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

RiO

AERIO

Revue des Internes en Oncologie

Numéro 03 Mars 2022

P.15
Tumeurs rares
Sarcomes gynécologiques

P.22
Application Oncolab
Faciliter l'accès à la recherche aux internes

P.27
Nouvelle rubrique
Histoire de la médecine

www.aerio-oncologie.org

Fulphila®

pegfilgrastim 6 mg/0,6 ml

Le temps de leur côté

Ne laissez pas la **neutropénie** fébrile compromettre le programme de chimiothérapie de votre patient

Fulphila® est indiqué dans la réduction de la durée des neutropénies et de l'incidence des neutropénies fébriles chez les patients adultes traités par une chimiothérapie cytotoxique pour une pathologie maligne (à l'exception des leucémies myéloïdes chroniques et des syndromes myélodysplasiques).

Cette spécialité est un biosimilaire de Neulasta® 6 mg.

L'utilisation des G-CSF en prophylaxie primaire est recommandée chez les patients soumis à un protocole comportant un risque de neutropénie fébrile supérieur à 20%, voire compris entre 10 et 20% chez certains patients pour lesquels les facteurs de risque individuels le justifient (âge > 65 ans, stade avancé de la maladie, survenue antérieure d'un ou plusieurs épisodes de neutropénies fébriles, absence d'antibiothérapie ou de G-CSF, statut nutritionnel altéré, cytopénie liée à un envahissement tumoral médullaire, traitements antérieurs extensifs).

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité.

Liste I. Médicament soumis à prescription initiale hospitalière trimestrielle. Le traitement par pegfilgrastim doit être instauré et supervisé par un spécialiste en oncologie et/ou en hématologie.

Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit sur la base de données publique du médicament en flashant ce QR code ou directement sur le site Internet http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr

Retrouvez plus d'informations sur **Viatris Connect**

Remb. Séc. Soc. à 100% - Collect.

Mylan Medical SAS est une société du groupe Viatris

VIATRIS

PEG-2019-0156 V2 - Modifs Février 2021-Visa n°20/01/60457929/PM/008

SOMMAIRE

05 **Edito du président**

07 **Mot du Rédac' chef**

08 **Présentation du bureau 2021-2022**

09 **Soirée de formation de l'AERIO**
Nouveautés et programme

10 **Revue de Presse**

15 **Tumeurs rares**
Glioblastome de l'adulte muté H3K27M
Sarcomes gynécologiques

22 **Recherche**
Présentation de l'application Oncolab
Résumé des publications de l'AERIO

27 **Histoire de la médecine**
Marie Curie

29 **Présentation d'une association**
TACFA

32 **Annonces de recrutement**

AERIO (Association pour l'**E**nseignement et la **R**echerche des **I**nternes en **O**ncologie**)**
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.

POUR VOS PATIENTS mHSPC ET nmCRPC HR*

MAINTENEZ LA PROGRESSION À DISTANCE

Erleada®
apalutamide

mHSPC : Remboursé et disponible en ville

Traitement des hommes adultes atteints d'un cancer de la prostate métastatique hormonosensible (mHSPC) en association avec un traitement par suppression androgénique (ADT)[1]

nmCRPC : Remboursé et disponible en ville

Traitement des hommes adultes atteints d'un cancer de la prostate résistant à la castration non métastatique (nmCRPC) avec un risque élevé* de développer une maladie métastatique[1]

* Risque élevé : temps de doublement du PSA ≤ 10 mois.

PSA : Antigène Spécifique de la Prostate - 1. Mentions Légales d'Erleada®.

PRISE EN CHARGE : Agréé aux collectivités. Remboursement Sécurité sociale à 100 %.
CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DÉLIVRANCE : Liste I - Prescription initiale hospitalière annuelle réservée aux spécialistes en oncologie ou aux médecins compétents en cancérologie. Renouvellement non restreint.

Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit la base de données publique du médicament en flashant ce QR Code ou directement sur le site internet : http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/.

Pour plus d'information sur Erleada®, consultez notre site Janssen Médicaments.

Janssen
Médicaments
www.erleada.fr

Janssen s'engage à respecter **la charte de l'information par démarchage ou prospection visant à la promotion du médicament et le référentiel de certification en vigueur**. Votre délégué médical Janssen est à votre disposition pour vous présenter les règles de déontologie et répondre à vos questions. Par ailleurs, Janssen met à votre disposition un numéro vert 0 800 25 50 75 pour recueillir vos remarques et suggestions sur la qualité de l'activité d'information promotionnelle.

20/01/60941734/PM/009 - CP-164713-10/2020

janssen Oncology
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson

JANSSEN-CILAG, S.A.S. au capital social de 2.956.660 Euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le n° B 562 033 068, dont le siège social est au 1, rue Camille Desmoulins, TSA 91003, 92787 Issy-les-Moulineaux.

EDITO

Chère lectrice, cher lecteur,

Nous voici déjà arrivés au 3ème numéro de notre Revue des internes en oncologie. La RIO est le fruit d'un nouveau dynamisme de l'association insufflé par Natacha Naoun lors de ses deux ans de présidence, et concrétisé par un bureau à la fois inspiré et inspirant. Deux ans durant lesquels beaucoup de choses se sont développées dans l'association, tant sur des actions de formation, que de représentation des internes ou encore de recherche ou d'accès à la recherche. Cette 3ème RIO ne pouvait débuter que par des remerciements sincères et appuyés envers Natacha et les membres de l'association qui ont permis tout cela.

Vous trouverez dans ce numéro la présentation du nouveau bureau, que j'ai le bonheur de présider, et qui est déjà à l'œuvre depuis quelques mois. Il est composé d'internes en oncologie de différents semestres et de différentes subdivisions.

J'y vois aussi l'occasion de mettre en valeur le fait que cette association n'existe et ne vit que par leur dévouement et le temps qu'ils y consacrent et je les en remercie pour cela.

L'associatif est une expérience qui apprend beaucoup, qui enrichie et qui permet de poser un regard différent sur l'internat. Nous vous accueillons avec plaisir à nos côtés si vous souhaitez le découvrir.

Bonne lecture, et à bientôt.

Matthieu Delaye
Interne en oncologie médicale en Île-de-France
Président de l'AERIO

BAT 113 01 CP54 075 LABORATOIRES IPSEN PHARMA

CABOMETYX®
(cabozantinib) comprimés

PRENDRE LE CONTRÔLE

DANS LE CANCER DU REIN

CABOMETYX® en monothérapie dans le carcinome à cellules rénales avancé (CCR) est indiqué :

- en traitement de première ligne chez les patients adultes avec un pronostic intermédiaire ou défavorable[1]

CABOMETYX® n'a pas de place dans la stratégie thérapeutique des patients atteints d'un carcinome rénal avancé à risque intermédiaire ou élevé et non traités antérieurement[2]
Indication non remboursable et non agréée aux collectivités

- chez les patients adultes après une thérapie ciblée des récepteurs du facteur de croissance de l'endothélium vasculaire (VEGF)[1]

CABOMETYX® est un traitement de deuxième ligne du cancer rénal à cellules claires au stade avancé après échec d'un traitement antérieur par inhibiteur de tyrosine kinase anti-VEGF[3]
Indication remboursable aux assurés sociaux à 100 % et agréée aux collectivités

CABOMETYX® en association avec le nivolumab, est indiqué dans le traitement de première ligne du carcinome à cellules rénales avancé chez l'adulte[1]

Indication non remboursable et non agréée aux collectivités à la date du 30 avril 2021

Liste I. Médicament soumis à prescription médicale hospitalière. Prescription réservée aux spécialistes en oncologie ou aux médecins compétents en cancérologie. Médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement.

Pour plus d'informations, veuillez consulter les mentions légales de CABOMETYX® disponibles sur la base de données publique des médicaments en flashant ce code ou sur le site internet : http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr

1. Résumé des Caractéristiques du Produit CABOMETYX®
2. HAS. Avis de la Commission de la transparence de CABOMETYX®. 27 février 2019
3 HAS. Avis de la Commission de la Transparence de CABOMETYX®. 11 janvier 2017

IPSEN
Innovation for patient care*

*Innover pour mieux soigner

RE-IMAGINE Health Agency - CBRC-FR-000758 - 21/04/66607321/PM/008 - Avril 2021

MOT DU RÉDAC' CHEF

C'est un immense plaisir de vous retrouver pour ce nouveau numéro de la RIO qui fête déjà ses un an. Cette revue, c'est avant tout la vôtre ! Un moyen d'échanger, de partager, de se creuser les méninges mais également une manière de s'informer et de se former en toute détente.

Au vu de l'actualité en ce mois de mars 2022, je profite de cet éditorial pour vous faire part de notre préoccupation, notre inquiétude quant à la guerre en cours sur le vieux continent. Nos pensées vont aux victimes et à nos collègues médecins et soignants dans les hôpitaux de la région où les dégâts humains de la guerre se font visibles. La médecine n'a pas de camp, si ce n'est celui de l'intérêt général humain.

Bonne lecture et surtout, n'hésitez pas à nous contacter pour partager votre plume !

Paul Matte
Interne en oncologie médicale en Île-de-France
Rédacteur en chef de la RIO

LE BUREAU DE L'AERIO

La fin d'année 2021 aura vu beaucoup de changements au sein du bureau, avec le départ d'une partie de l'équipe car désormais séniors, et l'arrivée de la relève. Vous trouverez ci-dessous l'organisation du nouveau bureau.

Matthieu DELAYE
Président

Adrien ROUSSEAU
Vice-président Représentation

Baudouin COURTIER
Vice-président Formation

Matthieu ROULLEAUX DUGAGE
Trésorier

Quentin LAUNE
Représentation

Julie CHARTIER
Formation, Communication

Paul MATTE
Formation, RIO

Henri PLAIS
Partenariats

Adrien PROCUREUR
Outil numérique

Marc HILMI
Oncolab

Alice BOILÈVE
Oncolab

Natacha NAOUN
Oncolab

SOIRÉE DE FORMATION DE L'AERIO

Comme vous le savez (ou pas !), une des missions principales de l'AERIO, et qui ont motivé sa création initiale, est la formation continue des internes en oncologie. À raison d'environ 1 session par mois, ce sont des intervenants experts de chaque pathologie, qu'ils soient oncologues médicaux/radiothérapeutes, spécialistes d'organe, chirurgiens, anatomopathologistes ou 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.
Nous avons déjà réalisé plusieurs formations sur l'année universitaire 2021-2022 : onco-endocrinologie, Movember sur le cancer de la prostate, cancer œsogastrique, onco-immunologie et dernièrement sur les médicaments en oncologie.
L'occasion d'apprendre, mais aussi de rencontrer nos confrères internes d'autres spécialités.
Sous forme de cas cliniques interactifs ou de cours magistraux, le contenu dépend du sujet traité. Depuis la pandémie, ces soirées sont sous format vidéo à distance. À terme, elles évolueront en un format mixte : présentiel et à distance.
Les vidéos seront accessibles en ligne, aux adhérents de l'association, directement via le site internet de l'AERIO. Elles accusent actuellement un retard du fait du délai de création de la plateforme vidéo sur notre site. Cette dernière a fait peau neuve et vous permet désormais de trouver facilement les vidéos de formation en les cherchant par thème ou par année.
D'autres formats ont été développés depuis comme la revue que vous tenez dans les mains, mais aussi la revue de presse mensuelle, les semaines post-congrès ou thématiques, les évènements ou journées de formation et bientôt on l'espère des ateliers interactifs. Vous retrouverez toutes les informations sur nos réseaux, ou, si besoin, en nous contactant directement.

Programme prévisionnel des formations de l'AERIO pour la fin d'année scolaire

- **Avril 2022 :** Soirée autour du cancer de l'endomètre, localisé et métastatique (Pr Alexandre, Hôpital Cochin, Paris ; Pr Durdux, HEGP, Paris).
- **Mai 2022 :** Soirée best of de l'AERIO : les meilleurs articles, commentés par les meilleurs chefs de clinique et assistants fraîchement en poste, le tout avec des quiz interactifs !
- **Juin 2022 :** Soirée cancer du poumon, portant sur les addictions oncogéniques dans les adénocarcinomes, co-animée par les Pr Besse (oncologue médical à Gustave Roussy), Pr Wislez (pneumologue à l'hôpital Cochin, Paris) et le Dr Caramella (radiologue à l'Hôpital Marie-Lannelongue).

Ce planning peut être amené à être modulé d'ici la fin de l'année. D'autres projets sont également en cours et des informations les concernant arriveront au compte-goutte.
Pour le programme de l'année prochaine, n'hésite surtout pas à nous contacter si un sujet t'intéresse particulièrement et que tu trouves pertinent qu'on en fasse une soirée !

Baudouin Courtier,
pour l'équipe formation (avec Paul Matte et Julie Chartier)

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

Julien Vibert (Paris)
Julie Chartier (Paris)
Léah MaillyGiacchetti (Paris)
Matthieu Delaye (Paris)
Adrien Rousseau (Paris)
Pauline Corbeaux (Lyon)
Matthieu Roulleaux-Dugage (Paris),
Marc Nourrit (La Réunion)
Arnaud Saillant (Poitiers)
Adrien Procureur (Paris)

SÉLECTION D'ADRIEN R.

Adjuvant Palbociclib for Early Breast Cancer: The PALLAS Trial Results (ABCSG-42/ AFT-05/BIG-14-03)
Michael Gnant et al. JCO

Les inhibiteurs de CDK 4/6 ont amélioré le pronostic des patients avec un cancer du sein avancé, notamment le palbociclib qui, associé à une hormonothérapie, augmente la PFS dans trois essais contrôlés randomisés (Paloma). Les effets secondaires étaient principalement une neutropénie réversible, avec un profil de tolérance globalement bon. L'étude de phase trois PALLAS étudie le palbociclib en adjuvant.

Il s'agissait d'une étude de phase trois multicentrique randomisée, en ouvert, de financement industriel. Il existait un comité d'adjudication indépendant. La population source était les patients avec un cancer du sein de stade II ou III hormono-dépendant d'au moins 18 ans. Les patients devaient avoir terminé la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie si indiquée. La thérapie endocrinienne devait démarrer dans les 12 mois suivant le diagnostic. Il y avait une randomisation par blocs permutés, en 1 pour 1. Les patients recevaient soit deux ans de palbociclib avec l'hormonothérapie standard, soit l'hormonothérapie standard seule. Il existait une stratification sur le stade anatomique, la chimiothérapie adjuvante, l'âge et la région géographique. Le palbociclib était démarré à la dose de 125 mg/jour de J1 à J21 pour des cycles de 28 jours. L'hormonothérapie était donnée pour une durée de cinq ans. Le critère de jugement principal était la survie sans progression invasive. Les deux groupes étaient comparables. Il s'agissait principalement de stade IIB ou III, avec un T2 dans la moitié des cas, un envahissement ganglionnaire dans 87 % des cas, un grade I ou II dans 67 % des cas, une chimiothérapie adjuvante ou néoadjuvante dans 82 % des cas. Il y avait 50,4 % de femmes ménopausées. Il y avait 0,6 % d'hommes. En termes de résultats, il n'y avait pas de différence significative à quatre ans sur la survie sans progression invasive ni sur la survie globale, ni sur la survie sans récidive locorégionale. Ces résultats étaient globalement homogènes dans tous les sous-groupes. En termes d'effets secondaires, il y avait surtout plus de neutropénie, d'anémie, de thrombopénie, de fatigue, de nausées, d'alopécie et de diarrhée dans le groupe palbociclib. Ces résultats diffèrent de l'étude monarchE, qui avait montré un bénéfice en survie sans progression invasive pour les patients traités en adjuvant par abémaciclib.

Trastuzumab Emtansine Plus Pertuzumab Versus Taxane Plus Trastuzumab Plus Pertuzumab After Anthracycline for High-Risk Human Epidermal Growth Factor Receptor 2–Positive Early Breast Cancer: The Phase III KAITLIN StudyMichael Ian E. Krop, et al. JCO

Cette étude de phase 3, KAITLIN, comparait le trastuzumab-emtansine plus pertuzumab versus taxanes plus trastuzumab et pertuzumab après la chimiothérapie standard par anthracyclines pour les patientes avec un cancer du sein localisé HER2 + à haut risque N + et/ou T≥2). L'objectif était également de montrer la bonne tolérance, en maintenant une efficacité similaire, afin d'épargner les taxanes aux patientes. Il s'agissait d'un essai randomisé multicentrique en ouvert dans près de 288 centres. Il existait un comité d'adjudication indépendant en aveugle. Les patientes ont été randomisées en un pour un avec des permutations par blocs. Il existait une stratification par région, statut ganglionnaire, statut des récepteurs aux hormones, et type d'anthracycline. Les deux critères d'efficacité principaux étaient la survie sans progression invasive dans la population N+ et dans la population globale. Les deux populations étaient réparties de la même manière. Il s'agissait quasi exclusivement de femmes, avec un âge médian

à 51 ans, 60 % blanches, menopausées pour 46 % d'entre elles, avec principalement des tumeurs entre 2 et 5 cm (60 %), envahissement ganglionnaire dans 90 % des cas, récepteurs aux hormones positifs dans 55 % des cas, HER2 +++ dans 80 % des cas. À trois ans, il n'existait pas de différence en survie. Dans tous les sous-groupes l'effet était le même. En termes d'effets secondaires, il existait un nombre d'effets secondaires de grade III ou sérieux similaires dans les deux groupes. En revanche il y avait plus d'effets menant à l'arrêt des thérapies ou à une diminution de dose dans le groupe traité par trastuzumab-emtansine + pertuzumab. En termes de qualité de vie, celle-ci était significativement meilleure avec le groupe trastuzumab-emtansine pertuzumab.

Impact of Pain on Employment and Financial Outcomes Among Cancer Survivors Michael T. Halpern et al. JCO

Il s'agissait d'une analyse de base de données rétrospective, avec analyse multivariée pour estimer le rôle de la douleur dans le taux d'emploi et les caractéristiques financières des survivants au cancer. Seuls 43 % des adultes survivant de cancer ne rapportait aucune histoire douloureuse sur les sept derniers jours. Les individus qui reportaient des douleurs avaient une probabilité plus importante de moins bon emploi, de retraite précoce, de se sentir moins productifs et de manquer de confiance. Ceux qui avaient des douleurs étaient également plus à risque d'avoir des problèmes de dettes, et/ou d'incapacité à payer les factures médicales. Il y avait une relation dose effet entre la douleur et les conséquences socio-professionnelles.

SÉLECTION DE MATTHIEU

Adjuvant Pembrolizumab after Nephrectomy in Renal-Cell Carcinoma
Choueiri TK, et al. N Engl J Med. 2021

Il n'existe pas de traitement adjuvant ayant montré un bénéfice évident dans le cancer du rein, même à haut risque de récidive. Depuis l'étude S-TRAC, le sunitinib a une autorisation sur le marché américain mais pas ailleurs du fait d'un rapport bénéfice-tolérance insuffisant. Dans la KEYNOTE 564, étude de phase 3 randomisée, en double aveugle, muticentrique, internationale, le pembrolizumab est étudié contre placebo en adjuvant après néphrectomie chez des patients avec un cancer du rein à haut risque de récidive (tumeur de stade 2 avec grade 4 histologique ou une différenciation sarcomatoïde, ou tumeur de stade 3 ou plus, ou envahissement ganglionnaire). Etaient également inclus des patients avec une maladie oligométastatique dont l'intégralité de la maladie pouvait être résécable.

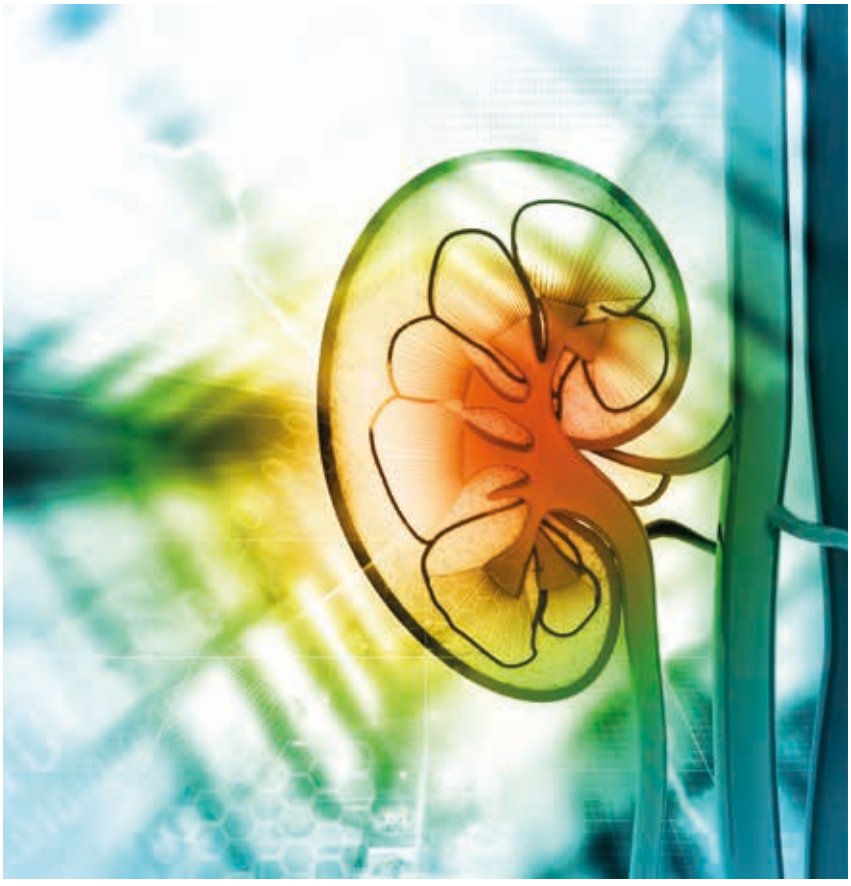
Les patients du bras expérimental recevaient du pembrolizumab à la dose de 300 mg toutes les 3 semaines jusqu'à progression, effet indésirable majeur ou jusqu'à un maximum de 17 cycles. Ce bras était comparé à un placebo.

Le critère de jugement principal de cette première analyse intermédiaire pré-spécifiée était la DFS. L'OS, la sécurité et des questionnaires de qualité de vie étaient également mesurés.

994 patients ont été inclus, dont 496 dans le bras expérimental. L'âge médian était de 60 ans. 86 % des patients avaient une maladie de risque intermédiaire à haut, 8 % à haut risque et 6 % avaient une maladie oligométastatique.

L'étude est positive sur son CJP avec une diminution du risque décès ou de récurrence de 32 %. Les récurrences étaient principalement à distance. Bien que l'OS médiane soit non atteinte, les premiers résultats en OS montrent un HR à 0,54. Dans les analyses en sous-groupes, le bénéfice est retrouvé chez les patients ayant une maladie oligométastatique malgré leur faible effectif. En revanche le bénéfice apparait surtout dans le sous-groupe avec un score combiné PD-L1 supérieur ou égal à 1. Les données de sécurité sont habituelles, avec 30 % d'effets secondaires de grade supérieurs à 3 dans le bras expérimental versus 19 % dans le bras placebo. Il n'y avait pas de décès toxique. Les données de qualité de vie sont également satisfaisantes avec une amélioration des scores FKSI-DRS et EORTC QLQ-C30.

Ainsi, le pembrolizumab pourrait s'imposer comme nouveau standard en adjuvant dans les cancers du rein à haut risque après néphrectomie, d'autant que la mise à jour faite à l'ASCO GU 2022 confirme ces résultats impressionnants. Il sera intéressant de regarder les critères retenus par les autorités dans leur autorisation.



Immune-mediated diseases associated with cancer risk
Ming-Ming He et al. JAMA oncol.

Le surrisque de cancer chez les patients atteints de maladies auto-immunes a été principalement mis en évidence dans des études rétrospectives. Il concernait avant tout des cancers primitifs des organes atteints par la maladie auto-immune : cancer colorectal dans les MICI, tumeurs des voies biliaires dans les cholangites sclérosantes primitives (CSP), CHC dans les hépatites auto-immunes etc. Néanmoins, un sur-risque de cancer « à distance » a été mis en évidence pour certaines pathologies comme les CHC chez les patients atteints d'une rectocolite hémorragique (RCH).

Cette étude s'inscrit dans une étude plus large de cohorte prospective anglaise, UK Biobank study, qui s'intéresse aux facteurs génétiques et environnementaux de cancers. Les auteurs ont étudiés la survenue de cancers chez les patients déclarant une maladie auto-immune.

Parmi les 478753 patients de la cohorte, 61496 (13 %) avaient au moins une pathologie auto-immune (l'asthme, la polyarthrite rhumatoïde et la RCH étaient les plus représentées).

La présence d'une pathologie auto-immune est associée à un risque plus important de cancer (HR : 1.08). Les auteurs confirment le sur-risque de cancer « local » pour un certain nombre de pathologie : CSP et tumeurs hépatobiliaires (HR : 42), hépatite auto-immune et CHC (HR 21.26) mais aussi asthme et tumeur bronchique (HR : 1.34)... Ils retrouvent également le sur-

risque « à distance » comme les cancers l'oropharynx dans les hépatites auto-immunes (HR 27.7), PTI et CHC (HR 11.96), Guillain-Barré et sarcome des tissus mous (HR : 11.17). Certaines associations étaient inverses avec, par exemple, une diminution du risque de cancer de la prostate en cas de polyarthrite rhumatoïde.

Les auteurs proposent plusieurs hypothèses pour expliquer ces variations du risque. Concernant les cancers « locaux », l'hypothèse est celle d'une inflammation chronique et d'une dysrégulation immunitaire favorable à la carcinogénèse. Concernant les cancers à distance, l'hypothèse proposée est celle d'une dysrégulation immunitaire, médiée en partie par un microbiote aberrant, le niveau de preuve le plus élevé concernant l'axe « gut-oral » pour le sur-risque dans le cancer de l'oropharynx dans les MICI. Un point relativement peu abordé, et c'est le défaut majeur de cette étude, concerne les prises médicamenteuses anti-inflammatoires et immunosuppressives. En effet, les traitements étaient simplement rapportés par les patients, avec les biais de déclaration que cela peut sous-tendre, sans notion de dose ou de durée. Bien que des ajustements aient été faits sur les médications, leur impact ne peut être réellement étudié du fait de l'imprécision de leur recueil. Les auteurs citent plusieurs articles rassurants sur le risque de cancer sous traitement anti-inflammatoire ou immunosuppresseur mais leur implication dans les résultats observés ne peut être écartée à l'heure actuelle.

Cette étude importante invite à la prudence chez les patients atteints de maladies auto-immunes et pousse à développer des surveillances particulières chez ces patients, certaines étant déjà réalisées actuellement, mais d'autres étant à discuter et développer.

TUMEURS RARES

GLIOBLASTOME DE L'ADULTE MUTÉ H3K27M

Épidémiologie

Bien qu'il s'agisse de la tumeur cérébrale primitive la plus fréquente, le glioblastome reste une tumeur rare et représente environ 3500 cas par an en France, avec une majorité d'hommes. La mutation H3K27M, fréquemment retrouvée dans les gliomes diffus du tronc de l'enfant, serait présente dans près de la moitié des gliomes centraux des jeunes adultes [1] et pourrait représenter 20 % des glioblastomes de l'adulte [2].

Biologie moléculaire

H3K27M est une mutation des histones dont l'altération épigénétique entraîne la stimulation de voies de prolifération cellulaire. Les glioblastomes présentant une mutation H3K27M ne sont pas méthylés MGMT [3]. Il existe fréquemment des co-mutations de TP53 ou PDGFR. En revanche cette altération est exclusive des mutations IDH1/2 et de la codélétion 1p19q qui peuvent procurer une meilleure survie [4].

Présentation clinico-radiologique

Si la présentation clinique est similaire par rapport à un glioblastome classique (hypertension intracrânienne, épilepsie, déficit focal), il semblerait que les localisations cérébelleuses soient beaucoup plus fréquemment H3K27M mutées [5].

Traitement

À l'heure actuelle le traitement est le même que celui des glioblastomes classiques, soit résection chirurgicale suivi d'une radiothérapie externe entre 54 et 60Gy concomitante au témozolomide, poursuivi pour 6 cycles en adjuvant [6]. Cependant, la localisation souvent centrale des glioblastomes H3K27M peut compromettre la solution chirurgicale, et l'absence de méthylation MGMT fait questionner l'intérêt du témozolomide.

Perspectives

L'ONC201 est un antagoniste sélectif des récepteurs dopaminergiques D2/3, de la famille des récepteurs couplées à une protéine G qui activent des voies de prolifération. Cette molécule a l'avantage de franchir la barrière hémato-encéphalique et d'exercer une activité antitumorale indépendante de P53 [7]. Elle a été testée sur une série de 7 adultes mutés, à la dose de 625mg par semaine [8]. Une réponse com-

plète en 3ième ligne a pu être observée, et le patient était toujours sous traitement (>17 mois). Un autre patient a pu obtenir une stabilité pendant plus de 12 mois. La tolérance semble être excellente, et une demande de traitement compassionnelle est possible pour les patients en situation d'impasse thérapeutique. Les autres approches innovantes comprennent un cancer vaccine [9] et des CAR-T cell dirigés contre H3K27M, où 3 des 4 patients traités ont présenté une amélioration clinique et radiologique [10].

Références

1. Solomon DA, Wood MD, Tihan T, et al. Diffuse Midline Gliomas with Histone H3-K27M Mutation: A Series of 47 Cases Assessing the Spectrum of Morphologic Variation and Associated Genetic Alterations. Brain Pathology 2016;26:569–80.
2. Lu VM, Akinduro OO, Daniels DJ. H3K27M mutation in adult cerebellar glioblastoma. J Clin Neurosci. 2020 Jan;71:316-317.
3. Cohen KJ, Pollack IF, Zhou T, et al. Temozolomide in the treatment of high-grade gliomas in children: a report from the Children's Oncology Group. Neuro-oncology 2011;13:317–23.
4. Wu G, Diaz AK, et al. The genomic landscape of diffuse intrinsic pontine glioma and pediatric non- brainstem high-grade glioma. Nature genetics 2014;46:444.
5. Schreck KC, Ranjan S, Skorupan N, et al. Incidence and clinicopathologic features of H3 K27M mutations in adults with radiographically-determined midline gliomas. J Neurooncol 2019.
6. Stupp R, Mason WP, van den Bent MJ, et al. Radiotherapy plus concomitant and adjuvant temozolomide for glioblastoma. N Engl J Med. 2005 Mar 10;352(10):987-96.
7. Madhukar Neel, Elemento Olivier, Benes Cyril, et al. D2-like dopamine receptor antagonism by ONC201 identified by confluence of computational, receptor binding, and clinical studies. Annual Meeting of the American Association for Cancer Research (AACR) 2016
8. Chi AS, Tarapore RS, Hall MD, et al. Pediatric and adult H3 K27M-mutant diffuse midline glioma treated with the selective DRD2 antagonist ONC201. J Neurooncol. 2019 Oct;145(1):97-105.
9. Chheda ZS, Kohanbash G, Okada K, et al. Novel and shared neoantigen derived from histone 3 variant H3.3K27M mutation for glioma T cell therapy. J Exp Med. 2018 Jan 2;215(1):141-157.
10. Majzner RG, Ramakrishna S, Yeom KW, et al. GD2-CAR T cell therapy for H3K27M-mutated diffuse midline gliomas. Nature. 2022 Feb 7.

Adrien Rousseau
Interne en oncologie médicale

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 !

SARCOMES GYNÉCOLOGIQUES

Les sarcomes gynécologiques sont des pathologies rares parmi lesquels la classification de l'OMS de 2014 reconnaît 4 formes principales : léiomyosarcomes, sarcomes du stroma endométrial (de bas et de haut grade), sarcomes indifférenciés de l'utérus, et adénosarcomes. Les autres formes, nombreuses, sont exceptionnelles. Les carcinosarcomes, qui seront évoqués en fin d'articles, sont maintenant rattachés aux tumeurs épithéliales utérines.
Les sarcomes représentent environ 3 % des cancers de l'utérus, majoritairement représentés par les léiomyosarcomes et les sarcomes du stroma endométrial.
L'âge médian se situe entre 50 et 70 ans mais on les rencontre à tous les âges chez l'adulte.
Il existe une disparité géographique, ces cancers étant 2 à 3 fois plus fréquents chez les femmes africaines (1).

Léiomyosarcomes

0.4/100 000 habitants en Europe du Nord, le plus souvent entre 45 et 59 ans **(2)**.

La prise en charge des formes localisées est chirurgicale. Les ovaires peuvent être préservés chez les femmes en âge de procréer (3 % de métastases ovariennes environ, souvent dans un contexte d'envahissement péritonéal) **(3-4)**.

Pas de curage en l'absence de point d'appel radiologique ou per-opératoire. En effet, les métastases ganglionnaires sont rares et surviennent habituellement dans un contexte de maladie déjà métastatique **(5)**.

Le taux de récidives après chirurgie est important, entre 50 et 73 %, avec une survie à 5 ans entre 15 et 50 %. Les récidives interviennent essentiellement au niveau pulmonaire, la récidive locale étant la deuxième en incidence. Le stade FIGO est l'élément pronostique essentiel, et parmi les stades I et II (maladie limitée au pelvis), la résection complète, la présence d'envahissement vasculaire et la quantité de mitoses sont les principaux éléments pronostiques **(6-8)**.

Pas de traitement adjuvant validé à ce jour dans des études de grande ampleur. Cependant tendance non significative à un bénéfice de la chimiothérapie en termes de récidive métastatique, notamment chez les patientes avec une pathologie limitée à l'utérus ou ses séreuses (stade I à IIIA) **(9-12)**. Pautier et al. retrouvent un bénéfice en survie sans récidive à 3 ans d'une chimiothérapie par 4 cure d'API (doxorubicine, cisplatine et ifosfamide), avec une tendance non significative à un bénéfice en survie totale **(10)**. Hensley et al. retrouvent un taux de survie sans récidive paraissant intéressant dans deux études mono-bras testant 4 cycles de gemcitabine et docetaxel plus ou moins suivis de 4 cycles de doxorubicine **(11-12)**.

Pas de bénéfice décrit de la radiothérapie adjuvante **(13)**.

En cas de métastases (notamment pulmonaires) résécables, la chirurgie doit être le traitement de première intention, avec un bénéfice en survie globale **(14-16)**. Des résections itératives semblent légitimes, et sont au moins à discuter notamment chez des patientes jeunes et en bon état général par ailleurs sur des maladies oligo métastatiques **(17)**.

Devant des pathologies avancées et métastatiques non résécables, les traitements les plus efficaces sont les associations de chimiothérapies, notamment :

- Ifosfamide et doxorubicine : Sutton et al. **(18)** rapportent 30 % de réponses objectives avec des doses relativement faibles de produit (Ifosfamide 5g/m² et Doxorubicine 50mg/m²).
- Gemcitabine et docetaxel : Hensley et al **(19)** rapportent 50% de taux de réponse avec une médiane de survie sans progression de 5.6 mois chez 34 patientes dont 16 pré-traitées par un protocole incluant de la doxorubicine.
- Doxorubicine et dacarbazine.

Une étude de phase III a été menée par Seddon et al. ne retrouvant pas de différence entre doxorubicine seule et docetaxel - gemcitabine **(20)**, avec des taux de survie sans progression de 46 % à 24 semaines et des médianes de survie sans progression de 23 semaines dans les deux groupes.

A noter que les résultats entre doxorubicine et ifosfamide et doxorubicine seule sont similaires dans les léiomyosarcomes, et que l'association doxorubicine-dacarbazine semble significativement meilleure que doxorubicine-ifosfamide. Les léiomyosarcomes sont a priori de mauvais répondeurs à l'ifosfamide (21-22) ce qui mène souvent à la prescription de doxorubicine en monothérapie ou d'une autre association.

En termes de mono-chimiothérapie, l'ifosfamide, la doxorubicine et le gemcitabine sont les plus efficaces, avec des taux de réponse entre 15 et 25 % (23-24).

La trabectidine est validée en 2ème ligne de traitement (dans un schéma administrant 1.5mg/m² toutes les 3 semaines plutôt que 0.58mg/m² toutes les semaines 3 semaines sur 4 qui semble moins efficace) (25).

Le pazopanib a été validé dans une étude multi-sarcome de patients largement pré-traités, avec un bénéfice en survie sans progression mais pas en survie globale (26).

Toujours chez les patients pré-traités, la dacarbazine, éventuellement en association avec la gemcitabine chez les patientes ne l'ayant pas déjà reçu, est une option (27).

Une étude de phase III comparant Dacarbazine et Eribuline a conclu à la supériorité de cette dernière, mais l'analyse en sous-groupe ne retrouvait pas de différence au sein des léiomyosarcomes (28).

Le paclitaxel, le cisplatine, l'étoposide et le topotécan en monothérapie ont des taux de réponse

Sarcomes du stroma endométrial

Sarcomes du stroma endométrial de bas grade

Les sarcomes du stroma endométrial de bas grade surviennent habituellement entre 40 et 55 ans, dans un cas sur deux en pré-ménopause (29).

Leur pronostic global est bien meilleur, avec une survie à 5 ans de 85 % et à 10 ans de 70 %, 100 % et 90 % si la tumeur est limitée à l'utérus (mais seulement 50 % en cas de tumeur de stade III ou IV (30)). Environ un tiers des patientes opérées récidive, parfois tardivement. La positivité des marqueurs hormonaux est un facteur de bon pronostic (1).

La chirurgie est le traitement de première intention si possible. Il n'existe pas de bénéfice et donc pas d'indication au curage ganglionnaire. La préservation ovarienne peut se discuter, mais le taux de récidive augmente alors très fortement (31).

Aucune indication à une chimiothérapie ou à une radiothérapie adjuvante. Les résultats sont conflictuels pour la radiothérapie, mais cette dernière reste difficile à proposer au vu de l'excellent pronostic global (1). Elle peut éventuellement se discuter en comité pluridisciplinaire dans des cas précis.

Intérêt possible (voire même probable) d'un traitement anti-hormonal adjuvant (32).

Dans les formes avancées et métastatiques, les traitements de première ligne sont des anti-hormonaux à base d'analogues de la progestérone ou d'inhibiteurs de l'aromatase (33-37).

Le Tamoxifène et les traitements hormonaux substitutifs sont contre-indiqués chez ces patientes du fait d'un sur-risque de récidive (36-37).

Sarcomes du stroma endométrial de haut grade

Âge médian entre 50 et 60 ans (1, 38).

Le pronostic est très différent des formes de bas grade, avec une survie à 5 ans d'environ 40 %, et une survie médiane de 1 à 2 ans.

Le traitement de première intention est la chirurgie, sans curage si les ganglions sont sains macroscopiquement et à l'imagerie. Pas d'indication à une hormonothérapie adjuvante.

La radiothérapie adjuvante n'est pas fermement recommandée mais quelques séries de cas sont en faveur et elle peut être discutée au cas par cas (39-40).

La chimiothérapie adjuvante n'est pas recommandée faute de données, à discuter selon les cas.

À la phase métastatique, pas de recommandation particulière par rapport aux sarcomes des tissus mous. La première ligne de traitement peut être de la doxorubicine, une association doxorubicine-ifosfamide ou doxorubicine-dacarbazine (très peu de données disponibles dans cette sous population) (41).

Sarcomes utérins indifférenciés

Les sarcomes utérins indifférenciés sont actuellement traités de manière similaire aux sarcomes du stroma endométrial de haut grade, bien qu'il n'y ait pas de continuum entre les deux entités.

Adénosarcomes

Le pic d'incidence se situe dans le 6ème ou la 7ème décennie mais il est possible à tous les âges (43). Ce sont des tumeurs épithélio-mésenchymateuses faites de tissu épithélial bénin et de tissu mésenchymateux malin. On parle d'adénosarcome avec overgrowth sarcomateuse si la composante mésenchymateuse est de haut grade et correspond à plus de 25 % du tissu total.

15-25 % de récidive, 45-70 % si overgrowth. Survie de 80 % mais seulement 20-30 % si présence d'overgrowth (1).

La chirurgie est ici encore le pilier du traitement si possible. L'extension ganglionnaire est rare et il n'existe pas de recommandation de curage. Pas de recommandation ferme concernant les annexes (1, 44).

Pas de bénéfice démontré des traitements adjuvants, et potentiel effet délétère de la radiothérapie (43-44).

Les adénosarcomes du col ont un meilleur pronostic que ceux du corps (30 % versus 5 % de récidives). La présence d'un pédicule tumoral est un facteur protecteur pour les formes cervicales et utérines. La présence de tissu hétérologue est un facteur péjoratif pour les formes cervicales, et la présence d'un envahissement lymphovasculaire est péjorative pour les formes utérines (44).

Il n'existe pas de recommandation forte pour les formes métastatiques ou avancées.

En présence d'overgrowth, la prise en charge est celle des sarcomes des tissus mous de haut grade. En l'absence d'overgrowth, elle repose notamment sur la positivité des récepteurs hormonaux.

Carcinosarcomes (actuellement classés comme carcinomes utérins)

Les carcinosarcomes sont constitués de deux contingents de tissu malin distincts mais intriqués, l'un épithélial, l'autre mésenchymateux. Ils surviennent habituellement dans la 9ème décennie (45).

Le traitement de première intention est chirurgical, avec annexectomie et curage ganglionnaire.

Ce sont des tumeurs extrêmement agressives, avec une survie à 5 ans d'environ 30 % (50 % dans les stades 1) (46).

De ce fait, les traitements adjuvants par chimiothérapie et radiothérapie sont validés dans cette indication, avec des protocoles à base de platine, de paclitaxel et d'ifosfamide (13, 47).

Dans les formes métastatiques ou non résécables, l'association carboplatine-paclitaxel est non inférieure à l'association ifosfamide-paclitaxel en première ligne avec une tendance vers une amélioration du pronostic (48).

Références

1. Sarcoma of the Uterus. Guideline of the DGGG and OEGGG (S2k Level, AWMF Register Number 015/074, February 2019)
2. Koivisto-Korander R, Martinsen JI, Weiderpass E, et al. Incidence of uterine leiomyosarcoma and endometrial stromal sarcoma in Nordic countries: results from NORDCAN and NOCCA databases. Maturitas. 2012 May
3. Nasioudis D, Chapman-Davis E, Frey M, et al. Safety of ovarian preservation in premenopausal women with stage I uterine sarcoma. J Gynecol Oncol. 2017 Jul
4. Kapp DS, Shin JY, Chan JK. Prognostic factors and survival in 1396 patients with uterine leiomyosarcomas: emphasis on impact of lymphadenectomy and oophorectomy. Cancer. 2008 Feb

5. Leitao MM, Sonoda Y, Brennan MF, et al. Incidence of lymph node and ovarian metastases in leiomyosarcoma of the uterus. Gynecol Oncol. 2003 Oct
6. Pelmus M, Penault-Llorca F, Guillou L, et al. Prognostic factors in early-stage leiomyosarcoma of the uterus. Int J Gynecol Cancer. 2009 Apr
7. Lasonos A, Keung EZ, Zivanovic O, et al. External validation of a prognostic nomogram for overall survival in women with uterine leiomyosarcoma. Cancer. 2013 May
8. Kapp DS, Shin JY, Chan JK. Prognostic factors and survival in 1396 patients with uterine leiomyosarcomas: Emphasis on impact of lymphadenectomy and oophorectomy. Cancer. 2008
9. Bogani G, Fucà G, Maltese G, et al. Efficacy of adjuvant chemotherapy in early stage uterine leiomyosarcoma: A systematic review and meta-analysis. Gynecol Oncol. 2016 Nov
10. Pautier P, Floquet A, Gladieff L, et al. A randomized clinical trial of adjuvant chemotherapy with doxorubicin, ifosfamide, and cisplatin followed by radiotherapy versus radiotherapy alone in patients with localized uterine sarcomas (SARCGYN study). A study of the French Sarcoma Group. Ann Oncol. 2013 Apr
11. Hensley ML, Ishill N, Soslow R, et al. Adjuvant gemcitabine plus docetaxel for completely resected stages I-IV high grade uterine leiomyosarcoma: Results of a prospective study. Gynecol Oncol. 2009 Mar
12. Hensley ML, Wathen JK, Maki RG, et al. Adjuvant therapy for high-grade, uterus-limited leiomyosarcoma: results of a phase 2 trial (SARC 005). Cancer. 2013 Apr
13. Reed NS, Mangioni C, Malmström H, et al. Phase III randomised study to evaluate the role of adjuvant pelvic radiotherapy in the treatment of uterine sarcomas stages I and II: an European Organisation for Research and Treatment of Cancer Gynaecological Cancer Group Study (protocol 55874). Eur J Cancer. 2008 Apr
14. Leitao MM, Brennan MF, Hensley M, et al. Surgical resection of pulmonary and extrapulmonary recurrences of uterine leiomyosarcoma. Gynecol Oncol. 2002 Dec
15. Levenback C, Rubin SC, McCormack PM, et al. Resection of pulmonary metastases from uterine sarcomas. Gynecol Oncol. 1992 May
16. Giuntoli RL 2nd, Garrett-Mayer E, Bristow RE, et al. Secondary cytoreduction in the management of recurrent uterine leiomyosarcoma. Gynecol Oncol. 2007 Jul
17. Weiser MR, Downey RJ, Leung DH, et al. Repeat resection of pulmonary metastases in patients with soft-tissue sarcoma. J Am Coll Surg. 2000 Aug
18. Sutton G, Blessing JA, Malfetano JH. Ifosfamide and doxorubicin in the treatment of advanced leiomyosarcomas of the uterus: a Gynecologic Oncology Group study. Gynecol Oncol. 1996 Aug.
19. Hensley ML, Maki R, Venkatraman E, et al. Gemcitabine and docetaxel in patients with unresectable leiomyosarcoma: results of a phase II trial. J Clin Oncol. 2002 Jun.
20. Seddon B, Strauss SJ, Whelan J, et al. Gemcitabine and docetaxel versus doxorubicin as first-line treatment in previously untreated advanced unresectable or metastatic soft-tissue sarcomas (GeDDiS): a randomised controlled phase 3 trial. Lancet Oncol. 2017 Oct
21. 21.Sleijfer S, Ouali M, van Glabbeke M, et al. Prognostic and predictive factors for outcome to first-line ifosfamide-containing chemotherapy for adult patients with advanced soft tissue sarcomas: an exploratory, retrospective analysis on large series from the European Organization for Research and Treatment of Cancer-Soft Tissue and Bone Sarcoma Group (EORTC-STBSG). Eur J Cancer. 2010 Jan
22. D'Ambrosio L, Touati N, Blay JY, et al. Doxorubicin plus dacarbazine,doxorubicin plus ifosfamide, or doxorubicin alone as afirst-linetreatment for advanced leiomyosarcoma: a propensity score match-ing analysis from the European Organization for Research andTreatment of Cancer Soft Tissue and Bone Sarcoma Group.Cancer.2020
23. Sutton GP, Blessing JA, Barrett RJ, et al. Phase II trial of ifosfamide and mesna in leiomyosarcoma of the uterus: a Gynecologic Oncology Group study. Am J Obstet Gynecol. 1992 Feb
24. Look KY, Sandler A, Blessing JA, et al. Phase II trial of gemcitabine as second-line chemotherapy of uterine leiomyosarcoma: a Gynecologic Oncology Group (GOG) Study. Gynecol Oncol. 2004 Feb
25. Demetri GD, Chawla SP, von Mehren M, et al. Efficacy and safety of trabectedin in patients with advanced or metastatic liposarcoma or leiomyosarcoma after failure of prior anthracyclines and ifosfamide: results of a randomized phase II study of two different schedules. J Clin Oncol. 2009 Sep
26. Van der Graaf WT, Blay JY, Chawla SP, et al. Pazopanib for metastatic soft-tissue sarcoma (PALETTE): a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. Lancet. 2012 May
27. Garcia del Muro X, Lopez-Pousa A, Maurel J, et al. Randomized phase II study comparing gemcitabine plus dacarbazine versus dacarbazine alone in patients with previously treated soft tissue sarcoma: a Spanish Group for Research on sarcoma study. J Clin Oncol. 2011

28. Schöffski P, Chawla S, Maki RG, et al. Eribulin versus dacarbazine in previously treated patients with advanced liposarcoma or leiomyosarcoma: a randomised, open-label, multicentre, phase 3 trial. Lancet. 2016
29. Chang KL, Crabtree GS, Lim-Tan SK, et al. Primary uterine endometrial stromal neoplasms. A clinicopathologic study of 117 cases. Am J Surg Pathol. 1990
30. Chan JK, Kawar NM, Shin JY, et al. Endometrial stromal sarcoma: A population-based analysis. Br J Cancer. 2008
31. Spano JP, Soria JC, Kambouchner M, et al. Long-term survival of patients given hormonal therapy for metastatic endometrial stromal sarcoma. Med Oncol. 2003
32. Amant F, De Knijf A, Van Calster B, et al. Clinical study investigating the role of lymphadenectomy, surgical castration and adjuvant hormonal treatment in endometrial stromal sarcoma. Br J Cancer. 2007 Nov
33. Yamaguchi M, Erdenebaatar C, Saito F, et al. Long-Term Outcome of Aromatase Inhibitor Therapy With Letrozole in Patients With Advanced Low-Grade Endometrial Stromal Sarcoma. Int J Gynecol Cancer. 2015 Nov
34. Cheng X, Yang G, Schmeler KM, et al. Recurrence patterns and prognosis of endometrial stromal sarcoma and the potential of tyrosine kinase-inhibiting therapy. Gynecol Oncol. 2011 May
35. Dahhan T, Fons G, Buist MR, et al. The efficacy of hormonal treatment for residual or recurrent low-grade endometrial stromal sarcoma. A retrospective study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2009 May
36. Pink D, Lindner T, Mrozek A, et al. Harm or benefit of hormonal treatment in metastatic low-grade endometrial stromal sarcoma: single center experience with 10 cases and review of the literature. Gynecol Oncol. 2006 Jun
37. Thanopoulou E, Aleksic A, Thway K, et al. Hormonal treatments in metastatic endometrial stromal sarcomas: the 10-year experience of the sarcoma unit of Royal Marsden Hospital. Clin Sarcoma Res. 2015 Mar
38. Nomonde Mbatani, Alexander B. Olawaiye, Jaime Prat. International journal of ginecolgy and obstetrics. 2018 Oct
39. UK guidelines for the management of soft tissue sarcomas. Dangoor A, Seddon B, Gerrand C, Grimer R, Whelan J, Judson I.2016 Nov.
40. Schick U, Bolukbasi Y, Thariat J. Outcome and prognostic factors in endometrial stromal tumors: a Rare Cancer Network study. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2012
41. A. Gronchi, A.B. Miah, A.P. Dei Tos et al., on behalf of the ESMO Guidelines Committee, EURACAN and GENTURIS. Soft Tissue and Visceral Sarcomas. 2021
42. Clement PB, Scully RE. Mullerian adenosarcoma of the uterus: A clinicopathologic analysis of 100 cases with a review of the literature. Hum Pathol. 1990
43. Seagle B L, Kanis M, Strohl A E. Survival of women with Mullerian adenosarcoma: A National Cancer Data Base study. Gynecol Oncol. 2016
44. Uterine and Cervical Adenosarcoma: A Retrospective Study of Overall Oncologic Outcomes and Fertility Preservation in Early Stage Disease. Zhen Yuan et al. Sept 2019
45. Ferguson SE, Tornos C, Hummer A, et al. Prognostic features of surgical stage I uterine carcinosarcoma. Am J Surg Pathol. 2007
46. George E, Lillemoe TJ, Twiggs LB, et al. Malignant mixed mullerian tumor versus high-grade endometrial carcinoma and aggressive variants of endometrial carcinoma: A comparative analysis of survival. Int J Gynecol Pathol. 1995
47. Homesley HD, Filiaci V, Markman M, et al. Phase III trial of ifosfamide with or without paclitaxel in advanced uterine carcinosarcoma: A Gynecologic Oncology Group study. J Clin Oncol. 2007
48. Powell MA, Filiaci VL, Hensley ML et al. Randomized Phase III Trial of Paclitaxel and Carboplatin Versus Paclitaxel and Ifosfamide in Patients With Carcinosarcoma of the Uterus or Ovary: An NRG Oncology Trial. J Clin Oncol. 2022 Jan

Dr Loïc Jaffrelot
Chef de clinique en oncologie médicale
Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris

RECHERCHE : PRÉSENTATION DE L'APPLICATION ONCOLAB

Oncolab, quésako ?

Pour vous aider à mener vos premiers travaux de recherche, l'AERIO s'est mobilisée pour mettre au point un outil à votre service : l'application Oncolab ! Il s'agit d'une application créée par des internes pour les internes mais aussi pour les jeunes chefs et assistants et développée par notre partenaire 360 Medics.

Elle permet le partage de sujets de recherche par des seniors pour des jeunes oncologues motivés à s'investir. Le tout assorti d'un suivi de la réalisation de ces projets par un comité pédagogique, composé de membres de l'AERIO et d'enseignants.

Pour quoi faire ?

Suite à une enquête de l'AERIO en 2019 (https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2019.02.009), le constat est sans appel : malgré une forte envie de s'investir en recherche, seule une minorité d'internes avait pu concrétiser au moins un travail de recherche pendant son internat. Le manque de temps mais aussi le manque de sujets et d'encadrants disponibles sont les principaux obstacles.

De plus, avec la mise en place de la réforme du 3ème cycle et la modification de la maquette de notre DES, il est obligatoire d'avoir soumis ou publié au moins un travail original dans une revue à comité de lecture à la fin de l'internat.

Comment ça marche ?

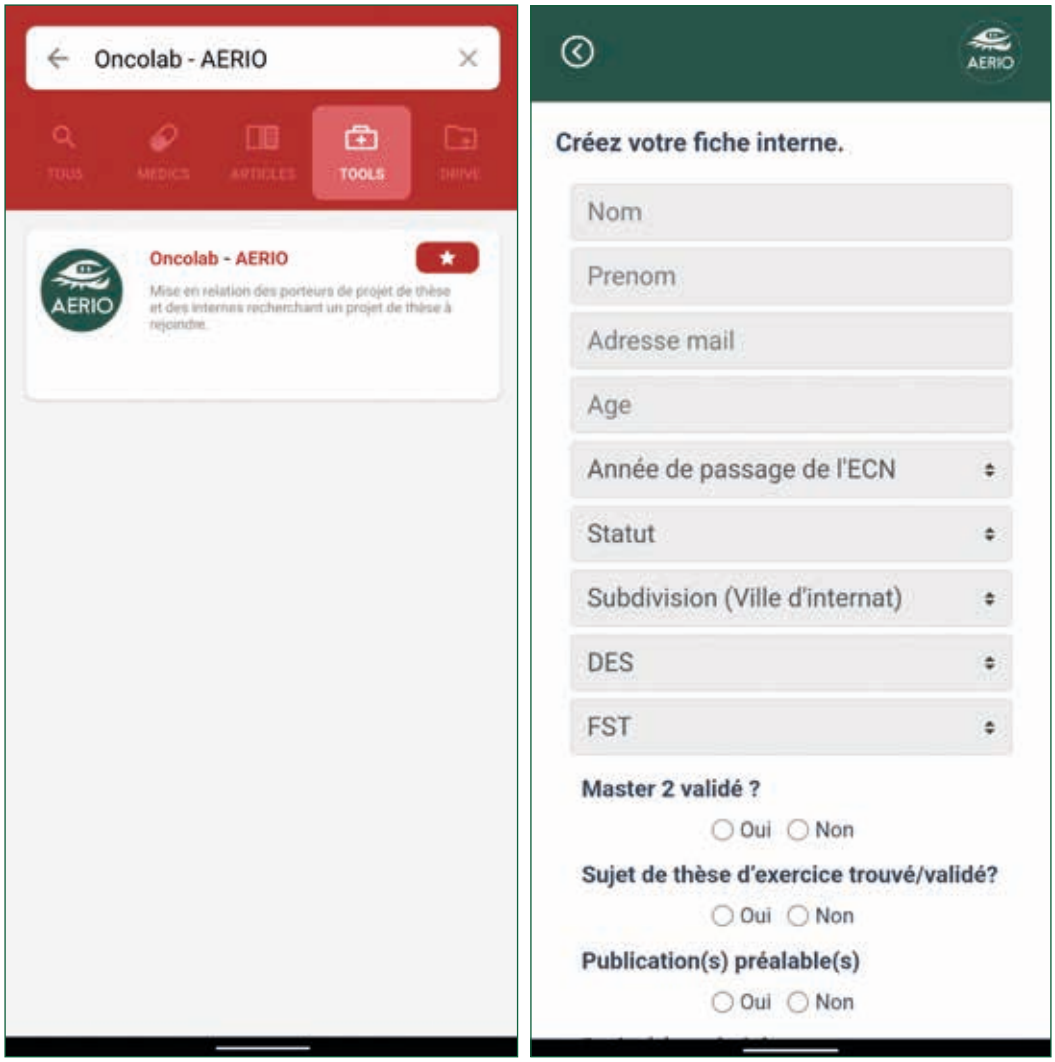
Nous avons sollicité l'ensemble des enseignants et des groupes coopérateurs afin qu'ils nous communiquent des projets n'ayant pas encore pu être menés à bien. Ces sujets sont ensuite publiés sur l'application et classés par thématiques d'intérêt. De votre côté, vous êtes invités à créer un profil sur l'application avec le type de travaux et les thématiques qui vous intéressent. En fonction de cette recherche, l'application vous proposera des sujets adaptés. Vous pouvez candidater au projet qui vous correspond et le comité pédagogique Oncolab s'occupera de vous mettre en relation avec le porteur du projet. Attention, s'il s'agit d'un projet de thèse, le lien devra également être fait avec votre coordonateur local de DES.

Pour qui ?

Tous les internes, dès le premier semestre (il y aura également des projets simples disponibles) mais aussi les jeunes chefs et assistants. L'application permet également de constituer des groupes d'internes autour d'un même projet pour augmenter sa puissance, par exemple en organisant un recueil multicentrique.

Comment y accéder ?

Pour créer votre profil, vous devez passer par l'application 360 Medics si vous ne l'avez pas encore téléchargée. L'appli est gratuite et vous permet également de profiter de l'outil 360 Medics (base de données médicament notamment). Une fois votre compte créé, l'appli Oncolab-AERIO est accessible par simple recherche et vous pourrez compléter votre profil en un clic !



Une question sur l'appli et son fonctionnement ?
Écrivez-nous à aerio.oncolab@gmail.com :)

L'application doit être fonctionnelle au printemps 2022.
Suivez-nous de près pour suivre son lancement !

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.

Internes de phase socle en oncologie

Deux articles, complémentaires l'un de l'autre, et publiés côte à côte dans le même journal, ont relayé le ressenti et les attentes des internes en phase socle en oncologie.

- Le premier **[1]**, présente les résultats d'un questionnaire distribué aux internes en phase socle d'oncologie de 2020. Il se concentre sur les motivations qui ont orienté l'interne vers l'oncologie, ainsi que sur les souhaits, craintes et questionnements futurs. Il montre notamment que le choix entre oncologie médicale et oncologie radiothérapie est indéfini en début de cursus et que la recherche clinique intéresse une majorité des internes. Il montre également que le temps de travail rapporté est en majorité supérieur aux 48h légales et que l'accès aux demi-journées de formation est très limité.
- Le second **[2]**, présente le résultat d'un questionnaire soumis aux 3 premières promotions d'internes en phase socle depuis la réforme du 3ème cycle. Il se concentre sur les aspects de la formation théorique et pratique reçue. Il met notamment en évidence une grande hétérogénéité dans l'organisation des cours locaux en fonction de la ville d'internat, une adhérence mitigée aux cours sur la plateforme SIDES NG et un accès très limité aux deux demi-journées de formation.

(1) Hilmi M, Ashton E, Delaye M, Giraud P, Neuzillet C, Spano JP, Gligorov J, Ollivier L, Rousseau A, Naoun N, Boilève A. Objectifs, motivations et difficultés des internes en phase socle en oncologie. Bull Cancer. 2021 Nov 19:S0007-4551(21)00444-6.
(2) Cren PY, Chartier J, Penel N, Huguet F, Spano JP, Ollivier L, Delaye M, Turpin A. La phase socle en oncologie : retour d'expérience sur les trois premières années d'application de la réforme du troisième cycle. Bull Cancer. 2022 Feb 4:S0007-4551(22)00039-X.

Recommandations sur le cancer du sein localisé

L'AERIO a participé, aux côtés d'autres associations et sociétés savantes, à l'élaboration des recommandations de l'INCA concernant les traitements locorégionaux des cancers du sein infiltrant non métastatiques **[1]**.

(1) © Traitements locorégionaux des cancers du sein infiltrants non métastatiques, Collection Recommandations et référentiels, octobre 2021.

Internat en oncologie en Outre-Mer français

L'internat en oncologie dans les DOM-TOM est très confidentiel et peu d'internes ont été formés ces dernières années. Pourtant, il connait certaines particularités qui le rendent intéressant et dynamique. Il existe, de plus, un enjeu majeur de démographie médicale sur ce territoire. L'AERIO, en tant qu'association de tous les internes en oncologie français, a travaillé aux côtés des équipes universitaires et d'anciens internes de ces subdivisions sur un article de présentation de l'internat en oncologie en Outre-Mer français **[1]**.

(1) Issoufaly I, Andraud M, Lonca L, Gignoux P, Nourrit M, Bougas S, Escarmant P, Ducreux M, Encaoua J, Delaye M, Khettab M. L'internat d'oncologie en Outre-Mer français. Bull Cancer. 2022 Jan 20:S0007-4551(22)00002-9. French.

Utilisation de Twitter en oncologie

Ce travail **[1]** présente le résultat d'un questionnaire adressé aux internes en oncologie et en hématologie concernant le rôle que peut avoir Twitter dans leur formation. Il apparait que plus des deux tiers des internes interrogés n'utilisent pas le réseau social. Ceux qui l'utilisent, le font rarement et ne publient que peu leurs propres messages, préférant plutôt le retweet. Ils suivent principalement des experts internationaux, des journaux médicaux ou des sociétés savantes.

(1) Roulleaux Dugage M, Naoun N, Bommier C, Michalet M, Loriot Y, Blanchard P, Hilmi M, Soria JC. Twitter as a Medical Media Among French Young Oncologists: Results from a National Survey. J Cancer Educ. 2021 Nov 26:1–6.

Soins de support / soins palliatifs et internes en oncologie

Cette tribune libre **[1]** récapitule l'évolution des attentes des internes concernant leur formation sur les soins de support et soins palliatifs. Si cet enseignement est abordé tôt dans le cursus de l'interne en oncologie, il manque de constance par la suite. Les questions d'intégration précoce des soins palliatifs sont peu enseignées. De plus, les formats d'enseignements type serious game sont rares et ne sont que le fait d'initiatives locales.

(1) Peinoit A, Delaye M, Naoun N. Évolutions des attentes et de l'intérêt pour les soins de support des internes en oncologie français. Bull Cancer. 2021 Oct 20:S0007-4551(21)00377-5

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 **[1-5]** et d'autres vont l'être dans les prochaines semaines.

(1) Lemaître J, Watson S. Nouvelles AMM : ripretinib dans le traitement des GIST avancées à partir de la quatrième. Bull Cancer. 2022 Jan 27:S0007-4551(22)00017-0.
(2) Croizier C, Van de Wyngaert Z. Nouvelle AMM : l'idecabtagene vicleucel dans le myélome multiple en rechute ou réfractaire après au moins 3 lignes de traitements. Bull Cancer. 2022 Jan 18:S0007-4551(21)00686-X.
(3) Quesada S, Vaflard P. Nouvelle AMM européenne : nivolumab en association à la chimiothérapie en première ligne de traitement de l'adénocarcinome de l'œsophage HER2-négatif avec une expression de PD-L1 (CPS≥5). Bull Cancer. 2022 Jan 4:S0007-4551(21)00576-2.
(4) Nsiala L, Chalopin T. Nouvelle AMM : le sélinexor pour le traitement des patients triple-réfractaires atteints de myélome multiple. Bull Cancer. 2022 Jan;109(1):6-7. French. doi: 10.1016/j.bulcan.2021.06.018. Epub 2021 Nov 29. PMID: 34857363.
(5) Laune Q, Brosseau S. Nouvelle AMMs européenne : nivolumab et ipilimumab pour le mésothéliome pleural malin non résécable en première ligne. Bull Cancer. 2021 Nov 27:S0007-4551(21)00437-9.

Participer à la recherche avec l'AERIO

Interne ou chef, il existe de multiples façons d'être aidé dans ses projets de recherche aux côtés de l'AERIO.

1

Oncolab

Retrouvez prochainement Oncolab. Ce module intégré à l'application de l'AERIO, créée avec le soutien de 360 medics, permet la mise en relation d'internes intéressés par des projets de recherche avec des seniors qui ont des projets de recherche à proposer. Un système de sélection des projets et de supervision permet de garantir que les projets proposés seront réalisables et réalisés par l'interne. A retrouver prochainement !

2

La Revue des AMMs

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

3

Soirées sur la thématique de la recherche

L'AERIO organise régulièrement des soirées de formation sur la recherche, sous forme de semaines de la recherche (2021) ou de soirées pratico-pratiques (Utilisation de Pubmed, Zotero ...). Surveillez bien nos évènements !

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Nous vous proposons une nouvelle rubrique consacrée à l'histoire de la médecine. Pourront être abordés : histoire d'une molécule ou d'une technique, figure historique de la médecine, pratique de la médecine à une certaine période, évènements marquants de l'histoire de la médecine, etc.
L'objectif est de comprendre d'où viennent certaines pratiques actuelles, de prendre du recul sur l'oncologie moderne et aussi de se cultiver, tout simplement.

Marie Curie

Courte biographie

Naissance à Varsovie en 1867.

Arrivée à Paris en 1891. Débute des études de physique à la faculté de Sciences de Paris.

Rencontre de Pierre Curie en 1894, ils sont alors collègues.

Découverte des rayons X par Wilhelm Röntgen en 1895. Marie Curie consacre sa thèse à ces rayonnements, notamment ceux produits par l'uranium.

Découverte du polonium puis du radium (1898).

Prix Nobel de physique en 1903.

Première femme directrice de laboratoire universitaire (1904) puis première femme professeure à la Sorbonne.

1906 : Mort de Pierre Curie d'un accident de la route.

1911 : Prix Nobel de Chimie.

1909-1914 : Création de l'institut du Radium, consacré à la recherche médicale contre le cancer et à son traitement par radiothérapie, avec Claudius Regaud.

Mobilisation pendant la grande guerre : Participe à la conception de dix-huit unités chirurgicales mobiles, des « ambulances radiologiques ».

Par la suite, poursuite de ses travaux à l'institut du Radium et à sa participation à la recherche internationale.

1934 : Décès d'une leucémie radio-induite.

L'institut du Radium

Il est conçu d'un projet commun entre l'institut Pasteur et la faculté de sciences de Paris.
Il regroupe une structure de recherche en physique-chimie et en biologie. Son objectif est "à la fois aux recherches sur les phénomènes de radioactivité et à l'étude de l'application de ces phénomènes aux maladies." Initié en 1909, il est fini en 1914. Il est initialement co-dirigé par Marie Curie et Claudius Regaud.
Il doit fermer pendant la grande guerre.
Son développement après-guerre suit la prise de conscience (inter)nationale sur le besoin de développer la recherche contre le cancer.
L'institut endosse une activité clinique avec l'accueil de patientes.
Il développe par exemple la radium-(curie)-thérapie.
Irène Joliot-Curie, fille de Marie Curie, prend la direction de l'institut. Ce dernier va se développer sur d'autres site comme à Orsay en parallèle du développement de nouvelles compétences jusqu'à devenir l'institut Curie, fusion entre la fondation Curie et l'institut du radium en 1978.

Famille

Marie et Pierre Curie donnent naissance à deux filles :

- Irène Joliot-Curie, qui dirige l'institut du radium et qui reçoit le prix Nobel de chimie avec son époux, Frédéric Joliot-Curie (1935) ;
- Ève Curie, qui travaillera dans la diplomatie et l'administration.

Héritage aujourd'hui

L'héritage de Marie Curie dans la médecine et la science d'aujourd'hui est majeur. Ses travaux ont directement participé au développement de la radiothérapie et l'institut du radium, devenu l'institut Curie, est un centre d'importance du traitement et de la recherche contre le cancer. Les applications de ses travaux dépassent d'ailleurs largement le cadre de la médecine.
Marie Curie a également fait évoluer la place de la femme en science. Elle est la première docteure puis professeure en médecine à l'université de la Sorbonne, la première femme à recevoir un prix Nobel et la seule à en avoir reçu deux. Elle est enfin la première femme à reposer au Panthéon. L'influence qu'elle avait de son vivant, au niveau national et international perdure toujours aujourd'hui.

Pour aller plus loin

Le musée Curie : sur le site du Campus Curie, Paris 5ème. Ce musée est accessible librement.
Lecture : Madame Curie d'Eve Curie.

PRÉSENTATION D'UNE ASSOCIATION : TACFA

Tutorat associatif pour des conférences en FASM

Chères collègues et chers collègues,

La réforme du deuxième cycle (R2C) des études médicales vient d'être initiée cette année et apporte son lot de nouveauté dans l'apprentissage des connaissances et leur restitution, modifiant drastiquement les modalités de classement des étudiants à l'issue de ce deuxième cycle. En effet, là où nous étions jugés, et classés, sur un unique concours, les étudiants actuellement en DFASM1 seront classés selon des épreuves écrites : l'EDN (Examen Dématérialisé National, comptant pour 70 % de la note), des épreuves pratiques : les ECOS (Examens Cliniques Objectifs et Structurés, comptant pour 20 % de la note) et leur parcours (10 % de la note). La deuxième grande différence tient au fait qu'il existera pour ces étudiants plusieurs classements : un pour chaque groupe de spécialité définie dont la liste a été officiellement publiée.

Ces EDN, même s'ils semblent proche dans leur déroulé des ECN, présentent plusieurs différences :

- De nouvelles modalités d'évaluation avec le retour des QROCs mais aussi des « zones à pointer », tests de concordances de scripts (TCS), Key-features Problem (KFC).
- Une pondération des questions en :
  - **Rang A :** Notion que tout médecin doit connaître et qui sera pondéré de la même façon pour l'ensemble des étudiants. Néanmoins les étudiants devront avoir une note minimale de 14/20 à l'ensemble de ces questions taguées rang A.
  - **Rang B :** Notion qu'un néo-interne doit connaître au début de son internat. Ces questions auront une pondération différente selon le groupe de spécialité citée ci-dessus. (Par exemple, une question sur le lupus vaudra plus de point pour un interniste que pour un orthopédiste, inversement sur une question portant sur la fracture de l'épiphyse proximale du fémur).

De cette réforme et de ces nouvelles modalités docimologiques nous est venue l'idée de proposer des conférences de préparation nationales, gratuites et dématérialisées pour les étudiants actuellement en DFASM1 (dans un premier temps). Cela permettant une formation :

- Gratuite
- Équitable
- De bonne qualité
- De façon complémentaires aux initiatives locales, notamment facultaires

Ce projet a reçu le soutien de la Conférence des Doyens de Médecine après présentation à cette dernière le 08/12/2021 avec volonté d'un accompagnement universitaire de ces conférences et donc une validation officielle de ces dernières. Par ailleurs, nous avons reçu le plein soutien de l'UNESS qui s'engage à nous permettre d'utiliser la plate-forme de façon autonome avec un onglet dédié, renforçant la qualité de ces conférences mais aussi asseyant leur statut de préparation agréée par les Universités. Et enfin, ce projet a reçu le soutien du président de la CNCEM (Coordination Nationale des Collèges d'Enseignants en Médecine), le Professeur Luc Mouthon.

Mise en place

Ce projet a pour ambition de proposer 40 conférences étalées sur l'année de DFASM1 + DFASM2 associées à une vingtaine de conférences dites de « synthèse ».

Les étudiants souhaitant participer aux conférences, gratuitement, pourront alors réaliser ces dernières :

- Semaine/semaine en temps limité. Nous pourrons être amenés dans l'évolution du programme de conférences à proposer plusieurs « menus » c'est-à-dire des parcours de conférences différents pour permettre de coller au maximum aux cours facultaires. (Figure 1).
- À tout moment et autant de fois qu'ils le souhaitent grâce à la plateforme de l'UNESS et l'enregistrement des conférences.

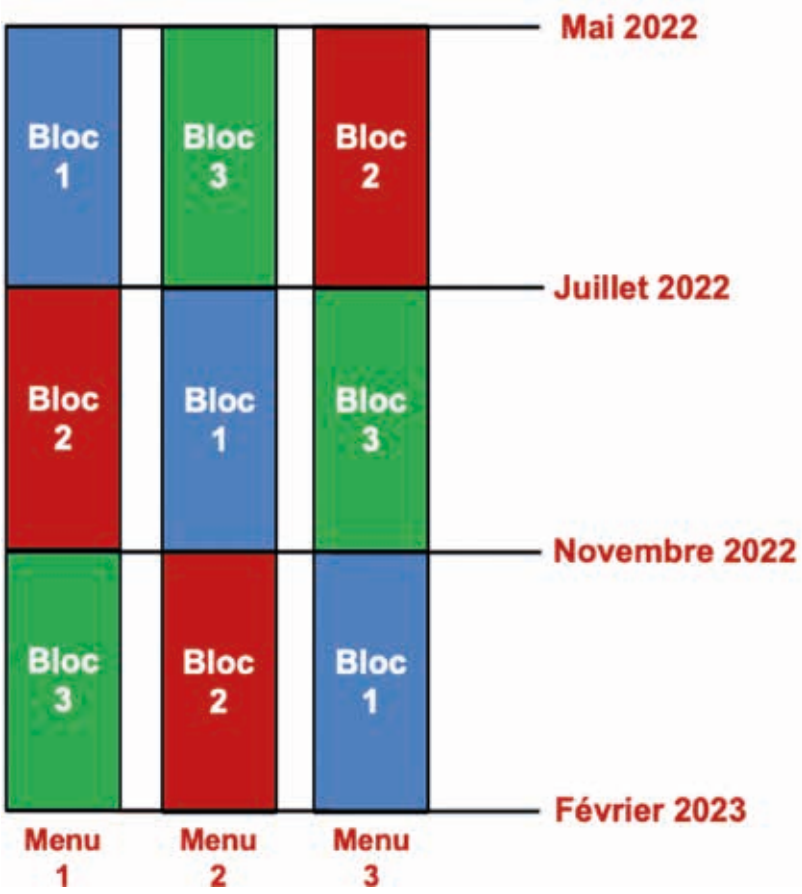


Figure 1 - Exemples de « Menu », chaque bloc correspondant à des spécialités différentes

Recrutement

Ce projet, national, nécessite donc le recrutement d'acteurs, bénévoles, investis dans la pédagogie et souhaitant contribuer à ces conférences. Nous recherchons donc des internes et jeunes chefs souhaitant participer à :

- L'encadrement des conférences de sa spécialité : « Responsable de spécialité ».
- La rédaction des sujets : « Rédacteur ».
- L'animation des conférences de sa spécialité : « Conférencier ».
- Des avis d'experts : aide à l'apport et l'interprétation d'iconographie ou de situations (examens de biologies, d'histologie, d'imagerie médicale, ...) : « Expert ».
- Rôle dans le bureau de l'association : « Membre du bureau ».

Les rôles peuvent être, dans la limite de leur importance, cumulatifs. Le nombre de personnes recrutées dépendra de l'importance de la spécialité, en termes de nombre d'items et donc de volume de connaissances à connaître. Le recrutement se fera après réception de l'ensemble des candidatures avec une première étape de sélection puis éventuellement des entretiens non formalisés. Pour candidater, il suffit de remplir le questionnaire au lien suivant (temps de réponse très court) :

https://forms.gle/7QkjNrekJ12XDE4J7

En restant à votre disposition pour répondre à vos interrogations et vous remerciant par avance de vos candidatures.

Alexandre DEGACHI
Président
et Fondateur de TACFA
alexandre.degachi@gmail.com

Kevin CHEVALIER
Secrétaire général
et Fondateur de TACFA
kevin.chevalier@aphp.fr

Yannick BINNOIS
Trésorier
et Fondateur de TACFA
yannick.binois@gmail.com

RÉSEAU PRO SANTÉ

VOTRE RÉSEAU SOCIAL PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

DES MILLIERS D'OFFRES POUR VOUS

RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR
INSCRIPTION GRATUITE

resah idf
pôle emploi
UniHA
FEHAP

01 53 09 90 05 CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode

Annonces de Recrutement

institut Curie

ASSISTANT EN ONCOLOGIE RADIOTHÉRAPIE

Le département d'Oncologie radiothérapie (DOR) de l'Institut Curie (membre de Unicancer) est composé de 3 sites franciliens (Paris 5ème, Saint-Cloud et Orsay).

MERCI D'ENVOYER VOTRE CV AVEC UNE LETTRE DE MOTIVATION À :
Prof. Gilles CRÉHANGE, Chef de département d'oncologie radiothérapie
Email : **gilles.crehange@curie.fr**
Téléphone : **01 72 38 94 45**

NOTRE PLATEAU TECHNIQUE

- 10 accélérateurs linéaires de particules :
  - 3 Halcyon (Varian)
  - 1 Novalis TrueBeam (Varian)
  - 3 Truebeam (Varian)
  - 3 Clinacs (Varian) équipés avec CBCT, Rapidarc, Exactrac
- 1 cyclotron à Orsay pour la protonthérapie avec 3 salles de traitement dont 1 gantry (IBA).
- 1 appareil de radiothérapie de contact XStrahl 200.
- 3 scanners de simulation.

Réseau informatique Aria.
Dosimétrie Eclipse, Pinnacle, Dosisoft.

Techniques de traitement utilisées : DIBH, spirométrie, sein en décubitus latéral, stéréotaxie intra et extracranienne, repositionnement surfacique.
Centre de recours pour les réirradiations.

Le plateau de curiethérapie comporte 1 projecteur HDR et 2 projecteurs PDR et dispose de grains d'iode 125 ainsi que de plaques d'iode avec une activité majoritaire de curiethérapie de prostate par implants permanents de grains d'iode 125 (200/an), curie gynécologique (60/an), curiethérapie ophtalmique (50/an), curie de peau, curie de verge et curie du canal anal.

Activité clinique : Le DOR traite plus de 5500 nouveaux patients/an en radiothérapie externe et plus de 600 patients/an en protonthérapie.

L'équipe médicale est constituée de 21 praticiens, 9 Chefs de clinique – Assistants (26,8 ETP), 15 physiciens, 14 dosimétristes. Le département accueille chaque semestre 13 internes en formation.

PROFIL DE POSTE

Pour NOVEMBRE 2022 ; nous proposons 2 postes d'assistant sur le site de Paris et 1 poste d'assistant sur le site de Saint-Cloud et 1 poste partagé Paris/Orsay pour 1 an (renouvelable). Une participation à l'enseignement du DOR est possible ainsi qu'une participation aux activités de recherche fondamentale en lien avec le Centre de Recherche ou de recherche clinique.

Vous êtes intéressés pour travailler au sein d'une équipe dynamique et avoir accès à un plateau technique performant, aux laboratoires de recherche de l'Institut Curie, dans une institution avec des moyens constants pour développer de la recherche ? **Contactez-nous !**

LE CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES
Hôpital André Mignot
au Chesnay-Rocquencourt

RECRUTE
UN ONCOLOGUE MÉDICAL PRATICIEN CONTRACTUEL
temps plein, évolutif en poste de Praticien Hospitalier

Le Centre Hospitalier de Versailles, établissement support du GHT Yvelines Sud, est un Centre Hospitalier de proximité et de recours, dont l'activité s'exerce sur trois sites principaux : André Mignot, Richaud et Despagne.

Le site André Mignot, au Chesnay, siège de l'établissement, regroupe les activités de médecine, chirurgie, maternité et de psychiatrie, dont certaines lui valent une notoriété régionale, voire nationale. Le site Richaud constitue le pôle Gérontologique du CHV et regroupe les services de SSR, un Hôpital de jour SSR, une Consultation Mémoire labellisée, des Consultations Gériatriques spécialisées, un EHPAD de 132 places dont 45 places en unité Alzheimer et une équipe mobile gériatrique. Le site Despagne accueille les activités de santé publique et médico-sociales de l'établissement (UMJ, CSAPA, CAMSP).

D'une capacité de 813 lits et places dont 554 de MCO, le Centre Hospitalier de Versailles compte 2 970 collaborateurs dont 376 ETP médicaux, pour un budget d'exploitation consolidé de 301M€ et un montant d'investissement de 8.5M€ en 2020. L'ensemble des équipes médicales et soignantes du Centre Hospitalier de Versailles est organisé au sein de 7 pôles cliniques.

Le service d'oncologie médicale du CHV s'est détaché récemment du service d'hématologie. Nous partageons l'HDJ avec l'hématologie (40 places par jour) ; un grand plateau d'HDJ thérapeutique, rénové et élargi, doit ouvrir en janvier 2023. L'ouverture d'une unité d'hospitalisation d'oncologie est prévue ; actuellement, les locaux sont partagés avec l'hématologie : 19 lits en chambres seules, avec 5 lits identifiés « soins palliatifs », un plateau de consultations externes. Une grande attention a été donnée à la fois aux soins de supports : une équipe d'infirmières d'annonce et de pratiques avancées (pour le suivi des thérapies orales), une équipe mobile de soins palliatifs, une consultation douleur ; mais également à la recherche clinique avec une Délégation à la Recherche clinique et à l'Innovation.

L'équipe d'oncologie médicale prend en charge toutes les spécialités d'oncologie médicale, hormis les cancers thoraciques traités en pneumologie et les tumeurs cérébrales prises en charge en neurologie. Nous souhaitons donner à chacun la place de s'épanouir dans les spécialités qui lui conviennent le mieux. Actuellement l'équipe se compose de 2.5 PH, 2 PHC, un PAA, et nous recherchons à renforcer l'équipe. Le service est agréé pour recevoir des internes. Le travail s'organise autour de la salle, l'hôpital de jour et les consultations, les avis dans l'hôpital, et la participation aux RCP (urologie, gynécologie et sénologie, cancérologie digestive, ORL).

QUALITÉS
- **Implication, dynamisme.**
- **Compétences relationnelles.**
- **Capacité à mener les projets.**
- **Adaptabilité au changement. capacité d'intégration.**
- **Organisation, rigueur et méthode.**

FORMATION ET COMPÉTENCES
- **DES d'oncologie.**
- **Maîtrise des outils informatiques.**

CONTACT : Dr Sophie Barthier - sbarthier@ch-versailles.fr ou 01 39 63 73 66

CENTRE HOSPITALIER DE BLIGNY

Dans un cadre préservé, et avec une volonté de travail en équipe avec toutes les spécialités présentes sur Bligny, nous recrutons un(e) oncologue pour le pôle d'onco hématologie.

MÉDECIN ONCOLOGUE (H/F)
CDI - TEMPS PLEIN

LE CENTRE HOSPITALIER DE BLIGNY,

établissement privé d'intérêt collectif, est spécialisé dans la prise en charge des pathologies cardio-vasculaires, respiratoires, onco-hématologiques et infectieuses.
Depuis plus d'un siècle, la volonté d'humaniser le soin est inscrite dans l'ADN du Centre Hospitalier de Bligny. Une humanité au service de l'excellence, que nous cultivons jour après jour grâce à une médecine bienveillante et attentive, proche de nos patients et de notre territoire.

Au cœur d'un parc boisé de 85 ha, à 30 km au sud de Paris, nous proposons :

- Un secteur de **COURT SÉJOUR** de médecine de 126 lits d'hospitalisation complète et 12 places d'hôpital de jour en cardiologie, dermatologie, diabétologie, médecine interne, oncologie, pneumologie, soins intensifs et palliatifs.

et

- Un secteur de **SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION** de 224 lits d'hospitalisation complète et 12 places d'hôpital de jour en cardiologie, hématologie, maladies infectieuses, oncologie, pneumologie, gériatrie, soins de suite polyvalents.

PROFIL RECHERCHÉ
Vous êtes oncologue médical, impliqué dans un travail en équipe autour des patients, intéressé par une activité dans les différents services du pôle : consultation, hôpital de jour, soins de suite. Participation aux RCP avec les établissements partenaires.

STATUT ET RÉMUNÉRATION
Rémunération CCN51 avec reprise d'ancienneté

ADRESSER VOTRE CANDIDATURE PAR MAIL CV + LETTRE MOTIVATION À :

Dr Caroline DUPONT, Directeur Médical,
c.dupont@chbligny.fr (01 69 26 31 96)
Mme Madeleine ROUSSEAU,
Directrice des Ressources Humaines,
drh@chbligny.fr (01 69 26 30 11)

http://www.chbligny.fr/

L'HÔPITAL
RENÉ DUBOS (PONTOISE)
recherche

Un/e assistant/e ou Un PHC en oncologie médicale

Inscription au conseil de l'Ordre obligatoire

CONTACTS

Abdoul BA
Responsable du Bureau des Affaires médicales
abdoul.ba@ght-novo.fr - 01 30 75 40 95

Mme Viviane HUMBERT
Directrice des Affaires médicales
viviane.humbert@ght-novo.fr

L'hôpital René Dubos situé à 30 km de Paris, est l'établissement support du GHT NOVO (Groupement Hospitalier de Territoire du Nord-Ouest Vexin Val-d'Oise).

Il est doté de l'ensemble des spécialités médicales, d'un plateau technique comprenant la médecine nucléaire et un service de soins palliatifs avec une équipe d'EMSP. Le service d'oncologie travaille en partenariat avec le Centre de Radiothérapie d'Osny. Il est composé d'une unité d'hospitalisation complète dotée de 14 lits et d'une unité d'HDJ de 35 places, partagée avec le service d'hématologie. Le service traite environ 600 nouveaux patients an, 8000 séances de chimiothérapie/an, 5000 consultations/an.

L'équipe médicale est composée de 3 Praticiens Hospitaliers à plein temps. Les spécialités du service comprennent : onco-thoracique, onco-gynécologie pelvienne, onco-urologie, onco-dermatologie, onco-digestif, onco-ORL et onco-neurologie. Des collaborations sont en place avec l'hôpital Saint-Louis/Lariboisière et avec l'Institut Curie. Le service a une activité de recherche Clinique avec le support d'une équipe d'ARC.

PROFIL REQUIS

Oncologue médical/e avec un DES et/ou un DESC en oncologie (ou équivalent).
Esprit d'équipe. Intérêt pour la recherche clinique.

L'HÔPITAL
RENÉ DUBOS (PONTOISE)
recherche

Praticien hospitalier en oncologie médicale

Temps plein

Chef de service

Le Centre hospitalier René Dubos de Pontoise (CHRD) est un établissement de santé qui compte parmi les plus importants d'Île-de-France. Il est l'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire Nord Ouest Vexin Val-d'Oise (GHT NOVO). Le GHT est un GHT très intégré avec notamment la mise en place d'une commission médicale unifiée de groupement et une organisation forte en filières de prise en charge. C'est un établissement référent sur l'ensemble du département du Val-d'Oise. Il se caractérise par une complémentarité entre services de proximité et activités spécialisées, une collaboration ville hôpital et offre un plateau technique complet (2 scanners, 1 IRM en place et un second en cours d'installation, 1 service de médecine nucléaire avec un TEP-TDM ainsi que des installations d'imagerie interventionnelle très performante. Il dispose en propre d'une unité de soutien à la recherche clinique.

CONTEXTE

L'activité d'oncologie au sein du Centre Hospitalier est en progression constante. Il existe un service d'oncologie médicale et un service d'hématologie. Un sénopole indépendant du reste de l'oncologie médicale est en constitution.
6000 chimiothérapies (hors activité sénopole) sont réalisées actuellement. Le service d'oncologie médicale est intégré au pôle spécialités médicales et soins programmés.
Le service dispose actuellement de 10 lits d'hospitalisation en propre et d'un hôpital de jour qu'il partage avec l'hématologie. Toutes les spécialités médicales et chirurgicales nécessaire à la prise en charge de patients atteints de pathologies cancéreuses sont disponibles à l'exception de la neurochirurgie. Un partenariat est établi avec une structure externe pour la prise en charge de la radiothérapie à proximité de l'hôpital ; les radiothérapeutes participent aux RCP. L'établissement dispose enfin d'un service de soins palliatifs et d'une équipe mobile douleur soins palliatifs.
Le service dispose d'un agrément pour l'oncologie médicale et participe à des protocoles de recherche clinique.
Un 3C est mis en place et des filières sont organisées avec des centres de référence de l'AP HP et des CNLC.

MISSIONS PRINCIPALES DU POSTE

Le chef de service d'oncologie médicale sera responsable des prises en charge en oncologie médicale ainsi que du recrutement de médecins oncologues disponibles ce qui lui permettra de venir avec d'autres collègues. Des postes d'assistants partagés avec le CHU sont possibles.
Il élaborera le projet de service en lien avec le pôle et de développer la cancérologie de territoire dans le cadre du projet médical partagé du GHT.

ACTIVITÉS PRINCIPALES DU POSTE

- Coordonner et fédérer l'activité des oncologues.
- Organiser la continuité et la permanence des soins (astreinte).
- Assurer la promotion du service auprès des correspondants extérieurs.
- Poursuivre le développement des liens avec les partenaires du territoire, l'APHP et renforcer les filières.
- Développer l'action du 3C et mise en place d'un 3C territorial.
- Maintenir les RCP avec un haut niveau d'exigence.
- Développer des actions de formation et de recherche clinique.

STATUT : Praticien hospitalier titulaire/contractuel

QUALITÉS ET COMPÉTENCES REQUISES

- Qualités relationnelles.
- Esprit d'équipe.
- Capacité à travailler en réseau.
- Autonomie.

Une orientation pneumologique ou gastro seraient appréciées.

PERSONNE À CONTACTER :
Direction des affaires médicales
viviane.humbert@ght-novo.fr

AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

avec
"Aider le plus grand nombre, à vivre en bonne santé, le plus longtemps possible."

avec l'institut de cancérologie **avec** le groupe hospitalier mutualiste de Grenoble

RECHERCHE : • **UN ONCOLOGUE**
• **UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE** CDI

NOUS VOUS PROPOSONS

- Travail au sein d'une équipe pluridisciplinaire, stable et dévouée.
- Un poste en statut salarié en CDI.
- En vacations ou à temps plein (horaires souples).
- Secteur 1 Tiers Payant.
- Secrétaire médicale pour gérer les tâches administratives.
- Un environnement de travail au cœur des Alpes : Onzième agglomération française, Grenoble est la deuxième métropole de Rhône-Alpes. Son dynamisme économique et le potentiel de ses centres de recherche font de la Région Auvergne-Rhône-Alpes un territoire extrêmement attractif.

Deuxième acteur de soins en oncologie/hématologie en Isère, l'Institut de cancérologie Daniel Hollard a pour vocation d'offrir des soins de qualité aux personnes souffrant d'un cancer. La prise en charge, qui va du dépistage aux traitements les plus innovants, prend aussi en compte les aspects nutritionnels, psychologiques et de réadaptation selon chaque individu et chaque type de tumeur.

L'établissement compte également un bureau de recherche clinique très impliqué en cancérologie (essai phase 2 à 4, essais académiques et industriels). Le service travaille en étroite collaboration avec le Centre Léon Bérard de Lyon.

L'INSTITUT DE CANCÉROLOGIE FAIT PARTIE DU GROUPE HOSPITALIER MUTUALISTE DE GRENOBLE

Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC) à but non lucratif participant au service public hospitalier fait partie du Groupe avec. Deuxième acteur de santé en Isère, le GHM offre plus de 430 lits et places et se décline en 6 instituts : cardiovasculaire, médecine, chirurgie, femme et nouveau-né, urgences et cancérologie.

CONTACT : Nicolas Albin, *Responsable de l'Institut de Cancérologie* - nicolas.albin@avec.fr

---

HCL L'INSTITUT DE CANCÉROLOGIE

LE SERVICE D'ONCOLOGIE DE L'HÔPITAL DE LA CROIX ROUSSE
est une entité de l'**Institut de Cancérologie des Hospices Civils de Lyon** qui regroupe l'activité de **cancérologie de l'ensemble du CHU de Lyon**

RECRUTE **CHEF DE CLINIQUE ASSISTANT**

L'Hôpital dispose d'un plateau technique complet (imagerie morphologique et interventionnelle, médecine nucléaire, service d'urgence 7j/7, équipe mobile de soins palliatifs...). Le service s'appuie sur la structure de l'Institut de Cancérologie des Hospices Civils de Lyon pour toutes les activités transversales (anatomo-pathologie, biologie moléculaire, recherche clinique...).

L'activité d'oncologie s'articule autour d'une plateforme de traitement ambulatoire (28 places) où sont traités des patients issus des spécialités d'oncologie sénologique et gynécologique, ORL, digestive et thoracique, en lien étroit avec les médecins spécialistes d'organe.

L'équipe est composée de 2 PH temps plein et 1 PH à 80%. Au regard de l'activité actuelle, une augmentation des capacités d'accueil est prévue prochainement.

MISSIONS

- Prescription et supervision des traitements ambulatoires avec les internes.
- Prescription et supervision des traitements en service pour l'oncologie ORL.
- Consultations d'annonce et de suivi.
- Réponse aux demandes d'avis oncologiques au sein des services partenaires.
- Participation aux RCP.
- Développement de l'activité de recherche clinique.
- Participation à la dynamique d'enseignement, de formation continue et d'amélioration des pratiques professionnelles.
- Participation à la permanence des soins sous la forme de garde au service d'accueil (4 à 6 par semestre).

PROFIL DU CANDIDAT

- Titulaire du DES d'oncologie.
- Dynamique, capacité de travail en équipe et en transversal avec les équipes partenaire.
- Capacité d'adaptation et d'innovation au regard du modèle de fonctionnement de l'oncologie au CHU de Lyon.

CONTACTS Pr Gilles Freyer : gilles.freyer@univ-lyon1.fr I Dr Amandine Bruyas : amandine.bruyas@chu-lyon.fr

---

INFIRMERIE PROTESTANTE DE LYON

MÉDECIN INTERNISTE ONCOLOGUE MÉDICAL (H/F)

LYON/CALUIRE (69)

Établissement de soins pluridisciplinaires, l'Infirmerie Protestante de Lyon est une association loi 1901 à but non lucratif dont les administrateurs sont bénévoles.

Le corps médical intervient à titre libéral.

L'activité de l'établissement est orientée vers 5 pôles stratégiques incluant des activités médicales et chirurgicales (pôle cardiovasculaire / cardiaque, pôle viscéral et cancérologique, pôle locomoteur, pôle médecine interne et pôle ophtalmologique).

Doté d'un plateau technique de très haut niveau (12 salles d'opération dont une salle hybride, une salle de lithotritie, une salle dédiée à la neurochirurgie, 2 salles de cardiologie interventionnelle, 8 salles d'endoscopie, réanimation, SIPO, USIC, accueil de soins non programmés), la capacité d'hébergement est de 237 lits et places dont Chirurgie : 105 lits et Médecine 45 lits.

L'Infirmerie Protestante est l'un des rares établissements privés à avoir une équipe en médecine interne à Lyon, et dispose d'appareils de diagnostic et de radiologie interventionnelle, d'un laboratoire de biologie et anatomopathologie parmi les plus avancés.

L'équipe de médecine interne est composée de 5 praticiens dont 2 oncologues. Dans le but de l'étoffer et en prévision de 2 départs à la retraite, l'établissement recrute 2 médecins internistes et / ou oncologues médicaux statut libéral ou mixte libéral / salarié.

L'activité en oncologie déjà importante en gynécologie et pneumologie a un fort potentiel de développement en urologie, hématologie et oncologie thoracique

MISSIONS

Activité clinique avec consultations, participation aux astreintes du service de médecine, activité de chimiothérapie, participation aux RCP sur place (urologie, gynécologie, pneumologie) ou dans un établissement partenaire.

PROFIL RECHERCHÉ(E)

- Diplôme français / européen de **medecine interne**, **d'hématologie** et / ou **d'oncologie générale**.
- Formation d'assistant / chef de clinique.
- Inscription au tableau de l'Ordre des Médecins.

Salaire négociable à partir de 10 000€, selon la répartition activité libérale/salariée.

CONTACT :
M. Nicolas CAQUOT, Directeur Général
Mail : nicolas.caquot@infirmerie-protestante.com
Tél. : 04 72 00 70 00

BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ

CENTRE HOSPITALIER DE SENS
Hôpital pivot sur le territoire Nord-Icaunais

RECRUTE

ONCOLOGUE

Temps plein
Le poste est à pourvoir dès que possible (remplacement d'un départ à la retraite)

À proximité de Paris et des grands axes : 110 kms au sud de Paris par A5/A6 - 1h depuis la Gare de Paris Bercy
1 Avenue Pierre de Coubertin - 89100 SENS
Tél : 03 86 86 15 15 - www.ch-sens.fr

Pôle Médecine/Femme-Mère-Enfant : 200 lits et places et 15 postes d'Hémodialyse
Médecine : 128 lits / **Réanimation :** 12 / **Gynéco-Maternité :** 30 / **Pédiatrie-Néonatologie :** 28 + 2 places en HDJ pédiatrique.
Pôle Chirurgie/Oncologie et Services Médicotechniques : 93 lits et places.
Pôle Gériatrie autonomie : 345 lits et places (EHPAD, UCC, accueil de jour).
Plateau technique : Service radiologie, 2 scanners et 2 IRM, Service urgences 24h/24h-SMUR, 8 salles de bloc destinées à la chirurgie classique et 2 salles dédiées aux endoscopies avec ou sans anesthésie pour tout type d'activité (ambulatoire, hosp. complète, externe), projet d'achat d'un robot chirurgical pour 2022.
Chiffres clefs 2020 : 29 202 séjours MCO pour 86 615 journées d'hospitalisation complète et 15 689 journées ambulatoires, 1 208 naissances, 153 178 venues externes, 39 312 passages aux urgences (Adultes, Pédiatriques et Gynécologiques), 12 490 journées de soins de Suite et de Réadaptation (SSR) pour 442 séjours pris en charge, 82 637 journées en EHPAD.
D'importants travaux de modernisation sont en cours et devraient s'achever en 2023.

EFFECTIF MÉDICAL ACTUEL DU SERVICE D'ONCOLOGIE MÉDICALE :
- 2 Praticiens hospitaliers à temps plein.
- 1 Praticien contractuel à temps plein.
- 1 praticien attaché associé.
- 1 à 2 postes d'interne.

DESCRIPTION DU SERVICE :
- 14 lits d'oncologie Médicale.
- 12 places d'HDJ.

L'activité des oncologues au sein du service se répartit entre l'hospitalisation complète, l'hôpital de jour, les consultations, et les RCP.

PROFIL RECHERCHÉ :
- Oncologue médical inscrit à l'Ordre dans la spécialité.
- Praticien Hospitalier ou assistant de la spécialité.

MISSIONS :
- Participer au fonctionnement et à l'organisation du service et à la prise en charge des patients.
- Poursuivre et améliorer la prise en charge des patients sous chimiothérapie orale.
- Proposer de nouveaux axes d'activité oncologique (développement de nouvelles compétences).

Vue du futur parvis de l'établissement dont la fin des travaux est prévue en novembre 2021.

Future extension de l'hôpital attendue en 2023.

PERSONNE À CONTACTER :
Rita MAGALHAES
Responsable des Affaires Médicales
Tél. : 03 86 86 10 63
Mail : rmagalhaes@ch-sens.fr

Prenez 3 minutes pour découvrir le CH et la Ville de Sens : https://www.youtube.com/watch?v=-QLs4GJQark

LE CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL D'ORLÉANS

Le CHR d'Orléans est situé à une heure de Paris en train et 140 km par route, sur les bords de la Loire. L'aéroport international d'Orly est à 120 km.

LE SERVICE COMPREND

- 19 lits d'hospitalisation complète, dont :
  - 4 lits identifiés soins palliatifs.
  - 4 lits de surveillance continue.
- 35 places d'hôpital de jour.

L'activité d'oncologie médicale s'articule autour des spécialités suivantes : oncologie sénologique et gynécologique, oncologie urologique, oncologie digestive et thoracique, en lien étroit avec les médecins spécialistes d'organe.
Pour les sarcomes les dossiers sont discutés au CHRU de Tours.
L'équipe est composée de 2 PH temps plein (dont une interniste) et 3 PH à temps partiel.
Nous accueillons régulièrement des internes d'oncologie médicale, ainsi que des externes.
L'activité de recherche clinique (groupes ARCAGY/GINECO, FFCD, UNICANCER/UCBG, essais industriels avec des laboratoires reconnus sur le plan national et international) est gérée avec trois TEC.
Le CHR d'Orléans s'inscrit en outre dans une dynamique hospitalo-universitaire suite aux annonces récentes du gouvernement.

L'ÉTABLISSEMENT DISPOSE

- D'un plateau technique complet (2 machines de TEP, radiothérapie métabolique, IRM, TDM, plateforme de biologie moléculaire sur place, biopsies tumorales écho ou scano-guidées, radiothérapie stéréotaxique et par modulation d'intensité, curiethérapie, service d'oncogénétiques, CECOS) au sein d'un des établissements les plus modernes de France, ouvert il y a 4 ans.
- Un service de soins palliatifs, une EMSP et une équipe de l'APPUI départemental ; EADSP 45.
- D'une crèche hospitalière (sous réserve de disponibilité).
- D'une restauration sur place.

RECHERCHE

UN(E) ONCOLOGUE MÉDICAL

Praticien hospitalier, praticien contractuel ou assistant spécialiste

PROFIL RECHERCHÉ

- Oncologue médical inscrit à l'Ordre dans la spécialité.
- Dynamique, capacité de travail en équipe et en transversal avec les équipes partenaire.
- Capacité d'adaptation et d'innovation au regard du modèle de fonctionnement de l'oncologie au CHR d'Orleans.

MISSIONS

- Prescription et supervision des traitements en hospitalisation complète et en ambulatoires avec les internes.
- Consultations d'annonce et de suivi.
- Réponse aux demandes d'avis oncologiques au sein des services partenaires.
- Participation aux RCP.
- Développement de l'activité de recherche clinique.
- Participation à l'encadrement des internes et externes du service, l'enseignement à l'IFPM (Formation des élèves IDE) d'Orléans.
- Participation aux différents essais cliniques (ainsi que leur mise en place et leur coordination).
- Participation à la permanence des soins sous la forme de garde au service d'accueil.

CONTACTER

La cheffe du service, Dr DAWOOD Heba.
heba.dawood@chr-orleans.fr - Tél. **02 38 51 40 87**
Le directeur des affaires médicales, M. Antoine LEBRERE
antoine.lebrere@chr-orleans.fr - Tél. **02 38 74 42 01**

Oncologue

Type de contrat : Praticien hospitalier, praticien contractuel ou assistant

LE SERVICE D'HÉMATOLOGIE CLINIQUE – ONCOLOGIE MÉDICALE

RECHERCHE UN NOUVEAU PRATICIEN POUR REJOINDRE SON ÉQUIPE

Ouvert en juin 2019, ce nouveau service accompagne les patients dans une démarche globale et structurée, au plus près de leur domicile. Ces derniers bénéficient d'un parcours organisé et coordonné, du diagnostic au traitement (chimiothérapie, immunothérapie, traitements ciblés, traitements de soutien).

Selon leurs besoins, les patients peuvent bénéficier d'une consultation d'onco-génétique, rencontrer les professionnels des soins de support (psychologue, assistante sociale, diététicienne, socio-esthéticienne, équipe douleur, équipe de soins palliatifs) ou les associations d'usagers impliquées en cancérologie. Les activités oncologiques sont principalement ambulatoires et réalisées dans un hôpital de jour médical polyvalent de 15 lits.

Les patients ont la possibilité en cas de besoin, 7j/7 et 24h/24, d'être hospitalisés dans une unité spécialisée en cancérologie.

LE CENTRE HOSPITALIER JACQUES CŒUR C'EST :

- Le 1er employeur de la ville de Bourges (100 000 habitants).
- une très grande variété de professions médicales et non médicales.
- 900 lits et places.
- 2000 professionnels.
- Un plateau technique incluant Scanner et IRM.
- Une Unité Neuro-Vasculaire.
- De la cardiologie interventionnelle.
- Situé par autoroute et train à 1h d'Orléans, 1h30 de Tours et Clermont-Ferrand, et 2h de Paris.

MISSIONS ET PROFIL RECHERCHÉ

Praticien hospitalier, praticien contractuel ou assistant, médecin généraliste ou spécialiste.

CONTACT

Pour tous renseignements :
Dr Tarik El Bourachdi, Chef de service
tarik.elbourachdi@ch-bourges.fr
02 48 48 49 42

CANDIDATURE

Mme Magalie Paoletti-Bes
magalie.paoletti-bes@ch-bourges.fr
02 48 48 48 66

LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINTONGE RECRUTE UN(E) ONCOLOGUE

Vous intégrez LA FÉDÉRATION MÉDICALE INTER-HOSPITALIERE D'ONCOLOGIE DE SAINTES ET ROYAN

- **Sur le site du CH de Saintonge** (Situé à Saintes au sud de la Charente-Maritime, à 1h de Bordeaux et 30 minutes de l'océan), établissement de recours, support du GHT : service d'oncologie moteur comprenant un secteur d'hospitalisation et un hôpital de jour de chimiothérapie. Le service de radiothérapie est autonome.
- **Sur le site de Royan :** Hôpital de jour de chimiothérapie et un secteur de consultations.

La filière oncologique est un axe de développement majeur pour l'établissement (consolidation et renforcement de l'offre de soins).
L'équipe du service d'oncologie médicale est actuellement composée de 4 ETP de médecins oncologues dont un médecin coordinateur de la FMIHO, 3 ETP de médecins polyvalents et 2 internes.

Vous assurez les prises en charges des patients relavant de votre discipline sur les 2 sites et notamment les consultations externes (consultations d'annonce et de suivi) ainsi que le suivi des chimiothérapies.

Vous participez à la permanence des soins organisée en astreintes opérationnelles dédiées pour le service.

CONTACTS :
Le président de CME,
Monsieur le Docteur Alain Grentzinger : 05 46 95 10 76
La cheffe du service de l'oncologie médicale,
Madame le Docteur Florence Borde : 05 46 95 15 44
Les chefs du pôle « médecine et spécialités » :
Dr Nathalie Devedeix : **n.devedeix@ch-saintonge.fr**
Dr Florent Plasse : **f.plasse@ch-saintonge.fr**

PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

CENTRE HOSPITALIER Intercommunal des Alpes du Sud Gap Sisteron

Groupement Hospitalier de Territoire Alpes du Sud

RECRUTE
ONCOLOGUE

Gap, seule ville de plus de 40 000 habitants est la principale ville du département des Hautes-Alpes, territoire avec des variations saisonnières liées aux activités nombreuses (ski, randonnée, montagne, activités nautiques, équitation, pêches torrents et lacs...). Gap se situe à proximité des principales stations de ski des Alpes du Sud (Serre Chevalier, Vars, Risoul, Orcières…), proche du lac de Serre-Ponçon et de la mer Méditerranée.

Dans cette ville agréable, dynamique, à 1h30 de Grenoble et à 2h de Marseille, le CHICAS s'est développé en assurant une offre de soins de proximité pertinente sur 2 sites Gap et Sisteron. Avec un plateau technique performant (IRM, scanner, TEP et scintigraphie…), une capacité de 750 lits avec toutes les spécialités médicales et chirurgicales requises, centre autorisé pour le traitement chirurgical et médical du cancer.
C'est le centre hospitalier de recours pour le Groupement Hospitalier du Territoire.

Oncologue référent assisté d'un PH non oncologue mais formé à la prise en charge des patients en oncologie et d'un PH spécialisé en algologie et soins palliatif.
Par ailleurs 1.5 PH d'hématologie, 1 PH d'oncologie thoracique, 2 PH d'oncogériatrie.
Structure d'accueil récente avec 20 places d'HDJ regroupant l'oncologie et l'HDJ médical.
Description de la structure : L'HDJ médical incluant l'oncologie est au sein du pôle de médecine regroupant le service de médecine interne, le service de médecine polyvalente (Site de Sisteron), le service de gastroentérologie, le service de Pneumologie, l'unité de soins palliatifs et l'EMSP, l'HAD territoriale, la néphrologie et le service d'Hémodyalise, le service de médecine nucléaire, la radiothérapie (Antenne IPC), le SSR polyvalent du site de Sisteron, l'addictologie, le CDAG et le centre de vaccination.

CARACTÉRISTIQUES DES FONCTIONS

- Consultation en oncologie médicale, annonce et suivi.
- Activité de chimiothérapie.
- Prise en charge conjointe des patients hospitalisés dans les services de spécialités souffrant de cancers.
- Collaboration avec les services de Radiothérapie pour la prise en charge des patients en radio-chimiothérapie, l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs pour la prise en charge de la douleur et des soins de support, l'Unité de Soins Palliatifs pour l'hospitalisation des patients en fin de vie.
- Participation aux RCP et RMM.
- Coordination du parcours de soins au sein du Centre de Coordination en cancérologie (3C).

RÉMUNÉRATION

En fonction du statut et de l'ancienneté/Possibilité activité libérale en fonction du statut/Possibilité prime multi-site avec prise en charge frais de déplacements.

Inscription à l'Ordre des médecins en France exigée ou lauréat de la procédure d'autorisation d'exercice.

CONTACT

Dr JG BERTOLINO, Chef de pôle médical : 04 92 40 61 42
Dr Emmanuelle SARLON, Présidente de CME : 04 92 40 61 70
ADRESSEZ-NOUS VOS CANDIDATURES À : drh@chicas-gap.fr

PAYS DE LA LOIRE

LE CENTRE MALLET PROUX À LAVAL EN MAYENNE (53)

recherche dans le cadre de sa progression d'activité pour venir compléter son équipe composée d'un oncologue médicale et de 2 onco-radiothérapeutes :

UN(E) ONCOLOGUE MÉDICALE

CONTACT POUR TOUTE INFORMATION COMPLÉMENTAIRE :
02 43 64 13 33
Dr Marie Aude Coulon - m-a.coulon@i-l-c.fr
ou Dr Virginie LE - v.le@i-l-c.fr

Centre Mallet-Proux

Le Centre Mallet Proux est un cabinet privé d'onco-radiothérapie qui collabore pour les traitements oncologiques avec les différents services de la Polyclinique du Maine pour assurer une prise en charge pluridisciplinaire des patients atteints de cancer.
Il est doté de deux accélérateurs dont un Halcyon installé en 2020.
Activité libérale secteur 1 avec rémunération attractive.
8 semaines de congés + 1 semaine de formations par an.
Temps plein de 8 demis journée par semaine.

EN TANT QU'ONCOLOGUE, VOTRE ACTIVITÉ CONSISTERA EN :

- La prise en charge polyvalente des cancers de l'adulte et des traitements oncologiques de première recours.
- Consultation d'oncologie, diagnostic, prise en charge et suivi des traitements ambulatoires et en hôpital de semaine.
- Participation aux réunions de concertation pluridisciplinaire avec l'équipe d'onco-radiothérapie, spécialistes d'organe, les anatomo-pathologistes, les radiologues et les médecins nucléaires.
- Collaboration avec les praticiens généraliste la Polyclinique du Maine pour les hospitalisations en soins palliatifs, autres motif ; participation aux astreintes téléphoniques d'oncologie
- Participation aux différentes réunions de soins de support, développement des soins de support
- Collaboration avec les centres anti-cancer de Rennes, Nantes et Angers pour les soins complexes, recours aux essais cliniques

Avant embauche, une période d'intégration sera organisée.

Disponibilité immédiate.

Laval est une ville de taille moyenne de 50 000 habitant avec toute commodité.
Paris à 1H10 en TGV.
Rennes et Le Mans à 20 minutes en TGV.

OUTRE-MER

CHU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE LA RÉUNION

LE CHU DE LA RÉUNION **RECHERCHE**
un Oncologue médical
dans le cadre du projet d'Oncologie du GHT

Les établissements du GHT de la Réunion souhaitent consolider l'offre de soins hospitalière publique en améliorant son organisation pour la rendre plus accessible via :

- ✓ La création de filières de soins, pour donner de la lisibilité à l'offre publique en cancérologie.
- ✓ L'organisation du parcours patient GHT par spécialité d'organes, en garantissant qualité et continuité des soins quel que soit l'endroit où le malade se trouve.
- ✓ structurer et développer les soins de support et favoriser la création d'une fédération des soins palliatifs.

Organisation actuelle au CHU de la Réunion : Service d'oncologie médicale de 8 lits (y compris 3 lits identifiés soins palliatifs) et un HDJ commun hématologie-oncologie avec un taux d'occupation supérieur à 250 %.

La prise en charge des patients se développera autour des spécialités suivantes :

- **Onco-dermatologie :** Des places d'HDJ seront disponibles pour la mise en place de l'activité.
- **Onco-digestif :** Mise en place des traitements médicaux anti-tumoraux au CHOR avec l'appui d'un oncologue sur place.
- **Gynécologie-Obstétrique.**
- **Radiothérapie.**
- **Radiologie interventionnelle :** chimio-embolisation / radiofréquence / cimentoplastie / PICC-lines.

CONDITIONS DE RECRUTEMENT - Pour un Praticien Contractuel à temps plein :

* **Rémunération :** Traitement correspondant au Nouveau statut de Praticien Contractuel (entrée en vigueur au 1er janvier 2022), majoré de l'indemnité spéciale Outre-Mer de 40 % + 10 % (soit environ 5 500.00 € net, hors prélèvement à la source et hors permanence de soins).
* **Déplacement :** L'établissement prend en charge les frais de voyage train et/ou avion, au tarif le plus économique, pour un trajet France métropolitaine/Réunion pour le praticien.
* **Logement :** Un logement est mis à disposition gratuitement pour une durée d'1 mois.
* **Accueil :** L'accueil est assuré à l'arrivée à la Réunion : de l'aéroport jusqu'au CHU.

CANDIDATURES (CV) À ADRESSER :
Dr KHETTAB Mohamed : **mohamed.khettab@chu-reunion.fr**
Mme HEULIN Nathalie - Directrice des Affaires Médicales du CHU de la Réunion : **nathalie.heulin@chu-reunion.fr**

DIPLÔME(S) SOUHAITÉ(S)

- Diplôme d'État de docteur en médecine (DES)
- D.E.S. d'Oncologie

Inscription à l'Ordre des Médecins Français.

**** Le recrutement d'un praticien, PH titulaire en mutation, se fera selon les conditions spécifiques liées audit statut ****

NOUVELLE EXTENSION D'INDICATION

LYNPARZA® est indiqué en monothérapie pour le traitement des patients adultes atteints d'un cancer de la prostate métastatique résistant à la castration, avec mutation des gènes *BRCA1/2* (germinale et/ou somatique) et qui ont progressé après un traitement antérieur incluant une hormonothérapie de nouvelle génération [1].

Indication non remboursable et non agréée aux collectivités à la date du 01/01/2022 (demande d'admission à l'étude).

Place de LYNPARZA® dans la stratégie thérapeutique [2] : LYNPARZA® est un traitement de 3ème ligne du cancer de la prostate métastatique résistant à la castration, avec mutation des gènes *BRCA1/2* (germinale et/ou somatique) et ayant progressé après un traitement hormonal par enzalutamide ou acétate d'abiratérone. Faute de donnée disponible, sa place vis-à-vis du docétaxel ou du cabazitaxel n'est pas connue.

Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament à votre centre régional de pharmacovigilance (CRPV) ou sur www.signalement-sante.gouv.fr

Conditions de prescription et de délivrance :
- Liste I,
- Médicament soumis à prescription hospitalière,
- Prescription réservée aux spécialistes en oncologie ou aux médecins compétents en cancérologie,
- Médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement.

BRCA : BReast CAncer

(1) Résumé des Caractéristiques du Produit LYNPARZA® comprimés pelliculés
(2) HAS. Avis de la commission de la transparence. Olaparib forme comprimés pelliculés. Cancer de la prostate. 5 mai 2021.

Pour une information complète, consultez le RCP sur la base de données publique du médicament en flashant ce QR Code ou directement sur le site internet : **http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr**

AstraZeneca

MSD

FR-9144 - 06/2021 - 21/01/60058620/PM/008 - Propriété d'AstraZeneca

ZARZIO®
filgrastim

Focus en onco-hématologie

2 Dosages (1)

- 30 MU/0,5 ml, soit 60 MU de filgrastim/ml
- 48 MU/0,5 ml, soit 96 MU de filgrastim/ml

2 Systèmes de sécurisation (1)

- Dispositif d'injection sécurisé, protège des risques de piqûres accidentelles et des AES
- Seringue à double étiquette détachable, pour une meilleure traçabilité

G-CSF humain recombinant 48 MU/0,5ml
Solution injectable ou pour perfusion en seringue pré-remplie

ZARZIO® filgrastim

LE CHOIX DE LA FLEXIBILITE

2 Situations cliniques sans ajustement posologique (1)

- Insuffisance rénale sévère
- Insuffisance hépatique sévère

2 Conditionnements (1)

- Unique, « boîte de 1 » seringue pré-remplie, pour ajuster la dose
- Multiple, « boîte de 5 » seringues pré-remplies

G-CSF humain recombinant 30 MU/0,5ml
Solution injectable ou pour perfusion en seringue pré-remplie

Indications en oncologie-hématologie (1) :

- Réduction de la durée des neutropénies et de l'incidence des neutropénies fébriles chez les patients traités par une chimiothérapie cytotoxique pour un cancer (à l'exception des leucémies myéloïdes chroniques et des syndromes myélodysplasiques) et réduction de la durée des neutropénies chez les patients recevant une thérapie myélosuppressive suivie d'une greffe de moelle osseuse et présentant un risque accru de neutropénie sévère prolongée. L'innocuité et l'efficacité du filgrastim sont similaires chez l'adulte et chez l'enfant recevant une chimiothérapie cytotoxique.
- Indication dans la mobilisation des cellules souches progénitrices (CSP) dans le sang circulant.

Place dans la stratégie thérapeutique (2) :

- **Prophylaxie primaire :** L'utilisation des facteurs de croissance (G-CSF) en cancérologie est recommandée par l'ASCO, l'ESMO et l'EORTC chez les patients soumis à un protocole comportant un risque de neutropénie fébrile supérieur à 20 %, voire à 10 % chez certains patients notamment ceux ayant un des critères suivants : âge supérieur à 65 ans, stade avancé de la maladie, survenue antérieure d'un o plusieurs épisodes de neutropénies fébriles, absence d'antibiothérapie ou de G-CSF, statut nutritionnel altéré, cytopénie liée à un envahissement tumoral médullaire, traitement(s) antérieur(s) extensif(s) dont irradiation large, polychimiothérapie.
- **Prophylaxie secondaire :** L'utilisation des facteurs de croissance hématopoïétique en prophylaxie secondaire est recommandée en limitant l'indication aux patients pour lesquels une réduction de la dose-intensité est préjudiciable à la survie et chez lesquels la cure précédente a entraîné une neutropénie fébrile Les doses recommandées sont celles utilisées en prophylaxie primaire.
- **Utilisation curative :** L'utilisation curative des facteurs de croissance doit se limiter aux patients ayant une neutropénie fébrile et des signes de gravité majeurs telles qu'une infection tissulaire ou une infection fongique. Les doses recommandées sont celles utilisées en prophylaxie primaire.

CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DÉLIVRANCE (2)

- Médicament de Liste I.
- Prescription initiale hospitalière trimestrielle.

REMBOURSEMENT (2)

- Remboursé par la Sécurité Sociale à 100 % dans toutes les indications thérapeutiques de l'AMM et agréé à l'usage des Collectivités.

Pour les autres indications et pour plus d'informations sur ce médicament, consultez la base de données publique des médicaments : http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr.

(1) Résumé des Caractéristiques du Produit Zarzio® en vigueur.
(2) HAS. Avis de la Commission de la Transparence Zarzio® du 23/04/2014.

132494 - Mai 2021 - Copyright Sandoz - Visa n°21/07/60670037/PM/002

SANDOZ A Novartis Division

Sandoz SAS au capital de 5 402 439 € - RCS Nanterre 552 123 341 - 49 av Georges Pompidou - 92 593 Levallois-Perret Cedex