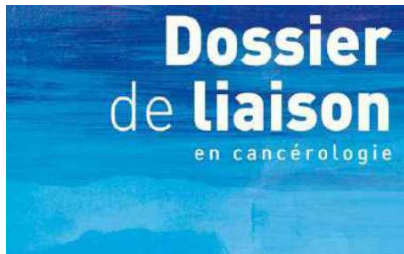


## 16<sup>ème</sup> Rencontre Médicale de l'ARKM

Echanger pour mieux soigner

Samedi 30 novembre 2013 à Cherbourg, une soixantaine de médecins, infirmiers et biologistes de la Manche a débattu avec Mr Bonazebi N'KUKA et le Dr Laure KALUZINSKI de **l'intérêt du dossier de liaison en cancérologie**. Remis aux patients volontaires, par l'oncologue ou l'IDE d'annonce, le DLC est un classeur contenant les documents clés (CRAP, RCP, examens, ordonnances, PPS, PPAT...) nécessaires pour garantir un parcours de soins personnalisé, efficace et coordonné entre les établissements de santé et le domicile. Il pourrait être intégré au **Dossier Médical Personnel** afin de « partager le secret médical » entre personnes concernées et autorisées par le patient (malade, famille, aidants, médecin traitant, spécialistes, institutions hospitalières, tutelles...). Si le Dr Dominique ARSENE (Gastroentérologue au CHU de Caen, Coordinateur du Groupe d'Ethique Clinique GEC et Membre de l'Espace de Réflexion Ethique de Basse Normandie ERE BN) estime que ces outils permettent de mieux échanger les données du patient en cancérologie, il a conclu cette journée en priorisant la communication orale entre tous les acteurs du parcours de soins avec pour acteur principal le patient lui-même.



## 16<sup>ème</sup> Rencontre Médicale de l'ARKM

Les Soins Palliatifs

Pour la 2<sup>ème</sup> année consécutive, nous remercions les membres des équipes mobiles de Soins Palliatifs de la Manche qui ont animé les ateliers. Le Dr Valérie Régner (Avranches-Granville) et le Dr Maryline Feuillet (Saint-Lô) nous ont rappelé que les soins palliatifs sont des soins actifs nécessitant bien sûr des compétences médicales mais aussi de la créativité. L'**approche globale** du patient nécessite un **travail collectif et pluridisciplinaire** dans le souci de **préserver la meilleure qualité de vie possible du patient jusqu'à son décès**. Ainsi les soins palliatifs pourraient être rapprochés des **soins de support dès l'annonce du diagnostic**, leur objectif étant identique : améliorer la qualité de vie et non soulager à outrance. « **L'écoute et l'échange** doivent être les maîtres-mots du soin palliatif », soulignait le Dr ARSENE lors des ateliers. **En informant mieux le patient et sa famille, on améliore la communication au sein de la famille et le lien entre soignant et soigné ; on favorise la participation à la prise de décision thérapeutique et on réduit l'anxiété.** Un patient bien informé et suffisamment autonome peut également être équipé d'une **pompe auto-contrôlée** (PCA) lui permettant de gérer la prise d'antalgiques en fonction de sa douleur sans risque de surdosage. Si la PCA est généralement utilisée lorsque la médication orale n'est plus possible, elle peut aussi permettre une titration rapide de la quantité de morphiniques soulageant le patient avant de repasser à un traitement par os.



Retrouvez les différents traitements permettant de gérer **la douleur** selon les 16 recommandations 2012 de l'EAPC (Association Européenne de Soins Palliatifs <http://www.eapcnet.eu/>), ainsi que le **tableau d'équianalgésie des opioïdes forts** par la Société Française d'accompagnement et de soins palliatifs ([www.sfap.org](http://www.sfap.org)) sur notre site internet. Rappelons qu'il vaut mieux ne pas trop réhydrater pour éviter la diminution des effets médicamenteux et l'encombrement bronchique, et qu'une légère déshydratation permet la sécrétion d'endorphines et diminue la sensation de faim en fin de vie. Face à une **dyspnée**, l'Hypnovel et la Morphine peuvent être utilisés, de même que les corticoïdes ou encore la Scopolamine en cas d'encombrement.

Le Dr Patricia Jourdain et son équipe mobile de Soins Palliatifs de Cherbourg ont cette année insisté sur les soins face à des **hémorragies**. En effet, lorsque la tumeur évolue, de gros vaisseaux peuvent être atteints (notamment dans les cancers ORL). Il peut alors y avoir des **anévrismes** ou des ruptures de varices œsophagiennes ou encore des **escarres** dans le cas de tumeurs cutanées ou de sarcomes. Les traitements des hémorragies peuvent être la **transfusion**, la **radio-thérapie à visée hémostatique**, le lavage urinaire pour chasser un caillot en cas d'**hématurie**, l'usage de pansements compressifs, de coalgan ou d'exacyl pour les **plaies** ou les **lésions vasculaires suintantes**, la Sandostatine pour les **hémorragies digestives** ou encore des bains de bouche ou des glaçons d'Ulcar en cas de saignements de bouche.



Le Dr Valérie Régner a insisté sur l'importance des **soins de bouche**. En effet, la bouche permet non seulement l'alimentation et l'hydratation, mais aussi la communication. Le soin de bouche peut être effectué par une infirmière, mais la famille et le personnel accompagnant doivent **renouveler les soins plusieurs fois par jour**. Si le patient ne le vit pas comme un acte intrusif, la famille doit considérer ces soins comme un **acte d'affection, qui permet non seulement de réduire la sensation de soif, mais aussi d'améliorer l'alimentation et la communication**. Il faut toujours commencer par les lèvres doucement, puis laver les dents (même avec une compresse pour des patients qui ne s'alimentent plus). Il est possible de proposer le soin de bouche avec la boisson préférée du patient (coca, jus de fruit, cidre ou même bière si cela peut l'aider). Proposer systématiquement un bain de bouche au bicarbonate (voir du bicarbonate aromatisé), ou avec de l'Exacyl en cas de bouche sensible, ou encore du Flagyl pour les bouches odorantes. (Retrouvez les propositions de « **soins de bouche** » ainsi que de « **Médicaments par voie cutanée** » de l'équipe mobile de soins palliatifs d'Avranches-Granville sur notre site internet).



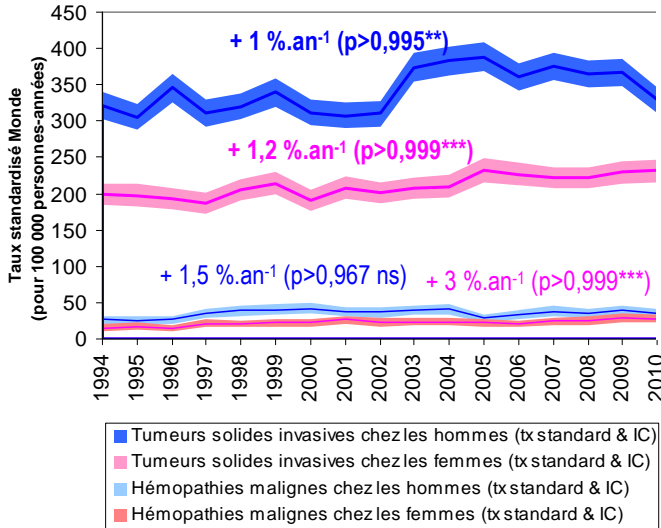
Retrouvez les présentations des intervenants et documents sur les soins palliatifs (SFAP) sur notre site internet :



Présentant avec passion différents types d'hémopathies malignes, le Pr Xavier TROUSSARD (Professeur d'Hématologie – Chef de service du laboratoire d'Hématologie du CHU Caen, Directeur du RRHMBN) a insisté sur la **nécessité pour les généralistes d'expliquer sans crainte la maladie à leurs patients, de surveiller les pathologies d'évolution lente et d'envoyer en urgence aux hématologues les cas les plus graves.**

## I. Incidence des hémopathies malignes dans la Manche :

Fig.1 Evolution de l'incidence des tumeurs solides et des hémopathies dans la Manche entre 1994 et 2010



L'incidence des tumeurs solides a augmenté de 1% par an entre 1994 et 2010 dans le département de la Manche (valeur significative de 1% chez les hommes et hautement significative de 1,2% chez les femmes) (Fig.1). Celle des hémopathies n'a augmenté significativement que chez les femmes, mais le pourcentage annuel de changement atteint 3% par an chez les Manchoises (Dr S. Bara, Médecin Epidémiologiste – Responsable du Registre des cancers de la Manche).

L'incidence des hémopathies malignes représente 10,1% de l'incidence totale des cancers enregistrés dans la Manche, soit à peu près le pourcentage d'incidence du cancer du poumon, au 3<sup>ème</sup> rang d'incidence, derrière les cancers du sein et de la prostate (respectivement au 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> rang avec plus de 14% d'incidence chacun) (Dr S. Bara).

Le classement des hémopathies malignes ne cesse d'évoluer au grès des découvertes médicales. 2/3 des hémopathies appartiennent à la lignée lymphoïde, contre 1/3 à la lignée myéloïde (Dr A. Collignon, Médecin Epidémiologiste au RRHMBN). Leur incidence standardisée dans le département de la Manche ne diffère pas de celle estimée en France (données 2000-2005-2010 in Monneret et al.- Estimation nationale de l'incidence des cancers en France entre 1980 et 2012- Partie 2- Hémopathies malignes. Saint-Maurice (Fra) : Institut de Veille Sanitaire, 2013 – 88p.)

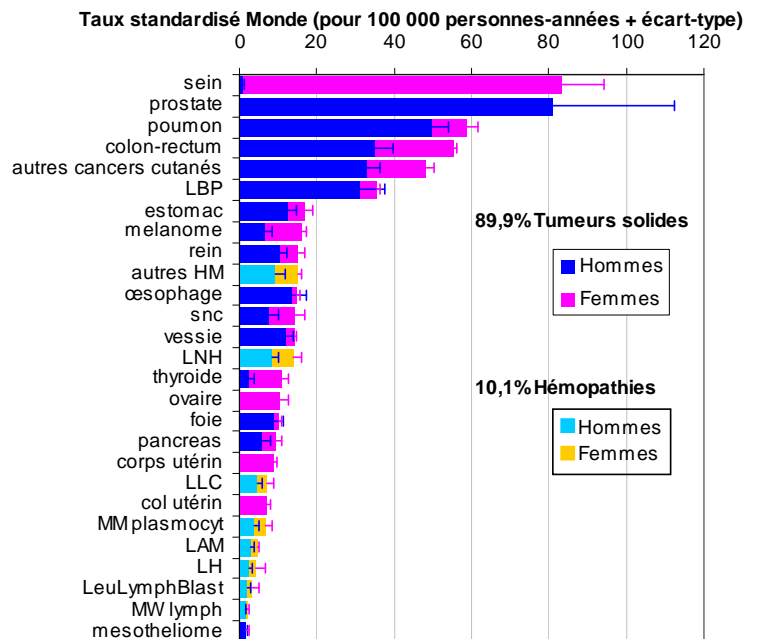
### Plus d'infos !

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2013/Estimation-nationale-de-l-incidence-des-cancers-en-France-entre-1980-et-2012>

Parmi les différents types d'hémopathies malignes classées, le groupe des **Lymphomes Non Hodgkiniens (LNH) est le plus incident dans la Manche** avec 8,3 cas pour 100 000 hommes et 5,5 cas pour 100 000 femmes (soit 2,4% de l'incidence totale des cancers) (Fig.2). Viennent ensuite les Leucémies Lymphoïdes Chroniques (LLC) et les Myélomes Multiples (MM et plasmocytomes) avec respectivement 4,6 et 3,9 cas pour 100 000 hommes et 2,7 et 2,8 cas pour 100 000 femmes. Les Leucémies Aigües Myéloïdes (LAM), les Lymphomes de Hodgkin (LH) et les Leucémies Aigües Lymphoblastiques (LAL) sont des hémopathies malignes plus rares, avec respectivement 2,9, 2,4 et 2 cas pour 100 000 hommes et 1,7, 2 et 1,2 cas pour 100 000 femmes (Dr Bara, Dr Collignon, D. Degré). Le Pr Troussard a rappelé que le sexe ratio d'incidence des hémopathies malignes était peu déséquilibré **en France avec en 2012 : 21 499 cas chez les hommes pour 17 368 cas chez les femmes.**

Alors que la plupart des hémopathies malignes sont diagnostiquées entre 56 et 80 ans, l'âge moyen au diagnostic des Lymphomes de Hodgkin (LH) est de 42 ans, celui des Leucémies Lymphoïde Aigüe de 27 ans, mais celui des Syndromes myélodysplasiques de 76 ans en Basse-Normandie (Dr A. Collignon). Alors que les hémopathies malignes représentent 1 cas de cancer sur 2 avant 15 ans, et plus d'1 cancer sur 3 entre 15 et 24 ans, elles représentent moins d'1 cancer sur 10 après 25 ans (Fig.3 & 4).

Fig.2 Classement des principaux cancers chez les hommes et les femmes (moyenne sur la période 1994-2010 dans la Manche)



## II. Traitement et survie des patients :

La chimiothérapie est le principal traitement des hémopathies malignes (près d'1 cas sur 2). Alors que 3/4 des LLC ne reçoivent aucun traitement, c'est le cas de près d'1/3 des Myélomes multiples, des LNH et des LAM. 1/5<sup>ème</sup> des LH et des LNH ont un traitement chirurgical (Dr A. Collignon).

Le délai moyen de prise en charge est de 25 jours pour les LH (Du Diagnostic au premier traitement ; délais de prise en charge des cancers enregistrés par les registres spécialisés du réseau Francim 199-2008, Collection Etat des lieux et des connaissances, ouvrage édité par l'InCa, Boulogne-Billancourt, 2012).

Le Pr Troussard a montré les résultats de l'étude de survie relative à 10 ans menée par l'InVS en France entre 1989 et 2007 : la survie des femmes est souvent meilleure de quelques points par rapport à celle des hommes, avec une moyenne de 77% pour les LH, 55% pour les LLC, mais seulement de 36% pour les LMC, 31% pour les LAL et 20% pour les MM.

### III. Répartition des principaux cancers et place des hémopathies malignes par classes d'âges et par sexe :

Fig. 3

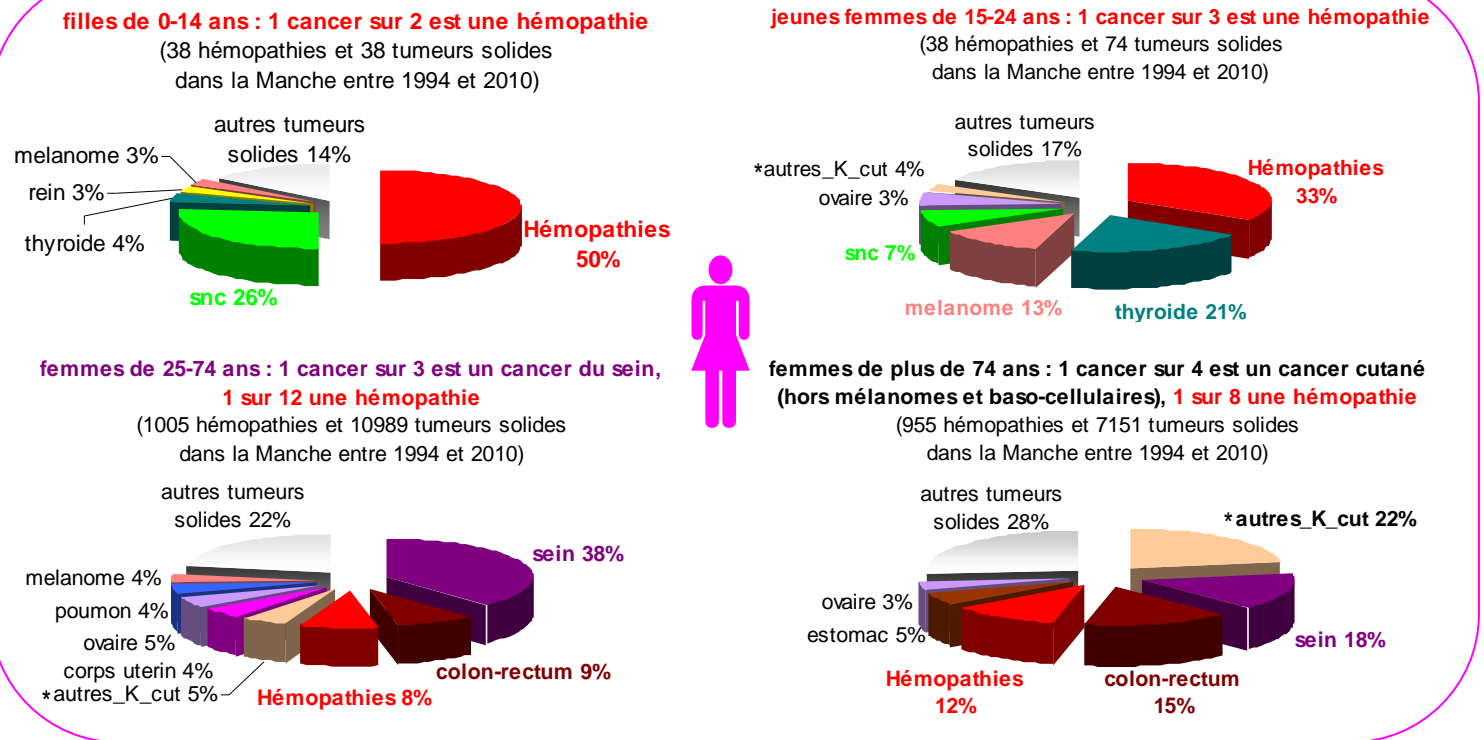
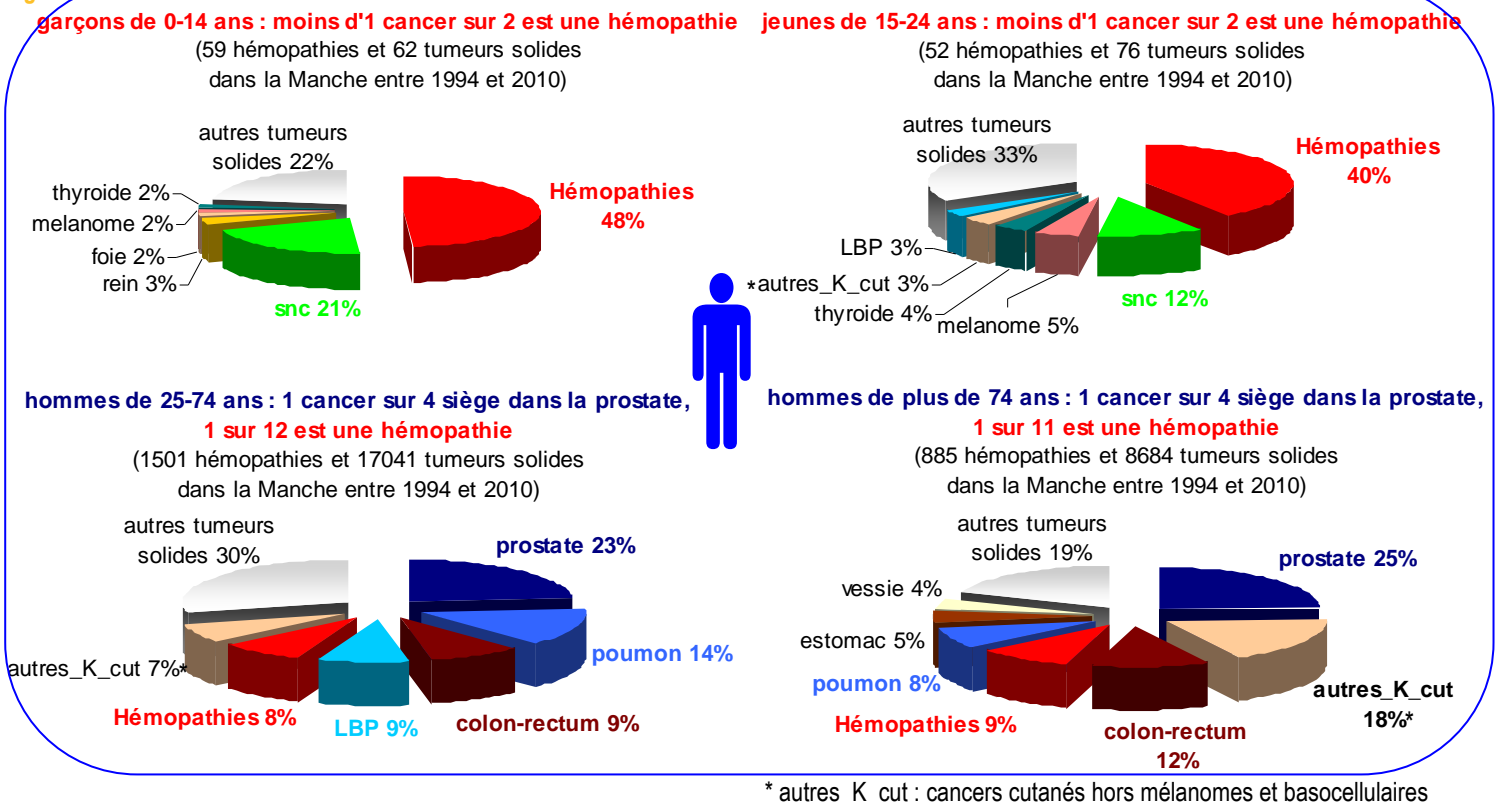


Fig. 4



\* autres\_K\_cut : cancers cutanés hors mélanomes et basocellulaires

### IV. Etude GEOCAP :

L'étude **GEOCAP**, menée sur 2 753 enfants atteints de leucémies en France entre 2002 et 2007 et sur 30 000 témoins de moins de 15 ans, est la 1<sup>ère</sup> étude d'incidence multi-sites collaborative (INSERM, IRSN) analysant à la fois les **ratios d'incidence standardisés** (SIR=effectifs observés/effectifs attendus) et les **différences de risque entre les cas et les témoins (OR)** non seulement selon la proximité à des sites nucléaires civils, mais aussi selon la dose ionisante liée aux rejets gazeux modélisés ([Sermage-Faure et al. \(2012\) Childhood leukemia around French nuclear power plants – The Geocap study, 2002-2007. Int. J. Cancer : 131, E769-E780](#)). Si un excès de leucémies de l'enfant a été observé entre 2002 et 2007 à moins de 5 km des sites nucléaires français, il ne dépend ni du site, ni du taux d'exposition aux radiations des rejets gazeux et n'a pas été observé entre 1990 et 2001 (Sermage-Faure et al. 2012). Cet excès ne semble donc pas lié à une surexposition aux radiations nucléaires et d'autres facteurs socio-démographiques et éco-épidémiologiques devront être étudiés.

## La vie du Registre général des cancers de la Manche

Toujours soucieuse d'**améliorer l'exhaustivité** du registre, notre équipe remercie les **nouvelles sources** ayant répondu favorablement à nos demandes de transmission de données rétrospectives (**dépistage IRIS, MSA, RSI, laboratoire d'Anatomo-Cyto-Pathologie d'Alençon**). Nous tenons à remercier également nos collaborateurs du **DIM** et du **laboratoire d'Anatomo-Cyto-Pathologie du Centre François Baclesse** qui ont aussi accepté de faire des requêtes rétrospectives, alors que l'Enquête Permanente Cancer cesse ses activités d'enregistrement. Nous remercions le Dr A-V. Guizard de l'EPC qui nous a toujours aimablement transmis ces signalements.

Ces recueils rétrospectifs constituent une charge de travail supplémentaire pour notre équipe, car les cas anciens inconnus au registre soit ne sont pas passés par un parcours de soins classique, soit n'étaient pas en adéquation avec nos critères d'inclusion. S'il se soldent souvent par une exclusion, quelques cas anciens peuvent tout de même être récupérés, améliorant ainsi notre exhaustivité. **Nous remercions donc chaleureusement tous les médecins qui répondent à nos questionnaires de recueil passif.** Votre aide nous est très précieuse, pour compléter des informations non disponibles dans les dossiers médicaux et pour valider ou exclure un cas de cancer lorsqu'aucune structure de soins n'est connue.

Cet objectif d'exhaustivité se poursuivra en 2014 par la sollicitation d'**hôpitaux parisiens** qui accueillent chaque année une dizaine de patients atteints de cancers et résidant dans la Manche, ainsi que par la concrétisation de notre collaboration avec la **CPAM** pour la transmission des données d'ALD. **Remercions les par avance et félicitons toutes nos sources les plus fidèles sans qui le registre ne pourrait surveiller efficacement l'incidence des cancers dans notre département.**



### Etude nationale de survie

Le registre a effectué des demandes de dernières nouvelles auprès du **Répertoire National d'Identification des Personnes Physiques**, mais aussi auprès de médecins, de bureaux des entrées hospitalières et de mairies de la Manche. **Merci à tous ceux qui nous ont si aimablement répondu.**



**Toujours disponibles sur notre site internet :** Note d'Information des patients & Fiche de déclaration d'un cas de cancer

## Formations

La responsable du registre, Dr Simona Bara, a cette année encore enseigné, à l'Ecole de Formation Européenne en Cancérologie, les **Techniques de Surveillance Epidémiologique, d'Enregistrement et de Codage des Cancers** pour les cancers de l'estomac et de l'œsophage.

La data manager-biostatisticienne du registre, Delphine Degré, a participé aux enseignements de la **Licence Professionnelle Santé spécialité Biostatistique** de Lisieux sur le « rôle du data manager en données de santé ». Elle participera également aux enseignements de gestion de données épidémiologiques du tout nouveau DU de gestion de données cliniques à Caen.

### OUVERTURE

### DU de Gestion de Données Cliniques, Clinical Data Management

- Responsable pédagogique : Natacha Heutte (MC).
- Partenaires professionnels : membres du groupe des data managers académiques **Ac@DM**.
- Inscriptions ouvertes sur le site de l'UFR Sciences Pharmaceutiques de Caen : <http://ufrpharmacie.unicaen.fr/formation-continue/du-gestion-de-donnees-cliniques-clinical-data-management/>

## Publications 2013

**FRANCIM:** • Unbiased estimates of long-term net survival of hematological malignancy patients detailed by major subtypes in France. Monnerieu et al. *Int J Cancer*. 2013 May 15;132(10):2378-87. • Unbiased estimates of long-term net survival of solid cancers in France. Jooste et al. *Int J Cancer*. 2013 May 15;132(10):2370-7.

**Etudes collaboratives :** • Life expectancy estimates as a key factor in over-treatment: the case of prostate cancer. Delpierre et al. *Cancer Epidemiol*. 2013 Aug;37(4):462-8. • Waiting time disparities in breast cancer diagnosis and treatment: a population-based study in France. Molinié et al. *Breast*. 2013 Oct;22(5):810-6. • Cancer incidence and survival in adolescents and young adults in France, 2000-2008. Desandes et al. *Pediatr Hematol Oncol*. 2013 May;30(4):291-306.

**GRELL:** • Consistency and inconsistency in testing biomarkers in breast cancer. A GRELL study in cut-off variability in the Romance language countries. Crocetti et al. *Breast*. 2013 Aug;22(4):476-81.

**EUROCARE Working Group:** • Cancer prevalence estimates in Europe at the beginning of 2000. Gatta et al. *Ann Oncol*. 2013 Jun;24(6):1660-6.

**RARECARE Working Group:** • Methodological aspects of estimating rare cancer prevalence in Europe: The experience of the RARECARE project. Mallone et al. *Cancer Epidemiol*. 2013 Dec;37(6):850-6.

## Agenda 2014

- Réservez votre **dernier samedi de novembre 2014 pour les 17<sup>èmes</sup> Rencontres Médicales** de l'ARKM.
- La **réunion de l'Ascension du GRELL** (groupe des registres de langue latine) se tiendra à Genève du 28 au 31 mai 2014.
- Les **6<sup>èmes</sup> Rencontres du groupe des Data Managers Académiques** (<http://www.acadm.fr>) se tiendront à Dijon du 25 au 27 juin.
- D'autres événements annoncés sur la **banque de données en santé publique** : <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Colloques/>



Participez à la diffusion de ce bulletin d'information en le téléchargeant sur notre site internet et en le diffusant à vos patients et collègues. **Toute l'équipe du registre vous souhaite ses meilleurs vœux !**

