

Enquête par questionnaire

auprès des adhérents de la liste Waldenström

* L'enquête par questionnaire a été réalisée par Michel Houche et Nicole Bastin auprès des adhérents de la liste « Waldenström », supportée par l'association Médicalistes, entre février et fin avril 2008.

- Michel Houche avait bâti son questionnaire et il l'a mis en ligne lui-même.
- Nicole Bastin a effectué le traitement des données et rédigé le compte-rendu.

* Les personnes qui le souhaitent ont renseigné et renvoyé le questionnaire, soit 36 co-listiers.

* S'y sont ajoutées les réponses de quatre personnes de la région d'Avignon, non inscrites sur la liste, que Michel avait rencontrées ou qui avaient pris contact avec lui.

* **taux de réponse**

Début février 2008 la liste Waldenström comptait 92 adhérents.

Taux de réponse par la liste 36/92 = 39%

Nombre total de questionnaires : 40.

Précision : Cette enquête n'a pas prétention à représenter statistiquement la population francophone des personnes concernées par la maladie de Waldenström, elle se propose seulement d'apporter aux adhérents de la liste Waldenström une image du groupe qu'ils constituent.

1 . Caractéristiques de l'échantillon :

- **Sexe**

L'échantillon regroupe **27 hommes** et **13 femmes** : une femme pour deux hommes.

- **Age :**

L'âge moyen* du groupe au moment de l'enquête était de **57,3** ans, l'âge moyen des hommes : 58,7 et du groupe des femmes 54,4.

(* Mode de calcul: nombre de mois entre celui de naissance et avril 2008 divisé par 12)

- **Répartition géographique**

L'échantillon regroupe **33 résidents français** et **7 adhérents étrangers francophones** - 4 hommes et 3 femmes- soit 2 Belges, 3 Suisses et 2 Canadiens (Québec).

14 Régions (sur 22 Régions administratives) sont représentées dans l'échantillon des 33 Français.

- **Profession**

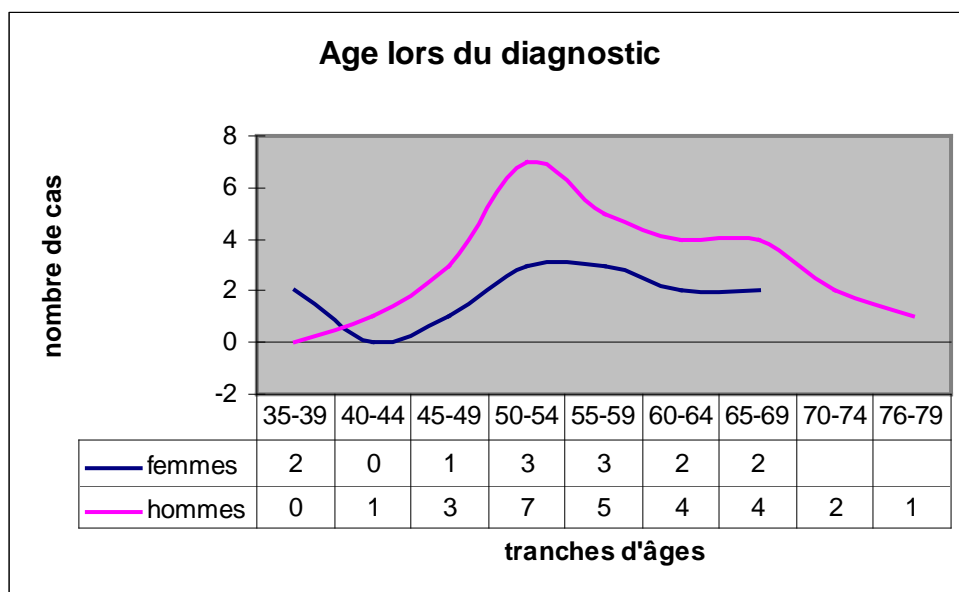
Les professions exercées recouvrent un large éventail et 19 personnes soit **48%** se déclarent **retraitées**.

2 . Découverte de la maladie : le diagnostic

- **Age au moment du diagnostic :**

Le tableau et le graphique ci-après montrent que les hommes ont été diagnostiqués un peu plus tard que les femmes.

Age	Femmes	Hommes	total
35-39	2		2
40-44	-	1	1
45-49	1	3	4
50-54	3	7	10
55-59	3	5	8
60-64	2	4	6
65-69	2	4	6
70-74		2	2



76-79		1	1
-------	--	---	---

L'analyse de la distribution des âges au diagnostic fait apparaître que l'*âge médian** du diagnostic est de **55 ans** chez les femmes et **57 ans** chez les hommes.

* âge médian : celui qui partage la série en deux : 50% des valeurs lui sont inférieures

- **Le diagnostic, avec quel examen spécifique ?**

Pour établir le diagnostic avec certitude, l'hématologue a besoin de connaître l'état de la moelle osseuse. Pour le prélèvement de moelle, deux techniques sont utilisées : la ponction-aspiration au niveau du sternum avec étude cytologique du frottis médullaire et la biopsie ostéo-médullaire (BOM) réalisée avec un plus gros trocart, dans l'os iliaque. La « carotte » prélevée permet l'étude en trois dimensions de l'ensemble du tissu osseux. Les deux examens sont considérés comme complémentaires¹

Dans l'échantillon:

22 personnes ont subi un **myélogramme** au moment du diagnostic,

32 une **BOM**

15 ont subi **les deux** prélèvements.

- **Infiltration médullaire**

Une question était posée concernant le taux d'infiltration tumorale médullaire, information apportée par l'examen anatomo-pathologique de la BOM.

Bien que 32 BOM aient été réalisées, il n'y a eu que peu de réponses : 12 personnes seulement ont donné un chiffre correspondant au taux d'infiltration.. (Il semble que les médecins communiquent difficilement ces résultats : sont-ils jugés trop « techniques » ? difficiles à expliquer de façon simple ? A manipuler avec précaution ?)

L'infiltration lymphoplasmocytaire de la moelle semble n'être pas toujours homogène.

Il est arrivé que deux BOM pratiquées le même jour chez un même patient fournissent deux résultats différents (messages sur la talk-list d'IWMF).

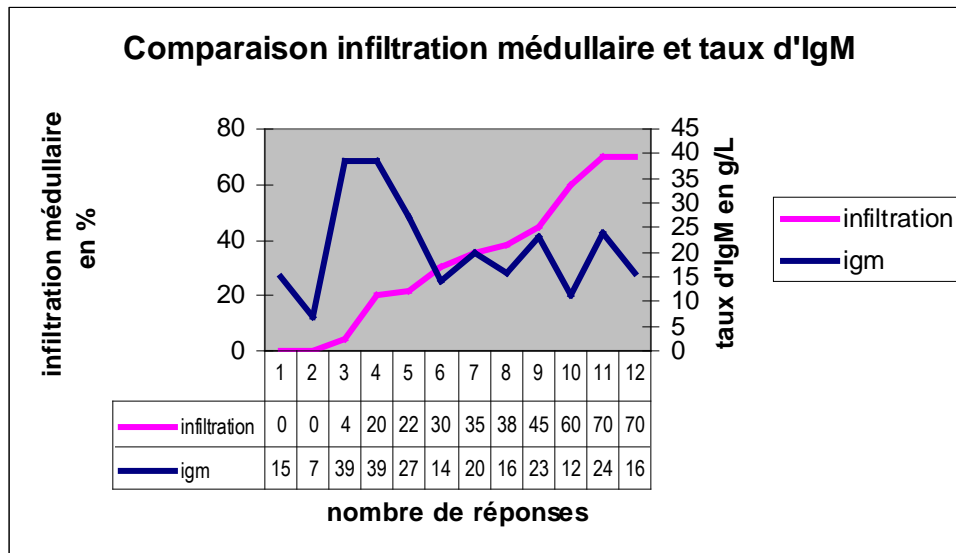
On constate à la lecture des ouvrages et publications que le résultat de cet examen ne constitue pas à lui seul un élément de décision pour débiter un traitement quel que soit le taux d'infiltration..

1. Pour plus de détail sur ces examens

http://www.leucemie-espoir.org/spip/IGM/pdf/explos_medullaire.pdf

Néanmoins, 12 questionnaires renseignés étant disponibles, la comparaison du pourcentage d'infiltration et des taux d'IGM correspondants a été réalisée et fait apparaître les résultats suivants :

infiltration médullaire en %	0	0	0	20	21,9	30	35	38	45	60	70	70
taux d'IgM en g/L	15	7	38,6	38,6	27	14	20	16	23	11,5	24	16

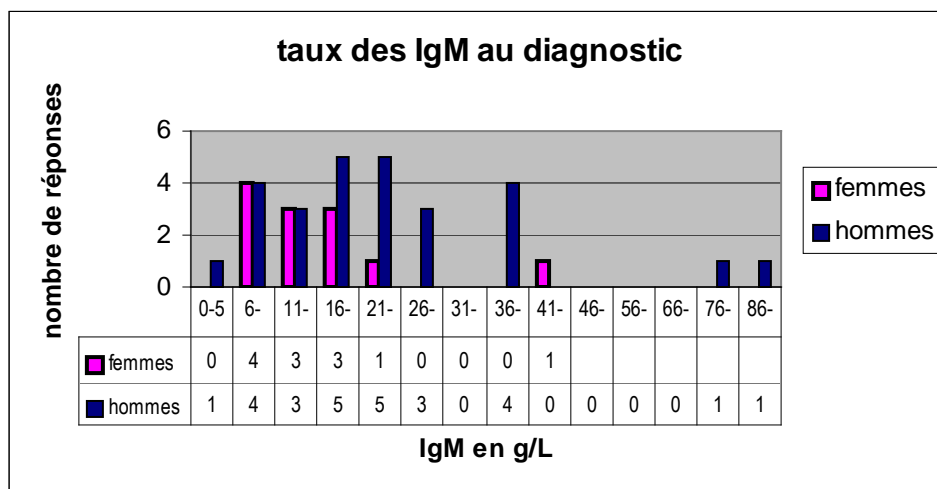


Les deux variables semblent peu liées mais le faible nombre des données (12) ne permet pas de tirer des conclusions.

• **Taux d'IgM à la date du diagnostic**

Les taux d'IgM découverts au moment du diagnostic vont de 4g/L jusqu'à plus de 90g/L. Ils ont été regroupés dans le tableau ci-dessous et illustrés dans le schéma:

IgM en g/L	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-55	56-65	66-75	76-85	86-95
femmes	0	4	3	3	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
hommes	1	4	3	5	5	3	0	4	0	0	0	0	1	1



Au moment du diagnostic, les femmes avaient globalement un taux d'IgM moins élevé et si on classe les 40 questionnaires par sexe, la valeur médiane du taux est de **15g/L** pour les femmes et **20 g/L** pour les hommes.

- **Symptômes**

- Selon les spécialistes, un taux élevé d'IgM et une infiltration médullaire importante ne devraient pas suffire à mettre en œuvre un traitement,.
- Les **critères retenus pour commencer un traitement**² sont habituellement : la présence de signes généraux (sueurs, fièvre, altération de l'état général), une activité néfaste de l'IgM (syndrome d'hyperviscosité, cryoglobulinémie, neuropathie périphérique etc) et principalement une anémie < à 10g/L d'hémoglobine ou des plaquettes < 100 10⁹/L ou encore une masse tumorale importante.³

Qu'en était-il pour les personnes qui ont répondu au questionnaire ?

- Une liste des symptômes existants lors du diagnostic a été établie à partir des questionnaires sous la forme d'un classement par ordre décroissant, en fonction de la fréquence avec laquelle ils ont été cités.
- A titre de repères, des informations extraites de l'article de V. Leblond et O. Tournilhac (réf. dans la note de bas de page) figurent dans les commentaires du tableau.

<i>symptome</i>	<i>nbre de cas</i>	<i>% échantill.</i>	<i>commentaires</i>
fatigue	34	85,0%	
sueurs nocturnes	20	50,0%	
hyperviscosité	16	40,0%	Article V. Leblond, 15% des patients : hyperviscosité au diagnostic
douleurs neuropathiques	15	37,5%	article cité : 20% des MW développent une neuropathie
anémie	9	22,5%	
Cryoglobulinémie, maladie de Raynaud	8	20%	V.L, id : environ 20 % de patients présentent une cryoglobulinémie
problèmes de vision, 1 syndrome de Gougerot-Sjögren	6	15,0%	
saignements	5	12,5%	
douleurs osseuses	5	12,5%	
infections ORL et pulmonaires	5	12,5%	
maux de tête	4	10,0%	
vertiges	3	7,5%	
adénopathie	3	7,5%	
masse tumorale	1	2,5%	VL, id : 1/3 des patients ont adénopathie, tumeur ou rate dilatée
rate dilatée	1	2,5%	
hypertension	1	2,5%	
polyglobulie	1	2,5%	
problèmes auditifs	1	2,5%	
amaigrissement	1	2,5%	

Si l'hyperviscosité est plus souvent mentionnée dans l'échantillon, adénopathies et dilatation d'organes sont trouvées en moins grand nombre que dans la population de référence des auteurs cités.

2 . Cf. communications des 2^{ème} (Athènes 2002) et 3^{ème} (Paris 2003) Workshops sur la macroglobulinémie de Waldenström.

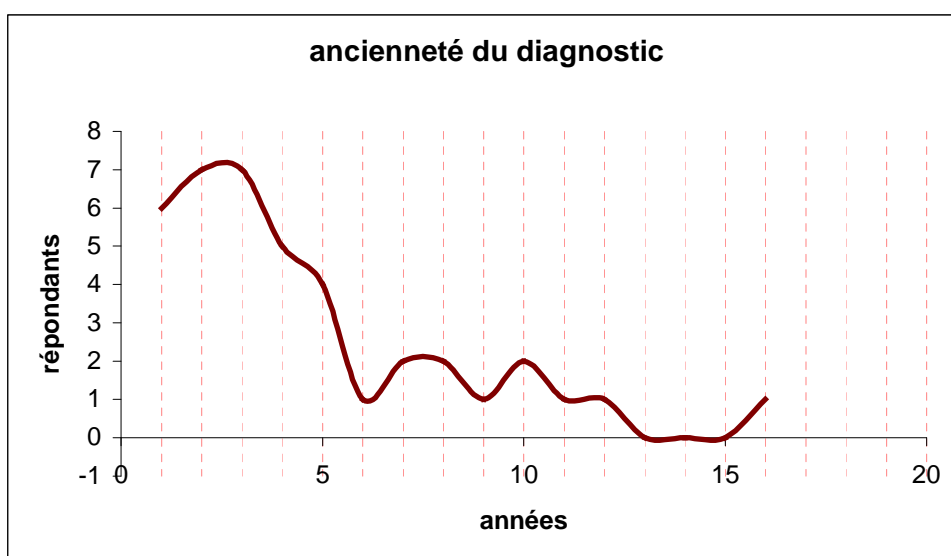
3 . Cf. Leblond. V, Tournilhac O ; La maladie de Waldenström ou macroglobulinémie, Hématologie 2005. 11 : 408-16 <http://www.jle.com/fr/print/e-docs/00/04/15/FA/article.md>

Une fois le diagnostic établi le médecin ne juge pas toujours nécessaire de commencer un traitement. Qu'en a-t-il été pour les co-listiers qui ont répondu ? Depuis combien de temps les uns et les autres vivent-ils avec la WM, avec ou sans traitement ?

3 . Après le diagnostic

- **Diagnostic connu depuis combien de temps ?**

nbre d'années	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
nbre réponses	6	7	7	5	4	1	2	2	1	2	1	1	0	0	0	1



* Pour simplifier la représentation des résultats, la convention suivante a été retenue : toutes les personnes diagnostiquées entre 0 et 12 mois avant le mois de l'enquête ont été groupées en année 1 : elles étaient 6 parmi 40 réponses. Entre 13 et 24 mois, elles ont été classées en année 2 et ainsi de suite.

Diagnostic le plus récent : **2 mois**. (adhérente à la liste).

Le plus ancien **15 ans** et deux mois (un membre de sa famille est abonné)

L'ancienneté médiane est de **3 ans et 2 mois**

Ce graphique permet de constater que la liste atteint au moins en partie son objectif : accueillir et informer les personnes nouvellement diagnostiquées. Les personnes diagnostiquées depuis **trois ans au plus** sont au nombre de **20**, soit la moitié de l'échantillon. Mais l'information par d'autres moyens apparaît également décisive : des personnes parmi les plus âgées ont pris contact avec Michel par d'autres moyens que l'Internet (Quotidien local , information à l'hôpital)

- **Traitement ou non ?**

Le diagnostic de Macroglobulinémie va entraîner une décision du médecin, mais au contraire de beaucoup d'affections malignes, la décision prise peut être **l'abstention** de traitement, dans la mesure où l'expérience des spécialistes leur a montré qu'un traitement précoce n'était pas nécessai-

rement le meilleur choix. Cependant cette abstention s'accompagne toujours d'une **surveillance** vigilante. A la date de l'enquête **14** personnes sur 40 (**35%**) n'ont indiqué **aucun traitement**. Combien de temps peut durer cette abstention (**Wait & Watch** : attendre et observer, disent les anglo-saxons) ?

Parmi les 14 personnes non traitées de l'échantillon, la répartition dans le temps est la suivante :

nbre d'années	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
nbre réponses	4	1	2	1	1	0	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0

4 personnes ont été diagnostiquées **au cours des 12 derniers mois** (à la date de l'enquête) mais **5** d'entre elles le sont depuis **6 à 10 ans**. La décision de traitement peut donc être largement différée.

• Pour les personnes traitées, quelles prescriptions ?

En dehors de l'abstention, différentes options permettent de traiter la Macroglobulinémie de Waldenström, c'est à dire, pour l'instant, d'obtenir de longues rémissions, même si la guérison définitive, « la cure », n'est pas encore disponible. Ces traitement n'ont pas été mis au point pour la MW, maladie trop rare, mais ont été développés pour d'autres hémopathies malignes très proches, dont la fréquence est plus grande : leucémies, lymphomes, myélome multiple.

Il faut souvent un délai pour que certains produits reçoivent l'autorisation de prescription pour la MW alors même qu'ils sont autorisés pour d'autres pathologies. Ainsi en a-t-il été pour le Mab-théra/Rituxan. Chaque pays détermine sa politique en matière de prescription et de remboursement, compte tenu du coût élevé de certains médicaments.

Les traitements prescrits peuvent concerner certaines symptômes, puis viennent l'ensemble des produits destinés à combattre la maladie elle-même. Ils seront présentés dans cet ordre.

❖ Traitement des symptômes

La plasmaphérèse : c'est un traitement parfois prescrit en urgence pour éviter les accidents dus à l'hyperviscosité (accidents oculaires, auditifs, etc..) ou pour diminuer des manifestations douloureuses (migraines, neuropathies). Elle s'accompagne habituellement d'un traitement de la maladie. Ses effets sont de courte durée, mais elle peut être répétée jusqu'à ce que la chimiothérapie se révèle efficace.

- **6** personnes ont subi au moins une plasmaphérèse (le nombre total n'était pas demandé).

La radiothérapie : peut être appliquée sur une tumeur résistante.

- **1** personne a indiqué ce traitement.

❖ Traitement de la maladie

Dans l'échantillon des 40 questionnaires, une variété de traitements a été mentionnée, qui peuvent être regroupés en classes thérapeutiques.

- Chaque **classe thérapeutique** agit différemment pour détruire ou entraver le développement des cellules malignes et diminuer ainsi la production de l'IgM monoclonale. Dans chaque classe, différents produits sont disponibles, aux effets proches, mais avec des dénominations commerciales différentes en fonction de la firme qui les commercialise et du pays où ils sont distribués. Ils ont été regroupés pour simplifier la présentation.
- Par ailleurs, différents **protocoles** combinant plusieurs chimiothérapies sont communément prescrits par les hémato-oncologues. L'objectif : attaquer les cellules malignes sous plusieurs angles, afin d'obtenir un résultat plus rapide et plus durable. Un protocole peut

connaître des variantes : le médecin choisissant de remplacer un produit par un autre de la même classe thérapeutique.

- **Les classes thérapeutiques :**

<i>Classes thérapeutiques</i>	<i>Nom du produit</i>	<i>utilisé seul</i>	<i>En protocole</i>
Agents alkylants	BCNU (carmustine)		1
	Chloraminophène	11	
	Cyclophosphamide (endoxan)	1	3
	Leukéran	2	
	Melphalan	1	
Analogue des purines	Fludarabine	8	3
	Cladribine (2CdA)	1	
Corticostéroïdes	Prednisone (cortancyl)	1	3
Alcaloïdes antimitotiques	Vincristine		3
	Oncovin		2
Antibiotiques antinéoplasiques	Doxorubicine		3
	Adriamycine		1
Anticorps monoclonaux			
Anti CD 20	Mabthéra/Rituxan (rituximab)	7	8
Anti CD 52	Campath (Alemtuzumab)		1

Remarque : A la différence des médicaments des autres classes, **les anticorps monoclonaux** mentionnés ne visent pas la même cible, ne sont pas « interchangeables » et **ne rentrent pas dans l'appellation chimiothérapie**.

- **Les protocoles :**

Protocole	Composition de la polychimiothérapie	nbre
CHOP	Cyclophosphamide (ou endoxan, ou BCNU), doxorubicine (ou adriamycine), vincristine, prednisone	1
R-CHOP	même formule que ci-dessus + rituxan/mabthera	3
mini-CHOP	Cyclophosphamide, adriamycine (ou doxorubicine), oncovin (ou vincristine), prednisone	2
R-mini CHOP	même formule que ci-dessus + rituxan/Mabthera	1
RFC	Rituxan, Fludarabine, cyclophosphamide (endoxan)	3

Précision : Les nombres indiqués totalisent les personnes qui ont mentionné un produit ou un protocole de traitement mais pas le nombre de fois où les produits leur ont été administrés. Produits et protocoles ont pu se succéder pour un même patient.

Remarques concernant ces tableaux

- Les produits les plus fréquemment prescrits seuls sont
 - Le Chloraminophène : **11** personnes
 - La Fludarabine : **8** personnes
 - Rituxan/Mabthera : **7** personnes
- Le plus fréquemment prescrit en protocole est le Rituxan/Mabthera : **8** personnes. Avec celles qui ont reçu le produit seul, au total **15** personnes sur les **26** traitées ont reçu du Rituxan.
- Certains produits n'ont été prescrits qu'en protocole.

En résumé : Sur un échantillon de 40 personnes, **14** n'ont pas encore été traitées, **26** ont reçu des médicaments : en solo ou en combinaisons de produits.

15 d'entre elles ont reçu Rituxan/Mabthera et **1** Campath, deux anticorps monoclonaux qui ne sont pas classés dans les chimiothérapies.

- **Autre traitement : la greffe autologue de cellules souches** : 1 cas dans l'échantillon

❖ **Traitements : les effets indésirables :**

Appelés aussi effets secondaires ou effets adverses, ils accompagnent souvent les traitements, chimiothérapie ou anticorps monoclonaux.

Cependant **6 personnes n'ont pas mentionné d'effets secondaires**. Elles avaient été traitées avec des produits différents (2 R-CHOP, 1 RFC, 2 Fludarabine et Chloraminophène, et 1 Chloraminophène et Rituxan).

20 personnes ont mentionné ces **effets indésirables** qui ont été classés un peu arbitrairement, compte tenu des informations disponibles, en : *effets au cours du traitement* (temporaires le plus souvent) et *effets différés* (souvent prolongés dans le temps).

Description des effets indésirables	nombre	Remarques
Effets indésirables au cours du traitement		
Intolérance ou intoxication entraînant arrêt immédiat	1	avec Chloraminophène
Nausées, vomissements, problèmes gastriques	8	
fatigue	6	
coliques, flatulences	2	avec Chloraminophène
aphtes	1	
essoufflement	1	
évanouissement	1	
fièvre	1	
frissons	1	
oedeme	1	
perte d'appétit	1	
perte du goût	1	
sécheresse des muqueuses	1	
zona	1	
Effets indésirables différés		
Neuropathie (installation ou augmentation)	5	
vertiges	2	
agranulocytose	1	
anémie	1	
chute des cheveux	1	
douleurs articulaires	1	
insomnies	1	
surdité	1	
toux	1	

- Une intolérance au Chloraminophène a nécessité l'arrêt immédiat du traitement.
- Au cours du traitement : nausées, avec ou sans vomissements, fatigue, ont été les plus souvent mentionnés,
- Une neuropathie augmentée ou liée au traitement a été mentionnée **5** fois.

4. Résultat des traitements

Depuis que la décision de traiter a été prise, chacune des 26 personnes a reçu un ou plusieurs traitements, avec le même produit ou avec plusieurs produits successivement ou en combinaison. Avec quels effets ?

La liste de l'ensemble des réponses est présentée ci-dessous. Plusieurs effets du ou des traitements ont pu être relatés par une même personne.

Résultats rapportés	Nbre réponses	Précisions
Diminution des IgM	11	
Amélioration des paramètres sanguins	5	
Amélioration des symptômes	5	
Réduction ou disparition des adénopathies	2	
Réponse totale *	2	Recul 3 ans et 4 ans
Réponse partielle *	1	Recul 3 ans
Stabilisation du pic monoclonal	1	
Régression de tumeur	1	
Autogreffe	1	Succès de la greffe et réponse partielle
<i>Procédure conservatoire : Prélèvement de cellules souches</i>	4	+ 1 tentative échouée
Echec	8	

* Aux termes « rémission totale » ou partielle, les médecins préfèrent maintenant « réponse totale » ou « réponse partielle », c'est pourquoi ils ont été utilisés pour rapporter les résultats..

- L'effet positif le plus souvent énoncé est la diminution du taux d'IGM : **11** fois. L'amélioration des paramètres sanguins est mentionnée **5** fois de même que l'amélioration des symptômes. Enfin **2** réponses totale et **1** partielle, avec un recul de 3 ans.
- Dans ce tableau figurent aussi le prélèvement des cellules souches. Sans objectif immédiat sur l'état du patient, c'est plutôt une précaution pour l'avenir, au cas où les médicaments deviendraient efficaces ou entraîneraient trop d'effets adverses.
- Mais on signale toutefois **8 échecs** = traitement sans résultat positif d'aucune sorte. Dans tous les cas il s'agissait d'un premier traitement :
 - 4 Chloraminophène
 - 2 Rituxan/Mabthéra
 - 1 Cladribine
 - 1 R-mini CHOP

3 personnes sur **8** n'ont pas reçu de nouveau traitement et **sont en abstention thérapeutique**.

5 se sont vu prescrire un **nouveau traitement** qui a apporté des **résultats positifs** pour **4** d'entre elles. Pour la **8^{ème}** personne, il n'y avait pas encore d'effet notable à la date de l'enquête.

Une autre est en traitement depuis 6 mois et n'a pas indiqué de résultat.

- Enfin, une personne a subi avec **succès** une **autogreffe de cellules souches**.

5 : Questions complémentaires

- Quelles autres pathologies,
- Quels antécédents,

- Existe-t-il le souvenir d'un ou des contacts avec des toxiques ou des rayonnements ?

❖ « Autres pathologies » et « antécédents »

Les termes « autres pathologies » et « antécédents » ont pu poser question car il n'était pas toujours facile de choisir la réponse. Aussi une seule liste a-t-elle été établie, présentant les deux séries de réponses côte à côte.

20 personnes n'ont mentionné aucune autre pathologie et 24, aucun antécédent.

<i>Pathologies mentionnées</i>	<i>Autres</i>	<i>Antécédents</i>	<i>précisions</i>
Accident Vasculaire Cérébral		2	Un cas avec cryoglobulinémie mixte polyclonale
Accident grave (voiture)		1	
Adénome hypophysaire		1	
adénopathie	1		
Allergies	1		
Amylose	2		
Anémie	1		normocytaire non régénérative
Anévrisme de l'aorte abdominale		1	Intervention chirurgicale en 2005
Anorexie		1	
Apnées du sommeil	1		
Arthrose	1		
Asthme		1	
Cancer	2	2	
Coliques hépatiques		1	
Cholécystectomie		1	
Dysenterie	1		
Glaucome	2		
Hépatites		3	2 hép.C, 1 hép.A
Hyperlipidémie	1		
Hypertension	1		
Hystérectomie		1	
Infarctus	1	1	
Maladie bipolaire	1		
Mastoïdectomie		1	
Méningite		1	
Mère décédée d'une MW		1	
Plaques pleurales	1		
Pleuro-péricardite	1		
Pneumopathie	1	1	
Polyomyélite		1	
Primo-infection		2	
Prostatite	1		
Surdité	1		
Transplantation hépatique	1		Octobre 2003
Tuberculose pulmonaire		2	

- Pour la moitié des personnes interrogées il n'a pas été rapporté d'autre pathologie, non plus que d'antécédent.
- La mère d'un des répondants est décédée d'une MW.

❖ Contacts avec toxiques ou rayonnements

Plus de la moitié de l'échantillon, **24 personnes ont répondu négativement** à cette question.

Pour les 16 personnes qui ont répondu :

Types de risques mentionnés	Nbre de cas	Remarques ou précisions
Irradiations Contaminations	5	Sources radioactives Rayons X Explosions nucléaires
Rayonnements ondes électromagnétiques	3	Antennes radars, base aérienne, antennes de télécommunication
Produits phytosanitaires	1	
Utilisation ou proximité produits chimiques cancérigènes, solvants, peintures	6	benzène, trichloréthylène, ammoniac, amiante, isocyanate, entre autres ...
Produits de consommation potentiellement cancérigènes	1	Polyols, tabac

Conclusion :

Avec ce questionnaire préparé par Michel et grâce à la participation de 40 personnes en majorité adhérentes à la liste Waldenström, il a été possible de dessiner une image du groupe.

- Deux hommes pour une femme, âge moyen 58,7 ans. La moitié sont des retraités, 33 sont des résidents français et 7 sont Belges, Canadiens (Québec) ou Suisses.
- La moitié des femmes a été diagnostiquée plus jeune que la moitié des hommes (âges médians respectifs 55 ans et 57 ans) et avec un taux d'IgM sensiblement plus faible (taux médians : 15 et 20 g/L)..
- La moitié des répondants était diagnostiquée depuis moins de 3 ans et 2 mois. Mais la personne la plus âgée de l'échantillon, une femme, connaissait sa maladie depuis plus de 15 ans. Elle est actuellement sans traitement.
- Plus d'un tiers des répondants (35%) n'avaient pas encore été traités. Parmi ceux qui l'avaient été, les ¾ ont connu des effets indésirables.
- Pour autant, ils n'ont pas toujours eu des résultats immédiats : 8 d'entre eux (30%) ont connu l'échec d'un premier traitement. Le second traitement a eu parfois de meilleurs résultats, mais 3 personnes n'ont pas eu de nouveau traitement et sont en abstention thérapeutique.
- Plus de la moitié des répondants n'ont pas fait état d'autre pathologie non plus que d'antécédent.
- Enfin 16 personnes sur 40 ont rapporté leur exposition à de possibles facteurs de risques : irradiations, rayonnements, produits classés cancérigènes.

juillet 2008

Michel Houche
houchemichel@wanadoo.fr
Nicole Bastin
nicbastin@yahoo.fr

