

Association pour l'Enseignement et la
Recherche des Internes en Oncologie

RiO



Revue des Internes en Oncologie

Numéro

02

Octobre
2021



P.08

Portraits

Ces patients qui
s'engagent

P.22

D' Junior

Points clés du guide
CNEC - AERIO

P.35

Présentation d'une association

AIRHOP



SOMMAIRE

- 05** **Edito de la présidente**
- 07** **Mot des Rédac' chefs**
- 08** **Portraits : Ces patients qui s'engagent**
S. Faiderbe, M. Ruyet, A-P. Pickaert
- 14** **Soirée de formation de l'AERIO**
Soirée oncologie et psychiatrie - Question-réponse
- 16** **Revue de Presse**
- 22** **D' Junior**
Points clés du guide CNEC - AERIO
- 24** **Tumeurs rares**
Cancers des voies biliaires
Carcinomes adénoïdes kystiques de la sphère ORL
- 30** **Recherche**
Résumé des publications de l'AERIO
- 33** **Programme des soirées formation de l'AERIO**
- 35** **Présentation d'une association**
AIRHOP
- 37** **Annonces de recrutement**

AERIO (Association pour l'Enseignement et la Recherche des Internes en Oncologie)

E-mail : aerio.oncologie@gmail.com | aerio.oncologie.rio@gmail.com

Editeur et régie publicitaire : Reseau Pro Santé | M. Tabtab, Directeur - 14, Rue Commines - 75003 Paris

Tél. : 01 53 09 90 05 - E-mail : contact@reseauprosante.fr - Site : www.reseauprosante.fr

Maquette et mise en page : We Atipik - www.weatipik.com

Fabrication et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.



DITO

Ce qui nous lie

L'année et demi écoulée nous a montré à quel point communiquer est essentiel, si ce n'est vital. C'est pourquoi la communication est au centre de ce numéro. Échanger est l'un des objectifs de la RIO, qui s'adresse à tous les internes en oncologie mais leur permet également de s'exprimer, comme l'AIRHOP, qui nous présente ici son bureau et ses initiatives.

La communication est notre cœur de métier, en tout premier lieu avec nos patients. Nous nous devons de recueillir leur expérience et leur savoir mais aussi leur partager le nôtre, notamment avec tous ceux qui souhaitent s'engager comme Sylvie ou Marc.

La communication est également nécessaire à la communauté oncologique, que ce soit pour le partage des dernières actualités scientifiques (que la Revue de Presse de l'AERIO vous résume chaque mois), pour se former au contact des experts ou pour tisser des liens entre jeunes oncologues.

Ce nouveau numéro est donc aussi l'occasion de vous annoncer la reprise de certains gros événements en présentiel comme les JRJO en novembre 2021 à Toulouse !

La RIO est votre revue et ses colonnes vous seront toujours ouvertes.

Bonne lecture !

Natacha Naoun
Interne en oncologie médicale à Nancy
Présidente de l'AERIO



OT DES RÉDAC' CHEFS



Chère lectrice, cher lecteur,

Après le succès du premier numéro, et après un numéro hors-série consacré à la Revue de Presse, te voici en possession du second numéro de la RIO, la Revue des Internes en Oncologie !

L'esprit reste le même : diversité des paroles, avec notamment dans ce numéro celles de patients experts ou celles de collègues d'autres spécialités ; diversité des thèmes abordés, allant des tumeurs rares, aux derniers essais en passant par la réforme du Dr Junior ; et diversité des générations avec côte à côte dans la rédaction des internes nouvellement thésés et des internes au tout début de leur parcours.

Cette revue n'est pas la revue de l'AERIO, c'est la revue des internes en oncologie, c'est ta revue ! Alors nous attendons avec plaisir toute suggestion d'amélioration, toute proposition de nouvelle rubrique et nous t'attendons toi, si tu souhaites participer plus activement à son élaboration.

Nous en profitons pour accueillir Paul Matte, qui rejoint notre équipe de rédaction et dont vous pourrez retrouver la patte dans le numéro 3.

D'ici là, bonne lecture et portez-vous bien.

Matthieu et Henri
Rédacteurs en chefs



PORTRAITS

CES PATIENTS QUI S'ENGAGENT

Depuis toujours, le patient est naturellement le premier acteur de sa prise en charge. L'évolution de la relation entre soignant et soigné ces dernières années permet aujourd'hui au patient de participer plus activement et plus largement à sa prise en charge, mais également de s'engager pour celles des autres. Patient partenaire ou représentant des usagers, mais aussi chercheur ou entrepreneur, les portraits, témoignages et exemples ci-dessous illustrent les différentes facettes que peuvent prendre ces engagements.



TÉMOIGNAGES

SYLVIE FAIDERBE

Il me plaît à dire que j'ai deux nationalités : je suis citoyenne d'une part et cancéreuse d'autre part.

C'est en partie pour concilier ces deux parts de moi que je suis devenue patiente experte.

Il y a près de 15 ans au détour d'une classique et annuelle consultation gynécologique un fibrome utérin a été diagnostiqué. Suite à son exérèse, ce fibrome s'est avéré être un léiomyosarcome de grade 3. Une radiothérapie, trois récides, deux opérations pulmonaires, une chimiothérapie, une radio interventionnelle, des scanners, des IRM, des « pet-scan » et une perte d'emploi plus tard, je me suis dit que ce cancer qui avait chamboulé ma vie ne pouvait uniquement me nuire. Il fallait que j'en tire profit aussi. J'ai décidé de valoriser cette expérience en devenant experte, j'avais besoin que mon savoir expérientiel soit conforté et reconnu, d'où le DU (diplôme universitaire).

Quel est ce savoir ? Celui de mon ressenti, d'un vécu de cancéreuse. Savoir unique et universel, savoir vécu dans ma chair, mon existence sociale, mais savoir réel.

Être gravement malade c'est migrer sans visa dans un état inconnu qu'il nous faut visiter sans guide, sans carte. Aux malades de trouver les ressources pour ce voyage que l'on n'a jamais envisagé, donc absolument pas préparé. On bascule dans cette errance la peur au ventre en un rien de temps : celui d'entendre le méde-

cin prononcer le mot « cancer ». Deux syllabes, deux secondes qui nous estomaquent, nous tuent. Oui, je peux dire qu'une part de moi est morte à cette annonce, une autre est née : « la cancéreuse ». Qui ne s'est jamais entendu dire « vous avez un cancer » ne peut, au plus profond de lui, entendre ni comprendre. Aucun médecin, aucune infirmière, aucun aidant ne peut ressentir cela aussi intimement.

Être gravement malade c'est migrer sans visa dans un état inconnu qu'il nous faut visiter sans guide, sans carte.

Trop de petites malveillances inconscientes et involontaires de la part de l'ensemble du personnel soignant m'ont encombrée, embouteillée, blessée tout au long de mon parcours de soins pour ne pas tenter de faire comprendre aux autorités - autrement que par les enquêtes qualitatives résumées en items alignés sur des grands tableaux XL requis par la HAS - à quel point ces multiples incidents sont difficiles à vivre pour le patient et qu'en améliorant cela, le médecin, l'infirmière y trouveraient eux aussi leur compte.

Il a d'abord fallu que je partage ces maux, cette « mort », mes souffrances avec d'autres cancéreux. Les groupes de parole ont formé pour moi cette communauté. Mais une communauté n'est pas un collectif et j'ai besoin d'appartenir à un collectif

pour avancer, réfléchir, penser. Je l'ai trouvé auprès d'une partie de mes collègues patientes expertes. Nous nous interrogeons collectivement sur notre savoir, sa durée, nos forces, notre devenir, notre utilité, notre rapport aux autorités sanitaires, nous échangeons des informations, les commentons, les absorbons.

En m'engageant dans cette formation universitaire j'envisageais d'aider d'autres malades en les accompagnant durant ce voyage. Vite, je me suis aperçue que je n'étais pas très douée comme guide ou conseillère, pas assez de patience, de compassion, d'empathie. Par ailleurs il n'y a pas encore de places reconnues pour cela ou alors trop rarement. Et je reste persuadée que sans place nous n'existons pas. La place des Représentants d'Usagers, ce que je fus, est reconnue, les RU existent.

Il m'a donc fallu trouver un endroit où j'avais ma place en qualité de patiente experte. J'ai pour l'instant choisi d'exercer cette expertise dans un projet de recherche aux côtés de médecins, chercheurs en sciences sociales qui porte sur les acteurs du parcours de soin du cancer colorectal.

Mes compétences de binationale - mes parcours de vie, de travail, de santé - peuvent s'y confronter et aujourd'hui je ne suis pas entière sans l'ensemble de mes visas.

MARC RUYET

QUI SUIS-JE ? (Vaste question)... Plusieurs vies, plusieurs activités !

J'ai d'abord exercé le métier de Modéliste pendant de nombreuses années dont plus de 12 ans à l'étranger. L'exercice consiste à construire des vêtements en fonction de l'attitude et de la conformation d'une personne. Ainsi, c'est le rapport au corps qui caractérise mon domaine de prédilection. En effet, mon activité étant celle de Sexothérapeute, je me définis donc comme un artisan sexothérapeute.

Pour répondre à la question pourquoi suis-je devenu sexothérapeute, et bien je dirais que... Cela débute en quelque sorte, en 1988, à Londres, par une première mise en relation auprès d'amis bénévoles du Terrence Higgins Trust pour des personnes fragilisées par le SIDA. Ils m'ont initié au counseling qui consiste à « offrir une présence, une écoute et une disponibilité à l'autre, sans prendre le pouvoir sur sa détresse » (Pr Catherine Tourette Turgis).

En 2014, je rassemble ces compétences d'aidant et m'inscris à la fac. Je commence à suivre des formations de sexologie clinique puis de sexothérapie sexofonctionnelle auprès des Docteurs Alexandra Hubin, Pascal de Sutter et François de Carufel, de l'université catholique de Louvain.

De 2016 à 2018, je suis bénévole à Ligue contre le cancer et officie à l'hôpital Saint Joseph à Paris tous les jeudis, au chevet des patients malades du cancer. Pendant deux ans je pratique l'écoute active dans le ser-

vice du Pr Salmeron auprès de Laurence Lecoq aux commandes de ce service de cancérologie très humain. Ponctuellement, j'apporte aux patients quelques explications physiopathologiques grâce à la formation de pratique auprès de l'Oncopsychologue Agnès Perpere.

Orienté TCC (Thérapie Comportementale et Cognitive), depuis 2014 : je me forme à des outils complémentaires tels que : la sophrologie Caycédiennne, la PNL (programmation neurolinguistique) et la relaxation de Schultz et de Jacobson.

En 2017, je rejoins l'Université des patients du Professeur Catherine Tourette Turgis et me forme à la Mission d'accompagnant de parcours du patient en Cancérologie et deviens patient partenaire.

De 2019 à 2020, je suis avec beaucoup d'intérêt la formation en ONCOSEXOLOGIE à Paris DESCARTES puis à TOULOUSE PAUL SABATIER et obtiens en novembre 2020 le Diplôme Inter Universitaire en Oncosexologie.

À la rentrée universitaire prochaine, je me prépare à poursuivre mon parcours professionnel de la santé par un master de psychosexologie à la Sapienza de Rome tout en continuant mon travail institutionnel notamment auprès de l'ONCORIF : Réseau Régional de Cancérologie d'Île-de-France qui a pour missions de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité de la prise en charge sanitaire des patients atteints de cancer.



L'oncosexologie est une nouvelle spécialité dont le but est de prendre en charge les patients susceptibles de voir augmenter leurs problèmes liés à la sexualité en raison d'un cancer. L'oncosexologie nécessite une équipe de professionnels pluridisciplinaire, intégrant idéalement urosexologue, gynécologue, psychosexologue et infirmier spécialisé.

« Mais sur le terrain, les soignants rencontrent des difficultés pour aborder la question de la sexualité avec les patients et attendent souvent que ce soit eux qui parlent ».

La conséquence du manque de temps, du manque de connaissance est un inconfort à aborder ce thème. Les bénéfices d'une activité sexuelle satisfaisante sur la santé des patients ne sont pourtant plus à prouver. Des formations pour les soignants doivent être développées. Qu'il soit jeune ou âgé, le patient doit également être interrogé à intervalles réguliers sur « les changements qu'il a observés dans ses fonctions sexuelles », à toutes les étapes du parcours de soins et se voir proposer un accompagnement spécialisé en cas de besoin.

Sciences formelles, exactes, sciences du vivant, sciences humaines et sociales, mon travail de thérapeute consiste bien à réactualiser mes connaissances tout au long de ma pratique afin de disposer de connaissances pointues en matière de fonctionnement psychique, de psychopathologies et de relations interpersonnelles.

Le lien de ces deux vies professionnelles, c'est la combinaison de mes trajectoires. Et ce que je développe à présent, c'est ce lien entre mon 1^{er} métier du tertiaire et mon expérience de soignant, de patient partenaire sensibilisé à la fameuse chemise d'hôpital réactualisée.

Si la chemise d'hôpital n'intéresse presque personne, elle a fait partie de mes recherches notamment pour la soutenance du DIU en oncosexologie.

De par mon expérience, l'idée d'intégrer des outils textiles comme outils médiateurs dans la relation d'aide, ont été pour moi la révélation de cette formation en oncosexologie auprès du

Pr Éric Huyghe, directeur de recherches. Ainsi, en tant que sexothérapeute/maître d'œuvre (mon corps de métier) et logisticien du textile, j'utilise depuis, dans ma pratique de sexothérapeute, une ligne d'outils textiles que j'ai nommée Al-côve adaptée MC.

Pour une personne en situation de handicap ou en perte d'autonomie, se vêtir peut relever du parcours du combattant. En effet, pour enfiler un vêtement ordinaire, il faut être capable de se lever ou de se pencher, de basculer le corps dans un sens ou dans un autre, bref de réaliser des mouvements qui ne sont pas forcément possibles pour tous.

Il a donc bien un besoin d'adaptation.

Je commencerai à industrialiser la ligne de sept pièces et proposerai dès lors des adaptations de vêtements pour aider les couples à opérer un retour à l'intimité et/ou en les adaptant également

pour les patients hospitalisés en cancérologie en janvier 2022.

Avoir travaillé longtemps à l'étranger et côtoyé des gens très différents permet de s'adapter plus facilement à la patientèle. La formation professionnelle puis universitaire va dans ce sens. Je ne cherche pas à mettre mes patients dans des cases.

Conseiller conjugal, psychologue et psychothérapeute spécialisé dans les troubles sexuels je mets mon savoir-être et mon savoir-faire au service de ma patientèle. La communication respectueuse dans un climat rassurant permet de comprendre ce qui se passe et de contribuer à résoudre presque tous les problèmes.

Si ces troubles se trouvent être d'origine physiologique, dans ce cas, je conseille toujours de consulter un médecin.

La communication respectueuse dans un climat rassurant permet de comprendre ce qui se passe et de contribuer à résoudre presque tous les problèmes.

L'UNIVERSITÉ DES PATIENTS ET LA NOTION DE PATIENT EXPERT

Réalisé avec l'aide d'Anne-Pierre Pickaert

L'université des patients

Fondée en 2010 par le Professeur Catherine Tourette-Turgis, intégrée à Sorbonne Université et localisée à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, l'Université des Patients (UDP) a pour objectif de valoriser les savoirs et l'expérience de « patients experts », pris en charges et suivis pour une maladie chronique. Elle propose 3 diplômes universitaires. Le premier, le DU « Patient.e Partenaire et Référent.e en Rétablissement

en Cancérologie » a pour objectif de former à la pair-aidance et à la médiation de santé. Le second, le DU « Formation À L'Éducation Thérapeutique » permet l'enseignement de compétences en auto-soins, auto-surveillance et d'adaptation à la maladie. Enfin, le DU « démocratie en santé, s'outiller pour construire l'expertise en santé » permet la formation en plaidoyer. Certains domaines d'engagement des patients ex-

perts ne sont pas représentés à l'heure actuelle dans l'enseignement. Il s'agit par exemple de la recherche, du développement des médicaments et dispositifs médicaux, mais aussi l'amélioration du parcours de soins.

L'UDP est ouverte aux patients et aux soignants avec un ratio 70/30. Plus de 200 patients ont été diplômés de l'Université des Patients depuis sa création.

« Patients experts », quelle définition :

Il existe plusieurs définitions du « patient expert » sans reconnaissance institutionnelle de son statut en établissement de santé. La définition dépend de l'institution qui la définit.

Un patient expert est :

1. « Un patient qui a acquis de solides connaissances de sa maladie au fil du temps, grâce notamment à l'éducation thérapeutique. Il ne remplace pas le soignant mais il favorise le dialogue entre les équipes médicales et les malades, facilite l'expression » (Haute Autorité de Santé, 2016).

2. Celui qui, atteint d'une maladie chronique, a développé au fil du temps une connaissance fine de sa maladie et a appris à vivre avec. Le Patient Expert est avant tout acteur de sa propre santé mais il peut aussi intervenir en tant que personne ressource pour les autres et notamment en véritable partenaire des soignants (Cercle de réflexion sur la place du patient dans la médecine de demain – 2017 (Pfizer)).

3. « Un patient qui a acquis une expertise ayant donné lieu à une validation, une qualification ou une reconnaissance l'autorisant

à exercer des fonctions, réaliser des missions, délivrer des enseignements, assurer différents rôles dans et hors du système de santé. » (O. Gross, MP. Pomey, K. Vignault et C. Tourette Turgis 2016).

4. Il existe trois catégories de patients experts selon Pr André Grimaldi (professeur émérite de diabétologie au CHU Pitié Salpêtrière) :

- Le patient « expert » de lui-même pour lui-même.
- Le patient « ressource » pour les autres.
- Le patient « expert » pour les autres.

Ainsi, pour l'Université des Patients la définition de patient expert passe par l'obtention d'un diplôme/ une reconnaissance, alors que pour la Haute Autorité de Santé cela passe par les savoirs acquis par l'expérience. La définition de la HAS reflète une typologie plus large de patients qui contribuent de longue date à la définition des soins et bien avant que l'Université des Patients n'ait été créée.

SOUTENIR ET VALORISER CET ENGAGEMENT DÈS L'INTERNAT

Voici quelques pistes

- Les associations de patients : il en existe beaucoup, couvrant de nombreuses localisations ou thématiques et avec des champs d'action différents. Chaque centre possède souvent les informations les concernant mais leur diffusion n'est pas toujours optimale. Être proactif à la recherche de ces informations peut permettre de mieux connaître ces associations pour ensuite mieux en parler aux patients.
- Mieux dialoguer : ces associations sont souvent en demande d'interactions avec les internes : cela peut-être dans les deux sens : intervention d'internes auprès de patients, de l'association ou non ou intervention de l'association auprès des internes.

- Construction d'un projet : Dans un projet de recherche, le regard d'un patient apporte un angle et un point de vue différent sur les problématiques. Solliciter des patients lors de la construction d'une étude, voire intégrer des patients aux équipes de recherche est une piste intéressante et bénéfique aux projets. C'est aussi finalement le moyen de mettre les patients au cœur de la Recherche, dont ils doivent être les premiers bénéficiaires.

- Sylvie, Marc et Anne-Pierre participent ou ont participé, par exemple, à la conception mais aussi au suivi de la réalisation d'une étude sur le parcours patient intitulée « 3P Projet : Perception des acteurs du

parcours de soin des patients atteints de cancer colorectal : une étude par et pour les patients et professionnels ». Ils sont totalement intégrés à l'équipe de recherche aux côtés de soignants et chercheurs.

- Être à l'écoute et suivre le mouvement qui est en cours, s'informer pour apporter de l'aide ou parfois au contraire la recevoir.

La cancérologie (et la médecine d'une manière plus générale) est animée et dynamisée depuis toujours par le compagnonnage. Voir, comprendre et soutenir l'engagement de ces patients n'en est, aujourd'hui, que la continuité logique et l'évolution naturelle.

SOIRÉE DE FORMATION DE L'AERIO

SOIRÉE ONCOLOGIE ET PSYCHIATRIE QUESTION-RÉPONSE



Ce question-réponse fait suite à la soirée de formation de mars 2021

Je suis face à un patient triste en consultation. Quand dois-je penser à un syndrome dépressif caractérisé / une dépression ?

Il faut tout d'abord essayer d'en savoir un peu plus sur l'histoire récente du patient. La temporalité des symptômes dépressifs est importante. Les symptômes dépressifs sont-ils réactionnels à un évènement aigu récent (comme une annonce, un évènement familial ou personnel) ? Dans ce cas les symptômes peuvent être transitoires et normaux, s'intégrant dans un processus normal d'adaptation suite à évènement dépressif difficile. Il faut s'interroger sur un syndrome dépressif caractérisé en cas de persistance des symp-

tômes dépressifs pendant plus de 2 semaines et devant une altération du fonctionnement du patient dans sa vie personnelle, professionnelle ou familiale.

Les symptômes physiques de la dépression comme l'asthénie, l'anorexie, la perte de poids ou même les troubles du sommeil sont à interpréter avec précaution en psycho-oncologie. En effet, ces symptômes peuvent se recouper avec ceux de l'altération de l'état général due à la pathologie oncologique ou à ses traitements (avec la chimiothéra-

pie notamment). Les symptômes les plus spécifiques sont une tristesse de l'humeur associée à des cognitions négatives dépressives, comme une auto-dévalorisation ou une culpabilité, ainsi que la perte des envies et du plaisir au quotidien entraînant un désinvestissement des activités habituelles.

Il faut par ailleurs s'assurer du contrôle de la douleur et ne pas hésiter à adapter ou faire adapter le traitement antalgique avant de réévaluer la thymie du patient.

Je revois mon patient en consultation après 2 semaines et il passe toujours la majeure partie de sa journée au lit, mange peu et rapporte une asthénie importante. Je pense donc au diagnostic d'épisode dépressif majeur, puis-je débuter un antidépresseur sans avis psychiatrique ?

Un avis n'est pas nécessaire si le tableau clinique est évident et la situation simple. En l'absence de facteur de gravité de la dépres-

sion (idées suicidaires, symptomatologie mélancoliforme) et si le patient doit être revu régulièrement par son oncologue, un

traitement antidépresseur peut être prescrit. En cas de doute diagnostique, un avis psychiatrique semble indiqué, pour

confirmer le diagnostic et choisir une prescription adaptée d'antidépresseur. De plus, un avis psychiatrique est nécessaire chez tout patient avec une pathologie

psychiatrique chronique ou devant des antécédents de dépression. Enfin, en cas d'antécédent ou de protocole de traitement limitant la possibilité de choix de

molécules, un avis du psychiatre, en plus de l'avis des autres spécialistes concernés, peut aider.

Quels antidépresseurs prescrire en première intention et pour combien de temps ?

La classe à privilégier est celle des inhibiteurs de recapture de la sérotonine (ISRS) comme l'Escitalopram (SEROPLEX®), la Sertraline (ZOLOFT®) et le Citalopram (SEROPRAM®). Ce dernier peut avoir son utilité car peut être utilisé son forme IV. Il convient de toujours commencer par la dose minimale et d'augmentation jusqu'à la dose minimale efficace. Le traitement doit être pris jusqu'à la disparition des symptômes dépressifs et pendant au moins 6 mois qui suivent pour prévenir de la rechute. En cas de doute sur la pertinence du maintien d'un

traitement antidépresseur sur un plus long cours, un avis psychiatrique est indiqué, comme devant des antécédents multiples de dépression ou d'autres comorbidités psychiatriques.

Certaines situations spécifiques peuvent orienter le choix de la molécule.

Comme dit ci-dessus, chez un patient dont la voie orale/entérale est impossible ou risque de l'être (cancer ORL par exemple), le Citalopram peut être une bonne option car convertible en voie IV.

En cas de douleur neuropathique, l'utilisation d'IRSNA (Duloxetine) peut permettre d'agir sur les plans thymique et antalgique.

Chez les patients en perte de poids, on pourra privilégier des molécules comme la Paroxétine, la Miansérine ou la Mirtazapine qui sont orexigènes.

Au contraire, chez des patients chez qui on veut limiter la prise de poids, on pourra privilégier la Fluoxétine ou la Sertraline.

En cas d'insuffisance rénale, on utilise la Sertraline.

Au fait, y-a-t-il des contre-indications aux antidépresseurs en oncologie ?

Les antidépresseurs peuvent altérer le métabolisme des chimiothérapies en interagissant avec les systèmes cytochromiques (P450, P3A4...). Une interaction classique est celle de

la Paroxétine (DEROXAT®) et de la Fluoxétine (PROZAC®) avec le Tamoxifène, qui sont donc à éviter dans ce cas. Il convient de toujours vérifier les interactions. De plus, si le patient est en cours

de traitement dans un essai clinique, il ne faut pas hésiter à aller chercher l'information dans le protocole de l'essai.

Quelle est la place du psychologue ?

Une évaluation psychologique est pertinente en cas de symptômes anxieux ou dépressifs légers, qui sont fluctuants donc non présents tous les jours, ne rentrant ainsi pas dans le diagnostic de syndrome dépressif caractérisé. De plus, cela peut s'envisager devant tout mal-être

exprimé en lien avec la pathologie oncologique et son traitement. Cela convient parfaitement devant une détresse qui persiste après une annonce de progression, d'arrêt de traitement curatif ou pour accompagner le patient lors d'une prise en charge lourde. À noter que votre

écoute et accompagnement en tant qu'oncologue, d'autant plus en tant que référent, a une importance primordiale pour le patient et ne doit pas être minimisée ou remplacée par une prise en charge psychologique.

Dr Pascal Rouby, psychiatre à l'Institut Gustave Roussy
Timothée Lacombe, interne en psychiatrie
Matthieu Delaye, interne en oncologie



REVUE DE PRESSE

L'équipe de la revue de presse se réunit une fois par mois.

Chaque membre se voit attribuer une revue et y sélectionne un article de son choix, qu'il a trouvé important, original, novateur...

La revue de presse n'a pas vocation à être exhaustive mais plutôt à faire découvrir des articles et à amener discussion et réflexion.

Elle est publiée chaque mois sur le site de l'AERIO.

Bonne découverte !

PARTICIPANTS

Iona Campo Le Brun (Paris)

Julie Chartier (Paris)

Pauline Corbeaux (Lyon)

Matthieu Delaye (Paris)

Juliette Logeart (Paris),

Léah Mailly-Giacchetti (Paris)

Adrien Procureur (Paris)

Adrien Rousseau (Paris),

Arnaud Saillant (Poitiers),

Julien Vibert (Paris)

SÉLECTION DE JULIEN

AI-based pathology predicts origins for cancers of unknown primary

Lu et al., *Nature* 594, 106–110 (2021)



Les cancers de primitif inconnu (carcinoma of unknown primary, CUP) sont des tumeurs métastatiques pour lesquelles le primitif n'est pas identifié malgré des explorations cliniques, radiologiques et pathologiques poussées. Ils sont de par leur nature indéterminée difficiles à traiter car il n'est pas possible de leur appliquer un traitement adapté au tissu d'origine. Classiquement, le pronostic est très mauvais avec des taux médians de survie de moins d'un an. Ces dernières années, beaucoup d'équipes ont tenté d'identifier le primitif à l'aide de la biologie moléculaire, en utilisant notamment le séquençage de l'ADN, de l'ARN ou le profil épigénétique avec dans quelques cas de bons résultats permettant d'orienter le traitement par rapport au type de primitif prédit. Cependant aucune étude n'a à ce jour démontré de bénéfice clinique de ces tests moléculaires et surtout ces derniers sont difficilement accessibles en pratique clinique quotidienne.

Dans cet article, des chercheurs de Boston aux Etats-Unis ont développé un outil de prédiction de la tumeur primitive pour les CUPs basé sur l'analyse par intelligence artificielle de lames standard d'histologie utilisées en routine pour le diagnostic pathologique, en plus de la simple donnée du genre du patient. Ils ont entraîné un algorithme d'apprentissage machine pour

la prédiction du type de cancer et du caractère primitif ou métastatique, composé de réseaux de neurones adaptés à l'analyse d'images, sur plus de 20 000 lames standard histologiques (hématoxyline-éosine) correspondant à des diagnostics de tumeurs primitives ou métastatiques connus, puis ont validé et testé cet outil sur plus de 6000 échantillons (set de validation) et surtout sur un set de données venant de centres extérieurs : plus de 600 échantillons venant de 200 centres différents. Dans les deux cas, l'outil permettait une prédiction correcte dans plus de 80 % des cas et au moins 93 % des trois premières prédictions pour chaque échantillon comprenait le bon diagnostic. Ainsi, ils ont montré que leur outil n'était pas uniquement adapté à l'analyse d'images venant d'un même centre ou d'une même machine mais qu'il pouvait être validement appliqué de façon externe à d'autres centres médicaux, ce qui est un point très important pour tout algorithme d'apprentissage machine. De façon intéressante, l'algorithme utilisé permettait également une certaine interprétabilité en montrant pour chaque lame les endroits où l'algorithme portait son « attention » (c'est le terme technique consacré), endroits qui correspondaient pour la plupart aux localisations des cellules tumorales. Après avoir donc validé la bonne performance de leur outil pour prédire le type de

cancer et sa nature primitive ou métastatique sur des cancers de primitif connu, ils ont testé leur outil sur des lames histologiques de 317 cas de CUPs. Pour 61 % des cas (82 % en considérant les trois premières prédictions), le diagnostic prédit était en accord avec le diagnostic le plus probable selon les critères clinico-radio-pathologiques. Bien que le « vrai » diagnostic ne soit pas disponible par définition pour les CUPs, ces chiffres montrent une tendance certaine de l'algorithme à pointer vers un diagnostic le plus probable.

Cet outil offre donc un moyen d'orienter rapidement vers une tumeur primitive dans le cas des CUPs, en réduisant potentiellement le nombre d'examen complémentaires réalisés à la recherche du primitif. Le gros avantage de cet outil de prédiction du tissu d'origine, notamment par rapport aux précédents utilisant la biologie moléculaire, est sa relative facilité d'usage car il ne requiert que des lames histologiques standards, ce qui pourrait en faire un bon outil d'aide au diagnostic utilisable en pratique dans un futur proche, en complément des critères cliniques, radiologiques et pathologiques standards.

SÉLECTION DE MATTHIEU

Outcomes of patients with solid tumor malignancies treated with first-line immuno-oncology agents who do not meet eligibility criteria for clinical trials

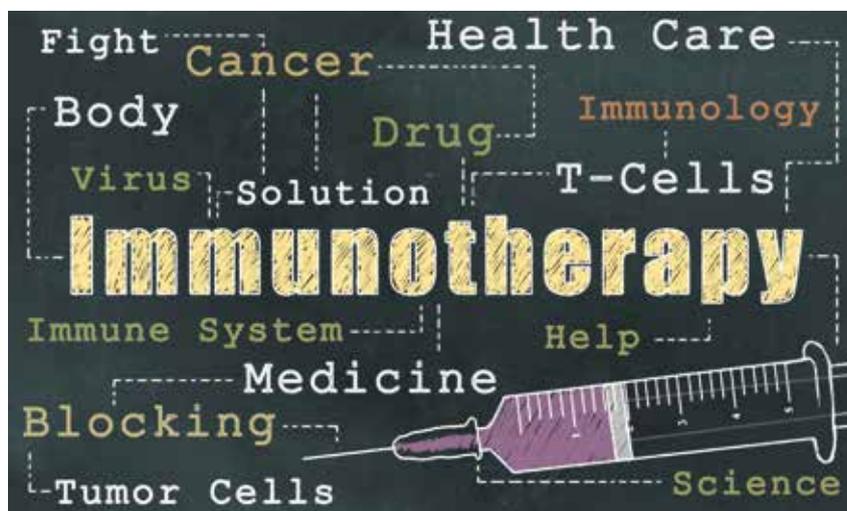
Chun L. Gan et al., *European Journal of Cancer*



Cet essai canadien pose la question de l'efficacité en vraie vie de l'immunothérapie. En effet, les critères de sélection des essais cliniques rendent les populations de ces essais non représentatives de la population en vie réelle, pour laquelle l'efficacité et la tolérance n'est, de fait, pas connue. Plusieurs essais, notamment dans le cancer du rein ou pour d'autres traitements oncologiques que l'immunothérapie, ont montré que les patients de vie réelle avaient des survies qui différaient des données des essais.

Cette étude rassemble les données de patients de plusieurs cohortes prospectives de patients atteints de cancers du rein, du poumon et de mélanome. Dans ces cohortes, les auteurs ont cherché rétrospectivement pour chaque patient si, au moment de l'initiation de l'immunothérapie, il aurait été éligible ou non à un essai clinique (en prenant 7 des critères d'inclusions et d'exclusions les plus classiques : score PS, Karnofsky, insuffisance rénale, cytopénies profondes, métastases cérébrales...). Ils ont ainsi constitué deux groupes de patients : celui des patients éligibles à un essai et celui des patients non éligibles et ont comparés leur survie.

Sur les 1241 patients inclus, 395 (32 %) n'auraient pas été éligibles à un essai. En combinant les 3 localisations de l'étude, la survie globale chez ces patients était de



10.2 mois contre 39.7 mois chez les patients éligibles. Le taux de réponse était différent entre les deux groupes de patients pour le cancer du rein mais pas pour le poumon ou le mélanome.

La différence en survie était retrouvée après ajustement sur les facteurs confondants, confirmant ou au moins renforçant l'idée que cette dernière n'est pas liée uniquement au fait que la population des patients non éligible est en moins bon état général et plus comorbide.

Ainsi, un tiers des patients recevant un traitement par immunothérapie en vraie vie ne correspond pas à la population des essais. Et la survie de ces patients diffère de celle des patients éligibles.

Ces données concordent avec celles d'autres essais. Bien que cela ait peu de valeur, la survie des patients du groupe non éligible aux essais était supérieure aux survies historiques des pa-

tients pour chacun des cancers étudiés, pouvant laisser penser que l'immunothérapie peut apporter un bénéfice chez ces patients, en tout cas une partie d'entre eux.

On peut regretter l'absence de données de toxicité dans cette étude.

Plusieurs conclusions peuvent être tirées de cet essai : il est important de bien mesurer individuellement le rapport bénéfice/risque de ces traitements chez les patients comorbides ou altérés. Il est peut-être également temps de réfléchir aux critères d'inclusions des essais, qui excluent une partie importante des patients de vraie vie et qui sont parfois choisis de manière « historique », automatique et pas toujours justifiée vu le profil de toxicité de la molécule étudiée. La population des insuffisants rénaux ou des patients avec métastase cérébrale en font souvent les frais...

SÉLECTION D'ADRIEN R.**Lutetium-177-PSMA-617 for Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer****Sartor et al., NEJM**

Le PSMA est un antigène transmembranaire, spécifique de la prostate, qui est fortement exprimé sur les cellules cancéreuses prostatiques. Son expression élevée est un facteur indépendant de mauvais pronostic. Le Lutetium-177 est un isotope radioactif émetteur de particules β^- . Le ^{177}Lu -PSMA-617 est une radiothérapie métabolique qui délivre les radiations ionisantes directement dans les cellules PSMA positives et leur microenvironnement.

VISION est une phase 3 randomisée multicentrique ouverte. L'essai a été conçu, interprété et analysé par le sponsor Novartis. La population source était les hommes avec un cancer de prostate résistant à la castration, avec au moins une métastase PSMA positive et qui progressaient après au moins une hormonothérapie de seconde génération et une chimiothérapie par taxane. Les patients ont été randomisés 2 pour 1 entre ^{177}Lu -PSMA-617 + soins standards versus soins standards seuls. Le ^{177}Lu -PSMA-617 était administré à la dose de 7.4GBq toutes les 6 semaines pour 4 cycles, avec possibilité à la discrétion du clinicien de poursuivre 2 cycles supplémentaires. La réponse était évaluée par IRM ou TDM, plus scintigraphie au $\text{Tc}99\text{m}$. Les critères de jugement principaux étaient la PFS et l'OS ; l'analyse statistique a été réalisé

en ITT. Les analyses principales étaient univariées au risque 2.5 %, avec un log-rank stratifié sur les facteurs de randomisation.

Un nombre important (56 % !!) de retrait de consentement a été observé dans certains centres dans le groupe contrôle, pour cause de mécontentement, entraînant un amendement dans le protocole pour repousser la date de début d'analyse et ajouter des mesures éducationnelles.

831 patients furent randomisés, sans différence majeure entre les groupes sauf le retrait de consentement. Le patient type était un homme de 70 ans, OMS 0-1, avec des métastases osseuses et lymphatiques, majoritairement sans prostatectomie préalable et traité par Docétaxel et une hormonothé-

rapie de seconde génération. La PFS médiane était augmentée significativement de 5.2 mois et l'OS médiane de 4 mois. Les courbes ne se croisaient pas. L'incidence d'évènements de grade 3 était significativement plus élevée dans le groupe ^{177}Lu -PSMA-617 avec 52.7 %, les plus fréquents étant la fatigue, la sécheresse buccale, la nausée et l'anémie.

Le ^{177}Lu -PSMA-617 a démontré un bénéfice en survie globale dans une population aux rares ressources thérapeutiques. On notera toutefois un taux de retrait de consentement préoccupant et il faudra vérifier le bénéfice en données de vie réelle. Quid également de l'accessibilité à la radiothérapie métabolique et au TEP PSMA en France ?



SÉLECTION DE PAULINE

Sacituzumab Govitecan in metastatic triple-negative breast cancer – Étude ASCENT Bardia et al., NEJM



Introduction

Le sacituzumab govitecan est un anticorps conjugué composé d'un anticorps monoclonal humanisé de type IgG1 antiTrop-2, couplé au SN-38 (métabolite actif de l'irinotécan) par un linker hydrolysable. Trop-2 (de son vrai nom TACSTD2 pour Tumor-associated calcium signal transducer 2) est une protéine transmembranaire exprimée dans de nombreux types tumoraux, dont les cancers du sein (> 90 % d'entre eux).

Le sacituzumab govitecan a d'abord été évalué dans l'essai basket de phase 1-2 IMMU-132-01, qui comportait une importante cohorte de patientes avec un cancer du sein triple négatif (108). Les résultats prometteurs ont conduit à l'obtention d'une autorisation de mise sur le marché américain accélérée en avril 2020.

Méthodes

Cet essai randomisé de phase 3 comparait le sacituzumab govitecan (10 mg/kg en IV à J1 et J8 de cycles de 21 jours) à la monochimiothérapie au choix de l'investigateur (eribuline, vinorelbine, capécitabine ou gemcitabine) chez des patients atteints d'un cancer du sein triple-négatif de stade avancé (localement avancé non résécable ou métastatique) en rechute ou réfractaire malgré au moins deux lignes antérieures de chimiothérapies. Les patients devaient avoir reçu au moins une ligne ayant comporté un taxane, que ce soit dans le cadre de la ma-

ladie métastatique ou localisée. Les patients ayant des métastases cérébrales pouvaient être inclus. Cependant, le critère de jugement principal de l'étude était la survie sans progression évaluée parmi les patients sans métastase cérébrale à l'inclusion.

Résultats

Au total 529 patients ont été inclus entre Novembre 2017 et Septembre 2019 dans 88 centres, selon un ratio 1/1, dont 61 patients avec des métastases cérébrales. L'âge médian était de 54 ans. Environ 30 % des patients avaient une tumeur secondairement triple-négative.

L'analyse du critère de jugement principal a été réalisée avant l'accomplissement de l'ensemble des inclusions prévues au protocole, après un

suivi médian de 17.7 mois, en raison du bénéfice marqué sur le critère de jugement principal du traitement expérimental : la PFS médiane était de 5.6 mois contre 1.7 mois dans le groupe contrôle (HR 0.43, IC95 % 0.32-0.52). Un bénéfice en termes de survie globale était également retrouvé : la médiane d'OS était de 12.1 mois dans le groupe sacituzumab govitecan contre 6.7 mois dans le groupe monochimiothérapie (HR 0.48, IC95 % 0.38 - 0.59).

Le bénéfice en termes de PFS et d'OS était retrouvé dans tous les sous-groupes prédéfinis : patients âgés de plus de 65 ans, prétraités par anti-PD(L)1, dont la tumeur était secondairement triple-négative, avec métastases hépatiques.



Le taux de réponse objective était de 35 % dans le groupe sacituzumab govitecan contre 5 % sous chimiothérapie, la médiane de durée de réponse de 6.3 mois contre 3.6 mois et la médiane de délai de réponse de 1.5 mois dans les deux groupes.

Dans l'ensemble de la population incluse, la PFS médiane atteignait 4.8 mois contre 1.7 mois sous monochimiothérapie (HR 0.43, IC95% 0.35 – 0.54) et la médiane de survie globale était respectivement de 11.8 et 6.9 mois (HR 0.51, IC95% 0.41 – 0.62).

Sur le plan de la tolérance, les effets indésirables les plus fréquemment rencontrés sous sacituzumab govitecan était la neutropénie (63 % contre 43 % dans le groupe contrôle), les diarrhées (59 % contre 12 %), les nausées (57 % contre 26 %), l'alopécie (46 % contre 16 %), l'asthénie (45 % contre 30 %) et l'anémie (34 % contre 24 %). Les effets indésirables de grade ≥ 3

les plus fréquents étaient la neutropénie (51 %), les diarrhées (10 %), la leucopénie (10 %), la neutropénie fébrile (6 %) et l'anémie (8 %). La neutropénie avait été facilement contrôlée par la diminution de doses du traitement, son report ou le recours aux G-CSF (utilisé chez 49 % des patientes). La survenue d'événements indésirables a rarement conduit à l'arrêt du traitement (5 %, comme dans le groupe chimiothérapie) et aucun décès rapporté au traitement n'a été rapporté dans le groupe sacituzumab govitecan.

Discussion

L'essai ASCENT a permis de confirmer l'efficacité du sacituzumab govitecan dans le cancer du sein triple-négatif avancé réfractaire aux autres traitements, avec un bénéfice net en termes de survie sans progression et de survie globale. Cet anticorps conjugué « first-in-class » semble cependant plus toxique que la monochimiothérapie du groupe contrôle, notamment sur le plan digestif et hématologique, ce qui pourrait s'expliquer par un effet « bystander », du fait de la perméabilité des membranes cellulaires au SN-38 libéré de l'anticorps. En revanche, ces toxicités semblent aisément contrôlables, notamment grâce au recours aux G-CSF et potentiellement aux anti-diarrhéiques prescrits de manière prophylactique ou préemptive. Il conviendra également d'être prudent quant aux interactions médicamenteuses en cas de polymorphisme UG-T1A1.

Suite aux résultats de l'essai de phase II IMMU-132-01, le sacituzumab govitecan avait obtenu en avril 2020 l'approbation accélérée de la FDA pour le traitement des cancers du sein triple négatif métastatique en récurrence et l'ATU nominative a été obtenue fin 2020 en France suite à la communication à l'ESMO des résultats de l'essai de phase III (Bardia A et al., abstr. LBA17). Cependant, nous sommes actuellement confrontés à des tensions d'approvisionnement qui ne permettent plus les néo-prescriptions.

En revanche, d'autres études évaluent cet anticorps conjugué dans les cancers du sein triple négatifs en situation néoadjuvante (NeoSTAR), adjuvante (GBG102-SASCIA) mais aussi dans les cancers du sein RH+/HER2- métastatiques en rechute (TROPiCS-02) et en combinaison avec l'immunothérapie ou les inhibiteurs de PARP.



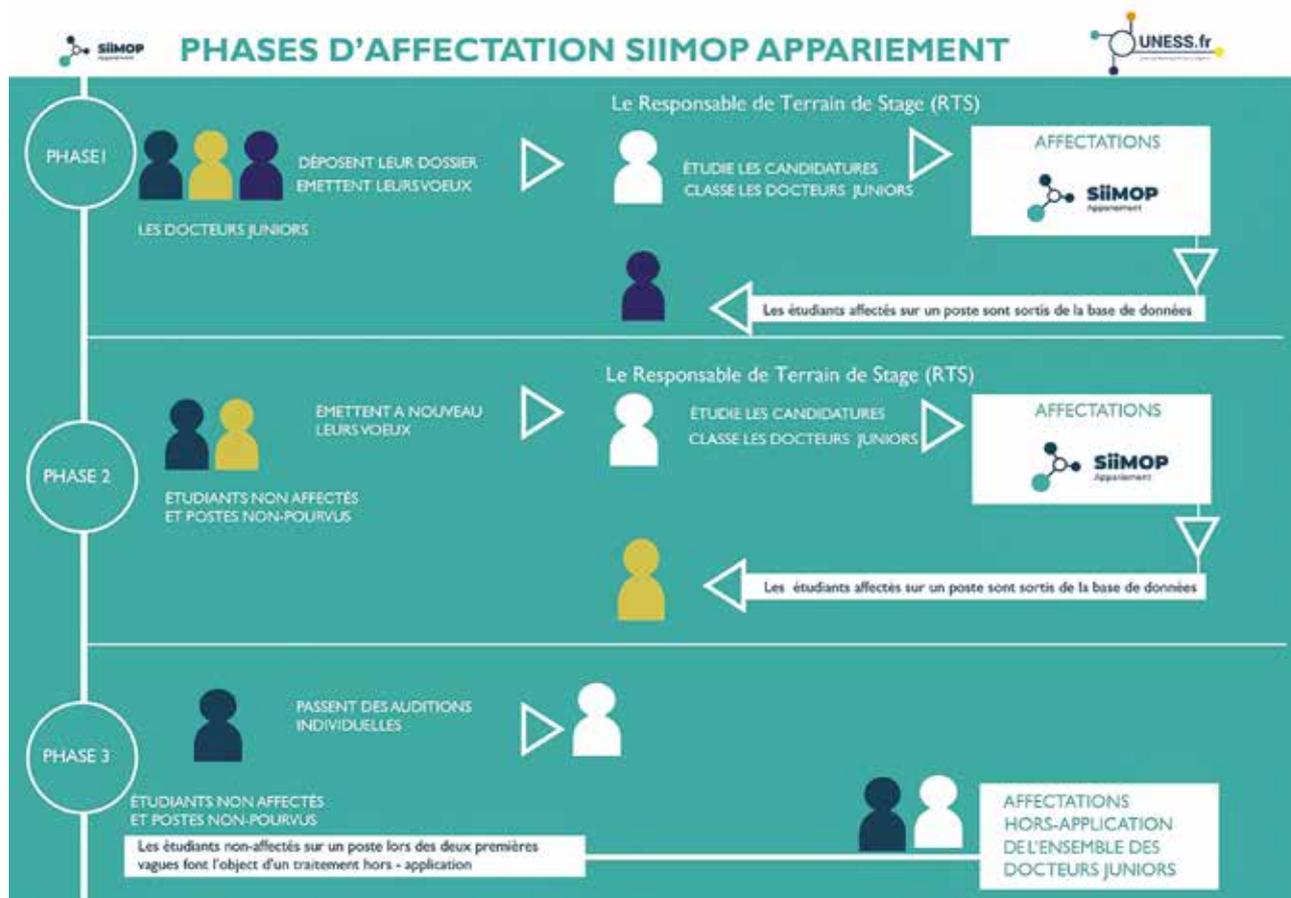
D^r JUNIOR

Depuis la réforme du 3^{ème} cycle instaurée en 2017, l'internat est divisé en 3 phases : socle, approfondissement et consolidation. Pour entrer en phase de consolidation, correspondant à la 5^{ème} et dernière année du 3^{ème} cycle, vous devez avoir soutenu votre thèse d'exercice et obtenu le titre de Docteur en médecine avant la fin de votre phase 2. Votre statut change alors pour celui de Docteur Junior (DJ), mais en quoi cela consiste-t-il exactement ? Afin de guider les futurs DJ et leurs maîtres de stage, le CNEC (Collège National des Enseignants en Cancérologie) et l'AERIO ont rédigé ensemble un guide, publié dans le Bulletin du Cancer. Vous trouverez ici les points clés.



Procédure de choix de stage

Contrairement aux répartitions précédentes, celle des DJ s'effectue sur une plateforme dédiée : SiimOP Appariement. Vous devez y déposer votre candidature : CV, lettre de motivation, contrat de formation ; puis faire vos vœux sous forme de cœurs (0 à 5) attribués aux terrains de stage agréés pour la phase 3. Les responsables de terrains de stage (RTS) évaluent les dossiers et émettent également des vœux. La procédure en 3 tours est détaillée dans le schéma ci-dessous :



Activités du Docteur Junior en oncologie médicale

La maquette du DES d'oncologie définit les compétences spécifiques à acquérir. Elles sont d'ordre clinique, technique et comportementale. L'objectif principal étant une autonomisation progressive par le biais de mises en situation. Cette montée en charge des responsabilités devra être établie à l'avance avec votre RTS. Un entretien individuel est prévu au début de la phase 3 avec le coordonnateur local du DES et le RTS du stage choisi. Vous trouverez ci-dessous les principales activités prévues du DJ en oncologie médicale :

MISSIONS DU DOCTEUR JUNIOR	DESCRIPTIF (SOUS LA SUPERVISION DU SENIOR)
REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE	Présentation de dossiers, animation de la réunion
CONSULTATIONS	Consultation d'annonce, de suivi, de recours. Observateur puis acteur
HOPITAL DE JOUR	Gestion des prescriptions et adaptation posologique des antitumoraux Participation à l'activité de soins de support
HOSPITALISATION COMPLETE	Gestion des complications sévères Activité de visite en salle
RECHERCHE CLINIQUE	Investigateur pour un projet Participation à l'activité de recherche clinique (formulation de projet, suivi des patients, etc.)
ENSEIGNEMENT	Si souhait Enseignement pratique et théorique des étudiants de second cycle ou autre (IFSI, ...) Hospitalier et universitaire
DEMARCHE QUALITE	Participation aux CREX, RMM, etc.
ASTREINTES ET GARDES	Si souhait Présence sénior obligatoire si période diurne



Les Docteurs Juniors n'ont pas vocation ni à encadrer les autres étudiants de 3^{ème} cycle ni à passer la majorité de leur temps en service d'hospitalisation complète.

En tant qu'encadrant d'un Docteur Junior, il faut veiller à :

- l'identification d'un senior mobilisable pour aider le DJ dans ses activités en autonomie;
- garantir l'accès à la recherche et au temps de formation personnelle;
- garantir une formation théorique spécifique avant chaque mise en autonomie;
- ne pas rendre obligatoires les gardes.

Rémunération

Les émoluments forfaitaires bruts annuels prévus pour les docteurs juniors au 1° de l'article R. 6153-1-7 sont fixés à 27 125 €.

Les DJ perçoivent également une prime d'autonomie supervisée mensuellement dont le total brut annuel est de 5 000 €.

Les salaires des gardes et astreintes sont identiques aux phases précédentes.

Le temps de travail réglementaire est régi par le même texte que pour les internes.

Référence du guide complet

Rousseau A, Ashton E, Naoun N, Cren P-Y, Gligorov J, Negrier S, et al. Guide sur le rôle du « Docteur Junior » en oncologie médicale. Bulletin du Cancer. Mars 2021; S0007455121000692.

TUMEURS RARES



CANCERS DES VOIES BILIAIRES

Introduction

Les cancers des voies biliaires sont des maladies orphelines en France, avec des taux d'incidence de 1,3 cas/100 000 habitants par an (moins de 2000 cas par an). Ils représentent moins de 1 % de l'ensemble des cancers, environ 2 % des cancers digestifs et 10-15 % des cancers primitifs du foie (après les carcinomes hépatocellulaires).

Ces tumeurs sont hétérogènes, avec tous stades confondus, (i) les tumeurs de la vésicule biliaire (65 %), (ii) les cholangiocarcinomes (CCA) (35 %) intra (15 %) ou extra (25 %) hépatiques (dont les tumeurs périhilaires de Klatskin (60 % des CCA extrahépatiques) et les distaux), (iii) et les ampulomes vateriens (Figure 1). Seuls un tiers des cas sont résécables au diagnostic et la survie à 5 ans tous stades confondus ne dépasse pas 5 à 15 %.

Stades résécables, traitements adjuvants et néoadjuvants

Il n'existe pas de place pour les chimiothérapies néoadjuvantes dans les cancers des voies biliaires. Aucun essai randomisé n'est disponible et il n'existe pas de standard, l'ictère et l'altération de l'état général rendant les essais difficiles.

Le traitement adjuvant des cancers des voies biliaires a récemment été l'objet de plusieurs es-

sais randomisés de phase III. En 2018, l'essai BCAT (Gemcitabine 6 mois vs placebo) était négatif, ainsi que l'essai PRODIGE 12 (Gemox 12 cycles vs placebo) en 2019. En 2019 également, l'essai anglais BILCAP a comparé la capécitabine à un placebo chez 447 patients, le bénéfice de survie globale (critère de jugement principal) n'a pas atteint la signification statistique en analyse

primaire (médiane : 51,1 vs. 36,4 mois ; HR : 0,81 ; p=0,097) et les résultats étaient significatifs seulement si ajustement sur des facteurs pronostiques (et des résultats meilleurs que prévus dans le bras contrôle) avec un bénéfice seulement dans les 24 mois après la chirurgie (1). Ainsi, on peut proposer la capécitabine comme une « option standard » en adjuvant.

Stades localement avancés, traitements locorégionaux

Pour les cancers des voies biliaires, une radiochimiothérapie (par exemple à base de 5-FU cisplatine) peut apporter un bénéfice chez des patients sélectionnés,

avec plus de chirurgie R0 et parfois des réponses histologiques complètes, mais il s'agissait d'essais non randomisés ou avec de petits effectifs. La radiothérapie

stéréotaxique, voire la protonthérapie, offre aussi des perspectives de bon contrôle local avec une tolérance acceptable mais au prix de récurrences à distance.

Enfin, la radioembolisation (SIRT) permet l'administration de radiothérapie localement associée à une embolisation (avec des billes de verre ou de résine) et offre des taux de réponse intéressants, avec des possibilités de résection secondaire. Un essai randomisé, SIRCCA, en première ligne est en cours (Cisplatine Gemcitabine vs radioembolisation puis Cisplatine Gemcitabine).

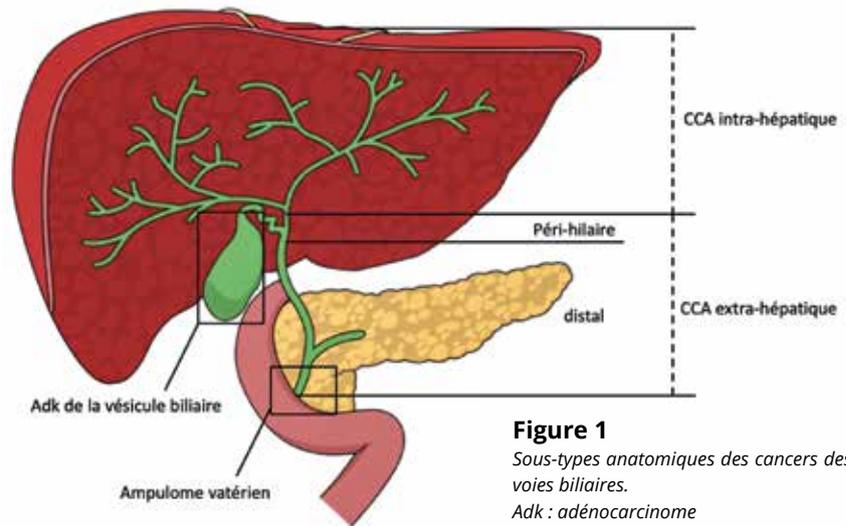


Figure 1

Sous-types anatomiques des cancers des voies biliaires.

Adk : adénocarcinome

CCA : cholangiocarcinome

(modèle de *Mind the Graph*®)

Stades métastatiques, traitements palliatifs

L'essai de phase III anglais ABC-02 a montré la supériorité de l'association cisplatine-gemcitabine (CISGEM) pendant 24 semaines sur la gemcitabine seule. En tout, 410 patients ont été randomisés (score OMS 0-1 : 88 % et bilirubinémie totale < 1,5 N) avec une survie globale : 11,7 vs. 8,1 mois ; HR : 0,64 ; IC : 0,52-0,80 ; $p < 0,001$). Ces résultats étaient

indépendants de la localisation du cancer biliaire (2). Dans cet essai, le cisplatine s'administre à la dose de 25mg/m² J1, J8, J1 = J21 sans hyperhydratation. Le schéma GEMOX est une option raisonnable, validée par une phase II internationale (3). L'étude de phase IIR AMEBICA comparant FOLFIRINOX vs CISGEM en première ligne, rappor-

tée en 2020, est négative et le schéma CISGEM reste le standard en première ligne. Enfin, une deuxième ligne a été proposée à l'ASCO 2019 en montrant la supériorité du FOLFOX après CISGEM (essais ABC-06) avec une amélioration de la survie globale. Cela ne résout pas la question de la 2^{ème} ligne après GEMOX en première ligne (4).

Perspectives

Thérapies ciblées

Les essais étudiant l'association agent ciblé (type anti-angiogéniques ou anti-EGFR) à une chimiothérapie ont tous été négatifs pour les tumeurs des voies biliaires. Néanmoins, ces tumeurs présentent beaucoup d'anomalies moléculaires tumorales actionnables avec une forte hétérogénéité moléculaire (IDH1/2, BRAF, FGFR2, NTRK, HER2, MSI, ...). Ces anomalies moléculaires dépendent en partie du type histologique (HER2 et vésicule biliaire, FGFR2/IDH et CCA intrahépatiques). L'essai MOSCATO a révélé que deux tiers des CCA présentaient une cible actionnable (5).

IDH1 peut être muté dans 10 à 20 % des CCA intra-hépatiques,

ce qui aboutit notamment à la production de 2-hydroxyglutarate, très spécifique. Le développement d'inhibiteurs d'IDH comme l'ivosidénib améliore la survie sans progression des patients présentant une mutation d'IDH. Le taux médian de survie sans progression à 6 et 12 mois était de 32 % et 22 % respectivement avec l'ivosidénib, contre 0 % et 0 % dans le groupe placebo. L'amélioration en survie globale était également significative après ajustement sur le cross-over.

Les anomalies concernant FGFR, principalement FGFR2, représentent 10 à 20 % des tumeurs des voies biliaires. Elles semblent être associées à un pronostic

plus favorable (et sont exceptionnellement associées à une mutation d'IDH). Plusieurs inhibiteurs de FGFR2 ont été développés tels que le TAS120, avec des résultats prometteurs. Des essais de phase III sont en cours pour valider ces inhibiteurs.

Enfin, un essai de phase I/II a évalué le larotrectinib, un inhibiteur sélectif de NTRK, chez des patients atteints de 17 types de tumeurs différents avec fusion NTRK, avec 75 % de réponse (dont l'un des deux patients atteints de CCA). Le larotrectinib peut être une option dans les tumeurs des voies biliaires avec fusion NTRK.

Immunothérapies

Le nivolumab, le pembrolizumab ou le durvalumab ont été testés dans des études de phase I ou II. Un signal d'efficacité a été observé notamment avec le nivolumab avec 19 % de réponses partielles, parfois prolongées, chez des patients mutlitraités, en monothérapie. Le pembro-

lizumab a également été testé dans un essai de phase II comprenant 61 patients avec un score PDL1 de plus de 1, le taux de réponse global était de 6,6 %, avec une PFS médiane de 2 mois et un profil de toxicité favorable. Notons que 2 cas de réponse complète ont été rapportés en

2^{ème} ligne après pembrolizumab seul. Plusieurs essais de phase II ou III sont en cours dans les cancers des voies biliaires, dont l'essai de phase III IMMUNOBIL (PRODIGE 57) qui évalue durvalumab-tremelimumab en 2^{ème} ligne après une première ligne à base de platine.

Conclusion

Les tumeurs des voies biliaires sont des tumeurs dont l'arsenal thérapeutique a largement évolué dans les dernières années. En plus des modifications de standard, notamment sur le plan métastatique avec le CISGEM dans les cancers des voies biliaires, les thérapies ciblées deviennent une part importante du traitement des cancers des voies biliaires, l'un des cancers avec le plus d'anomalies actionnables. L'immunothérapie offre également des perspectives potentielles pour les cancers des voies biliaires. Le pronostic sombre de ce type de cancer doit inciter à proposer les essais thérapeutiques à tous les patients éligibles.

Références

1. Primrose JN, Fox RP, Palmer DH, Malik HZ, Prasad R, Mirza D, et al. Capecitabine compared with observation in resected biliary tract cancer (BILCAP): a randomised, controlled, multicentre, phase 3 study. *Lancet Oncol.* mai 2019;20(5):663-73.
2. Valle J, Wasan H, Palmer DH, Cunningham D, Anthony A, Maraveyas A, et al. Cisplatin plus gemcitabine versus gemcitabine for biliary tract cancer. *N Engl J Med.* 8 avr 2010;362(14):1273-81.
3. André T, Reyes-Vidal JM, Fartoux L, Ross P, Leslie M, Rosmorduc O, et al. Gemcitabine and oxaliplatin in advanced biliary tract carcinoma: a phase II study. *Br J Cancer.* 16 sept 2008;99(6):862-7.
4. Lamarca A, Palmer DH, Wasan HS, Ross PJ, Ma YT, Arora A, et al. ABC-06 | A randomised phase III, multi-centre, open-label study of active symptom control (ASC) alone or ASC with oxaliplatin / 5-FU chemotherapy (ASC+mFOLFOX) for patients (pts) with locally advanced / metastatic biliary tract cancers (ABC) previously-treated with cisplatin/gemcitabine (CisGem) chemotherapy. *JCO.* 20 mai 2019;37(15_suppl):4003-4003.
5. Verlingue L, Malka D, Allorant A, Massard C, Féré C, Lacroix L, et al. Precision medicine for patients with advanced biliary tract cancers: An effective strategy within the prospective MOSCATO-01 trial. *Eur J Cancer.* 2017;87:122-30.

Alice Boilève

CARCINOMES ADÉNOÏDES KYSTIQUES DE LA SPHÈRE ORL

Les carcinomes adénoïdes kystiques (ACC) correspondent à un sous-type rare de tumeurs malignes aux localisations variées dont celle des glandes salivaires. Les récentes analyses moléculaires offrent de nouveaux axes potentiels à l'arsenal thérapeutique actuel, limité par l'indolence et le potentiel de récurrence de ces tumeurs.

Epidémiologie

Correspondant à 1 % des tumeurs de la tête et du cou et 10 % des tumeurs des glandes salivaires, les carcinomes adénoïdes kystiques surviennent à

tout âge mais concernent essentiellement les 5^e et 6^e décades de la vie et plus fréquemment les femmes (sex-ratio à 6/4). Néanmoins, les caractéristiques

démographiques sont variables selon la localisation de la tumeur [1]. Du fait de leur faible prévalence, les facteurs de risque ne sont pas clairement identifiés.

Diagnostic

Topographie

Les carcinomes adénoïdes kystiques se développent essentiellement aux dépens des glandes salivaires accessoires mais sont également décrits au niveau des glandes salivaires principales, des sinus paranasaux, de la langue, du palais, du nasopharynx, du canal auditif externe et d'autres localisations plus rares [2].

Histologie

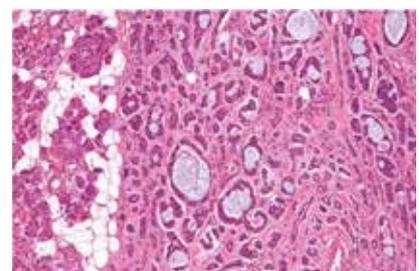
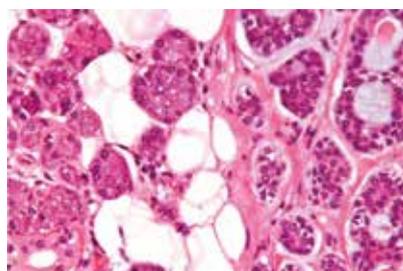
On identifie 3 sous-types d'ACC, caractérisés par leur architecture et classés en tumeur de grade intermédiaire ou haut [3] : le sous-type cribriforme, le plus fréquent, avec des îlots de cellules basaloïdes et des espaces kystiques, le sous-type solide (aspect de lamelles solides, agrégats de cellules basaloïdes) de plus mauvais pronostic et celui tubuleux (cellules arrangées en nid au sein d'un stroma éosinophile et hyalin) [4]. L'architecture solide et le nombre élevé de mitoses sont considérés comme des facteurs histologiques de mauvais pronostic [5]. L'invasion s'effectue par voie périneuronale et peu par voie lymphatique.

Génétique

Récemment, l'analyse chromosomique de ces tumeurs a permis de révéler la présence d'une translocation chromosomique 6q/9p juxtaposant les gènes MYB et le facteur nucléaire NFIB dans 86 % des tumeurs. D'autres translocations de MYB ont pu être retrouvées, suggérant un rôle central de la dérégulation de MYB dans les carcinomes adénoïdes kystiques [6]. Plus récemment, se sont ajoutées à ces schémas génétiques tumoraux, des altérations de NOTCH1, du promoteur TERT, de NOTCH1fs, BCOR, KDM6A et ARID1A [7]. Quant au microenvironnement immunogène des ACC des glandes salivaires, il s'est révélé pauvre en CD8+TILs, exprimant peu PD-L1 mais potentiellement riche en PD-L2 et HLA-G, source possible d'échappement tumoral [8].

Diagnostic positif et évolution

Révéls devant une masse, le plus souvent de la tête et du cou, une douleur ou une paralysie, la croissance des carcinomes adénoïdes kystiques initialement lente se poursuit par une invasion périneuronale puis une phase d'extension rapide hémotogène (40 % de stades métastatiques) pulmonaire, hépatique et osseuse. L'évolution est variable mais le pronostic fréquemment défavorable avec un taux de survie à 5 ans estimé à 89 % mais un taux à 15 ans estimé à 40 % (données actualisées de janvier 2021).



Prise en charge actuelle

Les essais cliniques demeurant peu nombreux ou négatifs du fait de l'indolence des tumeurs, l'arsenal thérapeutique à l'encontre des carcinomes adénoïdes reste limité.

Les formes localisées

La résection chirurgicale apparaît comme un standard avec néanmoins 30 à 75 % de récurrences

locales. Une irradiation de 60Gy du lit post-opératoire semble réduire les récurrences locales avec un effet demeurant discuté sur la survie globale (études rétrospectives) [9] [10]. Devant la radiorésistance des ACC, l'alternative par Hadronthérapie, avec notamment la radiothérapie par ion carbone, offre des premiers résultats encourageants [11].

Place de la chimiothérapie

La cinétique lente de ces carcinomes explique le faible taux de réponse aux chimiothérapies, qui ne constituent pas un standard et sont réservées aux stades avancés avec métastases symptomatiques [12] [13].

Perspectives

Thérapies ciblées

Actuellement, aucune molécule n'a démontré une efficacité suffisante pour devenir un standard dans la prise en charge des ACC. Devant la difficulté à cibler spécifiquement MYB, les recherches se penchent plutôt sur des cibles en aval de cette voie de signalisation. L'Imatinib (inhibiteur de c-kit) n'a à ce jour pas démontré d'efficacité significative, fait confirmé par des

études récentes qui ont souligné la présence d'un phénotype c-kit sauvage dans les tumeurs ACC. Cibler la voie EGFR avec le Gefitinib ou le Cetuximab s'est également soldé par un échec. Devant la surexpression du facteur de croissance FGFR dans les ACC surexprimant MYB, l'utilisation du Dovitinib dans un essai de phase II encourage de futures explorations d'un blocage sélectif de FGFR [14].

Par ailleurs, suite à un essai de phase II, le Vorinostat, inhibiteur d'histone desacetylase, pourrait permettre l'obtention d'une stabilisation oncologique [15].

Des résultats prometteurs ont été apportés par une étude de phase II s'intéressant au blocage de la voie VEGF avec l'Axitinib [16] et par l'essai français de phase II PACSA avec le Pazopanib dans les formes récurrentes ou métastatiques [17].

Enregistrement	Phase	Traitement testé	Conditions
NCT04214366	II	Irradiation par ion carbone vs irradiation bimodale	ACC de stade pT3/T4 opérables ou inopérables
NCT04209660	II	Levatinib + Pembrolizumab	ACC récidivants ou métastatiques
NCT03990571	II	Axitinib + Avelumab	ACC récidivants ou métastatiques

Exemples d'essais en cours en France dans les carcinomes adénoïdes kystiques au 05/07/2021

Ainsi, compte-tenu de la résistance de ces tumeurs aux traitements classiques et de leur rareté, une prise en charge standardisée est difficile à instaurer. En pratique, une chirurgie suivie d'une radiothérapie sont réali-

sées dans les formes localisées. La prise en charge des formes évoluées est discutée de façon pluridisciplinaire et en RCP moléculaire, avec l'inclusion des patients dans des essais thérapeutiques. Elle tend à être uni-

formisée via la création de registres et de réseaux nationaux tels que le REFCOR (Réseau d'Expertise Français sur les Cancers ORL Rares – <https://refcor.org>).

Références

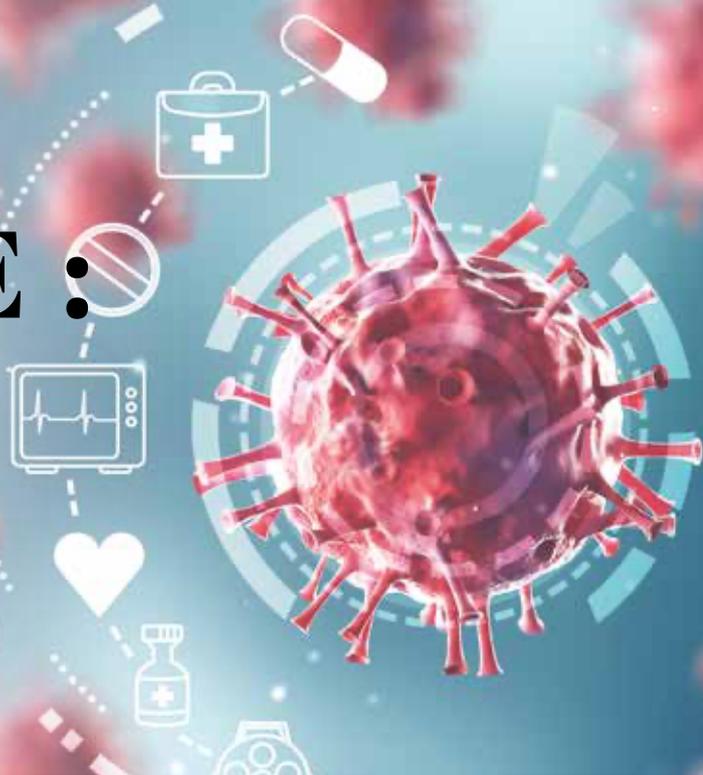
1. Li N, Xu L, Zhao H, El-Naggar A, Sturgis E. A comparison of the demographics, clinical features, and survival of patients with adenoid cystic carcinoma of major and minor salivary glands versus less common sites within the Surveillance, Epidemiology, and End Results registry. *Cancer*. 2012 Aug 15;118(16):3945-53.
2. Papaspyrou G, Hoch S, Rinaldo A, Rodrigo J, Takes R, Van Herpen C, et al. Chemotherapy and targeted therapy in adenoid cystic carcinoma of the head and neck: a review. *Head Neck*. 2011 Jun;33(6):905-11.
3. Seethala RR, Stenman G. Update from the 4th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours: Tumors of the Salivary Gland. *Head Neck Pathol*. 2017 Mar;11(1):55-67. doi: 10.1007/s12105-017-0795-0.
4. Azumi N, Battifora H. The cellular composition of adenoid cystic carcinoma. An immunohistochemical study. *Cancer*. 1987 Oct 1 ;60(7) :1589-98.
5. Xu B, Drill E, Ho A, Ho A, Dunn L, Prieto-Granada C et al. Predictors of Outcome in Adenoid Cystic Carcinoma of Salivary Glands: A Clinicopathologic Study With Correlation Between MYB Fusion and Protein Expression. *Am J Surg Pathol*. 2017 Oct; 41(10):1422-1432.
6. Persson M, Andrén Y, Moskaluk C, Frierson H, Cooke S, Futreal P et al. Clinically significant copy number alterations and complex rearrangements of MYB and NFIB in head and neck adenoid cystic carcinoma. *Genes Chromosomes Cancer*. 2012 Aug;51(8):805-17.
7. Ho A S, Ochoa A, Jayakumaran G, Zehir A, Mayor V, Tepe J. Genetic hallmarks of recurrent/metastatic adenoid cystic carcinoma. *J Clin Invest*. 2019 Oct 1;129(10):4276-4289.
8. Mosconi C, Almeida de Arruda J, Rodrigues de Farias A et al. Immune microenvironment and evasion mechanisms in adenoid cystic carcinomas of salivary glands. *Oral Oncol*. 2019 Jan ;88 :95-101.
9. Chen A, Bucci M, Weinberg V, Garcia J, Quivey J, Schechter N et al. Adenoid cystic carcinoma of the head and neck treated by surgery with or without postoperative radiation therapy: prognostic features of recurrence. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2006 Sep 1;66(1):152-9.
10. Lee A, Givi B, Osborn VW, Schwartz D, Schreiber D. Patterns of care and survival of adjuvant radiation for major salivary adenoid cystic carcinoma. *Laryngoscope*. 2017 Sep;127(9):2057-2062. doi: 10.1002/lary.26516.
11. Takagi M, Demizu Y, Hashimoto N, Mima M, Terashima K, Fujii O, Jin D, Niwa Y, Morimoto K, Akagi T, Daimon T, Sasaki R, Hishikawa Y, Abe M, Murakami M, Fuwa N. Treatment outcomes of particle radiotherapy using protons or carbon ions as a single-modality therapy for adenoid cystic carcinoma of the head and neck. *Radiother Oncol*. 2014 Dec;113(3):364-70. doi: 10.1016/j.radonc.2014.11.031.
12. Cerda T, Sun X, Vignot S, Marcy, P-y, Baujat B, Baglin A-C et al, A rationale for chemoradiation (vs radiotherapy) in salivary gland cancers? On behalf of the REFCOR (French rare head and neck cancer network). *Crit Rev Oncol Hématol*. 2014 Aug;91(2):142-58.
13. Chefiri F, Rambeau A, Johnson A, Florescu C, Gery B, Babun E et al. Systemic treatments of metastatic or locally recurrent adenoid cystic carcinoma of the head and neck, a systematic review. *Bull Cancer*. 2019 Oct;106(10):923-938.
14. Dillon P, Petroni G, Horton B, Moskaluk C, Fracasso P, Douvas M et al. A Phase II Study of Dovitinib in Patients with Recurrent or Metastatic Adenoid Cystic Carcinoma. *Clin Cancer Res*. 2017 Aug 1;23(15):4138-4145.
15. Goncalves P, Heilbrun L, Barrett M, Kummar S, Hansen A, Siu L et al. A phase 2 study of vorinostat in locally advanced, recurrent, or metastatic adenoid cystic carcinoma. *Oncotarget*. 2017 May 16;8(20):32918-32929.
16. Keam B, Kang E, Ahn M, Ock C, Lee K, Kwon J et al. Randomized phase II study of axitinib versus observation in patients with recurrent or metastatic adenoid cystic carcinoma. *JCO 2020 ASCO A6503*.
17. Guigay J, Fayette J, Even C, Cupissol D, Rolland F, Peyrade F et al. PACSA: Phase II study of pazopanib in patients with progressive recurrent or metastatic (R/M) salivary gland carcinoma (SGC). *JCO 2016 A6086*.

Julie Chartier
Interne en oncologie

Relu par le Dr Laurence Bozec
Service d'oncologie médicale
Institut Curie
Site Saint-Cloud

RECHERCHE

RÉSUMÉ DES PUBLICATIONS DE L'AERIO



Participer et promouvoir la recherche fait partie intégrante des missions de l'AERIO. Voici un résumé des articles récents que l'association a directement publiés ou auxquels elle a apporté une aide.

Docteur Junior

L'année 2021 voit apparaître la première promotion de Docteurs Juniors en oncologie. Ce statut nouveau, tant sur le plan du rôle à l'hôpital que sur mode de choix de stage, est naturellement source de questionnement pour les internes mais également pour les services qui auront à accueillir ces internes. Le statut est décrit dans le texte de loi mais son application pratique

spécifiquement à la cancérologie nécessitait des éclaircissements. L'AERIO en collaboration avec le Collège national des enseignants de Cancérologie (CNEC) a donc rédigé des recommandations pour préciser le statut du docteur junior spécifiquement en oncologie (1). Ces dernières ont pour but d'éclairer les internes quant à leur futur statut et de leur permettre d'arriver dans les

services avec une idée précise des missions qui leur incomberont. Une soirée dédiée à la réponse aux questions concernant ce nouveau statut a complété cette publication, et sera à retrouver sur nos réseaux. Cette publication a été l'occasion de souligner de nouveau la dynamique de réforme dans laquelle s'inscrit la création de ce nouveau statut (2).

(1) Rousseau A, Ashton E, Naoun N, Cren PY, Gligorov J, Negrier S, Penel N, Spano JP. Guide sur le rôle du « Docteur Junior » en oncologie médicale [Manual for « Junior Doctors » in medical oncology]. Bull Cancer. 2021 Apr;108(4):377-384. French. doi: 10.1016/j.bulcan.2021.02.002. Epub 2021 Mar 19. PMID: 33745736.

(2) Naoun N. Docteurs Juniors, réformer pour mieux former [Junior Doctors, reforming for a better training]. Bull Cancer. 2021 Apr;108(4):337-338. French. doi: 10.1016/j.bulcan.2021.03.003. PMID: 33820614.

Internes et Covid

La pandémie se prolonge malheureusement et le quotidien est internes en oncologie est toujours bouleversé. Dans un éditorial (1) l'AERIO revient sur cette année si particulière et souligne les efforts consentis

mais aussi le travail qu'il reste à faire concernant la formation des internes durant la pandémie. Un éditorial, qui présente le point de vue des enseignants, lui fait miroir (2).



(1) Delaye M, Naoun N. Se former à l'oncologie en période de pandémie de COVID-19. Bull Cancer. 2021 Apr;108(4):339-340.

(2) Bay JO, Negrier S. Réforme de l'enseignement et pandémie SARS-CoV-2 : une équation compliquée pour nos étudiants [Educational reform and the SARS-CoV-2 pandemic: A complicated equation for our students]. Bull Cancer. 2021 Apr; arsenal thérapeutique

Nutri-score

L'AERIO est, aux côtés de nombreuses autres associations, cosignataire d'un article sur le Nutri-score. L'article reprend les bases scientifiques qui ont permis la création de cet outil, ainsi que les principales études qui ont validé son développement. C'est ainsi l'occasion de souligner l'importance de la prévention, qui doit être un domaine où les oncologues aussi s'impliquent

(1) Hercberg S, Touvier M, Salas-Salvado J, On Behalf Of The Group Of European Scientists Supporting The Implementation Of Nutri-Score In Europe. The Nutri-Score nutrition label. *Int J Vitam Nutr Res.* 2021 Jul 27. doi: 10.1024/0300-9831/a000722. Epub ahead of print. PMID: 34311557.

La revue des AMMs

Coordonnée par Manuel Rodrigues de la SFC (Société Française du Cancer) et Matthieu Delaye de l'AERIO, la revue des AMMs prend la forme de publications régulières dans le Bulletin du Cancer.

Rédigée par un duo interne et médecin sénior, son objectif est de permettre aux praticiens

d'être tenus au courant quand un nouveau médicament d'oncologie solide ou d'hématologie obtient son autorisation de mise sur le marché. Dans un format court, elle revient brièvement sur le contexte, sur les études ayant permis l'obtention de l'AMM et met en perspective le médicament.

Elle permet également à des internes de toute la France de réaliser une publication dans un journal à impact factor, dans des bonnes conditions d'encadrement.

Plusieurs de ces articles ont été publiés récemment (1-6) et d'autres vont l'être dans les prochaines semaines.

(1) Reich M, Coutzac C. New AMM: Nivolumab for advanced oesophageal squamous cell carcinoma after first line of chemotherapy. *Bull Cancer.* 2021 Mar;108(3):228-229.

(2) Saillant A, Flippot R. Drug approval: Olaparib - metastatic castration-resistant prostate cancer with BRCA mutation. *Bull Cancer.* 2021 Feb;108(2):140-142.

(3) Pureur D, Rodrigues M, Turpin A. Pembrolizumab as first-line therapy in microsatellite instability metastatic colorectal cancers. *Bull Cancer.* 2021 Mar;108(3):229-231.

(4) Rousseau A, Thieblemont C. New European Approvals: Brexucabtagene autoleucl for refractory mantle cell lymphoma after Bruton tyrosine kinase (BTK) inhibitor. *Bull Cancer.* 2021 Feb;108(2):142-144. French.

(5) El-Ghazzi N, Lavaud P. Ipilimumab-nivolumab as first-line treatment in metastatic NSCLC. *Bull Cancer.* 2021 Mar;108(3):231-233.

(6) Minot-This MS, Edeline J. New approval: Atezolizumab and bevacizumab for first line of unresectable hepatocellular carcinoma. *Bull Cancer.* 2021 Feb;108(2):139-140.



Tu souhaite recevoir la RIO directement chez toi ?
N'hésite pas à nous contacter avec ton nom,
prénom et adresse postale.

Notre adresse mail :

aerio.oncologie.rio@gmail.com

A très vite !


RiO

Revue des Internes en Oncologie

Participer à la recherche avec l'AERIO



Que l'on soit interne ou médecin thésé, il existe plusieurs manières de s'impliquer dans la recherche aux côtés de l'AERIO.

1

« Tinder » de la recherche

L'AERIO vient de lancer son application ! Ce module intégré à l'application de l'AERIO sur 360 Medics, créé par le pôle recherche de l'AERIO, permet la mise en relation d'internes intéressés par des projets de recherche avec des seniors qui ont des projets de recherche à proposer. Il vous permettra de trouver des sujets de M2, de thèse ou tout simplement de premiers travaux pour mettre le pied à l'étrier ! Une fois sur l'application, il vous suffira de remplir une fiche décrivant votre parcours et le type de travail qui vous intéresse, en retour l'application vous montrera les projets disponibles selon vos critères. Un système de sélection des projets et de suivi par le pôle recherche de l'AERIO et des seniors volontaires, extérieurs au projet, permet de garantir que les projets proposés seront réalisables et réalisés par l'interne. Retrouvez l'in-app de l'AERIO sur 360 Medics !

2

La Revue des AMMs

La revue des AMMs a régulièrement besoin d'internes et de seniors. Si tu es intéressé par le format, n'hésite pas à contacter l'AERIO pour te voir proposer un article.

3

Semaine de la recherche

L'AERIO a organisé pour la première fois en septembre, avec Newmed Publishing et Sandoz, les semaines de la recherche : 2 semaines du lundi au jeudi avec 2 groupes de niveaux par soir pour vous donner tous les outils nécessaires à vos premiers travaux de recherche. Au programme : PubMed et Zotero, optimiser son recueil de données, biostats, anglais médical, etc. Les sessions ne sont pas disponibles en replay mais une 2^{ème} édition devrait voir le jour l'année prochaine 😊

PROGRAMME DES SOIRÉES FORMATION DE L'AERIO

Comme vous le savez (ou pas !), une des missions principales de l'AERIO et qui a motivé sa création est la formation continue des internes en oncologie médicale.

À raison d'environ une session par mois, ce sont des intervenants experts de chaque pathologie, qu'ils soient oncologues médicaux/radiothérapeutes, chirurgiens, anatomopathologistes, radiologues qui viennent nous faire part de leur expérience, des avancées actuelles de leur domaine en complétant la formation à la fac et à l'hôpital. Sous forme de cas cliniques interactifs ou de cours magistraux, le contenu dépend du sujet traité.

Une formation a déjà été réalisée le 27/09/2021 sur le thème des tumeurs du sein triples négatives.

Comme on n'arrête pas le progrès (et le COVID...), les sessions se font majoritairement en live via Zoom. Les sessions en présentiel, si elles reprennent, sont quant à elles en grande majorité filmées et ensuite publiées pour nos adhérents sur notre chaîne Youtube (Vidéos AERIO).



Pour parler du programme en lui-même :

- ⦿ Une session est prévue le 15 octobre autour de l'onco-endocrinologie : gestion du diabète en oncologie, toxicités endocrinologiques de l'immunothérapie.
- ⦿ La traditionnelle soirée MOVEMBER en novembre concernera cette année les cancers de la prostate métastatiques.
- ⦿ Soirée oncologie thoracique en décembre.
- ⦿ Soirée autour du cancer de l'estomac en janvier pour bien débiter l'année 😊
- ⦿ Et par la suite : immuno-oncologie, onco-néphrologie...
- ⦿ Si le contexte le permet, une soirée sera organisée avec de jeunes CCA autour des avancées majeures de l'année : la soirée BEST OF de l'AERIO.

Ce planning est bien entendu prévisionnel et peut être amené à être modulé en cours d'année. D'autres projets sont également en cours et des informations les concernant arriveront au fil du temps.

Surtout, n'hésitez pas à nous contacter si un sujet vous intéresse particulièrement et vous semble pertinent pour qu'on en fasse une soirée ou si vous organisez localement une soirée qu'il peut être intéressant de partager avec l'ensemble des internes d'oncologie !

Par Baudouin Courtier

Les JRJO

TOULOUSE
26, 27 et 28
novembre
2021

Salut à toi, qui vient de choisir la plus belle des spécialités !

Comme chaque année depuis 2017, l'AERIO organise les Journées de Rentrée des Jeunes Oncologues (JRJO) les 26, 27 et 28/11/21. Après Lyon, Montpellier et internet (merci le COVID), c'est à Toulouse que l'AERIO pose ses valises.

Pourquoi les JRJO ?

C'est un vrai moyen de pouvoir se former au difficile début d'internat par lequel nous sommes tous passés, tout en rencontrant les néo-internes de toute la France.

Nous avons beaucoup apprécié organiser cet évènement l'année dernière en distanciel, qui a rassemblé plus de 110 internes sur Zoom ! Mais c'est avec grand plaisir que nous repassons cette année en présentiel afin de nouveau de créer ce lien humain, tant bénéfique à notre exercice ultérieur.

L'évènement est ouvert aux phases socle de toutes les villes de France et se déroulera du vendredi après-midi au dimanche matin, s'articulant autour de plusieurs axes :

- ☑ Une présentation de l'internat d'oncologie médicale et oncologie radiothérapie.
- ☑ Des formations théoriques.
- ☑ Des ateliers interactifs en petits groupes.
- ☑ Et pour terminer une présentation globale des possibilités de carrière en oncologie.

**Alors n'hésite pas,
bloque ton
week-end et préviens
ton service quand tu
commenceras
ton stage !**



JRJO 2019, édition n° 3 : Montpellier !

PRÉSENTATION D'UNE ASSOCIATION : AIRHOP



Présentation de l'association par son président



Matthieu Binaud

Interne d'oncologie médicale
en 10^{ème} semestre
Président de l'AIRHOP

La création de l'association AIRHOP (association des internes de radiothérapie, hématologie et d'oncologie de Poitiers) en 2019 concrétise l'idée de rassembler les internes et les jeunes chefs autour de projets communs à nos trois spécialités : l'Oncologie médicale, la Radiothérapie et l'Hématologie. Nous sommes un petit CHU et pourtant nous n'avons jamais réellement pris le temps de penser notre formation, nos opportunités professionnelles et nos projets ensemble. L'ob-

jectif premier de l'AIRHOP, c'est d'agir comme un représentant des internes, dans leur quotidien en stage mais aussi par rapport aux entités qui gravitent autour des internes. L'AIRHOP est ainsi au centre des relations avec les industriels, les professionnels de santé des autres villes et des autres spécialités et les personnes qui travaillent dans le champ de la recherche. On espère rapidement pouvoir étendre nos contacts avec des intervenants de « ville » et de la faculté des sciences de Poitiers.

Le livret de chimiothérapie

Sous l'impulsion de Marine, notre trésorière, notre premier projet a été de concevoir un guide pratique d'utilisation des chimiothérapies. L'objectif était de faire un livret simple et facile d'utilisation pour aider les jeunes semestres où les hors filières lors de leur stage.

Tous les internes de radiothérapie et d'oncologie médicale des différentes promotions ont participé et différents seniors, dont notre chef de service, ont aidé à la relecture. Pour l'instant il est uniquement disponible sur notre site web.



Avec l'aide et la participation de l'AIH, la prochaine étape sera de rajouter les chimiothérapies utilisées en Hématologie puis d'en faire une application mobile ! On espère que celle-ci verra le jour rapidement !

On réfléchit à inclure également les différentes thérapies ciblées pour rendre le guide le plus complet possible et donner une autre envergure au projet !

OXALIPLATINE/ELOXATINE

SEL DE PLATINE/ALKYLANT

Mode d'action:

Formation de ponts intra-brins entre 2 guanines adjacentes → inhibition réplication ADN

Elimination



1/2-vie
40 j

Mode d'admin



IV
2 à 6 h

Conco RTE



Possible
Oxali 85mg/m²
Pas de tox sup

GCSF



Non syst

Indications:

- 1- K colorectal adjuvant et métastatique
En association avec le 5FU: 85mg/m², J1, J15 si adjuvant 12 cycles
En association au xeloda 130mg/m² J1=J21*
- 2- K gastrique (péri op ou méta)
- 3- Autres cancers digestifs
- 4- CholangioK GEMOX: Oxali 100mg/m² J1=J15

Contre-indication absolue:

IRC < 30mL/min
Neuropathie sensitive pré-existante

* dose de 130mg/m² déclenche svt des tox durant la chimio → ↓ dose cure suivante

Toxicités

Neuropathie périph aigüe : réversible

- Crampes, laryngospasme (dyspnée), hypoesthésie, paresthésies majorés par le froid dont la durée ↑ à chaque cures

Neuropathie périph chronique parfois irréversible

- Paresthésies, déficit sensitif puis moteur
- Relargage: aggravation possible plusieurs mois après arrêt

Dig: modérément émétisant, dysgueusie, diarrhées

Hémato : modérée (thrombopénies, neutropénies)

Hépat (si prolongée) : sd d'obstruction sinusoidal

MAT

Adaptation de dose

OK : Plaquettes ≥ 50000

Neuropathie > 7j + gêne ou sur 15 j sans gêne :

→ Si adjuvant: 75 et si méta: discuter 65 d'emblée

Toxicité grade 3/4: arrêt du traitement

	DOSE		
Pleine dose	85mg/m ²	130 mg/m ²	100mg/m ²
1ère réduction	75mg/m ²	115 ou 110mg/m ²	85mg/m ²
2ème réduction	65mg/m ²	100mg/m ²	75mg/m ²

Allongement du temps de perfusion jusqu'à 3 h si toxicité possible

Adaptation: toujours faire confirmer par le médecin référent ou sénior HDS

Prémédication

Antiémétique: anti-D2 3 jours

Corticoïdes: solupred 20mg (1,1,0) 3 jours

Surveillance:

- NFS: oui
- BH: oui
- Bill: oui
- Créat: oui



Surv particulière
Neuropathie périphérique +++

Contraception: OUI + 4 mois pour les F et + 6 mois pour les H
Fertilité: génotoxiques
Allaitement contre-indiqué

Utilisation AVK: INR ++

Antidote: aucun
Dialyse: non

Projets à venir

On souhaiterait profiter d'avoir dans notre association des internes d'Hématologie, de Radiothérapie et d'Oncologie médicale pour construire des projets nous permettant de travailler tous ensemble.

On a récemment listé les différents référentiels nationaux des

3 spécialités sur notre site internet et on aimerait continuer à le mettre à jour régulièrement.

Nous aimerions créer des soirées « ville-hôpital » avec des topos de formation, des cas cliniques mais aussi des moments d'échanges, pour améliorer la prise en charge globale de nos patients.

Enfin, si la situation sanitaire continue de le permettre, nous comptons organiser plus de moments conviviaux pour mieux se connaître entre les différentes promotions et nous réfléchissons à organiser un week-end annuel !

ANNONCES DE RECRUTEMENT

CROM95

Le Centre de Radiothérapie et d'Oncologie Médicale d'OSNY (95) recherche **UN MÉDECIN ONCOLOGUE MÉDICAL H/F** pour des remplacements réguliers.

Créé en 1981, le Centre de Radiothérapie et d'Oncologie Médicale du Val-d'Oise (CROM 95) est installé, depuis 2004, à Osny, au cœur d'un important complexe médical de nouvelle génération.

Le CROM 95 est un site spécialisé en cancérologie avec la pratique de la radiothérapie externe, de la curiethérapie HDR et de l'oncologie médicale. Avec une équipe médicale composée de quatre oncologues radiothérapeutes et de deux oncologues médicaux, un plateau technique à la pointe des nouvelles technologies et plus de 1 400 nouveaux patients pris en charge annuellement, le CROM95 compte parmi les plus importants centres de radiothérapie et d'oncologie du Nord Ouest Parisien. L'activité d'oncologie médicale est réalisée en partenariat avec le CHP Sainte-Marie qui dispose de :

- 17 lits d'hospitalisation complète sous la charge d'un **médecin généraliste à orientation oncologique**.
- Hôpital de jour d'oncologie.

Pour tous compléments d'information,

n'hésitez pas à joindre le Dr LADOUANI (a.ladouani@crom95.com) ou le Dr SOYER (p.soyer@crom95.com)
Pour nous rejoindre, adressez votre candidature à Céline LEGRAND-HAMON (c.legrand.hamon@crom95.com)
Site : www.crom95.org - Tél. : 01 30 38 58 05

Vos missions :

- Réaliser les consultations d'oncologie médicale.
- Valider les traitements de chimiothérapie.
- Participer aux RCP.
- Répondre aux besoins de l'équipe de l'hôpital de jour et de l'hospitalisation complète.
- Donner un avis ponctuel concernant l'oncologie.

Conditions :

- ✓ Cadre de travail agréable, organisation pour exercer en confiance, attribution d'une assistante médicale expérimentée présente sur place.
- ✓ Amplitude horaire : 8h30 à 18h30.
- ✓ Honoraires de vacation attractifs.
- ✓ Prise en charge du déjeuner.
- ✓ Prise en charge de l'hébergement / restauration si nuitée(s) à proximité.
- ✓ Prise en charge du déplacement depuis le domicile parisien.
- ✓ Parking gratuit et disponible.

ILE-DE-FRANCE

LE SERVICE D'ONCOLOGIE MÉDICALE DE L'HÔPITAL FOCH situé à Suresnes (92) recrute

UN MÉDECIN ONCOLOGUE
pour renforcer son équipe d'oncologie médicale.



L'HÔPITAL

L'hôpital Foch, situé à Suresnes (92), est un établissement de santé privé d'intérêt collectif. Il est l'un des plus grands hôpitaux d'Ile-de-France. Hôpital pluridisciplinaire, il est notamment reconnu pour son excellence dans la prise en charge des pathologies des voies respiratoires, rénales et urologiques, les neurosciences et la gynécologie obstétrique.

Avec un effectif de 2.000 collaborateurs dont 300 médecins, 600 lits installés, 260.000 consultations hors maternité et urgences, et plus de 37.000 hospitalisations par an, l'Hôpital Foch fait partie des plus importants établissements hospitaliers d'Ile-de-France.

LE POSTE

Poste en CDI - Temps plein (possibilité de détachement de la fonction publique pour les PH) - Statut cadre.

Vous intégrez une équipe de 10 médecins dédiée à la prise en charge globale des patients avec un cancer. Le service d'oncologie médicale comporte une unité d'hospitalisation conventionnelle, une unité d'hôpital de jour, une unité de consultations, une unité de recherche clinique, et une équipe mobile de soins de support.

- Le service d'oncologie médicale travaille en parfaite coordination avec les autres services de l'hôpital Foch (services de chirurgie, services de médecine, radiologie, pharmacie) pour assurer une prise en charge pluridisciplinaire des patients avec un cancer.
- Votre activité consiste à travailler en équipe pluridisciplinaire :
- Sur l'unité d'hospitalisation conventionnelle (18 lits) pour prendre en charge les patients hospitalisés : diagnostic, chimiothérapies programmées, réévaluation clinique et adaptation des soins de support.
- Sur l'unité d'hôpital de jour (18 lits) pour la surveillance et la prescription des traitements anti-cancéreux.
- Vous avez une activité de consultation.
- Vous participez aux réunions de concertation pluridisciplinaire.

PROFIL

- Diplôme d'État en oncologie médicale.
- Diplôme hors Union européenne en oncologie et en cours de validation de la PAE (Procédure d'Autorisation d'Exercice).
- Vous avez une aptitude au travail en équipe, prérequis nécessaire en raison du type de pathologies prises en charge et du nombre d'intervenants médicaux et para-médicaux.
- Vous adhérez aux valeurs et au modèle de l'entrepreneuriat social avec un fort sens de l'éthique.



CONTACT

Pr Jaafar BENNOUNA,
Chef de service en oncologie médicale
j.bennouna@hopital-foch.com



Le Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer recrute un ONCOLOGUE (praticien temps plein, temps partiel)



Un service d'imagerie performant :

3 scanners, 4 IRM, 2 gamma caméras hybrides avec scanner, 2 tepsan, 2 salles d'angio coronarographie, 4 salles de radio capteur plan.

Une équipe composée de 13 praticiens hospitaliers.

Une unité de recherche clinique composée de 3 techniciens.

Le service d'oncologie médicale comporte 12 lits dont 4 lits d'oncologie digestive.

La capacité de l'hôpital de jour est de 40 places dont 22 réservées à l'oncologie.

Il dispose de l'autorisation pour la chimiothérapie et l'exercice de la chirurgie carcinologique, membre du GCS avec le Centre Joliot Curie de Saint-Martin Boulogne pour la radiothérapie.

Et un cadre de vie idéal pour la famille...



Découvrez notre film sur le parcours de soins du patient en cancérologie : <https://www.facebook.com/171570439638059/videos/1165366260258467/>

Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer



Direction des Affaires Médicales
Contact médical Docteur Abeer NAJEM - Chef de service

03 21 99 39 04

mail : dam@ch-boulogne.fr
mail : a.najem@ch-boulogne.fr

Allée Jacques Monod - 62321 Boulogne-sur-Mer

www.ch-boulogne.fr



Une réelle communauté médicale disponible et à l'écoute avec une équipe composée de :

- 2 oncologues
- 1,5 oncologue digestif
- 2 médecins généralistes
- 1 assistante spécialisée
- 1 onco-rhumatologue
- 1 EMSP (2 ETP)
- 2 à 3 internes.

Dynamique :

Participation à des essais cliniques.

Un travail en réseau avec de nombreux partenaires :
CHU de Lille, Centre Oscar Lambret de Lille, GORTEC, GERCOR, UNICANCER, FFCO.



CENTRE HOSPITALIER de référence de la Charente

Disponibilité du poste immédiate.
Statut : Praticien hospitalier, contractuel ou assistant spécialiste.

RECRUTEMENT UN ONCOLOGUE MÉDICAL (Clinicien hospitalier possible)

Le service d'oncologie cherche un oncologue médical.

Le service d'oncologie du centre hospitalier comprend maximum de 18 lits d'hospitalisation complète, 12 lits d'hôpital de jour et 6 lits d'hôpital de semaine, avec une équipe médicale composée de médecins spécialisés en oncologie et en médecine générale.

Activité d'onco-hématologie développée en lien avec le CHU de Poitiers.

Astreintes du service d'oncologie assurées conjointement par les praticiens du service et les praticiens du secteur public de radiothérapie.

De nombreux partenariats associatifs.

Une direction commune avec 3 établissements.
2 500 professionnels dont 221 équivalents TP médicaux et internes.
1 160 lits et places MCO/SSR/ULSD et EHPAD.
8 pôles d'activités cliniques et médico-techniques.

Le CH d'Angoulême, c'est

Angoulême, ville dynamique et culturelle, située à moins de 2 heures de Paris et 35 mn de Bordeaux en LGV.

Docteur Dominique BLANCHIER
Chef du pôle spécialités médicales
05 45 24 41 10 (secrétariat)
Dominique.blanchier@ch-angouleme.fr

Anne-Claire GAUTRON
Directrice des affaires médicales
05 45 24 25 39
anneclaire.gautron@ch-angouleme.fr

Docteur Augustin SALEMKOUR
Oncologue-Radiothérapeute
05 45 24 26 06 (secrétariat)
augustin.salemkour@ch-angouleme.fr

Docteur Jean-Louis REYNOARD
Chef de service oncologie
06 80 73 95 79 ou 05 45 24 65 54 ou 41 00 (secrétariat)
jeanlouis.reynoard@ch-angouleme.fr



LE CENTRE HOSPITALIER DE POLYNÉSIE FRANÇAISE Un Oncologue Médical

Recherche

À partir d'Avril 2021



LE SERVICE EST COMPOSÉ

- D'un hôpital de jour avec 11 lits et une activité quotidienne de 25 à 30 patients/jours, 5 856 entrées et 2 619 consultations en 2019. Les médecins travaillent avec une infirmière coordinatrice, deux secrétaires médicales, une oncopsiychologue et 7 IDE.
- Un service d'hospitalisation conventionnelle (ONH) de 8 lits + deux lits d'hospitalisation de semaine.
- Un service de Radiothérapie avec deux accélérateurs linéaires (IMRT, VMAT, 4D, stéréotaxie intra et extra crânien, projet de Curiothérapie). Environ 700 patients traités par an.

L'équipe médicale est composée de deux oncologues médicaux + 1 ETP à pourvoir, deux Oncologues Radiothérapeutes, une onco-généticienne, un onco-pneumologue et un Omnipraticien. Le service accueille un à trois internes par semestre.

ACTIVITÉS

- Assurer la prise en charge des patients en hospitalisation de jour d'Oncologie (validation des chimiothérapies, prescriptions des soins ...).
- Consultations d'annonces et de surveillance.
- Participation aux RCP.
- Encadrement des internes, étudiants hospitaliers.
- Participation au tableau d'astreinte hebdomadaire.

MISSIONS

- Supervision des chimiothérapies délocalisées dans les archipels (Îles Sous-le-Vent, Marquises, Australes).
- Participation à l'élaboration du projet d'institut Polynésien du cancer.
- Mise en place de l'activité de recherche clinique.

PERSONNE À CONTACTER :

Pour les aspects administratifs (conditions, rémunération...) contacter :
La direction des ressources humaines
cristelle.moreno@cht.pf

Pour les aspects d'ordre médicaux et organisationnels du service contacter :
Chef de Service : Pierre GUSTIN
Oncologue Radiothérapeute
Service d'oncologie-radiothérapie
Courriel : pierre.gustin@cht.pf

