

▼ EN BREF

Cancéropôles : rapport d'évaluation

L'Institut National du Cancer (INCa) vient d'évaluer les cancéropôles (bilan d'activités et visites sur site) et les principales actions menées en direction de ces structures depuis le lancement du Plan cancer. Le rapport publié en juin dernier identifie points forts et points faibles et émet des suggestions concernant les affectations de nouveaux financements. Il fait également apparaître la diversité des domaines d'excellence selon les cancéropôles et confirme leur capacité à dynamiser et coordonner la recherche, à structurer les compétences et à stimuler l'esprit « transfert ».

www.e-cancer.fr/v1/fichiers/public/cp_evaluation_canceropoles_240707.pdf

L'impact du radon domestique

L'exposition au radon est un important facteur de risque environnemental, significativement impliqué dans la survenue du cancer du poumon. Le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire publié par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) lui consacre un numéro entier, passant en revue les aspects scientifiques et politiques autour de ce gaz radioactif. « Le défi est maintenant de communiquer ces informations à tous les acteurs et d'aider les décideurs à la réaliser des actions pertinentes à tous les niveaux », indique le BEH.

BEH n°18-19, 15 mai 2007.

La radiothérapie sous surveillance

Les accidents de surirradiation survenus à Toulouse et Épinal posent la question de la sécurité en matière de radiothérapie. Erreurs humaines ou dysfonctionnement des machines, comment sécuriser les soins ?

/// Ils sont chaque année plus de 180 000 patients à bénéficier de la radiothérapie au cours de leur traitement anticancéreux, soit plus d'un malade sur deux. Non invasive, accompagnée de peu d'effets secondaires, cette méthode bénéficiait jusqu'à présent d'une grande confiance de la part des malades. Mais après la révélation par les médias de nombreux accidents de surirradiation, l'inquiétude est palpable.

Le 9 mai dernier, l'ancien ministre de la santé, Philippe Bas, a décidé de mettre en place un plan d'actions afin de renforcer la sécurité, la vigilance et la qualité des soins. Il reprend les propositions formulées par un groupe de travail rassemblant le ministère de la santé, l'Institut National du Cancer (INCa), des agences d'expertises et des représentants des professionnels impliqués. Principales mesures engagées : l'élaboration de critères d'agrément constitutifs de l'autorisation des centres de radiothérapie et la mise en place d'une enquête pluriannuelle sur les pratiques en radiothérapie. Un premier rapport d'étape devrait être publié très bientôt par l'INCa.

Au printemps dernier, l'Afssaps a quant à elle édité une directive fixant de nouvelles modalités du contrôle de qualité des installations de radiothérapie externe. Elles ont été publiées au Journal Officiel le 27 juillet dernier, et devraient être effectives en décembre prochain*.

D'autres garde-fous commencent à se mettre en place. Ainsi, d'ici à fin de l'année, les ingénieurs de l'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN) devraient avoir inspecté tous les établissements disposant d'équipements de radiothérapie, mais ils n'ont pour l'instant pas prévu de rendre public leur rapport. Par ailleurs, en collaboration avec la Société française de radiothérapie oncologique, l'ASN a élaboré une échelle de gravité des accidents de radiothérapie. Cette échelle, qui devrait être mise en place de façon expérimentale pendant un an, devrait permettre d'appréhender la gravité d'une situation et de hiérarchiser les événements comme ceux qui se sont déroulés à Épinal et Toulouse. ●

* Pour les consulter : www.admi.net/jo/20070814/SJSM07218635.html

- Échelle ASN-SFRO : www.asn.fr/sections/rubriquesprincipales/actualites/communiqués-presse/2007/asn-sfro-mettent-en-place-echelle/downloadFile/file/echelleASN_SFRO.pdf?nocache=1183622239.54

Médecines parallèles

/// Poudres de perlimpinpin ou véritables médecines complémentaires au service des malades ? À l'occasion du dernier congrès américain sur le cancer (ASCO 2007 à Chicago), ginseng, cartilage de requin et autres graines de lin ont pour la première fois eu leur place parmi les dernières thérapies innovantes. Alors que les médecines « parallèles » ont longtemps été délaissées par la communauté scientifique, elles font enfin l'objet d'études rigoureuses, et les résultats ne sont pas toujours ceux que l'on croit ! ●

www.asco.org

Alerte sociale

/// Le service social de l'Institut Gustave Roussy, à Villejuif, a mis en place en juin dernier un système « d'alerte sociale » pour tous les patients vus en consultation d'annonce à l'Institut. Cinq questions sont alors posées au patient : vit-il seul ? A-t-il une personne handicapée à charge ? Est-il handicapé ? Risque-t-il d'avoir une perte d'autonomie ? A-t-il des problèmes économiques ? S'il répond par au moins deux oui, il se verra proposer un rendez-vous avec le service social de l'Institut. L'objectif est d'identifier le plus précocement possible les patients qui sont ou seront en situation sociale précaire pendant la durée de la maladie, afin d'anticiper la gestion de leurs problèmes et de prévoir la continuité des soins dans les meilleures conditions possibles. ●

Polémique sur le dépistage du cancer de la prostate

/// Faut-il généraliser le dépistage du cancer de la prostate ? Proposer régulièrement à tous les hommes de 50 à 75 ans un dosage du PSA accompagné éventuellement d'un toucher rectal est-il médicalement et économiquement justifié ? La question fait débat. Depuis plusieurs années, l'Association française d'urologie recommande un tel dépistage, effectué sur prescription médicale. On estime ainsi que chaque année ce sont 2,7 millions de ces analyses qui sont pratiquées en France, ce qui représente un montant de plus de 60 millions d'euros pour la Sécurité sociale. Mais plusieurs spécialistes français s'élèvent contre cette systématisation, estimant qu'il n'y a actuellement aucun argument permettant d'affirmer que le dépistage généralisé du cancer de la prostate permet de sauver des vies. A trop dépister, on risque alors le surdiagnostic, c'est-à-dire le dépistage de cancers qui auraient pu ne jamais devenir symptomatiques et dont les traitements entraînent souvent impuissance ou incontinence urinaire. Deux études en cours aux États-Unis sur un éventuel lien entre dépistage et baisse de mortalité devraient apporter dès l'année prochaine de nouveaux éléments. ●

A. Aupérin et al., *La Presse Médicale*, vol. 36, n° 7-8, pp 1045-1053, juillet-août 2007.

Les causes du cancer : vrais coupables et faux suspects

La publication en septembre dernier dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire des « Causes médicales de décès en France en 2004 et leur évolution depuis 1980 » indique que la mortalité d'origine cardiovasculaire a baissé de 50 % en vingt-cinq ans, tandis que celle liée au cancer n'a que peu diminué*. C'est pourquoi le cancer, jusqu'alors deuxième cause de décès, se hisse désormais à la première place.

/// En 2004, la France comptait près de 280 000 nouveaux cas de cancers et accusait 152 708 décès de malades cancéreux. L'Académie de médecine vient quant à elle de publier un rapport sur les causes du cancer en France, réalisé par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) et la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC). Le constat de départ est simple : pour lutter contre le cancer, il faut s'attaquer à ses racines, or on ne connaît l'origine de cette maladie que dans la moitié des cas. Principal accusé, le tabac qui serait responsable de 33,5 % de la mortalité par cancer chez les hommes et 10 % chez les femmes. C'est la plus meurtrière des substances cancérogènes. L'alcool entre pour 10 % dans la mortalité masculine par tumeurs

malignes et pour 3 % chez les femmes. Les deux produits réunis sont à l'origine de 28 % des décès par cancer. Viennent ensuite les agents infectieux, les expositions professionnelles, l'excès de poids et l'insuffisance d'exercice physique. La pollution environnementale ne serait impliquée que dans 0,5 % des décès par cancer. Dans ce domaine, de nombreuses enquêtes rapportent des résultats contradictoires ou discutables. Le rapport souligne par ailleurs que l'étude pour chaque agent cancérogène de la relation dose-effet est indispensable de manière à éviter des inquiétudes injustifiées. Il appelle ainsi à orienter plus particulièrement les recherches vers le rôle des agents infectieux, de la nutrition durant l'enfance, de l'effet des stress oxydatifs et des phénomènes inflammatoires pendant la cancérogenèse. En conclusion, ce travail souligne l'importance des facteurs liés aux comportements individuels, sur lesquels des campagnes de prévention sont les plus faciles à mettre en œuvre. ●

* BEH n°35-36, 18 septembre 2007

- Version abrégée du rapport de l'Académie de médecine : http://www.academie-medecine.fr/ACTUALITES/tubiana_rapport_cancer_130907.doc

EN BREF

Prise en charge de la douleur

En France, 62 % des patients atteints d'un cancer souffrent de douleurs modérées à sévères malgré la disponibilité de médicaments efficaces. Pour 26 % d'entre eux, la douleur est tellement intense qu'ils ressentent le désir de mourir. Tels sont les résultats de l'étude européenne sur la douleur cancéreuse (European Pain in Cancer, EPIC), publiés en juin dernier. Cette enquête montre que la douleur peut réduire significativement la qualité de vie des patients cancéreux et qu'elle est souvent traitée de façon inappropriée. Si le traitement du cancer a fait des progrès rapides ces dernières années, la prise en charge de la douleur cancéreuse quant à elle du retard à rattraper. www.paineurope.com/index.php?q=en/book_page/epic_survey

Transfusion sanguine

Les cellules cancéreuses circulent dans le sang et sont ainsi à l'origine des métastases à distance de la tumeur primaire. Mais qu'en est-il du risque de transmission de ces cellules ou des virus oncogènes lors d'une transfusion sanguine ? Une équipe scandinave s'est penchée sur cette question et présente les résultats d'une étude rétrospective portant sur 350 000 personnes : recevoir le sang d'un donneur, qui dans les cinq années suivantes sera soigné pour un cancer ne semble pas majorer le risque oncologique à moyen terme. *The Lancet*, vol. 369, pp. 1670-1672 et 1724-1730, 19 mai 2007.