

9^{ème} Séminaire Intensif en Oncologie

Mustaga Hôtel, Mostaganem 10/13 octobre 2011



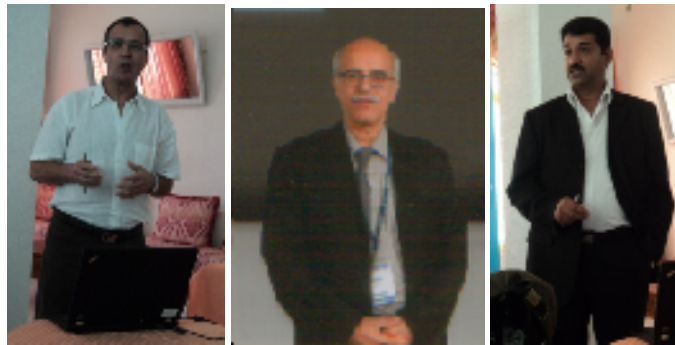
Mr. Thierry Lefèvre, PDG Sanofi-Aventis Algérie & Pr. Kamel Bouzid, président de la SAOM

Du 10 au 13 octobre 2011, les Laboratoires Sanofi-Aventis Algérie, en collaboration avec la Société Algérienne d'Oncologie Médicale (SAOM) ont organisé leur 9^{ème} Séminaire Intensif en oncologie à l'hôtel Mustaga de Mostaganem.





Arrivée des participants à l'hôtel Mustaga sous les airs de la zorna



Prs. S.E. Bendib, L. Abid & Dr. S. Cheham

Au cours de la première séance consacrée au cancer du sein, le Pr. S.E. **Bendib traitera du dépistage du cancer du sein : réalités en Algérie**. Il rappellera que le dépistage du cancer du sein répond aux critères de l'OMS, à savoir : fréquence et gravité sur le plan épidémiologique ; dépisté par un test fiable, sensible et spécifique représenté par la mammographie ; ce test devant présenter un risque acceptable ; les lésions détectées par ce test devront être traitées ; ce test devra enfin avoir un impact sur la mortalité. En Algérie où le cancer du sein arrive au premier rang des cancers de la femme tant du point de vue de l'incidence (70 cas/100.000) que de la mortalité par cancer, avec un âge moyen au diagnostic de 45 ans, ce dépistage est plus que nécessaire néanmoins le parc de mammographes est inhomogène, sa répartition est inégale et insuffisante, sa maintenance est laborieuse et surtout il n'existe aucune assurance qualité. Si les différentes modalités thérapeutiques existent, la répartition des moyens de traitement est également inégale et insuffisante avec des ruptures fréquentes en médicaments et consommables et une absence de réseaux de prise en charge. Le Pr. Bendib, citera l'exemple de la France qui au démarrage du dépistage, avait un parc de mammographe dont 50% non étalonnés mais où le dépistage a permis un apport structurant avec une formation et une évaluation des intervenants, la mise en place de réseaux pluridisciplinaires et l'élaboration d'études épidémiologiques prospectives.

Le Pr. Bendib fera par la suite une comparaison entre mammographe analogique et numérique et insistera sur les avantages de ce dernier. Sur le plan économique, il donnera le stade auquel est diagnostiqué actuellement ce cancer et les avantages d'un diagnostic au stade de début. L'orateur conclura en disant que le dépistage est nécessaire, qu'il relève d'une décision politique et qu'il nécessite une stratégie de mise en œuvre.



La deuxième intervention est celle du **Pr. Abid** qui **abordera le traitement chirurgical des métastases du cancer du sein**. D'emblée il insistera sur la différence qui existe entre les métastases hépatiques des cancers colorectaux qui sont l'expression d'une dissémination par voie portale et sont donc considérées comme une extension **locorégionale et non métastatique** alors que pour les autres cancers, **l'existence de MH s'intègre dans une maladie disséminée et ne relève le plus souvent que d'un traitement palliatif**. Le Pr. Abid dira néanmoins qu'il arrive cependant que **l'atteinte hépatique soit isolée** et dans ce cas là, si pour certains chirurgiens l'approche chirurgicale n'est, par principe, même pas envisagée, pour d'autres **la place de la chirurgie mérite d'être posée**.

Cette chirurgie des métastases hépatiques des cancers du sein doit être considérée comme un outil à intégrer dans l'arsenal thérapeutique carcinologique. Son rôle est de concourir à améliorer le Pronostic. Une revue de littérature est rapportée, de même que des recommandations pour le traitement chirurgical :

- Bilan préopératoire extensif :
 - TDM abdomino-pelvienne et thoracique,
 - scintigraphie osseuse,
- Chimio première avant la chirurgie
- Laparoscopie diagnostique en cas de suspicion de M extra-hépatique.

Si au terme du bilan, les MH sont stables ou en régression et qu'une résection à visée curative est envisageable, la chirurgie est indiquée.

Cette exérèse fait partie des protocoles de consolidation après réponse des MH à la chimio et/ou à l'hormonothérapie.

L'orateur conclura en disant que le cancer du sein est un problème de santé publique majeur, que les MH émaillent l'évolution dans plus de 50 % des cas. Le traitement médical, TRT de choix des MH associées ou non à d'autres sites métastatiques. Même si on considère que le cancer du sein métastatique est une maladie systémique à dissémination hématogène, pour **les MH isolées, accessibles à un geste chirurgical d'exérèse, il convient d'évaluer le bénéfice qu'est susceptible d'apporter la résection chirurgicale**. En effet les résultats des séries rapportées dans la littérature montrent qu'une survie prolongée est possible après résection des MH : Survie : 3-4 mois. 15 mois si réponse au traitement médical ; Survie globale à 5 ans peut atteindre 40 % après chirurgie d'exérèse.

Cette stratégie paraît justifiée quand 2 conditions sont réunies : L'exérèse projetée est complète et qu'il n'existe pas d'autres localisations extra-hépatiques

Le **Dr. Cheham rapportera l'expérience du service de chirurgie viscérale & oncologique de l'hôpital Bologhine en matière de traitement des métastases hépatiques**. Après avoir rappelé que la résection hépatique améliore la survie (Médiane de survie après exérèse hépatique 27-63 mois ; médiane après chimiothérapie exclusive 13-26 mois) qu'elle est possible dans 10% des cas seulement est que la sélection des patients est primordiale. L'orateur donnera les résultats des 15 premiers cas traités de d'octobre 2008 à mars. 2011 à l'hôpital Bologhine. Le nombre de MH variait en préopératoire de 2 à 5 et en préopératoire de 1 à 23 ce qui montre la nécessité de l'échographie per-opératoire réalisée dans 100% des cas de cette série.

Le traitement a consisté en 03 Hépatectomie majeure : (02 hépatectomie gauche + hépatectomie droite) ; 01 Hépatectomie mineure : (bisegmentectomie-VI) ; 09 métastasectomies Multiples ; 02 Biopsies ; 11 curages pédiculaires et 03 ablation par radiofréquence per- op. La mortalité opératoire est nulle mais on déplore la survenue d'une insuffisance hépatocellulaire résolutive chez une patiente ayant subi une hépatectomie droite +01 métastasectomie. La médiane de survie globale était de 63.84 mois (28-262) et une médiane de survie depuis le diagnostic de MHS de 28.15 mois (6-76 mois). Quatre (04) patientes ont eu une récurrence hépatique et 03 décédées respectivement à 29, 25 et 21 mois. Pour le Dr. Cheham, il existe un bénéfice en terme de survie. Il faut donc éviter **de faire perdre une chance de traitement à des patientes**.



Drs. Nadia Ghebghoub, Laure Copel & Mohamed Chakal

Au cours de la 2ème séance le **Dr. Nadia Ghebghoub** du CAC de Blida abordera ***la prédisposition génétique au cancer colorectal***.

Elle sera suivie par **le Dr. Laure Copel de l'institut Curie** (France) traitera de *l'annonce du diagnostic de cancer*. Elle signalera qu'en France, il y a eu une évolution des mentalités : dans les années 60, 90% des médecins considéraient qu'il ne convenait pas de donner le diagnostic de cancer mais à la fin des années 70, 97% considéraient qu'il fallait le donner. Mais s'il faut dire la vérité au malade, le problème est comment dire la vérité ? Le choc de l'annonce du cancer entraîne une crise individuelle (détresse émotionnelle, désespoir, angoisse, pensées relatives à la mort, remise en question des relations familiales et sociales) qui dure environ 3 mois pour 70 % des patients. Après une alternance de déni et d'intégration de l'information suivra une période d'adaptation plus stable. L'oratrice rappellera la règle des 5D de Jimmy Holland :

- Distance : perte ou altérations avec les autres.
- Disruption : interruption des projets de vie.
- Disfigurement : atteinte à l'image du corps.
- Dependence : dépendance aux autres.
- Death : mort et questions existentielles.

Des troubles psychologiques à type d'anxiété, de dépression et de troubles de l'adaptation concernent 20 à 50% des patients. Le Dr. Copel présentera le protocole d'annonce de la mauvaise nouvelle mis au point par l'équipe de l'institut Curie et intitulé POSIEC (Préparation, Ouverture, Sondage, Information, Expression, Conclusion).

La préparation consiste à prendre connaissance au préalable des premiers éléments médicaux et de se mettre à hauteur du patient tant physiquement que dans nos explications et notre vocabulaire.

L'ouverture, c'est se présenter, favoriser l'identification d'un tiers ou éviter la présence d'un tiers non souhaité, c'est expliquer le but de la consultation et son déroulement en précisant les différents étapes.

Sonder le patient, c'est évaluer le chemin à parcourir entre la réalité médicale et l'imaginaire, le ressenti du patient. Découvrir ce que sait le patient, ce qu'il pressent, ce qu'il est prêt à entendre.

Informé, c'est annoncer la vérité petit à petit.

Expression, c'est favoriser l'expression des sentiments du patient, entendre et reconnaître sa souffrance.

Conclusion, c'est ouvrir sur le futur, expliquer les modalités de contact possible, fixer un prochain RV, résumer les points principaux de la consultation.

Après un rappel des différents plans cancer en France et de l'amélioration de la qualité de cette consultation d'annonce, l'oratrice conclura sur la nécessité d'un enseignement des techniques de communication, l'intérêt des groupes de paroles.

“ Le médicament le plus utilisé en médecine est la médecine lui-même ” (Michael Balint)



Drs. M. Maaoui, M. Chakal et L. Copel

Le **Dr. Mohamed Chakal** du CHU de Blida abordera l'expérience du *psychiatre face au patient atteint de cancer : retour d'expérience*. Pour l'orateur, la maladie cancéreuse peut être perçue comme une forme de violence à l'encontre de la personne malade et de son entourage. Il signalera certains manquements aux règles d'éthique comme la lenteur des soins en institution, la divergence sur les moyens thérapeutiques etc. . Il insistera sur le rôle du médecin traitant dans le soutien psychologique, médecin qui est souvent exclu de la chaîne de soins dès que le diagnostic de cancer est posé. Il présentera la représentation sociale de la maladie et en particulier du cancer (maladie incurable, douloureuse, invalidante, punition injuste, mort).

L'orateur rapportera l'expérience du CAC de Blida et proposera des solutions tant en ce qui concerne l'accès aux soins, la mise en place d'espaces récréatifs que la création d'unités antidouleur et de groupes de parole.



Prs. Kheira Rekai et Mustapha Maaoui

Au cours de la séance de l'après-midi, le **Pr. K. Rekai** du CHU d'Oran traitera du *cancer de l'estomac : actualités et thérapie ciblée*. Après avoir situé les questions actuelles dans la prise en charge du cancer gastrique avancé (but du traitement, place de la chimiothérapie, type de combinaison, régime de référence), l'oratrice rapportera les résultats de l'essai CLASSIC, SWOG 9008,

CALGB 80101, elle conclura qu'il n'existe pas de bénéfice démontré du XELOX en adjuvant et qu'il est difficile en pratique clinique de réaliser une chimio-radiothérapie postopératoire.

Concernant la thérapie ciblée

- Pour les récepteurs EGF : le trastuzumab est la 1^{ère} thérapie ciblée dans des sous-groupes de cancer gastrique. C'est le traitement de choix des cancers suexprimant HER2.
- Les anti-angiogéniques : l'étude AVAGAST est un essai négatif, le Bevacizumab a peu d'activité ; d'autres études sont justifiés.
- EpCAM : catumaximab effet démontré dans le cancer gastrique métastatique (carcinose péritonéale)

Le **Pr. M. Maaoui** fera par la suite une mise au point ***du traitement chirurgical du cancer gastrique*** en insistant sur le curage type D2.



Drs. H. Guendouz et D. Rahou

Le **Dr. Hamida Guendouz** du service de sénologie du CPMC traitera du ***cancer du sein localement avancé***. Après l'avoir défini et donné ses caractéristiques (fréquence 20 à 25% ; caractéristiques cliniques et mammographiques, modalités thérapeutiques et réponses au traitement) l'oratrice abordera le traitement dont les objectifs sont : contrôle local, rendre opérable, traitement conservateur si possible, améliorer la survie. L'expérience du service de sénologie du CPMC pour l'année 2010 et portant sur 263 cas (40% des cancers du sein traités durant la même période) est rapportée. Ces cancers localement avancés étaient N+ dans 76 %, avaient une rupture capsulaire dans 76% et un envahissement vasculaire dans 75% des cas.



Le **Dr. Djamila Rahou** du service d'oncologie médicale de l'HCA traitera de **maladie thromboembolique veineuse (METV)**. Cette METV se voit dans 4 à 20 % des cas en cas de cancer et nécessite donc un traitement prophylactique. Les cancers associés à un risque élevé de thrombose veineuse sont chez l'homme le cancer du poumon et les cancers digestifs ; chez la femme le cancer du sein et les cancers gynécologiques. Lors de l'ASCO 2011, Connolly a rapporté un taux de METV de 13,9 % dans une cohorte de 6732 cancers bronchiques contre 1,4% dans une population témoin de 17284 cas. L'oratrice rapportera les principaux facteurs de risque (localisation du cancer, bulky syndrome, type de chimiothérapie, hormonothérapie). Elle rapportera une série de 31 cas recensés dans le service, en majorité des cancers coliques, durant la période antérieure à 2010 ainsi que 8 cas durant l'année 2011 traités selon les guidelines internationaux.

Le traitement préventif de la MTEV en cancérologie se base sur les facteurs de risque, le rapport bénéfice : risque et le score de Khorana.

Au cours de la 2^{ème} journée les participants à ce séminaire ont eu à débattre de cas cliniques portant sur la localisation colique (3cas), rectale (1cas), gastrique (3cas) et sein (2cas).