

REGISTRE des CANCERS de la MANCHE

La Newsletter N° 21 Février 2024



31 mai—2 juin 2023

47^{ème} Congrès international d'épidémiologie des cancers

GRELL

Notre registre a organisé, au Mont Saint-Michel et en collaboration avec les registres général et spécialisé digestif du Calvados et le registre régional des Hémopathies Malignes de Basse-Normandie, le 47^{ème} congrès international du Groupe pour l'enregistrement et l'épidémiologie des cancers dans les pays de Langue Latine.



Une centaine de participants au pied du Mont Saint-Michel avant la cérémonie d'ouverture du 47^{ème} congrès du GRELL.

Les épidémiologistes Européens, Britanniques et Sud-Américains ont échangés sur les projets internationaux VENUSCANCER et CONCORD-4 puis sur 93 communications scientifiques des registres des cancers de langue latine.

202 inscrits
140 conférenciers
8 thèmes
93 communications
(29 orales + 64 affichées)

Incidence
Survie
Étiologie
Dépistage
Traitements
Inégalités
Méthodologie
Big Data et AI

GRELL

21 novembre 2023

Débat public au Conseil Départemental 50

Invitées par le Conseil Départemental et la Ligue contre le Cancer, le Dr Simona Bara et Delphine Dubois Degré (CHPC) ont participé à 3h de débat public. Rappelant l'importance du REGISTRE DES CANCERS DE LA MANCHE dans la surveillance des cancers depuis sa création en 1994, jusqu'à ces derniers travaux scientifiques, elles ont répondu aux différentes questions des élus et des associations sur les principaux cancers dans le département et apporté un éclairage précis sur les cancers soumis au dépistage, sur ceux survenant après un premier cancer, ou encore sur ceux touchant les moins de 25 ans.



18 novembre 2023

24^{ème} Journée Médicale de l'ARKM

C'est au Mercure de Cherbourg que l'ARKM a reçu 61 personnels de santé Manchois pour une matinée consacrée aux **hémopathies malignes** (cas cliniques par le Pr Xavier Troussard & épidémiologie par Jean-Marc Poncet [p2], cancers secondaires par le Dr Simona Bara et Delphine Dubois Degré [p3]) ainsi qu'aux **cancers colorectaux** (dépistage par le Dr Marie-Christine Quertier et traitement par le Dr François Juillard) et aux **glioblastomes** (traitements & perspectives par le Pr Evelyne Emery [p4]).

2 formations DPC proposées durant l'après-midi :



Nous remercions les Drs Anne Villot et Jérôme Lucas pour leur présentation : « **Prévention, dépistage et diagnostic du cancer du col de l'utérus.** »

Merci également aux Drs Patricia Jourdain et Raluca Aerts, pour leur formation : « **Prise en charge de la douleur chez le patient cancéreux.** »

Retrouvez les présentations de nos experts invités à la 24^{ème} Journée Médicale de l'ARKM sur notre site internet registrecancermanche.org

100 850 cancers sur 27 ans

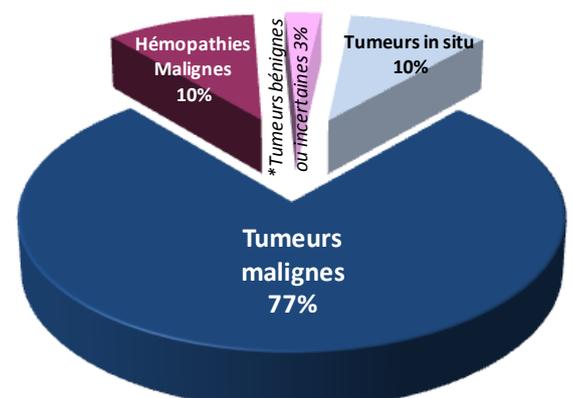
77% des cancers sont des tumeurs solides invasives (78 050 cas entre 1994 et 2020), 10% sont in situ (9 793 TIS). Le RG50 a également enregistré les 2547 tumeurs bénignes ou de malignité incertaine dont l'inventaire est recommandé*.

Mais 10% sont des hémopathies malignes (10 460 cas entre 1994 et 2020), enregistrées par le registre général des cancers de la Manche (RG50) de 1994 à 2004, et par le registre régional des Hémopathies Malignes de Basse-Normandie (RRHMBN) de 1997 à aujourd'hui.

* Tumeurs borderlines de l'ovaire, de malignité incertaine urothéliales ou gastro-intestinales, et tumeurs bénignes du système nerveux central



Nombre et proportion des différents cancers dans la Manche entre 1994 et 2020



Hémopathies malignes : dans la Manche, comme en Basse-Normandie

D'après le Pr Troussard et Jean-Marc Poncet, la répartition des HM dans la Manche est semblable à celle observée en Basse-Normandie :

Un peu moins 12.9% de **Syndromes MyéloDysplasiques** chez les hommes de la Manche (contre 14% en Basse-Normandie) et 13.7% de **Leucémies Lymphoïdes Chroniques** chez les hommes de la Manche (contre 14.6% en Basse-Normandie) .

Un peu plus 13% de **Myélomes Multiples** et 12.1% de **Lymphomes Diffus à grandes cellules B** chez les Manchoises (contre 12.3 et 11% chez les Bas-Normandes) et 4.7% de **Thrombocytémies Essentielles** chez les hommes de la Manche (contre 4.3% chez les Bas-Normands).

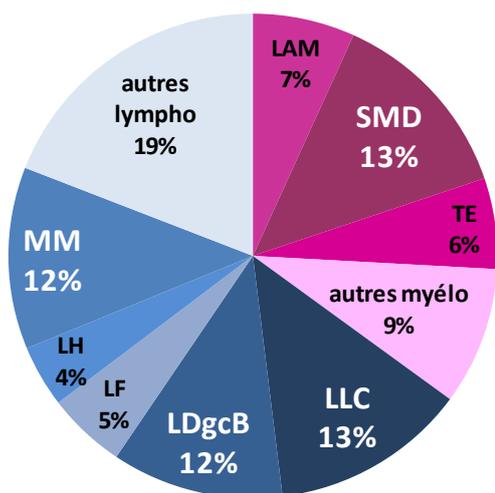


Le Pr Xavier Troussard (à Gauche) et son équipe du RRHMBN : Dr Edouard Cornet, Jean-Marc Poncet, Virginie Duchenet et Frédérique Lelièvre

Grands types et principales entités d'Hémopathies Malignes invasives		Manche (1997-2020)			sexe ratio	âge moyen	âge médian
		H & F	Femmes	Hommes			
myéloïdes	Leucémie aigüe myéloïde (LAM)	541	252	289	1,15	67,8	73
	Syndrome myélodysplasique (SMD)	1046	474	572	1,21	77,4	79
	Thrombocytémie essentielle (TE)	485	275	210	0,76	68,6	72
	Autres HM myéloïdes	737	299	438			
lymphoïdes	LLC/Lymphome lymphocytaire (LLC)	1040	431	609	1,41	70,5	71
	Lymphome diffus à grandes cellules B (LDgcB)	911	433	478	1,10	69,2	72
	Lymphome folliculaire (LF)	417	208	209	1,00	64,9	67
	Lymphome de Hodgkin (LH)	331	144	187	1,30	42,6	38
	Myélome multiple & plasmocytome (MM)	973	465	508	1,09	71,0	72
	Autres HM lymphoïdes	1528	592	936			
Total Manche (1997-2020)		8 009	3 573	4 436	1,2	68,4	72

Tableau de répartition des principales entités hématologiques myéloïdes et lymphoïdes dans la Manche entre 1997 et 2020.

50% des HM appartiennent à 4 entités



Entre 1997 et 2020, le RRHMBN a dénombré **8009 hémopathies**, **35% de myéloïdes pour 65% de lymphoïdes**. La moitié des hémopathies enregistrées dans la Manche appartiennent à **4 entités** : les **Syndromes myélodysplasiques** (13,1% SMD), et **3 hémopathies lymphoïdes** (13% LLC, 12,1% MM, 11,4% LD à grandes cellules B). Viennent ensuite 2 autres hémopathies myéloïdes (6,8% LAM et 6,1% TE) ainsi que 2 autres hémopathies lymphoïdes (LF5,3% et 4,1% LH).

Les hommes plus touchés

Le **sexe ratio** des HM est généralement **en faveur des hommes**. Il y a par exemple de 1,41 fois plus de LLC et 1,30 fois plus de LH chez les hommes que chez les femmes, mais 1,31 fois plus de TE chez les femmes que chez les hommes.

Des patients plutôt âgés

L'**âge médian est de 72 ans**. Ce sont les syndromes myélodysplasiques qui touchent les patients les plus âgés. Tandis que les patients les plus jeunes ont plutôt des LAL ou des LH. Les LAM sont fréquentes chez les adolescents.

Le Pr Troussard a ensuite présenté différents cas cliniques, précisant dans quels cas faire une **analyse biomoléculaire** (cytogénétique conventionnelle, FISH), une **immuno-électrophorèse**, ou un **myélogramme** dans un centre de référence.

Il a conclu sur le bouleversement actuel dans l'hématologie, tant au niveau des classifications des entités hématologiques, qu'au niveau des traitements. Aujourd'hui, la chimiothérapie diminue au profit des **thérapies ciblées** et les **résultats sont spectaculaires**. « Après 2 à 6 ans de traitement, le transcrit d'une LMC disparaît et le patient peut être considéré comme quasi-guéri. »



Risque accru de 2nd cancer primitif chez les survivants d'un 1^{er} cancer

D'après le Dr Simona Bara, la prévalence du cancer augmente avec l'espérance de vie de la population, mais aussi grâce à l'amélioration de la survie des patients atteints de cancers, du fait des progrès en matière de dépistage et de traitement. Mais en survivant au cancer, un patient augmente de 20% son risque d'être atteint d'un second cancer primitif (CPS) du fait des mêmes facteurs endogènes et exogènes impliqués dans son 1^{er} cancer (mode de vie, expositions environnementales, génétique) mais aussi d'effets tardifs du traitement du 1^{er} cancer.

Retrouvez en détails les études présentées par le Dr Simona Bara sur le risque accru de second cancer primitif sur notre site internet : reqistrecancermanche.org

Réalisée à partir des données du réseau FRANCIM, l'étude K2-France a montré que le risque de développer un 2nd cancer varie considérablement en fonction du site du premier cancer. Il est majeur pour les premiers cancers liés à la consommation alcool-tabagique, avec notamment un Risque Ratio de 3,89 chez les hommes et de 3,43 chez les femmes après un premier cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS).

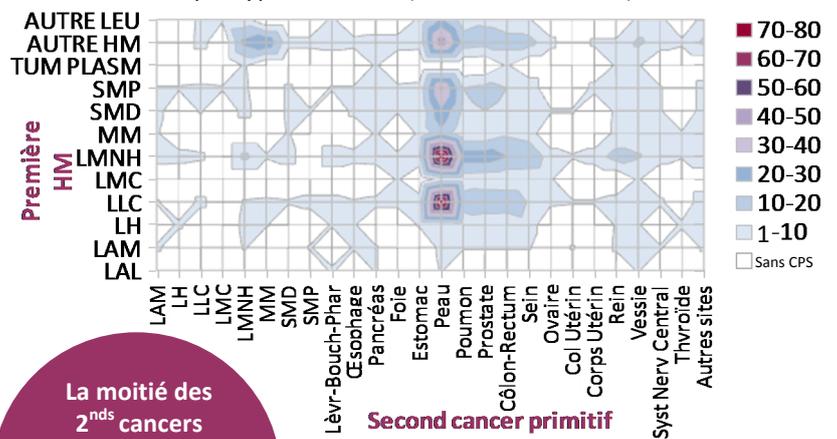
ESTIMATION DU RISQUE DE SECOND CANCER EN FRANCE

Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim

1/4 des patients ayant une HM ont aussi un cancer solide

Près de la moitié des patients atteints d'une HM et d'un cancer solide ont d'abord leur diagnostic d'hémopathie maligne. Seuls 8% ont leurs deux cancers diagnostiqués en moins de 4 mois (synchrones). En ne considérant que les cancers métachrones, Delphine Dubois Degré a pu recenser une majorité de cancers cutanés, notamment après un lymphome malin non-hodkinien (LMNH), une leucémie lymphoïde chronique (LLC) ou des syndromes myélodysplasiques (SMD et SMP). Viennent ensuite les cancers prostatiques, pulmonaires, et colorectaux après un LMNH ou une LLC, et des cancers du sein ou du rein après un LMNH. Les myélomes multiples et LMNH sont également fréquents après une autre hémopathie maligne.

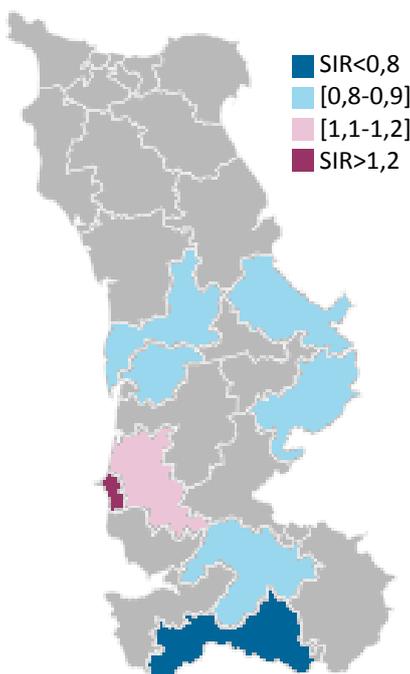
Nombre total de cancers secondaires à une hémopathie maligne par type de cancer (Manche 1994-2020)



La moitié des 2nds cancers apparaissent 2 à 8 ans après une HM

Un 2nd cancer apparaît en moyenne 4 ans après un SMD ou un MM, mais 10 ans après un LH ou 15 ans après un LAL.

Faible variabilité cantonale



SIR

Le ratio d'incidences observées sur celles attendues, standardisées sur la population de Basse-Normandie, permet de mettre en évidence les cantons dans lesquels un excès ou un déficit significatif d'HM est observé par rapport aux taux attendus dans l'ensemble de la Basse-Normandie.

Pour toutes les HM confondues, il a été observé sur toute la période 1997-2020 un excès de risque d'HM de 20% dans le canton de Granville (avec 1 chance sur 1000 pour que ce soit lié au hasard) et de 12% dans le canton de Bréhal (niveau de confiance de 95%).

Cet excès, faible en nombre de cas, ne concerne que les Lymphomes folliculaires à Granville et les Lymphomes lymphoplasmocytaires, maladies de Waldenström et syndromes myéloprolifératifs chroniques à Bréhal.

En revanche, il y a moins d'HM qu'attendues dans les cantons de Saint-Hilaire du Harcouët (-26% avec un niveau de confiance de 99,9%), de Coutances (-17% avec un niveau de confiance de 99%), d'Agon-Coutainville (-12% avec un niveau de confiance de 95%), d'Isigny le Buat (-13% avec un niveau de confiance de 95%) et de Pont-Hébert (-11% avec un niveau de confiance de 90%).

Ce déficit, faible en nombre de cas, concerne les syndromes myélodysplasiques, les myélomes multiples et les polyglobulies de Vaquez à Saint-Hilaire du Harcouët, et les syndromes myélodysplasiques, les lymphomes de la zone marginale et les lymphomes de Hodgkin à Coutances.

Cancer rare, mais de très mauvais pronostic

Le glioblastome GBM est un cancer de très mauvais pronostic (**5% de survie à 5 ans**). Heureusement, bien qu'étant la tumeur cérébrale primitive la plus fréquente, il reste rare (**3400 cas/an en France**). La moitié des patients ont plus de 65 ans, avec une légère prédominance masculine et sans facteur de risque identifié.

30 cas/an
dans la
Manche

Principaux traitements

Si un traitement par **champs électriques locaux** (Tumor Treating Fields Optune) est une option (contraignante, continue, avec effets secondaires dermatologiques et survie de 20 mois), **la chirurgie reste le meilleur traitement**. Le protocole standard prévoit une **résection chirurgicale supra-totale, suivie du protocole de STUPP (2005)** c'est-à-dire une radiothérapie 60 Gy pendant 6 semaines et une chimiothérapie concomitante puis adjuvante par Temozolomide.

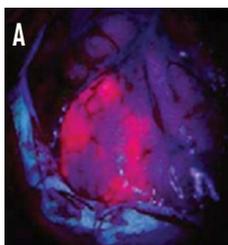


Violoniste opéré éveillé par le Dr Berro (neurochirurgien au CHU de Caen) © France3

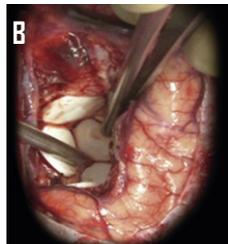
Chirurgie éveillée

Selon le Pr Emery (neurochirurgien au CHU de Caen), la lobectomie temporale ou frontale améliore la survie jusqu'à 30,7 mois, mais n'est possible que dans des zones non ou peu éloquentes. Les déficits neurologiques post-opératoires peuvent être très largement diminués par **l'exérèse supra-marginale en chirurgie éveillée** : « **conscious sedation ou AAA protocol** ».

Innovations chirurgicales



A Administrer per os, quelques heures avant la chirurgie, de l'acide 5-aminolevulinique (**5-ALA**) pour rendre les gliomes de haut grade **fluorescents** et faciliter leur résection.



B Implanter des **pastilles de chimiothérapie** (Carmustine : Gliadel®) dans la cavité opératoire (solution coûteuse utilisée en cas de résection totale ou subtotale ou de récurrence).

Seulement **12%** des patients ont un cycle complet de traitement

Récidive systématique

Malheureusement le traitement des GBM reste peu efficace. La récurrence survient dans l'année suivant la chirurgie pour 50% des patients.

Il n'existe aucun consensus de traitement pour cette récurrence.

Si beaucoup de molécules de chimiothérapie sont actuellement testées, leur efficacité est faible (en raison de la BHE et de l'hétérogénéité cellulaire des GBM) et les effets indésirables importants.

➔ **La chirurgie et la radiothérapie restent donc les meilleurs traitements actuels des récurrences localisées.**

Perspectives thérapeutiques

1 Thérapie photodynamique (Essai clinique de phase II-III en cours au CHU de Lille). La molécule photo-sensibilisante de 5-ALA s'accumule dans les cellules tumorales alors détruites par une lumière rouge.

2 Thérapie ultra-sonique (Essai en cours à la Pitié Salpêtrière et au CHU d'Amiens). Les ultrasons perturbent transitoirement la barrière hémato-encéphalique (BHE) et permettent un meilleur passage des chimiothérapies.

3 Thérapie thermo-laser LITT (Laser interstitial Thermal Therapy). Sous contrôle IRM, la tumeur est thermo-lésée à 43°C sous différents axes.

4 Immunothérapie. Les CAR-T cells offrent des perspectives encourageantes pour les tumeurs de la ligne médiane avec mutation histone (antigène spécifique identifié).

5 Vaccinothérapie (essais en phases II-III, résultats attendus en 2025).

Remerciements

Nous remercions l'ensemble de nos collaborateurs au sein des établissements de santé publics et privés et des laboratoires d'anatomo-cytopathologie qui participent activement à la veille des cancers dans le département. Merci également à toute l'équipe du registre et aux membres actifs de l'ARKM pour leur travail et leur dévouement.

Conception : Delphine Dubois-Degré



JEUDI 21
novembre 2024
14h-20h

25^{ème} Rencontre Médicale de l'ARKM

- **Actualités Cancers (14h-17h) :**
Principales toxicités de l'immunothérapie, Maladie thromboembolique et cancer, Prise en charge du cancer chez la personne âgée...
- **Formations DPC au choix (17h-20h) :**
 - Prévention, dépistage et diagnostic du cancer du sein
 - Prescription de l'activité physique adaptée

Cocktail dinatoire
à la Cité de la Mer