

# 1<sup>er</sup> Congrès National d'Oncologie Médicale

Hôtel Hilton, Alger  
02 Avril 2011



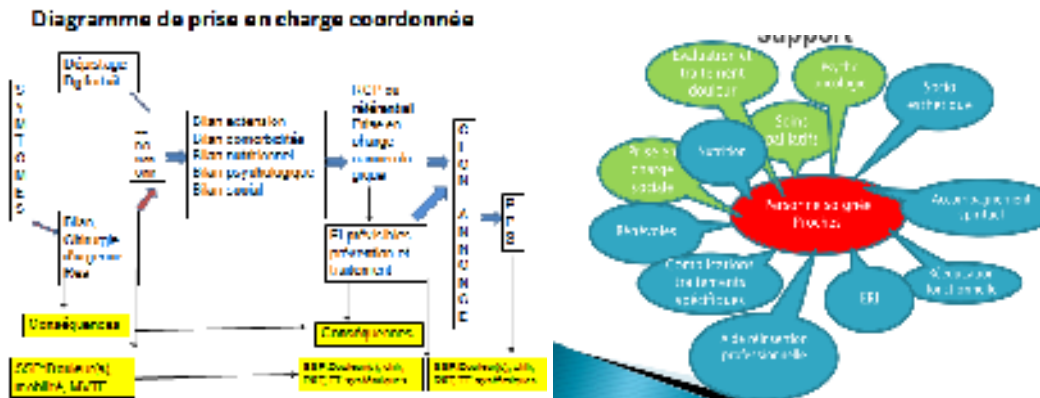
Inauguration du congrès par Mr. Ould Abbas ministre de la santé

Après avoir organisé de nombreuses manifestations scientifiques nationales et internationales dans différentes régions du pays, après avoir participé en collaboration avec la SMFC, à plusieurs universités d'été de formation, après avoir sillonné le pays avec l'association El Amel de sensibilisation de la population au cancer du sein, la jeune Société Algérienne d'Oncologie Médicale (**SAOM**, agrément obtenu en septembre 2008) vient d'organiser son 1<sup>er</sup> congrès national le 1<sup>er</sup> avril 2011 à l'hôtel Hilton d'Alger. Deux thèmes ont été retenus pour cette manifestation scientifique : **les soins de support en oncologie** et **l'état des lieux de la prise en charge du patient cancéreux dans les nouveaux services et unité d'oncologie** mis en place ces dernières années dans différents établissements hospitaliers à travers le pays .



Pour le 1<sup>er</sup> thème, à savoir les **Soins de support en Oncologie**, le 1<sup>er</sup> orateur le **Pr. Michel Marty** (Paris) a traité de *la Synchronisation des soins de support et des traitements actifs*. Il commencera par les définir comme étant l'Ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements oncologiques ou onco-hématologiques spécifiques, lorsqu'il y en a, pour assurer la meilleure qualité de vie possible aux patients tout au long de la maladie, sur le plan physique, psychologique et social en prenant en compte la diversité de leurs besoins, ceux de leur entourage et ce, quel que soit leurs lieux de soins. La synchronisation des Traitements Actifs et des Soins de Support suppose deux démarches

coordonnées qui doit permettre la proposition d'un parcours personnalisé de soin, la réalisation la plus complète et la plus confortable possible de ce parcours personnalisé, de fournir des alternatives en cas d'intolérance ou d'inefficacité du traitement actif et permettre si c'est le cas de proposer le traitement palliatif le plus adapté. Les référentiels de soins de support du NCCN sont rapportés et un diagramme proposé :



Les acteurs de la prise en charge coordonnée sont non seulement les médecins spécialistes en cancérologie mais également les médecins de la douleur et des soins palliatifs, les Infirmières et aide soignantes, les médecins traitants, les psychiatres, psychologues et gériatres, les nutritionnistes, diététiciennes, pharmaciens, rééducateurs, kinésithérapeutes, prothésistes, orthophonistes, assistantes sociales, Socio-esthéticiennes etc .

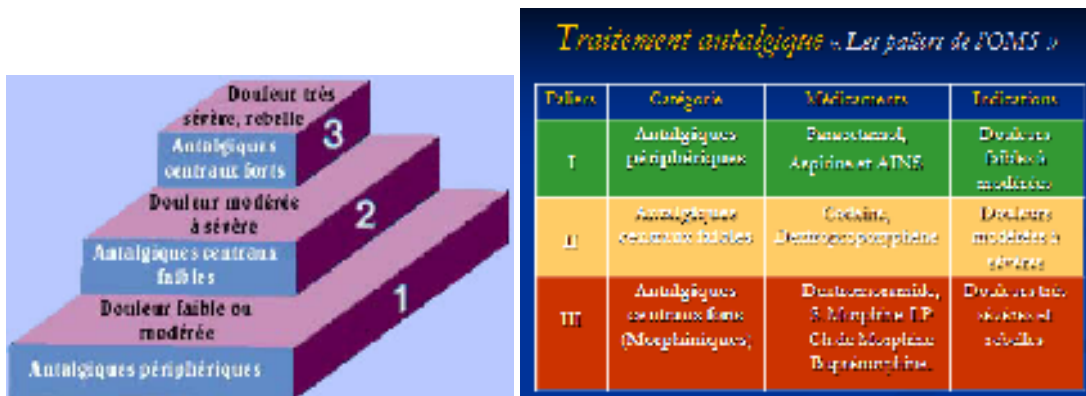


Le 2<sup>ème</sup> orateur, le **Pr. Pere Gascon** de Barcelone intitulera son exposé ; **“Update in the treatment of bone marrow toxicity and antiemetic”** en prenant l'exemple du pegfilgrastim pour la gestion de la neutropénie. Pour ce qui est de l'anémie, après avoir rappelé ses effets sur les différents organes et appareils, ainsi que ses conséquences, il proposera sa correction par l'Époetin, le veinofer et les transfusions sanguines. Concernant les anti-emétiques, il rapportera les résultats de l'utilisation de l'Aprepitant et du Palonosetron .



Le **Pr. Mohamed OUKKAL** de la Clinique Amine Zirout de Beau Fraisier (Alger) abordera le thème de **la douleur en cancérologie**. Comme définition de ce symptôme, le Pr. Oukkal celle de

l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur à savoir : " vécu désagréable, à la fois sensoriel et émotionnel, associé à un dommage tissulaire présent ou potentiel ou simplement décrit en termes d'un tel dommage ". C'est un phénomène subjectif, il y a douleur dès que le malade le déclare. La douleur survient chez 30% des patients cancéreux et 60 à 90% des patients en phase avancée. 90% des douleurs peuvent être soulagées efficacement par une prise en charge correcte. Actuellement 50 à 70% des patients ont encore mal. Les causes de la douleur chez le cancéreux peuvent être liées au processus néoplasique, aux complications iatrogènes (cathéters, chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie...), aux pathologies associées. Cette douleur aura des conséquences physiques (elle diminue ses capacités fonctionnelles), psychologiques (elle est source d'anxiété et de dépression) et sociales (elle est à l'origine d'une perte d'autonomie et d'un désinvestissement des activités relationnelles). Après avoir rapporté les différentes échelles d'évaluation, le Pr. Oukkal abordera son traitement avec ses 3 paliers. L'association de co-antalgiques (corticostéroïdes, antidépresseurs, antiépileptiques, biphosphonates ainsi que les moyens plus invasifs (neurolyse, neurochirurgie) sont également passés en revue, avant de discuter de la situation en Algérie où la majorité des patients ne sont pas soulagés, où il n'existe qu'un seul Centre Anti-Douleur (CPMC), où la disponibilité des médicaments pose problème (2 officines distribuant la morphine) du fait d'une législation datant de 1845 avec la règle des 7 jours, le carnets à souches (peu de médecins en disposent ) et un non remboursement des morphiniques.



Le Pr. **Laurent MIGNOT (Institut Curie, Paris)** abordera dans ce cadre de ces soins de support, **les Symptômes digestifs** (Carcinose péritonéale, Ascite, Dénutrition, Diarrhée Constipation) en Oncologie médicale. Pour ce qui est de la carcinose, il présentera le traitement symptomatique médical endoscopique ainsi chirurgical de l'occlusion intestinale.

Concernant l'ascite, il précisera que son mécanisme n'est pas univoque (Obstruction lymphatique, Hypoalbuminémie, Hypertension portale) que son traitement peut faire appel à la restriction sodée et traitement diurétique par spironolactone +/- furosémide, aux ponctions d'ascite itératives +/- échoguidage, au cathéter péritonéal, ainsi qu'à une nouvelle molécule : le Removab ou Catumaxomab qui est un anticorps monoclonal hybride de rat/souris dirigé spécifiquement contre la molécule d'adhésion cellulaire épithéliale (EpCAM) et l'antigène CD3. L'antigène EpCAM est surexprimé dans la plupart des carcinomes. Le CD3 est exprimé sur les lymphocytes T matures au sein du récepteur du lymphocyte T.

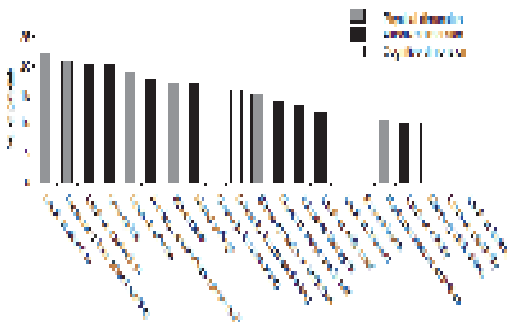
Concernant la constipation (en particulier celle liée aux opioïdes), il précisera qu'il faudra d'abord une évaluation des facteurs étiologiques ou aggravants, la prévenir par un apport en liquides: 2l/24h ; en fibres, des exercices physiques et des laxatifs.

Concernant la diarrhée qui entraîne une dénutrition, elle se définit par un poids moyen des selles > 300g/j sous une alimentation de type occidentale, pauvre en fibres. S'y associe souvent une augmentation du nombre de selles > 3/j (Une durée de 6 semaines est nécessaire pour parler de chronicité), il faudra éliminer les fausses diarrhées (celles

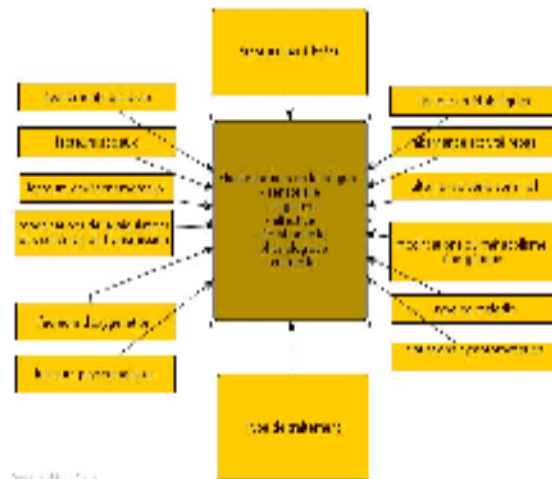
d'une tumeur villositaire, d'un cancer rectal ou d'une rectosigmoïdite inflammatoire par hypersécrétion mucipare et hydroélectrolytique, la fausse diarrhée des constipés, l'incontinence anale du sujet âgé). Le traitement sera Etiologique si possible +/- réhydratation si besoin, ralentisseurs du transit, Antisécrétoires et si stéatorrhée : régime pauvre en graisses, +/- extraits pancréatiques (Pancréase).

Quant à la dénutrition, des conseils hygiéno-diététiques peuvent l'améliorer (fractionnement de l'alimentation, soigner l'environnement du repas qui doit être enrichi en protéines et en calories) de même que les compléments oraux type Renutryl, Nutrigyl, Fortimel. La nutrition parentérale peut être indiquée si malabsorption sévère anatomique ou fonctionnelle ; syndrome occlusif aigu ou chronique ou échec d'une nutrition entérale bien conduite.

Le Pr. **Claude KRZISCH** du CHU d'Amiens traitera de la **Fatigue et Cancer**. Il s'agit du Symptôme le plus fréquent (25 à 90% des patients) et un des plus handicapants en cancérologie qui peut persister après l'obtention d'une rémission complète qui peut se définir comme : « ... état subjectif irrépressible et soutenu d'épuisement avec diminution de la capacité de travail mental ou physique non soulagé par le repos ». On note une absence de consensus dans sa définition et sa mesure : il existe des questionnaires uni ou multidimensionnels (Rotterdam Symptom Checklist, Symptom Distress Scale, Fatigue Scale of the Profile of Mood Scale (POMS), FSI, EORTC QLQ-C-30 Fatigue Scale, SF-36 Vitality Scale ...).

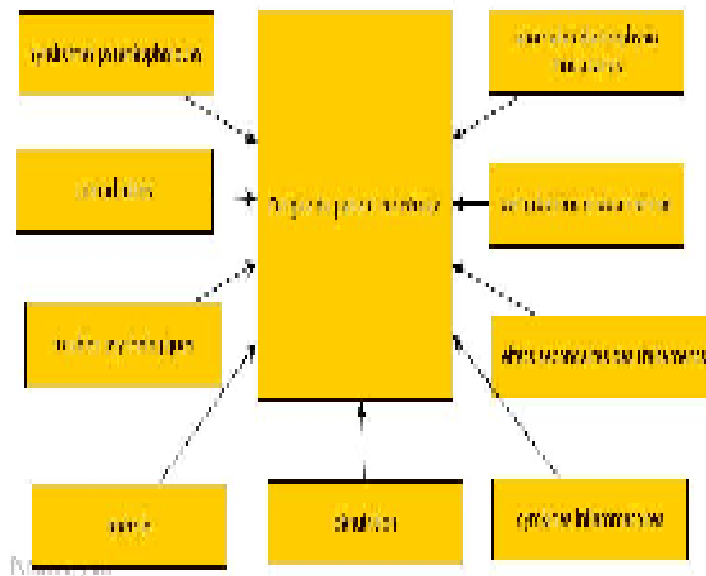


Gledhill J Eur.J.Onc. Nurs 2005



Piper BF, Lindsey AM, Dodd MJ. Fatigue mechanisms in

cancer patients: developing nursing theory. Oncol Nurs Forum 1987; 14:17-23



Le traitement de la fatigue peut faire appel à la correction d'une éventuelle anémie, à la correction de troubles du sommeil, à une prise en charge non médicamenteuse (Exercice, Groupes de parole, Thérapies comportementales, Prise en charge de la dénutrition) ou médicamenteuse (Corticothérapie, Progestatifs, +/- androgènes (hommes), Antidépresseurs et anxiolytiques Amphétamines, Ritaline, pémoline, monafinil).

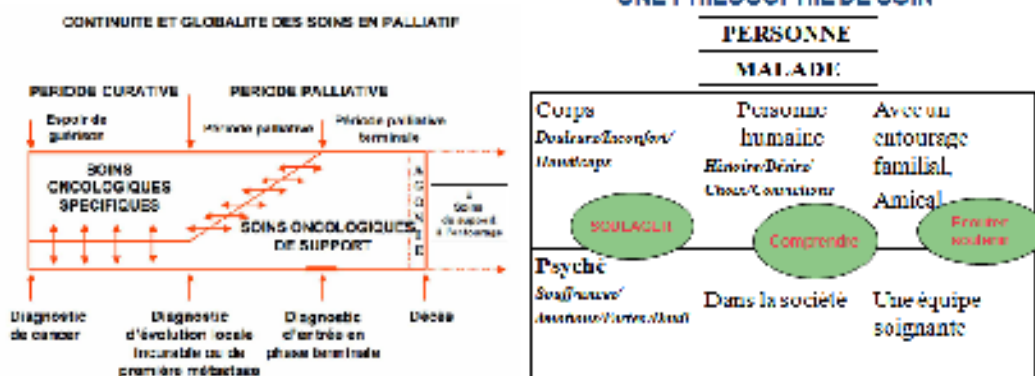
Le **Dr. Hanane DJEDI** (CHU Annaba) abordera quant à elle, [l'Accompagnement des patients en fin de vie](#). D'emblée, l'oratrice dira qu'en phase palliative : l'angoisse de fin de vie ≠ peur de mourir : apparait et augmente avec la progression de la maladie et la survenue de complications. Les soignants doivent mettre en œuvre tous les moyens à leur disposition pour soulager le patient sans altérer sa QOL et assurer «une vie digne jusqu'à la mort ».

Cet accompagnement de fin de vie est un processus dynamique qui engage différents partenaires dans un projet cohérent au service de la personne, soucieux de sa dignité, son intimité et de ses valeurs propres. De l'annonce du diagnostic jusqu'à la fin de la vie les besoins d'accompagnement relèvent des bonnes pratiques professionnelles. En phase palliative terminale, les soins palliatifs cherchent à éviter les investigations, les traitements déraisonnables et se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Selon cette approche, le patient est considéré comme un être vivant et sa mort comme un processus naturel. Confort et QOL restante sont privilégiés afin que la personne finisse ses jours dignement, avec un minimum de douleur physique et morale.

Pour le soignant , il faut **Savoir** en permanence à quelle période de la maladie le patient se trouve et la connaissance qu'il semble avoir de la situation ; **Connaitre** le mieux possible l'index thérapeutique prévisible de chaque traitement ; **Communiquer** pour connaitre le mieux possible les aspirations et les craintes de chacun .

Soigner et prendre soin dans un souci d'humanité et de continuité le patient en fin de vie en respectant sa personne physique, psychique et subtile et avec tous ses attachements culturels, spirituels et philosophiques .Reconnaitre et respecter les attentes, les demandes et les droits des patients en fin de vie et de leur entourage. Offrir un traitement spécifique pour tous les acteurs impliqués : le malade, ses proches & professionnels de santé.

## SOINS PALLIATIFS ET ACCOMPAGNEMENT UNE PHILOSOPHIE DE SOIN



Une formation du personnel soignant est nécessaire, car il faut acquérir la compétence relationnelle qui concerne l'accueil, l'écoute, l'apprentissage de la communication verbale et non verbale. La compétence technique qui concerne les techniques usuelles de soins auxquelles il faut ajouter celles des soins palliatifs et la compétence organisationnelle qui concerne la démarche participative. En Algérie, les structures de PEC en charge du cancer sont insuffisantes et mal réparties, le concept d'accompagnement est encore nouveau, il y a peu (pas) d'équipes ou de structures dédiées, aucune organisation en dehors de quelques lits dans les services d'oncologie médicale. Les malades décèdent souvent aux urgences ou à l'hôpital sans accompagnement.

En conclusion le Dr. Djeddi dira que l'accompagnement en fin de vie = démarche globale, dynamique et participative qui ne se limite pas à l'approche spécifique de la phase terminale dès lors qu'il concerne la continuité du cheminement du patient et sa famille durant toute l'évolution de la maladie et jusqu'au bout (la mort/le deuil). Les efforts déjà engagés ne doivent pas être interrompus à la phase terminale. L'acquisition de bonnes pratiques professionnelles contribue aux bonnes conduites et donc à la pertinence et la rigueur du soin, y compris dans sa dimension éthique.

Le Pr. **Laurent CALS** abordera "Les défis dans la pratique oncologique au sein des établissements". Cette pratique oncologique est un domaine complexe, au plan scientifique d'où la nécessité de connaissances pluridisciplinaires et également la nécessité de la pluridisciplinarité (Nombreux intervenants médicaux : Médecins oncologues, Spécialistes, Chirurgiens, Anatomopathologistes, Imageurs, Pharmaciens), des intervenants non médicaux (Soignants, Cadres de santé, Psychologues, Assistantes sociales, Secrétariats ...). Ces intervenants sont épars, ont des statuts différents, des besoins et des rôles variables mais ils doivent travailler ensemble.

Les établissements où se déroule cette pratique oncologique sont de taille, d'activité et de plateau technique différents. Les ressources humaines, le bassin de recrutement et les financements sont également différents, ceci en tenant compte en Algérie de l'éloignement+++ et du contexte en zone rurale.

Parmi les défis qui se posent : celui de l'efficacité, pour cela partage des compétences autour des patients par une organisation pluridisciplinaire (La RCP). Pour cela, il faut évaluer les activités, mettre en partage des compétences ; organiser les filières selon ces critères et ne laisser aucun médecin ou chirurgien sur la touche : chacun a un rôle!

**Mr. Jacques HOSTEIN** abordera l'expérience française de la gestion de la pratique oncologique au sein des établissements. Les structures de soins sont représentées par : Chirurgie : 766 établissements réalisent les interventions de chirurgie des cancers ; Chimiothérapie : 473 établissements assurent les traitements de chimiothérapie ; Radiothérapie : 176 centres

Les praticiens sont au nombre de : 650 oncologues ; 700 radiothérapeutes ; 500 radiophysiciens. L'organisation a pour but de répondre à deux défis principaux : l'équité dans les prises en charge / inégalités socio-économique et territoriales et la prise en charge globale, avant,

pendant et après le soin. Ces défis se heurtent à différentes contraintes : problèmes de démographie médicale, inégale répartition territoriale des hommes et des structures, multiplicité des acteurs de la filière. Pour relever ces défis, une organisation double au niveau national : Un ministère de la santé chargé de la politique générale (pilotage stratégique, contrôle, évaluation et d'animation) et un Institut national du cancer, agence sanitaire et scientifique de l'Etat (coordination, expertise et financement des projets dans le domaine des cancers). Une feuille de route claire et partagée (plans cancer). Des contraintes réglementaires (le système des autorisations). La mutualisation des ressources. Les complémentarités (social, sanitaire hôpital et ville, médico-social).

L'appareil réglementaire : Depuis 2009 les établissements doivent disposer d'une autorisation pour traiter les malades atteints du cancer. Trois types de conditions :

- Transversales (annonce, RCP, PPS ...)
- Critères d'agrément INCa
- Seuils d'activité

Le Pôle Régional de Cancérologie (IRFC) situé en Franche-Comté est présenté.

Après cette présentation de l'expérience française, **les responsables des nouveaux services et unités d'oncologie installés au cours de ces dernières années dans les différents hôpitaux algériens ont rapportés le bilan de leur activité.**

C'est ainsi que nous avons pu constater l'écart qui existe entre service et unité d'oncologie.

Pour ce qui est de **service d'oncologie du CHU Tizi Ouzou** dirigé par le **Pr. Ferhat** et inauguré en juillet 2006, il occupe une superficie de 200 m<sup>2</sup> comprenant 12 chambres (16 lits HDJ et 10 lits d'hospitalisation), 2 salles de préparation avec 1 hotte chacune. Le personnel comprend : 4 médecins oncologues, 16 résidents, 3 radiothérapeutes, 14 infirmiers, 2 secrétaires, 2 biologistes, 1 archiviste et 8 agents polyvalents. Le service est subdivisé en unité prenant chacune en charge une localisation néoplasique différente (Unité digestive ; Unité Sénologie ; Unité Gynécologie ; Unité Poumon et Os & Parties molles ; Unité VADS et Urologie). Si au cours de l'année 2007 seuls 604 patients ont été pris en charge, actuellement plus de 1000 malades sont pris en charge chaque année. La pathologie est dominée par les cancers du sein, du tube digestif et des voies respiratoires. Parmi les problèmes auxquels est confronté ce service il faut signaler la rupture en médicaments, la capacité d'accueil insuffisante ainsi que le sous-effectif tant en médecin qu'en paramédicaux.

Le **service d'oncologie médicale du CHU de Benflis Brahim de Batna** dirigé par le **Dr. Benbrahim**, a démarré en janvier 2009 par la création d'une unité d'hôpital de jour (sanatorium) avec (deux spécialistes, cinq infirmiers). Le nombre patients pris en charge depuis l'année 2006 n'a fait que progresser : 2006 : 289 malades 1550 cures ; 2007 : 296 nouveaux malades - 1600 cures ; 2007 : 296 malades 1600 cures ; 2008 : 421 nouveaux malades ; 2008 : 421 malades 2000 cures 2009 : 545 nouveaux malades : 2009 : 545 malades 3038 cures ; 2010 : 567 nouveaux malades. La perspective est l'ouverture prochaine du CAC de Batna qui occupe une superficie de 68000 M2 dont 24000 M2 bâtie. C'est un centre à vocation régionale doté d'un plateau technique riche et varié permettant une prise en charge rapide et efficace (Centre d'imagerie Médicale : I.R.M, TDM, mammographie, angiographie, échographie, 2 salles de radiologie conventionnelle ) Médecine Nucléaire : Unité de scintigraphie ; Une unité de transfusion sanguine ; un laboratoire d'anatomie pathologique ; un laboratoire de microbiologie, parasitologie et de biochimie. Ce CAC dispose de 240 lits répartis ainsi : Service Oncologie : 73 lits ; Service Hématologie : 42 lits ; Service D'hospitalisation Chirurgicale : 30 lits ; Service D'hospitalisation Radiothérapie : 20 lits ; Service de Curiothérapie : 12 lits ; Unité d'anesthésie Réanimation et Soins Intensifs : 19 lits : bloc Opératoire (Salle de Réveil) : 08 lits.

La Clinique Amine ZIROUT inauguré le 12 janvier 2011 et dirigée par le Pr. **M. OUKKAL** est une structure composée de 3 niveaux (300 m<sup>2</sup>):

- Un sous sol : 1 salle d'attente, 2 box de consultations externes, 1 pharmacie, 2 salles de préparations des médicaments et un labo d'analyses médicales.
- Un RDC : Une salle d'attente, 2 box pour les infirmiers, 2 salles de traitement, 2 box de consultation, une salle de colloque et 3 bureaux pour les médecins.
- Un étage : non encore rénové

Le personnel se compose d'un directeur, 1 chef de service, 6 médecins spécialistes, 1 pharmacienne, 2 biologistes, 2 infirmiers, 1 surveillant général et 10 agents polyvalents.

Son activité se compose de 2 consultations externes tous les jours (5/7 jours), 20 cures de chimiothérapie par jour en ambulatoire (HDJ) et un colloque hebdomadaire tous les jeudis après midi. Depuis son ouverture, cette clinique a pris en charge 763 patients en Consultations externes et traité 298 patients (Nombre de cures = 425). Le profil épidémiologique des patients traités est le même que celui de Tizi Ouzou. Les difficultés auxquelles est confronté ce service sont représentées par : le manque de personnel paramédical, de préparateurs en pharmacie, de matériel de laboratoire (Coulter et robot de biochimie), de hottes pour préparation de cytotoxiques et la pénurie de certains médicaments ainsi que la disponibilité des antalgiques majeurs.

Comme il fallait s'y attendre, les unités d'oncologie médicale gérée par de jeunes oncologues médicaux (1 seul par unité !) bien que plus anciennes, posent nettement plus de problèmes. Nous les présentons par ordre de création :

L'unité d'oncologie médicale de l'E.P.H Oued-Amizour (créée en janvier 2007), dirigée par le Dr. **S. DAOUDI** comprend une salle de six lits, 2 de trois lits, 2 salles d'aplasie de deux lits chacune, une salle de préparation des protocoles de chimiothérapie, comportant une hotte à flux laminaire et une salle de soins. Le personnel exerçant dans la structure comprend : deux oncologues médicaux, deux médecins généralistes, un surveillant médical, cinq infirmiers préparateurs et un secrétaire médical. Durant l'année 2010, 2600 cures de chimiothérapies et thérapies ciblées ont été administrées 965 cures chez les hommes et 1635 chez les femmes.

Le service d'oncologie médicale de l'E.P.H Mohamed Boudiaf de Ouargla (créée en décembre 2007) est dirigé par le Dr. **A. BELACEL**. Il dispose de 7 chambres de 22 lits au total, 1 salle de soins, 1 salle d'archive et une pharmacie. Le personnel se compose d'un médecin oncologue, 2 médecins généralistes, 3 infirmiers, un pharmacien et un TSS en pharmacie, 2 psychologues, un surveillant médical, une secrétaire médicale, un agent d'hygiène et un agent de sécurité. Entre 2008 et 2010, 594 patients ont été pris en charge. L'activité au cours de l'année 2010 comprend 2 consultations par semaine (10 patients accueillis en moyenne par jour pour chimiothérapie). En 2010, 1423 cures ont été effectuées. Les difficultés rencontrées par le responsable de ce service sont : Le bas niveau socio-économique des patients, l'éloignement par rapport aux différentes structures de santé, le manque d'effectif spécialisé et expérimenté en radiodiagnostic, en anatomopathologie, en chirurgie etc., les ruptures répétées en médicaments.



Drs. **W. LAOUACHRA**, **N. LAOUAR** et **A. BELACEL**

**L'unité d'oncologie médicale de l'E.P.H de Djelfa** (créée en aout 2008) au sein du service de médecine interne est dirigée par le **Dr. F.BRANECI**. Elle été aménagée et adaptée (paillasse - hotte dans la salle de préparation). Deux infirmiers ont bénéficiés d'une formation au CAC Blida. L'unité est fonctionnelle depuis janvier 2009. Cette unité est constituée de 12 lits partagés sur 3 chambres, un bureau de médecin, une petite salle d'archives et une salle de préparation de la chimiothérapie. L'équipe est constituée actuellement d'un oncologue, de deux médecins généralistes, de trois infirmiers et d'une secrétaire médicale. Sur deux années, 746 patients ont été pris en charge.

Parmi les difficultés signalées par l'oratrice : la qualité de la prise en charge qui reste limitée en particulier en matière d'explorations d'imagerie, d'anatomopathologie et de biologie, ce qui obligent les malades à aller vers les villes du nord. Un autre problème signalé ,est celui de la prise en charge chirurgicale des patients cancéreux malgré la présence de près d'une vingtaine de chirurgiens non spécialisés en chirurgie oncologique et la présence d'un seul réanimateur. De même avec l'augmentation de l'activité de l'unité, l'infrastructure devient insuffisante (malgré l'ajout de 6 lits : 12 a 18lits). L'organisation du travail devient de plus en plus difficile : inexistence de locaux pour pharmacie, archives, bureau de médecins de secrétariat et de chambre d'infirmiers. Face à cette activité croissante; un seul oncologue ne peut assumer convenablement sa spécialité d'autant plus qu'il joue quotidiennement et obligatoirement le rôle du gestionnaire, tantôt le rôle du pharmacien et tantôt celui du généraliste.

L'unité d'oncologie médicale de Djelfa rencontre en outre beaucoup de problèmes de communication avec les responsables de l'EPH due d'une part à l'incompréhension des responsables non habitué à gérer ce genre d'activité ; d'autre part une instabilité au niveau de la direction (5 directeurs en une année ). Enfin le pharmacien gérant les commandes de l'hôpital n'est pas habitué à la gestion des médicaments pour l'oncologie ce qui fait que les commandes sont réduites et non renouvelées systématiquement ce qui complique les taches de l'oncologue. Enfin, dépendant de la Pharmacie Centrale de Biskra qui ne subvient pas régulièrement à nos besoins, l'unité se trouve souvent confrontée à des ruptures régionales surajoutées aux ruptures nationales.

**L'unité d'oncologie médicale de l'E.P.H Laghouat** (créée le 1er septembre 2008), dirigée par le **Dr. ZB. BENLAHRACHE**, Compte 16 lits d'hospitalisation ambulatoire : répartis sur 4 salles. Le personnel du service est composé de : 1 oncologue médical ; 1 médecin généraliste. ; 2 infirmiers ; 1 secrétaire médicale ; 2 psychologues. Du 01 –septembre 2008 au 28 février 2011, cette unité a pris en charge 594 (essentiellement des cancers du sein). Parmi les difficultés rencontrées par cette unité, on peut citer : la réticence de la direction à investir dans un nouveau service : trop couteux ; l'hésitation des paramédicaux à rejoindre l'oncologie, l'absence de service d'hospitalisation : dépendance d'autres services, la PCH régionale : problème d'approvisionnement en médicament et les conditions climatique: chaleur extrême. Pour le Dr. BENLAHRECHE, Il est nécessaire d'envoyer une équipe pluridisciplinaire avec les oncologues médicaux en vue d'optimiser la prise en charge du patient.

Ainsi l'unité d'oncologie médicale du CHU Sétif (créée en novembre 2008), dirigée par le **Dr. H. A. DIB** est située dans le service de pneumologie et de ce fait ne peut prendre en charge (en hospitalisation) que des patients atteints de cancers de l'appareil pleuro-pulmonaire. Entre novembre 2008 et mars 2011, elle a assuré 1905 consultations.

L'unité d'oncologie médicale de l'E.P.H de E.P.H Dellys (créée en mai 2009) au sein du service de médecine interne, est dirigée par le **Dr. W. LAOUACHRA**. Elle comprend une salle de chimiothérapie de 08 lits séparée en 02 pavillons (Hommes et femmes) contenant chacun 04 lits ; un bureau pour les médecins ; un bureau pour paramédicaux, une Salle de préparation de chimiothérapie, une petite salle d'attente. Le personnel du service est composé de 2 oncologues, 1 médecin généraliste, 1 psychologue, 2 paramédicaux, 1 surveillant médicale, 1 agent polyvalent. De Juin 2009 au Mars 2011 nous avons recruté 80 malades. Pour le Dr. LAOUACHRA, les difficultés rencontrées se résument principalement dans le manque de principales drogues de chimiothérapie qui sont fournies en quantité insuffisantes à chaque commande. Cependant, l'unité s'organise de plus en plus et le personnel de tout l'EPH (Directeur, médecins spécialistes et généralistes) comprend actuellement le grand intérêt d'une activité d'oncologie médicale au sein de chaque EPH, ce qui rend notre mission plus facile dont le 1<sup>er</sup> but est d'assurer le confort, la prise en charge et l'amélioration de la qualité de vie de nos patients.

L'unité d'oncologie médicale de l'E.P.H Bordj Menaiel (créée en juin 2009), dirigée par le **Dr. N. ABED-BENMELHA** dispose d'un médecin oncologue, un infirmier, une salle de préparation de chimiothérapie et de 2 chambres d'hospitalisation du jour H/F avec 08 lits au niveau des UMC (médicales). Du 1<sup>er</sup> juin 2009 au 1<sup>er</sup> Avril 2011, elle a pris en charge 215 malades.

L'unité d'oncologie médicale de l'E.P.H de Sidi Ghiles (dont la proposition de création date de décembre 2007 mais arrêté ministériel: Mars 2008, Aménagement débuté en juin 2008 et arrivée du premier médecin oncologue: juin 2009) est dirigée par le **Dr. N. LAOUAR**. Depuis juin 2009, l'unité créée au sein du service de Médecine Interne occupent 20-34 lits/semaine. Elle dispose de 03 infirmiers (affectés en oncologie médicale), 2 médecins généralistes / j. Un service d'oncologie médicale est en cours de réalisation. *Une fois réalisé, il comportera: 02 grandes salles, 6 Chambres, d'une capacité totale de 30 lits, Une salle de préparation de chimiothérapie. Une pharmacie ; Des bureaux: surveillant médicale, infirmiers, médecins, secrétaire, Chef de service. Une salle de travail. Une salle d'attente. Une salle d'archive et une réception.* La fin des travaux prévus initialement pour 4<sup>ème</sup> trimestre 2010, reportée pour le 3<sup>ème</sup> trimestre 2011

L'unité d'oncologie médicale de l'E.P.H de Rouïba (créée en octobre 2010) est dirigée par le **Dr. F.Z.MECHIAT**. Cette unité comporte 04 lits et 2 fauteuils. Le personnel comporte: 2 IDE, 1 agent d'accueil, 1 agent d'entretien, 1 généraliste et 2 (puis 1) oncologue médical. Si en 2009, elle n'a pris en charge que 5 patients, ce chiffre s'est élevé 258 en 2010 et à 45 patients pour les 3 mois de l'année 2011. Parmi les difficultés rencontrées, il faut signaler l'exiguïté de l'unité (promiscuité, délais de RDV, mécontentement des patients et du personnel) ; impossibilité d'hospitaliser des patients qui compliquent après traitement, impossibilité d'hospitaliser des patients en fin de vie, ruptures fréquentes des produits utilisés dans le traitement médicamenteux des cancers. L'embellie est représentée par la création d'un **service universitaire d'oncologie médicale** (prévu pour août 2011) ce qui va permettre d'augmenter le recrutement des patients, de diminuer le délai de prise en charge, une meilleure prise en charge du malade avec un professeur chef de service, des assistants, des résidents, des infirmiers qualifiés et des oncopsychologues.

.



**Dr. F. BRANECI & Prs. M. OUKKAL & M. MARTY**

Ce 1<sup>er</sup> congrès de la SAOM sera clôturé par une communication du **Pr. Michel Marty** sur **“Bevacizumab et traitement de première ligne des cancers du sein métastatiques”**. L'orateur fera une analyse des études

- E2100: paclitaxel ± bevacizumab dans le traitement de première ligne des CSM
- AVADO- BO17708 : Docetaxel vs DOCE +BEVA 7.5 vs DOCE+BEVA 15mg/kg/21 j
- BO17708 (AVADO): docetaxel ± bevacizumab en première ligne CSM

Les 3 études analysées sont positives pour le critère principal de jugement : survie sans progression, avec des différences absolues en médiane de 1.2 (RIBBON) à 5.5 mois (E2100) et des réductions du risque relatif de 52% (E2100) à 28% (AVADO). Pour les critères secondaires de jugement : Le taux de réponse est constamment significativement supérieur dans les bras avec Bevacizumab ; Aucune étude ne montre de différence en terme de survie (avec une survie non significativement inférieure du bras BEVA dans AVADO). Les effets secondaires du BEVA sont retrouvés dans toutes les études sans EIGI. Ceci a conduit l'EMA à ne proposer un rapport bénéfice/risque positif que pour l'étude E2100. Le manque de biomarqueur de sensibilité/résistance est un handicap pour l'identification des meilleures indications.



Au terme de ce congrès qui a vu la participation de près de 300 participants, le Pr. Kamel Bouzid, président de la SAOM remercie l'ensemble des participants et annonce que le 2<sup>ème</sup> congrès de la SAOM se déroulera le 7 avril 2012 et aura pour thèmes "Les sarcomes des tissus mous".