

## Les AG extra-ordinaires et ordinaires de l'ARKM

Le 25 juin 2009, se sont tenues une AG extra-ordinaire et l'AG ordinaire de l'ARKM. La première avait pour but de modifier les statuts de l'ARKM, afin que l'association ne soit plus qu'un soutien moral et financier du registre et soit dégagée de sa gestion administrative. Lors de la seconde, ont été approuvés à l'unanimité le compte-rendu de l'AG de 2008, le compte-rendu financier de l'association et la nouvelle composition du CA. En effet, chaque année l'association renouvelle un tiers des membres de son CA ; n'hésitez pas à vous présenter lors des prochaines AG de l'ARKM.



**NOTA BENE :** Les adhésions à l'association sont possibles toute l'année et pas seulement lors des rencontres médicales (contactez le secrétariat de l'ARKM : 02 33 20 76 96 et [secretariat.arkm@ch-cherbourg.fr](mailto:secretariat.arkm@ch-cherbourg.fr)). Les membres bienfaiteurs sont également les bienvenus. Nous vous espérons bien plus nombreux en 2010.

L'AG ordinaire de l'ARKM a été clôturée par le Dr Bara qui a exposé le rapport d'activité du registre des cancers de la Manche ainsi qu'une présentation sur les tumeurs solides de l'enfant.

## La nouvelle convention entre l'ARKM et le CHPC

### ❖ Pourquoi une nouvelle convention entre l'ARKM et le CHPC ?

A cette question nous répond le président de l'ARKM, le Dr Jean-Luc MOUCHEL :

L'ARKM et le Registre des cancers de la Manche n'ont fait qu'un de 1992 jusqu'en décembre 2002. Avoir osé la création, le développement, affronté et surmonté les obstacles, convaincu les plus sceptiques, décroché des financements locaux, régionaux et nationaux font que l'équipe des responsables d'alors a vécu cette période comme la "grande époque du registre". La consolidation du Registre et sa pérennisation, l'obtention sur le long terme de financements de l'Institut National de Veille Sanitaire ont conduit les responsables de l'ARKM à demander l'intégration de celui-ci au Centre Hospitalier Louis Pasteur de Cherbourg (CHLP) qui l'a acceptée. Une convention de gestion du Registre a été signée en janvier 2003 entre le CHLP et l'ARKM : Le Registre devenait Unité Fonctionnelle 0323 du CHLP. Il était nécessaire de s'assurer de la faisabilité et l'efficacité du partenariat entre une grosse structure hospitalière publique et sa rigueur de fonctionnement et une association loi 1901 qui avait souvent réfléchi et agi en même temps... L'arrivée du Docteur Simona BARA à la fin de 2006 et l'acceptation de notre différence par la direction du Centre Hospitalier Public du Cotentin nous ont convaincu que le Registre pouvait à court terme se passer de l'ARKM au plan de la gestion administrative.



La nouvelle convention entre l'ARKM et le CHPC signée ce jeudi 03 décembre 2009 fait de ce dernier le seul responsable de la gestion administrative et du personnel du Registre. L'ARKM reste un soutien moral que l'on peut qualifier sans prétention de rassurant pour l'équipe du Registre et un soutien financier indispensable à l'équilibre budgétaire de celui-ci. La séparation claire des rôles et l'allègement de la tâche de l'ARKM facilitera ultérieurement l'engagement de nouveaux responsables à nos côtés et donc la relève des "anciens de l'ARKM". Il fallait sûrement être "de la première heure" pour accepter la débauche de temps et d'énergie dont l'équipe de l'ARKM a dû faire preuve pour aller "au bout de ses rêves".

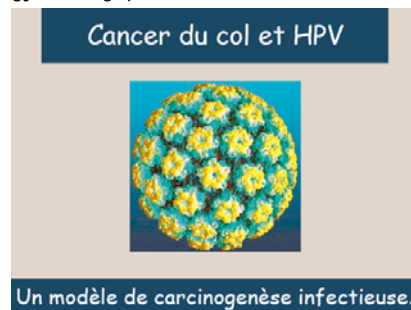
Signature de la nouvelle convention par le Dr J.-L. Mouchel et Mr F. Bonnet en la présence du Dr Bara (Parution de La Presse de la Manche du vendredi 4 décembre 2009)

## Publications scientifiques en 2009

- Changes in the risk of death from cancer up to five years after diagnosis in elderly patients: A study of five common cancers. Colonna *et al. Int J Cancer* 2009 Dec 8. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 19998335.
- Association of the French Cancer Registries (FRANCIM). Conditional relative survival of cancer patients and conditional probability of death: a French National Database analysis. Bouvier *et al. 2009 Oct 1;115(19):4616-24. PubMed PMID: 19569252.*
- Evolution of pleural cancers and malignant pleural mesothelioma incidence in France between 1980 and 2005. Le Stang *et al. Int J Cancer. 2010 Jan 1;126(1):232-8. PubMed PMID: 19569174.*
- Survival from salivary glands adenoid cystic carcinoma in European populations. Ciccolallo *et al. Oral Oncol. 2009 Aug;45(8):669-74. Epub 2008 Dec 17. PubMed PMID: 19095489.*
- 10 publications du groupe EURO CARE dans *Eur J Cancer. 2009 Apr;45(6):901-1094.*

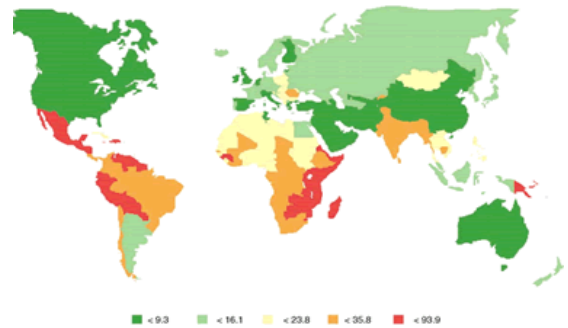
Le **samedi 28 novembre 2009** se tenait au Cositel de **Coutances** la 13<sup>ème</sup> Rencontre Médicale de l'ARKM. Nous étions **76 participants** : dont 43 médecins, 12 infirmiers, 11 administratifs, 5 biologistes et 5 pharmaciens.

La matinée consacrée au **cancer du col utérin** a débuté par la brillante présentation du **Dr H. Crouet** de l'unité d'oncologie gynécologique du Centre François Baclesse de Caen.

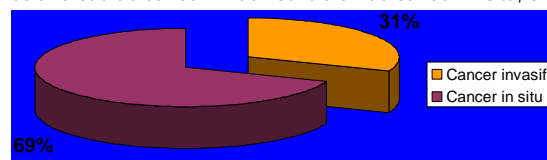


Après nous avoir rappelé que le cancer du col utérin n'est pas seulement une maladie sexuellement transmissible liée aux papillomavirus, mais résulte de nombreux cofacteurs (contraception, tabagisme, infections par herpès ou chlamydia, carences nutritionnelles, immunodéficience ...); le Dr Crouet a mis en exergue le fait que **le risque de développer un cancer du col utérin était 22 fois supérieur lorsque les femmes ne participaient pas à un dépistage régulier**. Il nous a décrit les différents types de Papillomavirus, leurs modes de fonctionnement et de transmission et l'importance de la clairance virale sur le risque de développement de lésions néoplasiques du col utérin. Après un rappel des différents types d'anomalies cytogénétiques selon la **classification de Bethesda 2001** et de la conduite à tenir devant chacun d'eux, le Dr Crouet a conseillé aux médecins présents de suivre l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique pour la vaccination contre les papillomavirus humains. Tout en fondant ses espoirs sur une future vaccination thérapeutique, il a conclu sa première partie par la **nécessité de coupler vaccination (entre 14 et 23 ans avant le 1<sup>er</sup> rapport) et dépistage (à partir de 25 ans pour toute femme vaccinée ou non)**. Dans sa seconde partie, le Dr Crouet a présenté quelques chiffres sur l'épidémiologie du cancer du col utérin et démontré l'intérêt d'un dépistage systématique pour diminuer la part des femmes ne participant pas au dépistage individuel et par conséquent diminuer le taux d'incidence du cancer du col utérin. Rappelant qu'une classification univoque et des comptes-rendus anatomopathologiques standardisés étaient essentiels pour une prise en charge adaptée des patientes selon le stade de développement de leur cancer du col utérin, il a terminé par une description des **différents traitements par stade** (conisation, trachélectomie, hystérectomie, lymphadénectomie; curiethérapie, radiothérapie, chimiothérapie) et du suivi nécessaire après traitement.

Ensuite le **Dr S. Bara** nous a présenté les données épidémiologiques du cancer du col utérin, **2<sup>ème</sup> cancer le plus fréquent dans le monde** (avec 83 % des nouveaux cas dans les pays en voie de développement). Elle nous a montré une **diminution de l'incidence et de la mortalité** pour ce cancer depuis les années 70 en Europe comme en Amérique du Nord grâce au développement du dépistage par frottis dans ces pays développés. **En France**, le cancer du col de l'utérus était en 2005 le 10<sup>ème</sup> cancer le plus fréquent avec 7,1 cas pour 100 000 femmes (standard-monde) et le 15<sup>ème</sup> le plus mortel avec 1,9 cas pour 100 000 femmes. Incidence et mortalité ont diminué depuis les années 80 respectivement de 2,9 et 4,4%. **La moitié des nouveaux cas sont diagnostiqués chez des femmes n'ayant pas effectué de dépistage depuis plus de 3 ans**. La survie à 1 an est de 84 % contre 63% à 5 ans. Elle est maximale entre 15 et 55 ans (78%) et minimale après 75 ans (38%).



**Dans la Manche**, le cancer du col utérin représente **3,5 % des cancers des femmes avec 6,8 cas pour 100 000 femmes (standard-monde)** soit 25 cas de cancer invasif contre 57 de cancer *in situ*, chez des femmes de plus de 25 ans. L'incidence atteint un palier entre 35 et 79 ans et est maximale entre 80 et 84 ans. Les lésions se développent majoritairement à la jonction entre l'exocol et l'endocol. 2/3 des lésions sont découvertes suite à des symptômes, 1/5 suite à un frottis, toutes sont confirmées histologiquement. 3/4 sont des carcinomes épidermoïdes, 1/7 des adénocarcinomes. Le Dr Bara a achevé sa présentation par un état des lieux du dépistage organisé en Europe (9 pays) et en France (5 départements).

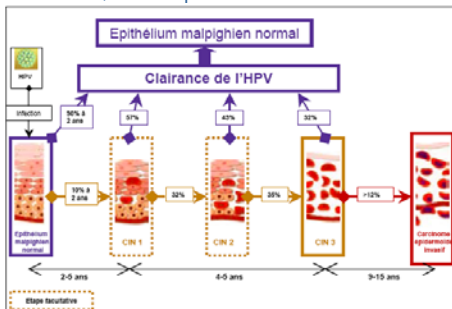


La matinée s'est terminée avec le **Dr M. Fender**, responsable du **dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en Alsace (EVE)**. Depuis 15 ans, EVE organise, non seulement le recueil systématique *via* les cytopathologistes de tous les frottis réalisés de manière individuelle (par les gynécologues et les généralistes) mais surtout l'envoi ciblé de lettres d'incitation au frottis aux **femmes non dépistées entre 25 et 65 ans** (et plus particulièrement aux bénéficiaires de la CMU et aux migrantes), une aide au suivi des frottis positifs avec relance des femmes perdues de vue et des actions de communication (presse, TV, affichage, radio). EVE évalue également la qualité des données cytogénétiques, notamment par la relecture des lames (faux négatifs, faux positifs, lésions d'intervalle, frottis atypiques) et la discussion de cas lors de séminaires annuels. **La couverture du dépistage atteint 86 % à 5 ans**. La proportion de CIN3 et de cancers *in situ* par rapport aux cancers invasifs est passée de 1/3 en 1975 à 9/2 en 2001. L'incidence du cancer invasif du col de l'utérus a par conséquent diminué de 20 / 100 000 femmes-année (standard monde) en 1975 à 5 / 100 000 en 2004. Il y a plus de conisations dans le Bas-Rhin et dans le Sud-est de la France que dans les autres régions françaises. Par son éloquent exposé, le Dr Fender nous a convaincu des **qualités du dépistage organisé** : **plus d'efficacité pour la population, plus de sécurité pour les médecins (relecture, retour des perdues de vue) et un faible coût pour la société**.



L'après-midi a débuté par deux ateliers. Le premier réunissant les médecins et les biologistes était consacré aux **frottis du col utérin** en terme de cytologie et de pratique clinique.

Mr B. Leguéné, anatomo-cyto-pathologiste, a présenté les données 2008 du cabinet de pathologie d'Avranches. 2/3 des frottis sont réalisés par des gynécologues, 1/3 par des généralistes. Il a été observé des anomalies et des atypies (ASC-US et ASC-H) des cellules épithéliales sur 4,28 % des frottis et des lésions intra-épithéliales de bas et haut grade sur 1,78 % des frottis. L'ensemble de ces lésions est susceptible de régresser spontanément. Enfin, sur 16000 frottis réalisés, seuls 9 présentaient une lésion cancéreuse.

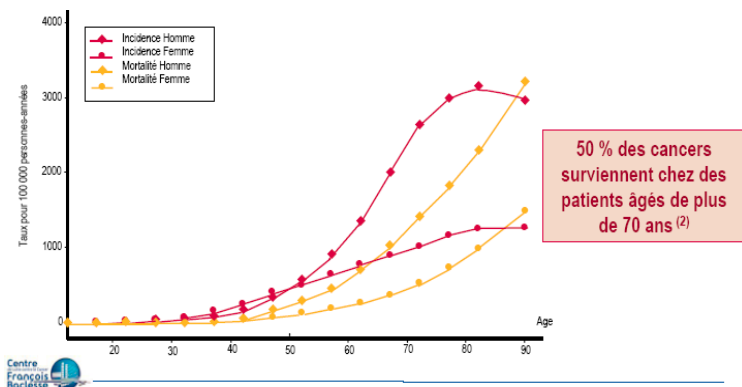


Mr Leguéné a ensuite présenté la technique de réalisation des frottis, les différents types de brosses, les informations jointes et le transport du frottis. Il a rappelé qu'une seule lame était nécessaire avec un étalement fin et homogène sur toute la lame. Il préconise le frottis plutôt que le prélèvement en milieu liquide avec étalement en monocouche, plus onéreux, moins précis pour la classification de Bethesda et peu utilisé a posteriori pour un test HPV.

Ensuite le Dr Ch. Ingouf, gynécologue, a rappelé que le développement des frottis individuels a permis de diminuer l'incidence des cancers invasifs du col de l'utérus de moitié en 20 ans, mais ne couvre que 55 % de la population cible (femmes de 25-65 ans). Les femmes défavorisées ne participent que très peu au dépistage individuel et les femmes ménopausées jeunes n'y participent souvent plus. L'ANAES recommande un rythme triennal après deux premiers frottis normaux à 1 an, car les lésions du col ont un long temps de latence (10 à 15 ans) avant de devenir cancéreuses. Les personnes à risques sont les femmes immunodéprimées, les fumeuses, et celles ayant eu des infections sexuellement transmissibles, des partenaires multiples, de nombreuses grossesses ou un premier rapport sexuel précoce. Le Dr Ingouf considère que la première visite prénatale est le moment idéal pour le dépistage des femmes n'ayant pas l'habitude de consulter et que la vaccination des jeunes filles de 14 ans contre les HPV 16 et 18 devraient réduire de 75 % les risques de cancer invasif du col utérin. Elle nous a rappelé la nécessité de poursuivre les suivis après conisation ou traitement destructeur. Alors que 68% des ASC-US régressent et 0,25% progressent en cancer invasif, 32 % des CIN3 régressent et plus de 12% progressent en cancer invasif. Enfin, elle a rappelé la conduite à tenir devant chacune des lésions diagnostiquées (coloscopie-biopsie, conisation, test HPV ou surveillance par frottis) en illustrant ses propos par différents cas cliniques.

Pendant ce même temps, se tenait le second atelier animé par messieurs H. Lequertier et B. Nkuka et réunissant les pharmaciens et les infirmiers. Ils ont débattu de la prise en charge de la personne âgée cancéreuse, thème de la seconde partie de cette 13<sup>ème</sup> rencontre médicale de l'ARKM.

Pour introduire ce 2<sup>nd</sup> thème, Mlle D. Degré (ingénieur du registre) nous a rapidement rappelé que les cancers des plus de 75 ans représentent 1/3 des nouveaux cas enregistrés. Les cancers les plus fréquents après 75 ans sont les cancers de la prostate et du côlon-rectum pour l'homme et du côlon-rectum et du sein pour la femme. Les hémopathies représentent 9 à 12 % des cas de cancers respectivement pour l'homme et la femme. Il y a 10 à 16 fois plus de cancers de l'estomac et de la vessie après 75 ans qu'avant 75 ans.



Ensuite, le Dr E. Sevin (oncologue au Centre François Baclesse de Caen) a brillamment exposé les problèmes posés par le cancer de la personne âgée. En effet, l'âge induit de nombreuses comorbidités, mais aussi des modifications moléculaires proches de celles liées à la carcinogénèse, ainsi qu'une prolifération des cellules stromales. Alors que les personnes âgées restent souvent exclues des essais thérapeutiques et des dépistages, de nouveaux outils d'évaluation onco-gériatrique permettent d'aider à leur prise en charge (SIOG), afin d'adapter les traitements en fonction de leur état psychomoteur et de celui de leurs fonctions rénale et cardiaque, de leur polymédication et de leur nutrition. Une fois ces

précautions prises, les traitements oncologiques sont de même efficacité chez les sujets âgés que chez les sujets jeunes.

Ce dernier sujet a fortement intéressé l'assistance. Regrettant de n'avoir pu y accorder plus de temps, il fera certainement l'objet d'une prochaine rencontre médicale de l'ARKM. Nous remercions encore chaleureusement tous les intervenants.

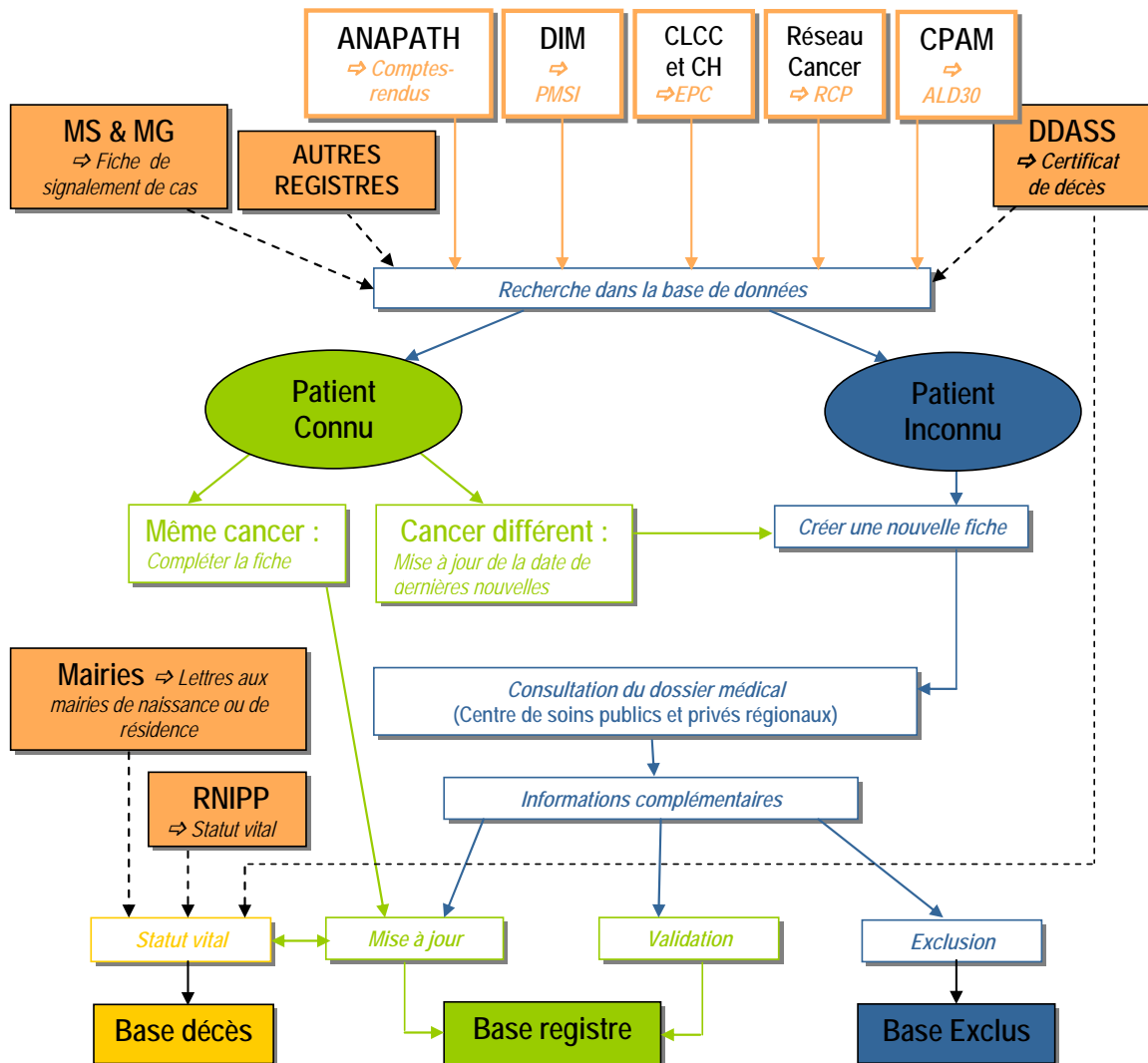


**RENDEZ-VOUS :** Vous pouvez d'ores et déjà réserver votre dernier samedi de novembre 2010, date à laquelle se tiendra la 14<sup>ème</sup> Rencontre Médicale de l'ARKM. Le thème et le lieu de la rencontre vous seront communiqués dans le prochain bulletin d'information du registre.

Les présentations de la 13<sup>ème</sup> Rencontre Médicale restent disponibles sur : [http://www.arkm.org/ARKM\\_13\\_journee.html](http://www.arkm.org/ARKM_13_journee.html).

## Fonctionnement du Registre

▪ **Les sources de données :** Les principales sources de signalement des cas de cancer dans la Manche sont les laboratoires d'anatomopathologie (ANAPATH), les Départements d'Information Médicale (DIM) des structures de soins publiques et privées (hôpitaux et cliniques) et les centres de lutte contre le cancer (CLCC) de la Manche et des départements voisins. Ces structures sont visitées par les attachés de recherche pour compléter les informations à l'aide des dossiers médicaux. Les médecins généralistes et spécialistes sont également sollicités pour compléter les données.



▪ **Les critères d'inclusion :** Sont inclus au registre des cancers de la Manche toutes personnes atteintes d'un cancer après le 01/01/1994 et résidant dans le département de la Manche, quel que soit leur âge, à la condition qu'elles n'en aient pas refusé l'enregistrement, conformément à la loi CNIL. L'enregistrement des tumeurs suit les recommandations internationales du CIRC, de l'ENCR et du réseau FRANCIM, et inclut toutes les tumeurs solides invasives (excepté les carcinomes baso-cellulaires de la peau) et *in situ* (intra-épithéliales), les hémopathies diagnostiquées entre 1994 et 2004 (Le registre des hémopathies malignes de Basse-Normandie, qualifié le 1<sup>er</sup> décembre 2004, enregistre désormais les nouveaux cas), les tumeurs de la vessie à évolution imprévisible et les borderlines de l'ovaire (en sus des *in situ* et invasives) et les tumeurs cérébrales ou médullaires quel que soit leur comportement (bénin, malin, évolution imprévisible).

▪ **Les variables enregistrées** correspondent à celles définies par l'European Network of Cancer Registries (ENCR) :

- Variables essentielles : 1) **identification du patient** : nom, nom de jeune fille, prénom, sexe, date de naissance et lieu de naissance, adresse au moment du diagnostic et 2) **identification de la tumeur** : date d'incidence, base du diagnostic, site du primitif, morphologie et comportement tumoral, source d'information
- Variables recommandées : date de dernières nouvelles, état aux dernières nouvelles (vivant/décédé), stade et traitement initial

Depuis le 01/01/2006, le Registre des cancers de la Manche recueille des variables complémentaires selon les recommandations du programme de partenariat scientifique InVS-INCa-FRANCIM-HCL (2008-2010) : grade/différenciation, taille tumorale, stade tumoral, marqueurs tumoraux significatifs, traitement, état évolutif.

La localisation de la tumeur primitive et ses caractéristiques morphologiques sont codées avec la 3<sup>ème</sup> version de la Classification Internationale des Maladies appliquée à l'Oncologie (CIM-O3). Le stade tumoral est déterminé à l'aide de la classification TNM (6<sup>ème</sup> édition), à partir des éléments contenus dans les dossiers médicaux. Le délai nécessaire pour que les informations soient complètes et validées va passer de 3 ans en 2008 à 2 ans fin 2010.



Toute l'équipe du registre vous souhaite d'excellentes fêtes de fin d'année et sera heureuse de vous retrouver dans le prochain numéro du bulletin d'information.

