CPHG

Collège des Pneumologues des Hôpitaux Généraux

LA LETTRE

25

JANVIER
2019

COLLÈGE DES PNEUMOLOGUES
DES HÔPITAUX GÉNÉRAUX

Trimbow®

dipropionate de béclométasone/fumarate de formotérol/glycopyrronium
87/5/9 µg/dose - solution pour inhalation

Chiesi

Trimbow®, aller plus loin dans le traitement de la BPCO sévère chez les adultes non traités de façon satisfaisante par CSI/LABA*

La première et seule triple association fixe en particules extrafines Δ

Maintenant disponible

Traitement continu de la BronchoPneumopathie Chronique Obstructive modérée à sévère chez les adultes non traités de façon satisfaisante par association d'un corticostéroïde inhalé et d'un béta-2 agoniste de longue durée d'action (voir rubrique « propriétés pharmacodynamiques » du RCP pour les résultats obtenus sur les symptômes de la BPCO et les exacerbations). Seule la BPCO sévère pourra être prise en charge en termes de remboursement et d'agrément aux collectivités#.

Prise en charge subordonnée à une prescription initiale par un pneumologue.

Avis de transparence du 21 mars 2018

* CSI/LABA : Corticostéroïde inhalé / bêta-2-agoniste de longue durée d'action

Δ Ayant obtenu une AMM en France à la date du 17/07/2017

De par son engagement à respecter la Charte et le Référentiel, Chiesi applique les règles de déontologie de la profession. Pour toute question à ce sujet, votre délégué médical est à votre disposition.

Pour une information complète sur ce médicament, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit disponible sur le site de l'EMA http://www.ema.europa.eu/ema/

18/04/66710887/PM/004-04260

KBP 2020

*20 ans après l'étude **KBP-2000**, et 10 ans après l'étude **KBP-2010**,*

le CPHG va mener l'étude

KBP-ESCAP-2020

Nb : Appel à investigateur en 2019

CPHG

Collège des Pneumologues des Hôpitaux Généraux

Mise à jour du listing du CPHG :

Si vous souhaitez recevoir la Lettre et/ou être tenu au courant des actualités du CPHG,
merci de remplir et de nous renvoyer ce document.

Nb : Vous pouvez photocopier et renvoyer ce document autant de fois que vous le souhaitez.

PNEUMOLOGUE

Nom* : ..... Prénom* : .....

Email* : .....

ADRESSE SOUHAITEE POUR LA RECEPTION DE LA LETTRE DU CPHG
Personnelle *ou* du centre hospitalier général

Nom* : ..... Prénom* : .....

Établissement (optionnel) : ..... Service : .....

Adresse* : .....

Code postal* : ..... Ville *(obligatoire)* : .....

Merci de retourner ce document par : • Fax : 01 46 34 58 27 • E-mail : secretariatcphg@gmail.com
• Courrier : Secrétariat du CPHG, Maison du Poumon - 66, boulevard Saint-Michel - 75006 Paris

petites annonces

Veuillez retrouver les petites annonces sur le site du CPHG :
www.cphg.org

Prochain numéro :
Avril 2019
Responsable de la rédaction : Y. DUVAL

Editions Margaux Orange
20 Rue du Mail 75002 Paris
Tel : 01 42 21 15 25
E-mail : lettrecphg@margauxorange.com
Directrice de la publication : Sabrina Yara
Mise en page et illustrations : Jean-Jacques Daigremont

édito

Cher(e)s lectrices/lecteurs, cher(e)s adhérent(e)s,

Comme à chaque début d'année, la communauté pneumologique se retrouve pour notre congrès francophone, de nouveau à Marseille, gigantesque vitrine de la belle vigueur de notre spécialité, avec une fréquentation à faire pâlir bien des congrès internationaux et un niveau de qualité scientifique reconnu et enviable.

Le CPHG, l'un des 3 associés organisateurs du CPLF, participe activement à cette grande réussite à travers notamment les Cours de Perfectionnement, qui vous donnent la possibilité de valider votre DPC.

Le reste de l'année 2019 s'annonce faste également pour le CPHG, avec la finalisation de l'étude KBP 2020, en préparation depuis 2 ans, la poursuite des études sur le sommeil, après une année 2018 déjà bien remplie avec les succès engrangés par les communications autour de l'étude FASE à laquelle beaucoup d'entre vous ont participé, et la fin de l'étude ALK 2016 CPHG qui a atteint et même dépassé son objectif d'inclusions. L'autre grand temps fort de cette année sera la Journée Annuelle à Villefranche/Saône en septembre, à laquelle vous êtes attendu(e)s nombreux(ses) pour en assurer la pleine réussite.

Une fois encore cette année, restons mobilisés utilement à travers le CPHG, ses études, ses formations, le nombre fait notre force et notre crédibilité. N'oubliez donc pas de renouveler votre adhésion, sur le site cphg.org, ou directement sur notre stand au CPLF !

Yannick Duval
CH Cannes
Secrétaire, Rédacteur de la Lettre du CPHG

CPHG : Conseil d'administration

Didier Debieuvre
Président
68070 Mulhouse
debieuvred@ghrmsa.fr

Francis Martin
Vice-président
60631 Chantilly
fmartin@hc-lesjockeys.fr

Édith Maetz
Trésorière
59507 Douai
edith.maetz@ch-douai.fr

Hugues Morel
Secrétaire général
45067 Orléans
hugues.morel@chr-orleans.fr

François Goupil
Secrétaire général adjoint Communication
72037 Le Mans
fgoupil@ch-lemans.fr

Laurent Portel
Secrétaire général adjoint Formation
33500 Libourne
laurent.portel@ch-libourne.fr

Yannick Duval
Secrétaire général adjoint Publication
06400 Cannes
y.duval@ch-cannes.fr

Acya Bizieux
85925 La Roche-sur-Yon
clac.bizieux@orange.fr

Pierre-Alexandre Hauss
76410 Saint Aubin-lès-Elbeuf
pierre-alexandre.hauss@chi-elbeuf-louviers.fr

Stéphane Hominal
74370 Epagny-Metz-Tessy
shominal@ch-annecygenevois.fr

Jacques Le Treut
13331 Marseille
jacques.le-treut@wanadoo.fr

Cécilia Nocent
64100 Bayonne
cnocent@ch-cotebasque.fr

Aldo-Patrick Renault
64000 Pau
Aldo.renault@ch-pau.fr

Membres d'honneur :

François Blanchon* :
francois.blanchon48@gmail.com

François Xavier Lebas :
fxlebaspro@sfr.fr

Jean Pierre Orlando* :
orlando.jean-pierre@wanadoo.fr

Jacques Piquet* :
jpiquet@ch-montfermeil.fr

* Anciens présidents

CPHG : contact

Siège : Secrétariat du CPHG, Maison du Poumon,
66 boulevard Saint-Michel - 75006 Paris
Téléphone : 01 46 34 58 39
Courriel : secretariatcphg@gmail.com
Site internet : www.cphg.org

CPHG
Collège des Pneumologues des Hôpitaux Généraux

Avez-vous rempli votre bulletin d'adhésion et réglé votre cotisation ?

BULLETIN DE COTISATION

À adresser au secrétariat du CPHG, Maison du Poumon
66, boulevard Saint-Michel – 75006 Paris

Nom : ..... Prénom : .....
Adresse professionnelle : .....
.....
Code postal : ..... Ville : .....
Téléphone : ..... Fax : .....
Email (Obligatoire) : .....

	Oui	Non
Membre de la SPLF	☐	☐
Fonction :		
PH plein temps	☐	☐
Chef de service	☐	☐
PH temps partiel	☐	☐
P.A.C.	☐	☐
Assistant	☐	☐
Spécialiste	☐	☐

Je règle ma cotisation 2019 de 20 € par chèque ou par CB depuis le site www.cphg.org (page d'accueil) ou en copiant le lien ci-dessous :
https://www.easytransac.com/pay/custom/BdXKLZ

NB : Les chèques de cotisation doivent être des chèques personnels. Aucun règlement émanant d'une association ne sera accepté pour le paiement de la cotisation.

Un reçu sera généré automatiquement et vous sera adressé par courriel.

☐ Ancien membre ☐ Nouveau membre

Date : ..... Signature :

Culture

L'hygiène corporelle du Moyen-âge au XIXe siècle : une histoire d'eau !

L'hypothèse hygiéniste est une théorie selon laquelle une réduction de l'exposition en bas âge aux infections et aux composantes microbiennes et parasitaires dans les pays industrialisés entraînerait une diminution de la maturation du système immunitaire et en conséquence une augmentation de la prévalence des maladies allergiques ou inflammatoires. Cette théorie explique aussi que le mode de vie aseptisé serait un des facteurs expliquant la recrudescence des maladies auto-immunes, les individus développant une réponse immunitaire excessive. En un mot pour faire imager, les IgE à vocation antiparasitaire se trouvant au « chômage » se sont recyclées dans l'allergie. Une façon d'expliquer que notre « excès de propreté » est responsable en partie de cette augmentation de la prévalence des allergies.

Mais qu'en était-il auparavant de l'hygiène corporelle ? Est-ce que l'eau servait à se laver ? Quel a été le rapport de l'homme avec l'eau au cours des siècles passés ?

L'histoire de la propreté est surtout une histoire sociale. Les critères de propreté étaient définis par les auteurs de bienséance c'est-à-dire les praticiens des mœurs et non les savants. Pendant longtemps il a été plus important de paraître propre que d'être propre. Il a fallu attendre le XIXe siècle pour que les hygiénistes imposent leur loi. Le monde médical a fini par supplanter le monde de la bienséance sans toutefois l'écarter. Promotion du bain et du savon. Promotion du bain à domicile. Ainsi le bain individuel tel que nous le connaissons de nos jours a pris progressivement le pas sur le bain public qui a été pendant longtemps le seul moyen de se laver… même s'il n'en était pas le but.

L'histoire des bains publics commence en Grèce au VIe siècle avant notre ère avec la pratique de l'entraînement physique. Les installations étaient contiguës au gymnase. Le bain permettait de se détendre après l'effort. Bain froid car le bain chaud avait mauvaise réputation suspecté d'amollir les chairs. En revanche, les Romains aimaient l'association du chaud et

du froid dans un but sanitaire mais non hygiénique : l'un provoquait la sudation et l'autre raffermissait les chairs. Ces lieux d'entretien de la santé étaient aussi, et le plus souvent, utilisés comme des lieux de convivialité et d'échange commerciaux, politiques, intellectuels. Les thermes dont il reste des vestiges encore visibles dans un grand nombre de villes de l'empire romain comptent parmi les plus impressionnants témoignages de l'art architectural. Rome était une civilisation d'eau. La consommation quotidienne d'eau par habitant s'élevait, à en croire certains historiens, à environ 1000 litres dans la Rome antique alors que de nos jours en France elle serait de 137 litres. « Que d'eau ! Que d'eau ! » aurait pu dire Cicéron s'il avait pu lire Mac Mahon, mais le côté hygiénique de cette consommation d'eau n'est évoqué qu'indirectement et de façon peu explicite. Les mosaïques et les dessins sur les vases ont souvent représenté ces lieux aquatiques sans la moindre allusion au lavage.

Un point à préciser : en dehors de cet effet bénéfique sur la santé, dans toutes les civilisations et de tout temps l'eau, et particulièrement le bain, étaient intimement liés aux préceptes religieux et à la symbolique purificatrice de l'eau et non à l'hygiène.

De l'eau festive à l'eau inquiétante

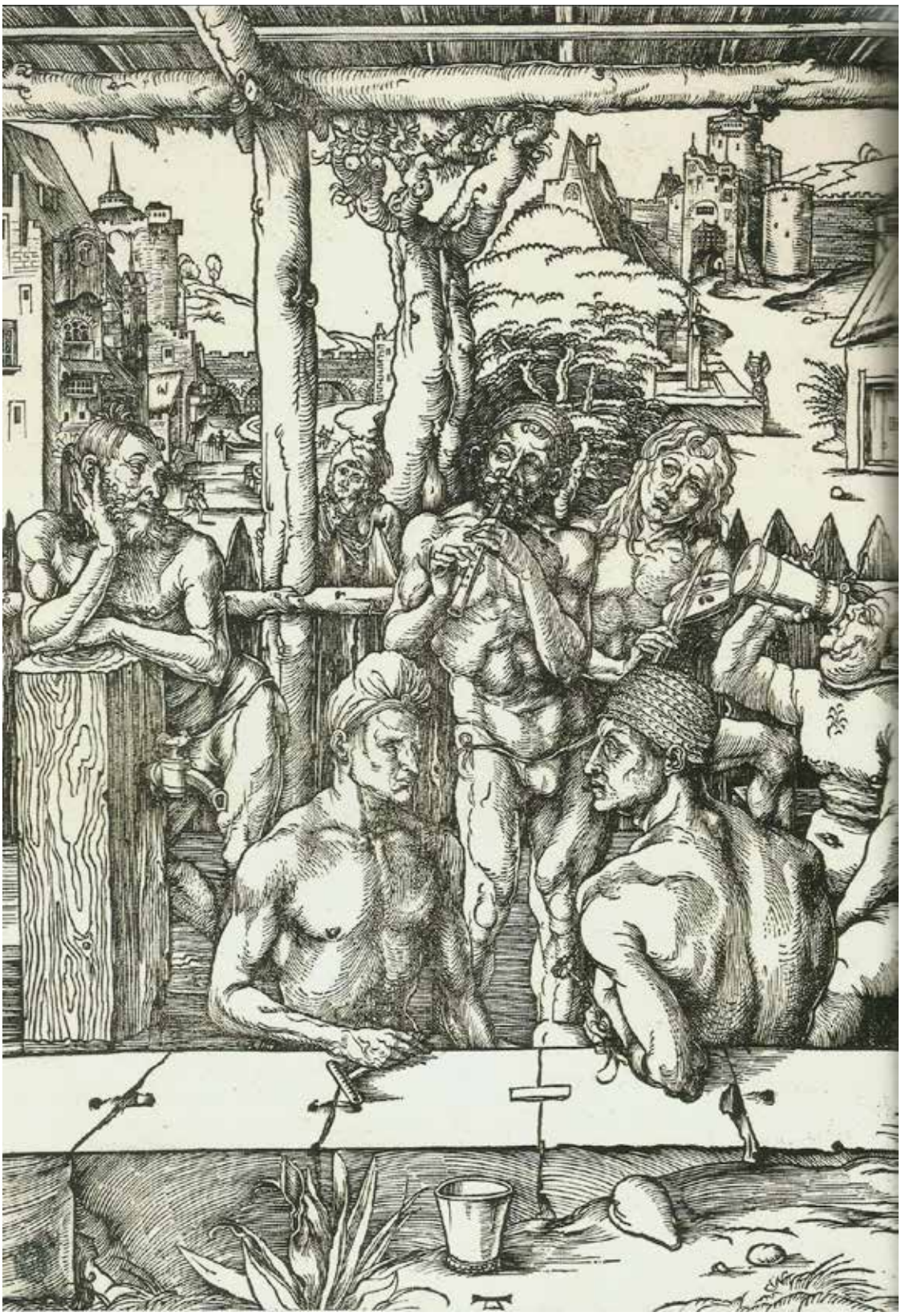
Héritage des coutumes romaines aux Xe, XIIe, et XIIIe siècles, les étuves et les bains publics étaient très répandus. L'étuve permettait au corps de transpirer et le bain était éventuellement utilisé mais le lavage en lui-même n'était pas sa réelle signification. L'eau n'était qu'un prétexte car elle était essentiellement festive : se rencontrer, se détendre, boire, manger et plus si affinité, d'où l'expression « aller s'étuver » qui peut avoir un sens non équivoque.

Mais aussi relaxation et méditation telles que Dürer l'avait écrit sur ses carnets et représenté en 1496 avec le « Bains des hommes » ou celui des femmes (dessin de 1523) avec parfois une connotation érotique. Ce qui laisse à penser, à juste titre, que certaines étuves étaient de véritables bordels. Bordels ou pas, la notion de propreté est exclue de ces endroits. On était là pour festoyer et se détendre. Ce qui ne veut pas dire que les remarques hygiénistes du bain dans quelques grands traités de santé étaient absentes mais comment faire vu la rareté de l'eau dans les villes et surtout dans les logements. De plus, dans l'imaginaire s'était installée une crainte à son égard. Le séjour dans un liquide et la chaleur censée ouvrir les pores sont des facteurs de fragilité. Le corps pourrait être offert au « venin » notamment celui de la peste. Ainsi, depuis la fin du Moyen Âge, on stigmatise et raréfie l'usage de l'eau car le bain « débilite » et rend le baigneur encore plus vulnérable. D'ailleurs, cette idée de corps perméable et ouvert à tous les maux véhiculés aussi bien par voie liquide que par voie aérienne explique que pour se protéger, notamment en temps de peste, il était recommandé de porter des vêtements lisses et hermétiques totalement clos.

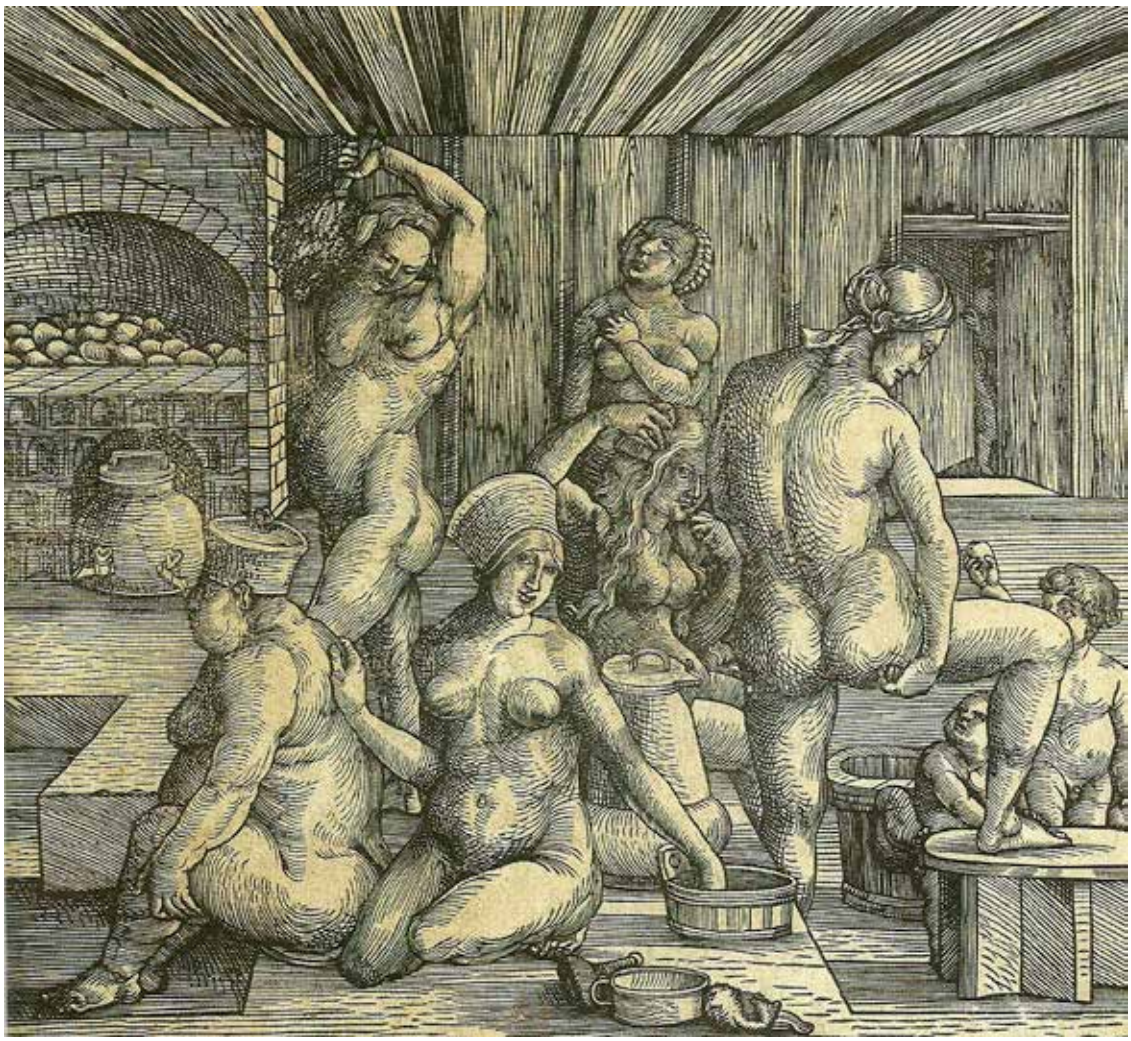
Il y a quand même quelques exceptions qui permettent l'outrepasser la crainte telle l'hydrothérapie : Un bain d'eau thermale chaude ferait par exemple fondre la pierre (Montaigne soignait ainsi sa gravelle).

L'eau pouvait aussi agir sur la jaunisse, sur certaines congestions, pouvait aider à renflouer les sujets trop amaigris.

De même, le bain du nouveau né qui permettait souvent après avoir débarrassé le corps du sang et mucosités de bien malaxer les chairs et de bien modeler les membres. Mais la peau du nourrisson étant très poreuse, il convenait de la colmater avec de la poudre de moules ou



Dürer
Le bain des hommes



Dürer
Le bain des femmes

de cornes de veau ou de la poussière de plomb mélangé à du vin. Le corps ainsi encaustiqué était emmailloté pour des mois. Pour exemple, il est rapporté que les jambes du dauphin, futur Louis XIII, ne sont pas lavées avant l'âge de 6 ans et la première immersion en dehors de celle très brève qui a suivi la naissance aura lieu à l'âge de 7 ans.

En dehors de ces exceptions dites thérapeutiques la méfiance vis-à-vis de l'eau persistait ce qui explique que les étuves publiques deviennent inquiétantes, source d'épidémies et sont rapidement fermées. « *Il y a 25 ans, rien n'était plus en vogue dans le Brabant que les bains publics ; aujourd'hui il n'y en a plus, la nouvelle peste nous appris à nous en passer* » (Erasme 1526).

Il n'en reste pas moins que certains bains, à titre privatif, étaient utilisés non pas dans un souci médical ni de propreté mais comme une « mise en bouche » avant une volupté autorisée. C'est Le bain amoureux de la Renaissance ou une préparation à la fécondité.

Rejet de l'eau au profit du linge : le linge qui lave

Dès le XVe siècle, on rejette l'usage de l'eau. Comment alors être ou paraître propre sans eau d'autant que dans la sensibilité de l'époque le principe de l'eau qui lave la peau n'avait pas de sens. Tel ce témoignage au milieu du XVe d'un sujet expliquant ses tentatives pour se débarrasser de sa vermine : « *On ne peut se faire une idée de la quantité de vermine dont étaient couverts les écoliers grands et petits ainsi qu'une partie du bas peuple… souvent et particulièrement en été j'allais laver ma chemise au bord de l'Oder ; je la suspendais ensuite à une branche et pendant qu'elle séchait je nettoyais mon habit, j'y creusais un trou, j'y jetais un monceau de vermine, la recouvrais de terre et plantais une croix dessus* ». Il ressort de ce témoignage que le lavage de la chemise prévaut sur le lavage du corps. Ainsi la propreté est symbolisée par celle du linge.

A propos de vermine :
Pour le commun des mortels de l'époque poux et puces ne sont pas la conséquence du non lavage mais naissent de la transpiration mal maîtrisée. Ce sont les humeurs internes dégradées qui leur donnent vie et non la propreté du corps. De même, la gale des nourrissons provient du lait de la nourrice. Il faut soit changer de nourrice ou modifier l'alimentation de celle-ci. La vermine sort de la peau. Leur présence est le reflet d'un dérèglement interne et s'en prévenir dépend du contrôle des humeurs et non pas du soin de la peau. Les artistes rapportent des scènes d'épouillage.

Il ne faut pas pour autant conclure qu'il n'y avait pas de propreté corporelle mais elle était très limitée.

S'il y a un lavage, il se bornait le plus souvent à un lavage des mains et du visage. Mais toujours pas dans un but sanitaire : c'est un code de décence et de société. Lavage des mains avant les repas était une pratique obligée dans les abbayes médiévales et la noblesse.

Mains et visage mais l'ensemble du corps n'était pas concerné, enfermé dans un habit sur lequel se portait l'essentiel du regard. Entre le corps et l'habit lui-même il y avait la chemise, linge caché, invisible. D'après les écrits, à cette époque du XVe, le changement et la fréquence de lavage de ce linge ne sont pas précisés. Ils ne devaient pas être fréquents d'après les inventaires du linge chez les riches : il y avait une abondance de nappes, de linge de table mais très peu de linge de corps.

Paraître propre plutôt que propre : ce qui recouvre et ce qui se voit

Si la chemise est signe de propreté pour paraître propre il fallait le montrer Au fil du temps, de « cachée » elle devient visible d'abord au dessus du pourpoint puis elle s'étale sur les cols et les poignets devenant une objectivation de l'intime.

Le linge devient un élément de surface. Il doit être blanc et fin. Sa blancheur prévaut sur la netteté voire la propreté du vêtement. Il retient transpirations et impuretés. Il était admis que la propreté n'exige pas qu'on se lave avec de l'eau mais avec du linge : c'est le linge qui lave. En changer, c'est se laver. C'est ce qu'affirme Charles Perrault (Parallèle des Anciens et des Modernes) : « *Il ne tient qu'à nous aussi de faire de grands bains mais la propreté de notre linge et l'abondance que nous en avons, qui nous dispense de la servitude de nous baigner à tous moments, valent mieux que tous les bains du monde* » ou encore Martin Lister « *une bonne chemise de toile changée tous les jours vaut, à mon avis, le bain quotidien des romains* ».

Ainsi, la dépense porte surtout sur cette lingerie et dans les inventaires on constate que le nombre de chemises devient de plus en plus important car le changement de chemise devient quotidien voire pluri quotidien. Mais toujours peu ou pas de bain.

La blancheur du linge est aussi un code social. L'absence de parure est dénoncée comme l'absence de propreté.

L'iconographie et des témoignages écrits révèlent l'importance croissante donnée à la tenue, aux atours, au paraître mettant l'accent sur l'allure, la présentation de soi. Ils confirment aussi la part minime prise par l'eau dans de telles opérations matinales, pratiques « sèches ». On s'essuie le visage avec des étoffes légères et blanches. Autrement dit, le linge, le parfum, les onguents sont les principaux outils du nettoiement. A la rigueur se rincer la bouche avec de l'eau vinaigrée mais l'eau sur le visage peut nuire à la vue, engendrer des maux de dents et le fragiliser. Les mains sont simplement et furtivement aspergées. Les fards se multiplient sur les tables de toilette ou encore l'essuiement avec des étoffes légères et blanches. En plus, les parfums dont on s'enduit ou que l'on porte sur soi dans des contenants ciselés (« pommes de senteur ») pour lutter contre les odeurs. Il séduit l'odorat et il est en même temps purificateur. L'envers du sale et sa correction.

Au XVIIIe siècle la « toilette » demeure dans l'élite un moment social capital que la seconde moitié du XVIIe avait inventé. Tout un cérémonial entre le lever, la petite toilette et la grande toilette. Toujours pas d'eau ! Aussi bien chez l'homme que chez la femme qui par ce biais est (à en croire les critiques telles celles de JJ Rousseau dans *Emile ou De l'éducation*) une façon de passer du temps pour lutter contre l'ennui du au désœuvrement. Une façon de se cultiver, de recevoir, d'acheter… « *On dit qu'on rend visite à quelqu'un à sa toilette quand on le vient entretenir pendant qu'il s'habille ou se déshabille.* »

À partir du XVIIIe les mœurs évoluent : le retour des ablutions

Ce retour aux ablutions, bien que demeurant le plus souvent partielles, est une vraie transformation des gestes d'hygiène comme en témoigne l'iconographie : le changement de chemise est toujours de mise et le recours au bain de pieds ou de siège devient de plus en plus fréquent. On insiste sur des frictions humides qui suppléent l'ablution totale tout en hydratant la peau « *et surtout les parties du corps où la sueur séjourne et produit une odeur désagréable* ». Même dans l'élite les pratiques ainsi restreintes, si elles rejettent la toilette sèche, n'imposent pas encore véritablement le bain mais la société s'est petit à petit réconciliée avec l'eau qui devenait un moyen de se laver. Au fil du temps le bain s'est « démocratisé » mais non sans peine et il a pris progressivement place pour l'hygiène corporelle au cours des XVIIIe et XIXe siècles …mais ceci est une autre histoire… que je vous raconterai une autre fois.

Jean-Pierre Orlando

Références sans lesquels cet article n'aurait pas pu être rédigé
- Vigarello Georges. Le propre et le sale. Edition Seuil. Octobre 2013.
- La toilette. Naissance de l'intime. Edition Hazan. Janvier 2015.

L'actualité du CPHG

Cher(e)s adhérent(e)s, cher(e)s collègues,

Vous trouverez ci-dessous les nouvelles de votre CPHG pour ce début d'année 2019, avec tout d'abord bien sûr un nouveau CPLF, de nouvelles et ambitieuses études et les résultats engrangés des études précédentes, et une implication toujours forte pour nous représenter dans les différentes instances composant notre spécialité !

1 CPHG

Un appel à candidature a été lancé pour succéder à J. Le Treut au **poste de trésorier de la SPLF**, poste dévolu à un représentant du CPHG. La candidature de C. Nocent a été retenue lors du dernier Conseil d'Administration du CPHG de décembre.

De nouveaux coordonnateurs ont également été nommés pour les **Cours de Perfectionnement du CPLF à partir de 2020**, avec pour l'asthme L. Portel, et C. Nocent pour l'imagerie thoracique.

Une réflexion est d'ores et déjà lancée sur le lieu des **prochaines Journées annuelles**, après 2019 à Villefranche/Saône, la réunion de 2020 pourrait se tenir à Paris chez nos collègues militaires au Val-de-Grâce.

Un Listing des chefs de service de pneumologie en Centre Hospitalier est en gestation, en partant de bases de données existant et qu'il conviendrait de remettre à jour.

Enfin, lors de notre dernier CA, le Pr T. Similowski nous a présenté le projet de **fusion entre la Fondation du Souffle et le Fonds de Recherche en Santé Respiratoire (FRSR)**.
Ces 2 entités ont déjà des points communs, dont leur Conseil Scientifique pour l'attribution de bourses de recherche et d'étude, l'objectif est de créer une structure unique de la Pneumologie visible pour les instances et les mécènes regroupant les actions d'information vers le grand public, les actions sociales vers les patients et la Recherche en Santé Respiratoire, avec de nouveaux statuts qui restent à rédiger.
La représentativité des structures fondatrices du FRSR au sein de la nouvelle entité y serait maintenue, et notamment le CPHG.
Ce projet de fusion a été entériné par un vote du CA, à l'unanimité, ce dont le Pr Similowski a été informé.

2 Partenariats

- **Espace Francophone de Pneumologie** : pour mémoire, une charte commune EFP et CPHG a été rédigée avec pour objectif de nous permettre d'accueillir des médecins pneumologues étrangers pour des stages de 6 mois à 1 an, en nous facilitant les démarches (correspondants : F. Martin pour le CPHG et F. Soyez pour l'EFP). Actuellement 20 demandes de stage ont été déposées par des pneumologues étrangers francophones, pour 2 offres de stage seulement en CHG; si vous êtes intéressés, n'hésitez pas à vous rendre sur le site du CPHG, www.cphg.org, pour accéder au formulaire d'offre de stage. En cas de difficulté, n'hésitez pas à contacter F. Martin ou D. Pamphile notre secrétaire.

- **AJPO2** : notre collaboration se poursuit avec la possibilité donnée aux internes de participer gracieusement aux formations organisées par le CPHG (séminaires et Journée annuelle), dans la limite de 5 places par formation.

- **RespirH@ction** : celui-ci s'est déroulé du 30/11 au 02/12/18 à Lille, le CPHG y était représenté par F. Rolland qui a par ailleurs été primé pour le projet qu'il y a présenté par le prix Ionis 361, un des 8 prix décernés.

- Le CPHG apporte sa labellisation aux **Ateliers de la Ventilation** organisés par JM Arnal à Aix en Provence, avec dans le comité d'experts L. Portel et C. Perrin.

- Le CA du CPHG a également validé un partenariat avec **Kan'athon**, un marathon d'innovation dédié aux patients et leur entourage en oncologie et hématologie qui se tiendra les 9 et 10 février 2018, avec pour représentant du CPHG C. Decroisette.

3 SPLF

Lors des prochaines **élections du Conseil d'Administration**, parmi les 7 membres élus représentant le CPHG, 3 postes sont à renouveler ; les candidatures retenues pour le CPHG sont D. Debieuvre (sortant), C.Nocent et L. du Couëdic.

Le CA du CPHG vous demande d'aller en grand nombre voter lors du CPLF pour vos candidats !
Tous les membres de la SPLF à jour de leur cotisation ont droit de vote. Il est encore temps de payer votre cotisation à la SPLF le cas échéant via le site de la SPLF et au CPHG via le site du CPHG !
En 2021, le poste de J. Le Treut sera à pourvoir, celui-ci étant rééligible. Enfin, pour 2022, les 3 postes restants concernent F. Goupil et E. Maetz, non rééligibles, et Y. Duval, rééligible. La candidature de C. Nocent au poste de Trésorier a été retenue par le CPHG. Le renouvellement du poste de Chargé à la Communication après A. Prud'Homme reste en discussion.

Concernant la **Revue en langue anglaise**, qui aura à sa tête P.R. Burgel et D. Montani (rédacteur en chef et adjoint), son lancement est pour l'instant retardé à avril 2019.

La mise à jour de **recommandations sur la vaccination** en pneumologie et sur le diagnostic et traitement des apnées et hypopnées centrales seront présentées au prochain CPLF, et un groupe de travail de la SPLF planche actuellement sur une mise à jour de recommandations sur l'asthme avec l'objectif de présenter celles-ci au CPLF 2020, dont l'asthme sera le fil rouge.

Enfin, des **formations régionales** organisées par la SPLF avec l'aide logistique de Ménarini vont se mettre en place, sur des thèmes choisis parmi : bilan de dyspnée, DDB, poumon et addiction, les recos en pratique (BPCO, TVP, nodules pulmonaires). Un groupe de travail coordonné par JC Dalphin va réaliser les diaporamas et préciser les lieux et les orateurs, avec la volonté de « décentraliser » l'institution et de la rendre plus visible et plus présente sur le terrain.

4 CPLF

Rendez-vous pour **Le grand congrès** de notre spécialité, à Marseille du 25 au 27 janvier, sur les thèmes de la BPCO, et des granulomatoses.

Pour rappel, les **Cours de Perfectionnement** sont organisés par le CPHG, avec pour coordinateur C. Perrin, et auront lieu le vendredi 25 au matin. Venez-y nombreux et pensez à valider votre DPC, quand cela est possible, par la même occasion. Les thèmes concernés sont les suivants : cancérologie*, imagerie thoracique*, réhabilitation respiratoire*, Ventilation Non Invasive*, environnement*, asthme*, circulation pulmonaire et interaction cœur-poumon, endoscopie*, pneumopathies interstitielles diffuses (*CP validants DPC).

Vous pourrez nous rejoindre comme tous les ans sur le stand du CPHG avec la permanence qui sera assurée par Anne Saillard.

Un stand est mis à disposition de l'AJPO2 par les associés de Pneumologie Développement et donc le CPHG au sein de l'espace de la Maison du Poumon.

Pour le CPLF de 2020, la **conférence culturelle** présidée et organisée par JP Orlando sera remise à l'honneur.

5 Pneumologie Développement

Une proposition de Règlement intérieur pour préciser et clarifier le fonctionnement et le rôle des associés est en cours de validation.
Le Comité d'Organisation du Congrès (COC), est constitué des 3 associés avec pour la SPLF son président N. Roche et son représentant désigné B. Maitre, pour l'APP son président H. Pegliasco et son représentant désigné B. Stach, et pour le CPHG son président D. Debieuvre, avec pour représentant désigné L. Portel.
Le gérant à partir de 2020 sera L. Portel.

6 FFP

Un **Groupe de travail** sous l'égide de l'HAS sur les indicateurs BPCO a été constitué dans le cadre de la STSS (Stratégie de Transformation du Système de Santé) : J. Piquet est le représentant du CPHG.
Les membres CPHG pour la commission CNOM de qualification (1ère instance et appel) sont J. Le Treut et F. Martin.
Enfin, D. Debieuvre participe au sein de la FFP à la révision du Livre Blanc des Allergies respiratoires sévères et la révision de la CIM 11.

7 PneumODPC

Pour rappel :

- Les médecins ont obligation de valider leur DPC
- Les hôpitaux ont obligation de cotiser pour le DPC, souvent à l'ANFH (Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier)
- Le médecin demande à sa direction hospitalière de l'inscrire
- L'organisme choisi par l'établissement pour le DPC, souvent l'ANFH paye la formation au CH qui reverse à PneumODPC, ça ne lui coûte donc rien (ni au médecin, ni à l'hôpital)
- PneumODPC reverse 50% à l'organisateur du programme

Les buts vertueux étant à terme, pour les organisateurs de formation scientifique validante, d'être autonomes financièrement de l'industrie pharmaceutique, et de pouvoir auto-financer nos formations.

Nous avons donc toutes et tous, collectivement et individuellement, intérêt à faire reconnaitre nos formations en DPC lorsque nous en avons la possibilité.

Pensez par exemple lors du CPLF à valider votre DPC, notamment en vous inscrivant aux Cours de Perfectionnement dont la majorité est validante (cf supra).

Il est également possible de faire reconnaitre la participation aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaire d'oncologie thoracique, en participant à 3 RCP (3x 2h).

8 Journée Annuelle (J16)

La J15 à Biarritz, organisée par l'équipe de Bayonne, a été couronnée d'un franc succès.
La J16 se prépare activement, sous l'égide de L. Falchero, et se déroulera à L'Atelier, à **Villefranche/Saône les 20 et 21 septembre 2019**.
Ces Journées sont traditionnellement l'occasion d'aborder différents thèmes scientifiques d'actualité mais aussi organisationnels pour nos services au sein des structures hospitalières de CH, et culturels avec notre référent JP Orlando. C'est aussi un lieu d'échanges entre collègues venant de différentes régions et exerçant au sein de structures de taille et d'organisation très variées, tout ceci dans une ambiance conviviale jamais démentie, et qui en est une des marques de fabrique. N'hésitez pas à nous y rejoindre nombreux(ses) ! **A noter dès maintenant dans vos agendas !**
L'idée d'offrir un stand « innovation » au lauréat de RespiH@ction est reconduite, de même que l'ouverture vers les soignants mais aussi vers nos collègues pneumologues libéraux et hospitaliers de CHU.
Enfin, une charte des Journées Annuelles du CPHG va être rédigée et proposée par H. Morel pour en homogénéiser le contenu et en faciliter l'organisation future.

9 Séminaires

Le séminaire d'**endoscopie interventionnelle** s'est déroulé à Saint-Quentin les 9-10 janvier 19 avec un succès renouvelé en terme de fréquentation.
Les séminaires organisés en 2018 ont dans l'ensemble peiné à réunir des participants et parfois aussi les soutiens financiers nécessaires émanant de nos partenaires de l'industrie, dans un contexte d'offres de formation de plus en plus importante. Le CA s'est prononcé pour le maintien de séminaires organisés par le CPHG, sous réserve de leur fréquentation future, en limitant leur nombre et en conservant les thématiques les plus porteuses.
Vous en saurez plus au sujet de ces séminaires dans les prochains numéros de la Lettre.

10 Études en cancérologie

- **KBP 2010-ESCAP 2011** : les articles portant sur les longs survivants et sur l'histologie ont été refusés. L'article sur la mortalité à 5 ans est accepté dans le Bulletin du Cancer, et celui sur Erlotinib en 2ème ligne et au-delà chez les patients non mutés dans la Revue des Maladies Respiratoires. Enfin l'article sur l'impact du BMI est paru dans Lung Cancer en décembre 2018 :
  « Prediagnosis weight loss, a stronger factor than BMI, to predict survival in patients with lung cancer. » Morel H, Raynard B, d'Arlhac M, Hauss PA, Lecuyer E, Oliviero G, Marty C, Gury JP, Asselain B, Grivaux M1, Debieuvre D1.
- **EGFR 2013 (ROCHE)** : les premiers résultats, avec communication et publication, sont attendus en 2019, avec un travail de mémoire de DES de Pneumologie par l'un de nos futurs jeunes collègues actuellement interne à Mulhouse qui est en cours (T. Payen).
- **ALK(ROS) 2016 Pfizer *(CPHG)*** : les inclusions ont pris fin le 31/12/18, avec l'objectif d'inclure au moins 70 patients qui a été atteint et dépassé ! Bravo à tous les investigateurs qui ont permis ce succès et la constitution de cette cohorte unique des patients ALK et ROS1 réarrangés. Félicitations aux 4 principaux centres actifs : Mulhouse, Orléans, Le Mans et Annecy.
- **KBP 2020** : la prochaine grande étude du CPHG, qui fera écho à KBP 2000 et KBP 2010, est toujours en cours d'élaboration. Le soutien institutionnel de l'INCa est espéré, ainsi que celui de la Fédération Hospitalière de France (FHF-Cancer), en cours de discussion. Les inscriptions pour participer à cette étude observationnelle vous seront adressées courant 2019, nous comptons sur le plus grand nombre pour la pleine réussite de cette étude.

11 Études sur le Sommeil et sa pathologie

- **Orcades** : cette étude clôturée a porté sur l'efficacité et la tolérance d'orthèse d'avancée mandibulaire en 2e intention, les données sur la survie à 5 ans doivent être prochainement communiquées.
- **S.AGES** : pour cette étude toujours en cours, la dernière Newsletter (jointe dans ces pages) fait état de 870 inclusions, un article est en cours d'écriture. Les principaux centres recruteurs sont dans l'ordre : Angers, Lyon, Le Mans, Bichat, Compiègne. Félicitations à toutes ces équipes, et des encouragements à tous pour poursuivre les efforts en cette nouvelle année.
- **NéoSAS** : 866 inclusions étaient enregistrées en Décembre 2018 avec pour palmarès des inclusions Créteil, Toulon HIA, Villefranche/Saône, Compiègne, et Mulhouse.
- **FACIL-VAA** : cette étude observationnelle, portant sur les patients porteurs de SAS central ou combiné et traités par Ventilation Auto-Asservie, est en cours de recrutement.

12 Étude sur l'Asthme Sévère FASE

Cette vaste étude sur les patients asthmatiques sévères, déjà récompensée à travers plusieurs communications à des congrès nationaux comme internationaux, doit faire l'objet de publications prochainement.

Meilleurs vœux à toutes et à tous, et au prochain numéro d'avril pour le suivi des actualités de votre CPHG.

Etude S.AGES

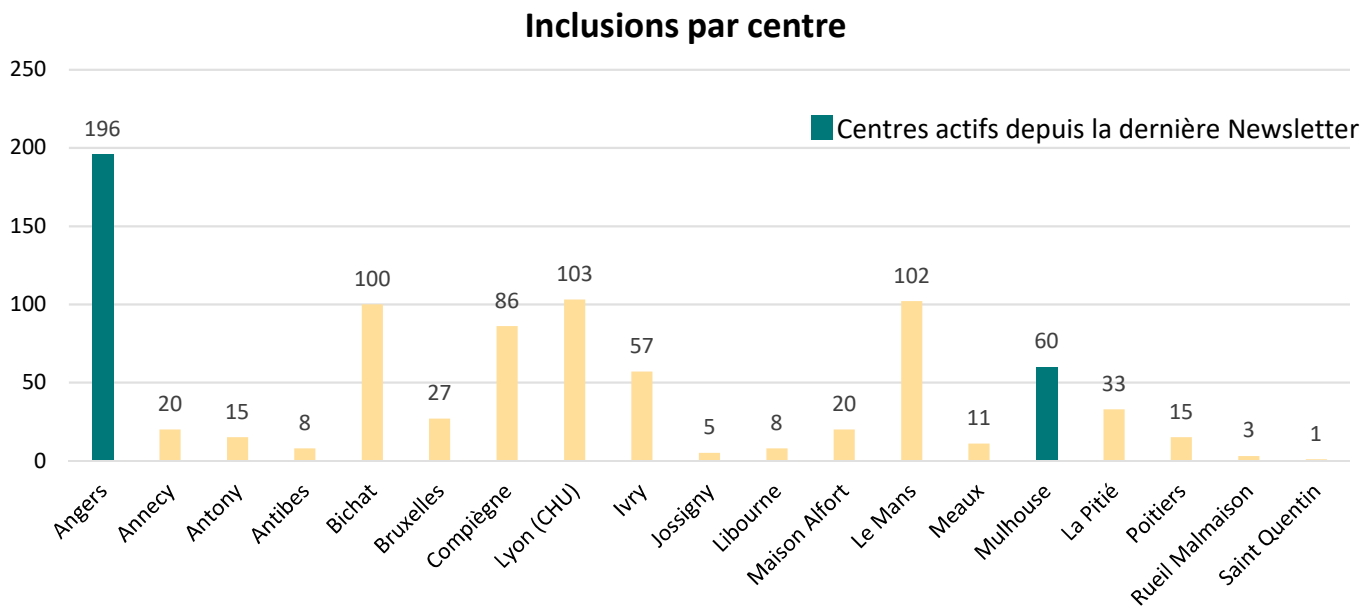
Institut de Recherche en Santé Respiratoire des Pays de la Loire

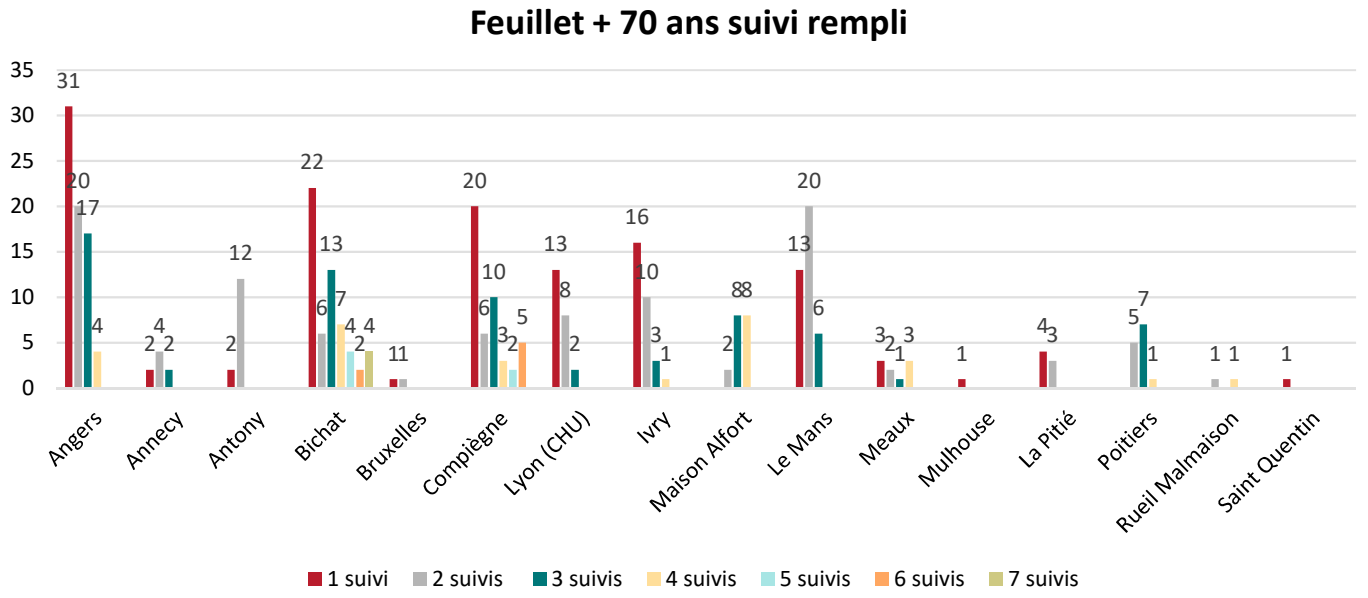
Décembre 2018

Données au 02/01/2019

50 **Newsletter**

870 inclusions S.AGES, soit + 4 patients en un mois





Pour le comité de pilotage : Fannie ONEN, Frédéric GAGNADOUX, Francis MARTIN

Dr Francis MARTIN
03 44 23 65 47
f.martin@ch-compiegnenoyon.fr

Christelle GOSSELIN
06 29 15 84 06 | 02 41 43 44 72
christelle.gosselin@irsrpl.org

CPHG

Collège des Pneumologues des Hôpitaux Généraux

VILLEFRANCHE-SUR-SAÔNE
20 ET 21 SEPT. 2019

J16

ASconnect évènement

Organisation logistique
Tél. 02 40 20 15 95
www.asconnect-evenement.fr

l'hôpital NORD OUEST

IFCT Intergroupe Francophone de Cancérologie Thoracique

lettre

Le début d'année 2019 sera marqué par le lancement de 4 projets :

- IFCT-1703 R2D2 (phase II, J. Mazières, B. Besse), qui testera l'efficacité et la tolérance de la bithérapie trastuzumab + pertuzumab en combinaison avec le paclitaxel chez les patients prétraités et atteints d'un CBNPC HER2 positif
- IFCT-1803 LORLATU (cohorte, N. Girard), évaluant les données de vie réelle chez 250 patients ayant un CBNPC ALK+ et ayant pris du lorlatinib dans le cadre de l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU)
- IFCT-1805 ELDERLY (E. Quoix, C. Mascaux), une étude de phase III randomisée, visant à évaluer l'atezolizumab chez des patients âgés présentant un CBNPC de stade avancé et recevant une chimiothérapie par carboplatine mensuel et paclitaxel hebdomadaire.
- IND 227 Mésothéliome (phase III, L. Greillier, A. Scherpereel, 1ère ligne, pembrolizumab + chimiothérapie)

Trois autres projets, dont les discussions sont déjà bien avancées, verront le jour en 2019 : SAVIMMUNE (durvalumab, PS2-3), ORBITAL (osimertinib, EGFRMut, cérébral) et PACES (combo-immunoT + CT, 1ère ligne CPC).

2019 sera aussi une année intense pour nos groupes de travail avec plusieurs projets en gestation : ORAKLE/ALBATROS (lorlatinib, ALK/ROS1), PACT-01 (poursuite-arrêt des traitements anticancéreux), Biomarqueurs-France 2 (plateformes NGS) sans oublier un "master-protocol" permettant de couvrir la diversité des situations rencontrées (différentes anomalies moléculaires, différentes lignes, adaptation aux nouveautés thérapeutiques).

L'année 2019 sera aussi et surtout marquée par les 20 ans de notre intergroupe que nous célèbrerons les 20 & 21 juin à Paris. Ces journées seront l'occasion de nous réunir et de revenir sur 20 ans de recherche clinique en oncologie thoracique, 20 ans de progrès au bénéfice des patients !

Merci à tous pour votre investissement et meilleurs vœux !

1ère publication IFCT pour l'année 2019 : MAPS-2 dans *The Lancet Oncology* !

Nivolumab or nivolumab plus ipilimumab in patients with relapsed malignant pleural mesothelioma (MAPS2): a multicentre, open-label randomised non-comparative phase 2 trial
Arnaud Scherpereel, Julien Mazieres, Laurent Greillier, Sylvie Lantuejoul, Pascal Dô, Olivier Bylicki, Isabelle Monnet, Romain Corre,Clarisse Audigier-Valette, Myriam Locatelli-Sanchez, Olivier Molinier, Florian Guisier, Thierry Urban, Catherine Ligeza-Poisson, David Planchard, Elodie Amour, Franck Morin, Denis Moro-Sibilot, Gérard Zalcman, on behalf of the French Cooperative Thoracic Intergroup
Lancet Oncol. Published Online, January 11, 2019 http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30765-4

Toutes les études en cours

	Indication	Schéma	Centres ouverts	Inclusions	Objectif
T ETOP 4-12 STIMULI*	CBPC limité	Immunothérapie après chimioradiothérapie	26	93	170
FCT-1301 FIR 02 Lung	Stade IV	Technologies à haut débit pour orienter la décision thérapeutique	38	977	1350
1401 BR.31*	Stade IB/II/IIIA	Immunothérapie en situation adjuvante	55	227	400
1402 RTEP7	Stade III	Replanification de la radiothérapie par Tep-Scanner	23	71	150
601 IONESCO	CBNPC opérés	Immunothérapie néoadjuvante	27	45	81
1602 CHIVA 2	CBNPC VIH+	Immunothérapie en 2ème ligne	17	9	30
1701 DICIPLE	Stade IV	Stop and go nivolumab+ipilimumab	37	50	1360
001 NIPINEC	Neuroendocrine	Immunothérapie en 2ème ligne	7	1	180

es projets internationaux, les chiffres sont donnés pour l'activité France *(Tableau mis à jour le 12/12/18)*

Plaidoyer pour le dépistage du cancer du poumon

L'année 2018 restera marquée par les résultats positifs de l'étude NELSON de nos confrères européens sur le dépistage du cancer du poumon. Ces résultats, qui confirment ceux de l'étude américaine National Lung Screening Trial (NLST), montrent une diminution très significative de la mortalité par cancer du poumon de l'ordre de 25% chez les hommes et de 40 à 60% chez les femmes. Suite à la publication de ces résultats, l'IFCT se positionne pour la prise en charge immédiate d'un dépistage par scanner thoracique associé à une aide au sevrage tabagique, à partir de 50 ans chez les fumeurs ou ex-fumeurs éligibles, et après information des bénéfices et des risques. L'intérêt de cette stratégie est bien évidemment de découvrir ces tumeurs à un stade plus précoce, où la chirurgie - éventuellement couplée à une chimiothérapie adjuvante - permet une guérison dans 90 % des cas.

Le communiqué IFCT/SIT est téléchargeable sur le site internet de l'IFCT.
Ce communiqué a fait l'objet d'un écho médiatique sans précédent qui, nous l'espérons, incitera nos tutelles à initier rapidement une réflexion sur les modalités de mise en œuvre de ce dépistage.

Agenda

25.01.19 - 27.01.19	CPLF	Marseille
30.01.19 - 31.01.19	Journées Scientifiques Immunité et cancer	Paris
14.03.19 - 15.03.19	Monaco Age Oncologie	Monaco
16.05.19 - 17.05.19	Formation ARTEC-GCO	Paris
31.05.19 - 04.06.19	ASCO Annual Meeting	Chicago
13.06.19 - 14.06.19	ACADM (10 ans)	Mont Saint Michel
20.06.19 - 21.06.19	Journées de l'IFCT (20 ans)	Paris
07.09.19 - 10.09.19	WCLC	Barcelone
27.09.19 - 01.10.19	ESMO	Barcelone
17.10.19 - 18.10.19	INVEST	Paris
07.11.19 - 08.11.19	Journées Alain Depierre	Nantes

Pour tout renseignement :
Tél (Recherche Clinique) : 01.56.81.10.46 Tél (standard) : 01.56.81.10.45
contact@ifct.fr www.ifct.fr

ALK 2016

Caractéristiques des patients adultes traités par crizotinib pour un cancer broncho pulmonaire non à petites cellules avec un réarrangement du gène ALK+ et ROS1+ dans les centres hospitaliers généraux.

Chers Investigateurs,

Les inclusions dans l'étude observationnelle ALK 2016 en partenariat avec le CPHG se sont terminées le 31 décembre 2018 ! ***Grace à votre implication dans l'étude, nous avons pu atteindre l'objectif de 70 patients.***

Les données recueillies, nous permettront de décrire les caractéristiques et la prise en charge des patients ALK+ et ROS1+ traités dans les Centres Hospitaliers. ***C'est l'opportunité de confirmer en vie réelle****, les résultats d'efficacité et de tolérance du crizotinib démontrés dans les essais cliniques sur des patients sélectionnés.*

Nous vous remercions vivement pour l'intérêt que vous avez porté à l'étude ALK 2016- CPHG.

Bilan des inclusions

30 CH participants

72 Patients

- **47 ALK +**
- **17 ROS1 +**
- **8 non défini**

→ Le détail des inclusions ci-après.

Revue des données

- **8 Février :** Revue des données avec le comité Scientifique

→ Merci de compléter à minima l'ensemble des données pour la visite d'inclusion, visite de suivi M3, visite de fin d'étude programmée/anticipée si applicable.

→ Cette revue de données donnera suite à une publication prévue durant l'année 2019, le plan de publication sera discuté lors de cette réunion.

Besoin de plus d'informations ?
Merci de contacter Mr Vispalie Benoit
Benoit.Vispalie@pfizer.com - 01 58 07 35 96

CPHG

Pfizer

ALK 2016

Caractéristiques des patients adultes traités par crizotinib pour un cancer broncho pulmonaire non à petites cellules avec un réarrangement du gène ALK+ et ROS1+ dans les centres hospitaliers généraux.

Détail des inclusions par ville au 31 Décembre 2018

Ville	Nombre de patient	ALK	ROS1	Non Renseigné
Aix	2	1	1	0
Annecy	3	2	1	0
Aulnay sous bois	1	1	0	0
Avignon	1	1	0	0
Beauvais	1	1	0	0
Béziers	2	1	0	1
Cahors	0	0	0	0
Cannes	2	2	0	0
Chalon sur sone	2	2	0	0
Colmar	2	0	0	2
Essonne	2	1	0	1
Fréjus	2	1	1	0
La roche sur yon	4	1	2	1
Léman	2	2	0	0
Libourne	1	1	0	0
Macon	1	1	0	0
Mans	5	5	0	0
Mantes la jolie	0	0	0	0
Marseille	4	2	2	0
Meaux	0	0	0	0
Mulhouse	9	3	6	0
Nevers	1	1	0	0
Orleans	7	6	1	0
Paris	0	0	0	0
Savoie	5	3	1	1
St Pierre	1	1	0	0
St Quentin	2	2	0	0
Thonon les Bains	6	2	2	2
Troyes	3	3	0	0
Ville Franche sur Saône	1	1	0	0

Dans le cas où, des patients auraient signés un consentement mais n'ont pas été encore saisis, nous vous invitons à les saisir dans les meilleurs délais dans l'eCRF ALK 2016-CPHG.

CPHG

Pfizer

Lettre d'information
Janvier 2019

ETUDE KBP-ESCAP-2020

Chers collègues, chers amis,

Vingt ans après l'étude **KBP-2000** et dix ans après les études **KBP-2010** et **ESCAP-2011**, le CPHG va mener les études

KBP-2020 et ESCAP-2020.

1-Comité scientifique des études

Investigateur - coordinateur :
- Dr. Didier DEBIEUVRE (Mulhouse)

Autres membres :
- Dr. Bernard ASSELAIN (Paris)
- Dr. Alexis CORTOT (Lille)
- Dr. Sébastien COURAUD (Lyon)
- Dr. Yannick DUVAL (Cannes)
- Dr. Lionel FALCHERO (Villefranche-sur-Saône)
- Dr. Chrystèle LOCHER (Meaux)
- Pr. Nicolas MEYER (Strasbourg)
- Dr. Olivier MOLINIER (Le Mans)
- Dr. Hugues MOREL (Orléans)
- Dr. Dorine TEMPLEMENT-GRANGERAT (Annecy)
- Pr. Jean TREDANIEL (Paris)

2-CRO

Margaux Orange
20 rue du Mail
75 002 PARIS
01 42 21 15 25
kbp-2020-cphg@margauxorange.com

3-Etat de la question et objectifs des études

KBP-2020-CPHG

Résumé :
Les résultats des études KBP-2000-CPHG et KBP-2010-CPHG ont montré une amélioration significative de la survie à 5 ans dans l'étude menée en 2010 par rapport à l'étude conduite en 2000 (12,7 % *vs* 10 % respectivement). Si les taux de survie du cancer broncho-pulmonaire non à petites cellules (CBNPC) ont été significativement améliorés en 2010 (13,8 % *vs* 11,4 % en 2000), il n'en a pas été de même pour le cancer broncho-pulmonaire à petites cellules.
20 ans après l'étude KBP-2000-CPHG et 10 ans après l'étude KBP-2010-CPHG, le CPHG propose de mener une nouvelle étude épidémiologique sur le cancer broncho-pulmonaire (CBP) primitif, afin d'évaluer les modifications survenues en 10 ans et tenter de les interpréter.

Objectif principal : Estimer la mortalité à 1 et 5 ans chez les patients ayant un CBP primitif.

Objectifs secondaires :

- Décrire la population des patients pris en charge pour un CBP primitif par les pneumologues des CH en France en 2020.
- Décrire les prises en charge diagnostique et thérapeutique des patients suivis pour un CBP primitif par les pneumologues des CH en France en 2020 et les comparer aux études KBP-2010-CPHG et KBP-2000-CPHG
- Estimer les facteurs pronostiques
- Comparer les caractéristiques des patients et les caractéristiques tumorales à celles observées lors des études KBP-2010-CPHG et KBP-2000-CPHG
- Comparer les taux de survie observés à ceux rapportés lors des études KBP-2010-CPHG et KBP-2000-CPHG

ESCAP-2020-CPHG

Résumé :
Malgré les avancées thérapeutiques majeures survenues dans le traitement du cancer du poumon ces quinze dernières années, cette pathologie reste une des plus compliquées à traiter. Cancer le plus fréquent dans le monde, le cancer du poumon représente aussi la première cause de décès par cancer dans les deux sexes.
Afin de compléter les informations recueillies dans KBP-2020-CPHG sur le CBP primitif et sa prise en charge, le CPHG a décidé de conduire l'étude ESCAP-2020-CPHG, étude de suivi des patients inclus dans KBP-2020-CPHG. Les données sur la prise en charge thérapeutique des patients seront collectées dans l'étude ESCAP-2020-CPHG sur une période de trois ans et comparées à celles recueillies dans l'étude ESCAP-2011-CPHG, étude ancillaire de l'étude KBP-2010-CPHG, ayant le même objectif principal.

Objectif principal : Décrire la stratégie thérapeutique mise en œuvre en vie réelle par les pneumologues des CH durant les trois premières années qui suivent le diagnostic de CBP primitif chez les patients de la cohorte KBP-2020-CPHG.

Objectifs secondaires :

- Mener une évaluation pharmaco-économique
- Evaluer l'impact des nouvelles thérapeutiques sur la survie

4-Centres et investigateurs concernés

Au sein des centres hospitaliers généraux (CH), les services de pneumologie et de cancérologie dans lesquels exercent des pneumologues, seront contactés à la fois pour l'étude KBP-2020-CPHG et l'étude ESCAP-2020-CPHG.

Tous les pneumologues exerçant dans un service de pneumologie ou de cancérologie d'un CH, seront invités à participer aux deux études sus-citées, par courrier et/ou par e-mail.

Une centaine de médecins investigateurs est attendue.

5-Type d'étude et méthodologie

Etudes de cohorte prospectives, observationnelles, nationales, multicentriques, n'affectant pas la prise en charge des patients.

Mi-novembre 2019, tous les pneumologues exerçant dans un service de pneumologie ou de cancérologie d'un CH, seront invités à participer aux études KBP-2020-CPHG et ESCAP-2020-CPHG par courrier et/ou par e-mail.

Les médecins acceptant de participer, renverront au centre de gestion des études un bulletin investigateur **avant le 15/12/2019**, indiquant leur participation à KBP-2020-CPHG uniquement ou à KBP-2020-CPHG et ESCAP-2020-CPHG.

Entre le 15/12/2019 et le 31/12/2019, les médecins ayant accepté de participer (médecins investigateurs) recevront des identifiants pour se connecter à l'e-CRF développé par le comité scientifique de l'étude.

A partir du 01/01/2020 et jusqu'au 31/12/2020, les investigateurs incluront de façon exhaustive tout nouveau patient ayant un diagnostic de CBP primitif dans KBP-2020-CPHG. Les investigateurs rempliront un e-CRF pour chaque patient inclus.

Les médecins investigateurs ayant accepté de participer à KBP-2020-CPHG uniquement auront accès au questionnaire correspondant dans l'e-CRF.

Les médecins investigateurs ayant accepté de participer à KBP-2020-CPHG et ESCAP-2020-CPHG devront remplir pour chaque patient le questionnaire électronique KBP-2020 ou KBP-ESCAP-2020 selon le choix du patient d'être inclus seulement dans KBP-2020-CPHG ou d'entrer dans la cohorte KBP-ESCAP-2020-CPHG.

Dans tous les cas, les investigateurs s'engageront à un recueil exhaustif de l'ensemble des nouveaux cas de CBP primitif et des données du e-CRF.

Afin de connaître le devenir des patients à 1 et 5 ans après la constitution de la cohorte de l'étude KBP-2020-CPHG, une enquête sera menée auprès de la mairie de naissance de chaque patient non décédé au moment du remplissage du e-CRF pour connaitre son statut vital. Par ailleurs, le chaînage de la base de données avec le Système National des Données de Santé (SNDS) envisagé est en cours de réflexion.

Pour ESCAP-2020-CPHG, les données seront recueillies pendant trois ans consécutifs.

6-Données recueillies

KBP-2020-CPHG

- Survie globale à 1 et 5 ans
- Données concernant le patient : sexe, âge, commune de naissance, taille, pourcentage de perte de poids, tabagisme, cannabis, *Performance status*, score de précarité (via le recueil de l'adresse précise du patient), décès.
- Données concernant la pathologie : mode de découverte et date de premier contact spécialisé, méthode diagnostique, classification anatomopathologique, recherche d'anomalies moléculaires, statut PDL-1, charge mutationnelle et stade tumoral initial (classification TNM 8ème édition)
- Stratégie thérapeutique de 1ère intention jusqu'à progression

ESCAP-2020-CPHG

- Traitements réalisés avant et après progression avec leur durée et les motifs d'initiation et d'arrêt des traitements
- Statut vital
- Statut du patient : *Performance status*, nouvelle biopsie, deuxième cancer du poumon, anomalie moléculaire et mécanisme de résistance, statut PD-L1, charge mutationnelle, patient oligométastatique, neutropénie.

7-Durée des études

KBP-2020-CPHG

- Durée de la période d'inclusion : 1 an (du 01/01/2020 au 31/12/2020)
- Durée du suivi de chaque patient : 5 ans
- Durée totale de l'étude : 6 ans (du 01/01/2020 au 31/12/2025)

ESCAP-2020-CPHG

- Durée de la période d'inclusion : 1 an (du 01/01/2020 au 31/12/2020)
- Durée du suivi de chaque patient : 3 ans
- Durée totale de l'étude : 4 ans (du 01/01/2020 au 31/12/2023)

8-Planning des études

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
KBP											
• Préparation du projet	X	X									
• Suivi des investigateurs			X								
• Durée de l'étude			X	X	X	X	X	X			
• Survie à 1 et 5 ans				X	X			X			
• Data management			X	X	X	X	X	X	X	X	
• Analyses statistiques				X	X			X	X	X	
• Publications, communications				Intermédiaires	X	X	X	X	X	X	
ESCAP											
• Préparation du projet	X	X									
• Durée de l'étude			X	X	X	X					
• Data management			X	X	X	X					
• Analyses statistiques				X	X	X	X	X			
• Publications, communications				Intermédiaires	X	X	X	X	X	X	

9-Nombre de patients

KBP-2020-CPHG

En 2010, 104 centres* avaient inclus 7 051 patients dans la cohorte de l'étude KBP-2010-CPHG. Cette population est supérieure à celle de l'étude KBP-2000-CPHG, menée 10 ans plus tôt et dans laquelle 5 667 patients avaient été inclus par 137 centres*.

Avec une participation attendue d'une centaine de pneumologues investigateurs et compte tenu de l'augmentation du nombre de CBP en France, le nombre de patients inclus dans la cohorte KBP-2020-CPHG devrait avoisiner les 10 000.

ESCAP-2020-CPHG

Environ 6 000 patients sont attendus pour l'étude.

Globalement, environ 60% des patients ayant un CBP décèdent à 1 an, et une 2nde stratégie thérapeutique n'est mise en place que pour environ 50% des patients métastatiques. L'inclusion d'environ 6 000 patients dans cette étude devrait permettre d'avoir de l'ordre de 2 000 patients vivants et sous traitement à un an.

* *Un centre peut représenter plusieurs investigateurs*

10-Conclusion

Je vous remercie par avance de votre participation. Avec les études KBP-ESCAP-2020-CPHG, nous avons l'opportunité de recueillir des données de vie réelle extrêmement précieuses sur le cancer bronchique primitif, d'évaluer sa prise en charge et de mesurer les progrès réalisés en 10 et 20 ans avec l'apport des nouvelles thérapeutiques. Les CH qui en prennent en charge environ 45 % de ces cancers en France, sont à même de mener de telles études sur un tel nombre de patients. Le succès de ces études épidémiologiques requiert l'engagement du plus grand nombre d'entre nous pour un recueil exhaustif de toutes les données.

Je vous prie, cher(e)s collègues et ami(e)s, de croire à l'expression de mes sincères salutations.

Didier Debieuvre
Président du CPHG
Coordonnateur de KBP-ESCAP-2020-CPHG

Assistance respiratoire à domicile

FRANCE OXYGENE® S.A.R.L.

VIVISOL Home Care Services

assistance respiratoire

oxygénothérapie · ventilothérapie · SAOS · aérosolthérapie · Vivitravel

Nous contacter 24/24 & 7/7 :

FRANCE OXYGENE®

Nord Pas-de-Calais Picardie, Bourgogne Franche-Comté,
Alsace Lorraine Champagne-Ardenne, Normandie,

Tél. : 03 28 559 659 - Fax : 03 28 559 662

Côte d'Azur

Tél. : 04 93 787 545 - Fax : 04 93 787 563

assistance respiratoire

val de Loire

Tél. : 0 800 489 489 - Fax : 02 47 489 499

VIVISOL Home Care Services

Melun
Tél. : 01 64 391 112 - Fax : 01 64 103 471

Cergy-Pontoise
Tél. : 01 34 488 500
Fax : 01 34 489 012

Gien
Tél. : 02 38 383 505
Fax : 02 38 382 159

Dijon
Tél. : 03 80 598 773
Fax : 03 80 528 830

Limoges
Tél. : 05 55 427 303
Fax : 05 55 427 304

Clermont-Ferrand
Tél. : 04 73 275 008
Fax : 04 73 903 427

Nantes
Tél. : 02 40 140 309
Fax : 02 40 140 377

Lyon
Tél. : 04 74 964 540
Fax : 04 74 964 718

Marseille
Tél. : 04 42 46 83 45
Fax : 04 42 899 229

Toulon
Tél. : 04 42 468 345
Fax : 04 42 899 229

Montpellier
Tél. : 04 67 814 594
Fax : 04 67 508 083

Toulouse
Tél. : 05 61 487 984
Fax : 05 61 487 685

Bordeaux
Tél. : 05 56 478 577
Fax : 05 56 478 625