

3^{ème} Edition du Cours Supérieur Francophone de Cancérologie Digestif

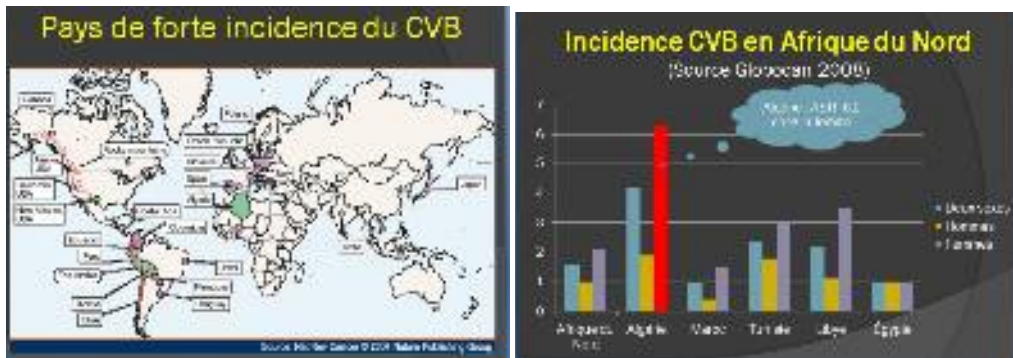
4 Décembre 2010, Hôtel Sofitel, Jardin des Roses, Rabat



Modérateurs de la Séance inaugurale

Dans le cadre du Forum International du Cancer « Session d'hiver », la **3^{ème} Edition du Cours Supérieur Francophone de Cancérologie Digestive** organisé par la Société Marocaine de Cancérologie du Secteur Libéral en collaboration avec la Société Marocaine de Chirurgie (sous l'égide de la SMSM, IC, DSCMCFMPR, COA) s'est déroulé le 4 décembre 2010 à Hôtel Sofitel, Jardin des Roses, de Rabat (Maroc). Cette édition a porté sur les cancers du foie, des voies biliaires et du pancréas ainsi que sur le cancer de l'estomac, les cancers colorectaux et la carcinose péritonéale. Outre ces thèmes dédiés à la cancérologie digestive, une session a été consacrée à la recherche clinique au Maroc.

Lors de **la 1^{ère} session consacrée au foie et aux voies biliaires**, le **Pr. L. Abid** d'Alger a présenté **le traitement chirurgical du cancer de la vésicule biliaire**. Il signalera que ce cancer est fréquent chez la femme en Algérie puis insistera sur la nécessité chaque fois que cela est possible de réaliser un traitement chirurgical radical qui comprend au minimum une bisegmentectomie hépatique (segments IV antérieur + V) associée à un curage ganglionnaire extensif. Les résultats d'une série de 130 cas de cancers de la vésicule biliaire ayant bénéficié d'un geste radical sont rapportés avec certes une morbidité relativement élevée mais avec un taux de survie à 5 ans de 16 % et une médiane de survie de 17 mois (***Archives of the Balkan Medical Union 2010, vol.45, n°3 pp 181-185***).



L'orateur terminera son exposé par des recommandations :

- Que faire devant un cancer de la vésicule biliaire évoqué en préopératoire ?
- Que faire devant un cancer de la vésicule biliaire diagnostiqué per-opératoire et résecable ?
- Que faire devant un cancer de la vésicule biliaire évoqué en préopératoire et non résecable ?
- Que faire devant un cancer de la vésicule biliaire en situation métastatique ?
- Que faire devant un cancer de la vésicule biliaire diagnostiqué en postopératoire sur pièce de cholécystectomie.

Le Pr. M. Oukkal présentera **les traitements médicaux des cancers des voies biliaires.**

Après un mot d'épidémiologie, il signalera que les traitements néo-adjuvants sont souvent compromis par l'ictère et l'altération de l'état général des patients. A ce jour aucun essai randomisé de chimiothérapie, de radiothérapie ou de radio chimiothérapie néo-adjuvante. Les quelques essais non randomisés de faibles effectifs ont suggéré un bénéfice de la radio chimiothérapie néo-adjuvante (**Wiedman M et al. Cancer 2003;97:2783–90.**) En situation adjuvante, un seul essai randomisé (critiqué sur le plan méthodologique) a montré un bénéfice en survie de la chimiothérapie adjuvante (MMC+5FU) dans le sous groupe des cancers de la vésicule biliaire (**Takada T et al. Cancer 2002; 95:1685–95**). La radiothérapie adjuvante serait utile après résection de type R1 (**Gwak HK et al. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2010 Sep 1;78(1):194-8**). En phase métastatique, l'association Gemcitabine–Cisplatine dans un essai de phase III randomisé a montré un bénéfice significatif en termes de survie sans progression et de survie globale comparée à la Gemcitabine seule. L'association Gemcitabine-Cisplatine est actuellement le standard de traitement des formes évoluées des cancers des voies biliaires. (**JW Valle et al., N Engl J Med 362; 14 nejm.org April 8, 2010**). Dans l'expérience du CPMC, l'orateur signalera un travail présenté à l'ASCO 2003 en collaboration avec le service de chirurgie de Bologhine, à propos d'une série de 36 pts atteints de cancers avancés des voies biliaires traités par l'association Gemcitabine-Cisplatine avec des résultats encourageants (**L. Abid et al. ASCO 2003 Abst#1203**). Les thérapies ciblées seules ou associées à la chimiothérapie ont montré dans de courtes séries des résultats prometteurs et nous attendons les résultats des essais en cours.

Le Pr. M. Benazouz L'Hépatocarcinome : Un modèle de coopération multidisciplinaire ?

L'orateur insistera d'emblée sur cette prise en charge multidisciplinaire qui implique : l'hépatoc-

gastroentérologue, l'oncologue médical, l'imageur, le biologiste, le généticien, le chirurgien, le réanimateur et l'anatomopathologiste. Il rappellera les critères radiologiques du diagnostic de CHC qui diffèrent selon que le CHC survient sur foie sain ou sur foie cirrhotique. Le bilan d'extension, doit comprendre un scanner thoraco-abdominal (ou scanner thoracique et IRM abdominale) , un echodoppler pour préciser l'état du flux portal et sus-hépatique ainsi qu'un scanner cérébral et une scintigraphie osseuse en cas de signe d'appel . Les modalités thérapeutiques sont passées en revue avec leurs indications.

Le Pr. A. Belkoucha traitera de **la chirurgie du CHC sur cirrhose**. Après avoir rappelé les critères d'opérabilité selon les conférences de Barcelone et de Lyon en 2005, il rapportera une série de 97 cas de CHC réséqués entre 1998 et 2008 dont 35 sur foie sain avec une morbidité de 27 % dominée par les complications liées à la chirurgie hépatique (hémopéritoine, fuite biliaire, abcès profond), à la chirurgie du cirrhotique (insuffisance hépatocellulaire, encéphalopathie, ascite) et à la chirurgie abdominale. L'orateur signale un taux de récurrence de 18%, apparaissant généralement dans l'année qui suit l'acte opératoire, le plus souvent lorsque la tumeur initiale avait un diamètre supérieur à 5 cm.



Prs. L. Abid; M. Oukkal et M. Benazouz

La 2^{ème} session sera consacrée aux **Cancers de l'Estomac**

Le Pr. L. Ifrine, chirurgien, présentera **les différentes techniques de gastrectomie et leurs indications et répondra à la question : Qu'est ce qu'une chirurgie optimale?**

Le Pr. H. Errihani abordera le volet médical : **Y a-t-il une place à d'autres traitements après la chirurgie dans les cancers de l'estomac localisés.**



Prs. H. Errihani ; A. Belkhouchi et R. Mohsine

La 3^{ème} session sera consacrée aux Cancers du Pancréas

Le Pr. R. Mohsine présentera les techniques chirurgicales et leurs indications, ainsi qu'un film montrant les points les plus importants lors d'une DPC.

Le Pr. H. Mrabti situera quant à elle, la place de traitements adjuvants dans les cancers du pancréas, leurs indications et limites.



Prs. H. Mrabti et M. Abid

Le Pr. M. Abid rapportera l'expérience de la clinique Debussy (CPMC, Alger) dans **la prévention ainsi que dans la prise charge des carcinomes péritonéales, à propos de 101 procédures de chimiothérapie intrapéritonéale**. Il s'agissait d'une étude rétrospective qui a intéressé 101 patients traités par chirurgie plus chimiothérapie intra péritonéale postopératoire immédiate (CIPP). Dans 76 cas la CIPPI avait été réalisée après exérèse radicale d'un cancer colorectal à haut risque de récurrence (T3/4, carcinome localisée, atteinte ovarienne, occlusion, perforation et cytologie positive). Il s'agit de 40 hommes et 39 femmes dont l'âge moyen était de 51 ans.



Dans une première phase ayant inclus 64 malades le protocole de chimiothérapie associait de la Mitomycine C à J0 à 12mg/m² et du 5 Fluoro-uracile à 15mg /Kg de J1 à J4.

Dans une seconde phase le protocole utilisé comprenait l'association de l'oxaliplatine (300mg/m²) intrapéritonéale à du 5 Fluoro-uracile (400 mg/m²) et de l'acide folinique (20mg/m²) par voie intraveineuse.

Au cours de la même période 25 patients ont reçu une CIPPI après résection d'une carcinose péritonéale. La tumeur primitive était d'origine gastrique dans 3 cas, D'une tumeur ovarienne dans 10 cas, d'une tumeur de Krukenberg dans 1 cas, d'un pseudomyxome du péritoine dans 9 cas et d'un Mésothéliome malin dans 2 cas.

Résultats: La durée moyenne de séjour était de 20 jours. La mortalité globale était de 11%. La morbidité globale était de 32%. Le taux de fistule digestive était de 6,3%. La durée opératoire moyenne était de 230 mn. Une chimiothérapie systémique adjuvante a été réalisée dans 34 cas (43%) soit pour atteinte ganglionnaire ou après exérèse d'une métastase hépatique. Une récurrence locale a été observée dans 11 cas (14 %) seulement et 69% des patients sont vivants. Les autres localisations métastatiques sont hépatiques dans 26 cas (8,2 %), pulmonaires dans 17 cas (5,3%), cérébrales dans 3 cas, surrénaliennes dans 1 cas et enfin ovariennes dans un cas.

Selon l'orateur, la chimiothérapie intra péritonéale associée à une chirurgie d'exérèse radicale permet de réduire les récurrences locales et péritonéales dans les cancers colorectaux localement avancés.



L'auditoire

La 4^{ème} session a été consacrée à la recherche clinique.



Prs. M.T. Alaoui , M. Bachouchi , S. Moutaouakil et R. Mohsine

Le Pr. A. Benomar a fait un exposé sur la mise en place des structures universitaires de formation en recherche à la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat . C'est ainsi qu'il informa l'assistance de la programmation par la commission de la recherche de séminaires destinés aux étudiants de 5^{ème} année de pharmacie et de 6^{ème} année de médecine où ces étudiants reçoivent des cours sur la recherche clinique, les différents types d'études , l'exposé oral , la forme et la présentation d'une thèse , la recherche bibliographique .**Des CEDOC** (centres d'études doctorales) sont créés dans les universités dont les missions sont : accueillir des doctorants au sein des structures de recherches ; fédérer les équipes pédagogiques et de recherche ; mutualiser les moyens ; dynamiser la recherche ; assurer une ouverture sur le monde extérieur ; favoriser l'intégration des doctorants dans le milieu professionnel. « *Le diplôme de doctorat sanctionne un cursus de formation doctorale constituée d'un ensemble de formations et de travaux de recherche* » (décret n°2-64-89 du 7 juin 2004). Il est ouvert aux titulaires d'un master ou d'un master spécialisé ou de l'un des diplômes nationaux reconnus équivalents (médecin , dentiste , pharmacien) répondant aux prérequis de la demande d'accréditation . C'est ainsi que des formations complémentaires communes ont été mises en place d'une durée de 180 heures complétées par l'enseignement de l'anglais .Le nombre de candidats retenus pour ces 3 dernières années 2008,2009,2010 a été respectivement de 47, 48, et 107 (dont 63 médecins , 7 pharmaciens , 4 dentistes et 32 scientifiques pour l'année 2010).

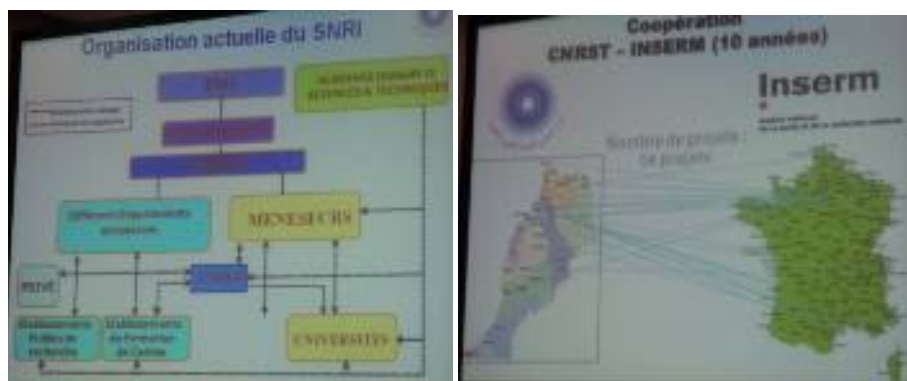
En 1999 , il y a eu création de l'unité de biostatistiques et de recherche clinique et en 2001 du laboratoire de Biostatistiques ,de Recherche Clinique et d'Epidémiologie (**LBRCE**) par le Pr. Belmahi en collaboration avec la CIDMEF dont les axes d'activité sont l'élaboration de protocoles d'études ; la réalisation d'analyses statistiques ; la méthodologie de rédaction des travaux de recherche ; l'aide à l'élaboration de bases de données. Depuis 2001 à ce jour le nombre de travaux dirigés réalisés est de 245. En 2007 , un DU de Biostatistiques et de Recherche Clinique a été mis en place et qui est à la troisième promotion. Le Pr. A. Benomar clôturera son intervention par un bilan chiffré de la production scientifique de la faculté de

médecine et de pharmacie de Rabat qui était voisine de 100 publications en 2000 et qui a atteint le chiffre de près de 400 publications en 2009.



Prs. A. Benomar et A. Benjouad

Le **Pr. Abdelaziz Benjouad** du centre national pour la recherche scientifique et technique (CNRST) présentera la politique nationale de la recherche au Maroc et le rôle du CNRST. Après un rappel historique des grandes étapes du développement de la recherche au Maroc (PARS 1997 ; PROTARS 1998 ; CPIRSDT en 2001) , il fera une analyse du système de recherche en santé avec la mise en place du comité de suivi de l'accord de coopération S&T Maroc-UE (2003) , le démarrage des activités de l'académie Hassan II des Sciences et Technologie en 2006, les 4 thèmes prioritaires en santé (maladies infectieuses , maladies génétiques, médecine traditionnelle et environnement) .L'orateur rappellera que la santé engrange le 1/3 du montant annuel accordé par le gouvernement à la recherche alors qu'elle représente 20 % de la recherche . Il signalera néanmoins le manque de pilotage et de suivi de l'évaluation et la nécessité de doter le pays d'une politique et de priorités de recherche en santé.



Le Pr. A. Zeggwagh traitera du “ « **sponsoring** » dans la recherche biomédicale : entre **Ethique et Efficacité**”. Pour l’orateur , les 3 principes fondamentaux de l’éthique de la recherche biomédicale sont le respect de la personne , la bienfaisance et la justice .



Lignes directrices en éthique et acteurs d’un essai clinique

Les différents acteurs d’un essai clinique sont passés en revue quant à leur rôles et responsabilités au cours d’un essai clinique . Les différents biais selon que l’industrie pharmaceutique sponsorise ou non un essai clinique sont passés en revue .Il en sera de même des conflits d’intérêt , conflit qui peut se définir comme une situation dans laquelle le jugement professionnel concernant le bien du patient ou l’intégrité de la recherche est susceptible d’être influencés de manière excessive par un intérêt secondaire , comme le gain financier .



La solution est la transparence , la conduite des essais cliniques selon les règles de bonne pratique clinique , l’obligation de pré-publication du protocole, le contrôle lors de la publication et le respect du protocole initial. Mais la transparence ne suffit pas et l’orateur conclura sur la liberté de jugement ou d’intervention du chercheur pour que rien ne vienne compromettre l’intérêt premier du patient .



Débat avec la salle

L'après- midi a été consacrée au traitement des cancers colorectaux

Plusieurs interventions ont intéressées cette localisation néoplasique :

Place des biomarqueurs et implication thérapeutique : **L. Jabri**

Les traitements conservateurs sont-ils toujours réalisables dans les Cancers Rectaux opérables? **A. Jalil**

Cancer du colon opéré en urgence : **M. Amraoui**

Cancers colorectaux : Techniques chirurgicales innovantes : **M. Kohen**

Peut-on se passer de la chirurgie dans le Cancer du bas rectum :

Pour: **N. Benjaafar**

Contre : **A. Hrora**

La Chirurgie des métastases hépatiques : Quand, comment et pour qui ? L'expérience Marocaine : **M. Kafih**





Dr. Habib & Pr. Kettani

Le Pr. I. Sobhani a présenté une communication intitulée : Ce qui est vrai pour le colon est-il extrapolable au rectum ?

Le Dr. C. Ortholan : Radiothérapie préopératoire dans les cancers rectaux : Standards et Recommandations.

Le Pr. Ph. Beuzeboc : Cancers Colorectaux Métastatiques : Moyens et indications des Thérapies ciblées ou comment passer de la théorie à la pratique ?

Le Pr. M. El Oufir a présenté les résultats d'un Questionnaire sur la prise en charge des métastases hépatiques des cancers colorectaux, questionnaire qui avait été distribué dans la matinée à tous les participants à cette journée.

Visite de la Clinique de la Tour Hassan et du Centre d'Oncologie El Azhar



Grâce à l'amabilité d'une collaboratrice du Dr. Habib (Melle M. El Kassibi) nous avons

eu l'occasion de visiter la clinique de la tour Hassan et le centre d'oncologie El Azhar de Rabat qui dispose depuis peu d'un Pet-Scan (le premier au Maghreb). Il s'agit d'un centre moderne, crée en 1994 qui dispose d'une infrastructure moderne, et d'un plateau technique de pointe qui lui permettent d'assurer tous les traitements innovants dans le domaine de la radiothérapie , de la chimiothérapie et de la chirurgie. L'activité médicale du Centre Azhar est coordonnée par les 3 médecins spécialistes et fondateurs (Drs. M. Bachouchi, F. Habib et A. Ouhadjou) auxquels est venu se joindre le Dr. A. Souadka, ancien chef de service de chirurgie oncologique à l'Institut National d'Oncologie de Rabat.

Il s'agit là d'un centre d'oncologie des plus modernes qui n'a rien à envier aux établissements d'oncologie du monde occidental.



Pet-Scan