

# 6<sup>èmes</sup> Journées Internationales de Cancérologie de Constantine

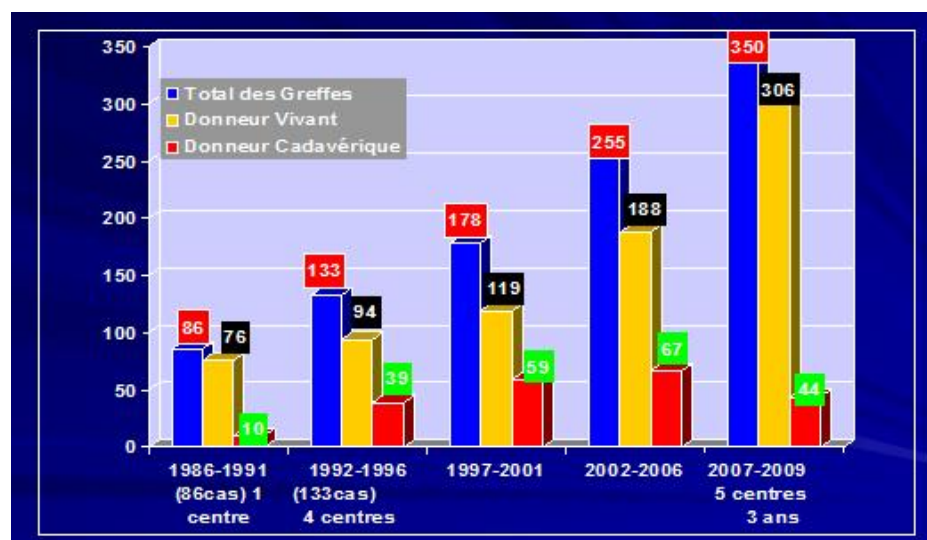
15/17 octobre 2010 Centre Culturel Malek Haddad



## Inauguration des journées par les Prs. Kamel Bouzid & Sami Khatib

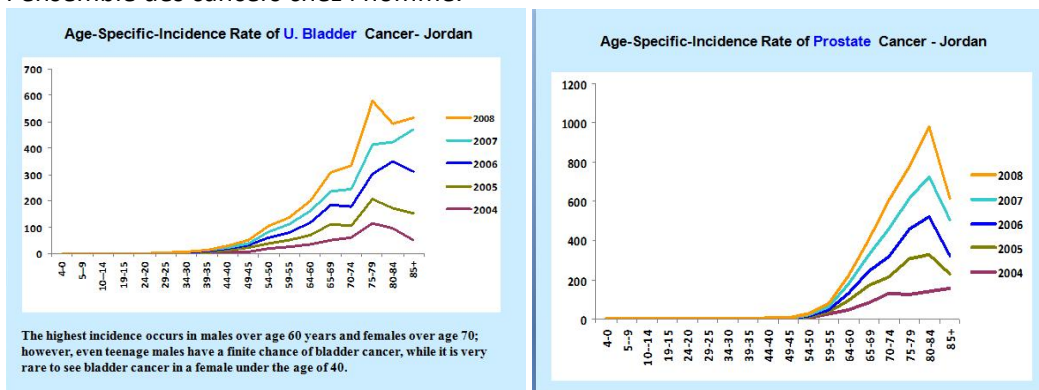
Lors de la journée du 15 octobre, après l'inauguration de ces 6<sup>èmes</sup> JICC par le directeur du CHU de Constantine, les présidents de la SAOM (Pr. Bouzid) et de l'AMAAC (Pr. Khatib), le professeur **Saadeddine Zmerli**, père de l'urologie au Maghreb et premier chef de service d'urologie au CHU Mustapha (1963-1972) a présenté une conférence sur **l'Evolution de l'urologie au Maghreb**.

Après avoir rappelé son propre parcours en urologie qui débuta en 1960 avec son arrivée dans le service d'urologie de l'hôpital Necker, et sa rencontre avec le Professeur Roger Couvelaire. Il assista, à cette époque, à la mutation de l'urologie conduite par Roger Couvelaire qui concevait l'urologue comme un chirurgien complet. L'utilisation du greffon iléal, matériau de remplacement de la vessie, est sa découverte, il en a décrit la technique en 1951 et en a publié les premiers résultats en 1957. Ce fut une véritable révolution, il a ainsi élargi le champ de l'urologie et développé une chirurgie fonctionnelle. Après avoir rappelé les 10 années qu'il passa à la tête du service d'urologie du CHU Mustapha d'Alger (1963-1973) le professeur Saadoun Zmerli donnera également un bilan de l'urologie en Tunisie en particulier en ce qui concerne la transplantation rénale à donneur vivant et à donneur cadavérique ainsi que l'introduction de la coelochirurgie dans cette spécialité en particulier à l'hôpital Charles Nicolle où de 2002 à 2009, 410 interventions par abord coelioscopiques ont été réalisées dont 172 néphrectomies et 80 surrénalectomies.



La transplantation rénale en Tunisie : 1002 Greffes rénales  
(773 Donneurs vivants et 229 cadavériques)

Le Pr. Sami KHATIB (Jordan) présentera **l'épidémiologie des cancers urogénitaux chez l'homme en Jordanie** (2004-2008) avec une étude comparative avec les autres pays arabes. C'est ainsi que nous avons appris que les cancers de la vessie et de la prostate représentent dans ce pays 16% de l'ensemble des cancers chez l'homme.



Cette cérémonie d'ouverture sera clôturée par un symposium organisé par le laboratoire Abdi Ibrahim sur **la prise en charge de l'anémie ferriprive en Oncologie**, présentée par Mme Hiba Touami.



Prs. S. Zmerli S. Khatib, S. Berkane & M. Hamdi Cherif

Lors de la 1<sup>ère</sup> séance du 16 octobre, le Pr. Mario Dicato du Luxembourg, fera une présentation intitulée « **Peut-on se passer de la survie globale pour évaluer un traitement anticancéreux ?** ».

La 2<sup>ème</sup> séance sera consacrée aux tumeurs du testicule. Le Pr. J.P. Lotz du service d'Oncologie Médicale et de Thérapie Cellulaire de l'Hôpital Tenon (Paris, France) traitera des **tumeurs germinales de l'adulte : état de l'art et perspectives**.

L'orateur précisera que les tumeurs testiculaires font partie des tumeurs les plus anciennement curables dans l'histoire de la cancérologie et ce, avec l'avènement des protocoles VAB6 et PVB, ce dernier créé par Lawrence Horn ayant été secondairement modifié par l'inclusion du VP16 et la création du protocole BEP. Le premier message à faire passer est la composition du protocole BEP : VP16 100mg/m<sup>2</sup>/jour x 5 jours, CDDP 20mg/m<sup>2</sup>/jour x 5 jours, Bléomycine 30mg dose totale à J1-J8 et J15, selon un rythme J1 = J21, et ce quelque soit les conditions hématologiques avec support possible par G-CSF de J9 à J14. En fonction du stade, trois ou quatre cycles de BEP doivent être administrés toujours sur un rythme J1 = J21, sauf exception en supprimant les administrations J8 et J15 de Bléomycine du 4<sup>ème</sup> cycle lorsque quatre cycles de BEP ont été prescrits.

#### **Épidémiologie :**

Les tumeurs germinales sont les tumeurs les plus fréquentes de l'adulte de 20 à 35 ans avec 1500 nouveaux cas par an en France et une incidence mondiale qui a doublé en quarante ans avec

une pointe maximum en Europe du Nord et aux Etats-Unis, et toujours dans ce pays une incidence cinq fois plus élevée chez les blancs que chez les noirs. Les facteurs de risque et de prédisposition connus sont peu nombreux : la cryptorchidie, l'atrophie testiculaire et en particulier le syndrome de Klinefelter (qui expose à l'émergence de tumeurs médiastinales), la trisomie 21 et enfin les infections à VIH (avec dans ce cas la possibilité et l'obligation de mener le traitement tel que chez toute personne non infectée par le virus de l'immunodéficience acquise). Les tumeurs germinales séminomateuses pures représentent 40% des tumeurs testiculaires et touchent une population âgée de 35 à 50 ans. Quatre-vingt pour cent de ces tumeurs sont des séminomes typiques, 10% des formes anaplasiques et 10% enfin des formes spermatocytaires. Elles sont le plus souvent confinées aux testicules et/ou aux ganglions lombo-aortiques. Elles sont très radio sensibles et extrêmement chimio sensible et secrètent des HCG avec un dosage en général inférieur à 100 ng/ml pour 10% des cas.

Les tumeurs germinales non séminomateuses représentent 60% des cas et touchent les populations de 20 à 35 ans. Elles sont souvent mixtes et peuvent associer plusieurs des contingents suivants : choriocarcinome, tumeur vitelline, tératome mature ou immature, carcinome embryonnaire. Les choriocarcinomes secrètent de l'HCG, les tumeurs vitellines de l'alpha-foetoprotéine (AFP), les tératomes immatures plus fréquemment de l'HCG et rarement de l'AFP, les carcinomes embryonnaires secrètent essentiellement de l'AFP et plus rarement de l'HCG, mais parfois aucun marqueur. Notons qu'une tumeur séminomateuse pure ne secrète jamais d'AFP, qu'un contingent non séminomateux minime au milieu d'un contingent séminomateux prédominant doit faire classer la tumeur en « tumeur germinale non séminomateuse ». Par ailleurs, n'oublions pas que le risque de développer un cancer testiculaire contralatéral est évalué à environ 5%. Enfin, au-delà de 50 ans, toute masse testiculaire doit faire évoquer un lymphome.

**Présentation clinique :** Masse testiculaire indolore, dure, augmentant le volume de la bourse, séparable de l'épididyme (signe de Chevassu). Quelques signes généraux sont présents dans 10% des cas : gynécomastie, troubles digestifs, douleurs rétro-péritonéales, adénopathies palpables, douleurs thoraciques dans un contexte fébrile pour les tumeurs médiastinales primitives.

**Éléments diagnostiques & bilan d'extension :** Echographie scrotale ; échographie abdominopelvienne, dosage des marqueurs tumoraux (en périodes pré-per et post opératoires ; le dosage per opératoire doit être fait dans le sang « veineux périphérique » et dans le sang veineux du cordon spermatique), scanographie thoraco-abdominopelvienne, IRM encéphalique, scintigraphie osseuse, Tep-scan si possible. On n'omettra pas les sérologies virales et HIV, HCV, HBV, HTLV, toxoplasmose et syphilis dans l'hypothèse d'une cryopréservation de sperme.

**Diagnostic de certitude :** Le diagnostic de certitude repose sur une orchidectomie réalisée obligatoirement par voie inguinale avec ligature première et haute du cordon spermatique en vue d'une analyse histo-pathologique. Dans le cas exceptionnel où la lésion ne peut être retirée par voie inguinale, l'ablation se fera par voie trans-scrotale mais cette incision expose aux risques d'atteinte des voies inguinales et doit rester l'exception.

Les classifications des tumeurs germinales (AJCC) et de l'IGCCCG 1997 sont détaillées.

**Traitement des tumeurs germinales séminomateuses et non séminomateuses :** Pour chacun des deux grands types histologiques et chacune des stadifications, il existe plusieurs options thérapeutiques. La philosophie générale reste néanmoins celle de se contenter et de rester fidèle à une option thérapeutique par type histologique et par stade de manière à rapidement s'apercevoir si l'évolution du patient dévie de l'évolution positive que l'on doit observer.

La rareté de la tumeur doit nous interdire de modifier notre ligne thérapeutique en fonction de circonstances extérieures non scientifiques.

L'orateur proposera, au cas par cas les lignes thérapeutiques appliquées au sein du service d'Oncologie Médicale et de Thérapie Cellulaire de l'Hôpital Tenon.

Il notera que dans le cadre des tumeurs germinales non séminomateuses, un bilan scanographique standard positif associé à un bilan TEP-scan négatif doit amener à la discussion d'une chirurgie des masses résiduelles. Seul un TEP-scan négatif pour des tumeurs séminomateuses pures permet de surseoir à la chirurgie.

**Les rechutes** doivent être traitées par chirurgie et chimiothérapie, le programme de chimiothérapie le plus fréquemment utilisé est le programme VIP (Vépéside, Holoxan, Cisplatine), défini selon le schéma suivant : Vépéside 100mg/m<sup>2</sup>/jour de J1 à J5, Holoxan 1200mg/m<sup>2</sup>/jour de J1 à J5 (avec Uromitexan), Cisplatine 20mg/m<sup>2</sup>/jour de J1 à J5. Le Vépéside peut être remplacé par le Paclitaxel ou la Vinblastine (0,11mg/kg/jour à J1 et J2). Les programmes d'intensification thérapeutique avec auto-transplantation de cellules souches hématopoïétiques seront proposés lorsque les situations sont de très mauvais pronostic ou lorsque les chimiothérapies de rattrapage standard ne contrôlent pas la situation. Elles demeurent le fait de centres experts.

**Conclusion** : Le pronostic des tumeurs germinales du testicule demeure excellent. Les traitements modernes permettent d'obtenir une guérison pour une grande majorité des patients à condition que la prise en charge soit effective dans des centres spécialisés et ce pour toutes les étapes thérapeutiques notamment chirurgicales et chimiothérapeutiques. La non prise en charge dans ces centres grève le pronostic de cette maladie ce qui doit être pris en compte pour les jeunes patients.



Prs. A. Ayadi , A. Lankar , Y. Hamoudi & M. Dicato

Après cette mise au point sur les tumeurs germinales, le **Pr. S. Berkane** de l'hôpital Bologhine d'Alger fera une **analyse critique de la chirurgie des masses résiduelles après chimiothérapie pour tumeurs testiculaires avancées**. L'orateur analysera tous les cas de patients traités initialement par une chimiothérapie systémique pour masses ganglionnaires rétropéritonéales qui ont été adressés pour une chirurgie pour résidu tumoral. **Résultats** : sur 24 patients traités pour cancer du testicule dans notre service, 13 nous ont été adressés pour une chirurgie de masses ganglionnaires résiduelles. Une fibrose rétropéritonéale intense a été notée chez 6 patients (46%) La résection complète a été possible chez 9 patients (69,4%), incomplète chez un patient (7,6%) et impossible chez 3 patients (23%). Parmi ces derniers, 1 patient a été opéré pour libérer les 2 uretères pris dans une gangue fibreuse avec retentissement sur le rein droit. La chirurgie d'exérèse même lorsqu'elle a été possible s'est compliquée de 2 blessures vasculaires (15,4%) (Une plaie de l'aorte et une plaie de l'artère iliaque primitive droite). Le Pr. Berkane conclura en disant que la chirurgie des masses résiduelles reste très difficile et parfois impossible. Une concertation entre oncologue et chirurgien est nécessaire afin de choisir la conduite (qui reste à déterminer) qui permettra de réaliser l'ablation tumorale sans danger. Les éléments essentiels sont la clearance tumorale, l'absence de lésions iatrogènes et l'intégrité de l'appareil excréteur du rein.

Le Dr. **H. Aris** du service d'oncologie du chu de Tlemcen rapportera l'expérience de son service en matière de **Cancer du testicule**.

Au cours de la 3<sup>ème</sup> séance, Le Pr. **Hamdi Cherif** du CHU de Sétif situera la **Place des cancers urologiques dans le registre du cancer de Sétif**. Pour l'orateur, le cancer constitue un des problèmes de santé à l'échelle mondiale et l'un des problèmes de santé publique majeurs en Algérie. Le nombre de cas de cancers est en train d'augmenter significativement au cours des ces trois dernières décennies. Les données du Registre du cancer de 1986 à 2008 montre bien cette tendance, notamment pour les cancers cancer de la vessie et de la prostate chez l'homme. Les données de survie reflétant l'efficacité de la prise en charge de la maladie sont basses comparées aux survies des pays développés, ne dépassant pas 50% de survie relative à 5 ans pour les cancers urologiques. Les comparaisons avec les données standardisées à l'échelle maghrébine confirment l'ampleur du

problème et doivent susciter de véritables réflexions et une véritable volonté politique pour définir des stratégies de prise en charge, de prévention et de recherche sur ces cancers.

Le **Dr. S. Bensaci** du service d'anatomie pathologique de l'EHS Daksi traitera du **point de vue du pathologiste dans les tumeurs urothéliales**. Selon l'oratrice, le cancer de la vessie fait partie des cancers fréquents. C'est le 2ème cancer urologique après celui de la prostate. Les tumeurs de vessie sont majoritairement de nature épithéliale et correspondent essentiellement aux tumeurs urothéliales qui représentent plus de 90%. Depuis une vingtaine d'années, il est de tradition de distinguer, parmi les tumeurs urothéliales, les tumeurs dites «superficielles» (CIS, pTa et pT1) et les tumeurs envahissant le muscle vésical (pT2a-b, pT3a-b et pT4a-b). Cette distinction, initiée par les urologues, repose sur les différences de prise en charge thérapeutique qui existent entre ces deux types de tumeurs, les superficielles pouvant à priori bénéficier d'un traitement efficace par voie endoscopique. Ces tumeurs sont définies selon leur stade, leur grade et leur type histologique.

Le **Pr. D. Saighi** (Paris) traitera par la suite de **la Chirurgie carcinologique des tumeurs vésicales infiltrantes**. Dans son introduction, il rappellera quelques données épidémiologique (cancer de vessie au 5<sup>ème</sup> rang chez l'homme et au 7<sup>ème</sup> chez la femme ; 104 000 nouveaux cas /an en Europe) thérapeutique (traitement chirurgical est la référence : cystoprostatectomie chez l'homme et pelvectomie antérieure chez la femme) et pronostic (résultats médiocres). Les indications thérapeutiques sont fonction de l'évaluation de la maladie (classification pTNM) et du malade (score ASA).La mortalité péri opératoire varie entre 0,7 et 5,6 % ; la morbidité pouvant atteindre 40%. Il rapportera les résultats du service d'urologie de l'hôpital Cochin et analysera la survie en fonction du stade pT, et de l'envahissement ganglionnaire. Il discutera des 3 types de curage (limité, standard ou extensif). Il traitera également des résultats fonctionnels tant chez l'homme que chez la femme pour conclure sur les challenges devant cette pathologie, à savoir l'amélioration des résultats carcinologiques par une chimiothérapie néoadjuvante ou adjuvante et la préservation du réservoir vésicale.

Le **Pr. L. Niang** du service d'urologie du CHU de Dakar(Sénégal) abordera **le Traitement du cancer de vessie chez la femme**. Après un rappel épidémiologique et anatomopathologique, le Pr. Niang abordera le traitement qui dépend du stade TNM (résection trans-urétrale, BCG thérapie, chimiothérapie endovésicale, cystectomie et dérivations urinaires)

Le **Dr. A. Belkacem-Nacer** du CHU BEO (Alger) rapportera l'expérience du service d'urologie du CHU BEO lors d'une présentation intitulée "**Cancer de vessie infiltrant. Evolution de la prise en charge du cancer de vessie en Algérie**". A propos de 57 cas pris en charge entre janvier 2006 et aout 2010 (54 prostatectomies, 3 pelvectomies, 1 néphro-urétérostomie et 3 néphrostomies percutanées) avec une morbidité de 32 % et une mortalité de 2%.

Le **Pr. P. Beuzeboc** (Paris) clôturera cette séance en traitant de la **Chimiothérapie dans le cancer de vessie**. Après un rappel épidémiologique, il situera les objectifs d'une chimiothérapie de 1<sup>ère</sup> ligne (amélioration de la survie et de la qualité de vie et réduction de la toxicité) chez les patients "Fit" et "unfit". Il analysera les protocoles MVAC, MVAC HD, GEM-CDDP. Il traitera également des traitements de 2<sup>ème</sup> ligne et des chimiothérapies néo-adjuvante et adjuvante.

Dans le cadre d'un symposium du laboratoire LEO sur **Thrombose et Cancer**, le Pr. Mario Dicato situera la **Place de l'Héparinothérapie dans la prise en charge du patient cancéreux**.

Lors de la 4<sup>ème</sup> séance, le **Pr. A. Gerbault-Legaonech** (IGR, Paris) a présenté une très intéressante communication sur **la Curiothérapie des cancers de la verge** qui ne représente que 1 à 2 % des cancers chez l'homme en Europe et dont les facteurs de risque sont représentés par le phimosis, le semgma et le papilloma virus humain (HPV 16). La circoncision est un facteur de prévention ce qui explique la faible fréquence dans les pays musulmans et chez les juifs. Certaines lésions pré-invasives (condylome, leucoplasie, Bowen, Paget, Buschke-Lowenstein ) sont associées dans 15 % des cas à ce cancer .L'extension locale de ce cancer se fait vers le sillon balano- prépuical, les corps caverneux et spongieux ainsi que vers l'urètre. L'extension locorégionale se fait vers les ganglions inguinaux et l'extension métastatique vers les ganglions lombo-aortiques, le poumon, le foie et l'os. Le traitement fait appel à la radiothérapie (irradiation externe et curiothérapie) à la

chirurgie (pour la tumeur primitive qui peut aller de la circoncision à l'amputation de la verge et pour les ganglions : curage inguinal, pelvien voire lombo-aortique) et à la chimiothérapie. L'orateur traitera de la radiothérapie externe de la tumeur primitive et des ganglions et surtout de la curiethérapie interstitielle et de contact de faible et de haut débit de dose. L'orateur fera une description détaillée du GAG (gland applicateur de Gerbaulet) qu'il a mis au point. La survie globale à 5 ans pour la chirurgie (40 à 76 % selon les équipes) ainsi que celle de la radiothérapie (66% dans l'étude multicentrique française) dont le taux de conservation de la verge est plus élevé sont rapportés. Pour le Pr. Gerbaulet, la curiethérapie interstitielle par Iridium 192 tient un rôle important dans le traitement à visée conservatrice du cancer de la verge à condition que la technique soit bien maîtrisée, les règles de dosimétrie respectées, et les indications bien posées : tumeur limitée au gland, ne dépassant pas le sillon ballano-prépuce. Le traitement ganglionnaire est chirurgical +/- complété par radiothérapie ou radio-chimiothérapie.



Prs. Gerbaulet & Beuzeboc

Le **Dr. Kaidi** du laboratoire d'anatomie pathologique du CHU Annaba prendra la parole pour un exposé sur **les biopsies prostatiques écho-guidées transrectales : Facteurs histo-pronostiques et corrélations avec les données biologiques et radiologiques**. Les objectifs de ce travail étaient d'étudier le rôle des biopsies échoguidées trans-rectales dans le diagnostic des cancers prostatiques, de corréler les données cliniques, radiologiques et biologiques avec les résultats anatomopathologiques et de déterminer les éléments histopronostiques du cancer de la prostate. Ce travail est une étude descriptive rétrospective s'étalant sur une période de 2 années allant du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2009 portant sur 212 dossiers de malades ayant bénéficié de biopsies prostatiques écho guidées réalisées au sein du service de radiologie du CHU de Annaba. La sensibilité du PSA et du toucher rectal (TR) est élevée, estimée pour le TR à 70,87% et la spécificité à 72,63%, taux supérieurs à ceux de la littérature. Elles traduisent en réalité, un processus néoplasique à évolué dû à un retard diagnostique et à l'absence d'une stratégie de dépistage. Le toucher rectal reste cependant, un acte subjectif et le PSA un marqueur peu spécifique, L'exploration radiologique joue un rôle important dans le diagnostic du cancer, elle permet de localiser la lésion, d'évaluer sa taille et de diriger les biopsies. Le diagnostic de certitude reste cependant exclusivement morphologique. L'analyse microscopique et les facteurs histopronostiques jouent un rôle primordial dans le choix thérapeutique. La majorité de ces biopsies a été réalisée selon le protocole de Presti. Les prélèvements sont inclus par sextant. Une étude microscopique biopsie/biopsie est faite en précisant la taille de la biopsie, la taille de la tumeur, le score de Gleason, l'invasion péri neural, les embolies vasculaires. 112 cas d'adénocarcinomes à cellules acineuses ont été diagnostiqués. C'est un cancer de l'adulte, plus de 95% de nos patients ont plus de 65 ans. Le score de Gleason est de 7 dans un 1/3 des cas. On retrouve un grade tumoral élevé (grade 4 ou 5) prédominant dans plus 60% des cas. En comparant les cas de score 4+3 versus ceux de score 3+4 on note que lorsque le grade 4 prédomine ces tumeurs sont souvent plus expansives et agressives avec une effraction capsulaire observée dans 58% vs 10% lorsque le score est de 3+4. Ce score est corrélé à l'agressivité tumorale ; les tumeurs

peu différenciées (score  $\geq 8$ ) sont dans plus de 90% des cas de stade pT3a. Les cancers prostatiques de score 6 (18,75%) ne montrent pas d'effraction capsulaire. L'invasion péri-neurale est observée dans 56% des cas alors que les embolies vasculaires, en relation avec les tumeurs de haut grade (score  $\geq 9$ ), n'ont été notées que dans 5 cas. Ceci montre que la majorité de nos cas sont diagnostiqués à des stades déjà évolués de la maladie (65% sont inclus dans le groupe défavorable d'Amico). Peu de cas de prostatectomie ont été étudiés et dont l'examen révèle une bonne corrélation avec les résultats des analyses des biopsies échoguidées. Le score de Gleason est presque toujours identique. Il a été sous évalué sur biopsie dans seulement 3 cas avec un point d'écart dans deux cas et 2 points dans un cas.

Melle **A. Boughalia**, physicienne au CAC de Blida fera une **Evaluation des plans de traitement en 3D à travers la fonction « EUD » dans le cas du cancer de la prostate.**

Le traitement du cancer de la prostate par radiothérapie a nettement évolué ces dernières années ou la radiothérapie conformationnelle tridimensionnelle « RTC-3D » s'est imposé en routine clinique grâce au développement conjoint de la puissance des stations de calcul à savoir les systèmes de planning de traitement « TPS » mais aussi la nouvelle technologie des appareils de traitement et l'introduction des collimateurs multi lames « MLC ». En effet, la radiothérapie conformationnelle est une technique de traitement qui est mieux tolérée que la radiothérapie conventionnelle, puisque nous arrivons non seulement à conformer la forme du champ d'irradiation à la forme du volume cible mais aussi à avoir moins d'effets secondaires particulièrement en ce qui concerne le rectum qui est un organe très critique dans le cancer de la prostate. Malgré cette précision dans le calcul de dose, il est important de procéder à une évaluation du plan de traitement avant son exécution, pour cela nous sommes axés sur le choix d'une fonction mixte (physique et biologique) qui est l'équivalent de dose « Equivalent Uniform Dose : EUD ». Cette fonction mixte nous offre la possibilité de répondre aux critères physiques (exemple : la dose reçue aux différents points du volume cible doit être le plus proche possible de la dose prescrite) et biologiques (en exemple : avoir une idée sur la qualité d'un protocole adopté). En conséquence, un programme a été établi pour cette fonction objective d'évaluation et a été validé pour un échantillon de patients traités pour le cancer de la prostate en « RTC-3D » et a démontré l'efficacité thérapeutique obtenue pour ces patients à travers les résultats obtenus.

Le **Pr. Gerbaulet** reviendra de nouveau pour présenter **la Curiethérapie par implants permanents des cancers de la prostate et par curiethérapie de haut débit (HDR)**

**Rappels historiques** : En France dès le début du siècle dernier (1909) les premières curiethérapies de cancers de la prostate sont réalisées par radium soit par voies chirurgicales, soit par voies naturelles. Au cours des décennies suivantes (1914-1915) la radiumthérapie se développe aux Etats-Unis pour les mêmes indications. Un demi-siècle plus tard (1972) l'utilisation de l'or colloïdal puis des grains d'iode permettent les débuts de la curiethérapie par implants permanents. A l'IGR (1975), un nouveau mode de curiethérapie est utilisé : per-opératoire par fils d'iridium. Moins de dix années plus tard (1983) Holm, s'appuyant sur l'utilisation de l'échographie endorectale, établit les fondements de la curiethérapie prostatique par implants permanents de grains d'iode. En 1991 Martinez (USA) réalise la première curiethérapie de haut débit soit en monothérapie soit plus souvent en complément d'une radiothérapie externe.

**Essor de la curiethérapie** : Actuellement dans les pays industrialisés les cancers de la prostate sont diagnostiqués à un stade localisé dans 60% des cas, à un stade régional dans 35% et à un stade métastatique dans 5%. Pour ces formes locales, largement majoritaires, différents traitements peuvent être indiqués : chirurgie, radiothérapie externe, curiethérapie, hormonothérapie voire abstention et surveillance. La curiethérapie est, depuis les trois dernières décennies, en plein essor : aux Etats-Unis 40 à 50.000 implantations par an. En Europe elle se développe de façon exponentielle dans la plupart des centres de traitement grâce à une collaboration active et efficace avec les urologues, et à la demande accrue des patients pour un traitement conservateur. Ainsi en France entre 1996 et 2008 les indications de prostatectomie radicale seraient passées de 85% à 34%, celles de radiothérapie externe de 10% à 30%, et celles de

curiethérapie de 5% à 36%. Le nombre de cas annuel est passé : pour les Etats-Unis de 3955 en 1994 à 82000 en 2006, pour l'Europe de l'Ouest de 1840 en 2000 à 7650 en 2006, enfin pour la France de quelques centaines en 1997 à 1500 en 2007 avec, en projection, 3000 prévisibles en 2010.

**Techniques :** L'objectif est d'irradier la prostate à dose efficace et homogène en évitant que les organes à risque ne reçoivent une dose pouvant entraîner des effets secondaires délétères. Deux méthodes sont utilisées : les implants permanents, ultra faible débit (Iode 125, Palladium 103), les implants temporaires, haut débit de dose (Iridium 192, Cobalt 60).

1) Implants permanents : deux techniques sont employées : avec pré-planning ou en temps réel. a) Pour le pré-planning un relevé précis de la topographie prostatique et de la future position et du nombre de sources est réalisé sous échographie, puis 2 à 3 semaines plus tard l'implantation, respectant scrupuleusement les données du pré-planning, est effectué. b) En temps réel l'implantation se fait en un temps : étude échographique, implantation des grains périphériques puis des grains centraux grâce à l'optimisation de l'image de la prostate en 3 D. Le calcul de dose post-implant est basé sur l'utilisation des images TDM (J1) et IRM (J30) qui sont transférées sur la console de dosimétrie. Les doses délivrées sont de 145 à 160 Gy en 6 à 8 mois à la totalité du volume prostatique.

2) Implants temporaires (curiethérapie HDR) : Comme pour les implants permanents l'intervention se fait sous contrôle échographique. Le volume prostatique est déterminé puis des aiguilles métalliques (pouvant être remplacées par des tubes plastiques) sont implantées dans la prostate.

L'étude en 3D de la distribution de dose permet de décider du trajet et des temps d'arrêt (dwell time) de la source miniaturisée (Iridium ou Cobalt) qui se déplace pas à pas (stepping source). Le rôle du projecteur de source (exemple présenté Multi source HDR) est primordial.

Les doses délivrées restent variables d'un centre à l'autre : pour RTE + CT : RTE de 45 à 55 Gy, CT 1 à 3 fractions de 4 à 15 Gy par fraction ; pour la CT exclusive 2 à 4 fractions de 8 à 15 Gy par fraction. Le volume irradié varie de la totalité de la prostate à l'inclusion de la capsule voire des vésicules séminales.

**Indications :** 1) Implants permanents : Pour la CT exclusive essentiellement les patients à bas risque T0-T1-T2a, N0, M0, vol. prostatique < 50-60 cc, PSA < ou =10, Gleason < ou =6. Certains patients à risque intermédiaire avec un PSA compris entre 10 et 15, un Gleason à 7 (3+4) pour les 2 cas tous les autres critères étant remplis. Des études sont en cours dans le cadre d'association RTE + CT.

2) Implants temporaires (CT HDR) : Les indications sont plus larges, le + souvent par association RTE + CT, T1b-T3b, M0, PSA et Gleason indifférents. La CT exclusive s'adresse plutôt aux patients à risque intermédiaire.

**Résultats :** 1) Implants permanents : Différentes études sont présentées en fonction des groupes à risque (Bas : I, Intermédiaire : II, Haut : III). En fonction de l'augmentation des doses de RTE le contrôle biochimique passe pour le groupe I de 98, 81 à 59%, pour le II de 87, 60 à 42%, pour le III de 70, 42 à 21%. Pour la CT 2 études (A, B, C) sur la réponse biochimique par groupe : A I 78%, II 69%, III 45% ; B I 85%, II 75%, III 60% ; C : dose > 140 Gy 90%, dose < 140 Gy 61% à 10 ans. Une revue de la littérature portant sur plus 8000 patients montre une DFS comprise entre 77 et 91% avec un recul allant de 4 à 15 ans. 2) Implants temporaires (CT HDR) : Une 1ère étude compare 2 groupes de patients traités par implants permanents et par CT HDR, les survies globales actuarielles à 5 ans respectives sont de 93 et 99%. Un second groupe (586 pts dont 30% de T3) traité par RTE+CT HDR a un contrôle biochimique de 53 à 78%.

**Complications :** Leur analyse est complexe et doit être faite en comparant si possible les autres moyens de traitement. L'analyse médico-économique français (545 pts inclus, implants permanents) répond à ces critères : en faveur de la chirurgie dysurie, impériosité, rectite ; en faveur de la CT incontinence, impuissance ; en faveur de la RTE incontinence, impuissance, hospitalisation-coût. Incontinence, rectorragies et troubles de l'érection sont analysés en fonction de leur évolution avec le temps. Pour les implants temporaires (CT HDR), pour les associations RTE + CT HDR le taux de complication GU/GI de Gr 3 est compris entre 2 et 8%. En monothérapie la toxicité chronique (taux



actuariel) la comparaison implants permanents/CT HDR est à 5 ans en faveur de la CT HDR pour les GR1, alors qu'il est très comparable pour les GR2 et 3.

**Conclusion** : Après un rappel sous forme de 4 tableaux résumant la comparaison de différents modes d'irradiation en fonction des groupes à risque nous pouvons conclure que « les énormes progrès techniques de la curiethérapie des cancers de la prostate, les résultats obtenus ont entraîné un essor de ce mode de traitement à visée conservatrice et ont permis de mieux définir ses indications/ groupes à risque ».

Le **Dr. C. Kaidi** reviendra également pour présenter **le conditionnement des biopsies prostatiques au niveau du laboratoire de Pathologie et prise en charge macroscopique des pièces de prostatectomie totale**. L'étude microscopique des biopsies prostatiques est le seul moyen qui permet d'affirmer la présence d'un cancer. Les recommandations actuelles préconisent de réaliser 12 biopsies en sextant. Concernant le conditionnement des biopsies, peu de recommandations ont été éditées. Ces biopsies doivent être transmises au laboratoire dans des flacons indépendant. Nous incluons les biopsies par sextants et non plus séparément, mais en marquant les biopsies latérales afin de réaliser un compte rendu détaillé biopsie/biopsie. Ceci nous permet de réduire la charge de travail et les délais de réponses. Les études faites montrent que l'inclusion par sextants ne provoque pas de perte de matériel à la coupe. Ces biopsies doivent être moulées à plat et parallèlement afin de limiter au maximum la perte de matériel. A notre niveau nous réalisons 3 à 6 niveaux de coupes/bloc ; ceci reste cependant insuffisant. Concernant les pièces de prostatectomies, elles doivent être orientées, totalement encrées puis mise dans le liquide fixateur pendant au moins 24 heures. La prostate est coupée en 2 lobes en prenant les 2 orifices. Nous utilisons la technique de Stanford qui consiste à prélever séparément : le col vésical en section transversale puis recoupé de manière sagittale, l'apex de la même façon et le reste du lobe et prélevé en coupes étagées transversales. Pour les vésicules séminales on prélève essentiellement les racines à la recherche d'infiltration intra canalaire. La numérotation se fait dans un ordre croissant. Dans un premier temps et pour des raisons techniques, en incluait partiellement la prostate en privilégiant la zone périphérique et en marquant par une petite incision la partie antérieure. Actuellement on inclut la totalité de la pièce et un compte rendu est réalisé incluant : la topographie des foyers tumoraux, leurs tailles, les différents score de Gleason et surtout l'état des marges chirurgicales et le stade tumoral. L'analyse des bandelettes neurovasculaires n'est pas encore pratiquée à notre niveau mais constitue, en collaboration avec le service d'Urologie, notre prochaine priorité.



**Pr. A. Ayadi, A. Lankar & A. Djemaa**

Lors de la 5<sup>ème</sup> et dernière séance de cette 2<sup>ème</sup> journée,

Le **Dr. N. Boukadoum** du CHU Annaba présentera une communication intitulée : **Comment nous réalisons une biopsie transrectale échoguidée de la prostate**.

Objectifs : Décrire la technique de réalisation de la biopsie prostatique transrectale échoguidée dans le cadre du diagnostic du cancer de la prostate. Communiquer les résultats de notre série. Matériels et méthodes : Trois cent cinquante (350) patients ont bénéficié d'une biopsie prostatique transrectale échoguidée devant une anomalie au toucher rectal et/ou un taux de PSA > 4ng/ml. En plus des prélèvements dirigés sur les zones suspectes, 12 biopsies randomisées en sextant ont été effectuées afin de détecter les éventuels foyers cancéreux non palpables et

isoéchogènes. Pour améliorer la tolérance, une anesthésie locale a été réalisée chez tous nos patients. Résultats : Dans notre série, le taux de détection du cancer de la prostate atteint 47%. Aucune complication n'est constatée. Des corrélations avec les résultats des pièces de prostatectomies sont présentées. Conclusion : La biopsie prostatique transrectale échoguidée est, actuellement, le seul moyen permettant le diagnostic et la cartographie du cancer de la prostate. L'innocuité et l'efficacité des biopsies prostatiques passent par l'information et la préparation des patients et le respect des précautions d'asepsies.

Le **Pr. K. Benakila** du service d'urologie du CHU BEO d'Alger présentera **les Résultats de la chirurgie curative dans les cancers de prostate localisés**. Cet auteur a rapporté une série de 50 cas (49-72 ans) traités par prostatectomie radicale rétropubienne avec conservation du col vésical chez la plupart des patients. 27 ont eu un curage ganglionnaire. Les résultats : continence 80% ; érection spontanée moins de 15 %. Une récurrence biologique (définie par un taux de PSA > 0.2ng/ml) a été notée dans 44%.

Le **Dr. H. Djedi** traitera de la **Prise en charge du cancer de la prostate hormono-réfractaire «Expérience du service d'onco-hématologie du CHU Annaba»**.

**Introduction** : Environ 70% des patients ayant un cancer de la prostate se présentent avec une maladie localement avancée ou métastatique au moment du diagnostic. A ce stade, le traitement repose sur l'hormonothérapie et les biphosphonates. L'échappement hormonal étant inéluctable, le recours à la chimiothérapie demeure la seule option thérapeutique lorsque l'état général le permet, le Docetaxel étant le standard actuel. **Matériel & méthodes** : De Janvier 08 à Juillet 10, 25 patients avec cancer de la prostate hormono- réfractaire prouvé histologiquement ont été pris en charge dans notre service. L'âge moyen était de 71 ans. L'indice de Karnofsky (IK) moyen est de 70% (40-90%). Une manipulation hormonale a été tentée chez toutes les malades avant de tenter une chimiothérapie. Le temps moyen jusqu'à progression vers l'hormono-résistance était de l'ordre de 24,7 (range : 8 – 83 mois). Les métastases osseuses étaient présentes chez tous les patients en association avec des localisations hépatiques (3 patients), pulmonaires (2 patients), ganglionnaire (1 patient). **Résultats** : Après appréciation de l'état général et évaluation oncogériatrique chez les patients de plus de 65 ans, 19 patients étaient éligibles pour recevoir une chimiothérapie en association avec les biphosphonates & les analogues de LHRH. Docetaxel était le traitement de 1ère ligne chez tous les pts sauf pour un ayant eu la Vinorelbine. Quatre pts ont eu une chimiothérapie de 2e ligne. Un bénéfice clinique a été obtenu chez tous les patients : réduction de la consommation des antalgiques dans 79% des cas ; prise de poids chez 53% des pts, amélioration de l'IK dans 58% des cas. Les données de la réponse objective et la survie seront présentées. La tolérance est estimée acceptable, cependant le Docetaxel administré selon le schéma hebdomadaire semble être moins toxique. **Conclusion** : Le cancer de la prostate étant un cancer du sujet âgé, la chimiothérapie au stade d'échappement hormonal doit être discutée et proposée à tous les patients en prenant en compte l'état général et les données de l'évaluation gériatrique. De nouvelles molécules sont en cours de développement et d'évaluation et pourraient contribuer à améliorer le pronostic à ce stade.

Un symposium du laboratoire Astra Zeneca permettra au Pr. M. Zerbib de traiter de :

- **Hormonothérapie du cancer de la prostate**
- **Etat de l'art sur la prise en charge du cancer de la prostate résistant à la castration: nouveaux concepts, nouvelles molécules.**

La matinée du 3<sup>ème</sup> jour sera consacrée essentiellement au cancer du rein.

Le **Pr. S. Berkane** de l'hôpital Bologhine d'Alger **Prise en charge du cancer du rein dans un service de chirurgie viscérale**. Le cancer du rein reste de traitement chirurgical jusqu'à l'heure actuelle malgré les progrès du traitement médical. Cette étude rétrospective a pour but d'analyser les résultats immédiats et lointains de la prise en charge dans notre service. Nous avons colligé 37 cas de cancers du rein, répartis entre 21 femmes et 16 hommes, d'un âge moyen de 55 ans (24-77ans). Les tumeurs étaient situées à droite chez 16 patients, à gauche chez 19 et bilatérale chez 2 patients. La maladie était métastatique chez 5 patients (13%). 3 patients n'ont pas été opérés (8%). 3 patients ont eu uniquement une laparotomie exploratrice (8%) et 31 patients (84%) ont eu une néphrectomie. 5 patients (13%) ont eu une geste associée à cette néphrectomie. 6 patients (16%) ont eu des suites opératoires compliquées avec 3 décès (8%) (2 hémorragies et une sans cause apparente) et 3 ont présenté une insuffisance rénale, une hémorragie et une hyponatrémie.

A distance, les patients avec résection palliative ont eu une survie moyenne de 12 mois alors que ceux ayant bénéficié d'une résection curative ont eu une survie moyenne de 50 mois. A l'heure actuelle, 10 patients sont en vie sans récurrence. Les sites de récurrence sont l'os, le cerveau et le foie. **Conclusion** : la résection chirurgicale du cancer du rein reste le pivot du traitement de cette maladie. Les résultats immédiats sont acceptables alors que ceux à distance restent pour une large mesure tributaire du stade au moment du diagnostic.

Le **Pr. Y. Hammoudi** (Paris, hôpital Kremlin-Bicêtre) **Néphrectomies partielles dans les tumeurs du rein**. Après avoir rappelé les étapes par lesquelles est passée la néphrectomie partielle (meilleure connaissance de l'histoire naturelle du cancer, problème de la durée de l'ischémie etc.), le Pr. Hammoudi rappellera que 15-20% des tumeurs  $\leq 4$ cm sont bénignes et que les petites tumeurs malignes  $< 4$ cm sont dans de bon pronostic, le plus souvent incidentales, de bas stade et grade; 20% sont papillaires et que le risque de décéder du cancer est  $< 5\%$  alors que le risque de décéder d'une autre cause  $\approx 20\%$ . Comparée aux autres modalités thérapeutiques, la NP reste le meilleur traitement oncologique des petites tumeurs. Cette NP pouvant être réalisée par chirurgie conventionnelle, par coelioscopie ou par robotique. Il insistera sur le principe de réalisation d'une résection totale de la tumeur tout en préservant la fonction rénale. Une marge positive: c'est la présence de cellules tumorales au contact du plan de coupe (encre de chine) et l'absence de pseudo-capsule associée ou non à une lame parenchymateuse saine (0.8 à 6.9% dans la littérature). Il détaillera la technique grâce à des séquences filmées et donnera les recommandations de l'AFU 2010.

Le **Pr. Bensalem** traitera des **options thérapeutiques dans le cancer du rein métastatiques**. La prise en charge du cancer du rein M+ ayan bénéficié grands progrès depuis les essais thérapeutiques avec thérapies ciblées à partir de 2004. L'avènement de ces thérapies ciblées a ouvert des perspectives à moyen et long termes pour de nombreux patients. Les différentes molécules sont passées en revue :

- Le Sutent , 1<sup>ère</sup> thérapie ciblée validée dans le Kc du rein M+, 1<sup>ère</sup> AMM en 2006
- Le Bévacicumab-IFN ( AMM en 2007) utilisé selon le schéma: Bévacicumab 10 mg/kg/15J-IFN $\alpha$  9 MUI s/s cut/ 21J .
- Le Sorafenib utilisé en pratique, surtout après échec d'une 1<sup>ère</sup> ligne par Sunitinib ou Bévacicumab-IFN à la posologie: 400mg X 2/J en continu, si toxicité:  $\downarrow$  à 400 ou 600mg/J
- Le Temsirolimus ( AMM en 2008) utilisé en présence d'au moins 3 facteurs de mauvais pronostic à la dose de 25 mg/semaine.
- Le Temserolimus , disponible en ATU , après échec au Sunitinib ou Sorafénib, à la la posologie: 10 mg/J en continu .

- Le Pazopanib , Présenté à l'ASCO 2009 , en 1<sup>ère</sup> ligne chez des patients chémo-naïfs ou après cytokines . Essai randomisé versus placebo: RO 30% Vs 3%, SSP 11,1 mois Vs 2,8 m (non traités) et 7,4 m Vs 4,2 m (traités).

L'objectif en matière de cancer du rein métastatique est de stabiliser la maladie à moyen, et pourquoi pas long terme pour aboutir à une Chronicisation de la maladie !

**Le Dr. S. Boughrira** présentera : **Cancers du rein et SUNITINIB**. Le cancer du rein représente environ 2% des tumeurs malignes du rein chez l'homme. Il est en constante progression. Ce néoplasme au stade métastatique est un des plus grands défis thérapeutiques de la cancérologie. Deux inhibiteurs ciblant plusieurs protéine-kinases, dont le récepteur du VEGF, permettent d'augmenter la survie sans progression des patients atteints de cancer du rein métastatique, sont actuellement commercialisés : le sunitinib (Sutent®) en première ligne et le sorafénib (Nexavar®) en deuxième ligne de traitement. **Patients et méthodes.** Nous rapportons l'expérience du service d'Onco-Hématologie dans la prise en charge du cancer du rein métastatique, à l'ère des inhibiteurs de tyrosine kinase. Notre étude a concerné une série de 11 patients atteints de cancers du rein métastatiques, adressés du service d'Urologie, CHU Annaba.

**Résultats :** De 04/2008 à 05/2010, nous avons recruté 11 patients, d'âge moyen 57 ans [50 – 72], le sex ratio est de 1,75. Le type histologique prédominant est celui du carcinome à cellules claires, le rein gauche est le siège de prédilection de la tumeur. Tous les patients étaient au stade métastatique, avec un ou plusieurs sites. Le délai néphrectomie-métastase dépasse dans la majorité des cas 12 mois. Tous les patients ont reçu du SUNITINIB à la dose de 50 mg/j, per os, 4 semaines ON/ 2 semaines OFF. Une évaluation est réalisée à 12 semaines de traitement. 40 cycles ont été administrés (1-9). Tous les patients sont évaluables pour la toxicité et 8 patients pour la réponse au traitement. Nous avons obtenu : 1 réponse complète (9%), 3 partielles (27%), soit une réponse objective (RC+RP=36%), 1 stabilisation (9%), 3 progressions (27%). 3 patients sont toujours en cours de traitement. La médiane de survie est de 9 mois (1-24 mois). La toxicité hématologique grade II était une anémie dans 2 cas ; la toxicité non hématologique est représentée comme suit : syndrome main-pied (4 patients), diarrhée (03 patients), asthénie (06 patients), toxicité cardiaque (01 patiente), aucun décès toxique n'a été noté. **Conclusion.** Le Sunitinib est une révolution dans la prise en charge de cancer du rein pour lesquels on était jusqu'alors désarmés. Ce traitement constitue à l'heure actuelle la référence thérapeutique des formes avancées du cancer du rein, avec un profil de tolérance acceptable.

Le **Dr. D. Amokrane** du service d'oncologie médicale du CPMC traitera du **Sorafénib dans le cancer du rein**. Après que ce cancer est rarement symptomatique, diagnostiqué le plus souvent à un stade avancé (20-30% d'emblée M+ ; 20-40% Stade localisé évoluent M+). L'oratrice signalera que les options thérapeutiques dans RCC avancé se limitent à l'immunothérapie (résultats et survie limités) et à la thérapie ciblée (bénéfice clinique démontré, intérêt essais et recherches+++). Les différents essais phase III de thérapie ciblée sont passés en revue (TARGET, ARCCS) avant de conclure sur l'existence de trois molécules antiVEGF (pazopanib, sutent et sorafenib) , un AC monoclonal (bévacizumab associé IFN) . Deux molécules Mtor (temsirolimus, everolimus) ont montré une efficacité significative dans le traitement du cancer du rein à cellules claires de stade avancé avec prolongation de survie . Il est urgent d'améliorer nos connaissances sur la résistance et la synergie de ces traitement pour aboutir à la sélection de la bonne molécule pour le bon patient au bon moment .

Le **Dr. N. Annane** de l'hôpital Bologhine (Alger) traitera de la **Place de la radiofréquence dans les tumeurs du rein**. Le cancer du rein n'arrive qu'au 3e rang des cancers urologiques en Algérie avec un taux d'incidence voisin de 3/100.000 chez l'homme et de 2/100.000 chez la femme. Malgré cette faible fréquence, ce cancer est d'emblée métastatique et certaines formes localisées traitées de manière curatrice le deviennent dans près de 40% des cas. Vis-à-vis de ces cas avancés, les oncologues médicaux ont de nouvelles drogues (anti-angiogéniques et inhibiteurs de la voie m-TOR)

qui ont montré leur efficacité. En matière de traitement chirurgical, arme principale de traitement, pendant longtemps, la néphrectomie totale élargie était la seule technique proposée.

La néphrectomie partielle a également fait la preuve de son efficacité dans certaines indications et depuis quelques années l'ablation par radiofréquence (RF), intervention moins effractive, représente une option dans le traitement des petites tumeurs, chez les patients à risque chirurgical, les patients présentant une insuffisance rénale, les formes multiples, en cas de tumeur sur rein unique ou tumeur bilatérale voire même en cas de récurrence. La technique utilisée est la même que celle que nous utilisons depuis quelques années au niveau du foie, avec le même type d'aiguilles. Les études préliminaires publiées dans la littérature ont montré une bonne efficacité de ce traitement et il serait souhaitable que cette arme thérapeutique puisse faire partie de l'arsenal thérapeutique en matière de traitement du cancer du rein dans notre pays.

Le **Dr. F. Ali Benamara** (hôpital Bologhine) traitera des problèmes que posent certains cancers digestifs ou gynécologiques localement avancés envahissant l'appareil urinaire dans une communication intitulée **Uretère et Cancers**. Jusqu'à une période récente, l'extension au haut appareil urinaire excréteur (uretère et vessie) d'un cancer digestif ou gynécologique était souvent synonyme de non résectabilité de la tumeur. Depuis 05 ans et dans un but de traitement radical des néoplasies digestives et gynécologiques, des élargissements à l'appareil urinaire ont été pratiqués dans notre service avec des résultats fonctionnels satisfaisants et des résultats carcinologiques moyens (stade avancé de la néoplasie primitive). Ainsi sur 10 patients présentant une tumeur digestive avec atteinte de l'appareil urinaire, seuls 3 patients ont pu bénéficier d'un élargissement à l'appareil urinaire. Il s'agit de 2 femmes et 1 homme d'âge moyen de 51,6 ans. La tumeur primitive était une tumeur carcinoïde multiple colorectale dans un cas, dans les 2 autres cas, il s'agissait de récurrences respectivement d'un adénocarcinome du sigmoïde et d'un carcinome épidermoïde du col utérin. Les gestes pratiqués ont été en plus des gestes de résection colorectale, un remplacement de l'uretère gauche par une anse iléale interposée et dans 1 cas et sur anse iléale dans les 2 autres cas une exentération pelvienne antérieure et stomie urétérale sur anse iléale dans un cas (intervention de Bricker) et sur sonde dans le 2e cas. Les suites opératoires ont été simples dans 2 cas, compliquées d'une insuffisance rénale fonctionnelle avec oligurie ayant régressé au bout de quelques jours de réhydratation, dans le 3e cas. Les résultats fonctionnels à distance étaient marqués par des infections urinaires à répétition dans les 2 cas où l'uretère a été abouché à la peau (infection à candida et à germes banaux). A noter que la patiente qui a bénéficié d'une double stomie sur sonde a par la suite été réopérée (7 mois plus tard) pour néoplasie vésicale mais malheureusement elle était en carcinose péritonéale et seul un Bricker avec néphrectomie gauche ont été réalisés suivi du décès de la patiente au 4e jour postopératoire (décès en rapport avec un syndrome de Mendelson). Quant à la survie à long terme des 2 autres patients, leur décès est survenu à distance du geste (2 ans et 3ans) des suites de l'évolution de leur maladie néoplasique (carcinose et Métastases hépatiques). Ainsi, bien que l'élargissement de l'excrète d'un cancer digestif ou gynécologique à l'appareil urinaire excréteur haut alourdisse de façon conséquente le geste opératoire, il ne doit plus être une contre indication à une excrète R0 sous réserve de l'acquisition d'une technicité rigoureuse (technique chirurgicale et moyens).

Le **Pr. N. Kanoun** de l'HCA présentera **Les cancers multiples**. Décrite pour la première fois par Billroth en 1889, l'existence de cancers primitifs multiples chez un même patient est rare. Elles représentent 2 à 5% de l'ensemble des cancers. Ils sont définis par l'existence de plus d'une tumeur primitive dans des organes différents ou de 2 tumeurs primitives ou plus développées à partir de différents types de cellules au sein d'un même organe. Les cancers dits synchrones sont diagnostiqués de 0 mois l'un de l'autre et métachrones s'ils sont diagnostiqués après 6 mois l'un de l'autre. Leur fréquence dans la population des cancéreux est variable selon les séries de 4.2% à 8%. Les séries autopsiques rapportent des taux plus élevés jusqu'à 36%. De nombreuses théories ont été avancées pour expliquer la survenue chez un même malade des cancers primitifs multiples dont la théorie hormonale, environnementale, génétique, immunologique ou iatrogènes. Cependant,

l'intoxication tabagique joue un rôle déterminant dans la survenue de nombreux cancers parmi lesquels on retrouve. Les cancers broncho-pulmonaires en particulier les carcinomes à petites cellules, le cancer de vessie, (c'est le cas de deux de nos patients) le pancréas et le rein. Le 3e patient présente une association d'un cancer de prostate et d'un cancer du sein.

Au cours de ces journées, plus de 80 communications affichées ont été présentées. Elles ont intéressé :

1. les tumeurs du testicule
2. Les tumeurs du rein
3. La toxicité des drogues de chimiothérapie
4. les tumeurs de la prostate
5. Les tumeurs de vessie
6. L'alimentation et cancer
7. L'infection et cancer
8. Les métastases osseuses
9. Les tumeurs urétérales
10. l'estimation du cout de prose en charge du cancer de la vessie en Algérie

**Le Prix du meilleur Poster a été attribué au docteur BELKHATIR Achouak pour sa communication intitulée : Les cancers urologiques d'origine professionnelle.**

**Les communications orales présentées lors de ces 6<sup>èmes</sup> JICC peuvent être consultées dans la rubrique « communications scientifiques » du site [www.santemaghreb.com/algerie](http://www.santemaghreb.com/algerie)**

**Les 7<sup>èmes</sup> journées internationales de cancérologie de Constantine se dérouleront du 14 au 16 Octobre 2011 et auront pour thème: Les cancers de la femme.**