

Dépistage d'infections latentes avant l'amorce d'un traitement immunosuppresseur contre le cancer

24 août 2026

UTILISATEURS CIBLÉS

Médecins spécialistes, pharmaciens et personnel infirmier travaillant en oncologie.

OBJECTIF DE L'OUTIL

Harmoniser les pratiques et favoriser l'utilisation judicieuse des tests de dépistage d'infections latentes en oncologie.

POPULATION VISÉE

Adultes visés par l'amorce d'un traitement immunosuppresseur en oncologie.

EXCLUSIONS

- Clientèle pédiatrique
- Personnes avec une infection active connue par un des pathogènes ciblés
- Transplantation de cellules souches hématopoïétiques
- Thérapie immunocellulaire CART-cell

Cet outil clinique est fourni à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du clinicien dans l'exercice des activités qui lui sont réservées par la loi ou par un règlement.

SOMMAIRE

Utilisation judicieuse des tests de dépistage	1
Résumé des recommandations de dépistage	2
Infections latentes à dépister	3
- Virus de l'immunodéficience humaine	3
- Hépatite B	3
- Hépatite C	3
- Herpès simplex	4
- Varicelle-zona	4
- Cytomégalovirus	4
- Virus d'Epstein-Barr	4
- Infection tuberculeuse	5
- Strongyloïdose	6
Annexe	7



Cet outil n'est pas un guide de prise en charge de chacune des infections latentes dont il traite. La prise de décision concernant le dépistage des infections latentes avant l'amorce du traitement ainsi que les éléments clés du suivi des résultats ou de l'orientation du patient vers un spécialiste ont été inclus. Les **aspects légaux** relatifs à certaines infections incluses dans cet outil, comme les maladies à déclaration obligatoire, ne sont pas abordés.

UTILISATION JUDICIEUSE DES TESTS DE DÉPISTAGE

Le dépistage d'infections latentes avant l'amorce d'un traitement immunosuppresseur contre le cancer favorisant l'utilisation judicieuse des tests de dépistage des infections suivantes :

- virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
- virus de l'hépatite B (VHB)
- virus de l'hépatite C (VHC)
- virus de l'herpès simplex (VHS)
- virus de la varicelle-zona (VZV)
- cytomégalovirus (CMV)
- virus d'Epstein-Barr (VEB)
- infection tuberculeuse (TB)
- strongyloïdose (STRNG)

- Pour certaines infections (VIH, VHB, VHC), le dépistage est systématiquement recommandé. Pour d'autres, la nécessité de réaliser un test de dépistage peut varier selon le type de traitement immunosuppresseur contre le cancer ou selon les facteurs de risque.
- Il est pertinent de demander un test de dépistage de la varicelle-zona, de l'herpès simplex, du cytomégalovirus, du virus d'Epstein-Barr, de l'infection tuberculeuse et de la strongyloïdose seulement s'il y a des facteurs de risque d'infection et/ou de risque de réactivation cliniquement significative.
- Effectuer un test de dépistage lorsqu'il n'y a pas de risque d'infection et de réactivation engendre un volume de résultats qui ne sont pas cliniquement significatifs et qui peuvent à leur tour entraîner des examens ou des traitements inutiles qui ont des impacts économiques et organisationnels importants.
- Lorsqu'un résultat de dépistage antérieur **négatif** est déjà disponible, il n'est pas nécessaire de répéter le dépistage, sauf en présence de facteurs de risque d'infection depuis le dernier test.
- Les tests de dépistage effectués en cours de traitement immunosuppresseur peuvent engendrer des résultats faux négatifs; l'histoire antérieure d'infection a alors préséance sur un test négatif.



Cliquez ici pour consulter toutes les productions scientifiques à ce sujet.

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS DE DÉPISTAGE



Traitement comportant une combinaison d'agents

Effectuer un dépistage lorsqu'il est recommandé pour au moins un des agents immunosuppresseurs associés.

Recommandations de dépistage selon le type de traitement contre le cancer

Cibles	Type de traitement	VIH	VHB	VHC	VHS	VZV	CMV	VEB	TB	STRNG
CELLULES SANGUINES										
Lymphocytes B et T	Anti-CD52	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	!	!
	Anti-CD38	✓	✓	✓	✓	✓	✗ ^a	✗	!	!
Lymphocytes B	Anticorps bispécifiques				✓	✓	✓	✓		
	Anti-BCMA									
	Anti-CD19	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	!	!
	Anti-CD20									
	Agents immunomodulateurs					✓				
Lymphocytes T	Inhibiteurs du CCR4				✓	✓	✓		!	
	Inhibiteurs de JAK					✓			✓ ^b	
	Inhibiteurs du CTLA-4	✓	✓	✓						!
	Inhibiteurs de LAG-3				✗	✗	✗	✗	!	
	Inhibiteurs du récepteur PD-1/ PD-L1									
CASCADES DE SIGNALISATION										
mTOR	Inhibiteurs de la mTOR	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	!	!
	Inhibiteurs de PI3K						✓			
Tyrosine kinase	Inhibiteurs de BCR::ABL	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	!	!
	Inhibiteurs de la tyrosine kinase de Bruton									
Protéasome	Inhibiteurs du protéasome	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	!	!
Histones désacétylases	Inhibiteurs des histones désacétylases	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	!	!
Réplication de l'ADN	Inhibiteurs des topoisomérases						✗		!	
	Antimétabolites	✓	✓	✓	✗ ^c	✗ ^c	✓ ^d	✗	✓ ^e	!
	Agents alkylants									
	Autres						✗		!	
Fonction des microtubules	Agents antimétopiques	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	!	!
Récepteurs des glucocorticoïdes	Glucocorticoïdes	✓	✓	✓	✓ ^f	✓ ^f	✗	✗	✓ ^g	!

LÉGENDE

✓ Recommandé ! Peut être recommandé selon les facteurs de risque ✗ Non recommandé

a : Dépistage du CMV n'est pas recommandé pour le daratumumab.

b : Dépistage TB pour le ruxolitinib.

c : Dépistage du VZV et VHS non recommandé lors d'une chimiothérapie pour une tumeur solide. Recommandé lors du traitement d'induction de leucémie myéloïde aiguë et lors du traitement d'un cancer hémato-
logique touchant la lignée lymphoïde : ex. : lymphome, myélome et leucémie lymphoïde.

d : Dépistage du CMV pour la fludarabine et la bendamustine.

e : Dépistage TB pour la bendamustine.

f : Dépistage VHS et VZV pour les patients recevant des corticostéroïdes à forte dose (Prednisone ≥ 30 mg/jour ou équivalent pendant 3 semaines ou plus).

g : Dépistage TB pour les patients recevant des corticostéroïdes à forte dose (Prednisone ≥ 15 mg/jour ou équivalent pendant ≥ 1 mois ou plus).

VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE

✓ Le dépistage du VIH est recommandé pour tous les traitements.

TESTS DE DÉPISTAGE À EFFECTUER	DÉMARCHE À LA SUITE DU DÉPISTAGE
Sérologie VIH (anti-VIH 1 et 2)	Chez les personnes avec une nouvelle sérologie positive, consulter un spécialiste de façon urgente avant d'amorcer le traitement immunosuppresseur. Chez les personnes déjà connues infectées par le VIH, consulter le médecin traitant pour ajuster le traitement antirétroviral en fonction du traitement anticancéreux.

HÉPATITE B

✓ Le dépistage de l'hépatite B est recommandé pour tous les traitements.

TESTS DE DÉPISTAGE À EFFECTUER	TESTS COMPLÉMENTAIRES À LA SUITE DU DÉPISTAGE POSITIF
- Antigène (Ag) HBs - Anticorps (Ac) anti-HBc - Anticorps anti-HBs	Lorsque AgHBs et/ou Ac anti-HBc sont positifs, effectuer un test de détection de l'ADN du VHB.
DÉMARCHE À LA SUITE DU DÉPISTAGE	
- Les personnes avec un antigène HBs positif ou un test d'ADN du VHB positif devraient être évaluées par un spécialiste. - Les personnes qui ont une infection résolue (anti-HBc positif, antigène HBs négatif, test d'ADN VHB négatif, avec ou sans anti-HBs positif) devraient avoir une évaluation du risque de réactivation, et une approche de surveillance ou de prophylaxie devrait être envisagée, selon la situation. - La surveillance des personnes avec une infection résolue implique de tester l'alanine aminotransférase et l'ADN du VHB tous les 3 à 6 mois pendant le traitement. - La consultation avec un spécialiste en maladies infectieuses ou en hépatologie devrait être envisagée afin de déterminer la prophylaxie antivirale appropriée pour les patients à risque modéré à élevé de réactivation de l'hépatite B.	
LIMITE	
Les immunoglobulines intraveineuses peuvent induire des faux positifs d'anti-HBs ou anti-HBc.	



VACCINATION

Lorsque la sérologie des trois tests est négative (AgHBs-, Ac anti-HBc-, Ac anti-HBs-), recommander une vaccination contre l'hépatite B, idéalement avant l'introduction d'un traitement immunosuppresseur. Dans certains cas, il pourrait être justifié de retarder le traitement.

HÉPATITE C

✓ Le dépistage de l'hépatite C est recommandé pour tous les traitements.

TESTS DE DÉPISTAGE À EFFECTUER	TESTS COMPLÉMENTAIRES À LA SUITE DU DÉPISTAGE POSITIF
- La sérologie des anticorps anti-VHC. Ne pas répéter la sérologie chez les personnes qui ont déjà eu un test sérologique positif dans le passé. Effectuer plutôt un test d'ARN du VHC si l'infection n'a jamais été traitée ou lorsqu'elle a été traitée, mais qu'il y a encore des facteurs de risque d'exposition.	Lorsque l'anti-VHC est positif ou indéterminé, effectuer un test d'ARN du VHC pour différencier une infection active d'une infection résolue.
DÉMARCHE À LA SUITE DU DÉPISTAGE	
Chez les personnes positives au test d'ARN du VHC, un traitement antiviral devrait être envisagé, sous la supervision d'un spécialiste.	

HERPÈS SIMPLEX



Ne pas dépister si la personne a des antécédents documentés d'herpès labial ou génital. Elle devrait être considérée comme séropositive, peu importe le résultat du test.

✓ Le dépistage de l'**herpès simplex** est recommandé **uniquement pour les traitements suivants** :

- anti-CD52, anti-CD38, anticorps bispécifiques, inhibiteurs du CCR4, inhibiteurs du protéasome, traitement d'induction de leucémie myéloïde aiguë et lors du traitement d'un cancer hématologique touchant la lignée lymphoïde, et corticostéroïdes à forte dose.

TESTS DE DÉPISTAGE À EFFECTUER	DÉMARCHE À LA SUITE DU DÉPISTAGE
• Ac VHS totaux ou VHS-1 et VHS-2	• Une prophylaxie contre le VHS devrait être envisagée chez les personnes avec une sérologie positive ou des antécédents d'infections par le VHS. • Il n'est pas recommandé de répéter les sérologies VHS pendant la prophylaxie.

VARICELLE-ZONA



Ne pas dépister si la personne a des antécédents documentés de varicelle, de zona ou de vaccination contre la varicelle. Elle devrait être considérée comme séropositive, peu importe le résultat du test.

✓ Le dépistage de la **varicelle-zona** est recommandé **uniquement pour les traitements suivants** :

- anti-CD52, anti-CD38, anticorps bispécifiques, agents immunomodulateurs, inhibiteurs du CCR4, de JAK, inhibiteurs du protéasome, traitement d'induction de leucémie myéloïde aiguë et lors du traitement d'un cancer hématologique touchant la lignée lymphoïde, et corticostéroïdes à forte dose.

TESTS DE DÉPISTAGE À EFFECTUER	DÉMARCHE À LA SUITE DU DÉPISTAGE
• Sérologies Ac VZV	• Une prophylaxie contre VZV devrait être envisagée chez les personnes avec une sérologie positive ou des antécédents d'infections par le VZV. • Il n'est pas recommandé de répéter la sérologie des Ac VZV pendant la prophylaxie.

VACCINATION



- Recommander la vaccination contre la varicelle-zona (vaccin inactivé) à toutes les personnes qui n'ont jamais été vaccinées, dès la planification d'un traitement immunosuppresseur.
- L'administration du **vaccin vivant atténué** contre la varicelle-zona est **contre-indiquée** chez les personnes sous traitement immunosuppresseur.

CYTOMÉGALOVIRUS

✓ Le dépistage du **cytomégalo virus** est recommandé lors d'un traitement avec :

- anticorps bispécifiques, anti-CD52, inhibiteurs du CCR4, inhibiteurs de PI3K, fludarabine (antimétabolites) et bendamustine (agents alkylants).

TESTS DE DÉPISTAGE À EFFECTUER	DÉMARCHE À LA SUITE DU DÉPISTAGE
• Ac CMV de type IgG	En présence de symptômes chez les personnes positives au CMV, envisager d'effectuer un TAAN de l'ADN plasmidique du CMV régulièrement pendant le traitement immunosuppresseur.

VIRUS D'EPSTEIN-BARR

✓ Le dépistage du **virus d'Epstein-Barr** est recommandé uniquement lors d'un traitement avec les anticorps bispécifiques.

TESTS DE DÉPISTAGE À EFFECTUER	DÉMARCHE À LA SUITE DU DÉPISTAGE
• Ac EBNA IgG • Ac VCA IgG	Un suivi systématique de l'ADN du VEB n'est pas recommandé en l'absence de symptômes.

INFECTION TUBERCULEUSE

- ✓ Le dépistage de l'infection tuberculeuse est recommandé :
 - chez toutes les personnes recevant les traitements¹ suivants :
 - ruxolitinib;
 - bendamustine;
 - glucocorticoïdes;
- ♦ en présence d'un facteur de risque d'**exposition** à la tuberculose, pour tous les autres traitements.

FACTEURS DE RISQUE D'EXPOSITION À LA TUBERCULOSE*

- Contact avec personne atteinte de tuberculose active
- Immigrants en provenance de pays où l'incidence de la tuberculose est élevée (> 50 cas de tuberculose pour 100 000 habitants; voir l'encadré)
- Personnes en provenance du Grand Nord canadien
- Personnes qui consomment des drogues par injection ou par inhalation
- Résidence ou voyage à l'étranger de 3 mois ou plus dans certaines circonstances (p. ex., une durée prolongée, un contact probable avec des personnes atteintes de tuberculose ou une prévalence élevée de tuberculose dans un lieu de voyage; voir l'encadré)
- Incarcération
- Itinérance

* Les professionnels de la santé sont considérés comme ayant un facteur de risque d'exposition uniquement en cas de contact attesté.

 Pour déterminer si un pays a un taux d'incidence au-dessus du seuil des 50 cas de tuberculose pour 100 000 habitants, consulter [l'outil de l'OMS](#).

Cet outil est suggéré à titre indicatif et ne remplace pas le jugement clinique. L'épidémiologie de l'infection tuberculeuse au moment où la personne a immigré devrait être considérée.

Pour une personne née au Québec avant 1960, l'épidémiologie de la tuberculose au moment de sa naissance devrait également être prise en considération.

TESTS DE DÉPISTAGE À EFFECTUER

- Test cutané à la tuberculine (TCT) **ou** test de libération d'interféron gamma (IGRA) lorsqu'il y a un facteur de risque d'exposition.
- Faire les tests séquentiels (TCT **et** IGRA) lorsque la personne a des facteurs de risque élevé d'exposition et de progression vers la tuberculose active, selon le type de traitement immunosuppresseur. Si le premier test est positif, le deuxième test n'est pas nécessaire.

TESTS COMPLÉMENTAIRES À LA SUITE DU DÉPISTAGE POSITIF

Évaluation clinique et radiographie pulmonaire pour exclure une tuberculose active avant d'amorcer un traitement préventif.

DÉMARCHE À LA SUITE DU DÉPISTAGE

Consulter un spécialiste pour déterminer le traitement préventif à administrer aux personnes dont le résultat du dépistage est positif, après exclusion d'une tuberculose active.

LIMITES

- Les tests de dépistage peuvent avoir une sensibilité plus faible chez les personnes immunosupprimées.
- Le test IGRA est à privilégier chez les personnes qui :
 1. ont reçu un vaccin bacille de Calmette-Guérin (BCG) après l'âge de un an;
 2. sont incapables ou peu susceptibles de revenir pour la lecture des résultats d'un TCT à 48-72 h.

1. Il est recommandé par les guides de bonnes pratiques cliniques et par les monographies des agents immunosuppresseurs de faire le dépistage de la TB à toutes les personnes recevant ces traitements.

STRONGYLOÏDOSE

⚠ Le dépistage est recommandé **selon le risque d'exposition** à la strongyloïdose.

FACTEURS DE RISQUE D'EXPOSITION À LA STRONGYLOÏDOSE

Naissance, résidence ou voyage de longue durée de 6 mois cumulatifs dans un pays endémique :

- Haut risque d'exposition : Asie du Sud-Est, Océanie, Afrique subsaharienne, Amérique du Sud, Caraïbes.
- Risque modéré d'exposition : pays méditerranéens, Moyen-Orient, Afrique du Nord, sous-continent indien, Asie et autres régions tropicales ou subtropicales.

TESTS DE DÉPISTAGE À EFFECTUER

- Sérologie anticorps anti-*S. stercoralis* de type IgG **et/ou**
- Tests de selles incluant la recherche d'œufs et de larves de *S. stercoralis* par microscopie sur selles fraîches ou fixées, de même que la culture de *S. stercoralis*.

DÉMARCHE À LA SUITE DU DÉPISTAGE

En présence d'un test positif, se référer à un spécialiste pour la prise en charge et le traitement de l'infection.

LIMITES

- La sérologie a une bonne sensibilité, tandis que le test des selles est très spécifique.
- Des résultats sérologiques faux positifs peuvent survenir en raison d'autres infections helminthiques, notamment par des nématodes.



Lorsque la personne a un très haut risque d'exposition, un traitement empirique peut être indiqué avant la sérologie. Consulter un spécialiste en maladies infectieuses.

Ce document a été conçu à partir des indications élaborées par l'INESSS à l'aide d'une démarche systématique s'appuyant sur la littérature scientifique ainsi que sur le savoir et l'expérience de cliniciens et d'experts québécois. Pour plus de détails, consulter [inesss.qc.ca](https://www.INESSS.ca).

Pour plus de détails, notamment pour consulter les références, veuillez vous référer au **rapport associé** à cet outil clinique.

Pour toutes questions relatives aux outils cliniques, écrire à info-outils.cliniques@inesss.qc.ca.

Les recommandations de dépistage par type de traitement ont été classées selon les cibles des traitements immunosuppresseurs. Le tableau ci-dessous présente une liste de médicaments disponibles au Québec pour chaque type de traitement immunosuppresseur.

CIBLE	TYPE DE TRAITEMENT	MÉDICAMENTS
Cellules sanguines		
Lymphocytes B et T	Anti-CD52	Alemtuzumab
	Anti-CD38	Daratumumab, isatuximab
Lymphocytes B	Anticorps bispécifiques	Elranatamab, téclistamab, blinatumomab, epcoritamab, glofitamab, talquetamab, tarlatamab, tebentafusp et autres
	Anti-BCMA	Bélantamab mafodotin
	Anti-CD19	Tafasitamab
	Anti-CD20	Obinutuzumab, rituximab, ibritumomab tiuxetan
	Agents immunomodulateurs	Thalidomide, légalidomide, pomalidomide
Lymphocytes T	Inhibiteurs du CCR4	Mogamulizumab
	Inhibiteurs de JAK	Fédératinib, ruxolitinib
	Inhibiteurs du CTLA-4	Ipilimumab, trémélimumab
	Inhibiteurs de LAG-3	Relatlimab (combiné au nivolumab)
	Inhibiteurs du récepteur PD-1/PD-L1	Atézolizumab, avélumab, cemiplimab, dostarlimab, durvalumab, nivolumab, pembrolizumab, toripalimab, tislelizumab
Cascades de signalisations		
mTOR	Inhibiteurs de la mTOR	Évérolimus, temsirolimus
	Inhibiteurs de PI3K	Alpelisib, idélalisib
Tyrosine kinase	Inhibiteurs de BCR::ABL	Asciminib, bosutinib, dasatinib, imatinib, nilotinib, ponatinib
	Inhibiteurs de la tyrosine kinase de Bruton	Acalabrutinib, ibrutinib, zanubrutinib
Protéasome	Inhibiteurs du protéasome	Bortézomib, carfilzomib, ixazomib
Histone désacétylase	Inhibiteurs des histones désacétylases	Vorinostat, romidepsine
Réplication de l'ADN	Inhibiteurs des topoisomérases	Doxorubicine, daunorubicine, epirubicine, idarubicine, mitoxantrone, irinotécan, topotécan, étoposide
	Antimétabolites	Méthotrexate, 6-mercaptopurine, fluradabine, fluorouracil, gemcitabine, cladribine, clofarabine, cytarabine, nélarabine, azacitidine, capécitabine, pémétréxed, pralatrexate, décitabine
	Agents alkylants	Busulfan, carmustine, trabectédine, cyclophosphamide, chlorambucil, melphalan, ifosphamide, thiotépa, mitomycine C, lomustine, carboplatine, cisplatine, oxaliplatine, trabectédine, bendamustine
	Autres	Bléomycine
Fonction des microtubules	Agents antimitotiques	Paclitaxel, docétaxel, eribuline, vinblastine, vincristine, vinorelbine
Récepteurs des glucocorticoïdes	Glucocorticoïdes	Dexaméthasone, hydrocortisone, méthylprednisolone, prednisone, prednisolone

En raison de l'évolution rapide des traitements disponibles, la liste pourrait ne pas être exhaustive.