

First Meeting of Medical Oncology in Annaba

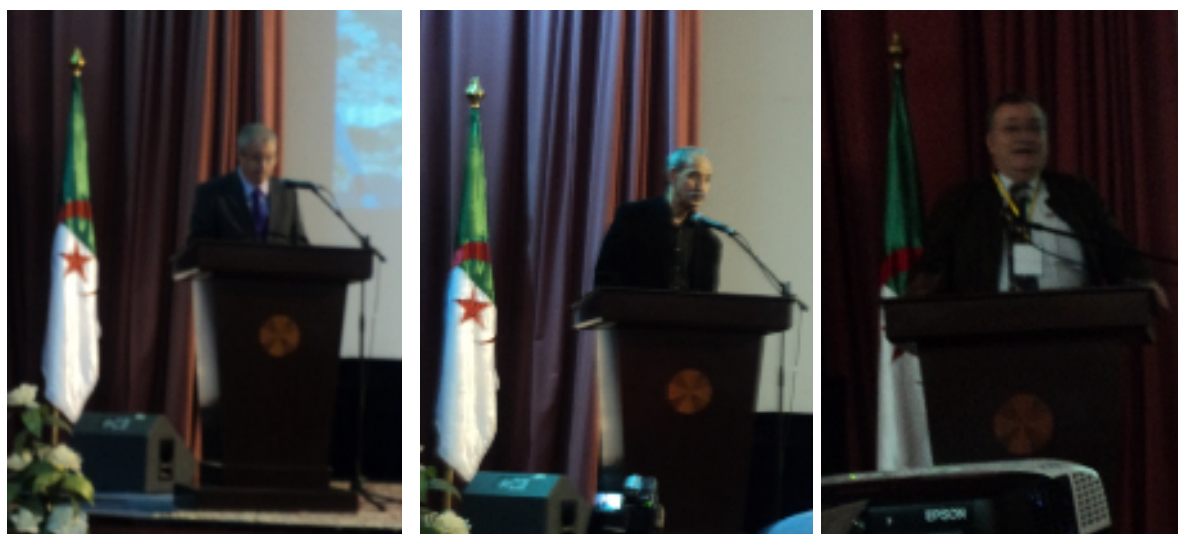
Palais de la culture de Annaba

8/9 avril 2011



La Société Algérienne d'Oncologie Médicale (SAOM) a organisé les 8 et 9 avril 2011, le **1^{er} meeting d'oncologie médical** de Annaba consacré à l'**Oncogériatre**.

Après l'inauguration par le doyen de la faculté de Médecine (Pr. Benali), la première intervention est celle du **Dr. Djedi** qui fera un **état des lieux et perspectives de l'oncologie à Annaba**. C'est ainsi que nous apprenons que la prise en charge des patients cancéreux se fait au service d'hématologie depuis 2001 en collaboration avec le service d'oncologie médicale du CPMC (Pr BOUZID). En 2001, il y a eu ouverture d'un résidanat en Oncologie médicale et la 1^{ère} promotion issue de la Faculté d'Annaba est sortie en 2006. Pour ce qui est de l'activité hospitalière, elle était initialement confondue avec l'unité d'hospitalisation d'hématologie et ce n'est qu'en octobre 2008 qu'il y a eu ouverture d'un hôpital de jour d'onco-hématologie au 1^{er} étage de l'ancien service de pneumologie. En Juillet 2010 : attribution du 2^{ème} étage de la structure (Capacité : 26 lits dont 6 fauteuils). En 2010, 724 nouveaux patients ont été pris en charge avec un nombre moyen de cure de chimiothérapie de 40/ jour.



Prs. Ayadi , Benali et Balducci

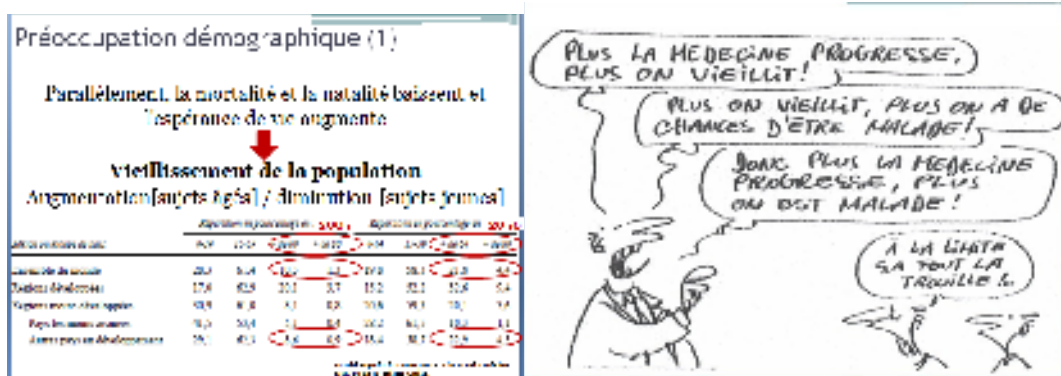
Les contraintes au niveau de cette structure de soins sont son exigüité et son inadaptation à l'activité de soins (pas d'ascenseur, pharmacie à distance, préparation non sécurisée, etc.), la disponibilité des médicaments (antalgiques, cytotoxiques) et l'effectif médical et surtout paramédical insuffisant.

Les perspectives sont représentées par l'ouverture prochaine du CAC, EHS multidisciplinaire composé de 3 ailes élevées sur 4 étages d'une capacité de 150 lits.



CAC de Annaba et équipe de soignants de l'hôpital de jour

Le Dr. Yacoubi de l'équipe médicale du Pr. Benali (pneumologie) abordera les définitions et concepts en matière de sujet âgé et vieillissement. Le sujet âgé a "rajeuni" du fait de l'augmentation de l'espérance de vie. Le vieillissement est l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. C'est un processus lent et progressif qui commence après la phase de croissance (30 ans). L'oratrice définira la gérontologie comme l'étude du vieillissement humain dans toutes ses dimensions, notamment sociale, économique, démographique, psychologique, anthropologique, culturelle, médicale et autres. Elle dira que le sujet âgé est devenu l'objet de nombreuses réflexions (articles et débats). L'âge est un construit social qui évolue en fonction des normes que se donne la société.



Le vieillissement est un problème de santé publique (Prévalence: évolution inéluctable ; Gravité: dépendance, incapacité, comorbidités, nouveaux indicateurs de santé de morbidité liés à l'âge ; Répercussions économiques: directe: aide à l'autonomie, soins de premiers recours, recours aux soins hospitaliers, soins de longue durée, consommation médicamenteuse... => Indirecte: recherche de maladies neuro-dégénérative, manques d'essais cliniques (les effets iatrogènes), la prise en charge gynéco-obstétrique des femmes âgées...)

La médecine gériatrique peut répondre à l'ensemble de ces problèmes par le caractère transversal et global de son approche médicale, en dépassant ainsi la médecine d'organe, comme la médecine interne.

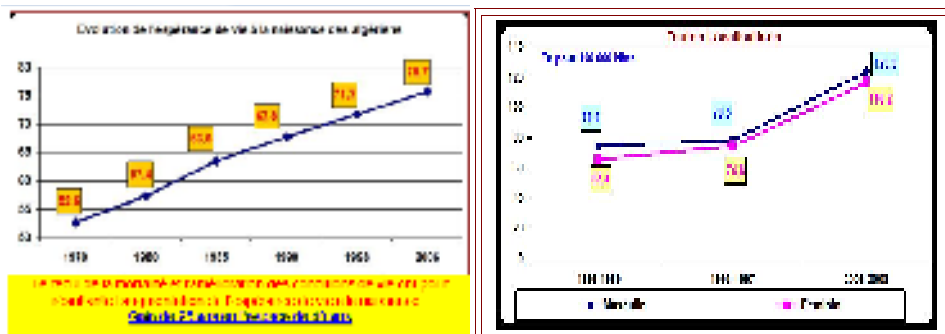
Essayer de faire la part des choses entre ce qui revient au vieillissement vs ce qui revient aux pathologies. L'oratrice analysera le vieillissement de quelques organes et conclura : L'âge chronologique n'est pas toujours le meilleur indicateur des changements qui accompagnent le vieillissement; il peut être parfois discriminatif. Il existe d'énormes différences entre l'état de santé et le niveau d'activité ou le degré d'indépendance de personnes d'un même âge.

Le **Pr. Lodovico Balducci** du H. Lee Moffitt Cancer Center (Tampa, Florida, USA) traitera des **interactions biologiques du vieillissement et cancer**. A la question, pourquoi le cancer est plus commun chez le sujet âgé, le Pr. Balducci citera 3 raisons : la durée de la carcinogenèse, la susceptibilité des cellules vieillissantes aux carcinogènes écologiques ainsi que le vieillissement de l'environnement (stroma et système immunitaire). Il y a une augmentation géométrique de l'incidence des cancers de la peau, de la prostate et du colon avec l'âge, une épidémie de lymphomes et de tumeurs cérébrales chez les sujets âgés. Le changement micro-environnemental peut également entraîner une augmentation de l'incidence de cancer :

- Inflammation chronique et progressive --> formation de carcinogènes locaux, lésions du DNA et production de facteurs de croissance vasculaire
- Sénescence proliférative de fibroblastes → réduit l'apoptose, et augmente la production de facteurs de croissance tumorale et des enzymes lytiques
- Sénescence proliférative des lymphocytes → Sénescence immunologique et inflammation
- Sénescence endocrine → une augmentation de la résistance à l'insuline ; concentration de peptide C et de IGF augmenté
- Obésité → concentration augmentée de l'Adiponectine.

En conclusion, le Pr. Balducci dira que le vieillissement et le développement du cancer sont contrôlés par le degré de dommage oxydatif, les gènes caretakers et gatekeepers, la balance entre FOXO et SIRT deacetylases, Le système IGF-IGFR, la sénescence des fibroblastes et de lymphocytes.

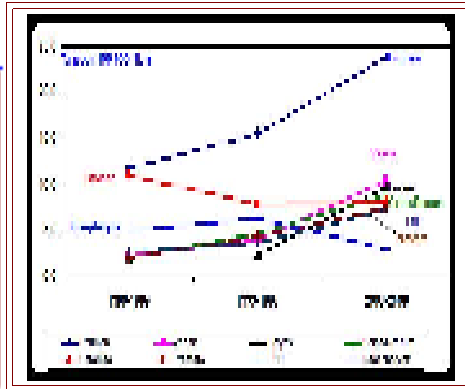
Le **Dr. Mahnane** du SEMEP de Setif présentera **l'incidence et les tendances du cancer chez les personnes âgées à Sétif**.



Tendance de l'incidence des principales localisations - 1985-2008
Région de cancer de Sétif

CHEZ L'HOMME

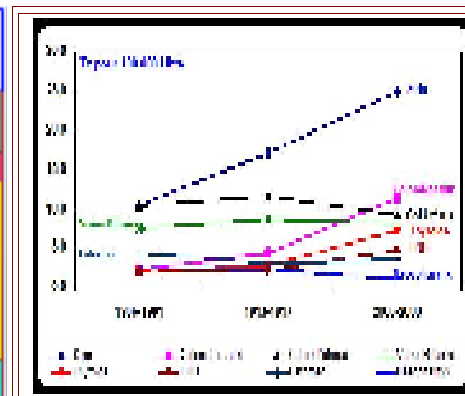
Localisations	1985-1989			1990-1994			2005-2008		
	Cas	%	ASR	Cas	%	ASR	Cas	%	ASR
Totaux	121	53,1	11,7	116	17,2	12,5	189	33,3	23,8
Prostate	14	11,5	0,7	44	38	4,3	88	46,5	10,4
Estomac	38	31,4	2,1	27	23,3	2,3	78	41,3	9,7
ColoRectaux	23	18,9	1,4	31	26,7	2,7	77	40,7	9,8
Reins	11	9,1	0,6	10	8,6	0,9	78	41,3	9,7
Hépatoc	21	17,3	1,3	21	18,1	1,8	58	30,7	7,4
ENH	20	16,5	1,3	29	25,0	2,5	72	38,1	8,8
Néphrocytes	38	31,4	2,1	34	29,3	2,9	74	39,1	9,0
Totaux localisations	374	—	70,4	318	—	78,5	1042	—	193,3



Tendance de l'incidence des principales localisations - 1985-2008
Région de cancer de Sétif

CHEZ LA FEMME

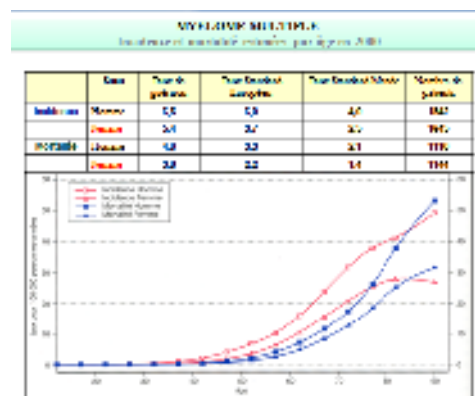
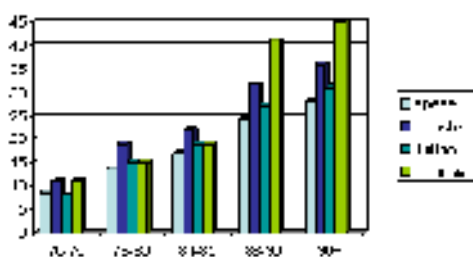
Localisations	1985-1989			1990-1994			2005-2008		
	Cas	%	ASR	Cas	%	ASR	Cas	%	ASR
Totaux	187	10,4	11,4	213	22,3	17,0	234	21,1	28,8
ColoRectaux	17	9,1	0,4	39	18,3	3,4	86	7,5	11,1
Colo de l'utérus	128	68,4	11,5	240	112,5	11,5	258	22,4	32,2
Yeux Mammaires	34	18,1	1,4	182	85,4	8,6	201	17,5	26,1
Thyroïde	18	9,6	0,6	36	16,9	1,6	86	7,5	11,1
SBLL	24	12,8	0,9	50	23,5	2,3	49	4,2	6,7
Estomac	66	35,3	2,3	86	40,4	3,1	28	2,4	3,8
Néphrocytes	32	17,1	1,2	51	23,9	2,2	10	0,9	1,3
Totaux localisations	462	—	116,0	1469	—	24,0	1025	—	138,2



L'orateur conclura qu'au cours de ces 3 décennies d'enregistrement du cancer dans la wilaya de Sétif, on note une nette tendance à l'augmentation des cancers liés au tabac et du cancer du sein chez la femme, une survie globale basse due à une accessibilité aux soins encore difficile.

Dans une 2^{ème} intervention, le Pr. Balducci traitera de **l'anémie et cancer chez le sujet âgé**. Après un rappel de la définition de l'anémie selon l'OMS (Homme < 13.5 gm/dl ; Femme < 12 gm/dl) et sa prévalence en fonction de l'âge, l'orateur présentera les causes de cette anémie : infection, inflammation, sidéropénie, insuffisance rénale, insuffisance des apports nutritifs ainsi que des facteurs inconnus. Les conséquences de cette anémie peuvent être le décès, la mauvaise qualité de vie, la fatigue, les syndromes gériatriques ainsi que les complications iatrogènes (complications chirurgicales, complications de la chimiothérapie). Le traitement de cette anémie est également passé en revue.

Prévalence de l'anémie chez le sujet âgé 70+



Le Dr. M. Hossein du département de Génétique du Laboratoire CERBA traitera de **la prise en charge génétique des myélomes multiples chez le sujet de plus de 70 ans**. Il précisera que son incidence augmente avec l'âge, que les anomalies chromosomiques sont présentes uniquement dans les plasmocytes CD138+ et qu'à l'heure actuelle plusieurs questions se posent : Plusieurs groupes de caryotypes : hypo-, pseudo-, hyperdiploïdes ? Plus de caryotypes complexes et d'anomalies 14q32 dans les groupes hypo-, pseudo-, hyperdiploïdes? La perte du gonosome Y? CC anormale plus fréquent chez l'homme que la femme: ♀ = 28% ♂ = 41 % ; Coexistence de double pathologie au diagnostic (Fragilité de génome? Facteur d'exposition? Double pathologie plus fréquente chez l' ♂ (34) que la ♀(6) → exposition professionnelle ?) Impact pronostic des pathologies associées au MM pour la prise en charge thérapeutique? Signification de délétion 20q ou la trisomie 8 fréquemment observée pour ces pathologies associées?

Les anomalies chromosomiques sont plus fréquentes et plus complexes selon zones géographiques (DOM TOM, Afrique, Asie). Les raisons seraient : une Exposition professionnelle ? Une Première consultation tardive de ces patients ? Un Facteur ethnique et/ou prédisposition génétique ? L'hétérogénéité de l'évolution clinique des Myélomes Multiples et des anomalies cytogénétiques (survie de quelques mois à plusieurs années indépendamment des anomalies cytogénétiques). L'existence d'anomalies cytogénétiques pourrait-elle expliquer la résistance au traitement ? Dans l'avenir, l'utilisation des techniques de génomique (CGH-AARRAY) devrait : Permettre d'affiner la valeur pronostique des anomalies moléculaires du MM ; Répondre en grande partie à nos questions ; Ouvrir la voie à un traitement individualisé.

Le Pr. N. Kanoun du service d'oncologie médicale de l'HCA traitera du **Cancer du sein chez la femme âgée de plus de 70ans**. Sur le plan clinique, il s'agit de tumeur souvent plus évoluée que chez la femme plus jeune, présence fréquente d'adénopathies axillaires et de métastases. Il y a retard diagnostic fréquent d'où l'intérêt de l'examen clinique. Le retard tant au diagnostic qu'au traitement est lié à **l'attitude des médecins** (Aux USA chez les femmes de plus de 75 ans : 59% seulement des patientes vont bénéficier d'une mammographie et d'une cytologie en cas d'anomalie contre 72% entre 45 et 74 ans selon Silliman RA, J of Gerontology 1989), à l'arrêt du dépistage à 75 ans. Sur le plan histologique, il n'y a pas de différence en fonction de l'âge. Sur le plan de l'évolutivité, Aux USA, à stade égal la survie à 5 ans est la même pour toutes les tranches d'âge entre 35 et 84 ans (*Kant A, Cancer 1994*). Une femme sur deux de plus de 70 ans avec un cancer du sein opérable décèdera en effet d'une autre cause (Comorbidités). La survie est souvent fonction des caractéristiques histologiques et non de l'âge. Les modalités thérapeutiques son passées en revue tant en ce qui concerne la chirurgie et la radiothérapie que le traitement médical.

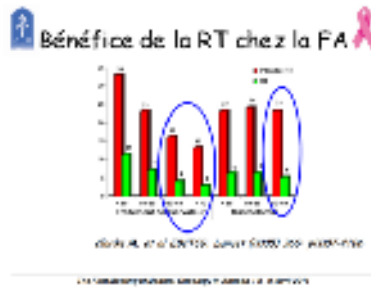


Prs. Kanoun, Dilem & Maaoui

En conclusion, l'oratrice précisera que le cancer du sein de la femme âgée ne semble pas présenter de particularités cliniques, en dehors de son diagnostic **plus tardif**, ni histopathologiques et ne semble pas de meilleur pronostic que celui de la femme plus jeune malgré sa plus grande hormono-sensibilité. Sa particularité réside dans sa PEC TRT qui doit être adaptée à chaque cas, d'où l'intérêt de l'EGS+++ dont le but : évaluer au mieux « la personne âgée et son KS » afin de proposer le TRT le plus adapté en diminuant au maximum le risque de sous- ou de sur-TRT. Il convient cependant de sensibiliser les FA et les médecins à la nécessité d'un diagnostic plus précoce, à la nécessité et la possibilité d'un traitement locorégional adéquat, et ainsi qu'à l'inclusion des femmes de plus de 70 ans dans des protocoles d'évaluation thérapeutiques.

Toujours en matière de **cancer du sein chez la femme âgée**, le **Dr. Dilem** du service de sénologie du CPMC, dira que ce cancer représente 7% des KC du sein traités (sénologie) et qu'il est en augmentation avec le vieillissement et dépistage. Les comorbidités souvent associées peuvent constituer risque lors de l'anesthésie ou de la chirurgie. Le traitement est souvent différé. La plupart des études notent que ces femmes âgées sont sous-traitées →3 fois plus de mortalité due au cancer. Sur la plan chirurgical, si auparavant c'était essentiellement une mastectomie totale qui était proposée, actuellement, la chirurgie conservatrice est possible car la survie est la même par rapport aux femmes jeunes. La survie à 10 ans est de 85% en cas de tumorectomie curage et de 66% pour les tumorectomie sans curage.

Le Dr. Bali du service de radiothérapie du CHU Constantine abordera la radiothérapie hypofractionnée dans le cancer du sein chez la femme âgée. Plusieurs essais internationaux sont rapportés montrant les résultats.



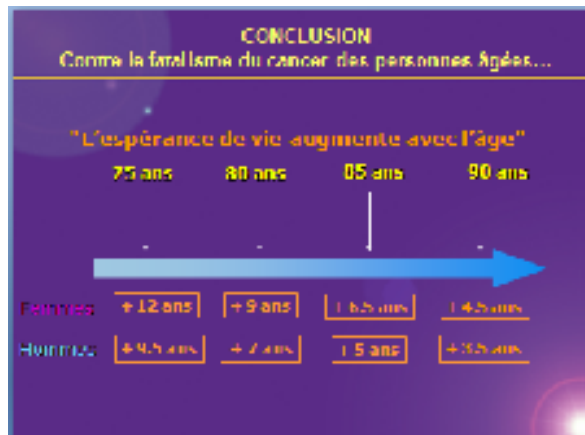
Au terme de ce tour d'horizon de la littérature internationale sur la radiothérapie hypofractionnée dans le cancer du sein chez la femme âgée, Le **Dr. A. Meziane** rapportera **l'expérience du service de radiothérapie du CHU Constantine**, à propos d'une série de 144 patients (dont 4 hommes) traités entre février 1990 et décembre 2007. La moyenne de suivi est de 8 ans (Minimum de suivi de 2 ans- Maximum de 19 ans). 54 patientes sont décédées, dont 25 des suites de l'évolution de leurs pathologies. 90 patientes sont vivantes dont 11 patientes traitées actuellement pour des métastases. 9 des 144 patients traités ont présenté une récurrence locale (taux de récurrences locales = 6.25%). 3 patientes ont été traitées pour un 2ème cancer : un cancer du rectum, un cancer de la vessie et un cancer de l'œsophage (Radio induits?). La survie sans récurrence à 5 ans = 76,3% ; La survie sans récurrence à 8 ans = 62,5%. Conclusion : La radiothérapie accélérée, hypofractionnée semble être aujourd'hui source de discussions sérieuses dans le traitement du cancer du sein. Beaucoup de questions restent encore en suspend et attendent des réponses.

Cette 2^{ème} séance sera clôturée par l'expérience du service de radiologie du CHU Mustapha (Pr. A. Bendib). Le **Dr. M.H. Mekhilef** rapportera leur expérience en matière de **macrobiopsie stéréotaxique sur table dédiée à 9 G à propos de 70 cas**. Cette technique introduite en Algérie en 2010. Est devenue l'outil indispensable pour le Dg histologique des lésions infra-cliniques (μ cal+++) et remplace la biopsie chirurgicale s/AG. Elle aide au Dg précoce du Kc du sein →dépistage →LÉSIONS INFRA CLINIQUES+++.

C'est une méthode de prélèvement percutané du tissu mammaire, guidée par le calcul des coordonnées spatiales sur clichés dits stéréotaxiques, utilisant des aiguilles de gros calibre < 12 G, assistée par le vide et réalisée en ambulatoire et sous anesthésie locale. Les indications sont représentées par : les foyers de μ cal, surdensités ou opacités. Deux types d'indication : Diagnostique (**ACR 4 : indication reine** 3%-70% de cancer et ACR 3 avec risque <3% de cancer) ; Stratégique (ACR 5 >70% de cancer). C'est ainsi que 70 procédures chez 67 patientes entre Juin 2010 et mars 2011 chez des patientes âgées de 23 à 82 ans (moyenne:49) dont 6 patientes > 65 ans et 35 % de femmes ménopausées. Les lésions ont été classées: ACR 3- 07 cas (10%) ; **ACR4- 43 cas (61%)** et ACR5- 20 cas (29 %). Résultats: Durée : 18 à 60 min (M : 37 **min**) ; Exérèse totale : 34 cas (**48.5%**) ; 90% (\leq 10mm) ; Mise en place de clip : 33 cas.

La sanction thérapeutique a été : Patientes nécessitant chirurgie : 30 cas(43%) ; Patientes ayant évité chirurgie : 40cas (57%).

En conclusion l'oratrice conclura que la macrobiopsie aujourd'hui est une technique très fiable et incontournable dans le diagnostic des lésions mammaires infra-cliniques. Technique facile réalisée en ambulatoire et sous AL. Elle apporte un confort considérable, rassurant les patientes sans encombrer l'activité des chirurgiens et permet non seulement un diagnostic précoce du cancer du sein mais une meilleure prise en charge chirurgicale.



Le Dr. **D Abdellouche** du SEMEP de Sétif rapportera une **étude rétrospective sur 5 ans du Cancer de la vésicule biliaire à Sétif**. 135 cas de cancers de la vésicule biliaire (105 femmes et 30 hommes) ont été colligés dans le service d'anatomie pathologique du CHU de Sétif sur une période de 05 ans (1999-2004) sur un total de 7193 pièces de cholécystectomie + biopsies hépatiques + GG. L'orateur soulignera la nécessité de comparer le registre du cancer de Sétif avec ceux des autres registres existants en Algérie pour mieux adopter une politique sanitaire de prévention, définir les sujets à risques, créer d'un centre de chirurgie hépatobiliaire de référence pour une meilleure prise en charge de ce cancer au pronostic mauvais.

Le **Pr. M. Abid** de la clinique Debussy (CPMC, Alger) traitera de la **prise en charge des patients ayant un âge supérieur ou égal à 70ans présentant un cancer colorectal(CCR)**. Dans le cadre d'une étude rétrospective (Juillet 2004 à Décembre 2010), 400 CCR ont été répertoriés dont 85 (21%) âge sup à 70 ans. Le taux de résécabilité dans cette série était de 89% avec une morbidité globale de (35%) et un taux de réintervention de (5%) et une survie globale de 61%.

Le **Dr. N Arbaoui** de l'EPH de Kouba traitera des **Cancers du rectum chez le sujet âgé**. En matière de résection du mésorectum, les résultats oncologiques chez le sujet âgé sont équivalents à ceux du sujet plus jeune. Pour l'oratrice, l'âge seul ne doit donc pas interdire la prise en charge curative d'un cancer rectal, la chirurgie doit être identique du point de vue carcinologique et de la préservation de la continuité digestive à celle réalisée chez les sujets plus jeunes. Il y a juste nécessité de sélectionner les patients pour une RIS. Chez les patients fort morbides, l'exérèse locale quant il y a réponse tumorale, reste une bonne alternative.

Le **Pr. H. Meghraoui** du CHU de Sidi Bel Abbes rapportera **l'expérience du service des UMC en matière de cancers coliques opérés en urgence** sur une série de 84 cas opérés au cours de l'année 2010, essentiellement pour occlusion.

Le **Dr. S. Cheham** du service de chirurgie viscérale & oncologique de l'EPH Bologhine (Alger) abordera **La chirurgie chez le sujet âgé atteint d'un cancer des annexes du tube digestif**. Après avoir précisé que la chirurgie dans le traitement des cancers des annexes du tube digestif (foie, voies biliaires et pancréas) occupe une place importante et représente actuellement le seul traitement curateur (parfois associé aux autres thérapeutiques médicales et/ou radiothérapie), qu'elle nécessite une certaine expertise et qu'elle n'est réalisable que si

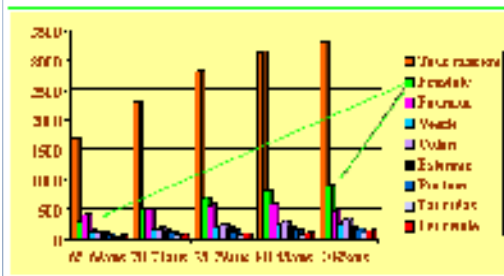
le cancer est à un stade utile et si le patient ne présente pas d'importantes tares pouvant contre-indiquer l'acte opératoire, le Dr. Cheham rapportera le cas de 172 patients atteints d'un cancer des annexes du TD (sex-ratio : 96 F / 76 H. ; âge moyen: 74,3 ans ; BMI moyen 22.54). Sur le plan topographique, il s'agissait de 103 Vésicule Biliaire, 22 Tête du Pancréas ; 15 cancers de la voie biliaire principale ; 10 cancers du foie ; 01cancer du carrefour bilio-pancréatique ; 01 Ampullome Vaterien et un cancer de la queue du Pancréas. Seuls 101 patients ont été opérés (58.73 %). Les 2 principaux motifs de non opérabilité sont le stade avancé de la maladie et l'avis des réanimateurs qui très souvent récuse les sujets âgés. La morbidité et mortalité sont relativement importantes 23%. Pour l'opérateur, Le nombre de pts récusés par le réanimateur est plus élevé chez le sujet âgé dans notre série, comparativement aux patients de moins de 70 ans, pour les mêmes affections, ce qui explique un taux d'opérabilité relativement faible (< 60%). Pour les patients opérés, le geste a été dans la majorité des cas un geste palliatif. C'est parfois une condition posée par le réanimateur pour obtenir l'accord pour une AG. Dans d'autres cas c'est en per-opératoire qu'il nous est demandé d'écourter l'acte opératoire. Cette situation est plus fréquente devant un sujet âgé qu'un sujet plus jeune. La part de sujets âgés dans la population générale étant encore faible, les différentes spécialités médicales sont peu confrontées à la gestion d'une affection relativement grave associée à des comorbidités et en matière de cancérologie, la gériatrie ne devrait pas seulement concerner les oncologues (médicaux, chirurgicaux) mais également les anesthésistes-réanimateurs car ils peuvent être un frein à la réalisation d'intervention à visée radicale. Le stade avancé retrouvé chez beaucoup de nos patients âgés interpelle l'ensemble de la communauté médicale et en premier lieu l'omnipraticien qui ne doit pas considéré qu'un cancer chez le sujet âgé ne peut bénéficier d'un traitement curateur. La faculté de médecine devrait introduire un module de gériatrie dans le cursus d'enseignement car cette frange de la population est appelé à s'accroître dans notre pays avec l'augmentation de l'espérance de vie.

Le Dr. A. Zouadi du service de psychiatrie du CHU Annaba traitera des **Spécificités de la psycho-oncologie du sujet âgé**. Il importe de comprendre les particularités liées à l'âge afin d'écouter, aider à l'expression des émotions, informer, soutenir les patients. Des changements biologiques psychologiques et sociaux vécus de manières différentes selon les sujets. L'individu doit faire face à des pertes : modifications de l'image du corps, diminution des capacités cognitives et sensorielles, changement de statut social; nécessitant un travail d'élaboration voir deuil. La démarche diagnostique doit évaluer la symptomatologie cognitives+++/ à l'âge. Les troubles cognitifs : conséquences des traitements anticancéreux ou autre doivent être recherchés systématiquement. La place de la famille est importante : son attitude peut aller d'une position <aquoiboniste> à une position <jusquauboutiste>.

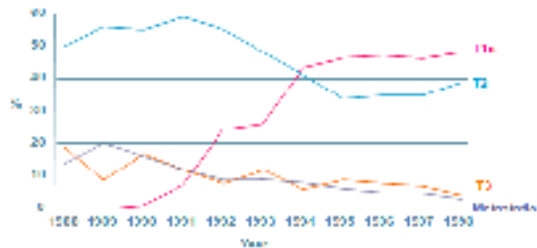
Le Dr. C.H. Kaidi précisera **le rôle du pathologiste dans le cancer de la prostate**. Ce Rôle considérablement modifié.il assure un diagnostic de certitude. Détermine le volume et le degré d'agressivité de la tumeur. Il doit être rompu à la variabilité des images histologiques et aux pièges diagnostiques. Il apporte des arguments histo-pronostiques : Score de Gleason ; % d'envahissement tumoral ; Extension extra capsulaire ; Stade pathologique ; État des marges ...

Le Dr. Laura DUPUY de l'Institut Daniel Hollard de Grenoble abordera le Cancer de la prostate du sujet âgé.

Incidence annuelle des cancers dans les 5 groupes d'âge chez l'homme (pour 100.000 habitants).

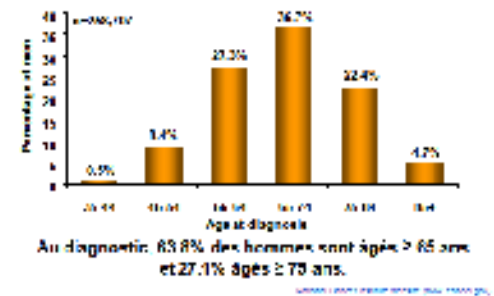


Prostate Cancer Stage by Year of Diagnosis

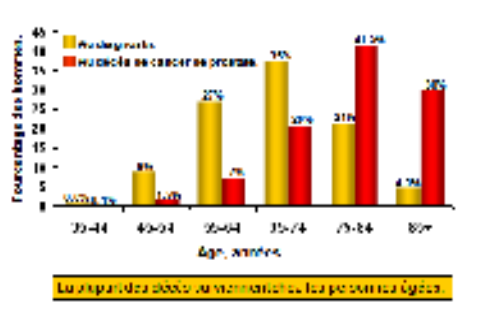


Page 44-45, Urology 2010, 68, 158-164

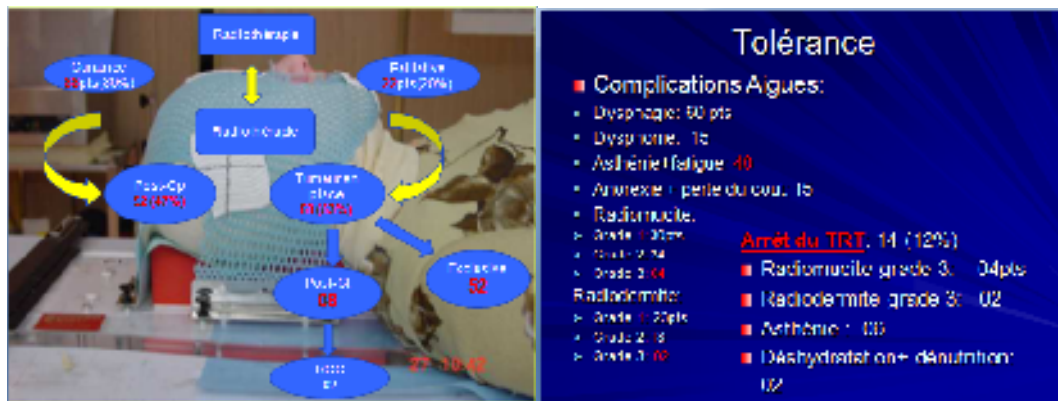
Distribution de l'âge des hommes avec un cancer de la prostate au diagnostic (US – SEER 2000-2004)



Distribution de l'âge au diagnostic et au décès dans l'US – SEER (2000-2005)



Le Dr. Hamzi du service de radiothérapie du CPMC traitera de **la radiothérapie chez le sujet âgé**, à propos d'une série rétrospective concernant 159 patients âgés plus de 70 ans, traités et suivis pour une pathologie cancéreuse ORL, durant la période 2006-2008. 110 dossiers étaient éligibles et 49 dossiers n'avaient pas d'indication de radiothérapie ou étaient décédés ou perdus de vue avant la RT ou présentaient des métastases. L'objectif était : Devant un patient âgé se pose plusieurs questions : Faut-il proposer un traitement curatif? Quelle est la toxicité de RT? Faut-il adapter les modalités de la RT? TRT conventionnel ? TRT concentré ?



La radiothérapie est une arme thérapeutique majeure dans le traitement des cancers ORL. Les sujets âgés doivent en bénéficier au même titre que les plus jeunes car la tolérance aiguë et tardive reste tout à fait acceptable chez ces patients, sous réserve d'une surveillance régulière adéquate et d'une évaluation gériatrique soignée avant la mise en route du traitement.

Le **Pr. A. Dahdouh** fera le point sur le cancer du rein à l'ère des thérapies ciblées. L'efficacité prouvée des thérapies ciblées sur les tumeurs primitives avec des réponses objectives et surtout une amélioration significative de la survie sans progression. Le Cancer du rein localement avancé bien qu'il présente un fort risque de récurrence, aucun traitement adjuvant n'est à l'heure actuelle recommandé. Avec l'arrivée des thérapies ciblées, de nouvelles questions se posent : Impact des thérapies ciblées après résection tumorale sur le risque de récurrence ? Rôle de la néphrectomie première en situation métastatique ? L'intérêt de la thérapie ciblée en situation néo-adjuvante ? Les Critères du choix thérapeutique sont représentés par : Stade : la tumeur est-elle métastatique ? Type histologique : s'agit-il d'un carcinome à cellules claires? Groupe pronostique? Une bonne coordination entre urologues et oncologues est fondamentale pour une prise en charge optimale des patients.

La dernière communication de cette journée sera consacrée **au cancer du rein métastatique** qui sera abordé par le **Dr. Saadi**. Le cancer du rein est le 3^e cancer urologique. 1/3 des patients sont métastatiques d'emblée et un autre 1/3 développeront des métastases ultérieures. A propos d'une étude rétrospective et analytique sur une période de 39 mois (de janvier 2008 à mars 2011) 89 cas de cancer du rein ; 21 sont âgés > 70 ans (23.5%) ; 25 cas de cancer du rein métastatique (24 cas d'emblée métastatique ; 1 cas de métastases asynchrones.) Malades âgés <70 ans : 19 cas (16/19 opérés = 84,5%) ; Malades âgés >70 ans : 06 cas (1/6 opérée =16,5%). Survie : DCD : 11/19 – Survie globale = 316 j (Extrêmes 21-730 j) ; Malades âgés >70 ans ; DCD : 06/06. Survie globale = 54 j (Extrêmes 30-122 j). Pour le Dr. Saadi, jeune ou âgé le pronostic dépend de la précocité du diagnostic et du stade anatomique. Cependant l'avènement des thérapies ciblées dans ce cancer réputé chimio-radiorésistant nous ouvre une nouvelle voie d'espoir dans l'amélioration de la qualité de vie et de la survie globale. Ceci n'empêche pas que le sujet âgé reste toujours un terrain plus fragile et porteur de tares nécessitant une attention particulière et une évaluation oncogériatrique précise.

Au terme de cette manifestation fort riche, la première du genre à Annaba, rendez vous a été donné pour la 2^{ème} journée d'oncologie de Annaba qui aura lieu en avril 2012.



Hôtel Sabri – Annaba