient  
disparu, sous ATB prescrit en gastro.

**Pas d'examen** → RDV dans **4mois**

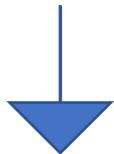


**Sept 2015 :** **il rapporte** qu'il est suivi en gastro  
pour **abcès anal** toujours sous ATB :

**Pas d'examen!!**



**Janvier 2016:** **le patient rapporte** /**une biopsie**/ faite en gastro  
**CAT** : orientation à l'EHS de Ouargla , pour PES

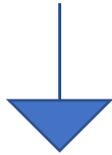


# Dans le dossier :

**Mai 2015:** **notion** d'abcès anal , rapporté par le patient disparu, sous ATB prescrit en gastro.  
pas d'examen → RDV dans **4mois**



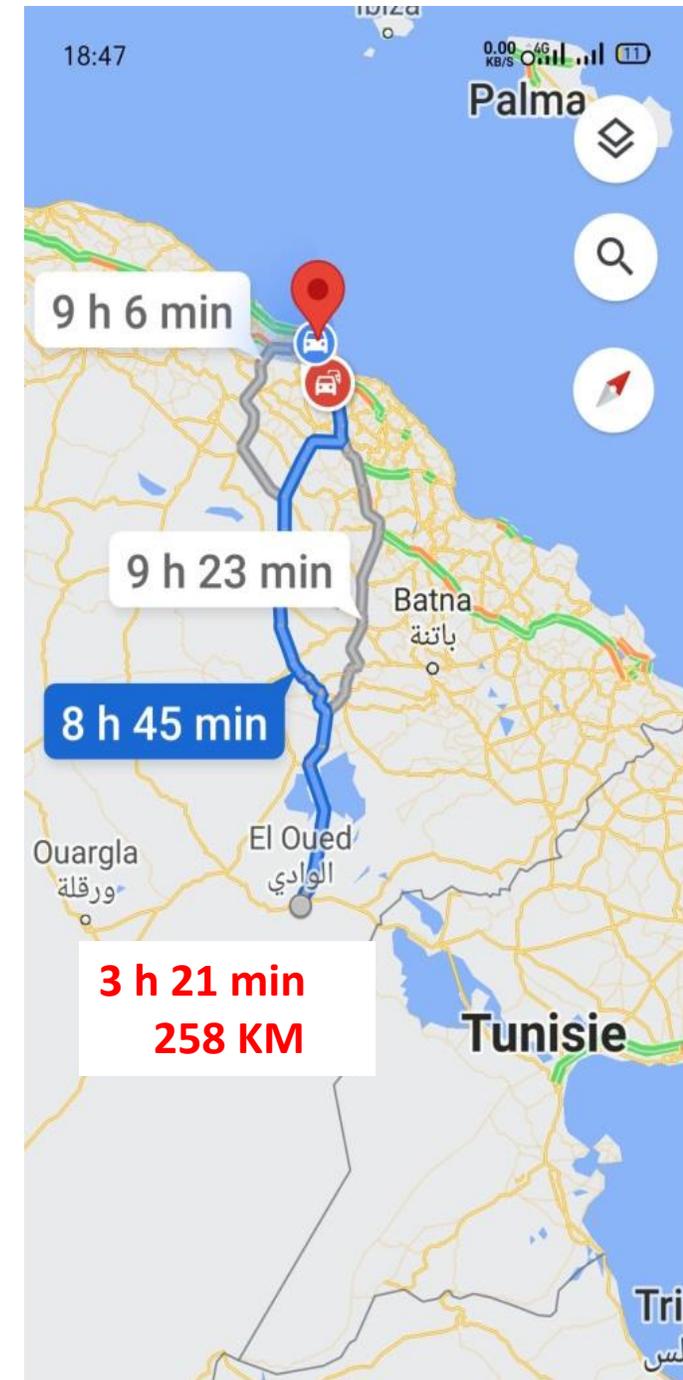
**Sept 2015 :** **il rapporte** qu'il est suivi en gastro pour **abcès anal** toujours sous ATB : **pas d'examen!!**



**Janvier 2016:** **le patient rapporte** /une biopsie/ faite en gastro  
**CAT** : orientation à l'EHS de Ouargla , pour PES



**11 novembre 2016:** **Résidente** : bonne évolution clinique ,  
localement des lésions **refermées et cicatrisées**  
-→ **RDV pour janvier**



Dans le dossier :

**Mai 2015:** notion d'abcès anal , rapporté par le patient disparu, sous ATB prescrit en gastro.  
pas d'examen → RDV dans **4mois**



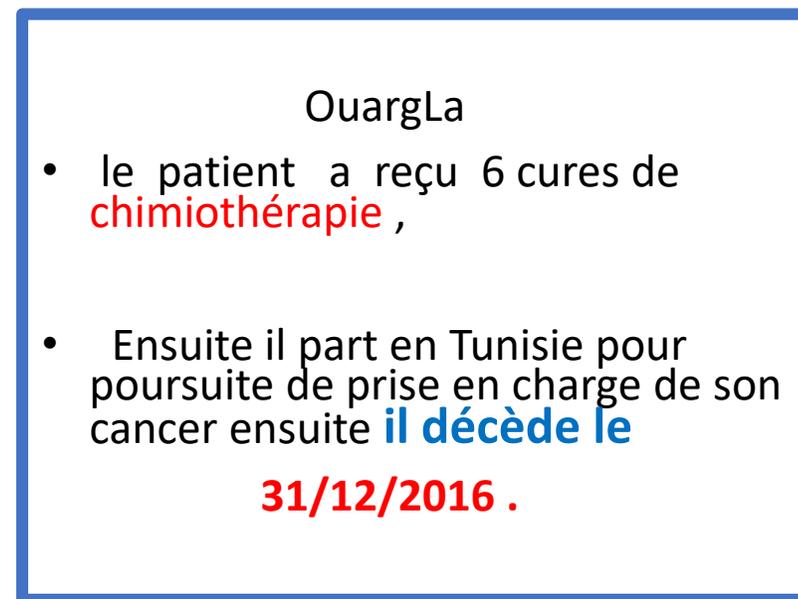
**Sept 2015 :** il rapporte qu'il est suivi en gastro pour **abcès anal** toujours sous ATB : pas d'examen!!



**Janvier 2016:** le patient rapporte /une biopsie/ faite en gastro  
CAT : orientation à l'EHS de Ouargla , pour PES



**11 novembre 2016:** Résidente : bonne évolution clinique ,  
localement des lésions refermées et cicatrisée  
-→ RDV pour janvier





***Aucune trace d'un quelconque  
examen clinique de la marge  
anal n'a été retrouvée dans son  
dossier !***

*Commentaires*

# Pronostic

- Le pronostic est étroitement lié au

**Stade tumoral**

**Moment du diagnostic,**

**avec une médiane de survie à 5 ans :**

**80 %** dans les formes localisées

**30 %** dans les formes métastasées

**Diagnostic précoce =  
un enjeu important dans la prise en  
charge des PVVIH.**



## Nombre de cas et incidences des principales localisations du RNRC chez l'homme 1<sup>er</sup> Janvier- 31 décembre 2017



Localisations		Nombre de cas	Taux brut 100,000	Taux standardisé 100,000
Colo-rectum		3539	16,9	19,8
Poumon et bronches		2856	13,6	16,4
Vessie		2583	12,3	15,2
Prostate		2090	10,0	13,1
Estomac		1292	6,2	6,9
LNH		924	4,4	4,9
NPC		756	3,6	4,3
Larynx		441	2,1	3,2

- En Algérie aucune donnée disponible au niveau des registres du cancers
- Maroc et tunisie ?

FONDS MONDIAL



2019

ETUDE SUR L'ESTIMATION DE LA TAILLE DES POPULATIONS CLES  
(HSH, PS, UDI) ET LA CARTOGRAPHIE – EETPC

**Estimation de la taille de la population HSH et la cartographie 2019**

**Tableau 6 : Meilleure estimation et fourchette proposées pour l'estimation de la taille de la population HSH :**

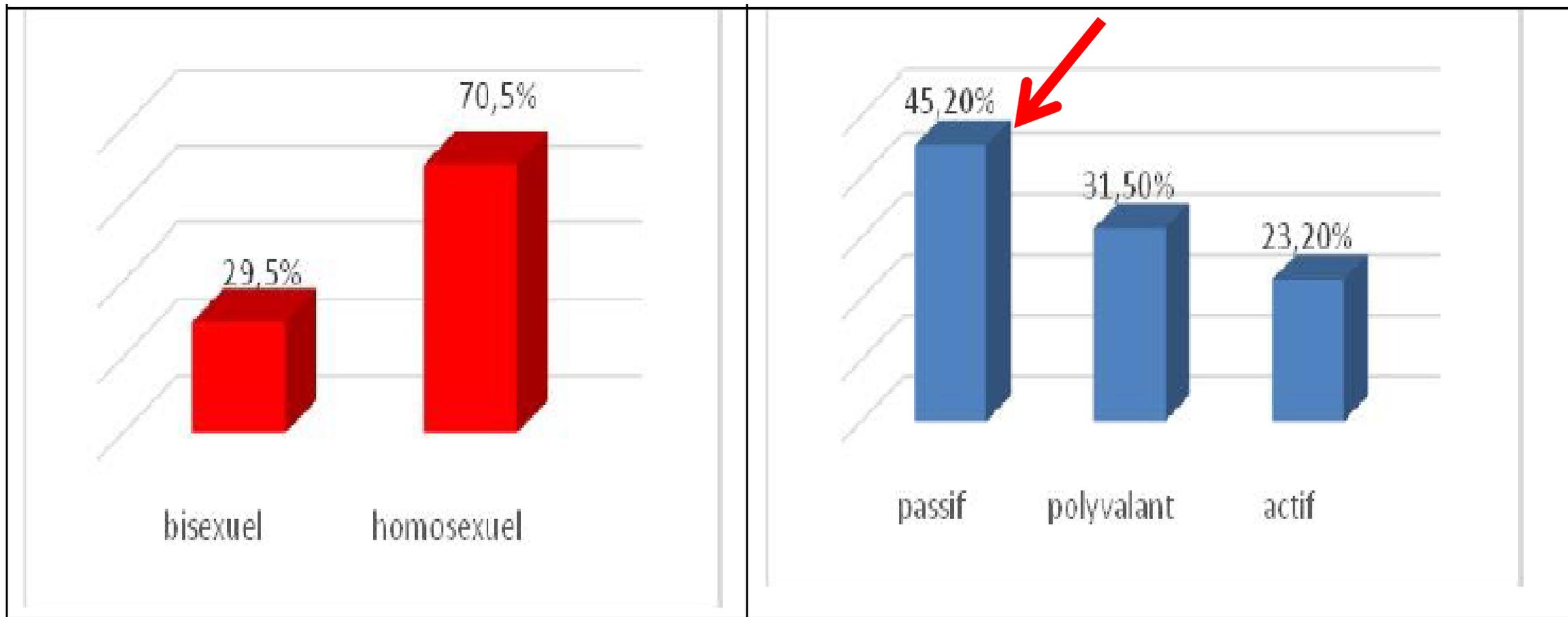
wilaya	Estimation moyenne		Borne inferieure		Borne superieure	
	N	%	n	%	N	%
<b>Oran</b>	3010	<b>0.56</b>	2055	<b>0.37</b>	3075	<b>0.57</b>
<b>Annaba</b>	2317	<b>1.11</b>	1618	<b>0.77</b>	2369	<b>1.14</b>
<b>Tamanrasset</b>	847	<b>0.7</b>	311	<b>0.26</b>	863	<b>0.72</b>
<b>Alger</b>	7501	<b>0.75</b>	3875	<b>0.38</b>	7621	<b>0.76</b>

Tableau 7: estimation nationale de la population HSH :

Estimation dans les quatre wilayas		Estimation nationale	
n	%	n	%
13675	0.71	92407	0.71

Estimation de la taille de la population HSH et la cartographie 2019

Figure 6 : répartition des HSH selon l'Identité sexuel et la Tendance



PVVIH/nationale

22.000

Prévalence

HSH = **6,8%**

HSH/ nationale

92.407

**45,20%**

Passifs

## PVVIH/natio nale

22.000

Prévalence  
HSH = **6,8%**

## HSH/ nationale

92.407

**45,20%**  
Passifs

## Risque Kc anal

Les HSH/VIH  
incidence

**131/100 000 PA**

**30 à 100 fois**

/PG

les rapports  
passifs anaux

**+++**

**Le suivi proctologique ?**

# Le suivi proctologique

- Représente **un moyen de prévention** du cancer anal à deux niveaux :
  - ✓ il permet de **détecter** et de **traiter** les lésions anales associées aux HPV avant leur évolution vers le cancer.
  - ✓ il peut permettre de repérer la présence d'un **cancer à un stade précoce** augmentant ainsi les chances de guérison.
- ❖ Ce cancer présente des symptômes (**démangeaisons, saignements, douleurs anales**) peu différents de ceux observés lors de pathologies bénignes telles que des poussées hémorroïdaires.

## Recommandations pour le dépistage du Kc anal « groupe d'experts »

– Le dépister du cancer anal est recommandé chez :

chez les personnes vivant avec le VIH ;  
chez les hommes ayant une sexualité anale avec les hommes  
**antécédents de condylomes**

**Ce dépistage** doit être effectué par un **examen proctologique** associant  
un examen de la marge anale,  
un toucher rectal et une anoscopie à l'oeil nu

**Au minimum une fois /année:** En cas d'anomalie sur le bilan initial

En l'absence d'anomalie, il appartiendra au **gastro-entérologue/proctologue** de définir la périodicité du dépistage/  
**pas excéder deux ans.**

**Le médecin référent VIH** devrait veiller à la réalisation de ce dépistage et à sa régularité.

# Conclusion

✓ En Algérie , la PES de l'infection à VIH reste **limitée aux CDR » Infectiologues » !**

**& il est temps d'impliquer et de responsabiliser** les autres spécialités **&**

❖ En attendant cette étape , les médecins infectiologues des CDRs, doivent **tenir compte de ce risque et le prendre au sérieux !!**

❖ Aucune recommandation du **dépistage du KC anal** , ne figure dans les différents documents relatifs aux VIH (PNS, Guide de dépistage...) !  **Initiatives ...Consultation IST**

***Nos patients nous font confiance-- → soyons à la hauteur de cette NOBLE MISSION !***

MERCI