

6^{ème} édition du Cours Supérieur Franco-Maghrébin de Sénologie

14 - 15 mai 2010 - Hôtel Le Royal Mansour Méridien - Casablanca – Maroc



Mot de bienvenue par les Prs. Bendib (Algérie), Rahal (Tunisie), Habib(Maroc) & Serin (France)

Sous l'égide du Cours de Saint-Paul de Nice, les Facultés de Médecine et de Pharmacie de Casablanca et de Rabat, le Département des Sciences Chirurgicales et Médicochirurgicales, la FMC de Rabat, La Société Marocaine des Sciences Médicales, La Société Marocaine de Cancérologie, La Société Algérienne d'Oncologie Médicale (SAOM), La Société Marocaine de Cancérologie du Secteur Libéral, L'Association Royale Marocaine de Gynécologie Obstétrique, L'Association de Radiothérapie et d'Oncologie de la Méditerranée (AROME), L'Association des Gynécologues Privés et L'Association LALLA SALMA de Lutte Contre le Cancer, vient de se dérouler à Casablanca le **6^{ème} édition du Cours Supérieur Franco-Maghrébin de Sénologie**.



La 1^{ère} session consacrée aux « **Recommandations pour la pratique clinique dans le cas des cancers du sein in situ** » était présidée par : B. Cutuli, A. Afifi, A. Bendib, F. Kettani & M. El Morchid.

Après une conférence plénière présentée par le Pr. Cutuli sur **la Prise en charge thérapeutique et surveillance des carcinomes canaux et lobulaires In situ**, où cet orateur précisera qu'aujourd'hui, environ 15% des cancers du sein diagnostiqués sont des CCI et que cette proportion atteint 30% parmi les lésions infracliniques. Les CCI vont représenter 20 à 25% de tous les cancers mammaires avec la généralisation du dépistage du cancer du sein par mammographie. C'est ainsi qu'aux USA, entre 1973 et 2000 l'incidence a progressé de 4.3 à 32.7/100.000 femmes par an (x 7.6). Concernant son mode de propagation, il est généralement unicentrique plus ou moins limité à un quadrant (et donc accessible à un traitement conservateur), mais dont le type d'extension peut être continu (plutôt CCI de haut grade) ou discontinu (plutôt CCI de bas grade).



Extension unicentrique multifocale

La mastectomie était le traitement de référence jusqu'aux années 1970, assurant la guérison dans environ 98% des cas mais n'ayant jamais été comparée dans un essai à un traitement conservateur. Les causes d'échec de cette mastectomie étaient la persistance d'un reliquat glandulaire ou la méconnaissance d'un foyer invasif. A partir des années 1970 plusieurs auteurs ont traité les CCI par chirurgie conservatrice exclusive, avec taux de récurrence locale de l'ordre de 25 à 35 % à 10 ans (fonction de la taille, du mode de découverte, du sous-type et de type d'exérèse). Afin d'améliorer le contrôle local, plusieurs auteurs ont donc proposé l'association au traitement conservateur d'une radiothérapie, faisant ainsi chuter le taux de récurrence locale à 8-15% à 10 ans. Là aussi, les résultats sont fonction des modalités diagnostiques, la qualité de l'exérèse, l'âge des patientes, les modalités de l'irradiation (dose totale, boost). Des résultats sont rapportés comme ceux du NSABPB-17 Trial (1985-1990), de l'ECOG (Hughes JCO 2009), de l'étude PRACCIS, du NSABPB-24 Trial, ainsi que les recommandations établies par l'INCA et la société française de sénologie et de pathologie mammaire (www.e-cancer.fr).

Le Pr. Cutuli annoncera à la fin de sa communication la tenue du 1^{er} colloque francophone sur les cancers du sein in situ, le vendredi 18 juin 2010 à Reims.

Dans un 2^{ème} exposé cet orateur traitera du carcinome lobulaire in situ (LCIS) en rapportant l'étude multicentrique rétrospective française réalisée dans 12 centres entre 1985 et 2000 et qui avait regroupé 330 cas (chez 325 patients) avec une médiane de follow-up de 9.4 ans. Dans sa conclusion à cette étude, l'orateur signalera que ces LCIS sont actuellement diagnostiqués par la mammographie et que la perte de l'expression de l'E-Cadherine aide au diagnostic, que le taux de récurrence ipsilatéral est plus fréquent que dans les CBS. La mastectomie est souvent considérée comme le traitement à proposer mais elle est discutée chez la femme présentant d'autres facteurs. La lumpectomie seule donne un taux de récurrence locale avoisinant les 20% à 10 ans (60% en cas de cancer invasif). Dans l'étude NSAPB P1 Trial, le tamoxifène a montré une réduction de 56% de ce risque de récurrence. Dans l'expérience de l'auteur, chirurgie +radiothérapie permet un excellent contrôle local (95% à 12ans)

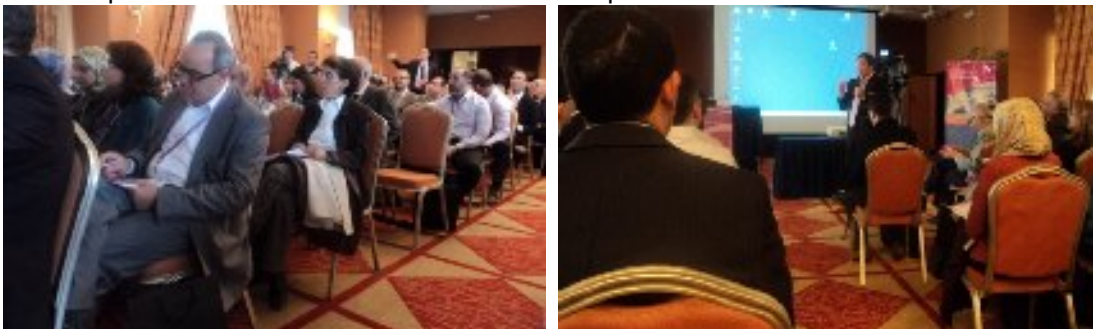
Dans un 3^{ème} exposé, le Pr. Cutuli rapportera l'expérience française des récurrences locales après chirurgie conservatrice +/- radiothérapie : l'analyse de 1215 patientes traitées entre 1985 et 1996 par chirurgie seule (403 cas) et par chirurgie + radiothérapie (812 cas) avait montré un taux de récurrence locale de 24% en cas de chirurgie seule et de 12% dans le cas où cette chirurgie était associée à la radiothérapie. Ces récurrences étaient invasives dans 52% des cas. Le délai média de survenue de la récurrence était de 36 mos en cas de chirurgie seule, de 52 mois en cas de radiothérapie

associée. L'importance de la détection précoce de la récurrence est signalée par l'oratrice vu le risque de métastase ultérieure (3,6% après récurrence in-situ ; 16,8% après récurrence locale invasive). Les facteurs de risque d'évolution métastatique sont l'âge inférieur à 40 ans, la récurrence apparue à moins de 4 ans et le type de CCI (comédocarcinome). Les signes mammographiques de cette récurrence sont rapportés, de même que les modalités de surveillance des cancers du sein in-situ, traités (mastectomie ou traitement conservateur).



Les Prs. Cutuli, Hechiche, Salmon, Guendouz & Rahal

Le Pr. M. Hechiche (Tunisie) fera un exposé sur **la Prise en charge thérapeutique des récurrences des carcinomes canaux In situ traités**. Après avoir signalée le paradoxe du CCI qui est guérissable dans 100% des cas mais avec un taux élevé de récurrence locale, invasive dans 50% des cas avec une évolution métastatique dans 25 à 20% des cas. Les facteurs pronostiques de la récurrence locale sont : l'âge, la taille de la tumeur, les marges de résection, l'histologie (index de Van Nuys) et les traitements adjuvants. L'atteinte ganglionnaire, théoriquement inexistante, peut être facteur de récurrence en cas de sous-estimation d'une micro-invasion d'où la proposition d'un picking axillaire voire la réalisation du ganglion sentinelle. La distinction entre récurrence ou nouveau cancer est abordé par l'oratrice avec l'apport de la biologie moléculaire. Il faut également signaler le taux important de récurrence invasive (50%). Dans le cas de traitement conservateur, le délai de récurrence est plus court en l'absence de radiothérapie. Le traitement de ces récurrences, fera appel après mastectomie initiale, à une exérèse large in sano. S'il s'agit d'une récurrence in-situ, pas de curage mais radiothérapie de la paroi à discuter. S'il s'agit d'une récurrence invasive, il faudra discuter le curage et l'irradiation de la paroi, du creux sus-claviculaire et de la chaîne mammaire. Après traitement conservateur, on réalisera, comme pour les formes infiltrantes, une mastectomie et une radiothérapie de la paroi (si elle n'a pas été réalisée). La réalisation du curage axillaire n'est pas recommandée devant une récurrence intra-canaux mais elle doit l'être devant une récurrence infiltrante. L'oratrice discutera également la possibilité d'un traitement conservateur après un 1^{er} traitement conservateur.



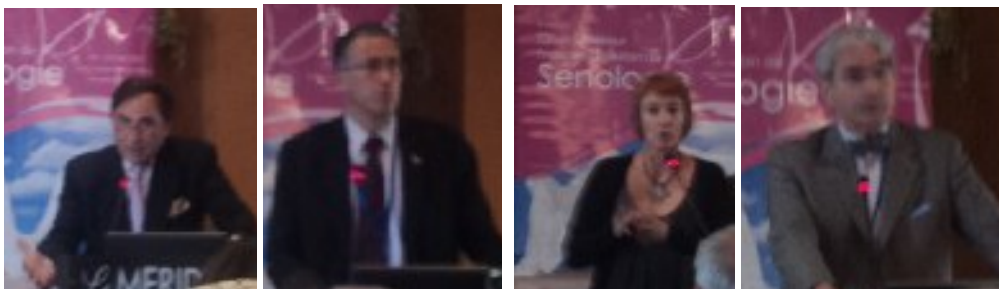
Une vue de la salle pendant la première journée

Elle sera suivie par le Dr. H. Guendouz et A. Bendib (Algérie) qui traiteront du **Carcinome lobulaire du sein, à propos d'une série de 259 cas**. Dans son introduction, le Dr. Guendouz signalera qu'il s'agit du 2^{ème} type histologique représentant 5 à 15 % des cancers du sein, que son incidence est

en augmentation chez les femmes ménopausées (du fait du traitement hormonal de substitution). Aux USA, son incidence est passée de 9,5% en 1987 à 15,6% en 1999. Ses particularités cliniques sont : touche la femme plus âgée que dans le cas des CCI, il s'agit d'un placard mal individualisé, d'une masse mal individualisée de taille souvent importante avec un taux de bilatéralité de 6 à 47% (2 fois plus fréquente que dans le CCI) simultanée ou secondaire. Sur le plan radiologique, le diagnostic est difficile vu la rareté des microcalcifications et la faible densité des opacités glandulaires. A noter que la taille mammographique est sous-estimée comparée à la taille histologique. L'échographie a une sensibilité de 87,7% et une spécificité de 85,7% permettant des ponctions échoguidées qui sont opérateur-dépendant d'où la grande hétérogénéité des résultats. Ceci donne toute son importance à l'IRM en particulier dans le bilan d'extension locale. La cytoponction donne un taux de faux négatif de 25% d'où l'importance de la microbiopsie qui permet de poser le diagnostic de malignité, le type histologique, le grade tumoral, le statut hormonal et HER.

Sur le plan thérapeutique, il y a peu de spécificité thérapeutique des carcinomes lobulaires infiltrants par rapport aux carcinomes canaux infiltrants. L'oratrice discutera de la place du ganglion sentinelle et du traitement complémentaire ainsi que de l'évolution (récidives locales et métastases). Elle rapportera par la suite la série rétrospective du service de chirurgie oncologique B du CPMC pour la période 1995-2006 (12 ans) au cours de laquelle 259 cas (5,2% de l'ensemble des cancers du sein) ont été répertoriés. Ces patients avaient un âge moyen de 49,8 ans (24-82 ans) légèrement plus élevé que celui de l'ensemble des cancers du sein (47 ans). La taille moyenne de la tumeur était de 4,4 cm, avec 67% d'adénopathies palpables, un taux de bilatéralité de 6% et de multifocalité de 21%. Le trépied diagnostique était discordant dans 36,5% d'où la difficulté diagnostique avant la disponibilité de la microbiopsie (2006). Le traitement chirurgical a été une mastectomie d'emblée dans 83% des cas ou une mastectomie complémentaire après traitement conservateur dans 8% des cas, soit un traitement radical dans 91% des cas. L'infiltration ganglionnaire a été retrouvée dans 67,5% des cas. Un traitement adjuvant a été associé (chimiothérapie 83% ; radiothérapie 72,5% ; hormonothérapie fonction du statut des récepteurs).

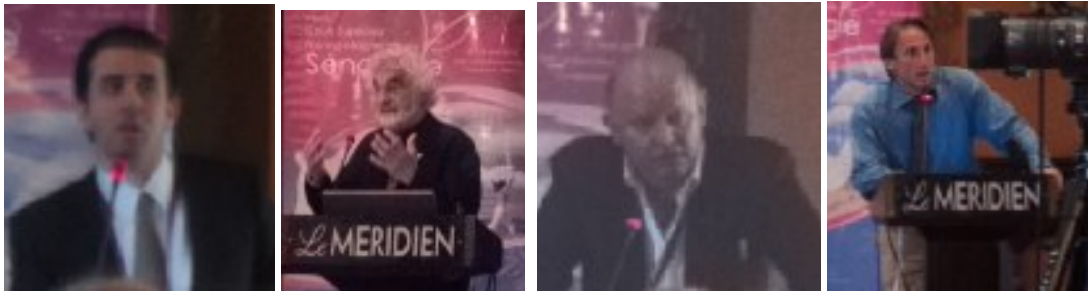
Dans le cadre du suivi, les auteurs notent un taux de pertes de vue de 18,5%, un taux de récurrence locale de 0,8% et un taux de métastases de 10,8%.



Les Prs. Azuar, Belkacemi, Chauvet, Salmon

La 2^{ème} session sera consacrée à une **Réflexion sur l'oncogénétique**. Le Pr. Azuar (France) présentera des **Observations et commentaires sur l'oncogénétique et les conduites à tenir de prévention et de dépistage**. A partir de cas cliniques, il discutera du score familial pour proposer une consultation d'oncogénétique (un score supérieur à 5 indiquera la nécessité d'une consultation). Lorsqu'une prédisposition génétique BRCA1 est retrouvée, il discutera de l'information de la patiente sur l'annexectomie bilatérale prophylactique ainsi que la mastectomie bilatérale prophylactique et de l'âge auquel ces interventions peuvent être proposées. Le risque cumulé de cancer du sein à 50 et 70 ans est respectivement de 38 et 65% si BRCA1 et de 16 et 45% si BRCA2. Le risque cumulé de cancer de l'ovaire en cas de mutation à 50 et 70 ans est respectivement de 13 et 39% si BRCA1 et de

1 et 11% si BRCA2. L'annexectomie bilatérale peut être proposée après réalisation du projet familial après 35-40 ans. Cet acte chirurgical diminue de 95 % le risque de cancer de l'ovaire et de 50% le risque de cancer du sein. En attendant l'annexectomie bilatérale, une surveillance mammaire et annexielle est indiquée.



Prs. Toledano, Martin, Namer, Clough

La 3^{ème} session, organisée par AROME, était consacrée au **Cancer du sein de la femme jeune.**

La 1^{ère} partie intitulée Controverses pratiques :

Peut-on encore proposer une chirurgie conservatrice ?

- **Contre** : MP. Chauvet (France)

Le premier point qui fut discuté est celui de la définition de la femme jeune : inférieur à 35 ans ? à 45 ans, en pré-ménopause ? Selon les RPC 2009, la définition retenue est la femme non ménopausée. Les spécificités de la femme jeune sont : la taille tumorale, l'envahissement ganglionnaire, le grade 3, la composante canalaire extensive, les embolies, le statut RH-, la P53, la signature basale à l'histologie et la multicentricité qui sont plus élevés par rapport à la femme âgée. L'oratrice signalera que si le traitement conservateur est validé pour toutes les femmes, peu de femmes jeunes sont incluses dans les études, que toutes les études montrent un taux de récurrence locale x 4, un doute sur la survie car études rétrospectives biaisées et que l'irradiation est incontournable. Dans le choix du traitement, l'information de la patiente est importante, le bilan lésionnel doit être complet si un traitement conservateur est envisagé, l'exérèse chirurgicale doit être de qualité et une radiothérapie complémentaire associée à un boost proposée.

La mastectomie est une alternative rassurante, permettant un meilleur contrôle local, la radiothérapie est évitée (selon facteurs pronostiques) mais l'impact sur la survie reste à démontrer.

L'oratrice proposera une consultation de génétique en cas de contexte familial ou chez la femme sans contexte familial avant 35 ans et en cas de cancer médullaire. En conclusion le Pr. Chauvet considère que la mastectomie garde une place, soulage la surveillance, réduit efficacement le taux de récurrence locale, est demandée par la patiente dans un nombre appréciable de cas.

- **Pour** : R. Salmon (France)

Pour le Pr. Salmon, les enjeux du cancer chez la femme jeunes sont : un cancer rare donc non dépisté, un cancer de mauvais pronostic, un risque élevé de rechute locale et un taux élevé de conséquences d'où la nécessité d'un dépistage ciblé, une identification des populations à risques, une amélioration des traitements et du contrôle local. Il rappellera les risques cumulatifs de cancers du sein en cas de BRCA1, BRCA2, CLIS, Hodgkin, antécédents familial de cancer du sein etc. Il insistera sur la consultation d'oncogénétique chez les femmes de moins de 36 ans voire même de moins de 41ans. Les études suggèrent que les cancers RH+ des femmes les plus jeunes sont de plus mauvais pronostic, que ces femmes jeunes peuvent bénéficier le plus de la suppression ovarienne, que l'hormonothérapie est un élément important du traitement de ces cancers. Ces cancers ayant un risque plus important de récurrence locale, le corollaire est un bénéfice supérieur de la radiothérapie adjuvante et du surdosage du lit tumoral. Le pronostic général étant moins bon (facteur indépendant

constant) il y a un bénéfice de la chimiothérapie et du tamoxifène. Pour ce qui est de l'Herceptine et de la suppression ovarienne la preuve n'est pas fournie. Les cancers RH+ des femmes les plus jeunes sont de plus mauvais pronostic : quelles implications thérapeutiques ? En fait la gravité ne dépend pas seulement de l'âge et le traitement chirurgical n'est qu'un des éléments du problème. La fertilité surtout dans l'évolution culturelle vient compliquer la prise en charge.

Radiothérapie partielle du sein, a-t-elle une place dans la prise en charge des cancers du sein ?

- **Contre** : A. Toledano (France)

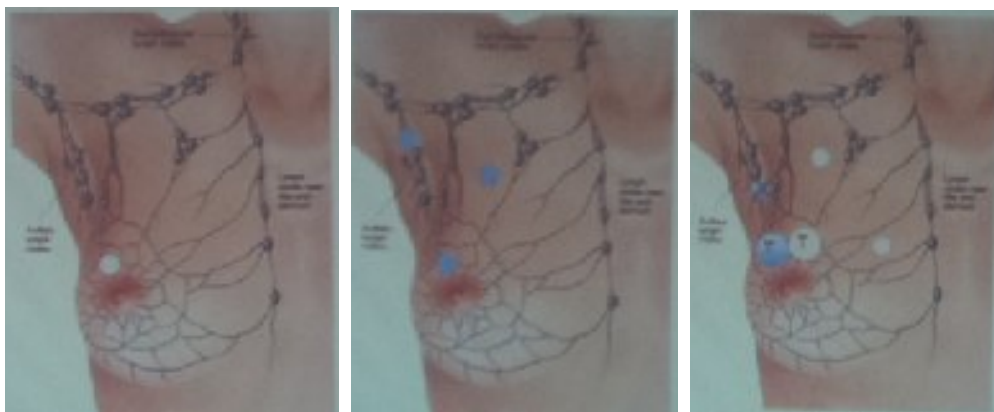
L'irradiation partielle accélérée implique 2 concepts :

- L'irradiation d'un volume mammaire partielle
- L'irradiation accélérée hypofractionnée

Cette irradiation s'adresse à quelle tumeur ? L'orateur rappellera l'hypothèse de Halstead de propagation de proche en proche des cellules tumorales, le ganglion étant pendant un temps une barrière à la diffusion des cellules tumorales et l'hypothèse de Fisher pour qui il n'existe pas d'ordre de propagation des cellules tumorales : le cancer est d'emblée une maladie métastatique.

Les sites tumoraux multifocaux dans le sein des cellules dormantes, responsables d'IBRT qui provient d'anomalies génétiques des cellules normales péri-tumorales ou de cellules tumorales circulantes recolonisant le lit tumoral hypervascularisé. La radiothérapie éviterait l'expression des cellules dormantes mammaires génétiquement instables en rendant le sein moins tumorigène. La notion de diagnostic précoce et de tumeur localisée n'ayant pas eu le temps de diffuser est un modèle séduisant qui ne reflète pas toujours la réalité car une tumeur de moins de 1 cm peut avoir métastasée. En fait il n'y a pas un cancer du sein mais des cancers du sein.

L'orateur discutera des marges à respecter en radiothérapie, du Mammosite, des considérations géométriques et anatomiques, du volume cible de la radiothérapie, des nouvelles classifications moléculaires du cancer du sein et de leur impact sur la rechute.



Modèle théorique

Réalité

NO = maladie localisée ?

- **Pour** : Y. Belkacemi (France)

La 2^{ème} partie intitulée Bibliographie de l'année était consacrée à l'analyse d'articles pouvant permettre un changement des pratiques dans la prise en charge des cancers du sein en 2010

- **Ganglion sentinelle – curage axillaire.** MP. Chauvet, R. Salmon (France)
- **Radiothérapie du sein hypofractionnée.** JP. Mansour, A. Toledano (France)
- **Les taxanes en pratique.** A. Bensalem (Algérie), H. Boussem (Tunisie)



La 4^{ème} session traitera de la Modulation des traitements adjuvants, par rapport au statut RH et HER dans les cancers du sein.

- **L'hormonothérapie en situation adjuvante. Les critères déterminants En 2010 ?** M. Namer (France)
- **Critères de choix en 2010 des protocoles de chimiothérapie adjuvante des tumeurs « non triple négatives ».** : Ph. Dalivoust (France)
- **Critères de choix de chimiothérapie adjuvante des cancers du sein "triple négatifs".** Y. Lalami (Belgique)
- **Cancer du sein opérable avec chimiothérapie de type TAC en postopératoire immédiat.** A. Bendib (Algérie)



La 5^{ème} session de Radiothérapie

- Nouveautés en radiothérapie du cancer du sein. R. Samlali (Maroc)
- Définition des volumes (sein, surimpression, chaînes ganglionnaires et paroi). Y. Belkacemi, A. Toledano
- Gestion des hétérogénéités des doses – IMRT. C. Chevelle (France)
- Quelles applications en routine des techniques innovantes : simulation virtuelle et tomothérapie. A. Toledano

Controverse : cancers du sein N-

La radiothérapie de la chaîne mammaire interne doit être systématique pour toutes les tumeurs des quadrants internes et centraux

- Contre : N. Benjaafar (Maroc)
- Pour : A. Toledano

6^{ème} session : Psycho-oncologie : **L'annonce du diagnostic.** E. Gallon (France)

La 2^{ème} journée de ce cours supérieur de sénologie sera consacrée aux Stratégies diagnostique et thérapeutique des cancers du sein métastatiques

En conférence plénière, le Pr. P-M. Martin traitera de **la Biologie de la métastase**

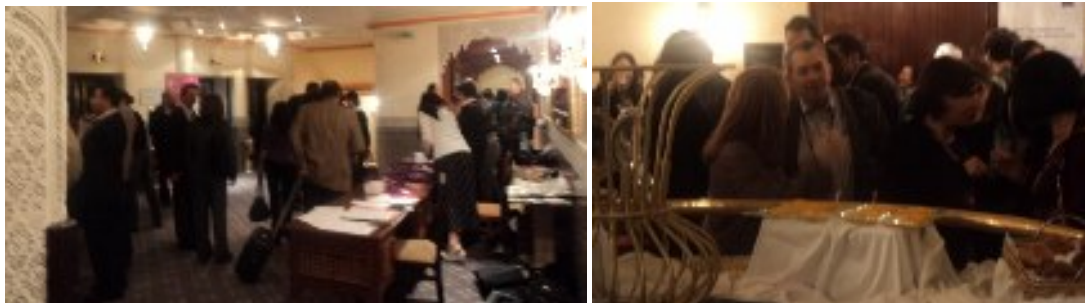
- **Les cellules cancéreuses souches multi-résistantes** : mythe ou réalité ? - Quels paramètres biologiques de la tumeur primitive sont décisionnels pour la prise en charge des métastases ? H. Roché
- **Traitements médicaux selon le profil biologique de la métastase**
 - Cancers du sein HER2+ en 1ère et 2ème ligne métastatique : quelle(s) chimiothérapie(s) associer aux anti-HER2 ? H. Errihani (Maroc)
 - Cancers triple négatifs métastatique : standards et perspectives ? Y. Lami (Belgique)
 - Cancers du Sein Métastatiques RH+, HER2- : Indications de la chimiothérapie et de l'hormonothérapie selon les profils des patientes ? J. Gligorov (France)



Prs. M. Bachouchi H. Mahfouf, H. Boussen

La 2^{ème} session sera consacrée aux **Traitements médicaux innovants de la maladie métastatique**

- Rationnel et pratiques cliniques des associations de thérapies ciblées dans les cancers du sein métastatiques. H. Roché (France)
- Place de l'association anti HER2-hormonothérapie en situation métastatique. Bensalem (Algérie)
- Gestion des effets secondaires et durées des traitements anti HER et anti-angiogéniques. H. Boussen (Tunisie)
- L'avenir à travers les essais thérapeutiques envisagés dans les cancers du sein métastatique ? H. Roché (France)



Un concours pour le prix de la meilleure communication des jeunes oncologues

1. Le cancer du sein chez l'homme : A propos de 127 cas et revue de littérature. M. Bourhafour, A. Souadka, Y. Bensouda, et al. (4^{ème} prix : chèque de 5000 DH)
2. Tolérance cardiaque du trastuzumab en adjuvant : revue à travers 54 observations. R. Tanz, A. Bazine, T. Mahfoud et al. (1^{er} prix : prise en charge par Roche pour la participation à Eurocancer)
3. Tumeur neuroendocrine primitive présacrée: A propos d'un cas avec revue de la littérature. H. Berhil, H. Chenna , T. Kbdani et al.
4. La prise en charge des cancers du sein métastatiques d'emblée à Marrakech. Y. Elkholti, M. Benhmidoune, N. Oulmoudne et al.
5. Les causes du retard de traitement et leurs impacts sur l'envahissement ganglionnaire dans le cancer du sein localisé. N. Berrada, A. Taleb, D. Dionysopoulos et al.
6. Caractéristiques clinicopathologiques, thérapeutiques et évolutives du cancer lobulaire du sein dans la région de Marrakech. C. Elalouani, M.A. Benhmidoun, H. Sadek et al.
7. Le cancer lobulaire du sein: particularités thérapeutiques et évolutives. K. Nouni, D. Adama, T. Kabdani et al. (3^{ème} prix : chèque de 10.000 DH)

Et une session de communications libres sur l'expérience des équipes du Maghreb

1. Prise en charge anatomopathologique des pièces opératoires en cancérologie mammaire. A. Benzekri (Maroc)
2. Anatomopathologie et Immunohistochimie des seins inflammatoires en Algérie. N. Chaher, N. Terki & coll. *** (Algérie) 2^{ème} prix : abonnement à une revue médicale.
3. Cancer du sein inflammatoire. Expérience de l'INO. Y. Bensouda (Maroc)
4. Evaluation de la réponse pathologique à la chimiothérapie dans le cancer du sein localement avancé et métastatique. A. Kouchkar, N. Terki & coll. *** (Algérie)
5. Cancer du sein révélé par une adénopathie axillaire : Revue de la littérature et expérience du Service à propos de sept cas. N. Oucherif, A. Bendib (Algérie)
6. Les anthracyclines concomitantes à la radiothérapie après chirurgie réduisent le taux de rechute du cancer du sein. N. Ismaili (Maroc) 1^{er} prix : 5000 DH

Un enseignement de chirurgie mammaire s'est déroulé à la clinique « Le Littoral » durant la matinée du 2^{ème} jour avec en après-midi une session théorique :

- Art et anatomie du sein. A. Souadka (Maroc)
- Comment je partage avec la patiente la décision chirurgicale. A. Bendib (Algérie)
- Traitements conservateurs : comment j'opère 95% des patientes. R. Aghzadi (Maroc)
- Technique du ganglion sentinelle et expérience du service. A. Jalil (Maroc)
- Le ganglion sentinelle : expériences. A. Mestari - A. Souadka (Maroc)
- Quel est l'impact du statut du curage axillaire sur la stratégie thérapeutique. R. Salmon
- Le point sur les récidives locales. M. Hechiche (Tunisie)
- Traitement conservateur. Comment éviter les déformations du sein ? Chirurgie oncoplastique, techniques de Niveau 1. Krishna B. Clough (France)
- Comment réduire les indications de mastectomie ? Chirurgie oncoplastique, techniques de niveau 2 ? K. B. Clough
- Comment je fais une mastectomie pour reconstruction immédiate par prothèse. Kh. Rahal
- Que doit-on retenir des bio-marqueurs ? P.M. Martin

Des ateliers se sont également déroulés :

Atelier de psycho-oncologie et soins de support, adressé aux médecins généralistes, infirmières & infirmiers, assistantes médicales, secrétaires et manipulateurs, coordonné par E. Gallon.

- La gestion de l'annonce. E. Gallon
- Traitement de la douleur. E.Gallon – S. Collin
- Accompagnement de fin de vie. E. Gallon

Atelier pour les secrétaires et assistantes médicales, coordonné par : Ch. Chaze – C. Colombai

- Parcours de soins du nouveau patient
- Organisation des consultations, des rendez-vous
- Tenue du dossier patient
- Informatisation du dossier médical.

Atelier pour les manipulateurs et radiophysiciens

Coordinateurs : V. Bodez – S. Boutayeb – H. Chakkor- H.Tamri – S. Nabil – S. Moatassim – N. Ghosne

Atelier d'anatomie pathologique coordonné par F. Kettani, L. Jabri : Histoseminaire sur la pathologie mammaire : présentation de cas anatomo-cliniques.

Atelier de radiologie sur les Microcalcifications mammaires

Coordinateurs : I. Chami - M.N. Boujida - N. Chibane

- Rappeler la physiopathologie de la formation des microcalcifications.
- Décrire la technique optimale d'une mammographie numérisée afin de détecter des microcalcifications et de les analyser pour différencier les formes bénignes et malignes.
- Classer les résultats obtenus selon la classification BIRADS et définir une conduite à tenir pour chaque stade.
- Montrer l'apport des autres techniques (échographie, IRM) dans l'étude des microcalcifications.
- Apport de l'IRM dans le dépistage des cancers du sein familiaux : N. Chibane- R. Benyahia & S. Bendib***(Algérie)

Enfin plus d'une centaine de communications affichées ont été présentées.

- 1- L'annonce de la première récurrence d'un cancer du sein. R. Aassab, T. Mahfoud, M. R.Khmamouche .
- 2-Métastase cutanée atypique d'un cancer du sein. R. Aassab , L. Boulaamane, N. Ismaili et al.
- 3-Cancer du sein chez la femme jeune de moins de 35 ans : expérience de l'institut national d'oncologie à Rabat. H. Abahssain ; I.Lalya ; FZ. EL M'Rabet et al.
- 4- Facteurs pronostic et survie du carcinome épidermoïde primitif du sein : Expérience de l'institut national d'oncologie. H. Abahssain ; I. Lalya ; H. M'rabti et al.
- 5- Principes généraux de la chirurgie oncoplastique du sein. A.Achiq, K.Berroho, I.Guedira, et al.
- 6- Prise en charge du cancer du sein en cas de récepteurs hormonaux négatifs. A.Achiq, K.Berroho, I.Guedira et al.

- 7- Tumeur rhabdoïde cérébrale : à propos de deux cas et revue de la littérature. Alhousseini L, Dan Badjo, Rami K, et al.
- 8- Tumeur neuroendocrine non- fonctionnelle du pancréas : à propos d'un cas et revue de la littérature. Alhousseini L, Elkhammar B, Kebdani T et al.
- 9- Atlas échographique des lésions mammaires. F.Amraoui, I. Lechgar, L. Benaïssa et al.
- 10- Imagerie des hamartomes mammaires. F.Amraoui, I. Lechgar, R. Aassab et al.
- 11- Imagerie de la pathologie mammaire chez l'adolescente. F. Amraoui, I. Lechgar, L. Benaïssa. et al.
- 12- Prise en charge actualisée des calcifications mammaires. F. Amraoui, I. Lechgar, R. Aassab et al.
- 13- Intérêt de l'IRM dans la Cytostéatonecrose. F. Amraoui, I. Lechgar, L. Benaïssa et al.
- 14- Hémangiomes mammaires ; Aspects échographiques. F. Amraoui, I. Lechgar, R. Aassab et al.
- 15- Association Bevacizumab et Vinorelbine en néoadjuvant dans le cancer du sein inflammatoire : Fait clinique et revue de la littérature. Amzerin M, Fadoukhaïr Z, Bensouda Y, Errihani H
- 16- Angiosarcome mammaire : a propos d'un cas. A. Bazine, R. Tanz, R. Khmamouch et al.
- 17- Carcinomes métaplasiques du sein : A propos de cinq cas. A. Bazine, A. Debbagh, A. Ktaïbi et al.
- 18- Diagnostic génétique du cancer du sein et de l'ovaire héréditaire. A. Bazine, R. Tanz, T. Mahfoud.
- 19- La prise en charge du carcinome médullaire du sein : quelles particularités ? R. Belbaraka, M. Glaoui, H. Errihani
- 20- Le cancer du sein au masculin : est-il différent ? R. Belbaraka, M. Glaoui, H. Errihani
- 21- cancer du sein chez la femme jeune moins de 35 ans: une étude rétrospective de 100 cas tunisiens. Ben Zarkouna Y, Ben Hassouna J, Khomsi F, et al.
- 22- Radio chimiothérapie concomitante dans le traitement du cancer de la vessie : à propos de 19 cas. H. Berhil ; H. Chenna, T. Kebdani et al.
- 23- Tumeur neuroendocrine primitive présacrée: A propos d'un cas Avec revue de la littérature. H. Berhil H. Chenna, T. Kebdani et al.
- 24- Les causes du retard de traitement et leurs impacts sur l'envahissement ganglionnaire dans le cancer du sein localisé. N. Berrada, A. Taleb, D. Dionysopoulos et al.
- 25- L'exploration de l'espace interpectoral (ganglions de Rotter) dans la chirurgie des cancers du sein : quel intérêt ? K. Berroho, A. Achiq, I. Guedira et al.
- 26- Hyperplasie épithéliale atypique du sein : Quelles sont les pratiques actuelles ? K. Berroho, A. Achiq, I. Guedira et al.
- 27- Cancers du sein : quelle place pour l'ACE et le CA 15-3 ? K. Berroho, A. Achiq, I. Guedira et al.
- 28- La prévention des cancers du sein : quelle approche ? K. Berroho, A. Achiq, I. Guedira et al.
- 29- Le cancer du sein chez l'homme : A propos de 127 cas et revue de littérature. M. Bourhfour, A. Souadka, Y. Bensouda et al.
- 30- La maladie de paget du sein masculin. A propos de deux cas et revue de littérature. M. Bourhfour, A. Souadka, Y. Bensouda et al.
- 31- Carcinosarcomes mammaires primitifs : 4 cas cliniques et revue de la littérature. L. Boulaamane, N. Berrada, R. Aassab et al.
- 32- Sarcomes primitifs du sein à propos de 2 cas cliniques. L. Boulaamane, I. Lalya, R. Aassab et al.
- 33- Lymphome de Burkitt du sein chez une femme enceinte : étude microscopique et immunohistochimique à propos d'un cas. H. Charhi, M. Oukabli, B. Elkhennoussi et al.
- 34- La maladie de Verneuil : à propos d'un cas avec revue de la littérature. H. Chenna, M. Iraqi, H. Zaidi
- 35- Le carcinome papillaire du sein à l'Institut National d'Oncologie. H. Chenna, H. Berhil, T. Kebdani
- 36- Facteurs affectant la survenue & le pronostic des métastases cérébrales du cancer du sein. H. Djedi, A. Bensalem, F. Grifet et al.
- 37- Une myélémie révélant un envahissement médullaire métastatique d'un carcinome tubulaire du sein. EM. Mahtat, O. Chbouki, A. Jaïdi et al.
- 38- Caractéristiques clinicopathologiques, thérapeutiques et évolutives du cancer lobulaire du sein dans la région de Marrakech. C. Elalouani, M.A. Benhmidoun, H. Sadek et al.
- 39- Impact de la Chimiothérapie du Cancer du sein sur la grossesse. A propos d'un cas. L. Elbeqqali, H. Elfazai, G. Salek et al.

- 40- Traitement adjuvant du cancer du sein par le tamoxifène : réflexions sur le risque de carcinosarcome utérin. L Elbeqqali, H.Elfazazi, G.Salek et al.
- 41- Intérêt de la technique du Ganglion sentinelle après thérapie néoadjuvante dans le cancer du sein. Étude prospective de 46 cas. S. Elkhateb, JM. Nogaret, D. Hertens et al.
- 42- La prise en charge des cancers du sein métastatiques d'emblée à Marrakech. Y. Elkholti, M. Benhmidoune, N. Oulmoudne et al.
- 43- Traitement conservateur du cancer du sein : place de l'oncoplastie. A.EL Mahfoudi, N.Oulmoudne, MA.Benhmidoune et al.
- 44- Valeur pronostique du pourcentage des ganglions lymphatiques axillaires envahis dans le cancer du sein. I.El moukhtari, N. Oulmouden, A. Elmorani et al.
- 45- Métastases orbitaires bilatérales révélant un adénocarcinome mammaire - à propos d'un cas. B. Elmorabit, M A Benhmidoun, H.RIDA et al.
- 46- Quelle chimiothérapie pour les tumeurs neuroendocrines primitives du sein ? A propos de quatre cas et revue de littérature. I. Essadi ; Y. Sbitti ; M. Ichou ; H. Errihani
- 47- La Chimiothérapie adjuvante chez les patientes présentant une tumeur du sein N (-) : Indications et protocoles. I. Essadi ; Y.Bensouda ; Y. Sbitti Et Al.
- 48- Cicatrice radiaire ou centre prolifératif d'ascho_ : une grande « simulatrice » I. Guedira ; A. benmansour; S. Benjelloun et al.
- 47- Actualité dans le dépistage et l'imagerie du sein. Z. Jamaledine ; S. El Haddad ; R. Latib et al.
- 48- Association synchrone d'un Carcinome canalaire infiltrant du sein et d'un syndrome de Krukenberg : A propos d'un cas et revue de la littérature. M.Kairouani, S.Sekkate, M.Mokrime et al.
- 49- Cancer du sein et grossesse : a propos de 19 cas. A.Kharbach, B. Rhrab, R. Berrada et al.
- 50- Transformation locale en un ostéosarcome et survenue d'une récurrence métastatique pulmonaire lors de l'évolution d'une tumeur phyllode bénigne du sein : à propos d'un cas. S. Kharmoum, N. Ismaili, N. Berrada et al.
- 51- Impact de la surveillance du ca15-3 dans le diagnostic des rechutes métastatiques dans le cancer du sein : à propos de 15 cas. M.R. Khmamouche, Y. Moussaid, A. Debbagh et al.
- 52- Cancer du sein localisé chez l'homme : à propos de 14 cas et revue de la littérature. M.R.Khmamouche, T. Mahfoud, R.Aassab et al.
- 53- Évaluation du statut HER2 dans le cancer du sein métastatique : à propos de 24 cas. M.R.Khmamouche, T. Mahfoud, A.Bazine et al.
- 54- Compressions médullaires métastatiques du cancer du sein : à propos de 13 cas. M.R.Khmamouche, T. Mahfoud, R. Aassab et al.
- 55- Cancer du sein bilatéral : à propos de 7 cas avec revue de littérature. M.R. Khmamouche, I. Aaribi, T. Mahfoud et al.
- 56- Carcinome épidermoïde primitif du sein. À propos de 13 cas. A. Lachgar, I.Lalya, K. Nouni et al.
- 57- Association d'une anémie de Biermer et d'une tumeur carcinoïde gastrique. S. Lahmidani, M. Absi, M. Ouanani et al.
- 58- Cancer gastrique et maladie coeliaque : a propos d'un cas. S. Lahmidani, K. Zakri, H.O. El Malki et
- 59- Cancer du sein et grossesse : a propos de 21 cas et revue de la littérature. I.Lalya, Em.tazi, L.Boulaamane et al.
- 60- Sarcomes mammaires primitifs : à propos de 28 cas. I. Lalya, FZ. El M'rabet, S. Brahmi et al.
- 61- Les carcino-sarcomes du sein : à propos de trois cas. I. Lalya, Em. Tazi, L. Boulaamane et al.

- 62- Sarcomes mammaires primitifs : à propos de 28 cas. I. Lalya, FZ. El M'rabet, S. Brahmi et al.
- 63- Métastase mammaire révélatrice d'un cancer de l'estomac. T. Mahfoud, M.R. Khmamouche, R. Aassab et al.
- 64- Le cancer lobulaire du sein : particularités thérapeutiques et évolutives. K. Nouni, D. Adama, T. Kabdani et al.
- 65- Le cancer du sein chez l'homme à l'INO : à propos de 122 cas. K. Nouni, A. Assabane, H. Elkacemi
- 66- Le leiomyosarcome primitif du sein : à propos d'un cas. K. Rami , L. Alhousseini, A. Asabbane et al.
- 67- Chondrosarcome du sein a propos d'une observation. S. Sekkate ; M. kairouani, H. Abahssain et
- 68- Cancer du sein chez un homme avec antécédent de gynécomastie : à propos d'un cas. T. Sghiri, A. Mouhtaram, W.Allam H.Errihani.
- 69- Tolérance cardiaque du trastuzumab en adjuvant : revue a travers 54 observations. R. Tanz, A. Bazine, T. Mahfoud, et al.
- 70- Carcinome lobulaire in_ ltrant du sein : à propos de 30 cas et revue de la littérature. F. Zakkouri, S.Ouaouch, N.Berrada et al.
- 71- Métastase mammaire d'un carcinome de la vésicule biliaire : a propos d'un cas H.Sadek, A.Elomrani, H. Rida et al.
- 72- Carcinome neuro-endocrine à petites cellules du sein : A propos d'un cas et revue de la littérature. T. Mahfoud, M.R.Khmamouche, F. Zakkouri et al.
- 73- L'utilisation du Lapatinib et Capécitabine dans le traitement des métastases du cancer du sein HER2 surexprimé : à propos d'un cas. A. Moussei, K. Bouzid
- 74- Métastases mammaires d'un mélanome : A propos de deux observations. El khannoussi, M. Kamouni, N. Mansouri et al.
- 75- Tuberculose mammaire a propos d'un cas. Ha_di, Achenani, Mezane et al.
- 76- Cancer du sein in_ ammatoire chez l'homme : à propos de 6 cas colligés a l'INO de 2007 a 2009, avec revue de la litterature. M. Ben Ameer El Youbi; Z. Fadoukhair; H. Errihani.
- 77- Cancer du sein in_ ammatoire. Expérience de L'Institut Salah Azaiez. À propos de 419 cas. Bouzaïene H, Ben Hassouna J, Khomsi F et al.
- 78- L'hyperplasie stromale pseudo-angiomateuse nodulaire du sein; I.Guedira, H.Bennis, A.Achik et
- 79- Nouveautés dans les facteurs histopronostiques des cancers du sein. A. Achiq, K. Berroho, I. Guedira et al.
- 80- Localisation inhabituelle d'une tumeur à cellules géantes de la paroi thoracique : à propos d'un cas avec revue de la littérature. H.Chenna, M. Iraqi, T. Kbdani et al.
- 81- Cancer du sein métastatique : quel progrès dans la prise en charge ? et quels sont les limites actuelles? K.Berroho, A.Achiq, I.Guedira et al.
- 82- tumeurs phyllodes du sein : expérience de l'INO à propos de 70 cas. K. Nouni,d.adama, H.Chenna
- 83- Tumeur neuroendocrine du sein : A propos de 4 cas cliniques. S. Kharmoum, I. Essadi, N.Berrada
- 84- Ostéosarcome primitif du sein A propos de deux cas. FZ. El M'rabet, H.Abahssain , I. Lailya et al.
- 85-Cancer du sein métastatique : Intérêt du CA 15-3 A.Debbagh, T.Mahfoud, Y.Moussaid et al.
- 86- IRM mammaire. F.Amraoui, I.Lechgar, L.Benaïssa et al.
- 87- Le carcinosarcome du sein : à propos de cinq cas avec revue de la littérature
H. Chenna, O. Masbah, M. Iraqi
- 88- Un carcinome epidermoïde induit par un traitement adjuvant du cancer du sein. H. Elfazazi, L. Elbeqqali, G.Salek et al.
- 89- L'utilisation du lapatinib dans la prise en charge des métastases cérébrales du cancer du sein HER2 positif cas clinique. N. Lagha, A Moussei, K. Bouzid
- 89- Rehaussement normal du tissu mammaire en IRM. Z. JAMALEDDINE ; S. EL HADDAD ; R. LATIB et
- 90- Astrocytome bénin du tronc cérébral chez l'enfant : A propos d'un cas. H. Berhil ; K.Hadadi ; H. Chenna et al.
- 91- Cancer du pancréas révélé par un diabète sucré. S.Lahmidani, M El absi ; M El ouanani et al.

- 92- Adénocarcinome mucineux multifocal du sein : à propos d'un cas avec revue de littérature. M.R.Khmamouche, T. Mahfoud, R. Aassab et al.
- 93- Etude du statut de la protéine her2/neu dans le cancer du sein : par méthode immunohistochimique. A. Bazine, A. Debbagh, A. Ktaibi et al.
- 94- Tumeur neuroectodermique primitive du sein à propos d'une observation. S.Sekkate ; M.kairouani, H.Abahssain
- 95- Le léiomyosarcome du sein : à propos d'un cas avec revue de la littérature. H.Chenna, T. Kebdani, H. Zaidi
- 96- Trastuzumab en neoadjuvant dans le cancer du sein. A propos d'un cas. F. BRANECI
- 97- L'utilisation du Lapatinib et Capécitabine dans le traitement des métastases du cancer du sein HER2 surexprimé A propos d'un cas. A. Moussei, K. Bouzid
- 98- Tumeurs occultes du sein révélée par une adenopathie axillaire. Bouzaiene H, Triki A, Hdiji A et al.
- 99- Cancer du sein localement évolué et métastatique Auto-Négligé. à propos d'un cas. S.Belhadeh, R.Youcef –khouidja et al.
- 99- Le cancer du sein in_ammatoire: Expérience de l'Institut National d'Oncologie. Y. Bensouda, N. Ismaili, H. El Yacoubi et al.
- 100- Les anthracyclines concomitantes à la radiothérapie après chirurgie réduisent le taux de rechute du cancer du sein N. Ismaili, I. Lalya, S. Elmejjoui et al.
- 101- Le cancer du sein chez l'homme : Expérience de l'Institut National d'Oncologie. K.Alaoui Slimani, W Allam, R.Belbaraka Et Al.
- 102- Métastase cavaire d'un cancer du sein chez l'homme. A propos d'un cas et revue de la littérature. K. Alaoui Slimani, W.Allam, I.Essadi
- 103- Une dermatomyosite révélant des métastases hépatiques et osseuses d'une tumeur mammaire infraclinique H. Elfazazi, L Elbeqqali, G.Salek et al.



Lors de la clôture de ce cours et après avoir donné la parole à un représentant de chaque pays participants (Algérie, Tunisie, France), le Dr. Habib, organisateur principal de ce cours a salué l'ensemble des participants et a souligné la nécessité de tels rencontres pour l'actualisation de nos connaissances vu que 5% d'entre-elles deviennent obsolètes chaque année. Un tel cours de part sa pérennité, la qualité de ses orateurs, la qualité de l'assistance et la qualité des sujets choisis se doit de perdurer et rendez-vous est pris pour le 7^{ème} cours le 15 mai 2011.

