



**HAL**  
open science

# Évaluation des pratiques des médecins généralistes installés en Sud-Gironde, dans la prise en charge d'un patient atteint d'un adénocarcinome du pancréas, tous stades confondus

Carole Usandizaga

## ► To cite this version:

Carole Usandizaga. Évaluation des pratiques des médecins généralistes installés en Sud-Gironde, dans la prise en charge d'un patient atteint d'un adénocarcinome du pancréas, tous stades confondus. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01343174

**HAL Id: dumas-01343174**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01343174>**

Submitted on 7 Jul 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTE DE MEDECINE

Année 2016

Thèse N : 83

## **THESE**

**pour l'obtention du diplôme d'état de Docteur en Médecine spécialité  
Médecine générale.**

Présentée et soutenue publiquement le

9 Juin 2016

Par : USANDIZAGA Carole, née le 12 Septembre 1987 à Bordeaux.

---

**Évaluation des pratiques des médecins généralistes installés en  
Sud -Gironde, dans la prise en charge d'un patient atteint d'un  
adénocarcinome du pancréas, tous stades confondus.**

---

Directeur de thèse : Dr Dominique FERRANDEZ.

Rapporteur de thèse : Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Jury

Monsieur le Professeur Jean-Luc PELLEGRIN

Président du jury

Monsieur le Professeur Dominique BECHADE

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Monsieur le Docteur Gérard DUCOS

Monsieur le Docteur Pierre DUPORTE

Madame le Docteur Dominique FERRANDEZ

## **Remerciements**

### **A Monsieur le Professeur Jean-Luc Pellegrin,**

Professeur en médecine interne au CHU de Bordeaux, et Directeur du collège sciences de la santé à l'Université de Bordeaux,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

### **A Monsieur le Professeur Dominique Bechade,**

Professeur en gastro-entérologie, dirigeant du département d'Oncologie médicale à l'Institut Bergonié,

Je vous exprime mon profond respect pour l'honneur que vous me faites en acceptant de juger cette thèse. Votre regard dans le domaine de la cancérologie digestive était essentiel. Veuillez trouver l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

### **A Monsieur le Docteur Gérard Ducos,**

Professeur associé, et médecin généraliste à Cestas,

Je vous remercie de m'avoir soutenue, accompagnée et guidée tout au long de ce travail. Merci pour votre disponibilité dont vous faites preuve depuis des années.

Que ce travail soit l'occasion de vous exprimer mon admiration et ma gratitude.

### **A Monsieur le Docteur Pierre Duporté,**

Médecin généraliste à Bernos beaulac, et médecin urgentiste rattaché à l'hôpital des armées de Robert Piquet,

Merci de m'avoir transmis beaucoup de vos précieux conseils et de m'avoir permis de passer un an au sein de votre cabinet. Avec vous j'ai pu découvrir une médecine de campagne passionnante. Sans vous, ce travail n'aurait jamais pu voir le jour.

Trouvez ici le témoignage de mon estime et de ma sympathie.

### **A Madame le Docteur Dominique Ferrandez,**

Docteur en médecine, spécialiste qualifiée en maladies de l'appareil digestif et en médecine interne exerçant à la clinique Saint Anne à Langon,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de diriger cette thèse. Vous m'avez aidée dans l'élaboration de ce projet et vous avez étroitement suivi la réalisation de ce travail.

Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

**A Monsieur le Professeur Jean-Philippe Joseph,**

Coordonnateur du DES de médecine générale, et médecin généraliste à Bordeaux,  
Malgré la densité de votre travail, vous avez accepté d'être le rapporteur de ce travail.  
Je vous remercie pour votre disponibilité, et vos encouragements.

***A Raphaël, mon amour,***

*Merci d'être toujours présent à mes côtés, de m'avoir supportée et soutenu tout au long de ce travail. Merci pour tous ces beaux moments passés ensemble, et le meilleur reste à venir..*

***A mon petit lou,***

*Dans quelques semaines tu seras parmi nous, ne te fais pas trop attendre, nous sommes trop impatients !*

***A mes parents,***

*Merci de m'avoir permis de réaliser ce parcours, et d'avoir toujours été présents pour moi. Je vous aime.*

*Papa, parti bien trop tôt, je sais combien tu serais fier d'être là aujourd'hui . Je ne cesse de penser à toi tous les jours, et je ferai de mon mieux pour être un médecin aussi talentueux et apprécié que toi. J'inculquerai à mes enfants les riches valeurs de la vie que tu m'a transmises. Tu me manques.*

*Maman, merci d'être aussi formidable, reste comme tu es, j'espère pouvoir être une aussi bonne mère que toi .*

***A ma sœur,***

*Ma flo, ma soeurette, et bientôt tatie, malgré les épreuves de la vie, tu as toujours su être près de moi, ne change pas, je te souhaite d'être heureuse et espère t'avoir toujours à mes côtés.*

***A mes neveux,***

*Je pense à vous souvent, soyez heureux mes loulous.*

***A Arlette et Roland, mes grands parents,***

*Merci de m'avoir autant gâtée, je me souviendrai toute ma vie de ces belles vacances à la campagne avec les cousins et cousines.*

*Merci de m'avoir soutenu dans ce long parcours, je vous souhaite encore de belles années.*

***A Louise ma grand-mère,***

*Les séjours chez toi à Ciboure resteront mes plus beaux souvenirs de petite fille, je n'ai pas eu le temps de te dire au revoir, mais je pense à toi..*

***A Myriam et Alain, mes beaux parents,***

*Merci d'être toujours là pour nous, je suis heureuse d'avoir rencontré la famille Barbère, merci pour tout.*

***A mes cousins et cousines,***

*Merci pour ces moments de rigolade passés ensemble, et pour tous ces beaux souvenirs d'enfance avec vous..*

***A Jagant et Bangkok,***

*Il fallait bien un petit mot pour vous, merci à mes deux compagnons de route pour ces beaux moments d'évasion entre deux items d'internat. J'espère vous garder encore longtemps à mes côtés.*

***A papa, ma plus belle étoile,***

## **Table des matières**

<b><u>Préambule</u></b>	<b>15</b>
<b><u>D) Introduction</u></b>	<b>16</b>
<b>1-1 Généralités</b>	<b>16</b>
<b>1.1.1 Épidémiologie</b>	<b>16</b>
<b>1.1.2 Types histologiques</b>	<b>17</b>
<b>1.1.3 Facteurs de risque</b>	<b>18</b>
<b>1.1.4 Traitements</b>	<b>19</b>
<b>1.2 La maladie en soins primaires</b>	<b>23</b>
<b>1.2.1 Prévention et dépistage</b>	<b>23</b>
<b>1.2.2 Symptômes</b>	<b>24</b>
<b>1.2.3 Moyens diagnostiques</b>	
<b>1.3 La maladie et l'offre de soins en Sud-Gironde</b>	<b>26</b>
<b>1.3.1 L'offre en soins primaire</b>	<b>26</b>
<b>1.3.2 Structures hospitalières</b>	<b>28</b>
<b>1.3.3 Réseaux de soins</b>	<b>29</b>
<b>1.4 Synthèse</b>	<b>29</b>

<b><u>II) Méthode</u></b>	<b>31</b>
<b>2.1 Type d'étude</b>	<b>31</b>
<b>2.2 Population cible</b>	<b>31</b>
<b>2.3 Matériel et méthode</b>	<b>32</b>
<b>2.4 Déroulement de l'étude</b>	<b>33</b>
<b>2.5 Analyse des données</b>	<b>34</b>
<b><u>III) Résultats</u></b>	<b>34</b>
<b>3.1 Nombre de participants</b>	<b>34</b>
<b>3.2 Caractéristiques des médecins participants</b>	<b>37</b>
<b>3.3 Caractéristiques des patients</b>	<b>41</b>
<b>3.4 Description des pratiques diagnostiques et thérapeutiques des médecins interrogés</b>	
<b>3.4.1 Circonstances diagnostiques</b>	<b>44</b>
<b>3.4.2 Signes pré existants avant le diagnostic</b>	<b>45</b>
<b>3.4.3 Diabète et adénocarcinome du pancréas</b>	<b>46</b>
<b>3.4.4 Examens complémentaires demandés</b>	<b>47</b>
<b>3.4.5 Orientation du patient et traitements spécifiques du cancer</b>	<b>48</b>
<b>3.4.6 Implication du médecin traitant aux différents moments de la maladie</b>	<b>49</b>
<b>3.4.7 Disponibilité du médecin traitant</b>	<b>51</b>
<b>3.4.8 Gestion de la fin de vie</b>	<b>51</b>
<b>3.4.9 Difficultés rencontrées</b>	<b>54</b>
<b>3.5 Opinion et perspectives</b>	<b>56</b>
<b>3.5.1 Relation avec les spécialistes et réseaux de soins</b>	<b>56</b>
<b>3.5.2 Perspectives souhaitées</b>	<b>58</b>
<b>a) RCP</b>	<b>58</b>

<b>b) Autres perspectives</b>	<b>59</b>
<b><u>IV) Discussion</u></b>	
<b>4.1 Discussion générale des résultats</b>	<b>61</b>
<b>4.1.1 Population d'étude</b>	<b>61</b>
<b>4.1.2 Caractéristiques des patients</b>	<b>61</b>
<b>4.1.3 Pratique des médecins</b>	<b>62</b>
<b>a) Dépistage</b>	<b>63</b>
<b>b) Circonstances de découverte</b>	<b>64</b>
<b>c) Prise en charge</b>	<b>64</b>
<b>4.2 Limites et biais de l'étude</b>	<b>69</b>
<b>4.2.1 Type d'étude</b>	<b>69</b>
<b>4.2.2 Population cible</b>	<b>69</b>
<b>4.2.3 Outils d'étude</b>	<b>70</b>
<b>4.2.4 Recueil de données</b>	<b>70</b>
<b>4.2.5 Analyse des données</b>	<b>71</b>
<b>4.3 Comparaison de nos résultats avec d'autres études</b>	<b>71</b>
<b>4.4 Perspectives</b>	<b>74</b>
<b>V) Conclusion</b>	<b>77</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>78</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>83</b>

## **Liste des abréviations**

**AEG : Altération de l'état général**

**AFSOS : Association francophone pour les soins oncologiques de support**

**ALD : Affection de longue durée**

**APA : Activité physique adaptée**

**ARS : Agence Régionale de Santé**

**ASA (score ) : American Society of Anesthesiology**

**BRCA2 : Breast Cancer 2**

**CDKN2A : Cyclin-Dependent Kinase Inhibitor 2A**

**CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer**

**CT : Chimiothérapie**

**EMSP : Équipe mobile de soin palliatif**

**FAMMM : Familial atypical multiple mole melanoma**

**HAD : Hospitalisation à domicile**

**HAS : Haute autorité de santé**

**HDJ : Hôpital de jour**

**IMC : Indice de masse corporelle**

**INCa : Institut national du cancer**

**IRM : Imagerie par résonance magnétique**

**KRAS : Kirsten rat sarcoma viral oncogene homolog**

**LYVE1 : Lymphatic vessel endothelial hyaluronic acid receptor 1**

**MG : Médecin généraliste**

**PanIN : Pancreatic Intraepithelial Neoplasia**

**PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information**

**PPS : Projet personnalisé de soins**

**PRS : Plan Régional de Santé**

**PRSS1 : Gène du trypsinogène cationique**

**RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire**

**SPG : Spléno-pancréatectomie gauche**

**SSP : Survie sans progression**

**STK11 :Serine/threonine kinase 11**

**TIPMP : Tumeur intracanalair papillaire et mucineuse du pancréas**

## **Liste des figures et tableaux**

Figure 1 : Diagramme de flux	35
Figure 2 : Répartition des médecins par âge	39
Figure 3 : Répartition des médecins par sexe	39
Figure 4 : Répartition des médecins par zone d'exercice	40
Figure 5 : Répartition des médecins par mode d'exercice	40
Figure 6 : Répartition des médecins par année d'installation	41
Figure 7 : Répartition des patients par sexe	43
Figure 8 : Répartition des patients par âge	43
Figure 9 : Symptômes ayant amené à faire le diagnostic	44
Figure 10 : Proportion de patients présentant des signes avant le diagnostic	45
Figure 11 : Proportion de médecins ayant rapporté une histoire de diabète dans la découverte de la maladie	46
Figure 12 : Examens complémentaires demandés par les médecins traitants dans leur démarche diagnostique	47
Figure 13 : Lieu de décès du patient	52

Figure 14 : Trouvez vous qu'il y a une bonne collaboration entre la ville et l'hôpital en Sud-Gironde? 56

Tableau 1 : Nombre de réponses des médecins généralistes selon leur commune 36

Tableau 2 : Caractéristiques des médecins répondants 38

Tableau 3 : Caractéristiques des patients suivis 42

Tableau 4 : Moment(s) d'implication du médecin dans la maladie 49

Tableau 5 : Commentaires libres à la question « A quel(s) moment(s) de la maladie vous êtes vous senti(e) le plus impliqué(e)? » 50

Tableau 6 : Caractéristiques des médecins et gestion de la fin de vie à domicile 52

Tableau 7 : Commentaires libres des médecins concernant la gestion de la fin de vie 53

Tableau 8 : Obstacles rencontrés par les médecins interrogés, dans la prise en charge 54

Tableau 9 : Commentaires libres sur les difficultés rencontrées 55

Tableau 10 : Caractéristiques des médecins ayant utilisé ou non un réseau de soin 57

Tableau 11 : Motifs de non adhésion à un réseau de soin 58

Tableau 12 : Apport des RCP

59

Tableau 13 : Suggestions des médecins concernant les perspectives souhaitées en Sud-Gironde.

60

## **Liste des annexes**

Annexe 1 : Syndromes génétiques associés au risque d'adénocarcinome du pancréas	83
Annexe 2 : Différents types histologiques	84
Annexe 3 : Surveillance des TIPMP	85
Annexe 4: Représentation de chaque commune du Sud-Gironde avec leur nombre d'habitants, leur superficie, leur densité d'habitants et le nombre de médecins installés dans ces communes	87
Annexe 5 : Outils de dépistage de la dénutrition	88
Annexe 6 : Définition de la dénutrition	88
Annexe 7 : Outil pour l'évaluation de la prise alimentaire	89
Annexe 8 : Classification TNM	90
Annexe 9 : Score de l'adénocarcinome du pancréas	91
Annexe 10 : Score OMS	91
Annexe 11 : Carte des différents territoires du canton du Sud-Gironde	92
Annexe 12 : Questionnaire médecin	93
Annexe 13 : Grille de réponse des entretiens	99
Annexe 14 : Carte de l'ARS sur l'offre de soins en Gironde	101
Annexe 15 : Score ASA	102

## **PREAMBULE**

Le médecin traitant a un rôle central dans le parcours de soins du patient atteint d'un cancer.

Ce travail a été motivé par un de mes stages d'interne en milieu rural, passionnant, avec un médecin généraliste très impliqué et dévoué pour ses patients, en particulier pour deux d'entre eux atteints d'un adénocarcinome du pancréas. En suivant ses prises en charge, j'ai pu me rendre compte de l'importance de la place du médecin traitant dans la gestion et la coordination des soins. De par la gravité et le pronostic sombre de ce cancer, ce médecin a également joué un rôle prépondérant dans l'accompagnement de fin de vie.

En tant que médecin généraliste, ce type de cancer est une pathologie que je serais amenée à rencontrer, et à prendre en charge.

Jusqu'à ce jour, il n'existait pas de programme lui étant consacré dans l'Union Européenne, mais depuis Novembre 2014, une équipe du CHU de TOULOUSE a créé une base clinico biologique lui étant dédié.

L'objectif de cette équipe de Toulouse est de mettre cette base de données à disposition de la communauté scientifique pour réaliser des projets scientifiques et épidémiologiques permettant de répondre au problème de santé publique que pose cette maladie.

Souvent découvert tardivement et sans test de dépistage validé, il est de mauvais pronostic, responsable d'une altération rapide de l'état général et de douleurs importantes.

Par rapport à d'autres types de cancers, il existe peu d'études lui étant dédié.

En tant que futur médecin généraliste en milieu rural (Sud-Gironde), je me suis intéressée à la pratique des médecins traitants installés dans ce canton, face à un patient atteint d'un adénocarcinome du pancréas.

Le Plan Régional de Santé insistait sur l'importance de l'accès aux soins de façon équitable, et notamment dans les zones rurales. Ce plan insistait également sur le développement des soins en ambulatoire. De ce fait, je me suis également interrogée sur la difficulté que représentait l'exercice en campagne.

En réalisant une enquête de pratique, descriptive, auprès des 73 médecins généralistes installés en Sud-Gironde, j'ai tenté de mieux appréhender leur positionnement et leurs difficultés face à ce type de cancer.

Cette étude a été réalisée par l'intermédiaire d'entretiens semi dirigés, au cabinet des médecins ayant accepté d'y participer.

# **I-INTRODUCTION:**

## **1.1 Généralités**

### **1.1.1 Épidémiologie [1]**

L'âge médian de survenue est de **71 ans**, et le diagnostic serait très rare avant 45 ans (moins de 3%).

L'incidence augmente dans les deux sexes avec l'âge, avec un **sex -ratio de 1.5**.

**Au niveau mondial**, l'incidence ne cesse de croître depuis les dernières décennies, et devient enfin une priorité pour les pouvoirs publics.

D'après la base de données du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), l'adénocarcinome du pancréas est au **12 ème rang mondial en terme d'incidence** (homme et fem,me) et représente la **7eme cause de décès par cancer dans le monde**.

Le taux d'incidence et le taux de mortalité sont très proches.

En 2012 l' incidence était de 338 000 nouveaux cas de cancers pancréatiques avec 330 000 décès estimés .

Les prévisions estimées pour **2030 sont impressionnantes**, il pourrait être responsable de plus d'**un demi-million de décès**, dans les deux sexes. Il pourrait alors représenter la deuxième cause de décès par cancer.

**Au niveau européen ce cancer se situe au 5eme rang en terme de décès par cancer** , avec 103 773 personnes atteintes en 2014 tous sexes confondus [2].

**En France**, d'après les données de l'InCa, l'incidence en 2012 tous sexes confondus était de 11 662 cas, le mettant à la 6eme place derrière le cancer de la prostate, du sein, du colon-rectum, du poumon et de la vessie. Et en 2015, d'après les dernières données du PMSI, l'incidence était de **12 580 nouveaux cas**. Il représente actuellement la **4eme cause de mortalité par cancer** , et la **deuxième cause de mortalité par cancer digestif en France [3]**.

L'incidence a doublé en moins de 10 ans, sans qu'aucune explication ne soit clairement établie.

### 1.1.2 Types histologiques [4,5]

#### a) Les lésions pré cancéreuses :

Elles sont essentielles à dépister, car la chirurgie permet de prévenir le cancer . Malheureusement elles sont rarement identifiées. Elle sont au nombre de 3 : les **tumeurs intracanales papillaires et mucineuses** du pancréas (TIPMP), la **tumeur kystique mucineuse du pancréas** (cystadénome mucineux) et la **néoplasie intra-épithéliale pancréatique** (PanIN).

#### b) Les différents types de cancers pancréatiques [Annexe 2]

Il existe :

1- Les **ADENOCARCINOMES** : développés à partir des cellules épithéliales des voies **canalaires pancréatiques (90%)** ; Ceux-ci sont ensuite classés en fonction de leur différenciation (bien/moyennement/peu différencié) .

2- Les tumeurs neuro endocrines développées à partir des cellules des îlots de Langerhans. Ces dernières sont constituées de différents types de cellules qui se distinguent par l'hormone qu'elles secrètent (insuline, glucagon, somatostatine, polypeptide pancréatique) .

Le risque de malignité est exceptionnel pour les insulinomes, de 20 à 40 % pour les gastrinomes, fréquent pour les glucagonomes.

Les tumeurs neuro-endocrines du pancréas sont découvertes soit à cause d'un syndrome hormonal, soit devant un syndrome de masse, ou encore fortuitement devant une imagerie. Elles sont le plus souvent sporadiques ou s'intègrent dans 10 % des cas au sein d'un syndrome génétique comme la maladie de Von Hippel-Lindau, et la neurofibromatose de type 1.

Les tumeurs fonctionnelles les plus fréquentes sont l'**insulinome**, responsable d'hypoglycémie et le **gastrinome** à l'origine du syndrome de Zollinger-Ellison avec ulcères multiples récidivants et diarrhée.

3-Beaucoup plus rarement il s'agit du **pancréatoblastome** chez l'enfant, du carcinome à cellules acineuses, et des tumeurs solides et pseudo-papillaires malignes dans moins de 2% des cas .

### **1.1.3 Facteurs de risque [6]**

**1-Le tabac :** il augmente de 75 % le risque par rapport aux non-fumeurs, et ce risque persiste au moins 10 ans après l'arrêt du tabac. Le mécanisme physiopathologique de cette relation causale demeure incertain. Cependant, un effet toxique de l'inhalation chronique de nicotine sur le parenchyme pancréatique a été démontré chez le rat.

**2-L'obésité :** un certain nombre d'études ont confirmé qu'obésité et cancer du pancréas étaient associés de façon significative, indépendamment de la présence d'un diabète ou d'un syndrome métabolique associé. Le risque est augmenté de 45 % chez les patients ayant un IMC supérieur à 35 par rapport aux patients ayant un IMC normal. Cela est expliqué par un probable syndrome inflammatoire systémique chronique dû à une synthèse de médiateurs pro inflammatoires par le tissu adipeux. De plus, les patients obèses présentent des niveaux circulants plus faibles de molécules anti inflammatoires comme les adipokines et les adiponectines.

**3- Le diabète :** l'insulino résistance ou des hyperglycémies provoquées et répétées sont associées au cancer du pancréas. Ce risque est de 1,91 chez les hommes et de 2,05 chez les femmes. L'insuline et « l'insulin-like growth factor » sont responsables de la stimulation de la prolifération tumorale par la voie tyrosine kinase car il existe une augmentation des récepteurs à insuline au niveau tumoral.

**4- La pancréatite chronique :** qu'elle soit d'origine alcoolique ou héréditaire, elle est un facteur de risque connu depuis des années. Cependant, au cours de la pancréatite chronique héréditaire due à la mutation de PRSS1, le risque est largement supérieur à celui de la pancréatite chronique alcoolique, expliqué par à une exposition plus longue aux phénomènes inflammatoires.

**5- Les syndromes génétiques :** le cancer du pancréas peut soit s'intégrer dans un contexte d'anomalie génétique constitutionnelle soit dans une histoire familiale (survenant en l'absence de syndrome génétique) :

#### **a) Syndromes génétiques [annexe 1] :**

- Les prédispositions liées au gène BRCA2 (mutation à l'origine du cancer du sein et de l'ovaire), avec un risque relatif de cancer du pancréas estimé à 3,5.
- Mélanome familial multiple (ou syndrome de FAMMM). Le sur-risque de cancer du pancréas est estimé de 13 à 22 par rapport à la population générale.
- Le syndrome de Peutz-Jeghers, lié aux mutations du gène suppresseur de tumeur STK11, avec un sur -risque de cancer du pancréas 132 fois supérieur à celui de la population.
- La polypose familiale, avec un risque relatif de cancer du pancréas de 4,6.
- Le syndrome de Lynch : on estime un sur-risque de cancer du pancréas de 8,6.
- La mucoviscidose (responsable de pancréatite chronique). (Risque augmenté de 5.3).

## **b) Formes familiales.**

Elles sont définies lorsque le cancer survient chez deux apparentés au premier degré, ou en présence de 3 cas (ou plus) au deuxième degré, quel que soit l'âge de survenue de ceux-ci. Ces familles ont un sur risque de développer un adénocarcinome du pancréas par rapport à la population générale. Une **consultation génétique** est alors recommandée. Mais en 2015, l'anomalie génétique en cause n'est pas encore connue.

### **1.1.4 Traitements [3,5,8]**

L'adénocarcinome du pancréas est de mauvais pronostic, car tous stades confondus, sa survie à trois ans est inférieure à 3%.

Le seul espoir de guérison réside dans la résection chirurgicale, mais cela ne concerne que 10 à 20 % des patients [7].

En terme de traitement pour ce type de cancer on dispose actuellement de :

**1- La chirurgie :** si le cancer est au niveau céphalique ou corporel, le chirurgien effectuera une **duodéno-pancréatectomie-céphalique** (DPC). Et si il se situe au niveau de la queue du pancréas, il effectuera une SPG. Ces deux techniques seront complétées d'une analyse extemporanée, et lymphadénectomie «régionale».

Dans les complications post opératoire que le médecin traitant pourra rencontrer et prendre en charge, on note :

- La **gastro parésie** (surtout dans les interventions avec conservation du pylore) [9] chez 15 à 30% des malades (guérit spontanément en général),

- Une **stéatorrhée**,

ou encore un **diabète de novo** chez près de 20% des patients.

### **2- La chimiothérapie : [8,10,11]**

On dispose de plusieurs protocoles de chimiothérapie, selon le stade du cancer.

Parmi celles qui sont utilisées dans l'adénocarcinome du pancréas on cite :

a) La **Gemcitabine** :

Ses effets indésirables sont peu nombreux : **asthénie**, **hématotoxicité** et **parfois augmentation possible des transaminases**, sans gravité.

Par rapport aux autres chimiothérapies, elle est plutôt bien tolérée, autorisant son utilisation malgré un certain degré d'altération de l'état général.

b) Le **5-Fluorouracile (5FU)+Acide Folinique** : Il est responsable d'une **toxicité cardiaque, hématologique et digestive**, et également d'une **atteinte oculaire** avec irritation voir ulcération cornéenne, d'**alopécie** et de **photosensibilisation** [12].

c) L'**Oxaliplatine** provoque une atteinte **hématologique** avec neutropénie et thrombopénie et **digestive** avec nausées et vomissements.

L'oxaliplatine a une **neurotoxicité périphérique**, provoquant une hypersensibilité au froid qui augmente et se pérennise avec la répétition des cures.

d) L'**Irinotecan** :

Ses effets indésirables sont d'ordre **hématologique** avec neutropénie; **digestif** avec nausées, vomissements, diarrhée et crampes abdominales, **alopécie et asthénie**.

Le schéma associant l'Oxaliplatine+Irinotecan+5FU est le protocole FOLFIRINOX.

e) Le **Nab-paclitaxel (Abraxane)** est utilisé en association avec la Gemcitabine.

Ses effets indésirables sont d'ordre **hématologique** avec neutropénie; **neurologique** avec neuropathies périphériques; **gastro intestinales**, et dermatologique avec **alopécie** [12].

### **3- La radiothérapie**

La radiothérapie peut entraîner l'apparition progressive de certains effets indésirables qui s'atténueront progressivement à la fin du cycle de traitement :

- douleurs abdominales,
- fatigue,
- brûlures semblables à des coups de soleil au niveau de l'abdomen,
- nausées,
- vomissements,
- diarrhées

#### **4- Les soins de supports :**

Dans le cancer du pancréas, ils ont pour fonction d'améliorer le confort et la qualité de vie du patient.

**Le médecin généraliste jouera un rôle essentiel dans la mise en place et la continuité de ces soins.**

Nous reviendrons de façon plus précise sur les soins de support dans la discussion.

Les **indications thérapeutiques** des traitements cités ci-dessus sont les suivantes :

##### **a- Les tumeurs résécables** (10% des adénocarcinomes) :

A ce stade, les différents traitements utilisés sont la chirurgie, et complétée si possible d'une chimiothérapie adjuvante (30 % des patients présentent des complications post opératoire empêchant la chimiothérapie).

Deux traitements adjuvants sont disponibles, avec une équivalence pour chacun en terme de survie.

Il s'agit du schéma par **Gemcitabine** en monothérapie ou de l'association **5-Fluoro-uracile-Acide folinique** (recommandation grade A).

##### **b- Les tumeurs borderlines (BL) et localement avancées (LANR) : [3]**

La prise en charge de ces deux stades n'est pas standardisée.

Il est consensuel de proposer un traitement médical de première intention.

Pour le moment, on dispose de deux options de traitements d'induction : une chimiothérapie par Gemcitabine et/ou une association avec radiochimiothérapie à base de 5-FU.

**c- Les tumeurs métastatiques :** c'est malheureusement la forme la plus fréquente (70% des cas).

Le traitement palliatif comporte une chimiothérapie, qui permet une amélioration de l'état général et une diminution des douleurs.

Le protocole par Folfirinox est celui utilisé à ce stade là.

Plus récemment, l'arsenal thérapeutique s'est élargi avec l'arrivée d'une nouvelle molécule : le **Nab-Paclitaxel (Abraxane)**, qui en association à la Gemcitabine a permis, comme le Folfirinox, une amélioration significative de la survie globale, de la survie sans progression et de la réponse tumorale. (Ce protocole a l'AMM depuis 2014, en première ligne dans le traitement de l'adénocarcinome du pancréas métastatique).

La tolérance est meilleure que le Folfirinox, et peut donc être utilisé chez des patients de plus de 75 ans en bon état général, après évaluation oncogériatrique.

Chez les **patients âgés, ou dont l'état général est dégradé**, la Gemcitabine seule reste indiquée.

## 1.2 La maladie en soins primaires [5,13]

### 1.2.1 Prévention et dépistage

La **prévention primaire** de l'adénocarcinome du pancréas, se résume, à l'heure actuelle, à l'**arrêt du tabac**, à **une bonne hygiène de vie**, et à **une activité physique régulière**.

Un **dépistage** pourrait être proposé à une population exposée à un sur risque de développer un adénocarcinome du pancréas [6] :

- la **pancréatite héréditaire** : un **dépistage annuel** doit être proposé aux patients de plus de 40 ans, par un **scanner et IRM pancréatique**.

- les **cancers pancréatiques familiaux** : une conférence d'experts de 2013 (the CAPS conference) recommandait un **dépistage annuel** chez les apparentés à partir de 50 ans ou 10 ans avant le cas index, par **IRM pancréatique ET écho-endoscopie**.

- les **syndromes génétiques avec haut risque de développer un adénocarcinome du pancréas** : **on préconise une surveillance annuelle** par écho-endoscopie et IRM pancréatique à partir de 45 ans.

Cependant l'efficacité de ces protocoles n'est pas clairement connue et est débattue.

- la **pancréatite chronique alcoolique** : un dépistage systématique n'est pas recommandé. Les protocoles sont lourds et manquent d'efficacité. De plus, le risque majeur de mortalité dans cette population réside dans les complications liées à la pancréatite chronique elle-même (diabète, pancréatite aiguë, complications liées à l'alcoolisme et au tabac).

Les patients à risque de cancer du pancréas doivent bénéficier d'une consultation d'**oncogénétique**. Celle-ci a pour mission d'expliquer au mieux le risque de cancer pancréatique, au regard des éventuelles mutations retrouvées, le bénéfice et les modalités des stratégies de dépistage et de surveillance. En l'absence de gène majeur, les données phénotypiques familiales (au moins trois générations), ainsi que les diagnostics précis des cancers (histologie), prennent toute leur importance.

La prévention de l'adénocarcinome repose également sur le suivi des patients atteints de lésions précancéreuses comme les TIPMP [4,6]. **Le généraliste s'assurera que cette surveillance est correctement réalisée.**

Les TIPMP sont dues à la prolifération de l'épithélium canalaire. Ils peuvent toucher uniquement les canaux secondaires, le canal principal ou les deux. La découverte d'une TIPMP est de plus en plus souvent fortuite (au moins 60 % des cas) après un examen d'imagerie fait pour autre chose. La seconde circonstance de diagnostic est une pancréatite aiguë (13 à 23 % des cas) de cause non évidente. À ce titre, une TIPMP doit être systématiquement évoquée devant toute personne ayant eu une pancréatite aiguë non alcoolique non biliaire au-delà de 50 ans.

Le diagnostic repose sur la réalisation d'un bilan d'imagerie (TDM abdominal en coupe fine et pancréato-IRM).

Le risque de transformation maligne (dysplasie de haut grade ou carcinome invasif) est connu à moyen terme. Il est d'environ 15 %, cinq ans après le premier symptôme (ou la découverte fortuite) pour les TIPMP ne touchant que les canaux secondaires et de l'ordre de 50 à 60 % au même terme en cas d'atteinte du canal pancréatique principal.

Les atteintes du canal principal sont chirurgicales, et **celles des canaux secondaires nécessitent une surveillance (chez le malade opérable), en association avec le spécialiste, en fonction de la taille du canal secondaire dilaté [Annexe 3].**

Le cystadénome mucineux est dans la plupart des cas chirurgical et ne nécessite pas de surveillance particulière après résection.

Les lésions Pan-IN sont asymptomatiques et microscopiques. Leur diagnostic est histologique. Le plus souvent on ne retrouve pas d'anomalie à l'imagerie. Elles sont présentes de manière fréquentes dans les pancréatites alcooliques, héréditaires et dans les cancers du pancréas à forme familiale.

### **1.2.2 Symptomatologie**

Les symptômes révélant une tumeur pancréatique varient en fonction de sa localisation [8] :

- Pour les **tumeurs céphaliques**, le symptôme le plus fréquent est la douleur (80 %), de siège épigastrique à irradiation postérieure. Lorsqu'elle est permanente, intense et entraîne une insomnie, cette douleur traduit un envahissement tumoral du plexus coeliaque et des vaisseaux de la région coéliomésentérique. Une asthénie et (ou) un amaigrissement sont très fréquents (60 à 80 %). Il existe un ictère cholestatique dans environ 80 % des cas. Cet ictère peut être associé à un prurit. Une angiocholite est exceptionnelle. Les autres signes révélateurs peuvent être une diarrhée par insuffisance exocrine (15 %) ou la survenue de poussées de pancréatite aiguë (10 %).

Les **cancers du corps et de la queue du pancréas**, plus rares, sont révélés par des douleurs (liées à l'envahissement postérieur de plexus solaire).

La découverte d'une **ascite** par carcinose péritonéale ou des **localisations secondaires hépatiques** peuvent également révéler un adénocarcinome du pancréas.

Enfin l'apparition ou l'aggravation d'un diabète, initialement non insulino-dépendant, doit faire évoquer un cancer du pancréas chez une personne de plus de 40 ans sans antécédent familial de diabète et sans obésité.

### **1.2.3 Moyens diagnostiques [5,14]**

Face à un patient présentant les symptômes cités plus haut, le médecin traitant pourra prescrire les examens diagnostiques suivants :

1- **L'échographie abdominale**. c'est l'examen de **première intention**, elle permet :

- De montrer parfois la tumeur.
- D'évoquer le diagnostic devant une dilatation des voies biliaires intra et extra hépatiques, avec une grosse vésicule.

Et d'objectiver des localisations secondaires hépatiques.

Si elle ne montre pas bien le pancréas (20 % des cas) ou ne permet pas de voir la tumeur, le diagnostic radiologique repose sur :

2- **Le scanner spiralé en coupe fines (2 ou 3mm) avec injection** : il permet de faire le diagnostic avec une sensibilité de 90%. Il permet également de faire le bilan d'extension loco régional, et notamment de visualiser les atteintes vasculaires.

**C'est actuellement l'examen de référence [5].**

3- **L'écho endoscopie (EE)** est la technique d'imagerie disposant du pouvoir de résolution le plus élevé pour l'examen de la région biliaire et du pancréas. Elle est indispensable pour le diagnostic et le bilan d'extension loco-régional des petits cancers du pancréas (de diamètre inférieur ou égal à 3 cm), lorsque l'échographie, le scanner spiralé ou l'IRM ont écarté les volumineuses tumeurs ayant une extension métastatique ou loco-régionale. De ce fait, l'EE pancréatique est indiquée chez 30 % des malades atteints de cancer du pancréas [15,16].

**Le TEP scanner** n'a pour l'instant sa place ni dans le diagnostic initial ni dans le bilan de résecabilité. Sa spécificité pour différencier une tumeur d'un foyer inflammatoire de pancréatite chronique est très variable suivant les études (53 % à 93 %) [17,18]. Sa sensibilité est insuffisante pour le diagnostic de carcinose péritonéale ou de petites métastases.

Sa place reste donc à valider.

Le **marqueur CA 19.9 est inutile au diagnostic**, sa sensibilité et sa spécificité ne sont pas assez optimales. Il garde une valeur pronostique et est utilisé pour dépister les récives [19].

Le médecin traitant devra alors adresser son patient à un confrère spécialiste lorsque le diagnostic sera suspecté. Ensuite c'est une équipe pluridisciplinaire qui décidera de la suite du traitement.

Le rôle du généraliste restera primordial dans le suivi du patient, de son entourage, ainsi que dans la coordination des soins.

## 1.3 La maladie et l'offre de soins en Sud-Gironde

### 1.3.1 L'offre en soins primaire

Le Sud-Gironde englobe une grande partie de la zone rurale de l'aquitaine, situé à la limite du département des Landes [annexe 13].

*« L'espace à dominante rurale, ou espace rural, regroupe l'ensemble des petites unités urbaines et **communes** rurales n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine (pôles urbains, couronnes périurbaines et communes multipolarisées). Cet espace est très vaste, il représente 70% de la superficie totale et les deux tiers des communes de la **France** métropolitaine » [20].*

*« L'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) classe comme étant rurales toutes les communes ne répondant pas aux critères d'appartenance à une unité urbaine. Une unité urbaine au sens de l'INSEE est constituée d'une seule commune ou d'un ensemble de communes entières et jointives sur le territoire desquelles s'étend une zone bâtie peuplée d'au moins 2 000 habitants, telle qu'aucune construction ne soit distante de la plus proche de plus de 200 mètres. En outre, dans le cas d'une zone bâtie s'étendant sur plus d'une commune, on vérifie que la majeure partie de la population de chacune des communes concernées réside dans cette zone bâtie. La révision de la délimitation des unités urbaines est effectuée par l'INSEE à l'occasion de chaque recensement général de la population. Consultations de cartes et de photographies aériennes, déplacements sur le terrain et exploitation des résultats du recensement permettent alors à l'INSEE de déterminer la composition communale des unités urbaines. Les résultats en sont publiés l'année suivant le recensement considéré. Ainsi, le fascicule " Composition communale des unités urbaines " paru en mars 1991 donne-t-il la liste des communes urbaines au recensement général de la population de 1990. Toute commune n'y figurant pas est donc réputée rurale au sens de l'INSEE » [20].*

On a constaté que le milieu rural était peu attractif pour les professionnels de santé.

On se trouve face à un problème d'accessibilité aux soins dans ces zones géographiques.

Ce problème ne cesserait de s'aggraver dans les années à venir.

Ce qui se fait de plus en plus et qui semble être un bon moyen de recruter des médecins en milieu rural est la création de cabinets multidisciplinaires ou encore « maison de santé ». Elles semblent relancer l'attractivité du territoire.

En Sud-Gironde, on observe justement un développement important de ces maisons médicales.

Nous ne disposons pas des chiffres officiels concernant l'incidence de l'adénocarcinome du pancréas en Sud-Gironde. Néanmoins, d'après les données du PMSI des deux structures hospitalières de ce canton, 27 patients ont été suivis pour ce type cancer en 2014.

Ce chiffre pourrait être sous-estimé, car d'autres patients suivis en Sud-Gironde ont été pris en charge par les équipes du CHU de Bordeaux ou encore par l'institut Bergonié.

On recense dans ce canton [21] 50 communes, avec 30 097 habitants en 2012, et 22 d'entre elles ont un ou plusieurs médecins généralistes installés.

D'après les données de l'annuaire du Conseil Départemental de la Gironde de l'Ordre des Médecins et des pages jaunes, il y a 73 médecins généralistes installés avec : 51 hommes et 22 femmes, soit un sex-ratio de 2.3 (dont un médecin parti à la retraite, et trois autres qui n'exercent plus pour maladie) [annexe 4].

La moyenne d'âge de ces médecins est de 51 ans.

### **1.3.2 Structures hospitalières**

Il en existe deux :

- Le centre hospitalier du Sud Gironde, qui compte :

- Un service d'Urgence/SMUR (site de Langon et site de la Réole)
- Six lits d'anesthésie réanimation
- Quatre salles de blocs opératoires
- Trente et un lits de chirurgie digestive et vasculaire
- Cinq lits d'ambulatoire
- Trente et un lits d'hépatogastroentérologie
- Trente cinq lits de médecine polyvalente et lits identifiés soins palliatifs (site de la Réole)
- Un service d'hôpital de jour accueillant les patients pour les cures de chimiothérapie
- Trente places d'hospitalisation à Domicile
- Une équipe mobile de soins palliatifs
- Une équipe pluridisciplinaire pour le traitement de la douleur
- Quarante lits de soins de suite et de réadaptation
- Une pharmacie hospitalière
- Un laboratoire d'analyse médicale
- Un service d'imagerie médicale

Et la clinique saint Anne (Langon) avec :

- Cinquante quatre lits de chirurgie (digestive, gynécologie, vasculaire, urologie...),
- Trois places d'ambulatoire,
- Quatre salles de blocs opératoires,
- Dix huit lits de médecine polyvalente avec orientation gastroentérologie et oncologie
- Huit chambres de chimiothérapie

Et un service d'imagerie médicale

Cette clinique dispose également d'une autorisation pour initier les chimiothérapies, alors que l'hôpital Pasteur est un relais.

### **1.3.3 Réseaux de soins**

En Sud-Gironde, le médecin généraliste peut faire appel à des réseaux de soins pour prendre en charge leurs patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas.

Parmi ces réseaux on compte :

- Une Hospitalisation à Domicile ou **HAD**, qui dépend du centre hospitalier du Sud-Gironde
- Une **Équipe Mobile de Soins Palliatifs**, située sur le site de l'hôpital de la Réole, comprenant un médecin, une psychologue et une infirmière,
- Une **Équipe Mobile de la Douleur**, ayant un médecin spécialisé et une infirmière

Et le réseau **ESCALE SANTE**, financé par l'ARS. Ce réseau s'occupe en priorité des situations complexes, de patients fragiles et /ou dépendants. Ses missions relèvent de trois champs d'action : social, médico-social et médical.

## **1.4 Synthèse**

L'incidence de l'adénocarcinome du pancréas ne cesse de croître. Actuellement, les chercheurs s'attardent à mieux comprendre sa physiopathologie afin d'adapter de nouveaux protocoles de traitement et de diminuer sa mortalité.

Actuellement, seulement 10 % des patients atteints sont diagnostiqués à un stade résécable alors que les autres sont déjà à un stade localement avancé (20%) ou d'emblée métastatique (70%).

La survie à 5 ans après résection s'est améliorée, passant de 11 à 25 % : grâce à une meilleure sélection des patients, une baisse de la mortalité post opératoire, et l'utilisation de chimiothérapies adjuvantes.

Néanmoins, le taux de rechute au niveau locorégional et métastatique reste très élevé puisqu'il est de 40% à 6 mois et de 60 à 80% à 12 mois après l'exérèse. Par ailleurs il a été montré que près de 75% des patients qui ont dépassé 5 ans de survie ont une rechute tardive ou l'apparition d'un second cancer.

Pour le moment, on ne dispose pas de recommandations validées en terme de dépistage, mais le médecin traitant se doit de connaître les facteurs de risque afin de proposer à cette population une surveillance clinique et para clinique attentive.

Il fait parti des cancers dit «tueurs silencieux» car il est souvent dépisté trop tard, et évolue à bas bruit pendant plusieurs mois, sans que le diagnostic ne puisse être fait.

Tous ces éléments font que le généraliste se retrouve rapidement dans une situation jugée complexe. A côté de l'annonce de la mauvaise nouvelle, il devra gérer la souffrance physique et psychologique de son patient, conjointement avec les équipes spécialisées. Il devra aussi assurer un rôle dans la continuité et la coordination des soins.

Parallèlement, on a parlé plus haut des problématiques sur l'offre de soin dans les zones rurales, qui sont également une préoccupation des politiques de santé actuelles.

Après ces réflexions, nous en sommes donc arrivés à nous poser cette question : « Quelles sont les conditions diagnostiques et les modalités de prise en charge de l'adénocarcinome du pancréas par les médecins généralistes installés en Sud-Gironde ? ».

Nos hypothèses de départ étaient que ces médecins rencontreraient de réelles difficultés pour prendre en charge ce type de cancer dans une zone isolée géographiquement. Ils ne disposeraient pas de tous les outils leur permettant de faire face à un cancer de mauvais pronostic et difficilement décelable à un stade précoce. La gestion de la fin de vie serait également compliquée à gérer dans une zone rurale telle que le Sud-Gironde. Cependant, cet éloignement géographique pourrait renforcer la relation de confiance avec le patient, avec un nombre important de médecins qui restent disponibles jours et nuits.

L'objectif principal de cette étude était donc de décrire la pratique des médecins généralistes du Sud-Gironde face à un patient atteint d'un adénocarcinome du pancréas, du diagnostic à la fin de vie.

Les objectifs secondaires étaient d'identifier les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans cette prise en charge; d'analyser leurs rapports avec les spécialistes et les réseaux de soins de proximité, et de connaître ce qu'ils aimeraient proposer pour optimiser leurs pratiques.

## **II- Méthode :**

### **2.1 Type d'étude**

Pour répondre à notre objectif principal nous avons choisi de faire une enquête rétrospective de pratique, déclarative et transversale, sur la prise en charge de l'adénocarcinome du pancréas auprès des médecins généralistes installés dans le canton du Sud-Gironde, en région Aquitaine.

### **2.2 Population cible**

La population étudiée ici concernait tous les médecins généralistes installés en Sud-Gironde.

#### **Critères d'inclusion :**

Tout médecin généraliste en activité installé dans une des communes du Sud-Gironde, et ayant pris en charge (patient décédé ou vivant actuellement) un patient (homme ou femme), atteint d'un adénocarcinome du pancréas, quelque soit le stade.

#### **Critères d'exclusion :**

Afin de ne conserver que des entretiens pertinents vis-à-vis de l'étude, les catégories suivantes n'ont pas été considérées :

- Les médecins avec un exercice particulier exclusif (acupuncture, allergologie, sexologie, pédiatrie exclusive, nutrition, etc).
- Les dossiers antérieurs à Janvier 2012
- Les cancers du pancréas autre que l'adénocarcinome.

## 2.3 Matériel et outils

Pour répondre à notre objectif principal, nous avons réalisé un questionnaire [annexe 12] en juillet 2015, à partir des données de la littérature, et avec l'aide d'un médecin généraliste n'appartenant pas au canton du Sud-Gironde.

Dans un premier temps, ce questionnaire a été soumis à une phase de « test » auprès de deux médecins généralistes n'exerçant pas en Sud-Gironde afin de vérifier la formulation et la bonne compréhension des questions.

Les entretiens tests ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, après accord des médecins.

A partir des données du test, la version finale du questionnaire soumis aux enquêtés a pu être élaborée.

Nous avons construit celui-ci en regroupant les questions par thème ; cela permettait de canaliser l'attention de l'enquêté et de rendre le questionnaire cohérent. Pour passer d'un thème à l'autre, des phrases de liaisons ont été utilisées, pour que le médecin comprenne que l'on changeait d'item et pour qu'il puisse recentrer son attention. Les premières questions étaient simples, pour permettre une prise de contact avec les médecins, les mettre en confiance et les motiver à poursuivre l'entretien.

Le questionnaire comportait 21 questions organisées en 8 thèmes :

- **Caractéristique du patient atteint**
- **Histoire de la maladie cancéreuse**
- **Implication du médecin**
- **Aides dans la prise en charge**
- **Difficultés des médecins dans la prise en charge**
- **Relation avec les spécialistes de proximité**
- **Perspectives souhaitées par les médecins pour améliorer leur implication dans ce genre de prise en charge**
- **Caractéristiques de la population étudiée.**

Une grille de réponse [annexe 13] a été réalisée afin de retranscrire les données de chaque entretien.

## 2.4 Déroulement de l'étude

Après la phase «test», l'étude a donc pu être lancée.

Tous les médecins installés en Sud-Gironde ont été contactés par téléphone à l'aide de l'annuaire du Conseil départemental de la Gironde et des pages jaunes.

Parmi les vingt et une questions du questionnaire éditées pour répondre aux objectifs de l'étude, certaines étaient totalement fermées et d'autres ouvertes.

La plupart des médecins avaient une secrétaire et celle-ci nous passait le médecin en direct si il acceptait de nous écouter.

Soixante et un médecins ont accepté de prendre la conversation téléphonique, et parmi ceux-ci, vingt-neuf ont accepté de participer à l'étude. Quatre médecins n'ont pas pu répondre au téléphone pour cause de maladie ou retraite.

Les huit autres médecins qui n'ont pas souhaité prendre la communication ont été relancés à deux reprises, mais la réponse fut négative à chaque fois, par manque de temps d'après leur secrétaire.

Pour ceux qui ont accepté de répondre au téléphone, il leur a été présenté le sujet de la thèse, puis si ils correspondaient aux critères d'inclusion, ils ont été sollicités pour participer à l'étude.

Si ils acceptaient, alors nous avons convenu ensemble d'un rendez-vous en face à face dans leur cabinet pour réaliser l'entretien.

Avant de commencer l'entretien, l'enquêteur s'est présenté (nom, prénom, spécialité), a précisé les buts de l'étude, et on a expliqué aux médecins pourquoi on les avait choisis.

On a garanti aux enquêtés l'anonymat de leurs réponses, et on les a remerciés d'avoir participé.

On leur a demandé de choisir le dossier du dernier patient pris en charge pour un adénocarcinome du pancréas.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone avec l'accord du médecin, ils duraient environ 10 minutes. Celui-ci ne donnait ni son nom ni son lieu d'exercice au moment de l'enregistrement, afin de maintenir son anonymat.

Pour répondre aux questions, les médecins utilisaient les données inscrites dans leur logiciel informatique ainsi que dans le dossier papier du patient.

Tous les médecins interrogés étaient équipés d'ordinateur avec logiciel médical.

Les entretiens se sont étendus sur une période de 3 mois, du 1<sup>er</sup> septembre 2015 au 2 décembre 2015.

Pour retranscrire les questionnaires, nous avons utilisé la grille de réponse.

## **2.5 Analyse des données**

Les données ont été saisies au fur et à mesure manuellement à l'aide d' Open Office, à partir de la grille de réponses.

Ce même logiciel a été utilisé pour la réalisation des tableaux et figures.

Nous nous sommes servis du plan du questionnaire pour classer nos résultats par items.

Les verbatims des questions ouvertes ont été retranscrits en intégralité.

Au vue des petits effectifs, les éléments quantitatifs ont été analysés à l'aide du logiciel en ligne Biostatv, pour la réalisation du test exact de Fischer.

Pour la même raison, les résultats ont été retranscrits en valeur absolue, sans aucun pourcentage.

Afin de maintenir l'anonymat, on avait attribué un numéro à chaque médecin.

## **III. Résultats**

### **3.1 Nombre de participants**

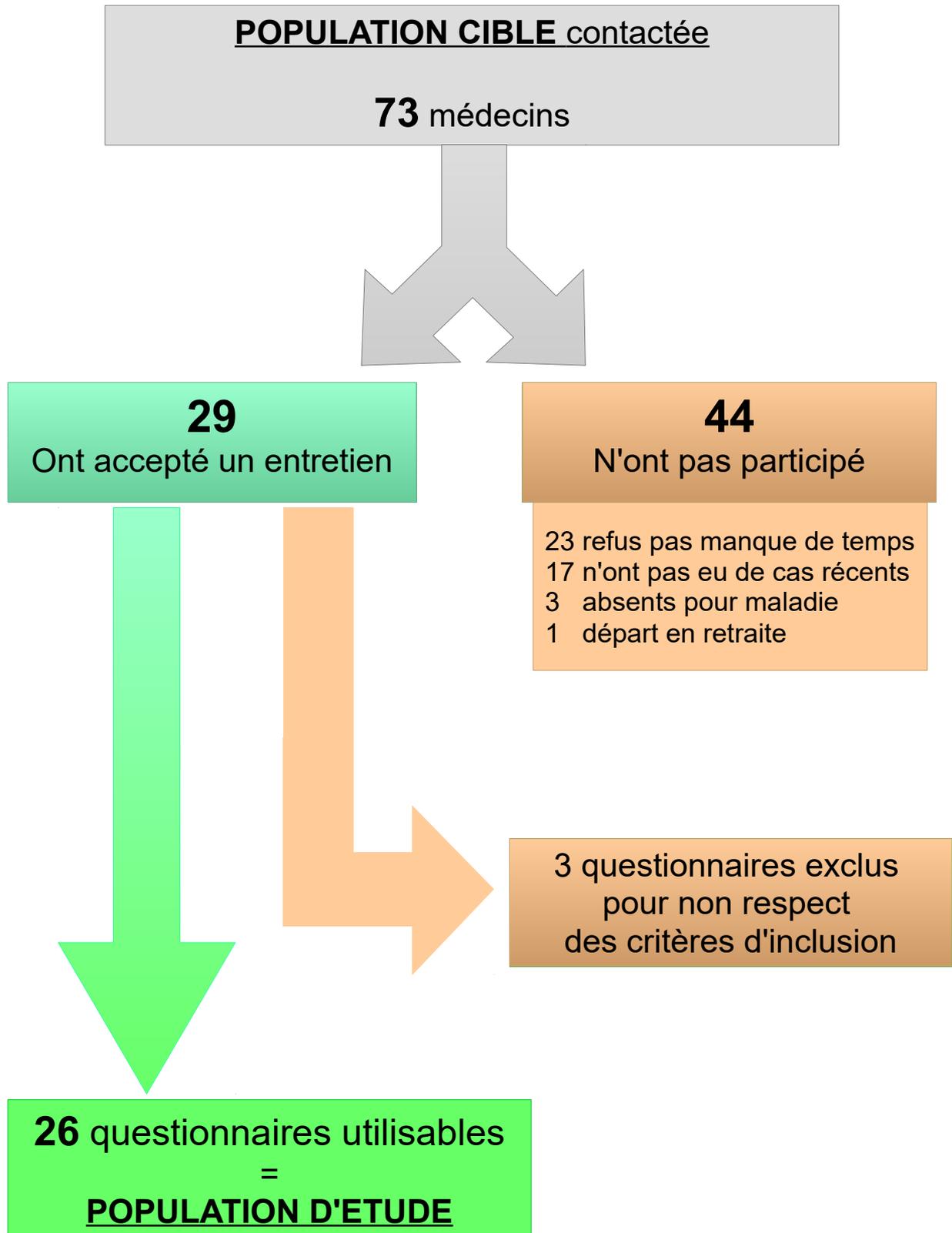
Sur les soixante treize médecins contactés par téléphone, soixante et un ont accepté de prendre la communication, huit ont refusé et quatre n'ont pas pu répondre pour cause de maladie et départ à la retraite.

Au terme des entretiens téléphoniques, vingt neufs médecins ont accepté un entretien à leur cabinet.

Sur ces vingt neufs questionnaires recueillis, trois ont été exclus pour non respect des critères d'inclusion. (un cas était en fait un gastrinome, l'autre une tumeur neuro endocrine, et le dernier un cholangiocarcinome).

Au total, vingt-six questionnaires ont été validées pour notre étude.

**Figure 1 : Diagramme de flux**



**Tableau 1: Nombre de réponse des médecins selon leur commune :**

<b>COMMUNES</b>	<b>Médecins recensés</b>	<b>Nombre de médecin répondant avec questionnaire validé</b>	<b>Ayant refusé ou n'ont pas pu répondre (maladie ou retraite)</b>	<b>N'ayant pas de patient à inclure ou ne répondant pas aux critères d'inclusions</b>
<b>AILLAS</b>	3	2	0	1
<b>AUROS</b>	1	1	0	0
<b>BAZAS</b>	7	4	1	2
<b>BERNOS BEAULAC</b>	1	1	0	
<b>CADILLAC</b>	4	0	4	0
<b>CAPTIEUX</b>	2	0	0	2
<b>CASTETS</b>	4	1	0	3
<b>CAUDROT</b>	2	1	1	0
<b>BARSAC</b>	4	0	3	1
<b>CERONS</b>	2	1	1	0
<b>GIRONDE SUR DROPT</b>	1	0	0	
<b>GRIGNOLS</b>	3	2	0	1
<b>LANGON</b>	9	2	7	0
<b>LA REOLE</b>	10	3	5	2
<b>MONSEGUR</b>	3	2	0	1
<b>PELLEGRUE</b>	1	0	1	0
<b>PODENSAC</b>	5	1	1	3

<b>SAUTERNES</b>	2	2	0	0
<b>SAUVETERRE</b>	2	0	1	1
<b>SAINT MACAIRE</b>	3	0	2	1
<b>ROAILLAN</b>	2	1	0	1
<b>VILLANDRAUT</b>	2	2	0	0

<b>TOTAL</b>	73	26	27	20
--------------	----	----	----	----

### **3.2 Caractéristiques des médecins participants**

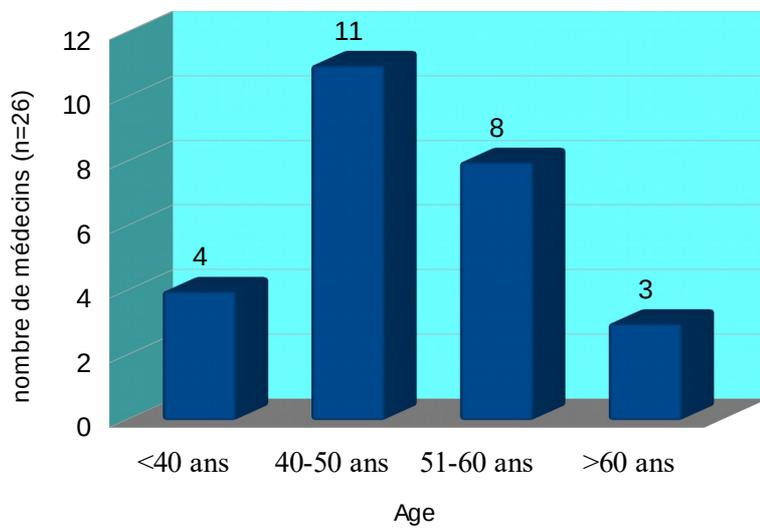
Parmi les 26 médecins inclus dans l'étude, on comptait :

Dix sept hommes et 9 femmes, soit un sex-ratio de 1,8, avec une moyenne d'âge de **49 ans**.

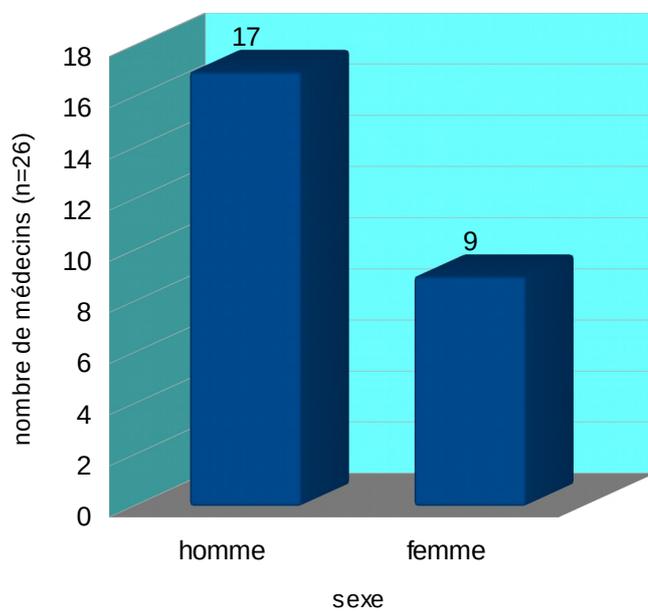
Il y avait 17 médecins qui exerçaient en cabinet de groupe, contre 9 médecins exerçants seuls; seize médecins exerçaient dans la zone rurale du Sud-Gironde, et 10 exerçaient en zone semi-rurale.

**Tableau 2 : Caractéristiques des médecins répondants :**

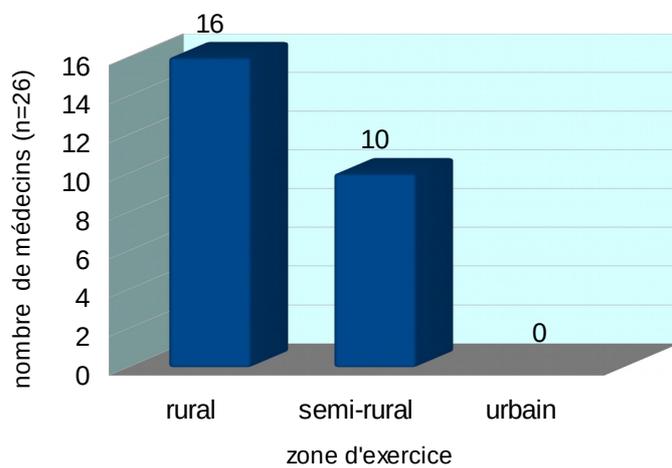
<b>Caractéristiques</b>	<b>Groupe</b>	<b>Nombre par groupe</b>
<b>Age</b>	<40 ans	4
	40-50 ans	11
	51-60 ans	8
	>60 ans	3
<b>Sexe</b>	H	17
	F	9
<b>Zone d'exercice</b>	Rural	16
	Semi-rural	10
	Urbain	0
<b>Mode d'exercice</b>	Individuel	9
	groupe	17
<b>Année d'installation</b>	Avant 1990	6
	1990-2000	5
	A partir de 2001	15



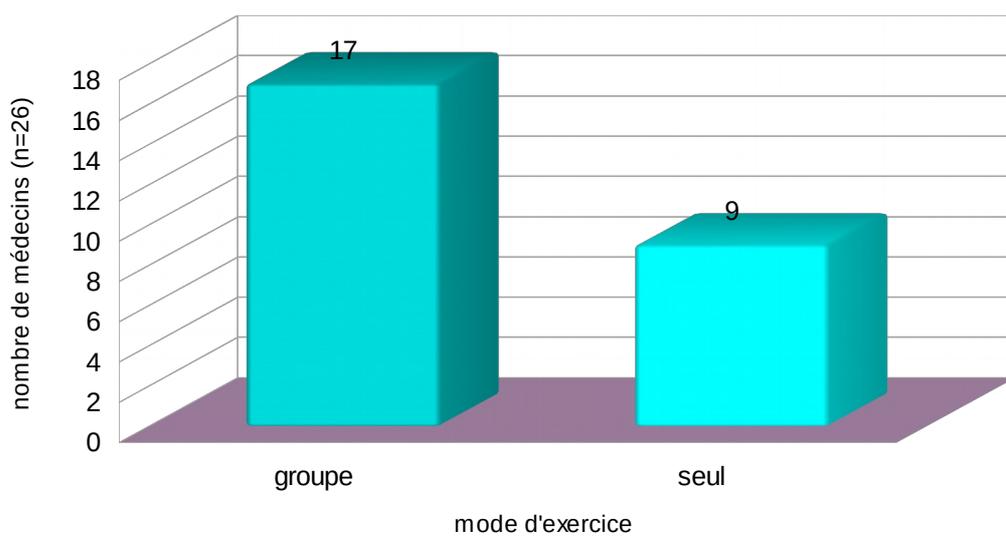
**Figure 2 : Répartition par Age**



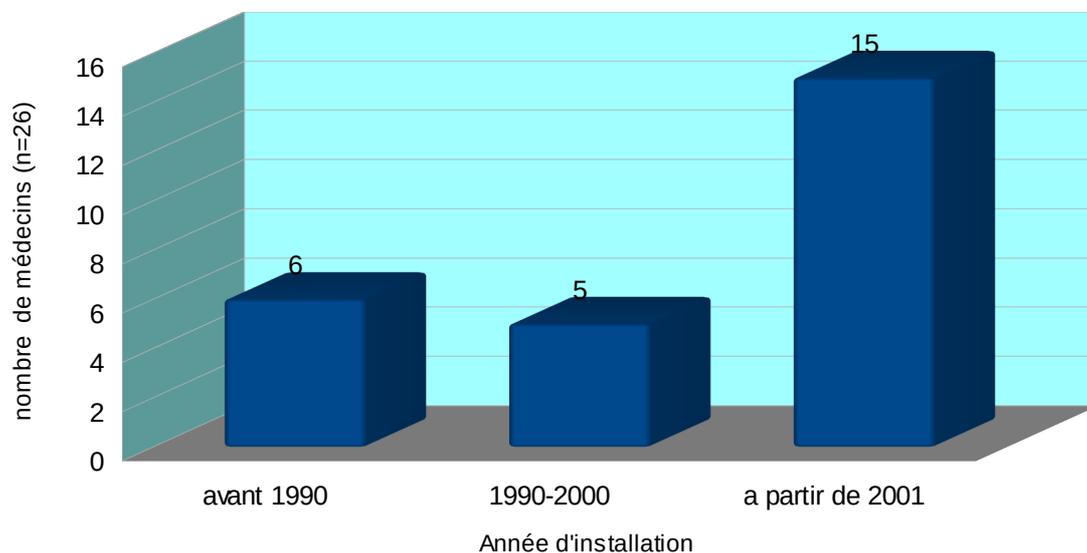
**Figure 3 : Répartition par sexe**



**Figure 4 : Répartition par zone d'exercice**



**Figure 5 : Répartition par mode d'exercice**



**Figure 6 : Répartition par année d'installation**

### 3.3 Caractéristiques des patients

Au total parmi les 26 dossiers de patients retenus, on comptait 16 femmes atteintes contre 10 hommes.

L'âge moyen au diagnostic était de 66,6 ans.

La durée moyenne de survie à partir du diagnostic était de 11 mois.

**Parmi ces 26 patients, 11 présentaient des facteurs de risque reconnus :**

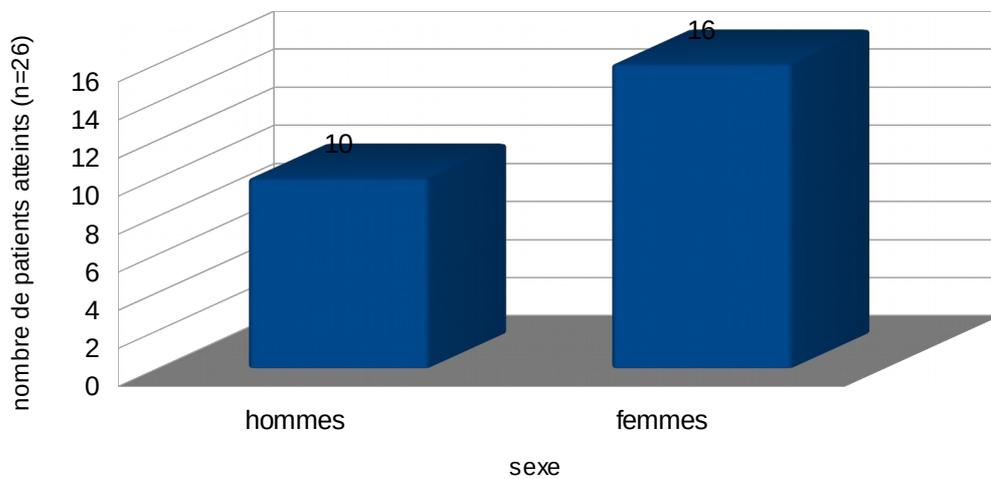
- le **tabac** chez 9 d'entre eux
- le **diabète** chez 7 patients
- le **surpoids** chez 3 patients
- des **antécédents familiaux** de cancer du pancréas (le type histologique n'était cependant pas connu des médecins) au premier et second degré chez 3 d'entre eux

Et une **lésion pancréatique pré existante** chez 2 patients.

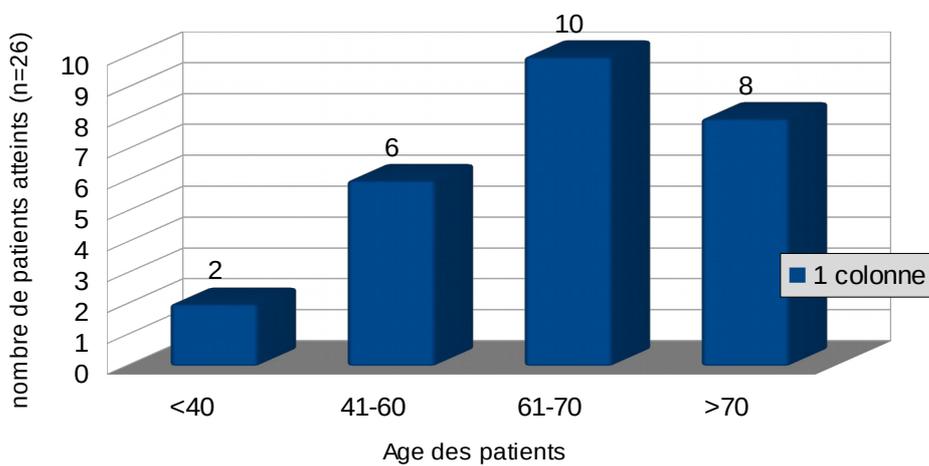
**Les 15 autres patients n'avaient aucun facteur de risque.**

**Tableau 3 :** Caractéristiques des patients atteints d'adénocarcinome du pancréas

Caractéristiques	Groupe	Nombre par groupe
<b>Age au diagnostic</b>	<40 ans	2
	41-60 ans	6
	61-70 ans	10
	>70 ans	8
<b>Sexe</b>	Homme	10
	Femme	16
<b>Facteur de risque</b>	Tabac	9
	Diabète	7
	Surpoids	3
	Antécédents	3
	Lésion PE	2
	Alcool	4



**Figure 7 : Répartition des patients atteints par sexe**



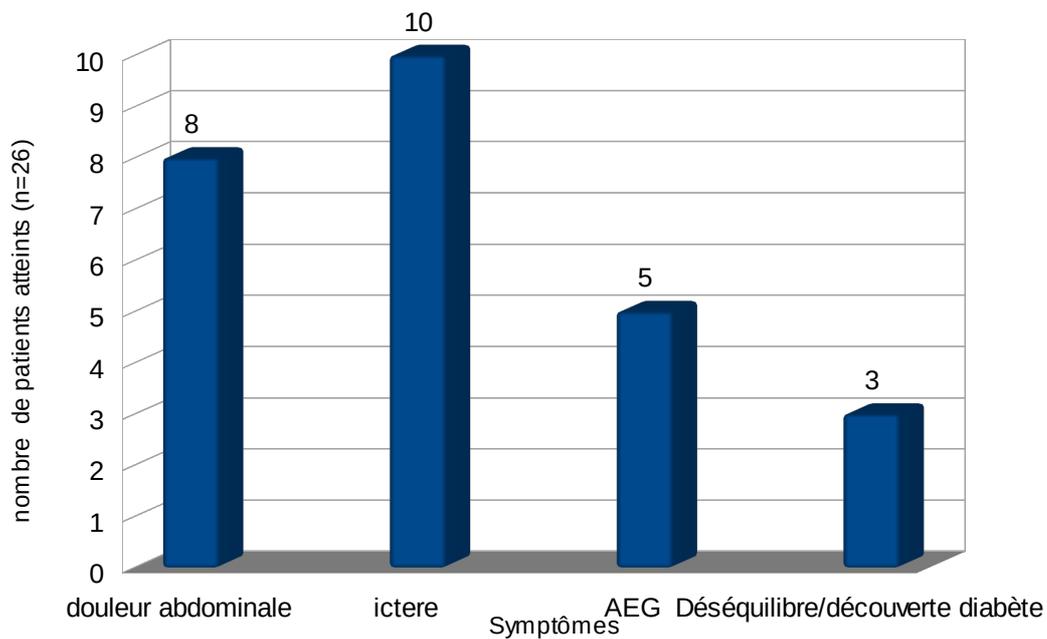
**Figure 8 : Répartition par tranche d'âge des patients au moment du diagnostic**

## 3.4 Description des pratiques diagnostiques et thérapeutiques des médecins interrogés

### 3.4.1 Circonstances diagnostiques

Après analyse des différents dossiers, les symptômes ayant amené au diagnostic se répartissaient comme suit :

- l'ictère chez 10 patients,
  - la douleur abdominale pour 8 d'entre eux,
  - l'altération de l'état général chez 5 patients,
- et la découverte ou le déséquilibre d'un diabète chez 3 patients.



**Figure 9 : Quels sont les symptômes qui vous ont orienté vers le diagnostic?**

### 3.4.2 Signes préexistants avant le diagnostic

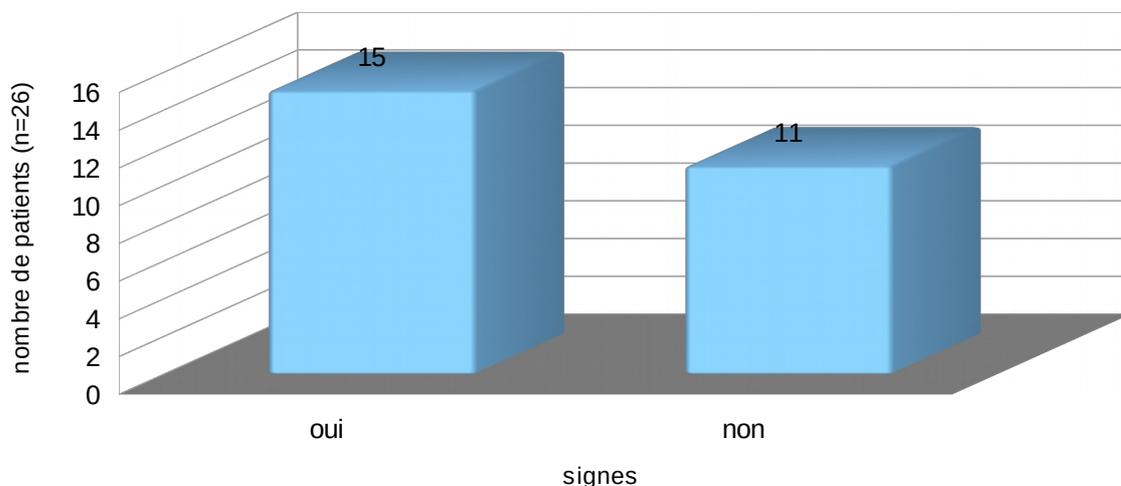
Au cours de l'enquête, nous avons demandé aux médecins si ils avaient vu leur patient des mois ou des semaines auparavant pour des symptômes ou perturbation d'un bilan qui, à posteriori pouvaient être rattachés au cancer du pancréas.

A cette question, **15 médecins ont répondu «Oui»** :

- six patients vus pour des **douleurs abdominales** : 5 avaient consulté plusieurs fois dans l'année précédent le diagnostic, et un était traité pour colopathie depuis deux ans.
- deux patients vus pour une **altération de l'état général** : un dans les 6 mois et l'autre dans l'année précédent le diagnostic
- un patient suivi pendant deux ans pour **perturbation du bilan hépatique**
- deux patients vus pour **poussée de pancréatite aiguë** : un dans l'année précédent le diagnostic et l'autre deux années avant.

Et quatre patients suivis pour **décompensation ou apparition d'un diabète** plusieurs mois auparavant.

Tous ces médecins avaient déclaré ne pas avoir fait le diagnostic à ce moment là.



**Figure 10 : Proportion de patients présentant des signes avant le diagnostic**

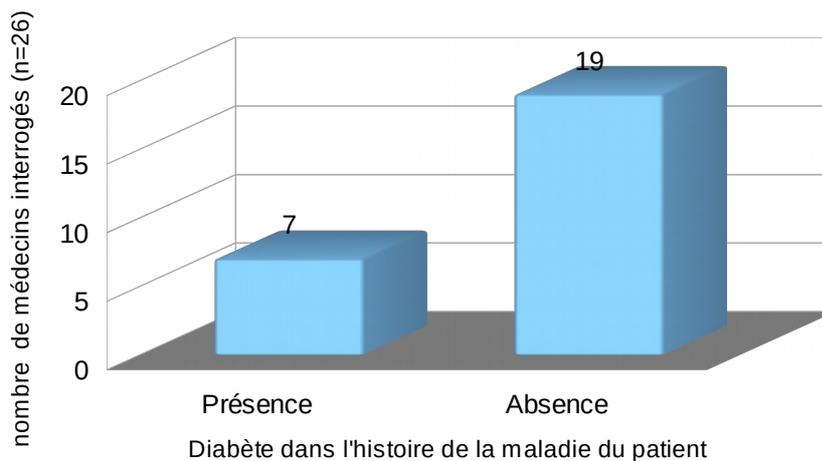
### **3.4.3 Diabète et adénocarcinome du pancréas**

On retrouvait que :

- **un médecin** avait fait le diagnostic **après le déséquilibre brutal d'un diabète préexistant**
- **deux autres** avait fait le diagnostic **après apparition brutale d'un diabète**

et **4 autres médecins**, déjà cités ci dessus, avait rapporté un problème lié à un déséquilibre ou apparition d'un **diabète quelques mois auparavant**.

Au total 7 médecins rapportent une histoire de diabète concomitant à la découverte de l'adénocarcinome du pancréas.



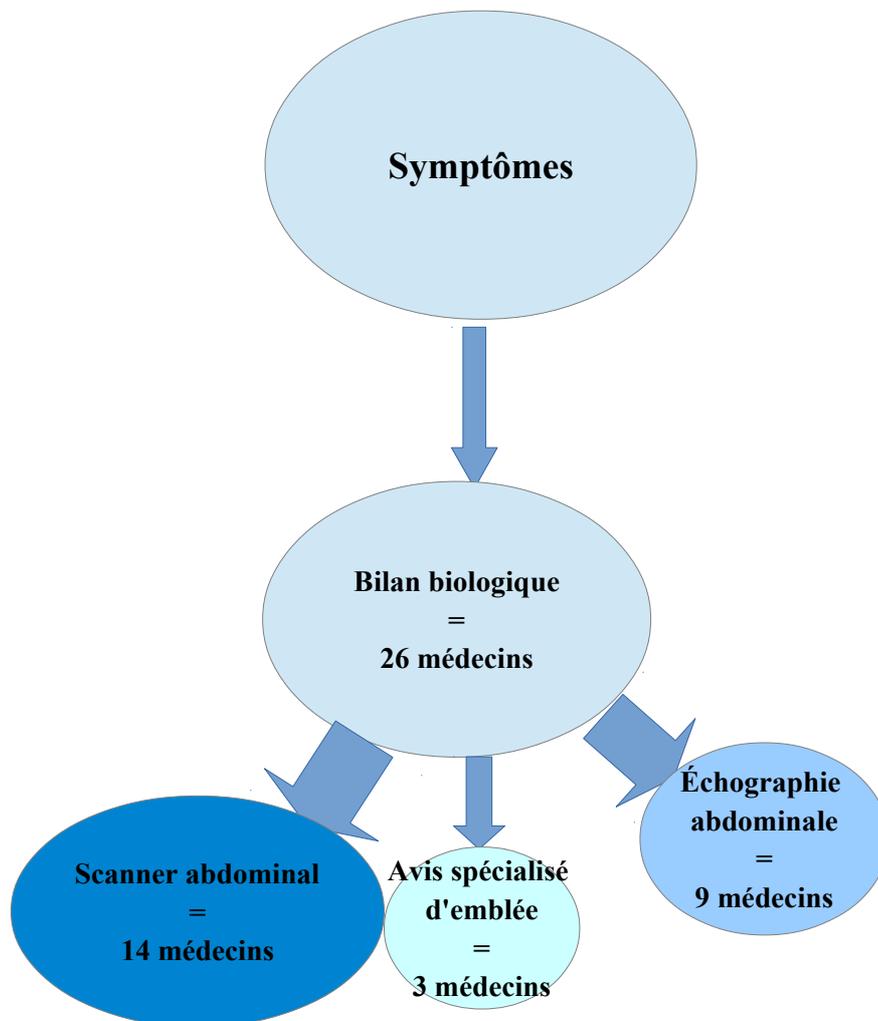
**Figure 11: Proportion de médecin ayant rapporté une histoire de diabète dans la découverte de la maladie**

### **3.4.4 Examens complémentaires demandés**

A la question : «Quel(s) examens complémentaires avez vous demandé d'emblée pour orienter votre diagnostic», voici ce que les médecins ont répondu :

- **tous** ont affirmé avoir demandé un **bilan biologique** en première intention
- trois **médecins** n'ont demandé aucune imagerie et ont orienté leur patient directement **vers un spécialiste**
- quatorze ont affirmé avoir demandé un **scanner abdominal** d'emblée en complément du bilan biologique

**et neuf** auraient demandé une **échographie abdominale** d'emblée en complément du bilan sanguin, mais deux auraient ensuite prescrit un TDM abdominal pour normalité de l'échographie.



**Figure 12 : Examens complémentaires demandés par les médecins généralistes dans leur démarche diagnostique**

### **3.4.5 Orientation du patient et traitements spécifiques de l'adénocarcinome**

D'après nos résultats, **24 médecins** avaient dirigé leur patient **vers un spécialiste après obtention des résultats des examens complémentaires**.

**Deux médecins ont géré seul** leur patient sans avis spécialisé, pour les raisons suivantes :

- un patient n'aurait pas souhaité de prise en charge
- et le deuxième, pour cause de nombreuses co morbidités, la famille conjointement avec le médecin traitant n'aurait pas souhaité entreprendre de traitement spécifique.

Six **patients** ont pu être **opérés**, car leur cancer était initialement résecable. Dans ces patients, 2 ont été perdus de vue et les 4 autres étaient encore suivis par leur médecin traitant. Ils avaient tous reçu une chimiothérapie adjuvante.

Les patients opérés étaient tous des femmes et la moyenne d'âge au diagnostic était de 62 ans.

Dans la gestion de la phase post opératoire de ces patients, un médecin a déclaré avoir rencontré beaucoup de difficultés, notamment dans la gestion de la **gastro parésie et du déséquilibre du diabète pré-existant**. Les cinq autres médecins n'ont pas rencontré de difficultés dans la phase post-opératoire:m.

Parmi les 20 autres patients, 18 étaient à un stade d'emblée métastatique, et 2 à un stade localement avancé. Au niveau thérapeutique, 14 avaient reçu une chimiothérapie adjuvante et 6 avaient bénéficié de soins de support seuls.

### **3.4.6 Implication du médecin traitant aux différents stades de la maladie**

A la question : « *A quel(s) moment(s) de la maladie vous êtes vous senti(e) le plus impliqué(e)* », la plupart des médecins interrogés ont répondu :

- « dans la gestion de la douleur » (n=23)

et « dans la prise en charge de la dénutrition » (n=19)

**Tableau 4: Moment d'implication du médecin traitant dans la maladie :**

<b>Stades</b>	<b>Nombre de médecins</b>
<b>Annonce de la maladie</b>	12
<b>Diagnostic</b>	11
<b>Soutien psychologique</b>	15
<b>Suivi de la maladie</b>	16
<b>Douleur</b>	23
<b>Dénutrition</b>	19
<b>Fin de vie à domicile (n'incluant pas le lieu de décès du patient)</b>	14

Les **commentaires libres** des médecins ont été intégrés dans cette étude, le **code couleur** se rapporte au stade d'implication énuméré dans le tableau ci dessus.

**Tableau 5 : Commentaires libres à la questions « A quel(s) moment(s) de la maladie vous êtes vous senti(e) le plus impliqué(e) »?**

« Je me suis sentie très impliquée surtout dans le soutien psychologique de la patiente et de son entourage, je posais des jours pour amener sa fille voir sa mère hospitalisée ».
« J'ai surtout du gérer les effets indésirables des traitements et l'avancée de la maladie, en l'occurrence les diarrhées, la perte de poids et les nausées ».
« J'ai été très impliqué au départ, dans le diagnostic et l'annonce de la maladie, puis il a fallu un coupable dans la maladie, et la patiente a décidé de ne plus me voir, car elle disait que c'était de « ma faute », je l'ai donc perdu de vue ».
« J'ai été très présent dans le soutien psychologique et surtout dans une démarche de réassurance permanente, mais un jour la patiente m'a tourné le dos, mais je sais qu'elle est toujours en vie ».
« Je ne gère pas les fins de vie car j'ai un problème avec la mort ».
« Mon implication fut moyenne, j'ai un peu géré la douleur, les complications de la chimiothérapie, fièvre et vomissement, mais c'était surtout les spécialistes qui se sont occupés de la patiente ».
« Je suis surtout intervenu dans les complications de la maladie et du traitement, surtout pour un sepsis très sévère et une hémorragie sur son endoprothèse ».
« La gestion de la fin de vie fut le moment où j'étais le plus présent, j'y passais plusieurs fois par jour ».
« Je n'ai quasiment pas vu la patiente jusqu'à sa fin de vie, elle était prise en charge par son centre spécialisé et faisait très peu appel à moi ».
« Dans les derniers moment de vie, je dormais chez la patiente, afin d'être près d'elle pour la gestion de la douleur et le soutien de sa famille ».
« Je me suis sentie trop impliquée pour cette patiente, du même âge que moi et avec des enfants en bas- âge, c'était « horrible », à chaque fois qu'elle venait à mon cabinet, c'était des pleurs d'elle et de moi ».
« Le plus difficile et en même temps là où j'ai dû être le plus présent c'était dans ses problèmes post opératoires avec la gastroparésie et le déséquilibre de son diabète ».

### **3.4.7 Disponibilité du médecin traitant**

A la question : « *Restiez vous joignable 24h/24h ou aux heures ouvrables de votre cabinet?* » :

- **onze** médecins ont répondu « **24H/24H** »

et **15** restaient disponibles aux **heures d'ouvertures de leur cabinet**.

Dans ceux qui restaient joignables 24h/24 :

Il y avait 3 femmes et 8 hommes, soit un **sex-ratio de 2,6** et la moyenne d'âge était de **49 ans**.

Parmi les 15 autres médecins joignables aux heures d'ouverture de leur cabinet :

Il y avait 9 hommes, et 6 femmes, soit un **sex-ratio de 1,5** et la moyenne d'âge était de **50 ans**.

### **3.4.8 Gestion de la fin de vie à domicile**

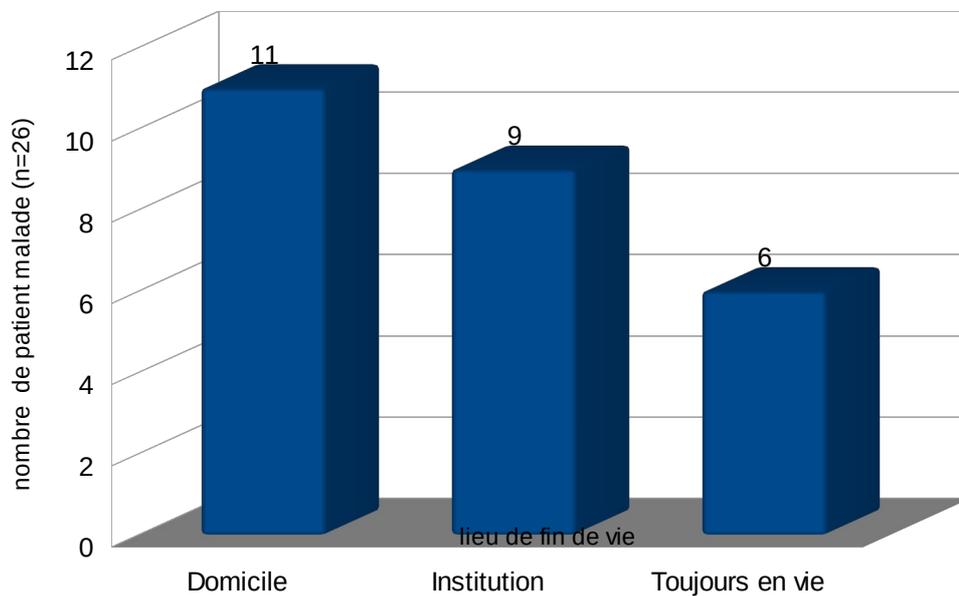
Au terme de l'enquête **14 médecins ont déclaré avoir géré la fin de vie à domicile**.

Parmi ceux ci, **11** ont déclaré que leur patient était décédé à **leur domicile**, et **3** à **l'hôpital**.

Parmi ceux décédés à l'hôpital :

- deux patients n'ont pas fini leurs jours chez eux car la famille ne l'aurait pas souhaité,

et le troisième par refus du médecin traitant (charge émotionnelle trop lourde).



**Figure 13 : Lieu de décès du patient**

**Tableau 6: Caractéristiques des médecins interrogés et gestion de la fin de vie à domicile**

	Caractéristiques	Médecins ayant géré la fin de vie à domicile (n=14)	Médecins n'ayant pas géré de fin de vie à domicile(n=6)
<b>Age</b>	<40 ans	1	2
	40-50 ans	9	0
	51-60 ans	3	3
	>60 ans	1	1
<b>Sexe</b>	Homme	9	5
	Femme	5	1
<b>Lieu d'exercice</b>	Rural	8	2
	Semi-rural	6	4

Nous avons cherché à savoir si le fait d'être un homme ou une femme influençait le fait de gérer la fin de vie à domicile. Nous avons réalisé un test exact de Fischer qui montrait qu'il n'y avait aucune différence statistiquement significative ( $p = 0.61$ ).

De même, ce test n'a montré aucune différence statistiquement significative entre le lieu d'exercice du médecin et le fait de gérer la fin de vie à domicile ( $p = 0.63$ ).

Les commentaires libres des médecins sur la fin de vie ont été inclus ci dessous, avec comme précédemment le code couleur correspondant .

### **Tableau 7 : Commentaires libres sur la fin de vie**

« J'aime gérer les fins de vie à domicile, pour moi c'est la page du livre qui se ferme ».
« C'est peut être égoïste, mais au moment de la fin de vie de mon patient, j'aime la gérer moi même et je ne veux pas passer la main à ce moment là ».
« C'est un deal que l'on passe avec le patient, et on doit l'accompagner jusqu'au bout ».
« Je ne gère plus les fins de vie à domicile car c'est incompatible avec ma vie de famille ».
« Je n'ai géré ni les soins palliatifs ni la fin de vie, car récemment j'ai accompagné deux amis dans la fin de vie à domicile et c'était très dur, donc j'en ai assez ».
« Je ne fais pas de fin de vie à domicile, car j'ai un problème avec la mort ».

### **3.4.9 Difficultés rencontrées par les médecins interrogés**

Il ressort de cette enquête, que **19** médecins ont rencontré des difficultés au cours de la prise en charge, en l'occurrence :

- la **charge affective importante**,
  - la **gestion de la fin de vie**,
  - le **manque de formation** en cancérologie, dans les soins de support et les soins palliatifs,
  - l'**entourage** du patient,
  - l'**isolement** professionnel et géographique du médecin,
  - l'**accessibilité difficile des spécialistes**,
- et enfin le **caractère chronophage** de ces prises en charge.

**Sept** médecins déclaraient n'avoir rencontré aucune difficulté.

**Tableau 8: « Quel(s) obstacle(s) vous ont mis en difficulté dans la prise en charge de votre patient ? » :**

<b>Difficultés rencontrées</b>	<b>Nombre médecins</b>
Charge affective importante	<b>9</b>
Manque de formation	<b>8</b>
Entourage du patient	<b>5</b>
Caractère chronophage de la prise en charge	<b>3</b>
Isolement professionnel et/ou géographique du médecin	<b>4</b>
Autres intervenants peu disponibles	<b>4</b>
<b>Fin de vie</b>	<b>9</b>
Aucune	<b>7</b>

**Tableau 9: Commentaires libres des médecins : (code couleur se rapportant au thème du tableau ci dessus) :**

« L'isolement géographique complique la prise en charge car il s'agit d'une population « rude » ».
« J'ai du aller chercher de la morphine dans la pharmacie de garde à 40 km une nuit, à cause de l'éloignement géographique du domicile de la patiente ».
« Cet éloignement géographique est responsable d'un manque de formation des équipes soignantes en soin palliatif ».
« Au contraire je trouve que notre exercice en milieu rural est un privilège ».
« L'isolement professionnel renforce la relation avec le patient et facilite la prise en charge »
« L'isolement professionnel renforce le lien avec les hôpitaux de proximité, on connaît bien les spécialistes, on a notre réseau de proximité, et c'est beaucoup plus facile, contrairement aux grandes villes, qui disposent de grands centres comme le CHU, qui sont difficilement accessibles ».
« Cette prise en charge n'a pas été chronophage pour moi étant donné que je gérais cette patiente sur mes jours de congés ».
« C'est un choix que l'on fait, et pour moi ce n'était pas chronophage ».
« Non, ce n'est pas chronophage, c'est un deal que l'on passe avec notre patient et il faut savoir l'assumer ».
« La gestion de la fin de vie a été une réelle difficulté pour moi, car il fallait accepter le traitement minimaliste que le patient avait choisit ».

## 3.5 Opinions et perspectives

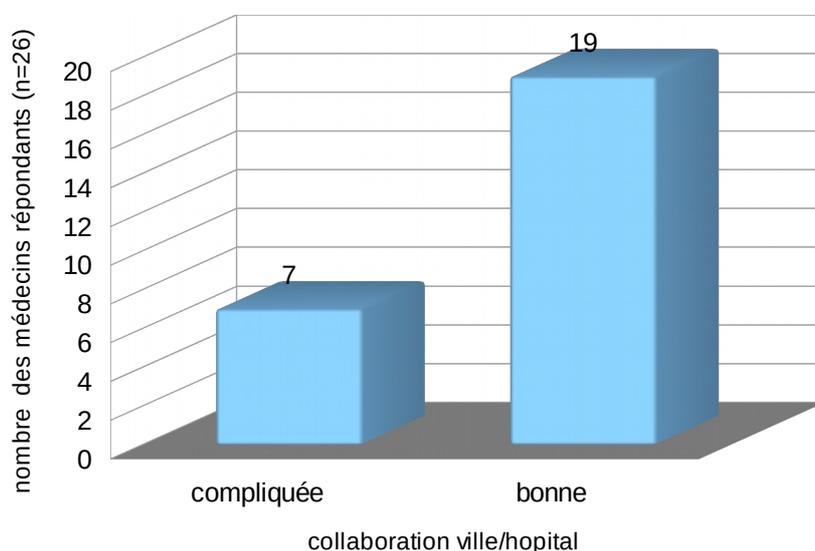
### 3.5.1 Relation avec les spécialistes et les réseaux de soins en Sud-Gironde

A la question « **Trouvez vous qu'il y a une bonne collaboration entre la ville et l'hôpital en Sud-Gironde** » :

- sept médecins ont répondu que « *c'était compliqué* »,
- dix neuf médecins ont dit qu'il avait une « *bonne entente, sans aucun problème d'accessibilité.* ».

Parmi ceux qui trouvaient que c'était compliqué :

- trois ont dit qu'il y avait trop de délais concernant l'arrivée des courriers et la circulation des informations. Cependant 2 médecins trouvaient que malgré ça, les spécialistes restaient assez disponibles.
- les 4 autres médecins trouvaient qu'ils sont trop peu disponibles et difficilement accessibles.



**Figure 14 :** « **Trouvez vous qu'il y a une bonne collaboration entre la ville et l'hôpital pour vous aider à gérer votre patient atteint d'un cancer du pancréas?** »

Dans l'étude on a demandé aux médecins si ils avaient eu recours à un réseau de soins en Sud-Gironde.

A l'issue de la question « *Avez vous fait appel à un réseau de soins pour votre patient?* » :

- **six** médecins ont répondu « **oui** »

et **20** médecins ont répondu « **non** ».

**Tableau 10 : Caractéristiques des médecins ayant utilisé ou non un réseau de soin**

	<u>Appel à un réseau</u>	<u>N'ont pas fait appel</u>
<u>Caractéristiques</u>	Oui (n=6)	Non (n=20)
<b>Rural</b>	2	14
<b>Semi rural</b>	4	6
<b>Cabinet individuel</b>	0	9
<b>Cabinet groupe</b>	6	11
<b>Fin de vie à domicile</b>	6	8

Par un test exact de Fischer, on a cherché à savoir si le lieu d'exercice du médecin influençait le fait de faire appel ou non à un réseau de soin, et on observait qu'il n'y avait aucun lien statistiquement significatif entre les deux (**p=0.16**).

Parmi les réseaux de soins utilisés par les médecins :

- **trois** ont utilisé le réseau **ESCALE SANTE**,

- **deux** ont utilisé **l'HAD**,

et **un** a fait appel à **l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs**.

**Tableau 11: Motifs de non adhésion à un réseau de soin**

Commentaires	Nombre de médecins
« Je n'en vois pas l'utilité ».	14
« Je ne gère pas la fin de vie ni les soins palliatifs, je passe la main à l'hôpital ».	4
« Je préfère travailler avec les infirmières libérales du secteur quand c'est possible ».	21
« Leur organisation n'est pas optimale ».	12

**Autres motifs en commentaires libres :**

Un seul médecin a voulu rajouter un commentaire libre à cette question :

*« J'avais essayé de faire appel à un réseau, mais leur lenteur de réaction a fait qu'ils sont intervenus en post mortem! du coup je ne fais plus appel à eux ».*

**3.5.2 Perspectives souhaitées par les médecins interrogés**

**a) Intégration du médecin traitant aux RCP**

Au cours de l'entretien, nous avons demandé aux médecins, si ils verraient un intérêt à être intégrés aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) de leur patient.

A la question « *Verriez-vous un intérêt à être intégré aux RCP de votre patient?* » :

- quinze médecins ont répondu « oui »

Ces 15 médecins affirmaient qu'ils verraient un **intérêt seulement théorique**, car en pratique « c'est impossible d'aller aux RCP, par **manque de temps** », mais trois évoquent la possibilité d'organiser des **vidéoconférences**.

**Tableau 12 :** « Si on vous intégrait aux RCP de votre patient, que pourraient-elles vous apporter? »

Commentaires	Nombre de médecins
« Apporter l’histoire personnelle du patient ».	7
« Un intérêt purement intellectuel ».	9
« Connaître et anticiper les effets indésirables des chimiothérapies ».	7
« Pour dire que l'on existe ».	1
« Pour créer un lien avec les autres intervenants et savoir à qui on s'adresse par téléphone ».	1

#### **b) Autres perspectives souhaitées**

Au cours de la dernière question de l'entretien, qui consistait à demander aux médecins généralistes si ils avaient des propositions à faire concernant leur implication dans la prise en charge de ce type de cancer en Sud-Gironde, **6 médecins** ont eu quelque chose à ajouter.

**Tableau 13: Suggestions des médecins concernant les perspectives souhaitées en Sud-Gironde pour améliorer leur prise en charge :**

<b>Suggestions</b>	<b>Nombre de médecins interrogés</b>
« Améliorer les soins de supports et rendre les patients acteurs de leurs soins ».	<b>2</b>
« Être intégrés aux équipes volantes de soins palliatifs ».	<b>1</b>
« Existence d'une cotation spécifique pour ce genre de prise en charge ».	<b>3</b>
« Rédiger un projet personnalisé de soins au domicile, et désigner une personne de confiance ».	<b>1</b>
« Organiser des formations médicales continues en Sud-Gironde en soins palliatif et en cancérologie ».	<b>1</b>

## **IV. Discussion**

### **4.1 Discussion générale des résultats**

#### **4.1.1 La population d'étude**

Dans notre enquête, sur les 73 généralistes installés ( population cible), 26 ont pu être inclus.

La principale limite de cette enquête est le faible taux de médecins ayant répondu au questionnaire.

Il aurait été intéressant de connaître les raisons de non participation par les autres médecins.

Ce faible taux de réponse est fréquent dans les études de pratique.

On pourrait émettre plusieurs **hypothèses** pour expliquer cela :

- le manque de temps des médecins
- le peu d'intérêt des médecins pour le sujet
- la faible prévalence de cancer du pancréas en Sud-Gironde
- le fait qu'il s'agisse d'une enquête de pratique

ou encore les difficultés des médecins dans le domaine de la cancérologie, et des soins palliatifs.

On retrouvait un déséquilibre Hommes/Femmes entre les répondants, avec 17 hommes inclus, contre 9 femmes.

La répartition H/F de notre échantillon se rapprochait de celle du Sud-Gironde qui est de 70 % de médecin homme et 30 % de médecin femme.

La moyenne d'âge de notre échantillon était comparable à celle de la population cible.

On observe que c'était sur les communes de Langon et de la Réole qu'il y avait le plus de médecins installés, mais c'est aussi dans ces deux communes que le taux de non répondant a été le plus élevé.

La Réole se situe plutôt en zone rurale, alors que Langon est plutôt en zone semi-urbaine, cela pouvait donc s'équilibrer et éviter qu'il n'y ai trop de médecins d'une même zone d'exercice (rurale/semi-rurale) qui ai refusé de répondre.

Contrairement à ce qu'on pourrait penser, le Sud-Gironde, zone rurale, est assez dynamique en terme de soins. Elle concentre une population assez jeune de médecin, car la plupart avaient entre 40 et 50 ans, et on remarque un développement important des maisons médicales.

#### **4.1.2 Les caractéristiques des patients**

La moyenne d'âge dans notre enquête était de 66 ans, contre 71 ans dans la littérature.

Il y avait une majorité de femme, alors que le sexe ratio est de 1,5 pour la population générale d'après les données bibliographiques.

En reprenant les données du PMSI de l'hôpital du Sud-Gironde et de la clinique St Anne, en 2014, 27 patients ont été hospitalisés pour adénocarcinome du pancréas.

Notre étude s'organise autour de 26 cas, dont 9 pris en charge sur Bordeaux (CHU+ Institut Bergonié).

Toutefois, on pourrait supposer que pour diverses raisons, et en particulier pour la gestion des situations urgentes et la fin de vie, les hôpitaux de proximité ont pu les accueillir au moins une fois.

Notre échantillon pourrait donc être représentatif des patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas en Sud-Gironde.

L'objectif était d'avoir entre 25 et 30 dossiers, cela a donc bien été respecté.

Parmi les non répondants, certains avaient probablement des cas que l'on aurait pu inclure. Cela a pu entraîner une sous estimation des patients atteints.

Plus de la moitié des patients n'avaient aucun facteur de risque connus.

Le plus fréquemment rencontré était le tabac, comme cité dans la première partie de la thèse.

Dans notre échantillon, 9 patients (34.6%) atteints sont ou ont été des fumeurs, contre 25 % cités dans la littérature [2].

Le mésusage d'alcool a été cité pour certains patients, mais il n'est pas retenu comme facteur de risque dans la littérature. Néanmoins, il n'a pas été précisé si la consommation d'alcool avait été pourvoyeuse de pancréatite chronique.

### **4.1.3 Les pratiques des médecins participants**

Le cancer du pancréas fait parti des ALD 30 pris en charge à 100% par l'assurance maladie.

Le guide de l'HAS [5] met en avant le rôle du médecin traitant dans le suivi de ces patients.

Il a pour mission le dépistage du cancer et son annonce diagnostique; la surveillance des effets indésirables des traitements et la prise en charge des **soins de supports**.

Il surveillera son patient de manière attentive, afin de dépister d'éventuelles récurrences.

#### **a) le dépistage**

**Dans l'étude, on aurait pu rajouter une question sur le dépistage du cancer du pancréas.** On a montré qu'il existait des facteurs de risque reconnus, et que plus de la moitié des médecins interrogés avaient vu leur patient plusieurs mois avant le diagnostic pour des symptômes attribuables au cancer.

Ce dépistage fait vraiment partie des missions importantes du médecin de soin primaire. Il faut donc rester très vigilant face à un patient présentant des symptômes récurrents, et qui plus est, ayant des facteurs de risque.

Les buts d'un programme de dépistage du cancer du pancréas dans les situations à risque sont le diagnostic des cancers T1N0 et des lésions pré cancéreuses.

Les patients ayant des antécédents familiaux ou un syndrome génétique doivent bénéficier d'une **consultation d'oncogénétique**.

Le médecin traitant a, à sa disposition le scanner abdominal injecté et l'IRM pancréatique.

La fréquence de réalisation des examens conseillés est actuellement d'un an.

A coté des examens para cliniques, la clinique sera également très importante chez ces patients.

Il aurait pu être intéressant de savoir si les médecins interrogés connaissaient ce programme de dépistage et si ils l'appliquaient.

## **b) Circonstances de découverte et signes précédents le diagnostic**

Dans notre étude, les symptômes et l'extension de la maladie au moment du diagnostic correspondaient aux données publiées dans la littérature.

La majorité des patients avaient d'emblée une atteinte métastatique dans notre étude, ce qui correspondait aux données de la littérature.

## **c) Prise en charge**

Ce qui est surprenant c'est le nombre de patients qui ont pu être opérés. Cela représentait un nombre important de patients par rapport à ce que l'on retrouvait dans la littérature.

Tous ces patients étaient uniquement des femmes, on pourrait alors se demander si celles ci avaient consulté leur médecin plus tôt.

Notre analyse montrait que le médecin se sentait impliqué, par ordre décroissant : dans la gestion de la douleur, de la dénutrition, du suivi de la maladie, du soutien psychologique du patient et de l'entourage, de la fin de vie, de l'annonce diagnostique et enfin dans le diagnostic.

La douleur, la dénutrition, et le soutien psychologique font partis « des soins de support ».

En effet, la gestion de ces soins [13] constitue une des pierres angulaires du rôle du médecin traitant. La prise en charge de la **douleur et de la nutrition** constitue les deux principales cibles.

La **douleur** : c'est très souvent le mode de révélation du cancer, mais celle-ci est également présente tout au long de la maladie, elle est source d'angoisse et d'inconfort du patient. Elle rappelle également au patient l'évolution de sa tumeur. Le médecin doit s'efforcer de trouver le traitement qui lui permettra de vivre le plus confortablement possible.

Elle peut être constante ou intermittente, et il peut exister des accès douloureux aigus.

Elle peut également avoir plusieurs composantes : le côté nociceptif mais également la composante neuropathique qu'il faudra prendre en compte.

La douleur sera évaluée par le patient à l'aide d'une échelle visuelle analogique, graduée de 0 à 10. La douleur a un caractère subjectif.

Les **traitements** disponibles sont :

- **Les Antalgiques de niveau I en particulier les AINS (EVA entre 1 et 3)** qui peuvent être utilisés dans les douleurs pancréatiques.
  
- **Les antalgiques de niveau II (EVA entre 4 et 5 )** sont utilisés pour les douleurs d'intensité modérée.
  
- Les **antalgiques de niveau III pour des douleurs importantes et/ou** résistantes au niveau II.  
Ceux-ci sont rapidement utilisés dans l'évolution de la maladie, car les douleurs intenses sont souvent présentes. Les formes immédiates sont indispensables pour le traitement des accès aigus.

Les adénocarcinomes du pancréas, peuvent également occasionner des **douleurs neurogènes**, on pourra alors aussi utiliser :

- Des **antidépresseurs tricycliques** (Amitriptyline par exemple), ou encore les **antiépileptiques** pour les accès douloureux peu soulagés par les antalgiques de niveau III. Cependant leur délai d'action est souvent retardé.

On insistera également sur l'utilisation des co-analgésiques, comme les **corticoïdes**, notamment dans les douleurs dues à des **phénomènes sub occlusif** de la tumeur ou résultant d'une carcinose. On utilisera des posologies élevées pendant une courte durée plutôt que l'utilisation de doses faibles pendant une longue période.

Le médecin devra également faire des **prescriptions anticipées**, afin de prévenir cette douleur, et également pour permettre au patient de soulager sa douleur rapidement à des heures où le médecin n'est pas disponible.

La **dénutrition** est due aux symptômes obstructifs de la tumeur et à la carcinose péritonéale avec nausées et vomissements, à l'hyper métabolisme de la tumeur et aux traitements.

Elle aggrave le pronostic car elle altère l'efficacité des traitements, et les chimiothérapies sont moins bien tolérées.

L'hypothèse physiopathologique de l'anorexie est celui du rôle direct des cytokines dont interleukine 1, 1 bêta, et 6, ainsi que tumor necrosis factor alpha. Ces facteurs sont sécrétés par la tumeur, les macrophages, et les lymphocytes de l'hôte en réponse à la tumeur.

Un dépistage de la dénutrition doit être fait de façon systématique.

Sa prise en charge doit être **la plus précoce possible**.

Elle consistera à :

**A- L'évaluation de l'état nutritionnel [annexe 5,6] avec :**

- la surveillance du poids avec calcul de l'IMC ou si il existe un 3eme secteur on se servira de la circonférence brachiale. Le patient sera pesé une fois par semaine.

- l'évaluation des ingestas par l'utilisation d'une échelle visuelle analogique (si score inférieur à 7 le patient est dénutri) [annexe 7] et éventuellement l'aide d'une diététicienne.

**B- Aide à la renutrition :**

Les besoins sont de l'ordre de 30 à 35kcal/j et de 1,2 à 1,5g de protides par jour.

Le médecin pourra mettre en place au domicile des feuilles de surveillance alimentaire, que le patient ou son entourage pourront remplir afin d'évaluer les apports.

Il prescrira des compléments nutritionnels oraux et en deuxième intention des médicaments orexigènes comme les corticoïdes.

Concernant le choix de la voie d'alimentation, la voie orale devra être privilégiée si possible, en favorisant une alimentation hypercalorique et hyper protidique. (Enrichissement des plats en protéines, en utilisant des poudres hyper protéinées par exemple). La texture et les goûts du patient doivent être mis en avant pour une meilleure adhésion à l'alimentation.

On pourra s'aider des conseils d'une diététicienne.

Et enfin, chez les patients en situation palliative et dont l'intestin n'est plus fonctionnel, à cause d'une carcinose par exemple, la nutrition parentérale est ici indiquée, et son utilisation peut être prolongée plusieurs mois. Cette nutrition artificielle, peut augmenter la survie et améliorer la qualité de vie des patients ayant une espérance de vie supérieure à 3 mois.

Par contre, cette nutrition parentérale n'est pas indiquée en situation terminale, car elle est source d'inconfort, et surtout d'**infection**.

**Une perte de poids de plus de 15 % aggrave le pronostic indépendamment de la tumeur.** Il est donc important dès le diagnostic, d'insister sur l'importance du problème nutritionnel, de surveiller le poids toutes les semaines et de donner au patient les conseils de base.

### **L'activité physique :**

Cet item n'a pas figuré ici, mais il serait intéressant de s'y attarder dans une autre étude, car son rôle est actuellement en pleine expansion dans le domaine de la cancérologie.

Il est important que le patient conserve une activité physique, dans la mesure du possible. Le maintien de la masse musculaire permet une meilleure tolérance de la chimiothérapie.

De plus, on a montré que l'activité physique diminuait l'insulino résistance et faisait baisser les taux circulants d'insuline et *insulin-like growth factor-1*, impliqués dans la croissance tumorale de l'adénocarcinome du pancréas.

L'activité physique agirait aussi favorablement sur le syndrome inflammatoire systémique.

Un bénéfice en terme d'amélioration symptomatique, avec notamment une diminution de la fatigue, une meilleure récupération face au stress et plus globalement une amélioration de la qualité de vie, de l'état psychologique et émotionnel a été montré.

Une étude française (GERCOR-PRODIGE) incluant 200 patients vient d'être lancée pour évaluer l'efficacité d'un programme d'Activité Physique Adapté (APA) sur la fatigue et la qualité de vie de malade ayant un adénocarcinome du pancréas non résécable [25].

Pour mieux faire face à la maladie et si le patient le souhaite, une prise en charge psychologique lui sera proposée ainsi qu'aux proches. Cet accompagnement lui permettra d'être écouté, réconforté, et de se sentir moins isolé. Rencontrer individuellement un psychologue dans les structures de soins ou dans un réseau de cancérologie sera possible lorsque le patient en éprouvera le besoin.

Il existe également d'autres possibilités comme les écoutes téléphoniques, les visites à domicile ou à l'hôpital, des groupes de paroles animés par un psychologue. Cela vise à favoriser l'échange et l'écoute entre les malades atteints de cancer ou entre proches de malade. Il existe également des « Espaces Rencontre Information (ERI) ».

En tant que médecin traitant et médecin de famille, le généraliste a un rôle important pour l'entourage et le conjoint.

L'adénocarcinome du pancréas étant souvent de mauvais pronostic, le soutien psychologique et le dépistage d'un épisode dépressif réactionnel chez le patient et l'entourage feront partie du rôle du médecin.

Dans le cadre de la **surveillance clinique [5,8] et para clinique** du patient, le suivi sera assuré par un centre oncologique de référence, et par le médecin traitant.

La surveillance **clinique** est indiquée **tous les 3 à 6 mois**, en phase de stabilité clinique (État général, douleur, ictère, ascite).

De toute évidence le patient sera vu beaucoup plus souvent en fonction de son état général.

Au niveau para clinique, on effectuera des imageries sur point d'appel, une glycémie à jeun sera faite tous les 6 mois, un dosage du Ca 19.9 tous les trois mois (intérêt non encore évalué).

*L'incidence de la thrombose veineuse profonde est 4 à 7 fois plus élevée dans le cancer du pancréas* par rapport aux autres adénocarcinomes, et son risque est maximal pendant les 3 premiers mois. La chimiothérapie augmente également ce risque.

Des études ont mis en évidence l'intérêt d'utiliser une prophylaxie anti thrombotique par héparines de bas poids moléculaires au moment du diagnostic, mais en routine cette utilisation n'est pas mise en place.

Un patient avait eu une complication de ce type dans notre étude, pris en charge par son généraliste, mais nous n'avons pas interrogé les médecins concernant leur attitude vis à vis de cette prévention.

On aurait pu rajouter une question qui aurait fait préciser aux médecins leur stratégie de surveillance pour leur patient atteint d'un adénocarcinome du pancréas, et savoir si ils suivaient les recommandations dictées par l'HAS.

Dans nos résultats, les difficultés qui ressortaient en premier étaient surtout la **gestion de la fin de vie**, le **manque de formation** et le **côté psychologique** de la prise en charge.

Dans notre étude, les médecins étaient plutôt satisfaits de la collaboration avec les spécialistes et les hôpitaux de proximité en Sud-Gironde. Certains rapportaient même que c'était un avantage d'exercer en campagne : « on connaît mieux nos confrères spécialistes et cela permet de savoir à qui s'adresser directement et rapidement ».

## **4.2 Limites et biais de l'étude**

### **4.2.1 Type d'étude**

Toutes les données recueillies étaient des réponses purement déclaratives, et non des pratiques observées. Il pouvait alors y avoir un décalage entre les dires et les faits des médecins interrogés.

Selon la manière dont elles étaient formulées, les questions pouvaient provoquer chez l'enquêté des effets et des réactions liés à des phénomènes d'ordre psychologique ou psychosociologique. Ce sont des mécanismes de défense du sujet. En effet, les médecins interrogés peuvent avoir tendance à défendre, même tout à fait inconsciemment, une certaine image d'eux-même, ou une certaine intégrité de leur personne. C'est ce que l'on appelle les « biais cognitifs ».

De ce fait, les réponses des médecins ne reflètent pas forcément la réalité, en particulier pour ce qui concernent les relations avec les autres professionnels de santé, le manque de formation, les difficultés rencontrées, et surtout si ils avaient vu ou non leur patient avant le diagnostic pour des symptômes, qui à posteriori pouvaient être rattachés au cancer : c'est le « biais d'information ».

Dans ce type d'enquête déclarative, on rencontre aussi un « biais de volontariat », car ceux qui avaient accepté de répondre au questionnaire étaient peut être plus motivés par la cancérologie et les soins palliatifs, que ceux qui avaient refusé de répondre. Cela pourrait entraîner une surestimation des réponses concernant l'implication du médecin, et la gestion de la fin de vie, alors qu'au contraire, les réponses concernant leurs difficultés pourraient être sous estimées.

### **4.2.2 Population cible**

Nous avons choisit d'étudier ici les pratiques d'une population exerçant en milieu rural, ce qui a permis de répondre en partie à notre objectif principal. Cependant, cela n'est pas représentatif de la population française en générale.

Les médecins ont été recensés à partir de l'annuaire du Conseil de l'Ordre des Médecins de la Gironde et des pages jaunes. Par ce mode de recueil, la base de sondage était facile d'accès . Cependant, certaines coordonnées n'ont peut être pas été publiées et donc il pouvait exister une erreur de couverture dans la constitution de notre population cible (biais de sélection).

La moyenne d'âge de notre population d'étude était de 51 ans, il s'agissait donc de médecins ayant en moyenne 20 ans d'expérience. Cela permettait d'optimiser les chances de rencontrer un médecin ayant pris en charge un patient pour un adénocarcinome du pancréas.

A noter également que nous avons choisi d'inclure seulement les dossiers de patients atteints d'**adénocarcinome du pancréas**, car c'est le type histologique le plus fréquent, et cela a permis de ne pas mélanger plusieurs prises en charge qui auraient pu fausser nos résultats.

### **4.2.3 Outils d'étude**

Notre outil d'étude utilisé pour répondre à notre objectif principal était un questionnaire avec questions fermées et d'autres ouvertes.

Le fait de l'avoir réalisé avec l'aide d'un médecin généraliste et d'une équipe hospitalière de soin palliatif a permis de faire un travail pluridisciplinaire.

La phase test a permis de l'évaluer afin de savoir si il était bien adapté pour répondre à notre objectif. Cependant il a été testé auprès de deux médecins seulement, et ces derniers n'exerçaient pas en Sud-Gironde. Cela a pu engendrer des modifications du questionnaire, en rapport avec leur pratique, qui pouvaient différer de celle de notre population d'étude.

Le fait de choisir des médecins extérieurs à la population d'étude a aussi permis de maintenir la neutralité.

### **4.2.4 Méthode de recueil des données**

Par rapport à un mode de recueil par téléphone ou envoie postal des questionnaires, les entrevues personnelles avec les médecins ont permis d'obtenir un taux de réponse plus élevée et d'être réellement en contact avec la personne interrogée.

La courte durée des entretiens a maintenu la motivation des répondants.

La plupart des questions posées étaient semi-ouvertes, afin de faciliter la tâche de la personne interviewée, de l'enquêteur (nous), et de la transcription des données à l'aide de la grille de réponse. Cela permettait aussi de diminuer le taux de non-réponse pour absence d'exhaustivité.

Cette technique présente néanmoins quelques inconvénients notamment de suggérer aux médecins des réponses auxquelles ils n'avaient pas pensé ou encore ne pas leur donner la possibilité d'exprimer librement leur opinion (cependant pour palier à cet inconvénient, la case « autres » était disponible, ainsi que la possibilité de rajouter des commentaires libres).

#### **4.2.5 Analyse des données**

Au vu de notre petit effectif, les tests statistiques n'ont pas pu être utilisés de façon pertinente.

Pour la même raison, tous les résultats ont été donnés en valeur absolue et non en pourcentage, car ces derniers n'auraient pas eu grande signification.

Les résultats utilisés avec le test de Fischer sont peu pertinents au vu des intervalles de confiance très grands.

### **4.3 Comparaison des résultats avec d'autres études**

Une étude au Royaume Uni [22], avait montré que les patients atteints d'un cancer du pancréas avaient consulté leur médecin généraliste environ 18 fois dans l'année précédent le diagnostic. Les motifs de consultation étaient essentiellement une **douleur abdominale**, une **altération de l'état général et plus particulièrement une asthénie, et la découverte d'un diabète** : c'est également ce que l'on retrouve dans nos résultats.

Nos résultats n'ont pas pu être comparés à d'autres études faites en Sud-Gironde, car pour le moment il n'y en a pas existants sur ce thème.

Deux autres études menées en France dont une dans le nord [23], avait étudié la place du médecin généraliste face aux patients atteints de cancer, et on avait observé que les médecins étaient le plus impliqués dans l'annonce de la maladie, la gestion de la fin de vie, du traitement de la maladie, et dans le diagnostic.

Une étude retrouvée [24], avait étudiée les problématiques des médecins généralistes (dans la région d'Angers) dans la gestion de la douleur chez les patients atteints d'un cancer du pancréas au stade palliatif et 16 médecins sur 23 avaient déclaré être en difficulté :

-10 praticiens les avaient décrites : problèmes liés à l'adaptation des posologies d'antalgiques, difficulté pour évaluer la douleur dans toutes ses composantes, complications administratives pour la délivrance de morphiniques, délai de prise en charge trop long avec difficulté d'accès aux techniques antalgiques invasives et problème de réactivité à domicile sur un épisode aigu .

La gestion de la fin de vie était, pour une bonne partie des médecins interrogés, une réelle difficulté.

En France, après lecture de deux thèses voici les résultats retrouvés dans la gestion de la fin de vie après entretiens semi dirigés auprès de généralistes (14 médecins pour la première étude menée dans les Alpes maritimes, et 120 pour la deuxième menée dans la Loire Atlantique) [26,27] :

- dans la première, les principaux obstacles rencontrés étaient l'**entourage (85%)**, le **manque de temps (80%)**, prise en charge **chronophage**, **manque de formation et d'information (71%)**, le **travail avec les réseaux (HAD...)** **source de difficultés et manque de travail en concertation (65%)**, le **manque de moyens (matériel, médicaments, psychologues, sophrologues...)** (35%), **difficultés liées au patient (refus, opposition...)** (35%), **souffrance psychologique et solitude du médecin (28%)**.

- dans la deuxième les difficultés étaient : avec l'entourage, les **difficultés organisationnelles** et la **souffrance psychologique**. Avec les patients, les difficultés étaient la **souffrance psychologique**, **l'isolement familial et la gestion de la douleur**. Et enfin celles propres aux médecins étaient la **disponibilité**, le **caractère chronophage**, la **difficulté avec l'entourage et la gestion des symptômes**.

Ces conclusions se retrouvaient également dans trois études menées sur le même sujet [28-30] :

- **En 1995 (342 généralistes autour de Lyon)** : les difficultés retrouvées étaient la rémunération inadaptée, le manque de formation, de coordination avec l'hôpital, la difficulté à gérer la douleur, l'isolement du patient, l'angoisse de la fin de vie, l'épuisement de l'entourage, peur de la fin de vie et des situations d'urgence.
- **En 1999 (233 généraliste en Essonne)** : les principales lacunes étaient le manque de formation et la relation entre médecin traitant et médecin hospitalier.
- **En 2005 (118 généralistes dans les deux sèvres)** : les difficultés rapportées étaient le manque de temps, difficultés dans l'organisation des soins et la gestion des symptômes.

Une revue de la littérature concernant le thème des soins palliatifs dans le monde a retrouvé plusieurs études sur ce thème là :

- en Allemagne, il a été rapporté que les médecins généralistes sont très impliqués dans les soins palliatifs à domicile, avec la préoccupation d'instaurer des soins de qualité, surtout dans la dernière phase, alors qu'au départ dans la maladie, ils ont plutôt un rôle sporadique [31].

Les **difficultés rapportées** se trouvaient dans la coopération avec les spécialistes [32], une coordination des soins insuffisante, une implication qui demande beaucoup de temps, et un manque de compétence [33].

Ce manque de formation en soins palliatifs, est fortement retrouvé dans d'autres études et en particulier dans des études belges [34], et également dans une étude thaïlandaise. Chez ces derniers, mis a part le manque de formation, les difficultés retrouvées concernaient la gestion de la douleur, en particulier de la morphine; l'annonce d'une mauvaise nouvelle et la gestion de l'urgence en phase terminale.

Cependant, en Angleterre, la formation en soins palliatifs est bien présente, et il ressort que les médecins savent bien gérer la douleur, mais ont quelques lacunes dans l'accompagnement du deuil [35].

Les résultats d'une étude Londonienne, avaient retrouvé, à partir d'une population de famille de défunt interrogée, que 55% d'entre eux étaient satisfaits des soins apportés par le médecin généraliste, 78% étaient satisfaits par les soins des équipes mobiles de soins palliatifs, et 68% préféraient les soins des infirmières libérales [36]. Cette dernière étude démontrait qu'il reste encore des efforts à faire concernant la disponibilité du médecin pour son patient atteint d'un cancer en phase terminale.

Une étude néerlandaise avait interrogé près de 700 médecins, et 86% d'entre eux étaient prêts à fournir des soins à leurs patients en dehors des heures d'ouverture de leur cabinet. Le facteur influençant leur réponse (négative) était surtout l'éloignement géographique du lieu de vie du patient [37]. Dans notre petit échantillon, 11 médecins étaient disponibles 24h/24.

Selon les résultats d'une étude [23], les difficultés du médecin face à un patient atteint d'un cancer, étaient le manque de formation et de temps, l'absence de rémunération, le manque de coordination avec l'hôpital, et la difficulté d'organisation des soins.

Enfin, une autre thèse (réalisée en Poitou-Charente, dans les Deux-Sèvres et dans la Vienne) étudiant les difficultés du généraliste en cancérologie [38], concluait que le caractère chronophage de ces prises en charge, le manque de formation, et la lourdeur de la charge morale, représentaient les principaux obstacles pour le médecin traitant.

## 4.4 Perspectives

Au vu des réponses des médecins interrogés, plusieurs propositions pourraient être faites en Sud-Gironde, à savoir :

- l'accès rapide des médecins traitants au compte rendu des RCP de leur patient, par l'intermédiaire d'une plate forme numérisée et sécurisée, avec un mot de passe.
- la mise à disposition d'un numéro téléphonique standard, disponible 24h/24h par le médecin et le patient, afin de pouvoir gérer rapidement des situations d'urgence, ou encore de pouvoir obtenir de l'aide dans les situations difficiles.
- augmenter le nombre de formations pour les médecins traitants en Sud-Gironde dans le domaine de la cancérologie et des soins palliatifs.
- proposer une cotation spécifique pour la prise en charge des soins palliatifs et de la fin de vie à domicile.

On insiste beaucoup sur l'importance du dépistage, mission dévolue du médecin traitant, malheureusement pour le moment aucun test validé n'est disponible pour l'adénocarcinome du pancréas.

Néanmoins, le médecin traitant a la possibilité de cibler les patients ayant des facteurs de risque, et d'être très vigilant au moindre signe d'alerte. Le problème avec ce type de cancer, est que lorsqu'il est symptomatique, c'est souvent déjà trop tard, et dans notre étude, les patients les plus fréquemment atteints n'avaient pas de facteurs de risque. A l'heure actuelle, aucun consensus n'existe en terme de dépistage.

L'avancée des connaissances concernant la physiopathologie de ce cancer a fait progresser la recherche :

Des découvertes [39,40] dans la compréhension de la pathogenèse du pancréas, pourraient permettre de dépister des patients à risque, au début de la maladie. Une équipe de chercheur de Londres, de Barts Cancer Institute, a analysé des échantillons d'urine de 488 personnes, dont 192 atteints d'un cancer du pancréas, 92 atteints d'une pancréatite, et 87 en bonne santé. Les urines analysées contenaient environ 1500 protéines, et trois d'entre elles ont particulièrement attiré l'attention des chercheurs : les protéines LYVE1, REG1A, et TFF1. Ces dernières étaient nettement plus élevées dans les urines de patients atteints d'adénocarcinome du pancréas, par rapport aux patients sains ou ayant une pancréatite chronique. Cette découverte pourrait donc ouvrir la voie à un dépistage non invasif de personnes considérées à haut risque de développer un cancer pancréatique.

Dans les perspectives futures on envisage aussi d'associer à la recherche de la **mutation de l'oncogène KRAS, les microARNs**. Ils constituent des marqueurs qui peuvent être mis en évidence en intra tumorale mais aussi dans la circulation. C'est le travail qu'effectue l'équipe du CHU de Toulouse dont nous avons parlé dans l'introduction.

PanIN et TIPMP sont des lésions précancéreuses bien distinctes. Le diagnostic de PanIN reste pour l'instant une constatation anatomopathologique sur pièce opératoire. C'est pourquoi il serait intéressant de disposer d'un ensemble de marqueurs géniques permettant un diagnostic simple, spécifique et précoce permettant d'envisager des interventions prophylactiques, en particulier dans le cadre des pancréatites familiales. Le diagnostic des TIPMP devient de plus en plus précoce et les indications opératoires restent difficiles à poser : comme pour les PanIN, des marqueurs génomiques recherchés lors de cytoponctions sous échoendoscopie pourraient permettre de mieux identifier les patients à fort risque de dégénérescence afin de proposer de façon la plus pertinente possible une intervention préventive [41].

Des études observationnelles ont montré que la METFORMINE réduirait le risque d'adénocarcinome du pancréas chez les patients diabétiques et augmenterait la survie de ceux qui en sont atteints [42]. C'est un antidiabétique oral insulino-sensibilisateur de la famille des biguanides. Il diminue la sécrétion d'insuline (facteur de croissance pro tumoral) et module le métabolisme cellulaire tumoral en inhibant le complexe I de la respiration mitochondriale. Il en résulte une diminution de la prolifération et de la tumorigénicité des cellules d'adénocarcinome pancréatique.

Cependant, les posologies utilisées pour le moment dans les études précliniques sont 100 à 300 fois plus élevées que celles des patients traités pour un diabète.

Des essais cliniques évaluant l'activité anti tumorale de la METFORMINE aux doses antidiabétiques sont en cours.

De plus, pour renforcer la lutte contre ce cancer, un groupe de recherche clinique et expérimentale (le GRAPA) composé de chercheurs et de cliniciens, a été créé au CHU de Bordeaux. Ce groupe d'experts a pour objectifs de faire progresser les connaissances, améliorer le diagnostic précoce et la survie des patients. Ces médecins et ces chercheurs travaillent en collaboration avec des unités de recherche de l'Inserm et plusieurs CHU de France, et participent activement à la recherche internationale axée sur cette maladie.

L'élaboration de ce sujet de thèse a fait émerger un certain nombre de thèmes, qui pourraient être intéressants à étudier, comme :

- comparer la pratique des médecins traitants entre une zone d'exercice rurale et urbaine dans la gestion de la fin de vie.
- comparer la qualité de vie d'un médecin généraliste installé en zone rurale avec celle d'un généraliste installé en zone urbaine.
- faire l'état des lieux sur la santé des médecins généralistes en Sud-Gironde.
- étudier l'attente des réseaux de soins en Sud-Gironde envers les médecins traitants.
- analyser les facteurs liés à la coordination « moyenne » entre ces réseaux de soins et les médecins généralistes.
- analyser si les femmes consultent plus souvent leur médecin généraliste que les hommes, et si oui, pour quels symptômes. (car dans notre étude, tous les patients ayant pu être opérés étaient de sexe féminin, on pourrait donc penser que celles-ci avaient consulté leur médecin plus tôt et/ou plus souvent).
- analyser si les programmes d'éducation thérapeutique des patients (ETP) facilitent la pratique des médecins généralistes installés en milieu rural, dans le domaine de la cancérologie.

L'éducation thérapeutique du patient a été mise en place par la LOI HSPT en 2009, elle a pour objectifs :

- de faire acquérir au patient des connaissances sur sa maladie et sa thérapeutique,
- d'aider le patient à gérer les éventuels effets secondaires des traitements,
- d'aider le patient à devenir autonome.

Les séances d'éducation thérapeutique se déroulent par petit groupe, et en 4 étapes successives (diagnostic éducatif, programme d'éducation thérapeutique, mise en œuvre des séances, puis évaluation de la bonne compréhension par le patient).

Ces programmes d'ETP sont soumis à un cadre réglementaire, et notamment à 40h de formation par les professionnels.

Le cadre pluridisciplinaire doit comporter au moins un médecin.

L'InCa insiste sur l'implication du médecin traitant dans ces programmes d'ETP.

## **V- Conclusion**

Que ce soit dans le Plan Régional de Santé Aquitain ou dans le dernier Plan Cancer, le rôle du médecin généraliste est réellement mis en avant. On lui attribue un rôle dans le dépistage, la prévention, la coordination des soins, et dans le suivi et la surveillance du patient. Il intervient à tous les niveaux, et à tout moment dans le parcours de soin.

Notre étude confirme, après analyse des entretiens, le rôle prépondérant des médecins traitants exerçant en zone rurale dans les soins de support et dans la fin de vie du patient, dans la prise en charge d'un patient atteint adénocarcinome du pancréas.

Leur implication serait moindre au moment de l'annonce et du diagnostic.

La gestion de la douleur et de la dénutrition sont les deux choses que les médecins ont le plus évoqué.

En ce qui concerne les problématiques évoquées en milieu rural, des incitations financières, ont déjà été mises en place (aides à l'installation, zones exonérées d'impôts, aides fiscales, local proposé..), mais c'est l'attractivité territoriale qui est apparue la plus importante. Pour favoriser l'installation des médecins, il est nécessaire qu'ils puissent compter sur un cadre de vie favorable, à savoir un bon cadre social, une vie familiale agréable, un travail pour le conjoint, une école pour scolariser les enfants. Les élus des communes doivent être sensibilisés à cela, afin de trouver des solutions et d'aménager le territoire.

Mais finalement, d'après nos résultats, le fait d'exercer dans une zone rurale ne semble pas être une difficulté. Au contraire, la majorité des médecins témoignent d'une relation privilégiée avec le patient, et leurs rapports avec les médecins spécialistes du Sud-Gironde semblent facilités. Néanmoins, il semblerait intéressant d'envisager une cotation spécifique ou forfaitaire, pour ces prises en charge lourdes. En effet, certains médecins ont évoqué la problématique du paiement à l'acte en ambulatoire, qui dans certains cas, pourrait entraver leur implication et leur disponibilité.

Les principaux obstacles rencontrés étaient surtout la charge affective importante, et la gestion de la fin de vie. Mais elles étaient probablement liées à ce rapprochement important qui existe entre le médecin généraliste et le patient dans ces zones rurales.

Cependant, le mode de fonctionnement des réseaux serait peut être une chose à améliorer en Sud-Gironde, car peu de médecins en ont eu besoin, et la plupart n'y voyaient pas ou peu d'intérêt.

Il faudrait alors revoir les objectifs de ces réseaux, connaître leurs attentes envers le médecin traitant, et peut-être, mieux informer les médecins sur leur existence et leurs missions.

Concernant la pathologie pancréatique cancéreuse, on s'est aperçu que pas mal de patient de l'étude avaient vu leur généraliste pour des symptômes pouvant être rattachés au cancer, mais sans que le diagnostic soit fait à cette période là, et cela dû au peu de spécificité des symptômes le plus souvent.

Le médecin généraliste, dans sa mission de dépistage, doit donc rester très attentif et vigilant, surtout chez les personnes ayant des facteurs de risques.

Des avancées prometteuses commencent à voir le jour, notamment dans le dépistage et la prise en charge, ce qui pourrait donner un espoir de guérison de ce cancer.

## **Bibliographie**

[1] Delpero JR. Adénocarcinome du pancréas. Rev Prat. 2015 Mar;65:363–4.

[2] Cancéropôle Lyon Auvergne Rhône Alpes. Cancer du pancréas : Le CLARA impulse sa dynamique au premier groupe de travail structurant les actions entre chercheurs et cliniciens de Rhône - Alpes Auvergne. Lyon; 2014 avril;2 [Consulté le 12 septembre 2015].

Disponible à l'URL : <http://www.canceropole-clara.com/communiqués-de-presse/cancer-du-pancreas-le-clara-impulse-sa-dynamique-au-premier-groupe-de-travail-structurant-les-actions-entre-chercheurs-et-cliniciens-de-rhone-alpes-auvergne/>

[3] Schwarz L, Sa Cunha A. Les critères de résecabilité des adénocarcinomes pancréatiques en 2014. Rev hépato-gastro et oncologie dig. 2014 Nov;21(9):727–36.

[4] Delpero JR. Adénocarcinome du pancréas. Rev Prat. 2015 Mar;65:371–5.

[5] Haute Autorité de Santé. Cancer du pancréas. Recommandations destinées aux médecins. HAS; 2010.

[6] Palazzo M, Rebours V. Pancréas, Endoscopie. In: Maire F, Couvelard A, dir. Journée de Gastro entérologie et de pancréatologie; Janvier 2016; Paris.

[7] Limani P, Samaras P, Lesurtel M, Graf R, De Oliveira ML, Petrowsky H and al. Pancreatic cancer a curable disease. Praxis. 2015 Apr 22;104(9):453-60. [Consulté le 02 Novembre 2015]

Disponible à l'URL : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25900693>

[8] Delpero JR, Le goux JL, Hammel P, Lacaine F, Mitry E, Mornex F et al. Cancer du pancréas. Thésaurus de cancérologie digestive. 2011 février; [Consulté le 12 septembre 2015]

Disponible à l'URL : <http://www.tncd.org/>

[9] Lin PW, Lin YJ. Prospective randomized comparison between pylorus-preserving and standard pancreaticoduodenectomy. Br J Surg 1999;86:603-7. [Consulté le 12 septembre 2015]

Disponible à l'URL : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10361177>

[10] Buecher B, Faroux R. Effets secondaires des chimiothérapies. Fédération Francophone de Cancérologie Digestive. [Consulté le 12 septembre 2015].

Disponible à l'URL : <http://www.ffcd.fr/index.php/documentation-pro/patient/effets-secondaires>

[11] Revue Prescrire. Une démarche pour éviter les effets indésirables par interactions médicamenteuses. Rev Prescrire. 2011;31 (338 suppl. interactions médicamenteuses):11-13

[12] Revue Prescrire. Profil d'effets indésirables de médicaments anticancéreux. Rev Prescrire. 2011;31 (338 suppl. interactions médicamenteuses):16-40.

[13] Lapodano G. Adénocarcinome du pancréas : soins de support. Rev Prat. 2015 Mar;65:390–3.

[14] Zins M. Imagerie conventionnelle de l'adénocarcinome du pancréas. Rev Prat. 2015 Mar;65:376–8.

[15] Palazzo L, Roseau G, Gayet B, Vilgrain V, Belghiti J, Fékété F and al. Endoscopic ultrasonography in the diagnosis and staging of pancreatic adenocarcinoma. Results of a prospective study with comparison to ultrasonography and CT scan. *Endoscopy* 1993 ; 25 :143-50.

[Consulté le 02 octobre 2015]

Disponible à l'URL : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8491130>

[16] Legmann P, Vignaux O, Dousset B, Baraza AJ, Palazzo L, Dumontier I and al. Pancreatic tumors : comparison of dual-phase helical CT and endoscopic sonography. *Am J Roentgenol (AJR)* 1998 ; 170 : 1315-22. [Consulté le 02 octobre 2015]

Disponible à l'URL : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9574609>

[17] Pery C, Meurette G, Ansquer C, Frampas E, Regenet N. Role and limitations of (18)F-FDG positron emission tomography (PET) in the management of patients with pancreatic lesions. *J Gastroenterol.* 2010 Jul 16 . [Consulté le 02 octobre 2015]

Disponible à l'URL : [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Role+and+limitations+of+\(18\)F-FDG+positron+emission+tomography+\(PET\)+in+the+management+of+patients+with+pancreatic+lesions](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Role+and+limitations+of+(18)F-FDG+positron+emission+tomography+(PET)+in+the+management+of+patients+with+pancreatic+lesions)

[18] Wray C-J, Ahmad S-A, Matthews J-B, Lowy A-M. Surgery for pancreatic cancer: recent controversies and current practice. *Gastroenterology* 2005; 128: 1626-41. [Consulté le 02 octobre 2015]

Disponible à l'URL : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Surgery+for+pancreatic+cancer%3A+recent+controversies+and+current+practice>

[19] Herreros-Villanueva M, Gironella M, Castells A, Bujanda L. Molecular markers in pancreatic cancer diagnosis. *Clin Chim Acta.* 2013 Mar 15;418:22-9. [Consulté le 12 septembre 2015]

Disponible à l'URL : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23305796>

[20] Sénat. Critères retenues par l'INSEE pour la définition des communes rurales. In : SENAT ; 1992. p. 2122.

Disponible à l'URL : <http://www.senat.fr/questions/base/1992/qSEQ920621681.html>

[21] Institut national de la statistique et des études économiques. Recensement de la population en Gironde. Insee ; 2012.

[22] Keane MG, Horsfall L, Rait G, Pereira SP. A case-control study comparing the incidence of early symptoms in pancreatic and biliary tract cancer. *BMJ Open.* 2014 Nov 19;4(11). [Consulté le 12 septembre 2015]

Disponible à l'URL : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=A%2%A0case-control+study%2%A0comparing%2%A0the%2%A0incidence%2%A0of%2%A0early%2%A0symptoms%2%A0in%2%A0pancreatic%2%A0and%2%A0biliary+tract+cancer.>

[23] Couraud Laouisset C. Le médecin généraliste face à la prise en charge des patients atteints de cancer. 169 Pages. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine : médecine : Paris 7 : 2011.

[24] Patarin L. État des lieux des problématiques rencontrées par les médecins généralistes concernant la douleur des patients atteints d'un cancer du pancréas au stade palliatif. 67 pages. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine : médecine : Angers : 2013.

[25] Neuzillet C, Bourget P, Tijeras-Raballand A, Hammel P. Quel futur à 5 ans pour le traitement médical des cancers du pancréas ? Rev hépato-gastro et oncologie dig. 2015 juin;22(6).

[26] Fortane V. Difficultés des médecins généralistes de Loire Atlantique dans leur pratique des soins palliatifs à domicile, leurs ressources actuelles et celles qu'ils souhaiteraient voir mises en place. 76 pages. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine: Médecine : Loire Atlantique : 2010.

[27] Astier C. Quels sont les besoins et les attentes des médecins généralistes dans l'aide à la mise en place de soins palliatifs à domicile. 64 pages. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine: médecine: Nice:2013.

[28] Vailler P. Soins palliatifs et médecine générale. Enquête auprès des médecins généralistes du Rhône, de l'Ain et de la Saône et Loire. Mémoire Université Lyon I; 1995.

[29] Noël K. Opinions de médecins généralistes face aux fins de vie à domicile. Presse Med. 1999;28(13):692-4.

[30] Lepage B. Soins palliatifs à domicile. Évaluation des besoins des soignants des Deux-sèvres. 2007; 21(764-765):355-8.

[31] Dahlhaus A, Vanneman N, Guethlin C, Behrend J, Siebenhofer A. German general practitioners' views on their involvement and role in cancer care: a qualitative study. Fam Pract. 2014 Apr;31(2):209-14. [Consulté le 12 septembre 2015]

Disponible à l'URL : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=German+general+practitioners%27+views+on+their+involvement+and+role+in+cancer+care%3A+a+qualitative+study>.

[32] Becka D, Riese A, Rychlik RP, Huenges B, Rusche H. General practitioners in palliative care in Germany: a systematic review. Dtsch Med Wochenschr. 2014 Oct;139(44):2254-8. [Consulté le 12 septembre 2015]

Disponible à l'URL : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25334078>

[33] Dahlhaus A, Vanneman N, Siebenhofer A, Brosche M, Guethlin C. Involvement of general practitioners in palliative cancer care: a qualitative study. Support Care Cancer. 2013 Dec;21(12):3293-300. [Consulté le 12 septembre 2015]

Disponible à l'URL : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24465025>

[34] Pype P, Symons L, Wens J, Van den Eynden B, Stes A, Deveugele M. Health care professionals' perceptions towards lifelong learning in palliative care for general practitioners: a focus group study. BMC Fam Pract. 2014 Feb 19;15:36. [Consulté le 12 septembre 2015]

Disponible à l'URL : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Health+care+professionals%27+perceptions+towards+lifelong+learning+in+palliative+care+for+general+practitioners%3A+a+focus+group+study>

[35] Momen N, Hadfield P, Harrison K, Barclay S. Managing pain in advanced cancer: a survey of United kingdom general practitioners and community nurses. J Pain Symptom Manage. 2013 Sep;46(3):345-54. [Consulté le 03 septembre 2015]

Disponible à l'URL : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Managing+pain%C2%A0in%C2%A0advanced%C2%A0cancer%3A+a%C2%A0survey%C2%A0of%C2%A0United%C2%A0kingdom%C2%A0general%C2%A0practitioners+and%C2%A0community%C2%A0nurses>.

[36] Pivodic L, Harding R, Calanzani N, McCrone P, Hall S, Deliens L and al. . Home care by general practitioners for cancer patients in the last 3 months of life: An epidemiological study of quality and associated factors. Palliat Med. 2016 Jan;30(1):64-74.

[37] Hoexum M, Bosveld H-E, Schuling J, Berendsen A-J. Out-of-hours medical care for terminally ill patients: A survey of availability and preferences of general practitioners. Palliat Med. 2012 Dec;26(8):986-93.

[38] Pinganaud, Gregory. Difficultés du médecin généraliste dans la prise en charge des patients atteints de cancer : rôles, besoins et perspectives. 205 pages. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine: médecine:Poitiers:2013.

[39] Un espoir de dépistage précoce pour le cancer du pancréas? Legénéraliste.fr [en ligne]. 2015 Août [Consulté le 2 octobre 2015];[1 page].

Disponible à l'URL : [http://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2015/08/04/un-espoir-de-depistage-precoce-pour-le-cancer-du-pancreas-\\_274446](http://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2015/08/04/un-espoir-de-depistage-precoce-pour-le-cancer-du-pancreas-_274446)

[40] Datta J, Vollmer CM. Investigational biomarkers for pancreatic adenocarcinoma: where do we stand ? South Med J. 2014 Apr;107(4):256-63. [Consulté le 12 Septembre 2015]

Disponible à l'URL : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24937521>

[41] Delpero JR. Adénocarcinome du pancréas. Rev Prat. 2015 Mar;65:371-5.

[42] Sadeghi N, Abbruzzese JL, Yeung SC, et al. Metformin use is associated with better survival of diabetic patients with pancreatic cancer. Clin Cancer Res 2012 ; 18 : 29,5-12. [Consulté le 12 Septembre 2015]

Disponible à l'URL : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22465831>

[43] Tanaka M, Fernandez-del Castillo C, Adsay V, et al. International consensus guidelines 2012 for the management of IPMN and MCN of the pancreas. *Pancreatology* 2012;12:183-197. [Consulté le 2 octobre 2015]

Disponible à l'URL : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22687371>

# ANNEXES

TABLEAU Syndromes génétiques associés au risque de cancer pancréatique				
Situation à risque	Risque relatif	Risque à partir de 70 ans	Gène	Autres cancers associés
Cancer pancréatique familial			Inconnu	
1 parent au 1 <sup>er</sup> degré	2,3-4,5	2 %		
2 parents au 1 <sup>er</sup> degré	6,4-18	3 %		
≥ 3 parents au 1 <sup>er</sup> degré	32-57	16 %		
Mélanome familial multiple	13-38	15 %-20 %	<i>CDKN2A/p16</i>	Mélanome
Syndrome de Peutz-Jeghers	132	11 %-60 %	<i>STK11/LKB1</i>	Œsophage, estomac, duodénum, intestin grêle, côlon, poumon Sein, utérus, ovaire
Pancréatite héréditaire	50-87	30 %-75 %	<i>PRSS1, SPINK1</i>	
Mucoviscidose	5,3	< 5 %	<i>CFTR</i>	
Cancer familial sein ovaire	2,3-10	5 %	<i>BRCA1, BRCA2, PALB2</i>	Sein, ovaire, prostate
Syndrome de Lynch (ou syndrome HNPCC)	2,3-8,6	3-4 %	<i>MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM</i>	Côlon, endomètre, ovaire, estomac, intestin grêle, voies urinaires, cerveau
Polypose adénomateuse familiale	4,5-5	2 %	<i>APC MUTYH</i>	Côlon, desmoïde, duodénum, thyroïde, cerveau, ampoule de Vater
Syndrome de Li Fraumeni	?	?	<i>TP53</i>	Sein, os, tissu mou, cerveau, leucémie, surrénale
Multi-endocrinopathie type I			<i>MEN1</i>	Tumeurs endocrines parathyroïde, hypophyse antérieure, surrénale, carcinoïdes bronches, thymus, intestin, ampoule de Vater

## [Annexe 1 : Syndromes génétiques associés au risque d'adénocarcinome pancréatique \[4\].](#)

	Types de cancer	Peptide sécrété	Symptômes	Localisation des tumeurs	Potentiel tumorigène
E N D O C R I N E	Gastrinome	Hypersécrétion de gastrine	Ulcères, douleurs abdominales, diarrhées, perte de poids, vomissements	Tête du pancréas, duodénum	Très souvent malignes
	Glucagonome	Hypersécrétion de glucagon	Eruption cutanée, diabète, dépression, confusion	Corps, queue du pancréas	Variable
	Insulinome	Hypersécrétion d'insuline	Hypoglycémie, confusion, tremblements, céphalées	Ensemble du pancréas	Généralement bénignes
	Néoplasie Endocrinienne Multiple (NEM) ou syndrome de Wermer	Hypersécrétion d'un ou plusieurs peptides pancréatiques	Fatigue, faiblesse ou douleur musculaire, constipation, calculs rénaux, ostéoporose précoce	Ensemble du pancréas, Glandes parathyroïdes	Peuvent être malignes dans le pancréas
	Somatostatine	Hypersécrétion de somatostatine	Diabète, douleurs abdominales, diarrhées, ballonnements, lithiase biliaire, perte de poids	Ensemble du pancréas, ampoule de Vater	Variable
	VIPome	Hypersécrétion de VIP	Diarrhée, perte de poids, hypokaliémie, vomissements, douleurs abdominales	Corps, queue du pancréas	Généralement malignes
	Tumeur endocrine non fonctionnelle	Hypersécrétion d'un ou plusieurs peptides pancréatiques	Douleurs abdominales, altération de l'état général	Ensemble du pancréas	Très souvent malignes et métastatiques

	Types de cancer	Symptômes	Localisation des tumeurs	Potentiel tumorigène
E X O C R I N E	Adénocarcinome canalaire	Douleurs abdominales, ictère, anorexie, dépression, altération de l'état général	Ensemble du pancréas	Très souvent malignes et métastatiques
	Cystadénocarcinome mucineux ou séreux	Douleurs abdominales et dorsales, vomissements, diarrhées	Ensemble du pancréas	Très souvent malignes et métastatiques
	Tumeurs acinaires	Douleurs abdominales, jaunisse, perte de poids, anémie, diarrhées	Ensemble du pancréas	Variable
	Tumeurs pseudopapillaires et kystiques	Douleurs abdominales et dorsales, perte de poids	Ensemble du pancréas	Variable
	Tumeur intra-canalaire papillaire et mucineuse (TIPMP)	Douleurs abdominales, nausées, vomissements, perte de poids, jaunisse	Principalement dans la tête du pancréas	Variable
	Carcinome épidermoïde	Douleurs abdominales et dorsales, fatigue, douleurs abdominales, nausées, vomissements	Ensemble du pancréas	Variable
	Pancréatoblastome	Douleurs abdominales, nausées, vomissements	Principalement dans la tête du pancréas	Généralement bénignes

## [Annexe 2 : Différents types histologiques du cancer du pancréas](#)

*D'après la thèse de Marie Lafitte : « Adénocarcinome canalaire pancréatique, mécanisme moléculaire et approche thérapeutique », Page 18.*

<p>En l'absence des critères suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ictère en cas de kyste céphalique</li> <li>▪ masse intra kystique</li> <li>▪ canal principal &gt; 10mm</li> <li>▪ taille du kyste &gt; 3cm</li> <li>▪ nodule mural</li> <li>▪ cytologie positive</li> </ul>			
<b>Taille du kyste le plus large</b>			
< 1cm	1-2 cm	2-3 cm	▪ 3 cm
CT/IRM Tous les 2-3 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CT/IRM annuels pendant 2 ans</li> <li>▪ Puis espacer si absence d'évolution</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Echo endoscopie à 3-6 mois puis espacer avec IRM/Echo endoscopie en alternance</li> <li>▪ Chirurgie selon la durée prévisible de surveillance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Echo endoscopie et IRM / 3-6 mois</li> <li>▪ Chirurgie chez les patients jeunes</li> </ul>

**[Annexe 3 : Rythme de surveillance des TIPMP des canaux secondaires \[43\].](#)**

	<u>Nombre d'habitants</u>	<u>Superficie (km carré)</u>	<u>Densité (Hab/km carré)</u>	<u>Nombre médecins généralistes installés</u>
<b>Langon</b>	7404	13.71	540	9
<b>Bazas</b>	4720	37.3	126.6	7
<b>B.Beaulac</b>	1171	36.8	31.8	1
<b>Captieux</b>	1334	119.33	11.2	2
<b>Grignols</b>	1141	22.7	50.3	3
<b>Aillas</b>	777	35.1	22.1	3
<b>La Réole</b>	4125	12.5	329.2	10
<b>Monsegur</b>	1431	9.91	144	3
<b>Sauveterre de Guyenne</b>	1805	31.8	56.9	2
<b>Gironde sur Dropt</b>	1166	8.84	131.9	1
<b>Auros</b>	988	15.32	64.5	1
<b>Caudrot</b>	1157	6.12	189.1	2
<b>Sauternes</b>	752	11.3	66.4	2
<b>Cadillac</b>	2713	5.4	498.7	4
<b>Podensac</b>	2865	8.3	343.5	5
<b>Villandraut</b>	995	12.6	79.1	2

<b>Castet en Dorthé</b>	1184	8,69	136,2	4
<b>Saint macaire</b>	2020	1,79	1128.5	3
<b>Roillan</b>	Pas de recensement disponible			2
<b>Pellegrue</b>	1006	38.18	26.3	1
<b>Barsac</b>	2106	14.48	145.4	4
<b>Cérons</b>	1984	7.83	253.4	2

**Annexe 4: Représentation de chaque commune avec leur nombre d’habitants, leur superficie, leur densité d’habitants et le nombre de médecins installés dans ces communes.**

*D’après « le recensement et moi », 2012, disponible à l’URL : <http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/default.asp?page=recensement/resultats/2012/rp2012.htm>*

- **IMC:**
  - Dénutrition probable si <17 ou <21 pour les plus de 70 ans
- **Perte de poids:**
  - critères d'alerte=perte de poids involontaire de 5% en 1 mois et 10% en 6 mois
- **Hypoalbuminémie :**
  - <30g/L avant 70 ans et <35g/L après 70 ans
- **Evaluation des ingesta** (étude semi-quantitative en 3 classes / EVA nutritionnelle)
- Les indices nutritionnels peuvent compléter l'évaluation mais difficile à réaliser en ambulatoire (MNA, Detski)

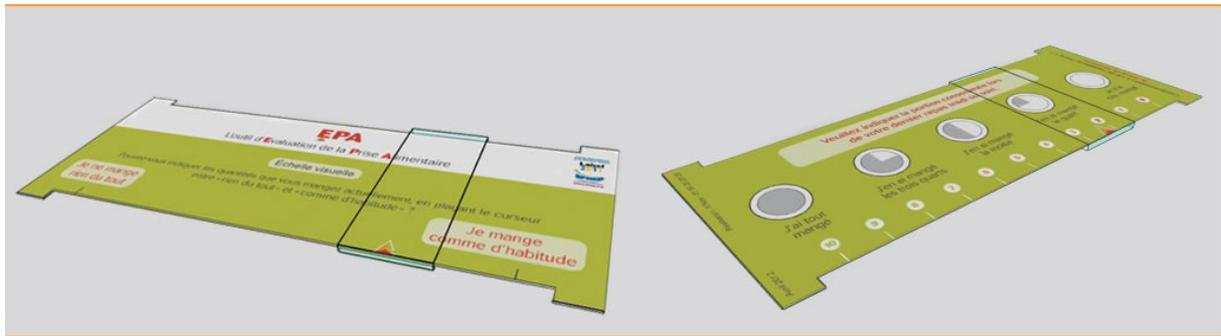
## [Annexe 5 : Outils de dépistage de la dénutrition en ambulatoire selon l'HAS](#)

*D'après HAS (2007)*

	Avant 70 ans	Après 70 ans
Perte de poids en 1 mois	> 5%	> 5%
Perte de poids en 6 mois	> 10%	> 10%
IMC	< 17	<21
Hypoalbuminémie*	< 30 g/L	< 35 g/L
Transthyrétinémie*	< 110 mg/L	110 mg/L

## [Annexe 6: Critères de dénutrition en milieu hospitalier](#)

*D'après l'HAS (2007).*



## [Annexe 7 : Outil pour l'évaluation de la prise nutritionnelle \(EVA\)](#)

*D'après : <http://www.epa-nutrition.com/principe-epa.php>*

## **La classification TNM**

### **Tumeur (T) :**

**Tx** : renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive

**Tis** : carcinome in situ

**T1** : tumeur limitée au pancréas inférieure ou égale à 2 cm dans son plus grand diamètre

**T2** : tumeur limitée au pancréas supérieure à 2 cm dans son plus grand diamètre

**T3** : tumeur s'étendant au-delà du pancréas mais sans envahir le tronc coeliaque ni l'artère mésentérique supérieure.

**T4** : tumeur étendue au tronc coeliaque ou à l'artère mésentérique supérieure (tumeur primitive non résécable).

**Adénopathies (N) :** L'examen d'au moins 10 ganglions est souhaitable.

**Nx** : renseignements insuffisants pour classer les adénopathies régionales

**N0** : pas de métastase ganglionnaire régionale

**N1** : envahissement des ganglions lymphatiques régionaux

### **Métastases viscérales (M) :**

**M0** : pas de métastase

**M1** : présence de métastase(s) à distance

## **Annexe 8 : Classification TNM de l'adénocarcinome du pancréas**

*D'après : American Joint committee on Cancer, « pancreas cancer staging », 7th Edition.*

**Stade 0** : Tis N0M0

**Stade IA** : T1, N0, M0

**Stade IB** : T2, N0, M0

**Stade IIA** : T3, N0, M0

**Stade IIB** : T1-3, N1, M0

**Stade III** : T4, tout N, M0

**Stade IV** : M1 quel que soit T et N.

### [Annexe 9 : Stades de l'adénocarcinome du pancréas](#)

*D'après : American Joint committee on Cancer, « pancreas cancer staging », 7th Edition.*

0	Activité extérieure normale sans restriction
1	Réduction des efforts physiques intenses
2	Pas d'activité extérieure mais ambulatoire (50 % des heures de veille)
3	Besoins personnels stricts (Alitement >50 % des heures de veille)
4	Incapacité totale. Alitement fréquent ou constant

### [Annexe 10 : Stades OMS de l'état général d'un patient](#)

*D'après le site infocancer,2009. Disponible à l'URL : <http://www.arcagy.org/infocancer/en-savoir-plus/cancer/les-echelles-de-performance-l-etat-general/les-moyens-d-evaluation.html>*

Territoire du Sud Gironde  
Arrondissement de Langon



**[Annexe 11 : Carte des différents territoires du canton du Sud-Gironde](#)**

*D'après « le nouveau découpage du Sud-Gironde », journal Sud-Ouest 2014.*

## Annexe 12 : Questionnaire destiné aux médecins interrogés

### QUESTIONNAIRE

**Sujet de l'étude présenté ici :** Évaluation des pratiques des médecins généralistes installés en Sud-Gironde, dans la prise en charge d'un patient atteint d'un adénocarcinome du pancréas, tous stades confondus.

**Objectif de notre étude :** A l'aide de ce questionnaire, nous souhaitons étudier la pratique des médecins généralistes installés en Sud-Gironde dans la prise en charge d'un patient atteint d'un adénocarcinome du pancréas, tous stade confondus.

« Nous allons vous demander, si vous l'accepter, de choisir le dernier patient de votre patientèle que vous avez pris en charge, en vie ou décédé, atteint d'un adénocarcinome du pancréas, tous stades confondus ».

« Ce questionnaire est anonyme ».

« Nous vous remercions de votre participation ».

#### A/ Caractéristiques du patient atteint:

**Q 1 « Pouvez vous nous donner quelques caractéristiques sur votre patient? »**

a) Age :

b) Sexe :

c) Facteur de risque : tabac/surpoids/antécédents familiaux/lésions pré existantes/diabète/ aucun

**B/ Histoire de la maladie cancéreuse :**

**Q1 « Quelles ont été les circonstances de découverte? »: (plusieurs réponses possibles)**

a- douleur b- ictère c- fortuite d- perturbation biologique e- diabète f- AEG g- autres

**Q2 « Quel(s) examen(s) complémentaire(s) avez vous demandé d'emblée pour orienter votre diagnostic? » (plusieurs réponses possibles) :**

a- bilan biologique b- échographie abdominale c- TDM abdominal d- autre

**Q3 « Quel était le stade du cancer au moment du diagnostic? »**

a- résécable b- localement avancé c- d'emblée métastatique

**Q4 « Aviez vous vu votre patient au cours de plusieurs consultations avant le diagnostic, pour des signes qui a posteriori pouvaient être rattachés au cancer? »**

a- oui b- non

**Q5 « et si oui, pour quel(s) motif(s)?: » (plusieurs réponses possibles)**

a- douleur b- perturbation biologique c- apparition ou déséquilibre d'un diabète

d- AEG e- autres :

**Q6 « De quel(s) traitement(s) spécifique(s) le patient a t-il bénéficié? »:**

a- chirurgie b- chimiothérapie c- radiothérapie+chimiothérapie d- aucun

e- autres :

**Q7 « Quelle a été la durée de survie de votre patient? »:**

**Q8 « Quel a été le lieu du décès du patient? » :**

a- institution b- domicile

**C) Implication du médecin dans la maladie :**

**Q1 « A quel(s) moment(s) de la prise en charge vous êtes vous senti(e) le plus impliqué(e) »? (plusieurs réponses possibles)**

- a) Annonce diagnostique
- b) Diagnostic
- c) Entourage
- d) Soutien psychologique du patient
- e) Suivi de la maladie : effets indésirables des traitements / complications de la maladie / surveillance clinique et paraclinique des récives
- f) Prise en charge de la douleur
- g) Prise en charge de la dénutrition
- h) Fin de vie
- i) Autres

**Q2 « Restiez vous joignable 24h/24 ou aux heures d'ouverture de votre cabinet? »**

- a) 24h/24
- b) Heures d'ouverture

**D) Aides dans la prise en charge autres que les spécialistes :**

**Q1 « Avez vous fait appel à l'un des réseaux ou professionnels suivants pour vous aider dans votre prise en charge? (plusieurs réponses possibles)**

- a) Hospitalisation à Domicile
- b) IDE
- c) Psychologue
- d) Équipe mobile de soins palliatifs
- e) Équipe mobile de la Douleur
- f) Autres

**Q2 « Si non, pour quelle(s) raison(s)? »(plusieurs réponses possibles)**

- a) Pas l'utilité
- b) Organisation peu optimale
- c) Préférence pour les IDE libérales du secteur
- d) Je ne gère pas les soins lourds à domicile
- e) Autres

**E/ Difficultés rencontrées dans la prise en charge :**

**Q1 « Quelle(s) difficulté(s) avez vous rencontré au cours de la prise en charge? »  
(plusieurs réponses possibles)**

- a) Annonce diagnostique
- b) Charge émotionnelle lourde
- c) Mauvaise collaboration entre la ville et l'hôpital
- d) Manque de formation
- e) Entourage
- f) Consultations chronophages
- g) Isolement professionnel ou géographique
- h) Autres intervenants peu disponibles
- i) Gestion de la fin de vie
- j) Autres
- l) Aucune

**F/ Relation avec les spécialistes**

**Q1 « Trouvez vous qu'il y a eu une bonne collaboration avec les spécialistes pour vous aider à gérer votre patient, en Sud-Gironde? »**

- a) Bonne
- b) Non, c'est compliqué

**Q2 « Si non, pouvez vous préciser pourquoi? »**

**G/ Perspectives souhaitées pour améliorer l'implication du médecin dans ce genre de prise en charge :**

**Q1 « Verriez vous un intérêt à être intégré aux RCP de votre patient? »**

- a) Oui
- b) Non

**Q2 « Et si oui, que cela pourrait-il vous apporter ? »**

Commentaires libres

**Q3 « Avez vous des propositions à faire pour permettre d'améliorer les prises en charge dans ce genre de cancer en Sud-Gironde? »**

- a) Oui
- b) Non

**Q4 « Si oui, pourriez vous les préciser? »**

Commentaires libres

**H/ Caractéristiques de la population interrogée :**

**Q1 « Pourriez vous nous donner quelques précisions sur vous? » :**

- a) Age :
- b) Sexe :
- c) Année d'installation :
- d) Zone d'exercice :
- e) Mode d'exercice

## [Annexe 13 : Grille de réponse permettant de retranscrire nos entretiens](#)

### Grille de réponse

Questionnaire numéro :

A/ Q1 : -----

-----

-----

B/ Q1 : -----

Q2 : -----

Q3 : -----

Q4 : -----

Q5 : -----

Q6 : -----

Q7 : -----

Q8 : -----

C/ Q1 : -----

Q2 : -----

**D/ Q1 : -----**

**Q2 : -----**

**E/ Q1 : -----**

**F/ Q1 : -----**

**Q2 : -----**

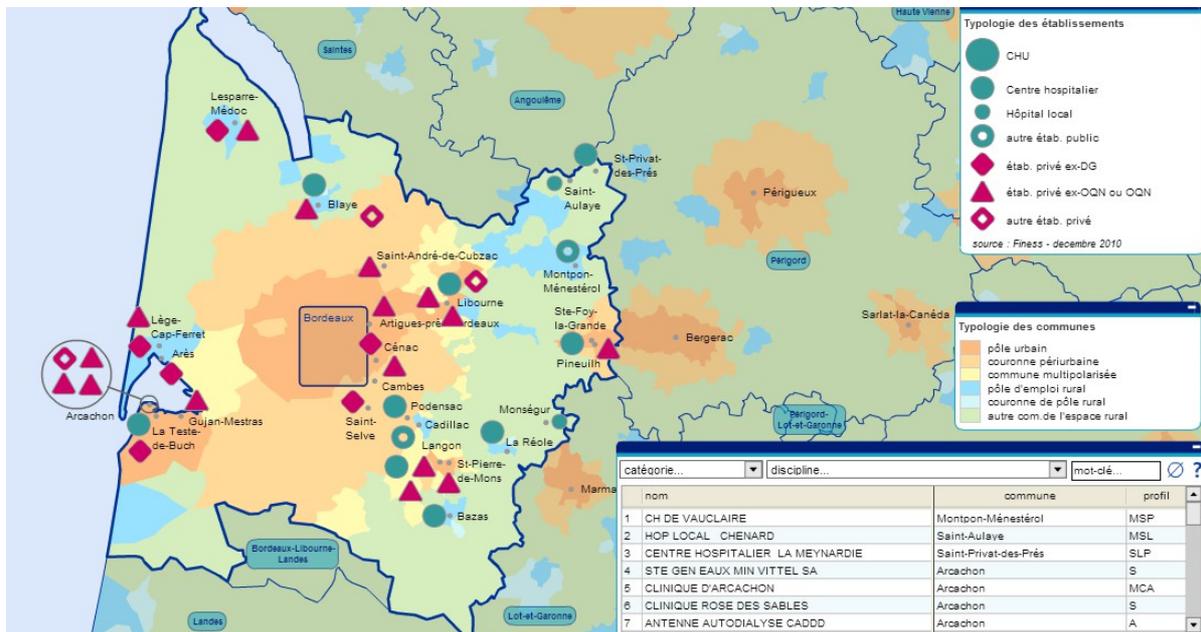
**G/ Q1 : -----**

**Q2 : -----**

**Q3 : -----**

**Q4 : -----**

**H/ Q1 : -----**



## [Annexe 14 : Carte de l'ARS concernant l'offre de soins en Gironde](#)

*D'après la cartographie sur l'offre de soins en Gironde, ARS.*

*Disponible à l'URL : <http://carto-ets.atih.sante.fr/carto.php?ts=720200002>.*

ASA I	Bonne santé, bon état général
ASA II	Une maladie, traitée et bien compensée (par exemple HTA)
ASA III	Atteinte sévère d'un système, qui limite l'activité (par exemple COPD sévère)
ASA IV	Affection invalidante, mettant en danger la vie du patient (par exemple insuffisance cardiaque décompensée)
ASA V	Patient moribond, qui ne survivrait pas plus de 24 h à sa maladie (par exemple anévrisme rompu de l'aorte)

### [Annexe 15 : Score ASA](#)

*D'après la revue médicale suisse, « Bilan anesthésique préopératoire du patient âgé »,2002.*

## *Serment d'Hippocrate*

*Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de la probité et de l'honneur.*

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver, ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination, selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai pas leur confiance, et n'exploiterai pas le pouvoir hérité de circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers, et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leur famille dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.*

**Évaluation des pratiques des médecins généralistes installés en Sud-Gironde, dans la prise en charge d'un patient atteint d'un adénocarcinome du pancréas, tous stades confondus.**

BORDEAUX, le 9 juin 2016

---

**Introduction**

L'objectif principal était de décrire la prise en charge d'un patient atteint d'un adénocarcinome du pancréas tous stades confondus, par les médecins généralistes installés en Sud-Gironde.

**Méthode**

Une enquête rétrospective de pratique a été réalisée, auprès des médecins généralistes, à l'aide d'entretiens semi-dirigés avec questionnaire.

**Résultats**

Sur les 73 médecins généralistes installés en Sud-Gironde, 26 ont pu être inclus.

L'ictère était le symptôme de découverte le plus fréquent. Le bilan biologique et le scanner abdominal étaient les deux examens para cliniques demandés en première intention pour explorer les symptômes des patients. On retrouvait une large implication des médecins interrogés dans la prise en charge des soins de support, et notamment dans la prise en charge de la douleur et de la dénutrition.

Dix-neuf médecins auraient rencontré des difficultés, surtout par manque de formation, ainsi que dans la gestion de la charge émotionnelle et de la fin de vie. L'exercice en milieu rural ne représentait pas un obstacle, au contraire, la plupart des médecins rapportaient ça plutôt comme un privilège. De même, l'enquête révélait qu'il existait un bon fonctionnement avec les spécialistes de proximité pour prendre en charge ce type de cancer. Cependant, le recours aux réseaux de soins en Sud-Gironde restait faible de la part des médecins généralistes.

---

Discipline : MEDECINE GENERALE

---

Mots-clefs : médecin généraliste, adénocarcinome du pancréas, Sud-Gironde, soins de support, soins palliatifs.

---

UNIVERSITE DE BORDEAUX- 146 Rue Léo Saignat- 33076 Bordeaux Cedex.

