

RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE
SOUS LE HAUT PATRONAGE DE MONSIEUR LE MINISTRE DE LA SANTÉ
MONSIEUR LE MINISTRE DE L'ÉNERGIE ET DES MINES

L'ALGERIAN SOCIETY FOR RADIATION ONCOLOGY
ORGANISE EN COLLABOATION AVEC LE SERVICE D'ONCOLOGIE
RADIOTHERAPIE DU CLCC DE SETIF



1^{ER} CONGRÈS INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE RADIOTHÉRAPIE

SE RÉUNIR EST UN DÉBUT,
RESTER ENSEMBLE EST UN
PROGRÈS, LUTTER CONTRE
~~LE CANCER~~ EST NOTRE RÉUSSITE.

DU 27 AU 29 AVRIL 2023

AUDITORIUM MOULOUD KACEM NAIT BELKACEM UFA SÉTIF 1

THÈMES

ÉVOLUTION TECHNOLOGIQUE DE
LA RADIOTHÉRAPIE EN ALGÉRIE
ASSOCIATIONS RADIOTHÉRAPIE
TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

- Association Radiothérapie Chimiothérapie
- Association Radiothérapie Thérapie Ciblée
- Association Radiothérapie Immunothérapie
- Association Radiothérapie Hormonothérapie

MEMBRES DU BUREAU DE L'ASRO

PRÉSIDENTS D'HONNEUR :



Pr Afiane M'hamed



Pr Dali Youcef
Ahmed Fathi



Dr Medjedoub
Sakina



Pr Boualga Kada



Pr Rahal Mohamed



Pr Djemaa
Bendjazia Aicha



Pr Aid Mama

MEMBRES D'HONNEUR :



Pr Hamdi Cherif
Mokhtar



Pr Bouzid Kamel



Présidente
Pr K. Boudaoud



Vice-Présidente
Pr Zenati Sara



Vice-Présidente
Pr Ferdi Nadia



Vice-Présidente
Pr Lahmar Kheira



Secrétaire General
Pr Khaldi Houria



Tresorier
Pr Djekoune
RACHID



**Secrétaire
General Adjoint**
Dr Naoun Lilia



Trésorier Adjoint
Dr Boughrara
Wahid

MEMBRES :



Dr Benzidine
Kahina



Dr Mansouri
Soumia



Dr Boukebbous
Hassiba



Dr Menaouer
Ben'amar



Dr. Mansouri
Khemisti



Dr Benabdrabou
Nadia



Dr Boukerani Ilyas



Dr Fellague
Houmeme



Professeur

**Khadidja
BOUDAPOUD**

PRÉSIDENTE DE L'ASRO

Chers collègues, Chers Amis

C'est avec une immense joie que je prends la parole en tant que présidente du premier congrès de l'Algerian Society for Radiation Oncology, après une longue attente de création.

Notre société a été créée dans le but de promouvoir et de développer la pratique de la radiothérapie en Algérie. Nous nous sommes donnés comme objectifs de renforcer la collaboration et les échanges entre les professionnels de la radiothérapie, de promouvoir la formation continue et la recherche scientifique dans ce domaine, et de sensibiliser le grand public sur l'importance de la radiothérapie dans la prise en charge du cancer.

Je tiens également à souhaiter chaleureusement la bienvenue à nos invités et conférenciers, qui participent à notre congrès par visioconférence ou en présentiel. Votre présence parmi nous est précieuse et nous sommes ravis de vous accueillir. Votre expertise et vos contributions enrichiront les échanges scientifiques et renforceront la qualité de notre congrès.

Je souhaite également la bienvenue à nos collègues nationaux qui participent à cet événement. Votre présence et votre engagement sont essentiels pour promouvoir la radiothérapie en Algérie et pour partager vos expériences et expertises avec la communauté.

Le thème de notre premier congrès est «L'évolution des techniques de radiothérapie en Algérie et l'association de la radiothérapie aux traitements médicamenteux». Ce congrès sera l'occasion de rassembler des experts nationaux et internationaux pour partager leurs connaissances et expériences dans le domaine de

Nous aborderons les avancées technologiques récentes, les nouvelles approches de traitement combinant la radiothérapie avec les traitements médicamenteux, ainsi que les défis et les opportunités de la pratique de la radiothérapie en Algérie.

Nous aurons également des sessions scientifiques, des ateliers, des présentations de cas cliniques, et des discussions interactives pour favoriser les échanges et la collaboration entre les participants. Nous espérons que ce congrès sera une occasion unique d'apprentissage, de partage et d'interaction entre les professionnels de la radiothérapie en Algérie, et qu'il contribuera à renforcer notre communauté et à promouvoir la qualité des soins pour nos patients.

Je tiens à remercier tous les membres de notre société, ainsi que nos partenaires et sponsors, pour leur engagement et leur soutien dans la réalisation de ce congrès. Je vous invite tous à participer activement aux sessions scientifiques, à partager vos connaissances et expériences.

En conclusion, je suis convaincue que ce premier congrès de l'ASRO sera un grand succès et marquera le début d'une longue série d'événements scientifiques et professionnels visant à promouvoir la radiothérapie en Algérie. Je vous souhaite à tous un congrès enrichissant et fructueux.

Mes Salutations distinguées

Pr Khadidja BOUDAUD

ENTRETIEN

Professeur

**Khadidja
BOUDAUD**

**PRÉSIDENTE
DE L'ASRO**



**“ La radiothérapie
occupe une place
importante dans
l’arsenal thérapeutique
des cancers. ”**

Présidente de la société algérienne d'oncologie et radiothérapie, Pr Boudaoud Khadidja -médecin chef du service d'oncologie radiothérapie au Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC) de Sétif et cheville ouvrière du 1er congrès international d'oncologie radiothérapie qu'organise l'ASRO à Sétif, nous parle de la radiothérapie, de l'ASRO et des objectifs assignés à l'évènement scientifique...

Quelle est la place de la radiothérapie dans le traitement du cancer ?

La radiothérapie fait partie intégrante du traitement multimodal du cancer, impliquant souvent une collaboration étroite avec d'autres spécialités médicales, telles que la chirurgie, l'oncologie médicale, la radiologie et l'anatomo-pathologie. La radiothérapie occupe une place importante dans l'arsenal thérapeutique des cancers. Elle possède un pouvoir curatif important en cancérologie. Environ 70% des patients bénéficient d'un traitement par radiothérapie. Elle est utilisée dans les différents stades de la maladie, seule ou associée à d'autres modalités thérapeutiques. Elle permet la conservation de certains organes tels que le larynx, le sein, le rectum et les membres. Dans la maladie métastatique, elle est utilisée pour améliorer la qualité de vie et le confort du patient. En un mot, la radiothérapie est le chef de file reconnu en matière de qualité, d'innovation et de valeur dans les soins multidisciplinaires contre le cancer.

Quel est son apport dans le processus thérapeutique ?

La radiothérapie a connu un développement technologique très important au cours de la dernière décennie, ce qui permet maintenant d'administrer des doses précises de rayonnement à la tumeur tout en minimisant les dommages aux tissus sains environnants. Cette précision accrue permet de maximiser les effets thérapeutiques tout en minimisant les effets secondaires associés au traitement. La bonne prise en charge des patients dans des meilleures conditions de sécurité avec des délais courts de traitement sont les principaux objectifs qui préoccupent les professionnels confrontés à la nécessité d'une mise à jour permanente et accélérée de leurs connaissances.

Pourriez-vous nous parler de votre société savante ?

L'Algerian Society for Radiation Oncology (ASRO) est une société savante agréée le 15 Septembre 2022. Les membres du conseil d'administration ont été élus lors de l'assemblée générale tenue le 09 décembre 2021 à l'occasion des 8èmes journées de l'association des praticiens d'oncologie radiothérapie de Constantine APOR. L'association regroupe des chercheurs, des scientifiques et les professionnels de la radiothérapie oncologique, impliqués dans la recherche, la pratique clinique et l'éducation dans le



domaine de l'oncologie radiothérapie. Nos différents groupes de travail, chapeautés par des oncologues radiothérapeutes de l'ASRO, seront ravis d'intégrer tous les professionnels de la radiothérapie (Physiciens médicaux et manipulateurs en radiothérapie) ainsi que tous les professionnels de santé.

Quels sont les principaux axes du plan de travail de votre association ?

L'ASRO a pour mission de promouvoir l'excellence dans la pratique de la radiothérapie, de favoriser la recherche et l'innovation dans le domaine de l'oncologie radiothérapie, et d'améliorer la qualité des soins aux patients atteints de cancer. Elle contribue à la diffusion des connaissances scientifiques et cliniques, à l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques cliniques, et à la promotion de la recherche dans le domaine. La formation continue est essentielle pour maintenir les connaissances et les compétences des professionnels de la radiothérapie à jour. La société d'oncologie radiothérapie travaille pour la promotion de la collaboration interdisciplinaire, et la facilitation des échanges entre les différents domaines de la médecine, encourage une approche globale et coordonnée du traitement du cancer. L'ASRO peut contribuer à sensibiliser le grand public sur l'importance de la radiothérapie dans le traitement du cancer, à promouvoir la compréhension des avantages, des risques et des limitations de la radiothérapie, à encourager la participation aux programmes de dépistage et de prévention du cancer.

Quels en sont ses perspectives futures ?

Les perspectives de l'ASRO sont vastes et peuvent inclure plusieurs domaines d'intérêt. L'association peut jouer un rôle clé dans la promotion de l'adoption et de l'utilisation appropriée des avancées technologiques de la radiothérapie pour améliorer les résultats du traitement. La recherche clinique dans le domaine de la radiothérapie peut permettre de mieux comprendre l'efficacité des différentes approches de traitement, d'identifier de nouvelles stratégies thérapeutiques. L'ASRO peut promouvoir la collaboration internationale entre les professionnels de la radiothérapie, faciliter les échanges internationaux d'expertise, de recherche et de connaissances .

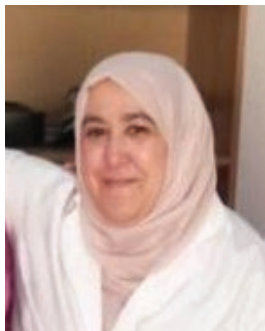
L'ASRO compte lancer une revue scientifique, non ?

La création et l'édition d'une revue scientifique est l'une des principales ambitions de l'ASRO. Cette publication peut offrir un espace de diffusion des nouvelles avancées technologiques en radiothérapie. Elle sera l'espace idoine pour les cliniciens et les chercheurs en radiothérapie, leur permettra de partager leurs expériences cliniques et leurs expertises dans la gestion de divers types de cancers. Elle facilitera en outre les échanges avec les experts internationaux.

Dans une première à l'échelle nationale, ALGERIAN SOCIETY OF RADIATION ONCOLOGY (ASRO) organise en collaboration avec le service d'oncologie radiothérapie du CLCC Sétif un congrès international sur la radiothérapie, quels sont les objectifs assignés à cet important rendez-vous ?

Notre congrès regroupera des conférenciers de renom dans le domaine de l'oncologie radiothérapie (USA, France, Oman, Tunisie, Algérie). Il vise à rassembler des experts, des chercheurs, des professionnels de la santé et des étudiants dans le domaine de l'oncologie radiothérapie, pour discuter de l'évolution de la radiothérapie en Algérie et son association aux traitements médicamenteux (chimiothérapie, hormonothérapie, thérapie ciblée et immunothérapie). Les conférenciers aborderont une variété de sujets pertinents, tels que les avancées technologiques en radiothérapie, les nouvelles approches de traitement, les défis cliniques et éthiques, ainsi que les tendances émergentes dans le domaine de l'oncologie radiothérapie. Leurs présentations seront enrichissantes et stimulantes à la fois. Elles permettront aux participants de bénéficier d'informations actualisées et des perspectives novatrices sur les développements récents dans le domaine.

Hommage Aux Défunts



Dr
Amina
DAOUD

Pionnière , Dr Daoud Amina a eu l'honneur et le privilege d'ouvrir le service d'oncologie - radiotherapie du centre de lutte contre le cancer (CLCC) d'Ouargla . Elle s'est éteinte en fevrier 2022 à l'âge de 51 ans,laissant un vide immense, non seulement au sein de sa famille, mais aussi parmi ses collègues et les centaines de patients qu'elle a soigné.

Formée à la bonne école du centre Pierre et Marie Curie (CPMC) d'Alger , l'hospitalo-universitaire préférant se consacrer au service public fait partie de la trempe de cette armée de médecins qui ont partagé leur savoir , qui ont fait leur devoir , soulagé leurs patients et rendu d'énormes services à la médecine de leur pays.

La scientifique, qui est aussi une fin pédagogue, s'est distinguée par son abnégation, son intégrité et sa modestie, tout en incarnant le modèle du médecin d'antan, voire de l'ancienne école.

Dr Amina Daoud ayant consacré les plus belles années de sa vie à la médecine particulièrement à la radiotherapie laissera derrière elle , le souvenir d'une praticienne très respectée , d'une personne aux grandes valeurs humaines et d'une spécialiste dévouée et irremplaçable.



Dr

Meriem SEBA

Au cours de sa courte mais fertile carrière professionnelle, Dr SEBA Meriem a rendu des services incommensurables à la radiothérapie. Fille d'un instituteur et d'une mère au foyer, la défunte a effectué son cursus scolaire à Frenda, sa ville natale.

Durant ses années d'exercice au centre de lutte contre le cancer (CLLC) de Bechar, la défunte a participé activement au développement de la radiothérapie, et à l'amélioration de la prise en charge des patients.

Née le 14 octobre 1989 à Frénala (Tiaret) où elle s'est illustrée par un parcours scolaire brillant. Scientifique née, la défunte était une grande adepte de littérature, de poésie et de sports particulièrement le football.

Calme et pondérée, Meriem SEBA s'illustre à la faculté de médecine de Sidi Bellabes (2007/2014), laisse ses empreintes au service de radiothérapie du centre anti cancer (CAC) d'Oran (résidanat) où son souvenir est impérissable.

Après l'obtention de son DEMS (2019), la défunte met le cap sur le CLLC de Bechar où son humanisme, son écoute, son professionnalisme empreint d'empathie pour ses patients ont marqué les esprits de ses collègues, et des malades gardant en mémoire le dévouement et la gentillesse d'une praticienne hors pair.

La radiothérapie, perd l'une de ses meilleures élèves partie précocement, le 8 Décembre 2022 à l'âge de 33 ans. La défunte qui avait le souci du travail bien fait part avec le sentiment du devoir accompli et un goût d'inachevé.



Dr

Ahmed REZKALLAH

Le 5 octobre 2022, une journée à marquer d'une pierre noire. Elle nous a ravi un projet d'un très grand spécialiste en radiothérapie, laissant à n'en pas douter ses idées et son sacerdoce vivaces.

Fils de l'Algérie profonde, Dr Ahmed Rezkallah (Allah Yerahmou) est né le 24 mai 1978 à Meliana (wilaya d'Ain Defla). Issu d'une modeste famille, le défunt effectue ses études primaires à l'école Larbi Tebessi (1984 – 1989), puis le collège à Ibn Batouta (1990 – 1992). Après avoir réussi, brillamment au baccalauréat sanctionné par une mention (1995) et la meilleure note en mathématiques au BAC (19,75/20), il opta pour la médecine, discipline rébarbative et demandant des qualités de résilience.

Après de brillantes études à la faculté de médecine de Blida, il intègre les rangs de l'armée nationale populaire (ANP), et obtient son DEMS en radiothérapie en 2009 puis une maîtrise en radiothérapie en 2012. Attaché à sa spécialité, le maître assistant, à l'écoute et au service de ses patients, personnifiait le sérieux, la compétence et le professionnalisme. Dans la vie de tous les jours Dr Ahmed Rezkallah était un passionné de la nature, du bricolage, de cyclisme et de l'aikido.

Connu et recouru pour sa gentillesse, son humilité, son altruisme, le défunt qui a, à l'instar de ses collègues, donné une noblesse à leur profession, est parti à la fleur d'âge (44 ans) laissant derrière lui l'image d'un homme digne et d'un spécialiste consciencieux.

COMITÉ D'ORGANISATION :

PRÉSIDENTE: PR ZENATI SARA

PR Boudaoud Khadidja
PR Lahmar Kheira
PR Khaldi Houria
PR Djekkoune Rachid
DR Naoun Lilia
MR Akouche Rabeh
PR Hamdi Cherif Mokhtar
PR Kharfi Fayçal
DR Haddad Asma
DR Boukebbous Hassiba
MR Khoudri Saad
DR Hamzi Lakhder
DR Boulkhessaim Fouad
DR Merikhi Toufik

COMITÉ SCIENTIFIQUE :

PRÉSIDENTE: PR BOUDAUD KHADIDJA

PR Afiane M'hamed
PR Djemaa Bendjazia Aicha
PR Hamdi Cherif Mokhtar
PR Lahmar Khaira
PR Djekkoune Rachid
PR Zenati Sara
PR Khaldi Houria
PR Oukrif Siam
PR Ferdi Nadia
PR Tayeb Chikh
PR Mahiou Mohamed Amokrane

DR Zerroug Meriem
DR Khelfa Sara
DR Cherifa Idris
DR Guettal Sara
DR Selmani Sabra
DR Messaad Soumia
Mme Laababssa Hiba
Mme Makhloufi Seloua
Mme Merzougui Sara
Mme Boulemredj Malia
Mme Laouaman Amina
Mme Laamamra Nihad
Mme Sakhi Douaa
MR Abdelaziz Sofiane

PR Taleb Lotfi
PR Chami Samia
DR Naoun Lilia
DR Chaib Rassou
DR Guet Saada
PR Ayad Messaoud
MR Benkemouche Ahcen
PR Boukerche Abdelbaki
PR Haoui Messaouda
PR Hamizi Kamel
PR Gettaf Zohra

CONFÉRENCIERS



Pr Afiane M'hamed



**Dr Salim Chaib
Rassou**



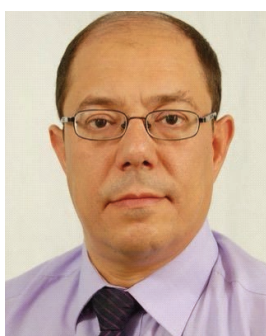
Pr Amri Hakima



**Dr Amelie
Cuif-Job**



Pr Ghorbal Lilia



Mr Saleh Bali



**Dr Mathieu
Bosset**



Pr Cyrus Chargari



Mr Zahra Nabil



**Mme Ayadi
Myriam**



**Pr Ouhida
Soraya**



**Mr Toutaoui
Abdelkader**



Pr Rabahi Siheme



Dr Naoun Lilia



**Mr Benkemouche
Ahcene**

- Pr Khaldi Houria
- Pr Kouchkar Amel
- Pr Guettaf Fatma Zohra
- Dr Guet Saada
- Dr Ikhlef Hamimi
- Dr Boulkhsaim Foued
- Dr Chabni Mohamed
- Pr AH Boudjella
- Pr Lahmar Kheira

LE PROGRAMME DES JOURNÉES

JEUDI 27 AVRIL 2023 P19

VENDREDI 28 AVRIL 2023 P20

SAMEDI 29-AVRIL-2023 P23

JEUDI 27 AVRIL 2023

14h00- 14h30

- **Accueil - Inscription.**

14h30- 15h00

- **Allocution de bienvenue.**
- **Mot de la présidente De l'Algerian Society for Radiation Oncology : objectifs et perspectives.**
Khadidja. Boudaoud

SESSION 1 | Evolution therapeutiques et cancer. - Auditorium.

MODERATEURS: M. Afiane, K. Boualga, M. Hamdi Cherif, S. Medjdoub, A. Djemaa - K.Boudaoud.

15h00 - 15h20

- **Évolution de la radiothérapie en Algérie.**
M. Afiane Centre de Radiothérapie Oncologie Blida .

15h20 - 15h40

- **Conception d'un service d'oncologie radiothérapie, Structure, Équipements et ressources humaines.**
S. Chaib Rassou Centre de Radiothérapie SQCCRC. Mascate-Oman

15h40 - 16h00

- **La réalité virtuelle en support à la formation clinique en radiothérapie: outil et cas pratiques.**
M. Essmine - M. Abbaci - O. Azouani - IAGN

16h00 - 16h10

- **Discussion.**

16h10 - 16h30 **Cocktail de bien venu.**

Moderateurs: A. Bounedjar, F. Djabi, S. Chaib rassou, S. Mahmoudi, M. Amran, R. Othman

16h30 - 16h50

- **Immunothérapie dans la prise en charge des cancers «vers une Médecine de précision»**
H. Amri. Georgetown University School of Medicine USA

16h50 - 17h10

- **Imagerie nucléaire du diagnostic à l'évaluation du traitement Systémique et la Précision en radiothérapie.**

A. Cuif-Job. CLCC Godinot Reims France.

17h10 - 17h20

- **Discussion.**

20h00

Diner à l'hôtel.

VENDREDI 28 AVRIL 2023

SESSION 2 | Les cancers tête & cou - Auditorium.

MODERATEURS: R. Djekkoun, H. Khaldi, A Dib, C. Aouati,
S. Zenati, S. Guet.

08h00 - 08h20

- **Les traitements combinés à la radiothérapie dans les cancers ORL.**

L. Ghorbal CHU Habib Bourguiba Sfax Tunisie.

08h20 - 08h40

- **La radiothérapie adaptative dans le traitement des cancers ORL.**

S. Bali - Clinique Athena, Constantine.

08h40 - 09h00

- **Anti EGFR dans les Cancers ORL, Symposium Merck.**

H. Khaldi. Service d'oncologie Radiothérapie , CLCC Sidi Bel-Abbes .

09h00 - 09h20

- **La re-irradiation des cancers ORL : Principes et Indications.**

M. Bosset, Centre Marie Curie Valence, France.

09h20 - 09h30

- **Discussion.**

09h30 - 10h00

- **Association Anti EGFR radiothérapie dans le traitement des Glioblastomes Symposium El Kendi.**

F. Boulekhsaim, K. Boudaoud, Service d'Oncologie radiothérapie
CLCC Sétif.

10h00 - 10h20 **Pause Café**

MODERATEURS: N. Ferdi, K. Lahmar, H. Djeddi, A. Hallaci,
L. Ghorbal, Fz. Guettaf.

10h20 - 10h40

- **Radiochirurgie stéréotaxique crânienne sans cadre: Dosimétrie clinique et assurance qualité.**

A. Toutaoui Hopital Chahids Mahmoudi Tizi Ouzou.

10h40 - 11h00

- **Radiochirurgie Stéréotaxique : Repositionnement & contrôle de Qualité.**

Jocelyne Mazurier - Clinique Pasteur, Toulon, France.

11h 50 - 11h10

- **Société SHOSA, Place de l'Halcyon dans l'amélioration de la Précision, l'efficacité et le confort Symposium SHOSA.**

M. Belkheyar, D. Abdelhafid.

11h10 - 11h20

- **Discussion.**

11h20 - 12h00

- **Assemblée Générale de l'ASRO.**

12h00 - 14h00 **Déjeuner**

SESSION 3 | Les Cancers thoraciques - Auditorium.

MODERATEURS: T. Filali, F. Grifi, K. Boudaoud, L. Beddar,
F. Keriou, N. Serrar.

14h00 - 14h20

- **Biomarqueurs prédictifs pour les CBNPC.**

S. Ouhida laboratoire de cytopathologie CHU Sétif.

14h20 - 14h40

- **Association radiothérapie- immunothérapie dans le traitement des cancers.**

C. Chargari - Service d'oncologie radiothérapie Hopital,
Pitié Salpêtrière Paris, France.

14h40 - 15h00

■ **Les enjeux de la Stéréotaxie pulmonaire aspects cliniques.**

M. Ayadi Centre Léon Berard Lyon, France.

15h00 - 15h20

■ **La stéréotaxie pulmonaire aspects Dosimétriques.**

N. Zahra CHU Saint Etienne, France.

15h20 - 15h40

■ **L'ISRT une innovation dans la prise en charge des lymphomes Hodgkiniens précoces : expérience du service de radiothérapie-oncologie HCA sur 4 ans (2018-2022).**

Ikhlef Hamimi, K.Boudaoud, C. Tayeb HCA Alger.

15h40 - 16h50

■ **Discussion.**

15h50 - 16h10

■ **L'Apport de AlignRT dans la radiothérapie de précision :Expérience de l'Institut Paoli Calmette.**

Favrel Veronique IPC Marseille, France.

16h10 - 16h30 **Pause-Café.**

SESSION 4 | Cancers du sein - Auditorium.

MODERATEURS: B. Larbaoui, A. Boukerche, M.W. Boubnider, G. Benkhada, K. Hamizi.

16h30 - 17h10

■ **Ganglion sentinelle et cancer du sein, quand est-il en Algérie ?**

16h30 - 16h50

▼ **Ganglion sentinelle dans les cancers du sein infiltrants ; etude unicentrique rétrospective sur 755 cas.**

S. Rabahi, A. Salmi, F. Chentouf, M. Kettai, A. Khellaf, S. Dilem, M.W. Boubnider Service de chirurgie CPMC- Alger.

16h50 - 17h10

▼ **Prise en charge en anatomie pathologie.**

A. Kouchkar, G. Benkhadda CPMC -Alger.

17h10 - 17h30

■ **Radiothérapie des aires ganglionnaires dans le cancer du sein.**

K.Lahmar ; Service d'oncologie radiothérapie CHU Oran.

17h30 - 17h50

■ **Cancer du sein; stades localisés.... Nouvelles recommandations.**

A.H. Boudjella, A. Bounedjar. Service d'oncologie médicale - Blida.

17h50 - 18h10

■ **Radiothérapie du Cancer du sein: Quelle Technique ? VMAT nouveau standard? Expérience du centre Paoli Calmette, Marseille.**

H. Benkemouche, Institut Paoli Calmette, Marseille

18h10 - 18h20

■ **Discussion.**

20h00

Diner a l'hôtel.

SAMEDI 29 AVRIL 2023

Table ronde physique médicale Salle 1

Implantation de la radiothérapie Stéréotaxique en Algerie :

MODERATEURS: N. Zahra, M. Ayadi, H. Benkemouche, A. Brihmat, S. Khoudri. A. Toutaoui, S. Bali. S. Kenida.

08h00 - 08h30

■ **Tour de table des physiciens des 15 CLCC Algériens.**

-Équipements.

-Ressource humaine.

-Formation.

08h30 - 09h30

■ **Implantation de la radiothérapie Stéréotaxique en Algerie.**

■ **Stratégie & mode d'emploi.**

■ **Échange d'expériences.**

Animée par H. Benkemouche.

09h30 - 10h00

- **Comment faire évoluer ses Contrôles Qualité pour les traitements complexes (stéréotaxie, IGRT, SGRT)? Symposium MSA.**

Sybelle Deloule.

SESSION 5 | Les cancers urologiques Auditorium.

MODERATEURS: T. Cheikh, M. Ayad, S. Bouras, F. Yassi, F. Issaadi.

08h00 – 08h40

- **Prise en charge multimodale des cancers de la prostate à haut risque « Duel de spécialiste ».**

- Oncologie radiothérapie : S.Guet ; Paris.

- Urologie : S.Bouras ; CHU Setif.

08h40 - 09h00

- **Radiothérapie postopératoire des cancers de la prostate : à quel Moment la proposer ? Quelle place pour la déprivation androgénique ?**

M. Chabani, M. Bouzid, C. Tayeb Service d'oncologie

- Radiothérapie HCA.

09h00 - 09h20

- **Place du traitement local dans le cancer de la prostate Oligométastatique.**

S. Guet. Paris.

09h20 - 09h40

- **Place de la radiothérapie guidée par l'imagerie dans la prise en charge du cancer de la prostate.**

L. Naoun. Service d'oncologie radiothérapie CHU Annaba.

09h40 - 10h00

- **Varenox : Extension d'AMM en oncologie.**

A. Lounici **Symposium Fraters Razes.**

10h00 - 10h10

- **Discussion.**

10h10 – 10h30 **Pause Café**

SESSION 6 | Cancers digestifs - Auditorium.

MODERATEURS: M. Oukkal, M. Haoui, D. Benaibouche, N. Lemdaoui, D. Bouzidi.

10h30 - 11h10

- **Le TNT dans le cancer du rectum ; quand, Pourquoi et comment ?**
Revue critique de la littérature et point de vue spécialisé.

10h30 - 10h50

- ▼ **Point de vue de l'Oncologue médical.**

D.Belabdi, M.Oukkal Bni Messous Alger.

10h50 - 11h10

- ▼ **Point de vue de Oncologue Radiotherapeute.**

S.Chaib Rassou Centre de Radiothérapie, SQCCCRC
Mascate-Oman.

11h10 - 11h 30

- **Le cancer du pancréas ; quelle place pour la chimio radiothérapie concomitante dans la stratégie thérapeutique.**

F. Guettaf, CPMC - Alger.

11h30 - 11h40

- **Discussion.**

12h00

Cloture & Dejeuner.



LISTE DES POSTERS

SESSION 1 - VENDREDI 28 AVRIL MATIN

MODERATEURS: W. Boughrara, A. Amrani, A. Rahou, M. Sahli, T. Merikhi, FZ. Boutira.

PO1. La radiothérapie hypofractionnée associée à la chimiothérapie dans le traitement des glioblastomes: Revue de la littérature.

S. Djeghab, A. Dechira, H. Khaldi

Service d'Oncologie Radiothérapie - CLCC Sidi Bel Abbes.

PO2. Mélanome des fosses nasales à propos d'un cas.

M. Ressa, H. Athamnia, H. Djedi

Service d'oncologie médicale - CLCC ANNABA.

PO3. Carcinome adénoïde kystique du nasopharynx, une entité clinique rare: cas clinique et revue de la littérature.

W. Bechairia, H. Djedi

Service d'oncologie médicale - CHU Annaba.

PO4. Mise au point sur la radiothérapie hypo fractionnée durant la pandémie du COVID-19: Expérience du CLCC BATNA.

K. Hamizi¹, S. Aouidane²

1- Service d'Oncologie Radiothérapie - CLCC Batna.

2- Service d'épidémiologie et médecine préventive - CHU Batna.

PO5. Contrôle dosimétrique des plans de traitement VMAT par l'Arc CHECK et l'PDIP.

W. Azzaz, N. Benyamina, A. H. Khaldi

Service d'Oncologie Radiothérapie - CLCC Sidi Bel Abbes.

PO6. Technique innovante en radiothérapie : LA RADIOTHÉRAPIE STÉRÉOTAXIQUE : expérience de service de radiothérapie à l'hôpital Chahids Mahmoudi.

B. DRIF

Hôpital Chahids Mahmoudi.

PO7. Place de la radiothérapie dans le traitement des tumeurs thymiques: A propos de 17 cas.

H. Bouteff, I. Laarit, S. Brahimi, M. Sahli, N. Ferdi

Service d'oncologie radiothérapie - CHU Constantine.

PO8. Radiothérapie conformationnelle 3D associée à la chimiothérapie dans le traitement des carcinomes indifférenciés du nasopharynx non métastatique: Expérience du service d'oncologie Radiothérapie du CHU Constantine.

A. Meziane¹, O.Haderbache¹; A.Djemaa Bendjazia¹, N.Ferdi^{1,2}

1- Service d'oncologie-radiothérapie- CHU Costantine.

2- Laboratoire de recherche de Médecine Préventive des Affections Chroniques.

PO9. Plasmocytome du larynx a propos d'un cas traité.

A.Ahmed Dahmane, A.Kechout; A.Bouhouia, F.Mouzali, S.Oukrif
Service d'oncologie radiothérapie - CPMC Alger .

P10. Cancer du nasopharynx de l'enfant et l'adolescent traitement par VMAT en concomitance avec Cisplatine ; Etude rétrospective.

A.Ahmed Dahmane, S.Abdelhafid, F.Guettaf, S.Mazouni, M.Mahiou, S.Oukrif

Service d'Oncologie Radiothérapie - CPMC Alger.

P11. Réponse spectaculaire à la radiothérapie d'un mycosis fongoïde transformé du cuir chevelu au stade tumoral: un rapport de cas avec une revue de la littérature.

S.Abdelhafid, B.Nasri, A.Khalifa, N.Fergane, S.Oukrif

Service d'Oncologie Radiothérapie - CPMC Alger.

P12. Tumeurs desmoïdes du nasopharynx chez l'enfant: à propos d'un cas.

A.Bouhouia, A.Kechout, A.Ahmed Dahmane, S.Oukrif

Service d'Oncologie Radiothérapie - CPMC Alger.

P13. La place de la radiothérapie dans le traitement du gliome diffus du tronc cérébral de l'enfant.

F.Z.Guettaf, M.L.Rahou, A.Kechout, M.Mahiou, S.Oukrif

Service d'Oncologie-Radiothérapie - CPMC Alger.

P14. Radio-chimiothérapie concomitante à base de Nimotuzumab dans les cancers des VADS : tolérance et résultats.

F.Mouzali, N.Elrobrini, A.Ahmed Dahmane, M.L.Rahou, A.Kechout, F.Z.Guettaf, S.Zenati, S.Oukrif

Service d'Oncologie-Radiothérapie -CPMC Alger.

P15. Améloblastome maxillo-palatin (à propos d'un cas).

F.Mouzali, S.Mazouni, A.Kechout, A.Ahmed Dahmane, M.L.Rahou, F.Z.Guettaf, Pr. S.Oukrif

Service d'Oncologie-Radiothérapie- CPMC Alger.

P16. Radiochimiothérapie concomitante dans les glioblastomes: Expérience du service de radiothérapie du centre Pierre et Marie Curie d'Alger.

M.L. Rahou, A.Toumi, D.Meddour, S.Abdelhafid, Pr. S.Oukrif

Service d'Oncologie Radiothérapie -CPMC Alger.

P17. Métastases pulmonaires, ganglionnaires et osseuses d'un Glioblastome: à propos d'un cas.

A.Toumi¹, M.L.Rahou², S.Oukrif²

1- Service d'Oncologie Radiothérapie - CLCC Adrar

2- Service d'oncologie-radiothérapie - CPMC Alger

P18. Carcinome Laryngé chez un enfant de 16 ans: à propos d'un cas avec revue de la littérature.

A.Khalifa, S.Abdelhafid, Y.Chellai, M.Mahiou, S.Oukrif

Service d'oncologie radiothérapie - CPMC Alger.

P19. Métastases cérébrales d'un adénocarcinome rectal : à propos d'un cas.

N.Bourezzane , M.Bennaceur

Service d'Oncologie Radiothérapie- CLCC El-Oued.

P20. Dysphagie suite à la prise en charge du carcinome indifférencié du cavum UCNT par tomothérapie, à propos de 31 patients et revue de la littérature.

A.Amrani, S.Mellouk, S.Chami, C.Tayeb

Service d'Oncologie radiothérapie -HCA.

P21. Hypoacousie suite à la prise en charge du carcinome indifférencié du cavum UCNT par tomothérapie, à propos de 29 patients et revue de la littérature.

A.Amrani, S.Mellouk, S.Chami, C.Tayeb

Service d'Oncologie radiothérapie - HCA.

P22. Hypothyroïdie suite à la prise en charge du carcinome indifférencié du cavum UCNT par tomothérapie, à propos de 29 patients et revue de la littérature.

A.Amrani, S.Mellouk, S.Chami, C.Tayeb

Service d'Oncologie radiothérapie- HCA.

P23. Néphrotoxicité aiguë en cour de la prise en charge du carcinome indifférencié du cavum UCNT par radio chimiothérapie concomitante à propos de 29 patients.

A.Amrani, S.Mellouk, S.Chami, C.Tayeb

Service d'Oncologie radiothérapie - HCA.

P24. Xérostomie suite à la prise en charge du carcinome indifférencié du cavum UCNT par tomothérapie, à propos de 26 patients et revue de la littérature.

A.Amrani, S.Mellouk, S.Chami, C.Tayeb

Service d'Oncologie radiothérapie - HCA.

P25. Evaluation dosimétrique des changements morphologiques pour les traitements en tomothérapie.

M. Benyezza, Mme.Ayat, M.Filali, C.Tayeb

Service d'Oncologie radiothérapie - HCA.

P26. Technique d'irradiation de l'adénopathie cervicale sans porte d'entrée, à propos d'un cas.

M.Berkani, A.Yezli , C.Tayeb

Service d'Oncologie radiothérapie - HCA.

P27. FIBROSARCOME INFANTILE MAXILLAIRE: À PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE.

A.Lamri¹, S.Sid Elmrabet¹, N.M.Yousfi¹, N.Souici¹, T.Talhi¹, C.Tayeb¹, N.Chergui²

1- Service d'Oncologie radiothérapie HCA.

2- Service d'anatomie pathologie HCA.

P28. Aspect pratique de la compensation de la dose de radiothérapie en cas d'interruption temporaire du traitement.

H.Saghiour¹, M.Mokrani¹, H.Allem², C.Tayeb¹

1- Service d'Oncologie radiothérapie - HCA.

2- Service d'oncologie médicale - HMRUO.

P29. Lymphome primitif de la thyroïde (à propos d' un cas).

M.Medani, H.Herbadji, S.Saadaoui, K.Saifi

Service d'hématologie - CLCC Sétif.

P30. Apport de la tomothérapie dans la pratique quotidienne au service de radiothérapie de l'Hôpital Mohamed Seghir NEKKACHE.

M.Bouزيد, M.Chabani, A.Yezli, C.Tayeb

Service d'Oncologie radiothérapie - HCA.

P31. La stéréotaxie.

H. Ikhlef, H.Saghiour, N.Souici , C.Tayeb

Service d'Oncologie radiothérapie - HCA.

P32. Association radiothérapie et chimiothérapie dans le traitement des tumeurs malignes du système nerveux central : expérience du service d'oncologie médicale CLCC d'Oran.

F.Z.Soudani, S.Zeroual, B.Larbaoui

Service d'oncologie médicale - CLCC d'Oran.

P33. Cancer du cavum : expérience du service année 2019 – 2021.

S.Zeroual, B.Larbaoui

Service d'oncologie médicale - CLCC d'Oran.

P34. Tumeurs cérébrales malignes primitives : expérience du service d'oncologie de l'hôpital militaire régional universitaire d'Oran : Période 2017-2022.

A.Z.Djoundi, N.Merair, A.Chorfi, H.Allam, L.Bouhrich, O.Kahloul

Service d'oncologie médicale de l'hôpital militaire régional universitaire d'Oran.

P35. Tumeur d'ASKIN: à propos d'un cas.

S.Messad, S.Selmani, S.Guettal, B.Zebbiche, F.Boulkhessaim, K.Boudaoud

Service d'oncologie radiothérapie - CLCC Sétif.

P36. Les tumeurs gliales : Expérience du service d'oncologie radiothérapie - CLCC de Sétif.

S.Selmani, S.Messad, S.Guettal, B.Ziadna, A.Haddad, K.Boudaoud

Service d'oncologie radiothérapie - CLCC Sétif.

P37. Les tumeurs cérébrales bénignes : Expérience du service d'oncologie radiothérapie - CLCC de Sétif.

S.Selmani, S.Messad, S.Guettal, A.Haddad, K.Boudaoud

Service d'oncologie radiothérapie - CLCC Sétif.

P38. Carcinome de la parathyroïde: à propos d'un cas.

S.Khelfa, A.Zebbiche, S.Guettal, K.Benkahila, K.Boudaoud

Service d'oncologie radiothérapie - CLCC Sétif.

P39 . La réponse complète d'un carcinome épidermoïde du sinus maxillaire localement avancé après association radiothérapie ciblée : à propos d'un cas.

R. Meddour, B. Menaour

Service d'Oncologie radiothérapie - CLCC TLEMEN.

P40 . Prédilection génétique au cancer du nasopharynx en Algérie : Une étude cas-témoins portant sur 234 patients et 244 témoins.

Hares Seddam^{1,3}, Hamizi Kamel^{2,3}, Belaaloui Ghania^{2,3}, AOUIDANE Souhila^{2,3}

1- Department of Biology of Organisms, University Batna-2-, Algeria.

2- Department of Medicine, Batna-2- University, Algeria.

3- Laboratory of Constitutional and Acquired Genetic Diseases 'MAGECA'.

SESSION 2 - VENDREDI 28 AVRIL APRÈS MIDI

MODERATEURS: L. Naoun, M. Cheriguene, F. Boulekhsaim, Kechout, K. Benzidane, A. Mous . M. Chabani.

P41 . Évaluation des effets secondaires précoces de la radiothérapie prostatique chez des patients positionnés par une méthode hybride utilisant échographie embarquée et tomographie à faisceau conique.

L.Naoun,A.Amireche, S.Mansouri, K.Melais, B.Bacha, A.Brihmet
Service d'Oncologie Radiothérapie - CLCC Annaba.

P42 . Impact des doses liées au positionnement en radiothérapie.

L.Naoun,A.Amireche, S.Mansouri, K.Melais, B.Bacha, A.Brihmet
Service d'Oncologie Radiothérapie - CLCC Annaba.

P43 . Implantation de la technique de positionnement par échographie trans-périnéale chez des patients présentant un cancer de la prostate au service de radiothérapie Annaba.

L.Naoun,A.Amireche, S.Mansouri, K.Melais, B.Bacha, A.Brihmet
Service d'Oncologie Radiothérapie - CLCC Annaba.

P44 . Prise en charge du cancer de la prostate en fonction des Spécificités gériatriques.

L.Naoun, S.Mansouri, A.Amireche, K.Melais, E.Yassi
Service d'Oncologie Radiothérapie - CLCC Annaba.

P45 . Quelles pratiques pour optimiser la radiothérapie guidée par l'image ?

L.Naoun,A.Amireche, S.Mansouri, K.Melais, B.Bacha, A.Brihmet
Service d'Oncologie Radiothérapie - CLCC Annaba.

P46 . Facteurs de risque du cancer de la prostate chez des patients pris en charge au service de radiothérapie au CLCC Batna.

S.Aouidane¹, K.Hamizi², N.Boussouf³

1- Service d'épidémiologie et médecine préventive - CHU Batna.

2- Service d'Oncologie Radiotherapie - CLCC Batna.

3- Service épidémiologie, Université de Constantine.

P47 . Epidémiologie descriptive des cancers urologiques.

S.Aouidane¹, K.Hamizi², N.Boussouf³

1: Service d'épidémiologie et médecine préventive - CHU Batna.

2: Service d'Oncologie Radiothérapie -CLCC Batna.

3: Service épidémiologie, Université de Constantine.

P48 . La radiothérapie hypo-fractionnée du cancer de la prostate: « Expérience du CLCC Batna prostate durant la crise du COVID-19».

K.Hamizi¹, S.Aouidane²

1: Service d'Oncologie Radiothérapie - CLCC Batna.

2: Service d'épidémiologie et médecine préventive - CHU Batna.

P49 . L'acétate d'abiratéronne améliore la durée de survie dans le cancer de la prostate d'emblée métastatiques.

A.Guesmi, N.Aksil, M.Ayad

Service d'Oncologie radiothérapie - CAC Blida.

P50 . L'intérêt de l'association radio-chimiothérapie sans chirurgie dans le traitement des cancers du rectum localement avancé.

A.Guesmi, M.Haoui, M.Ayad

Service d'Oncologie radiothérapie - CAC Blida.

P51 . Carcinome épidermoïde du canal anal étendu à la CRS.

C.Sahki, M.Haoui, M.Ayad

Service d'Oncologie radiothérapie - CAC Blida.

P52 . Cancer de l'œsophage après cancer du sein: à propos d'un cas.

C.Sahki, M.Haoui, M.Ayad

Service d'Oncologie radiothérapie - CAC Blida.

P53 . Comment traiter un carcinome épidermoïde du rectum ?

O.Zerrouk¹, M.Haoui²

1- Service d'Oncologie radiothérapie - CLCC Bechar.

2- Service d'Oncologie radiothérapie - CAC Blida.

P54 . WATCH AND WAIT à propos d'un cas.

O.Zerrouk¹, M.Haoui²

1- Service d'Oncologie radiothérapie - CLCC Bechar.

2- Service d'Oncologie radiothérapie - CAC Blida.

P55 . Carcinome vésiculaire infiltrant sur néoplasie papillaire intra vésiculaire: à propos d'un cas.

M.Boutekouk, H.Benoueden, H.Tebal, C.Labaani

Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologique EPH Ain M'Lila
OUM EL BOUAGHI.

P56 . Le néphrome kystique rénal: à propos d'un cas.

M.Boutekouk, H.Benoueden, A.Mahdjoub

Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologique EPH Ain M'Lila
OUM EL BOUAGHI.

P57 . Place des associations thérapeutiques dans le traitement du cancer de la prostate métastatique.

M.Zighed, C.H.Taleb , A.Djemaa.Bendjazia , N.Ferdi

Service d'Oncologie radiothérapie - CHU Constantine.

P58 . Traitement du cancer de la vessie avec technique VMAT en boost intégré simultané versus traitement avec radiothérapie conformationnelle RTC.

N.Fergane^{1,2}, A.Khalifa¹, N.El Robrini¹, S.Oukrif¹, A.Belafrites²

1: Service d'Oncologie radiothérapie- CPMC Alger.

2: Department physique Medicale, université Mohammed Seddik Ben yahia Jijel.

P59 . Expérience du service de radiothérapie oncologie du CPMC dans le traitement du cancer de l'œsophage.

F.Z.Guettaf, M.L.Rahou, A.Kechout, M.Mahiou, S.Oukrif

Service d'Oncologie radiothérapie - CPMC Alger.

P60 . L'irradiation avec Modulation d'intensité Volumétrique par Arc Thérapie (VMAT) des cancers du canal anal au niveau du centre de Pierre et Marie Curie d'Alger : Evaluation de la survie et de la toxicité.

A.Kechout, F.Mouzali, M.L.Rahou, A.Ahmed Dahmane,
A.Bouhoubeiny, A. Bouhouia, F.Z.Guettaf, M.Mahiou, S.Oukrif
Service d'Oncologie radiothérapie - CPMC Alger.

P61 . Cancer du rectum chez l'enfant: à propos d'un cas.

A.Kechout, A.Ahmed Dahmane, F.Mouzali, M.L.Rahou,
A.Bouhouia, F.Z.Guettaf, M.Mahiou, S.Oukrif
Service d'Oncologie radiothérapie - CPMC Alger.

P62 . L'intensification de de la radiothérapie préopératoire du cancer rectal par une chimiothérapie.

M.Mokrani, H.Saghiour, I.Boudkhil, M.A.Talbi, C.Tayeb
Service d'Oncologie Radiothérapie - HCA.

P63 . Utilisation des techniques modernes de radiothérapie dans le traitement du cancer rectal.

M.Mokrani, H.Saghiour, I.Boudkhil, M.A.Talbi, C.Tayeb
Service d'Oncologie Radiothérapie - HCA.

P64 . Le liposarcome myxoïde (LSM) de la cuisse non métastatique: à propos d'un cas.

S.Sid Elmrabet¹, N.M.Yousfi¹, A.Lamri¹, N. Souici¹, T. Talhi¹,
C.Tayeb¹, N. Chergui²

1- Service d'Oncologie Radiothérapie - HCA.

2- Service anatomie pathologie - HCA.

P65 . Place de la radiothérapie hypofractionnée modérée dans la prise en charge des cancers prostatiques.

M.A.Talbi¹, I. Boudkhil¹, H.Saghiour¹, H.Allam², M. Mokrani¹,
C.Tayeb¹

1- Service d'Oncologie Radiothérapie - HCA.

2- Service d'Oncologie Radiothérapie - HMRUOran

P66 . Une tumeur parasitaire rare, le rhabdomyosarcome: à propos d'un cas.

N.M. Yousfi¹, S.Sid Elmrabet¹, A.Lamri¹, N. Souici¹, T. Talhi¹,
C.Tayeb¹, N. Chergui²

1- Service d'Oncologie Radiothérapie - HCA.

2- Service anatomie pathologie - HCA.

P67 . Place de la stratégie du Traitement néo-adjuvant total (TNT) dans la prise en charge du cancer du rectum et ses perspectives.

D.Belabdi, M.Oukkal

Service d'oncologie médicale - CHU Beni Messous.

P68 . Traitement conservateur des cancers infiltrants de vessie: expérience du service d'oncologie médicale CLCC d'Oran.

S.Zeroual, F.Z.Soudani, B.Larbaoui

Service d'oncologie médicale -CLCC d'Oran.

P69 . Rhabdomyosarcome paratesticulaire de l'adulte jeune métastatique: Réponse radiologique complète sous chimiothérapie et radiothérapie.

A.Z.Djounidi, N.Merair, A.Chorfi, H.Allam, L.Bouhrich, O.Kaaloul

Service d'oncologie médicale de l'hôpital militaire régional universitaire d'Oran.

P70 . Chordome sacro-coccygien: à propos de deux cas.

S.Guettal, S.Selmani, A.B. Zebbiche, S.Messad, Z.Haoua, S.Toukel,
F.Boulkhessaim, S. Khalfa, K.Boudaoud

Service d'oncologie radiothérapie -CLCC Sétif.

P71 . Association cancer du rectum et cancer de la prostate ; a propos de deux cas.

I.Zaibet, H.Boukebous, M.Boussebsi, K.Boudaoud

Service d'oncologie radiothérapie - CLCC Sétif.

P72 . Adénocarcinome du rectum associé à un cancer urothelial de la vessie: à propos d'un cas.

A.Kaddar, B.Menouar

Service d'oncologie radiothérapie - CLCC Tlemcen.

P73 . L'Immunothérapie dans le cancer du canal anal localement avancé étude interaction de phase II.

R.Meddour, B.Menaouer

Service d'Oncologie Radiothérapie - CLCC Tlemcen.

P74 . Profil clinique, épidémiologique, histologique et thérapeutique des sarcomes des tissus mous.

A.Mous, A.Kaddar, A.Yahia, C.Yagoubi, M.Ameri, R.Meddour, S.Attar, B.Menouar

Service d'Oncologie Radiothérapie - CLCC Tlemcen.

P75 . Métastases péritonéales : revue de littérature et rôle de l'imagerie.

S.Attar

Service d'Oncologie Radiothérapie - CLCC Tlemcen.

P76 . Évaluation de l'efficacité des traitements de la douleur cancéreuse par le BPI et PMI au niveau du centre de lutte contre le cancer de Sétif.

D.Bouzidi, A.Keffi, K.Djilat, N.Serrar, S.Meddour , A.Ghenam, A.Briguen

Service d'oncologie medicale - CLCC Sétif.

P77 . Rôle du dentiste en cancérologie.

K.Djilat, A.Keffi, D.Bouzidi, N.Serrar, S.Meddour , A.Ghenam, A.Briguen

Service d'oncologie medicale - CLCC Sétif.

P78 . RCP en cancérologie: quel intérêt ?

A.Keffi, K.Djilat, D.Bouzidi, S.Meddour , A.Ghenam, A.Briguen

Service d'oncologie medicale - CLCC Sétif.

P79 . La prise en charge des gliomes chez l'adolescent.

M.Harkat, N.Gat, R.Djekkoun

1- Service d'oncologie radiothérapie - CHU Constantine.

2- Laboratoire de recherche des risques professionnels et de la santé. Université Salah Boubnider Constantine 3.

SESSION 3 - SAMEDI 29 AVRIL

MODERATEURS: B. Boudraa, B. Menaouar, S. Mellouk, H. Ikhlef,
L. Hamzi, B. Ferdi.

P80 . Evaluation de la réponse histologique à la chimiothérapie néoadjuvante dans le cancer du sein : expérience du service d'anatomie pathologique - CHU Annaba.

R.Kozzi, N.Oukid, R.Mansouri, F.Yassi

Service d'anatomie pathologique - CHU Annaba.

P81 . Prise en charge d'une pièce d'hystérectomie totale post traitement néoadjuvant pour cancer du col utérin : expérience du service d'anatomie pathologique du CHU Annaba.

A.Hamdi, N.Oukid, I.Lallouche, F.Yassi

Service d'anatomie pathologique - CHU Annaba.

P82 . Articulation de la chimiothérapie avec la radiothérapie dans la PEC des cancers (Revue de la littérature).

A.Bouguettaya, N.Kouadri, A.Boudersa, M.Ressa H.Djedi

Service d'oncologie médicale, - CLCC Annaba.

P83 . Problématique de la radiothérapie dans les tumeurs de l'enfant.

N.Boutekouk, A.Djemaa Bendjazia

Service d'Oncologie Radiothérapie - CHU Constantine.

P84 . Mélanome du col utérin à propos d'un cas et revue de la littérature.

S.Brahimi, M.Sahli, I.Laarit, H.Boutef, N.Ferdi

Service d'Oncologie Radiothérapie - CHU Constantine.

P85 . Place de la radiothérapie dans le traitement des plasmocytomes.

S.Brahimi, M.Sahli, I.Laarit, H.Boutef, N.Ferdi

Service d'Oncologie Radiothérapie - CHU Constantine.

P86 . Cancer Du Sein Bilatéral chez L'homme: à propos d'un cas.

I.Laarit, M.Sahli, H.Boutef, S.Brahimi, N.Ferdi

Service d'Oncologie Radiothérapie - CHU Constantine.

P87 . Cancer du sein chez l'homme : à Propos de 35 cas.

M.Sahli, S.Brahimi, H.Boutef, I.Laarit, N.Ferdi

Service d'Oncologie Radiothérapie - CHU Constantine.

P88 . La douleur cancéreuse. Radiothérapie vs les antalgiques.

S.Reddafi¹, H.Djaghri², A.Djemaa Bendjazia¹

1: Service d'Oncologie Radiothérapie - CHU Constantine.

2: Anesthésie réanimation unité douleur CHU Constantine.

P89 . L'association Radiothérapie-Chimiothérapie dans le traitement du cancer : bases biologiques et applications cliniques.

S.Abdelhafid, S.Oukrif

Service d'oncologie radiothérapie - CPMC Alger.

P90 . Étude comparative des paramètres physiques et Dosimétriques entre la Radiothérapie Conformationnelle 3D et le VMAT dans le Cancer du Col Utérin.

F.Boudjema, F.Mouzali, S.Oukrif

Service d'oncologie radiothérapie - CPMC Alger.

P91 . VMAT dans le cancer du col utérin localement avancé suivie d'une curiethérapie HDR, évaluation de la toxicité et du contrôle local.

F.Mouzali, A.kechout, D.Meddour, M.L.Rahou, A.Ahmed Dahmane, FZ.Guettaf, S.Oukrif

Service d'oncologie radiothérapie - CPMC Alger.

P92 . Radiothérapie dans le cancer du sein sur grossesse méconnue: A propos d'un cas avec revue de la littérature

A.Toumi¹, M.L.Rahou², S.Abelhafid², A.Kechout², N.Aichouche², S.Oukrif²

1- Service d'oncologie radiothérapie - CLCC Adrar.

2- Service d'oncologie radiothérapie - CPMC Alger.

P93 . Chondrosarcome du sein: à travers un cas clinique.

S.Hanancha

Service d'oncologie radiothérapie - CAC EL OUED.

P94 . Place de la radiothérapie chimiothérapie concomitante dans la prise en charge des cancer localement avancé.

N.Bourezzane, M.Bennaceur

Service d'oncologie radiothérapie - CAC EL OUED.

P95 . Le lymphome de Hodgkin type POPPEMA et LENNERT: à propos d'un cas.

M. Berkani, H.Ikhlef, C.Tayeb

Service d'oncologie radiothérapie - HCA.

P96 . Association de la radiothérapie et de la thérapie ciblée ; quelles perspectives, revue de la littérature.

I.Boudkhil¹, H.Saghiour¹, A.M.Talbi¹, M.Mokrani¹, A.Z.Laloui², C.Tayeb¹

1- Service d'oncologie radiothérapie - HCA.

2- Service d'oncologie radiothérapie - Hôpital militaire régional de Constantine.

P97 . Utilisation de la scanographie quadridimensionnelle 4D-CT: principaux aspects techniques et intérêts cliniques : mise au point.

I.Boudkhil¹, H.Saghiour¹, A.M.Talbi¹, M.Mokrani¹, A.Z.Laloui², C.Tayeb¹

1- Service d'oncologie radiothérapie - HCA.

2- Service d'oncologie radiothérapie - Hôpital militaire régional de Constantine.

P98 . Localisation mammaire d'un rhabdomyosarcome.

H.Ikhlef, M.Berkani, N.Souici, H.Saghiour, C Tayeb

Service d'oncologie radiothérapie - HCA.

P99 . Association radiothérapie et thérapie ciblée type trastuzumab en concomitance dans le traitement du cancer du sein.

H. Ikhlef, N.Souici, H.Saghiour, M.Berkani, M.Habib,
M.Benderbal, A.Lamri, S.Moussi, C.Tayeb
Service d'oncologie radiothérapie - HCA.

P100 . Syndrome sein ovaire.

H.Ikhlef, H.Saghiour, N.Souici, M.Berkani, S.Souici, C.Tayeb
Service d'oncologie radiothérapie - HCA.

P101 . Etude dosimétrique et résultat des contraintes des doses au niveau de la moelle osseuse hématopoïétique dans le cancer du col utérin localement évolué et non métastatique traité par Tomothérapie.

S. Mellouk, A. Amrani, S. Chami, C. Tayeb
Service d'oncologie radiothérapie - HCA.

P102 . Etude dosimétrique et résultat des contraintes des doses au niveau du rectum dans le cancer du col utérin localement évolué et non métastatique traité par Tomothérapie.

S. Mellouk, A. Amrani, S. Chami, C. Tayeb
Service d'oncologie radiothérapie - HCA.

P103 . Toxicité gastro-intestinale de la chimioradiothérapie concomitante dans le cancer du col utérin localement évolué et non métastatique traité par tomothérapie.

S. Mellouk, A. Amrani, S. Chami, C. Tayeb
Service d'oncologie radiothérapie - HCA.

P104 . Toxicité hématologique de la chimioradiothérapie concomitante dans le cancer du col utérin localement évolué et non métastatique traité par tomothérapie.

S. Mellouk, A. Amrani, S. Chami, C. Tayeb
Service d'oncologie radiothérapie - HCA.

P105 . Etude dosimétrique et résultat des contraintes des doses au niveau de la vessie dans le cancer du col utérin localement évolué et non métastatique traité par Tomothérapie.

S. Mellouk, A. Amrani, S. Chami, C. Tayeb
Service d'oncologie radiothérapie - HCA.

P106 . Une compression médullaire révélatrice d'un lymphome non hodgkinien (à propos de 3 cas).

M.Medani, H.Herbadji, S.Saadaoui, K.Saifi

Service d'hématologie - CLCC Sétif.

P107 . Maladie de Hodgkin avec manifestation auto-immune de type thyroïdite de Hashimoto: à propos d'un cas.

S.Saadaoui, M.Medani, H.Herbadji

Service d'hématologie - CLCC Sétif.

P108 . Compression médullaire dorsale révélant la rechute d'un Myélome Multiple: à propos d'un cas.

S.Saadaoui, H.Herbadji, M.Medani, K.Saifi

Service d'hématologie - CLCC Sétif.

P109 . Maladie de Hodgkin à localisation calvaire primitive: à propos d'un cas.

S.Saadaoui, M.Medani, M.Medani, K.Saifi

Service d'hématologie - CLCC Sétif.

P110 . Lymphome malin non Hodgkinien testiculaire : à propos d'un cas.

S.Saadaoui, H.Herbadji, K.Saifi, M.Medani

Service d'hématologie - CLCC Sétif.

P111 . Combinaison de la radiothérapie et de l'immunothérapie dans la prise en charge du mélanome.

W.Gais, M.Oukkal.

Service d'oncologie médicale - CHU Béni Messous - Alger.

P112 . Sarcome-phyllode mammaire au stade de récurrence métastatique pulmonaire : à propos d'un cas.

Merair, Djounidi, Belhadj, Meziane, Gaid, Chorfi, Saoua, Allam, Bouchtilla, Bouhrich, Kaaloul

Service d'oncologie médicale - HMRUO.

P113 . La radiothérapie asservie à la respiration : Revue de la littérature.

A.Haddad, M.Boussebssi, K.Boudaoud

Service d'oncologie radiothérapie- CLCC Sétif.

P114 . Cancer du sein chez l'homme et la femme : quelles différences anatomopathologique ? : À travers l'expérience du service d'oncologie radiothérapie - CLCC de Sétif.

A.Haddad, H.Boukebous, K.Boudaoud

Service d'oncologie radiothérapie- CLCC Sétif.

P115 . Soins de support en cancérologie.

A.Keffi, K.Djilat, D.Bouzidi, S.Meddour, A.Ghenam, A.Briguen.

Service d'oncologie médicale -CLCC Sétif.

P116 . Parcours des soins dentaires du patient cancéreux.

K.Djilat, A.Keffi, D.Bouzidi, N.Serrar, S.Meddour , A.Ghenam, A. Briguen .

Service Oncologie médicale - CLCC Sétif.

P117 . Association radiothérapie et immunothérapie.

N.GAT¹, M.HARKAT¹, R.DJEKKOUN^{1,2}

1 : Service d'Oncologie Radiothérapie, CHU Constantine.

2 : Laboratoire de Recherche des Risques professionnels et santé. Faculté de médecine de Constantine. Université Salah BOUBNIDER Constantine - 3.



LES ABSTRACTS

RADIOTHÉRAPIE DANS LE CANCER DU SEIN SUR GROSSESSE MÉCONNUE :

A propos d'un cas avec revue de la littérature.

A.Toumi¹, M.L.Rahou², S.Abelhafid², A.Kechout², N.Aichouche², S.Oukrif²

1- Service d'oncologie radiothérapie - CLCC Adrar.

2- Service d'oncologie radiothérapie - CPMC Alger.

INTRODUCTION:

La découverte d'un cancer du sein en cours de grossesse est une situation rare et difficile, elle représente environ 1 cas sur 1000 grossesses.

MATÉRIELS ET MÉTHODES:

Nous rapportons le cas d'un cancer du sein chez une patiente de 35ans qui développe une grossesse de 8 semaines d'aménorrhée en cours de radiothérapie, en passant en revue les différentes données de la littérature.

DISCUSSION :

Le diagnostic d'un cancer du sein en cours de grossesse représente un véritable challenge pour les médecins et les soignants.

La grossesse ajoute de la complexité à la planification du traitement oncologique car de nombreuses thérapies peuvent être potentiellement dangereuses pour le fœtus.

Une approche multidisciplinaire est nécessaire pour offrir une prise en charge appropriée afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles pour la mère et le futur enfant.

En règle générale, il est conseillé aux femmes enceintes atteintes de maladies malignes de retarder la radiothérapie jusqu'après l'accouchement. Cependant, ces conseils ne sont pas fondés sur la connaissance des risques des rayonnements pour l'enfant à naître.

Les études, précliniques et cliniques, basées le plus souvent sur des accidents d'exposition, montrent que des irradiations sus-diaphragmatiques sont réalisables pendant la grossesse.

En général, les effets attendus des rayonnements, tels que le retard mental et les malformations d'organes, ne surviennent probablement qu'au-dessus d'une dose seuil de 0,1 à 0,2 Gy.

Lorsqu'une radiothérapie est retenue, une estimation sur fantôme de la dose délivrée au fœtus, confirmée par une mesure in vivo, est recommandée.

CONCLUSION :

La radiothérapie pendant la grossesse est techniquement réalisable pour des tumeurs sus-diaphragmatiques.

La prise en charge de la patiente doit être discutée en comité de concertation Pluridisciplinaire.

La technique de traitement doit être adaptée pour minorer l'exposition foetale.

MOTS CLÉS :

Radiothérapie et grossesse, effet du rayonnement sur le fœtus, cancer sus-diaphragmatique, dose seuil, case report.

TUMEURS CÉRÉBRALES MALIGNES PRIMITIVES : EXPÉRIENCE DU SERVICE D'ONCOLOGIE DE L'HÔPITAL MILITAIRE RÉGIONAL UNIVERSITAIRE D'ORAN : PÉRIODE 2017-2022.

A-Z. Djounidi – N.Merair – A.Chorfi – H.Allam – L.Bouhrich – O.Kaaloul

Service d'oncologie médicale de l'hôpital militaire régional universitaire d'Oran.

INTRODUCTION:

Les tumeurs cérébrales primitives sont des tumeurs rares. Leurs incidences est estimée à 10/100 000 habitants. Les tumeurs gliales représentent le type histologique le plus fréquent ; environs 50% de l'ensemble des tumeurs cérébrales. L'âge moyen varie selon l'histologie. Le diagnostic repose sur la clinique, la radiologie, et l'étude anatomopathologique qui permet de poser le diagnostic positif. Le traitement de ces tumeurs repose sur la chirurgie; la radiothérapie et la chimiothérapie.

OBJECTIF:

Étudier les résultats épidémiologiques et thérapeutiques de 30 patients atteints de Tumeurs cérébrales malignes primitives.

MATÉRIELS ET MÉTHODES:

Étude descriptive rétrospective menée au service d'oncologie médicale de l'hôpital militaire régional universitaire d'Oran entre 2017 et 2022.

RÉSULTATS:

L'âge médian est de 45 ans avec des extrêmes de 18 à 76 ans.

Le sexe : 18 H (61%) pour 12 F (39%).

Concernant les comorbidités : HTA 3(9%), diabète : 2 (6%), autres : 3 (9%).

Statut tabagique est présent chez 7 malades (23%).

Le score OMS est de 1 dans 63% des cas ; de 2 dans 31% et de 3 dans 6%.

Signes cliniques : HIC 5(16%), troubles moteurs 8(26%), céphalées 17(58%), convulsion 8 (26%).

Classification histologique : Glioblastomes 8 (26%), astrocytomes anaplasiques 8 (26%),

astrocytomes de bas grade 3 (11%), autres tumeurs 11 (37%).

Traitement chirurgical : chirurgie totale chez 12 patients (41%) incomplète dans 6 cas (20%).

Radiothérapie faite chez 18 patients (61%) et la Chimiothérapie chez 20 patients (66%).

CONCLUSION :

Les tumeurs cérébrales sont des tumeurs rares mais Le pronostic péjoratif de cette pathologie nécessite des études de recherche multidisciplinaire.

MOTS CLÉS :

cancer, cerveau, épidémiologie, radiothérapie, chimiothérapie.

TUMEURS DESMOIDES DU NASOPHARYNX CHEZ L'ENFANT : A PROPOS D'UN CAS.

A.BOUHOUIA, A.KECHOUT, A.AHMED DAHMANE, Pr. S.OUKRIF.

Service d'Oncologie-Radiothérapie CPMC Alger.

INTRODUCTION:

Les tumeurs desmoides dénommées aussi fibromatoses sont des tumeurs bénignes rares qui se développent à partir du tissu conjonctif du muscle, des fascias ou des aponévroses localement invasives avec un potentiel de récurrence important.

L'anatomie complexe et profonde du cavum le rend inaccessible à un traitement chirurgical A ce jour aucun consensus n'a été atteint sur le traitement optimal des fibromatoses de la région cervico-faciale.

OBJECTIF:

Nous rapportons l'observation d'un enfant de huit O8 ans portant une tumeur desmoïde du cavum traité dans notre service et rappelons les principales caractéristiques de cette tumeur.

OBSERVATION:

Il s'agit d'un enfant de huit O8 ans portant une tumeur desmoïde du nasopharynx, sans antécédent particulier ;

La symptomatologie a été dominée par des rhinorrhées avec obstruction nasale, la nasofibroscopie a objectivé une masse compacte comblant tout le cavum puis une IRM CAVAIRE faite objectivant une volumineuse masse tissulaire de la base du crane centré sur l'os sphénoïdal comblant tout le cavum étendu à la fosse nasale droite ;le diagnostic était confirmé par L'examen anatomopathologique qui est revenu en faveur d'une fibromatose type desmoïde.

Dossier discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire et la décision thérapeutique était d'opter pour une radiothérapie par technique VMAT à la dose de 56gy en fractionnement classique en avril 2022.

La dernière consultation de contrôle était en janvier 2023 évalué avec une IRM CAVAIRE qui a mis en évidence une stabilité de la masse.

DISCUSSION :

La localisation tête et cou représente 12à 15% de l'ensemble des tumeurs desmoïdes qui est fréquente chez la population pédiatrique.

L'examen de première intention est la nasofibroscopie permettant de réaliser une biopsie et l'étude anapath avec immunohistochimie confirme le diagnostic.

Sur le plan thérapeutique vu qu'il n'ya pas suffisamment de données sur la prise en charge des tumeurs desmoïdes nasopharyngées chez l'enfant ; le protocole du traitement adopté est identique à celui de l'adulte et des autres localisations du corps.

La chirurgie est le traitemnt de choix mais vu la profondeur et l'inaccessibilité du cavum a un geste radical la surveillance peut être proposé en absence de symptômes dans le cas échéant la radiothérapie constitue une alternative thérapeutique en cas de progression et si le pronostic vital est mis en jeu.

CONCLUSION :

Bien que la tumeur desmoïde soit histologiquement bénigne ; la localisation cervico-faciale constitue un défi thérapeutique en raison de la nature infiltrant de la tumeur et la proximité des structures vitales ; le traitement efficace reste l'exérèse chirurgicale complète avec marges suffisantes, des modalités alternatives telles que la radiothérapie et le traitemnt médical sont des options raisonnables dans certains cas.

MOTS CLÉS :

Tumeur desmoides, nasopharynx, enfant, radiothérapie.

RADIOCHIMIOTHÉRAPIE CONCOMITANTE DANS LES GLIOBLASTOMES: EXPÉRIENCE DU SERVICE DE RADIOTHÉRAPIE DU CENTRE PIERRE ET MARIE CURIE D'ALGER.

A.BOUHOUIA, A.KECHOUT, A.AHMED DAHMANE, Pr. S.OUKRIF.

Service d'Oncologie-Radiothérapie CPMC Alger.

INTRODUCTION:

Les glioblastomes, sont les tumeurs cérébrales primitives de l'adulte les plus fréquentes. Le traitement standard de ces tumeurs gliales malignes repose sur la chirurgie de réduction tumorale, et la radiothérapie chimiothérapie concomitante focalisée délivrant 54 à 60 Gy en 27 à 33 fractions. Les facteurs pronostiques des gliomes malins sont liés à l'histologie, à l'extension du geste chirurgical, à l'âge des patients et à leur état général. Les difficultés du traitement de ces tumeurs cérébrales, outre leur radiorésistance, proviennent aussi de la définition du volume à traiter.

Le pronostic du glioblastome reste parmi les plus graves de la cancérologie moderne.

OBJECTIF:

Étude des résultats épidémiologiques et thérapeutiques du protocole de radiochimiothérapie concomitante utilisé au niveau du service de radiothérapie oncologie du CPMC.

MATÉRIELS ET MÉTHODES:

Etude rétrospective portant sur l'analyse de 56 dossiers porteurs des tumeurs gliales de haut grade stade IV traités par radiochimiothérapie concomitante au niveau du service de radiothérapie oncologie CPMC entre le 01/01/2016 et 31/12/2020.

RÉSULTATS:

l'âge moyen est de 54.6ans (31-74ans), avec un sexe ratio= 4. Le motif de consultation le plus fréquent était un syndrome d'HIC chez 39%, une crise convulsive chez 23% des patients. Présence d'un déficit neurologique chez 14% lors de la première consultation. La TDM cérébrale a été faite chez 39% des patients dans le cadre de l'urgence. Prés de 95% des patients ont bénéficiés d'une IRM cérébrale, avec atteinte frontale chez 39%. La chirurgie a été faite chez 98% des patients dont 9% BST, 78% chirurgie partielle et 10% chirurgie complète.

Le type histologique était un glioblastome chez tous les patients. L'immunohistochimie faite chez 23% seulement. L'indice de Karnofsky était

supérieur ou égal à 70% chez tous les patients. Le délai moyen entre le début de la radiothérapie et la chirurgie était de 5.6 semaines. Tous les patients traités par radiochimiothérapie concomitante en 3D.

Les effets secondaires liés à l'irradiation étaient une alopécie et une radiodermite de grade 1 et les effets secondaires liés à la chimiothérapie étaient surtout une thrombopénie. Le suivi moyen était de 12 mois (2-30 mois) avec 42% de PDV à cause de pandémie de Covid 2019

CONCLUSION :

Les progrès thérapeutiques apparaissent discrets mais patents, une chirurgie maximaliste associée à une radiothérapie avec chimiothérapie reste le traitement de référence. L'utilisation des développements technologiques (fusion d'image, 3D) permet de mieux cibler le volume à traiter.

PLASMOCYTOME DU LARYNX. A PROPOS D'UN CAS TRAITÉ

A.Ahmed Dahmane. A.Kechout. A.Bouhouia. F.Mouzali. S.Oukrif
Service d'oncologie radiothérapie CPMC Alger.

INTRODUCTION:

Le plasmocytome solitaire répond aux critères publiés par l'International Myeloma Working Group (IMWG). Il peut être de deux types : osseux ou extra médullaire. Le plasmocytome extra médullaire du larynx est une localisation plasmocytaire extrêmement rare à l'extérieur de la moelle osseuse. Il représente moins de 1 % de toutes les tumeurs malignes de la tête et du cou.

CAS REPPORTE:

Nous rapportons un cas d'un plasmocytome solitaire du larynx traité dans notre service en 2017. Le patient avait 49 ans, Le tableau clinique était fait par une dyspnée d'effort.

La TDM du larynx a montré un épaississement glottique et sous glottique d'allure maligne.

Une LDS retrouve une volumineuse masse sous glottique. Une biopsie retrouve à l'histologie un hémangiome capillaire de siège laryngé.

Une IRM-CT du larynx faite a confirmer la présence d'un épaississement tissulaire tumoral glotto-sous glottique sténosant la filière laryngée atteignant 11 mm d'épaisseur infiltrant les cordes vocales, les commissures antérieur et postérieur, en sous glottique elle infiltre la pourtour interne du cartilage cricoïde et le premier anneau trachéal.

Une chirurgie a été faite type résection tumorale de la masse avec une

thyroïdectomie partielle droite. A l'étude anatomo-pathologique avec immunohistochimie retrouve un plasmocytome avec CD 138 positif et absence de cellules malignes sur la pièce de thyroïdectomie, plusieurs relectures anatomo-pathologique ont été faites et qui ont retenu le même diagnostic.

Le patient a été confié aux hématologues pour complément d'exploration afin d'éliminer le diagnostic de myélome multiple, le bilan biologique était normal, l'électrophorèse de protéines n'a pas objectivé de pic monoclonal et la ponction biopsie osseuse était acellulaire. Le diagnostic de plasmocytome solitaire du larynx a été retenu et il fut adressé à notre niveau pour une radiothérapie.

On a actualisé le bilan par une TDM du larynx faite à trois mois après chirurgie, elle retrouve un reliquat sous glottique de 28 mm sans extension au voisinage. Une irradiation a été faite en technique IMRT à trois faisceaux deux latéraux et un antérieur, le volume cible CTV a inclus tout le volume tumoral initial avant chirurgie ainsi que le reste des structures laryngées à risque d'extension microscopique auquel une marge par expansion géométrique de 5 mm est ajoutée pour obtenir le PTV qui a reçu la dose de 50.4 Gy 1.8 Gy par séance. Une TDM d'évaluation à trois mois post irradiation n'objective pas de reliquat soit une rémission complète. Après un suivi régulier de cinq ans le patient est toujours en rémission et aucune évolution en myélome multiple n'a été objectivée.

CONCLUSION :

Le plasmocytome solitaire du larynx est très rare, son risque d'évolution en myélome multiple est faible. D'après les cas rapportés dans la littérature le traitement repose sur l'association de chirurgie et de radiothérapie, mais une étude plus approfondie sur les modalités de traitement optimales doit être envisagée avec des essais cliniques randomisés.

MOTS CLÉS :

larynx/ plasmocytome/ extra-médullaire/ radiothérapie/ chirurgie

RADIO-CHIMIOTHÉRAPIE CONCOMITANTE À BASE DE NIMOTUZUMAB DANS LES CANCRES DES VADS : TOLÉRANCE ET RÉSULTATS.

F.Mouzali, N.Elrobrini, A.Ahmed Dahmane, ML.Rahou, A.Kechout, FZ.Guettaf, S.Zenati, S.Oukrif (EPH CPMC Alger).

INTRODUCTION:

la radio-chimiothérapie concomitante représente le traitement de référence des cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) localement avancés.

OBJECTIF:

Etude de la tolérance et de la réponse thérapeutique de la thérapie ciblée (Nimotuzumab) en concomitance avec la radiothérapie.

MATÉRIELS ET MÉTHODES:

Etude rétrospective réalisée au niveau du service d'oncologie –radiothérapie CPMC Alger, concernant des patients traités pour des cancers des VADS sur une période de 19 mois, allant 01 septembre 2013 au 15 mars 2015. 95% des patients présentaient un cancer du nasopharynx et 2.5% un cancer du sinus et 2.5 % un cancer de la base de la langue, tous les patients ont été traité par radiothérapie en deux dimension 2D. Une actualisation des données a été faite le mois de décembre 2022.

Les paramètres étudiés sont: la toxicité précoce et tardive, la réponse thérapeutique, la survie sans progression à 5 ans et la survie sans progression à 9 ans.

RÉSULTATS ET DISCUSSION:

Durant cette période, 42 malades présentant des cancers des VADS localement avancés ont été colligé, l'âge moyen était de 41,7 ans avec des extrêmes allant de 10 ans à 65 ans. On a traité 4.7% stade IIB, 59.5% stade III, 16.7% stade IVA et 14.3% stade IVB, classés selon la classification TNM (UICC 2009). 35 patients soit 83% ont reçu une chimiothérapie néo adjuvante. Tous les patients ont reçu une radio-chimiothérapie concomitante à base de Nimotuzumab dont 7 cures en RCC et 7 cures en entretien.

Tous les patients ont présenté une toxicité aiguë, dont 93% une radiomucite grade 2, 97,6 % une œsophagite grade 2, 2,4% une radiodermite grade 3 et 7,2 % une anémie grade 3. La toxicité tardive était de 100%, 100% de xérostomie grade 2 et 12% de fibrose grade 2. La réponse complète clinique, radiologique et histologique était de 71,5%. La survie à 5 ans était de 73.8% et la survie à 9 ans était de 71,4%. Les résultats de notre expérience sont prometteurs, avec un taux de réponse élevé et une tolérance gérable.

CONCLUSION :

La radio-chimiothérapie à base de Cisplatine est le traitement standard des cancers des VADS localement avancés, cependant un traitement à base d'une thérapie ciblée telle que le Nimotuzumab peut être proposé en cas de contre-indication au Cisplatine.

MOTS CLÉS :

Cancer des VADS, radio-chimiothérapie, toxicité précoce et tardive, Nimotuzumab, survie.

L'INTÉRÊT DE L'ASSOCIATION RADIO-CHIMIOTHÉRAPIE SANS CHIRURGIE DANS LE TRAITEMENT DES CANCERS DU RECTUM LOCALEMENT AVANCÉ.

A.GUESMI, M.HAOUI, M.AYAD

Service d'Oncologie radiothérapie - CAC Blida.

INTRODUCTION:

Le cancer colorectal est le premier cancer digestif dont tiers sont représentés par le cancer rectal avec prédominance masculine.

L'incidence en Algérie selon INSP2011 : 19.2% Femme et 21.1% homme.

Le type histologique le plus fréquent est l'adénocarcinome dans 90% des cas.

Le toucher rectal est un temps essentiel au diagnostic.

Le diagnostic de certitude repose sur l'étude histo-pathologique de la biopsie rectale.

La prise en charge thérapeutique est multidisciplinaire.

Le traitement repose sur la chimiothérapie, radiothérapie et chirurgie dans les formes localement avancé.

MOTS CLÉS :

Cancer, rectum, radiothérapie, chimiothérapie, sans chirurgie.

OBJECTIF:

l'intérêt de l'association de la radio-chimiothérapie sans chirurgie dans la prise en charge thérapeutique de cancer du rectum à propos d'un cas en rémission de plus de 10ans.

MÉTHODES:

Mm R.Z âgée de 42 ans suivie pour un adénocarcinome du rectum depuis le mois de Juillet 2009(elle avait 29 ans) ayant bénéficié d'une radiothérapie avec chimiothérapie en concomitance puis une chimiothérapie sans chirurgie.

RÉSULTATS:

dans l'ensemble bonne tolérance locale et générale au traitement, pas de complications secondaires majeurs notées avec une rémission complète locale par évaluation.

CONCLUSION :

la radiothérapie avec chimiothérapie en concomitance est le gold standard du traitement de l'Adénocarcinome du rectum localement avancé, la chirurgie peut être omise en cas de réponse total clinique et radiologique.

Une prise en charge pluridisciplinaire dès le diagnostic faisant intervenir chirurgiens, radiologues, radiothérapeutes et oncologues est la seule qui peut garantir la conception d'un traitement personnalisé.

EPIDÉMIOLOGIE DESCRIPTIVE DES CANCERS UROLOGIQUES.

S.Aouidane¹, K.Hamizi², N.Boussouf³

1: Service d'épidémiologie et médecine préventive - CHU Batna.

2: Service d'Oncologie Radiothérapie -CLCC Batna.

3: Service épidémiologie, Université de Constantine.

INTRODUCTION:

La pathologie cancéreuse pose un problème de santé publique. La connaissance de l'épidémiologie descriptive des cancers urologiques constitue la base de toute stratégie de prévention et d'amélioration du pronostic de cette néoplasie.

MATÉRIELS ET MÉTHODES:

Une revue de littérature sur la répartition des cancers urologiques selon les indicateurs de morbidité et de mortalité, après une consultation des derniers rapports internationaux et nationaux, en 2022.

RÉSULTATS:

Selon le GLOBOCAN 2020, parmi les cancers urologiques, la prévalence mondiale du Cancer de la prostate était en 11^{ème} position, soit 20% des cancers du sexe masculin tous âges confondus ; En matière d'incidence, parmi les 10 premiers cancers le cancer de la prostate se place à la 2^{ème} position, le cancer de la vessie en 6^{ème} et des reins en 10^{ème} position, avec une augmentation continue. La situation est semblable en Algérie. La mortalité par cancer de la prostate en 2020 en Algérie est de 6.8 décès /100000h.

CONCLUSION :

Les cancers urologiques et principalement le cancer de la prostate pose un véritable problème de santé publique dans le monde et en Algérie. La surveillance spécifique continue de ces pathologies s'impose afin de mieux gérer le système de santé Algérien.

MOTS CLÉS :

Épidémiologie descriptive – Cancer – Urologie – Prostate.

MÉTASTASES PULMONAIRES, GANGLIONNAIRES ET OSSEUSES D'UN GLIOBLASTOME : À PROPOS D'UN CAS.

A.Toumi¹, M.L.Rahou², S.Oukrif²

1- Service d'Oncologie Radiothérapie - CLCC Adrar

2- Service d'oncologie-radiothérapie - CPMC Alger

INTRODUCTION:

Les métastases extra-crâniennes découlant de glioblastome sont rares et le mécanisme de leur diffusion n'est pas bien connu.

MATÉRIELS ET MÉTHODES:

Nous rapportons le cas d'un homme âgé de 55ans traité pour un glioblastome par chirurgie suivie d'une radiothérapie encéphalique avec Temozolomide en concomitant, et qui a présenté des métastases pulmonaires, ganglionnaires et osseuses après 3ans de suivi.

DISCUSSION :

Les métastases extra crâniennes du glioblastome sont rares avec une incidence rapportée inférieure à 2%, Les organes affectés par les métastases extra neurales sont la plèvre et ou les poumons (60%), les ganglions (51%), les os (31%) et le foie (22%).

Les mécanismes de dissémination des métastases systémiques des GBM ne sont pas élucidés.

La chirurgie pourrait avoir un rôle favorisant, la théorie d'éventuelles altérations génétiques des cellules gliomateuses reste probable.

Il est primordial d'affirmer le diagnostic de métastases par un examen anatomopatologique.

Le traitement des métastases systémiques des glioblastomes reste palliatif et repose essentiellement sur la chimiothérapie ; la chirurgie peut être entreprise lorsqu'il existe une grosse métastase osseuse

compressive sur la moelle, L'irradiation palliative peut être réalisée à visée antalgique et/ou décompressive.

CONCLUSION :

Les métastases extra-crâniennes des glioblastomes sont exceptionnelles, leurs survenues restent encore mal connues malgré les hypothèses avancées dans la littérature, leur pronostic est très mauvais malgré l'arsenal thérapeutique qui existe à l'heure actuelle.

MOTS CLÉS :

Glioblastome métastatique, extra-crâniennes, radiothérapie des glioblastomes, traitement palliatif case report.

XÉROSTOMIE SUITE À LA PRISE EN CHARGE DU CARCINOME INDIFFÉRENCIÉ DU CAVUM UCNT PAR TOMOTHÉRAPIE, À PROPOS DE 26 PATIENTS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE.

A.Amrani, S.Mellouk, S.Chami, C.Tayeb

Service d'Oncologie radiothérapie - HCA.

RÉSUMÉ:

La radiothérapie est actuellement la golden standard du traitement de l'UCNT, cette indication découle de la propriété de ce type de carcinome qui est fortement radiosensible, malheureusement, les organes qui juxta posent la localisation de cette affection sont aussi sensibles à ce rayonnement ionisant, les glandes salivaires en font partie, avec comme effet secondaire la xérostomie qui est une sècheresse buccale causée par la diminution ou absence de salivation. La radiothérapie par modulation d'intensité (IMRT) permet une protection des organes à risque tout en gardant une excellente couverture du volume cible tumoral.

Nous rapportons le suivi de la xérostomie à 6 et à 12 mois en post thérapeutique chez 26 patients atteints de carcinome indifférencié du nasopharynx (UCNT), traités par une radiothérapie par modulation d'intensité avec boost intégré (SIB-IMRT) par Tomothérapie.

L'évaluation de la xérostomie s'est faite par la constatation du grade de sévérité selon les critères de toxicité NCI-CTCAE (Common Toxicity Criteria for Adverse Events), et l'évaluation du dysfonctionnement des glandes salivaires par scintigraphie.

Six mois en post thérapeutique, 9 patients avaient une xérostomie légère de grade 1, à partir de 12 mois, 8 patients présentaient une xérostomie légère de grade 1, avec un dysfonctionnement parotidien unilatéral observé chez 3 patients et aucun patient n'avait un dysfonctionnement parotidien bilatéral à la scintigraphie salivaire.

Le traitement par SIB-IMRT par Tomothérapie réduit considérablement la xérostomie lors de la prise en charge du carcinome indifférencié du nasopharynx (UCNT).

MOTS CLÉS :

Xérostomie, Nasopharynx, SIB-IMRT, Tomothérapie, UCNT

CARCINOME ADÉNOÏDE KYSTIQUE DU NASOPHARYNX, UNE ENTITÉ CLINIQUE RARE: CAS CLINIQUE ET REVUE DE LA LITTÉRATURE.

Wafa.Bechairia, Hanene.Djedi.

Service d'oncologie médicale CHU Annaba.

RÉSUMÉ:

le carcinome adénoïde kystique du nasopharynx est une tumeur très rare de la sphère ORL. A la différence des autres tumeurs du nasopharynx, elle est caractérisée par une évolution lente contrastant avec une agressivité locale et une tendance aux récives. Devant la rareté de cette localisation, il n'existe pas de consensus concernant la prise en charge initiale, ainsi que des récives. Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 42 ans atteint d'un carcinome adénoïde kystique localement avancé du nasopharynx. Le traitement initial a consisté en chimio radiothérapie concomitante avec un excellent contrôle locorégional. Après un an d'intervalle, apparition de métastases pulmonaires, mis sous chimiothérapie à base de sels de platine. A la lumière d'un cas clinique nous proposons une revue de la littérature concernant cette localisation rare avec discussion autour des options thérapeutiques aussi bien dans la prise en charge initiale que pour la maladie récidivante et/ou métastatique.

MOTS CLÉS :

carcinome adénoïde kystique, nasopharynx, radio chimiothérapie, hadron thérapie, pronostic.

TECHNIQUE INNOVANTE EN RADIOTHÉRAPIE : LA RADIOTHERAPIE STEREOTAXIQUE, EXPÉRIENCE DE SERVICE DE RADIOTHÉRAPIE À L'HÔPITAL CHAHIDS MAHMOUDI.

Dr DRIF Boualem ;médecin spécialiste en radiothérapie.

Hôpital Chahids Mahmoudi.

La radiothérapie stéréotaxique cérébrale est une technique de traitement innovante pour les tumeurs cérébrales qui permet une administration précise et ciblée de doses élevées de rayonnement à des petits volumes tumoraux avec une précision millimétrique tout en minimisant les dommages aux tissus sains environnants. Cette technique est de plus en plus utilisée en clinique, mais son efficacité et sa sécurité doivent être évaluées avec soins.

La radiothérapie en conditions stéréotaxiques est utilisée dans les tumeurs bénignes comme les méningiomes de la base du crane, les cavernomes, les neurinomes de l'acoustique et les tumeurs de l'hypophyse. Elle est aussi utilisée

dans le traitement des localisations secondaires cérébrales en premières intention ou en complément à une irradiation encéphalique totale.

Dans cette étude, nous avons examiné l'efficacité de la radiothérapie stéréotaxique cérébrale chez des patients atteints de tumeurs cérébrales primaires et métastatiques. Nous avons analysé les données de 200 Patients traités avec cette technique dans le service de radiothérapie de l'hôpital Chahids Mahmoudi entre 2018 et 2022. Nous avons évalué l'efficacité du traitement en termes de contrôle local de la maladie, de survie globale, de toxicité aiguë et tardive.

Nous avons également évalué la qualité de vie des patients traités avec cette technique. Les résultats ont montré une amélioration significative de la qualité de vie après le traitement, en particulier en termes de contrôle des symptômes et de soulagement de la douleur.

En conclusion, la radiothérapie stéréotaxique cérébrale est une technique de traitement prometteuse pour les tumeurs cérébrales primaires et métastatiques. Elle offre un contrôle local efficace de la maladie et une amélioration significative de la qualité de vie des patients. Cependant, la toxicité tardive doit être surveillée de près, en particulier chez les patients qui reçoivent des doses élevées de rayonnement. Des études à plus long terme sont nécessaires pour évaluer l'efficacité et la sécurité à long terme de cette technique.

MÉTASTASES CÉRÉBRALES D'UN ADÉNOCARCINOME RECTAL (À PROPOS D'UN CAS).

N.Bourezzane , M.Bennaceur

Service d'Oncologie Radiothérapie- CLCC El-Oued.

RÉSUMÉ:

Les métastases cérébrales sont très fréquentes surtout dans les cancers de poumon, rein, sein, prostate et thyroïde . Elles restent rares dans les cancers colorectaux.

- Leur incidence augmente avec l'allongement de la survie globale au stade métastatique.

-Elles apparaissent de façon tardive et dans un contexte de métastases multi-viscérales.

- Les métastases cérébrales surviennent chez 1 à 4 % des patients atteints de cancer colorectal et sont uniques chez 0,5 % d'entre eux., de part leur caractère peu fréquent, une imagerie cérébrale n'est pas recommandée dans le suivi systématique des patients.

- Le score clinique GI-GPA, validé et facilement accessible, permet d'estimer l'espérance de vie du patient et par conséquent d'orienter la prise en charge.

- Nous rapportons l'observation clinique le cas d' une femme âgée de 66 ans qui présente un adénocarcinome (ADK) du bas et moyen rectum classe T3N1MO qui a bénéficié d'une radio chimiothérapie concomitante puis opère après 02 mois par amputation abdomino périnéale dont l'étude anatomo.
- Pathologique revenant en faveur d' un adénocarcinome rectal classé pT2N2b puis la malade a reçue une chimiothérapie adjuvante pendant 06 mois ,après un intervalle de 14 mois la malade a présenté des métastases hépatiques et pulmonaires metachrones traités par chimiothérapie palliative. Puis après une durée de 09 mois apparition des métastases cérébrales suite a une symptomatologie d' hypertension intra crânienne présente par des céphalées troubles visuels ; la malade a bénéficié d' une radiothérapie encéphalique.
- L'évolution a été marquée par l'amélioration de l'état clinique de la malade

MOTS CLÉS :

cancer colorectal, métastases cérébrales ,métastases hépatiques et pulmonaires metachrones ,métastases multi viscérales ,radiothérapie encéphalique.

PLACE DE LA RADIOTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DES TUMEURS THYMIQUES : A PROPOS DE 17 CAS.

H.Boutef, I.Laarit, S.Brahimi, M.Sahli, N.Ferdi

Service d'oncologie radiothérapie - CHU Constantine.

INTRODUCTION:

Les tumeurs épithéliales du thymus sont des tumeurs malignes rares, qui représentent près de 20 % des tumeurs primitives du médiastin.

La classification histopathologique distingue deux principaux types tumoraux: les thymomes, et les carcinomes thymiques.

La chirurgie représente la première étape du traitement, et elle est éventuellement complétée d'une radiothérapie postopératoire.

OBJECTIF:

Evaluer l'importance de la radiothérapie dans la prise en charge des tumeurs thymiques.

MATÉRIELS ET MÉTHODES:

- Etude rétrospective descriptive ayant colligée 17 cas de tumeurs thymiques pris en charge au niveau du CAC de Constantine, sur une période de 7 ans (allant de janvier 2015 jusqu'à avril 2022).

RÉSULTATS:

L'âge moyen était de 44.8 ans avec une prédominance masculine. Le tableau clinique était dominé par les signes de compression qui représentaient 58.82% ; le syndrome para thymique a été retrouvé dans 23.52% des cas; on a constaté l'association des signes de compression avec le syndrome para thymique dans 11.76% des cas ; la découverte était fortuite dans un seul cas (5.88%). Le thymome était le type histologique le plus fréquent (94.11%) avec une prédominance du sous type B2 retrouvé chez 5 patients ; le carcinome thymique était retrouvé dans un seul cas (5.88%). Le stade IIA a représenté le stade tumoral le plus fréquent 29.41% ; puis en 2ème position le stade III 23.52%.

11 cas ont bénéficié d'une chirurgie d'emblé suivie d'une radiothérapie; une chimiothérapie première suivie d'une chirurgie puis d'une radiothérapie dans 2 cas, une chimiothérapie première suivie d'une radiothérapie dans 3 cas et radiothérapie exclusive dans un seul cas (malade souffrant d'une cardiomyopathie). Résultats satisfaisants avec bonne évolution chez 10 patients, progression tumorale chez 3 patients, et 04 malades ont été perdus de vue.

CONCLUSION :

Avec l'intégration progressive de nouvelles données cliniques, le développement des techniques chirurgicales, l'optimisation de la radiothérapie, et l'émergence de nouvelles stratégies de ciblage thérapeutique, les tumeurs épithéliales thymiques représentent un modèle d'implémentation en oncologie thoracique.

MOTS CLÉS :

Thymus, Radiothérapie, Thymome, Chirurgie, Pronostic.

MÉLANOME DU COL UTÉRIN A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE.

S.Brahimi, M.Sahli, I.Laarit, H.Boutef, N.Ferdi

Service d'Oncologie Radiothérapie - CHU Constantine.

RÉSUMÉ:

Les Mélanomes gynécologiques sont des néoplasies rares affectant la vulve dans 4% des cas, le vagin dans 2% et le col utérin dans moins de 1%. Le diagnostic se fait à un stade tardif ; l'étude immunohistochimique est alors d'une grande utilité. Sa thérapeutique n'est pas codifiée et son histogenèse a été longtemps débattue.

L évolution est défavorable avec des métastases viscérales fréquentes et une

survie courte.

Nous rapportons un cas de mélanome malin primitif du col utérin chez une patiente de 54 ans, révélé par des leucorrhées et des métrorragies de moyenne abondance. L'examen gynécologique a retrouvé une tumeur noirâtre du col atteignant le tiers supérieur du vagin sans atteinte paramétriale, L'examen anatomo-pathologique de la biopsie et l'étude immunohistochimique ont fait porter le diagnostic de mélanome malin du col utérin. L'examen clinique et radiologique à la recherche de la lésion primitive est négatif permettant ainsi de conclure à un mélanome malin primitif du col utérin classé stade IIA de FIGO. Le traitement a consisté en une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale et lymphadénectomie pelvienne; suivie d'une radiothérapie externe. L'évolution a été marquée par une récurrence locorégionale et le décès de la malade après sept mois de recul.

Le mélanome malin primitif du col utérin est une entité rare ; seulement 54 cas sont décrits dans la littérature.

Son diagnostic est souvent initialement erroné surtout dans les cas achromiques. Le traitement des Mélanomes gynécologiques dépend d'un certain nombre de facteurs tels que l'étendue de la tumeur, sa localisation, l'âge de la patiente. De plus, la grande rareté de ces tumeurs rend difficile la recherche d'une stratégie thérapeutique efficace.

MOTS CLÉS :

Mélanome, Col utérin, diagnostic, Chirurgie ,Radiothérapie.

RADIOTHÉRAPIE POSTOPÉRATOIRE DES CANCERS DE LA PROSTATE : À QUEL MOMENT LA PROPOSER ? QUELLE PLACE POUR LA DÉPRIVATION ANDROGÉNIQUE ?

M. Chabani*, M. Bouzid*, C. Tayeb*.

*Service de Radiothérapie-Oncologie / Hôpital Central de l'armée Aïn Nâadja Alger.

RÉSUMÉ:

La prostatectomie totale est un des traitements de référence des cancers de la prostate non métastatiques. Cependant, après chirurgie, le risque de rechute biochimique à cinq ans est de l'ordre de 30 %.

10 à 40 % des patients traités par prostatectomie radicale se verront proposer une irradiation complémentaire, soit adjuvante, immédiatement après la chirurgie, soit de rattrapage, au moment de la rechute biochimique guidée

par le PSA (Prostatic Specific Antigen).

Le volet théorique de cette présentation est une revue de la littérature pour définir le moment optimal de la radiothérapie postopératoire, de sélectionner les patients qui pourraient bénéficier de l'adjonction d'une hormonothérapie associée à l'irradiation et enfin de présenter les perspectives d'avenir visant à personnaliser la stratégie après prostatectomie radicale.

Le volet pratique montre les résultats de notre étude monocentrique, descriptive, rétrospective où nous avons colligé dix patients, entre le 15 Mai 2019 au 15 janvier 2023, les patients en question étaient sous traitement par radiothérapie post opératoire avec modulation d'intensité en boost intégré (IMRT_SIB=Intensity-Modulated Radiotherapy with hypofractionated Simultaneous Integrated Boost).

MOTS CLÉS :

Récidive biochimique, Radiothérapie post-opératoire, Hormonothérapie avec Radiothérapie de rattrapage.

CANCER DU SEIN CHEZ L'HOMME ET LA FEMME : QUELLES DIFFÉRENCES ANATOMOPATHOLOGIQUE ? : À TRAVERS L'EXPÉRIENCE DU SERVICE D'ONCOLOGIE RADIOTHÉRAPIE - CLCC DE SÉTIF

A.Haddad H.Boukebous K.Boudaoud

Service d'oncologie-radiothérapie.

Centre de Lutte Contre Le Cancer – Setif.

INTRODUCTION:

Le cancer du sein est chez la femme le premier cancer avec un taux de 23 % et la première cause de mortalité alors qu'il reste chez l'homme une maladie rare estimée à environ 1 % de tous les cancers masculins et seulement 0,6 % de tous les cancers mammaires.

Le cancer du sein chez l'homme présente des caractéristiques propres et on ne peut pas le considérer comme comparable à celui des femmes. En pratique, et par manque d'étude prospective sur le cancer du sein chez l'homme, les recommandations sont extrapolées du traitement du cancer du sein chez la femme ménopausée.

OBJECTIF:

Etude comparative des caractéristiques anatomopathologiques du cancer du sein chez l'homme et chez la femme pris en charge au service d'oncologie radiothérapie CLCC de Sétif.

PATIENTS ET MÉTHODES:

Ils s'agit d'une étude rétrospective portant sur l'analyse des dossiers de tous patients du sexe masculin (27 dossiers) comparaient à un échantillon de 200 dossiers des patientes du sexe féminin atteints d'un cancer du sein traités au CLCC de Sétif par radiothérapie externe.

RÉSULTATS:

24 % des hommes étaient au stade III de la maladie au moment du diagnostic, alors que 17 % des femmes étaient au même stade

- Type histologique : carcinome canalaire infiltrant dans 92 % des cas des hommes et 87 % chez les femmes
- La peau était infiltrée dans 22 % des cas chez les hommes, alors en aucun cas chez les femmes et le mamelon dans 26 % des cas chez les hommes et 2 % chez les femmes
- Les embolies vasculaires étaient présentes chez 46 % des hommes et 35% des femmes
- Un curage ganglionnaire positive : 56 % des hommes vs 57% des femmes
- Pour le statut à l'immunohistochimie :

Chez les hommes :

-RH + : 89 %

-Her 2 – : 89 %

-Ki67 plus 15 % : 64 %

Chez les femmes :

-RH + : 60 %

- Her 2 – : 77 %

- Ki67 plus 15 % : 61 %

MOTS CLÉS :

Cancer du sein-Femme-Homme-Anatomopathologie.

L'IRRADIATION AVEC MODULATION D'INTENSITÉ VOLUMÉTRIQUE PAR ARC THÉRAPIE (VMAT) DES CANCERS DU CANAL ANAL AU NIVEAU DU CENTRE DE PIERRE ET MARIE CURIE D'ALGER : EVALUATION DE LA SURVIE ET DE LA TOXICITÉ.

A. Kechout, F. Mouzali, M.L. Rahou, A. Ahmeddahmane, A. Bouhoubeiny, A. Bouhouia, F.Z. Guettaf, M. Mahiou, S. Oukrif.

Service d'Oncologie radiothérapie - CPMC Alger.

INTRODUCTION:

La radiothérapie est le traitement de première intention des cancers épidermoïdes du canal anal non métastatiques qui restent des tumeurs rares, elle est associée à une chimiothérapie concomitante pour les cas localement évolués. L'irradiation

avec Modulation d'intensité Volumétrique par Arc Thérapie (VMAT) est une technique innovante qui permet d'optimiser l'irradiation et d'épargner les tissus sains.

OBJECTIF:

L'objectif de ce travail est de rapporter les données épidémiologiques et d'évaluer la survie ainsi que la toxicité d'une irradiation par arcthérapie volumétrique (VMAT) chez les patients atteints d'un carcinome du canal anal, pris en charge dans notre service.

MATÉRIELS ET MÉTHODES:

Il s'agit d'une étude rétrospective des données de 17 patients traités pour un carcinome épidermoïde du canal anal, par VMAT de Décembre 2017 à Aout 2022. Les tumeurs localement évoluées recevaient une chimiothérapie concomitante par 5-fluoro-uracile-cisplatine. La toxicité a été étudiée avec l'échelle Common Terminology Criteria for Adverse Events, version 4.0.

RÉSULTATS:

La cohorte comporte 10 femmes (58%) et 7 hommes (42%).

L'âge moyen des patients est de 59.05 ans (30-82ans). Le mode de début était représenté essentiellement par des rectorragies dans 53% des cas. Tous les patients étaient atteints d'un carcinome épidermoïde. Les tumeurs étaient de stades II, IIIA et IIIB dans respectivement.

18 %, 47 % et 35% des cas.

Tous les patients ont été traités par arcthérapie volumétrique modulée (VMAT), qui a été délivrée seule pour 6 patients (35 %) et associée à une chimiothérapie concomitante par 5-fluoro-uracile et cisplatine pour 11 patients (65%).

Il a été observé une toxicité aiguë de grade I et II. Elle est à type de : radiodermite, diarrhée, leucopénie chez 22%, 12% et 11% des cas respectivement. Un patient a présenté une toxicité hématologique de grade IV. Il y a eu uniquement des toxicités tardives de grade I à type de diarrhée et de fibrose dans 11% et 12% des cas respectivement. Les complications locales ont été dominées par l'incontinence sphinctérienne dans 17% des cas.

Le suivi médian est de 23 mois (3-60 mois). Quatre patients ont récidivé (23%), Deux locorégionalement (11 %), deux à distance (12 %) avec deux décès (11%). 2 patients (11 %) ont été colostomisés après la radiothérapie, pour récidence locale. Les taux de survie à 23 mois sans récidence locorégionale, ni rechute métastatique étaient respectivement de 83.3 % et 84 %.

CONCLUSION:

Le VMAT permet dans les carcinomes du canal anal un taux de contrôle locorégional élevé avec une faible toxicité.

Ces résultats doivent être confirmés avec un recul plus long dans un effectif plus grand.

MOTS CLÉS :

Canal anal, VMAT, Toxicité, Survie.

CANCER DU RECTUM CHEZ L'ENFANT : À PROPOS D'UN CAS .

A. Kechout, A. Ahmeddahmane, F.Mouzali, M.L.Rahou, A.Bouhouia, F.Z.Guettaf, M.Mahiou, S.Oukrif.

Service d'Oncologie-Radiothérapie, Centre Pierre Marie Curie, Alger.

INTRODUCTION:

Le cancer colorectal chez l'enfant et l'adolescent est une affection exceptionnelle. Il est souvent associé à des facteurs de prédisposition génétique, des signes histologiques d'agressivité et à un mauvais pronostic.

OBJECTIF:

Nous rapportons l'observation d'un enfant de 12 ans porteur d'un adénocarcinome du rectum puis nous rappelons les principales caractéristiques de cette catégorie singulière de tumeur.

OBSERVATION:

Il s'agit d'un enfant âgé de 12 ans, présentant des rectorragies qui évoluaient depuis 2 mois.

Dans les antécédents de ce patient, on note une tante paternelle et 3 de ses enfants décédés par cancer colorectal.

Le toucher rectal trouvait une masse dure, hemicirconférentielle, dont le pôle inférieur était situé à 4 cm de la marge anale.

Une coloscopie a été faite dont l'examen anatomopathologique retrouve un adénocarcinome moyennement différencié du rectum avec composante colloïde muqueuse.

L'IRM pelvienne a montré un processus tumoral du bas rectum étendu jusqu'à la charnière rectosigmoïdienne avec extension locorégionale et clearance à 6.4mm. Le bilan d'extension a comporté une TDM thoraco-abdomino-pelvienne qui a objectivé une lésion hépatique unique d'allure secondaire confirmée par une IRM hépatique.

La tumeur était classée T3N2M1 (foie).

La décision thérapeutique prise lors d'un staff multidisciplinaire était d'opter pour une radiothérapie conformationnelle préopératoire courte suivie d'une exérèse chirurgicale immédiate (colpoproctectomie totale+iléostomie+métastasectomie) et d'une chimiothérapie.

L'évolution a été marquée par le décès du patient, 10 mois après la fin de la chimiothérapie suite à des métastases cérébrales et pulmonaires.

DISCUSSION:

Le cancer colorectal chez l'enfant et l'adolescent constitue 1 à 2% de l'ensemble des tumeurs pédiatriques. La survenue d'un cancer colorectal avant l'âge de 20 ans est souvent liée à un facteur héréditaire.

Chez notre patient, une histoire familiale de cancer colorectal a été retrouvée.

Le diagnostic de cancer colorectal est rarement évoqué d'emblé chez l'enfant du fait de sa rareté et du manque de spécificité de ses symptômes.

Notre patient avait consulté 2 mois après le début de la symptomatologie.

Sur le plan paraclinique, la coloscopie constitue l'examen clé du diagnostic des cancers colo-rectaux. Elle permet de réaliser des biopsies dont l'examen anatomopathologique confirme le diagnostic.

Sur le plan thérapeutique, comme il n'existe pas suffisamment de données en ce qui concerne le traitement des cancers colorectaux chez l'enfant et l'adolescent, le protocole thérapeutique adopté est identique à celui de l'adulte. Il repose essentiellement sur la chirurgie d'exérèse qui doit obéir aux règles de la chirurgie carcinologique.

CONCLUSION:

Le cancer colorectal de l'enfant et l'adolescent est rare et de mauvais pronostic. La sensibilisation des pédiatres au diagnostic de cancer colorectal, la connaissance des situations pathologiques prédisposantes devraient permettre un diagnostic précoce et un traitement selon les dernières recommandations.

MOTS CLÉS :

Mots clés : Adénocarcinome, Rectum, Enfant, Hérédité, Métastas

ÉVALUATION DES EFFETS SECONDAIRES PRÉCOCES DE LA RADIOTHÉRAPIE PROSTATIQUE CHEZ DES PATIENTS POSITIONNÉS PAR UNE MÉTHODE HYBRIDE UTILISANT ÉCHOGRAPHIE EMBARQUÉE ET TOMOGRAPHIE À FAISCEAU CONIQUE .

L.NAOUN, A.AMIRECHE, S.MANSOURI, K.MELAIS, B.BACHA, A.BRIHMET

Service d'Oncologie Radiothérapie - CLCC Annaba.

OBJECTIF:

Les systèmes d'imagerie de positionnement standard sont irradiants imposant une dose supplémentaire au volume cible et au tissu sain, avec un risque théorique de majoration de toxicité et de second cancer.

Nous proposons l'utilisation d'une imagerie ibérique de positionnements en cours de traitement afin d'évaluer des effets secondaires précoces de la radiothérapie prostatique .

MATÉRIELS ET MÉTHODES:

Nous avons réalisé une étude prospective portant sur 25 patients présentant un cancer de la prostate non métastatique traités par radiothérapie avec modulation d'intensité a la dose de 78 Gy au service de radiothérapie d'Annaba , en utilisant des CBCT et US combiné

RÉSULTATS:

Aucune toxicité de grade 3 ou 4 n'a été observée.

La toxicité urinaire de grade 1 et 2 a été observée respectivement chez 50% et 14% des patients. 78% patients n'ont signalé aucun signe de toxicité rectale 18% cas ont présenté une rectite grade 1 ; le grade 2 a concerné 4% des malades et 24% ont une toxicité digestive aiguë de grade 1 alors que 10% avaient une toxicité de grade 2.

CONCLUSION:

La tolérance au cours de la radiothérapie pour notre population était globalement satisfaisante en faveur de l'utilisation des ultrasons qui en plus de sa précision elle permet de réaliser une IGRT non irradiante, non invasive, avec une surveillance intra-fraction; au prix d'être manipulateur dépendent.

MOTS CLÉS :

Cancer - Prostate – Radiothérapie - Déplacements - IGRT- CBCT- US

PRÉDISPOSITION GÉNÉTIQUE AU CANCER DU NASOPHARYNX EN ALGÉRIE UNE ÉTUDE CAS-TÉMOINS PORTANT SUR 234 PATIENTS ET 244 TÉMOINS.

Hares Seddam^{1,3}, Hamizi Kamel^{2,3}, Belaaloui Ghania^{2,3}, AOUIDANE Souhila^{2,4}

1 Department of Biology of Organisms, University Batna-2-, Algeria.

2 Department of Medicine, Batna-2- University, Algeria.

3 Laboratory of Constitutional and Acquired Genetic Diseases 'MAGECA'.

RÉSUMÉ:

En Algérie, le cancer du nasopharynx (NPC) est un cancer hautement invasif et métastatique ; il représente le premier cancer des voies aérodigestives supérieures en Algérie avec une incidence moyenne de 8 à 12 cas/100 000 habitants par an. Les études sur la prédisposition génétique au NPC (Cancer du nasopharynx) se limitent à quelques recrutements de patients en petit nombre et entrant dans des études maghrébines plus larges. L'objectif de cette étude est donc d'apporter, dans notre population, une meilleure connaissance du polymorphisme génétique des gènes précédemment impliqués dans la survenue de NPC. Secondairement, l'étude permettra de faire le point sur les autres facteurs de risque de ce cancer.

MATÉRIELS ET MÉTHODES:

Echantillonnage de 234 patients atteints par le NPC et 244 témoins appariés selon l'âge, le sexe et la région. Extraction et quantification de l'ADN des cas et des témoins. Sélection de 10 SNP qui pourraient être impliqués dans l'apparition, le développement des NPC dans notre région. Réalisation de RT-PCR. Résultats,

RÉSULTATS:

D'après les données de 234 Patients, le NPC de notre région se caractérise par : Tumeur de déclaration tardive, Hautement invasive et métastatique, Représente une courbe bimodale de distribution selon l'âge. Prédominance masculine . L'analyse génétique est en cours et s'oriente vers un déficit d'expression antigène du système HLA associé à des gènes suppresseurs de tumeurs, des gènes de certaines enzymes métaboliques, des gènes de réparation de l'ADN et des gènes impliqués dans la réponse immunitaire.

CONCLUSION:

Le cancer du nasopharynx est le premier cancer des voies aérodigestives supérieures en Algérie. L'étiologie de ce cancer incrimine trois types de facteurs : le facteur viral, les facteurs génétiques et les facteurs environnementaux. La connaissance des facteurs de risque endogènes et exogènes permettra de mieux comprendre sa pathologie et pathogenèse, ainsi qu'éventuellement d'orienter le choix thérapeutique.

Mots clés : Cancer du nasopharynx, polymorphisme mononucléotidique, prédisposition génétique, Algérie.

**CHORDOME SACRO-COCCYGIEN :
A PROPOS DE DEUX CAS.**

S. Guettal S. Selmani A.B. Zebbiche S. Messad Z. Haoua S. Toukel F. Boulkhessaim S.Khelfa K. Boudaoud

Service d'oncologie-radiothérapie; Centre de Lutte Contre Le Cancer – Sétif.

ABSTRACT :

Le chordome est un néoplasie rare se développe a partir des cellules vestigiales de la notochorde du squelette axiale ; décrite la première fois par VIRCHOW en 1857. Cette entité tumorale représente uniquement 2 et 3% des tumeurs osseuses dont l'anatomie sacro coccygienne est la plus fréquente (55% des cas).

C'est une maladie orpheline ; son incidence est estimée par un cas par un million d'habitants par an ; l'évolution est lente mais inexorable.

Nous rapportons deux cas de patients :

1ER CAS : M. Z âgée de 66 ans aux ATCD d'HTA qui présente un chordome sacro-coccygien conventionnel. Elle n'a pas bénéficié de chirurgie vue l'inextirpabilité ; traitée par une radiothérapie externe exclusive à la dose de 70 Gy en 3D.

Actuellement après 12 mois de recul la patiente présente une majoration en volume de la masse.

2EME CAS : A.Z âgé de 42 ans sans ATCD pathologique particulier qui présente un chordome sacro-coccygien ; opérée par biopsie large de la masse tumorale dont l'anapath revenant en faveur d'un chordome ; traité par une radiothérapie externe a la dose de 66Gy en 3D.

Actuellement après 3 ans de recul post radiothérapie le patient est en stabilité lésionnelle.

CONCLUSION:

Le chordome est une pathologie rare ; d'évolution lente mais inexorable ; chimiorésistante ; peu radiosensible ; ou le traitement chirurgical est le seul garant de donner une réponse complète ; la prise en charge est multidisciplinaire et la RCP a un rôle prépondérant afin d'enlever toute ambiguïté.

MISE AU POINT SUR LA RADIOTHÉRAPIE HYPO FRACTIONNÉE DURANT LA PANDÉMIE DU COVID-19 EXPÉRIENCE DU CLCC BATNA

K.Hamizi¹, S.Aouidane²

1- Service d'Oncologie Radiothérapie - CLCC Batna.

2- Service d'épidémiologie et médecine préventive - CHU Batna.

INTRODUCTION:

La crise du COVID a touchée tous les secteurs est nous a lancé un véritable défi pour assurer la continuité des soins radiques sans s'exposer au risque de contamination. Dès le début de la pandémie toutes les sociétés savantes de radiothérapies ont proposé des recommandations pour répondre à cette situation inédite.

Dans Notre centre de radiothérapie de Batna, nous avons aussi immédiatement réagit en réorganisant nos activités et en optimisant l'occupation des espaces et des appareils de traitement.

MATÉRIELS ET MÉTHODES:

Il s'agit d'une étude descriptive transversale de l'ensemble des patients traités par hypofractionnement durant la période du COVID.

L'hypofractionnement est devenu une nécessité voire une évidence pour éviter les éventuelles contaminations aussi bien pour les patients que pour les personnels. A cause des mesures barrières, le temps de passage sur machine de chaque patient a été multiplié par 3, d où le besoin de chercher à réduire le nombre total des fractions par patients tout en gardant acceptable la cadence et les

délais de programmation.

Les indications ont été élargies au-delà des consensus classique d'avant COVID. Les seuls critères de validations étaient le respect des contraintes dosimétrique propre à chaque protocole hypofractionné quel que soit le stade de la tumeur et le type de chirurgie.

RÉSULTATS:

De Mars 2020 à Mai 2022, 1367 patients ont été traités selon des protocoles hypofractionnés. Les cancers du sein, du rectum, de la prostate et les glioblastomes ainsi que les irradiations palliatives étaient les plus concernés par l'hypofractionnement. Grâce à cette stratégie basée sur l'hypofractionnement, en plus des mesures barrières aucune contamination intra murale du centre n'a été enregistrée ni pour le personnel ni pour les patients. De plus nous avons pu respecter les délais du traitement grâce à ces protocoles courts avec des délais d'attentes augmentés en moyenne de 13 jours seulement et le recrutement réduit de 20% par rapport à l'avant COVID.

L'irradiation été bien toléré.et aucun patient n'a arrêté le traitement à cause des toxicités aiguës Paradoxalement chez les patients traités en mode classique on a constaté plus d'interruption secondaires aux contaminations. Une deuxième évaluation de la tolérance et du taux de contrôle locale à 12 mois en moyenne chez les patients vivants n'a trouvé aucune différence entre les deux modalités (classique et hypofractionnés).

CONCLUSION:

L'hypofractionnement suscite plus d'intérêt aujourd'hui au vu des résultats obtenu et du service rendu. Une analyse des données de suivi de la maladie et des effets secondaires à moyen et long terme est nécessaire pour mieux évaluer l'impact de cette expérience inédite.

MOTS CLÉS :

Covid-19, Radiothérapie, hypofraction, cancer

SYNDROME SEIN OVAIRE

H.Ikhlef, H.Saghiour, N.Souici, M.Berkani, S.Souici, C.Tayeb

Service d'oncologie radiothérapie - HCA.

Le syndrome sein-ovaire est à l'origine d'environ 5 à 10 % des cancers du sein et/ou de l'ovaire. Nous rapportons le cas d'une patiente célibataire âgée actuellement de 46 ans aux ATCD d'un cancer de l'ovaire familial. Présentant à l'âge de 34ans (en 2003) un cancer du sein traitée par chirurgie, chimiothérapie

et radiothérapie locorégionale . En 2006 apparition d'un cancer de l'ovaire droit type cystadénocarcinome traité par chirurgie suivie de chimiothérapie entraînant une rémission complète. Après cinq ans de rémission, survenu d'une récurrence en inter vesico-réctal traitée par 9 cures de chimiothérapie, persistance d'un reliquat tumoral entraînant des métrorragie abondante une irradiation pelvienne à visée hémostatique effectuée sur la masse persistante. Actuellement pas de récurrence de cancer du sein chez la patiente.

on ne peut qu'insister sur l'importance de rechercher les antécédents familiaux de cancer de l'ovaire chez toute patiente atteinte de cancer du sein à un âge jeune (avant 35 ans), dans ce cas une surveillance gynécologique avec échographie pelvienne et un dosage du CA 125 sont préconisés ainsi qu'un conseil génétique pour les membres de la famille.

MOTS CLÉS :

syndrome sein-ovaire, antécédents familiaux, métrorragie, dosage du CA 125 conseil génétique.

IMPLANTATION DE LA TECHNIQUE DE POSITIONNEMENT PAR ÉCHOGRAPHIE TRANS-PÉRINÉALE CHEZ DES PATIENTS PRÉSENTANT UN CANCER DE LA PROSTATE AU SERVICE DE RADIOTHÉRAPIE ANNABA .

L.Naoun, A.Amireche, S.Mansouri, K.Melais, B.Bacha, A.Brihmet

Service d'Oncologie Radiothérapie - CLCC Annaba.

RÉSUMÉ:

L'appareil US utilisé dans notre étude a été installé dans notre service en 2019 au niveau de la salle du scanner simulateur et la salle de traitement dotée de l'accélérateur VersaHD équipé d'une imagerie embarquée 3D type CBCT.

La formation du personnels utilisateurs de cette technique (manipulateurs, physiciens et radiothérapeutes) a été réalisée en plusieurs étapes par un formateur référant et certifié pour ce système et par des radiologues du CHU d'Annaba.

D'abord une familiarisation aux images échographiques avec des repères anatomique simple a retenu pour une interprétation optimale

En suite une assimilation du workflow jusqu'à le rendre une routine

En fin mise en place de procédure ibérique minimisant l'utilisation des CBCT avec une surveillance intra-fraction quotidienne et possibilité d'interrompre le traitement en cas de déplacement de la prostate hors tolérance

Une désignation d'une équipe référente faite de 03 médecins, 03 physiciens et 06 manipulateurs dont 02 au niveau du scanner.

Un audit a été réalisé par un référent après une année d'utilisation en routine du système US confirmant la bonne exécution de la technique et la qualification des utilisateurs.

Ce protocole la mise en place de cette technique non irradiante ,non ionisante a impliqué au début un allongement des séances de traitement mais qui s'est vu raccourci avec l'amélioration de la courbe d'apprentissage.

MOTS CLÉS :

Cancer-radiothérapie-IGRT-CBCT-US courbe d'apprentissage.

ADENOCARCINOME DU RECTUM ASSOCIE A UN CANCER UROTHELIAL DE LA VESSIE: A PROPOS D'UN CAS.

A.Kaddar, B.Menouar

Service d'oncologie radiothérapie - CLCC Tlemcen.

RÉSUMÉ:

Le cancer du rectum est une tumeur fréquente et grave. La survie à 5 ans ne dépasse pas les 50%. Dans notre expérience, nous avons pris en charge un patient de 57 ans, adressé pour radiothérapie locorégionale d'un adénocarcinome du moyen rectum avec des métastases hépatique disparues après 10 cures de chimiothérapie type XELOX. Lors d'un bilan d'extension, une IRM pelvienne a révélé une formation vésicale distincte de celle du rectum, mesurant 3 cm de diamètre. Les explorations (cystoscopie, biopsie exérèse) ont objectivé, la présence d'un carcinome urothélial de la vessie classé pT1 de bas grade.

Après discussion en RCP; le patient a reçu une radiothérapie externe pelvienne courte (25 Gy en 5 séances et 5 jours) en préopératoire, incluant le rectum, les ganglions pelviens et la vessie en totalité dans le volume cible. Le patient a subi une intervention chirurgicale, subissant une résection antérieure du rectum et une dissection des ganglions lymphatiques pelviens tout en préservant la vessie.

MOTS CLÉS :

cancer du rectum, cancer de la vessie, carcinome urethélial, résection antérieur, XELOX.

CARCINOME LARYNGÉ CHEZ UN ENFANT DE 16 ANS : À PROPOS D'UN CAS AVEC REVUE DE LA LITTÉRATURE .

A.KHALFA, S.ABDELHAFID, Y.CHELLAI, M.MAHIOU, S.OUKRIF.

Service d'Oncologie-Radiothérapie, Centre Pierre Marie Curie, Alger-Algérie.

INTRODUCTION:

- Le carcinome du larynx est une entité clinique extrêmement rare dans la population pédiatrique, il représente moins de 0,1% de tous les cancers de la tête et du cou chez l'enfant.
- Souvent ces patients sont diagnostiqués à des stades avancés en raison de la rareté et la similitude des premiers symptômes avec ceux d'autres affections infantiles bénignes et courantes ainsi que la difficulté relative rencontrée lors de l'examen du larynx chez les patients pédiatriques.
- Le traitement du carcinome laryngé reste un défi en raison du manque de lignes directrices disponibles chez les patients pédiatriques.

OBJECTIF:

Rapporter le cas d'une pathologie infantile extrêmement rare en passant en revue les différentes données de la littérature.

OBSERVATION:

Nous rapportons le cas d'un garçon de 16 ans sans antécédents de papillome laryngé juvénile ou autre pathologie laryngée, qui présentait un enrouement de la voix évoluant depuis 8 mois, diagnostiqué comme changement de voix lié à la puberté, puis devant la persistance de la symptomatologie et l'apparition d'une masse sous cutanée cervicale antérieure, et sur la base d'examens radiologiques, nasopharyngolaryngoscopique et d'une biopsie laryngée, le diagnostic d'un carcinome épidermoïde du larynx à un stade avancé a été posé.

- Il a été traité par laryngectomie totale suivie d'une radiothérapie et d'une chimiothérapie concomitante avec un bon contrôle locorégional, vu récemment en consultation après 7 mois de recul et il n'avait aucun symptôme.

CONCLUSION:

- Les cancers du larynx pédiatriques sont très rares et les études sur l'étiologie, la biologie de la tumeur, les protocoles de diagnostic et de prise en charge ne sont pas standardisés. Il est essentiel de formuler un protocole de prise en charge de ces cancers qui comprend un diagnostic précoce et un traitement précis.

Nous pensons que chaque cas de cancer du larynx chez l'enfant doit être signalé, en raison de la rareté de la littérature sur cette entité infantile, elle se limite uniquement aux rapports de cas et aux revues. Cela rend les options de traitement et les résultats difficiles à interpréter. Le cas présenté dans ce

rapport de cas sensibilisera les cliniciens au carcinome du larynx chez les patients pédiatriques, ce qui conduit à un diagnostic précoce et à un traitement efficace.

MOTS CLÉS :

Carcinome épidermoïde, pédiatriques, stades avancés, radiothérapie, laryngectomie totale.

FIBROSARCOMME INFANTILE MAXILLAIRE : À PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE.

A.Lamri¹, S.Sid Elmrabet¹, N.M.Yousfi¹, N.Souici¹, T.Talhi¹, C.Tayeb¹, N.Chergui²

1- Service d'Oncologie radiothérapie HCA.

2- Service d'anatomie pathologie HCA.

INTRODUCTION:

Le fibrosarcome juvénile (FJ) est une tumeur mésenchymateuse rare d'origine fibroblastique, c'est le sarcome de tissu mou non rhabdomyosarcome le plus fréquent chez l'enfant de moins d'un an. Il représente 10 % des sarcomes pédiatriques, il siège au niveau des extrémités (60 %), le tronc et la tête et cou. Les métastases à distance sont rares et surtout pulmonaires. Le diagnostic positif repose sur l'étude histologique et immuno-histochimique de la biopsie. La prise en charge thérapeutique est multimodale (protocole EpSSG NRSTS),

La chirurgie est l'arme principale, Elle est faite en premier pour les tumeurs de petite taille (< 5 cm) avec résection RO/R1 et sans mutilation ou déficit fonctionnel, autrement après une chimiothérapie (CT) néo- adjuvante. Le FJ est chimiosensible mais relativement radio-résistant, La radiothérapie (RT) est indiquée si l'un des facteurs suivants : tumeur > 5cm, grade histologique de la FNCLCC (Différenciation tumorale, Nécrose tumorale, Index mitotique), la qualité de l'exérèse. La dose totale est de (50.4-54) Gy en 28 à 30 fractions,

La technique de RT est conformationnelle avec ou sans modulation d'intensité (RCMI) .Le FJ est une tumeur de bon pronostic, la survie globale à 5 ans dépasse 80 % pour les stades localisés. La récurrence locale est possible dans plus de 20 %.

MATÉRIELS ET MÉTHODES:

Nous rapportons le cas clinique d'un enfant âgée de 05 ans, sans antécédents particuliers , présentant un fibrosarcome du sinus maxillaire gauche , traitée par chirurgie (exérèse avec curetage de l'os maxillaire) , à l'anapath processus de (31x09x26) mm ,de bas grade (G1: absence de nécrose tumorale ,activité mitotique faible (1à2 mitoses / 10 champs) avec résection R1 donc IRS IIA (tumeur localisée ,résidu micro post- op) , une chimiothérapie adjuvante : protocole : Ifosfamide , Vincristine, Actinomycine (IVA) (3 cycles) puis RT à une dose totale de 50.4 Gy (volume tumoral initial pré opératoire) en 28 fractions , 5jours / semaine ,

selon RCMI par Tomothérapie hélicoïdale .

Nous allons discuter les aspects cliniques et thérapeutiques dans notre contexte à la lumière d'une revue de la littérature.

RÉSUMÉ:

à O6 mois de la fin du traitement, l'enfant est vivant, avec absence de récurrence tumorale sur l'IRM faciale de contrôle.

CONCLUSION:

le FJ représente une entité rare et particulière des tumeurs du tissu mou pédiatriques, il est de bon pronostic, sous réserve d'une prise en charge précoce et complète. La surveillance nécessite un suivi prolongé (trouble croissance, cancer radio- induit).

MOTS CLÉS :

fibrosarcome juvénile, tumeur mésenchymateuse, fibroblastique, non rhabdomyosarcome, sarcomes pédiatriques.

LYMPHOME PRIMITAIF DE LA THYROÏDE (À PROPOS D'UN CAS)

M,Medani, H.Herbadji, S.Saadaoui, K.Saifi.
Service d'hématologie, CLCC Sétif.

INTRODUCTION:

: les lymphomes malins non Hodgkiniens primitifs de la thyroïde sont rares, représentent moins de 5 % des cancers de la thyroïde. Une thyroïdite de Hashimoto est présente dans 85 % des lymphomes primitifs de la thyroïde de l'adulte.

OBSERVATION:

Femme K.A âgée de 51 ans, aux antécédents de thyroïdite d'Hashimoto sous lévothyrox, présente depuis 24 mois une tuméfaction cervicale qui a augmenté progressivement de volume avec apparition d'une dysphonie et signes généraux. L'échographie cervicale a objectivé un nodule thyroïdien solide panlobulaire gauche de 65/32 mm. La TDM cervico-thoracique a objectivé des ADP cervicales bilatérales la plus volumineuse 08,3 mm et des ADP médiastinales de 10,12 et 07 mm. La patiente a bénéficié d'une thyroïdectomie dont l'étude anatomopathologique complétée par immuno-histochimie a conclu au diagnostic d'un LNH type MALT, le bilan biologique ainsi que le bilan d'extension revenant normaux classant le lymphome stade II2E avec IPI MALT faible risque. La malade a bénéficié d'une polychimiothérapie associée à une immunothérapie : protocole RCHOP O6 cu suivie de radiothérapie localisée complémentaire. Malade actuellement

vivante en rémission complète avec survie globale de 40 mois.

CONCLUSION:

Le lymphome malin primitif de la thyroïde est une entité rare, souvent secondaire à une thyroïdite d'Hashimoto, le traitement dépend du type histologique et du stade. Leur pronostic est favorable pour les stades localisés.

LA RÉPONSE COMPLÈTE D'UN CARCINOME ÉPIDERMOÏDE DU SINUS MAXILLAIRE LOCALEMENT AVANCÉ APRÈS ASSOCIATION RADIO-THÉRAPIE CIBLÉE.

R. MEDDOUR- B. MENAOUR.

Service de Radiothérapie, centre de lutte contre le cancer -CHU TLEMCEM.

INTRODUCTION:

Les tumeurs des sinus de la face sont des entités rares, elles représentent 5 % des cancers des VADS, les types histologiques sont divers mais principalement représentés par deux grands sous types : les carcinomes épidermoïdes et les adénocarcinomes avec une entité vraiment très rare même absente c'est le carcinome indifférencié.

OBJECTIF:

Description d'un cas d'irradiation d'un carcinome épidermoïde du sinus maxillaire gauche localement avancé observé dans notre service.

OBSERVATION:

Nous rapportons le cas du patient BM âgée de 64 ans sans antécédents particuliers orienté pour la prise en charge d'une néoplasie du sinus maxillaire gauche localement avancé.

Une IRM faciale a été faite objectivant un volumineux processus tumoral du sinus maxillaire gauche avec infiltration du muscle ptérygoïdien externe, du muscle masséter et de la fosse nasale homolatérale avec multiple adénopathies cervicales bilatérales

Le malade ayant bénéficié d'une biopsie du sinus objectivant un carcinome épidermoïde indifférencié, un bilan d'extension a été demandé revenant sans particularités

Le patient a été traité par une chimiothérapie première type Carboplatine/Taxol, puis une radiothérapie conformationnelle associée à une thérapie ciblée type CETUXIMAB.

La radiothérapie a été délivrée à la dose de 66 grays en fractionnement classique au niveau de la tumeur et ses extensions microscopiques ainsi que les aires

ganglionnaires cervicales bilatérales (avec une marge de sécurité de 0.5 cm) tout en évitant les barrières anatomiques les structures cérébrales et ORL saines. Une surveillance du malade chaque 03 mois par une IRM faciale a objectivé une fonte presque totale de la tumeur.

CONCLUSION:

L'adjonction des thérapies ciblées à la radiothérapie dans le protocole de traitement des tumeurs ORL a permis d'améliorer les résultats thérapeutiques

MOTS CLÉS :

VADS, cancer, type histologique, chimiothérapie, radio-thérapie ciblée,

RADIOTHÉRAPIE CONFORMATIONNELLE 3D ASSOCIÉE À LA CHIMIOTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DES CARCINOMES UNDIFFÉRENTIÉS DU NASOPHARYNX NON MÉTASTATIQUE.

A. Meziane¹, O.Haderbache¹; A.Djemaa Bendjazia¹, N.Ferdi^{1,2}

1- Service d'oncologie-radiothérapie- CHU Costantine.

2- Laboratoire de recherche de Médecine Préventive des Affections Chroniques.

ABSTRACT:

Le cancer du cavum est le cancer des voies aérodigestives le plus fréquent en Algérie. Ce cancer présente au cours de son évolution un taux élevé de métastases ganglionnaires et viscérales et se caractérise par une chimio sensibilité et une radiosensibilité marquées. La radiothérapie constitue le pilier du traitement de ce cancer au stade non métastatique

L'objectif de cette étude rétrospective était de détailler les différents aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques du cancer du cavum localement avancé. Il s'agit d'une étude portant sur 165 patients atteints d'un cancer du nasopharynx (CNP) histologiquement prouvé, traités au service d'oncologie radiothérapie du CHU Constantine entre Décembre 2014 et Décembre 2017. L'âge moyen était de 45 ans (extrêmes 12-78 ans). Le Sex-Ratio était de 1.5, 61% des patients présentaient des Adénopathies cervicales et 69% des signes otologiques comme motif de consultation. 76% des patients présentaient des maladies localement avancées (T3,T4 et N2, N3). Sur le plan thérapeutique, la majorité de nos patients a reçu une chimiothérapie néoadjuvante (81%), et 88% en association avec une radiothérapie. Le protocole TPF a été le plus fréquemment utilisé (45%). Tous les patients ont eu une radiothérapie cervicofaciale à intention curative (doses 70 Gy). Les survies globales à 2 ans et à 5 ans étaient respectivement de 92% et de 89%. La toxicité retrouvée est représentée principalement par une hyposialie car une préservation des glandes parotides et sous maxillaires a été difficile avec la technique utilisée. Trois atrésies choanales ont également été observés. La radiothérapie avec chimiothérapie concomitante reste le traitement de référence dans le carcinome un différencié localement avancé du cavum, la chimiothérapie néo adjuvante semble permettre une meilleure couverture des volumes cibles et une meilleure préservation des organes à risque.

MOTS CLÉS :

UCNT, nasopharynx, radiochimiothérapie concomitante, chimiothérapie néoadjuvante.

EXPÉRIENCE DU SERVICE DE RADIOTHÉRAPIE-ONCOLOGIE DU CPMC DANS LE TRAITEMENT DU CANCER DE L'ŒSOPHAGE

F. Z. GUETTAF^{1/2}, M. L. RAHOU^{1/2}, A. KECHOUT^{1/2}, M. MAHIOU^{1/2}, S. OUKRIF^{1/2}

1. Service Oncologie-Radiothérapie CPMC Alger

2. Faculté de Médecine Université Alger 1.

INTRODUCTION:

Le cancer de l'œsophage est responsable de 509 000 décès par an dans le monde (6ème rang des décès par cancer). Le carcinome épidermoïde est lié à l'alcool et au tabac ou à la consommation régulière de boissons ou d'aliments chauds. L'adénocarcinome est développé au niveau du bas œsophage sur une muqueuse métaplasique de type glandulaire. La chimio radiothérapie concomitante fait partie intégrante de la stratégie thérapeutique à visée curative des cancers œsophagiens, Le pronostic de ce cancer est sombre du fait d'un diagnostic tardif et du terrain nutritionnel souvent défavorable. La survie nette standardisée à 5 ans (survie que l'on observerait si le cancer était la seule cause de décès) est de 16 % chez l'homme et de 20 % chez la femme.

MATÉRIELS ET MÉTHODES:

Il s'agit d'une étude rétrospective sur une série de 47 patients atteints d'un cancer de l'œsophage ; traités dans notre service de Radiothérapie oncologie du CPMC du 01.01.2017 au 30.06.2022.

RESULTATS:

L'étude a été faite sur une série de de 47 patients, sur un nombre total de 10501 patients traités dans notre service du 01.01.2017 au 30.06 2022 ; soit un pourcentage de 0.44%. Dont 15 hommes et 32 femmes, l'âge moyen était de 66 ans avec des extrêmes de 36 et 90 ans. 78.7% des patients étaient du centre de l'Algérie. 51.1% avaient une localisation thoracique, 31.9% de localisation cervicale et 4.3% cervico-thoracique. 78.7% avaient des carcinomes épidermoïdes. 93.6% de stade III et IV. 23.4% ont reçu une chimio-radiothérapie concomitante avec des doses allant de 40 à 50 Gy, 40.4% ont reçu des doses allant de 30 à 60 Gy en exclusif ou en pré ou post chimiothérapie, à visée curative ou palliative. La durée moyenne de l'étalement de radiothérapie était de 29 jours avec des extrêmes de 4 et 105 jours. L'évolution de l'état des patients à la date des dernières nouvelles était de 21.3% en progression.

CONCLUSION:

le cancer de l'œsophage reste une pathologie avec un pronostic grave, l'état nutritionnel du patient au moment de la décision thérapeutique reste le facteur qui influence la stratégie thérapeutique et surtout l'indication du traitement par

chimio-radiothérapie concomitante.

MOTS CLÉS :

œsophage, carcinome, adénocarcinome, radiothérapie, chimiothérapie

LES TUMEURS GLIALES : EXPÉRIENCE DU SERVICE D'ONCOLOGIE RADIOTHÉRAPIE - CLCC DE SÉTIF.

S. Selmani S. Messad S. Guettal B. Ziadna A. Haddad K. Boudaoud

Service d'oncologie-radiothérapie.

Centre de Lutte Contre Le Cancer – Sétif.

INTRODUCTION:

Les gliomes sont les tumeurs cérébrales primitives de l'adulte les plus fréquentes. Leur traitement est difficile en raison de la proximité des organes à risque, de leur nature infiltrante et de leur faible radiosensibilité. On distingue différents types de gliomes : les glioblastomes représentent plus de 50 % ; les astrocytomes et les oligodendrogliomes. La prise en charge des patients atteints de gliomes repose sur les caractéristiques cliniques du patient et de la tumeur (histologie, biologie moléculaire, localisation anatomique), ainsi que sur la nature des traitements disponibles et associés. La multitude de tous ces facteurs a rendu complexe les stratégies thérapeutiques pour ces tumeurs au pronostic très variable. LA radiothérapie constitue toujours un pilier majeur du traitement des gliomes.

OBJECTIF:

Rapporter les caractéristiques épidémiologiques, cliniques ainsi que l'évaluation thérapeutique des tumeurs gliales prises en charge au service d'oncologie radiothérapie CLCC de Sétif.

PATIENTS ET MÉTHODES :

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur l'analyse des dossiers des patients atteints d'une tumeur gliale traités au CLCC de Sétif par radiothérapie externe associée ou non à une chimiothérapie concomitante entre 01/01/2018 et 31/12/2019.

RESULTATS:

30 dossiers ont été analysés

-L'âge médian était de 52 ans avec une sex-ratio de 1.1(homme /Femme). Le mode de début était le syndrome d'HIC dans la plupart des cas ; le type histologique prédominant est le glioblastome ;Le traitement consistait en une chirurgie première le plus souvent partielle dans 37% suivie d'une association radio-chimiothérapie concomitante dans 80% des cas ; 17 % ont bénéficié d'une radiothérapie exclusive ;La radiothérapie selon le protocole EORTC et la dose

varie selon le grade.

Après 12 mois de recul on a retrouvés :

- Une stabilité lésionnelle chez 7% des patients
- 70% des patients décédés
- 23% perdus de vue

CONCLUSION:

-Le bénéfice du traitement des tumeurs gliales en termes de survie reste modeste mais clairement démontré. Il est souhaitable que la prise en charge de ces tumeurs soit confinée à des équipes multidisciplinaires habituées à ces pathologies pour essayer d'améliorer les chances de survie et la qualité de vie.

MALADIE DE HODGKIN AVEC MANIFESTATION AUTO-IMMUNE DE TYPE THYROIDITE DE HASHIMOTO: À PROPOS D'UN CAS.

S.Saadaoui M.Medani H.Herbadji.

Service d'Hématologie - CAC Setif.

INTRODUCTION:

Les syndromes lympho-prolifératifs sont à l'origine de manifestations dysimmunitaires dont le spectre clinique et biologique est extrêmement large. Le premier cas d'association entre une maladie de Hodgkin MDH et une anémie hémolytique auto-immune a été décrit en 1967. Sur les 20 dernières années, 160 cas d'adultes présentant une maladie de Hodgkin et une pathologie auto-immune (préexistante ou secondaire). La physiopathologie fait intervenir notamment l'activation du système immunitaire contre les auto-antigènes entraînant l'altération des propres tissus, une perte du contrôle des lymphocytes B auto-réactifs, ou encore une stimulation antigénique chronique.

Nous rapportons une observation d'une association d'une MDH avec une thyroidite de Hashimoto apparues d'une façon concomitante.

MOTS CLÉS :

MDH, thyroidite de Hashimoto, chimiothérapie, radiothérapie complémentaire.

MATÉRIELS ET MÉTHODES:

Patiente C.S, âgée de 37 ans, sans ATCD particuliers. Le début de la symptomatologie est marqué par l'apparition d'une adénopathie sus-claviculaire droite apparue il y a 6 mois dont l'étude anatomopathologique est en faveur d'une MDH. L'examen clinique objective un nodule thyroïdien ainsi qu'une fatigue intense, une cicatrice de biopsie ganglionnaire, pas d'ADP. Une échographie cervicale faite objectivant un goitre thyroïdien diffus hypoéchogène signant une thyroidite avec un nodule toto-lobaire droit et une ADP sus-claviculaire droite de 14*13 mm. La cytoponction du nodule thyroïdien est revenue en faveur d'une hyperplasie et celle de l'ADP

suspecte de malignité ,la biopsie de cette dernière a révélé une MDH scléro-nodulaire CD 15+/CD30+ à l'immunohistochimie.

Le bilan d'extension à savoir la TDM TAP a mis en évidence des ADP spinales gauches, médiastinales, sous claviculaires droites et axillaires droites.

L'hémogramme est normal, le test de Coombs est négatif, VS :33/55 mm une légère augmentation de la B2 globuline à l'électrophorèse des protéines sériques, les anticorps anti TG et anti TPO sont augmentés, le taux de TSH est normal. Le reste du bilan biochimique est sans particularité. La malade présente alors une MDH type 2 scléro-nodulaire stade IIA a ,à risque défavorable selon l'EORTC compliquée d'une thyroïdite de Hashimoto. Elle a reçu 4 cycles ABVD à l'issue desquels une rémission de plus de 95% a été obtenue avec persistance du nodule thyroïdien et de quelques petites ADP , persistance de l'augmentation des anticorps anti TGO et anti TG. Elle a reçu par la suite 15 séances de radiothérapie 30 Gy et mise sous Lévothyrox devant une TSH augmentée puis une surveillance clinique et biochimique. Une année après, la TDM TAP est la même que la précédente et le PET-SCAN est en faveur d'une réponse métabolique complète .

Le bilan thyroïdien s'est normalisé après 14 mois de la radiothérapie avec persistance des signes de thyroïdite chronique ainsi qu'un petit nodule aux échographies de control. Elle est toujours en RC depuis 41 mois avec bilan thyroïdien normal.

CONCLUSION:

le traitement des manifestations AI de la MDH repose sur le traitement étiologique.

MALADIE DE HODGKIN À LOCALISATION CAVALE PRIMITIVE :À PROPOS D'UN CAS.

S.Saadaoui, M.Medani, H.Herbadji, K.Saifi

Service d'Hématologie - CAC Setif.

INTRODUCTION:

Les premiers cas de maladie de Hodgkin ont été décrits par Thomas Hodgkin il y a un siècle ;c'est une affection maligne du tissu lymphoïde et bien qu'elle soit une maladie fréquente qui touche principalement le ganglion ,l'atteinte extra ganglionnaire reste rare. Le tissu lymphoïde de l'anneau de Waldeyer y compris le nasopharynx sont très exceptionnellement le siège de Lymphome Hodgkinien .Nous rapportons dans ce travail une observation dans ce contexte.

MOTS CLÉS :

localisation inhabituelle ,PET-SCANN ,chimiothérapie, radiothérapie complémentaire.

MATÉRIELS ET MÉTHODES:

Patient T.R âgé de 41 ans ,ouvrier de profession, fumeur, aux ATCD d'hernie discale, qui s'est présenté le mois d'Avril de l'année 2019 pour une maladie de Hodgkin diagnostiquée suite à une biopsie du cavum et d'une adénopathie cervicale.

RESULTATS:

Il s'agit du patient T.R ,âgé de 41ans,père de 4 enfants, journalier de profession, tabagique, ayant consulté pour une ADP cervicale gauche apparue depuis un mois et demi. Cliniquement un PS à 1,bonne coloration cutanéomuqueuse, une voix nasonnée, pas de signes généraux ,pas d'adénopathies cervicales avec cicatrice de biopsie danglionnaire cervicale gauche dont l'étude anatomopathologique avec IHC a révélé une maladie de Hodgkin de type 3 à cellularité mixte CD15+/CD30+/ALK1- /EMA- .le bilan d'extension à savoir TDM TAP qui montre des ADP cervico-médiastinales de taille infra centimétrique.

IRM cavaire :masse tissulaire cavaire comblant les choanes associée à des ADP latéro-cervicales bilatérales.

PET scann :épaississement hypermétabolique du pharynx médian postérieur et latéral bilatéral de 35mm de diamètre SUV max 10,multiples ADP cervicales . L'hémogramme et le bilan biochimique sont normaux. La maladie est classée ainsi stade IIaA selon COTSWOLD à risque favorable selon EORTC.

Le patient est traité par 3 cures ABVD,PET scann d'évaluation en faveur d'une remission partielle,Deauville 4. On a continué jusqu'à la 6 ème cure,PET scann en faveur d'une remission complète DEAUVILLE 2.

Une radiothérapie complémentaire a été faite à la dose de 40 Gy sur l'oropharynx et le rhinopharynx ainsi que les aires ganglionnaires I,II,III,IV et V en 20 séances, compliquée d'une radiodermite des 2 joues et d'une glossite bien gérées par un traitement symptomatique.

Le malade est toujours en RC avec un follow-up de 40 mois.

CONCLUSION:

le lymphome Hodgkinien primitif cavaire est une entité rare. le diagnostic peut être tardif en raison de la localisation inhabituelle d'une part mais également de l'évolution chronique de la maladie d'autre part. Le PET-SCAN est l'examen de référence pour le bilan d'extension, il est aussi nécessaire pour une évaluation fiable et précoce de la réponse thérapeutique. Le pronostic est en fonction de la chimio-radio sensibilité.

LYMPHOME MALIN NON HODKINIEN TESTICULAIRE : À PROPOS D'UN CAS.

S.Saadaoui, H.Herbadji, K.Saifi, M.Medani.

Service d'Hématologie - CAC Setif.

INTRODUCTION:

Le lymphome testiculaire a été décrit la première fois en 1866, les lymphomes primitifs du testicule constituent 1 à 7% des cancer testiculaires et moins de 1% de tous les lymphomes non Hodgkiniens. La forme histologique la plus répandue est le type B diffus à grandes cellules selon la classification OMS. Nous rapportons une observation dans ce contexte.

MOTS CLÉS :

LDGB, thérapie ciblée, chimiothérapie, radiothérapie, traitement intra thécal.

MATÉRIELS ET MÉTHODES:

Patient N.A âgé de 71 ans, aux ATCD d'une stérilité, admis à notre niveau pour prise en charge d'un lymphome non Hodgkinien de localisation testiculaire primitive diagnostiqué suite à une biopsie testiculaire après orchidectomie droite. Le motif de consultation a été une tuméfaction douloureuse du testicule droit remontant à 10 mois.

L'examen clinique est normal hormis une bourse droite vide. La biopsie testiculaire a révélé un Séminome spermatocytaire infiltrant le rete testis, l'épididyme et le hile testiculaire. Une deuxième lecture avec immuno-histochimie objective un lymphome non Hodgkinien diffus à grandes cellules B CD45+/CD20+/OCT3- le bilan d'extension est négatif avec un Indice pronostique international à faible risque. Le patient a reçu 6 cures de chimiothérapie selon le protocole R-CHOP (Rituximab, Cyclophosphamide, Epirubicine, Vincristine, Prédnisone) plus des ponctions lombaires thérapeutiques, au prix d'une toxicité hématologiques de type leucopénie grade 4 compliqué de diarrhée avec mucite, un épisode d'infection urinaire, ainsi qu'une anémie grade 2 bien gérés par un traitement symptomatique. L'évaluation à la 3ème et à la 6ème cure n'a pas objectivé de récédive tumorale. Une radiothérapie complémentaire sur testicule controlatéral prophylactique lui a été indiquée à raison de 30 Gy mais non faite et le malade est perdu de vue pendant 3 an. Il a consulté il y a un mois toujours en rémission.

CONCLUSION:

Le lymphome primitif testiculaire est une rare entité des lymphomes non Hodgkiniens extra-ganglionnaires. Le plus souvent il s'agit d'un diffus à grandes cellules B. Le diagnostic repose sur l'étude histologique et immunohistochimique ; c'est l'apanage du sujet âgé. Le traitement standard associe une immuno-chimiothérapie plus chimiothérapie intra-thécale, et d'une radiothérapie testiculaire prophylactique controlatérale qui permettent de réduire la

rechute locale ainsi que l'atteinte du système nerveux central. Le traitement chirurgical poursuivi du protocole R-CHOP associé à la chimiothérapie intrathécale sans radiothérapie ont permis une rémission de 3 ans chez notre patient. .

CANCER DE L'ŒSOPHAGE APRÈS CANCER DU SEIN À PROPOS D'UN CAS.

C.Sahki, M.Haoui, M. Ayad.

Service de Radiothérapie Oncologie, Centre Anti Cancer. Blida .Algérie.

INTRODUCTION:

: les cancers radio induits sont fréquents, chez les longs survivants après la 1ère irradiation, comme le cas du lymphome du Hodgkin, le cancer du sein..., la connaissance des doses de contraintes des organes adjacents lors de la 1ère irradiation est indispensable, ce qui va permettre par la suite une éventuelle irradiation du 2ème cancer..

PATIENTS ET MÉTHODES :

Nous rapportant le cas d'une patiente âgée de 70 ans, suivie, dans notre service depuis 2011 pour un Cancer du sein gauche classé initialement cT2NOMO, type carcinome canalaire infiltrant, grade III SBR, RH (+) HER2(-) traité par :

- mastectomie + curage axillaire .
- Radiothérapie de la paroi thoracique à la dose de 45Gry au cobalt 60 du 10/05/11 au 09/06/11 par 2 faisceaux tangentiels.
- Hormonothérapie pendant 5 ans.

En 2022, elle signale une dysphagie aux solides ; Fibroscopie OGD du 8/11/22 : à 32 cm des AD, présence d'un large ulcère profond à bords irréguliers avec quelques zones de nécrose étendu sur environ 4 cm occupant l'hémi circonférence d'allure suspecte.

Anapath de la biopsie : carcinome épidermoïde peu différencié, ck7+, p63+

TDM TAP 15/01/23 : épaississement pariétal du 1/3 inférieur de l'œsophage thoracique étendu au cardia de la région sous carinaire jusqu'à la jonction œso-gastrique peu sténosant de 11x23x86 mm présentant un contact sans envahissement avec : (l'oreillette gauche, aorte thoracique, VCI, pilier diaphragmatique droit), Présence des ADPs médiastinales : sous carinaire 6x11mm, rétro trachéale 6x9mm, médiastinale supérieure 5x10mm, épanchement pleural droit de faible abondance.

Examen clinique :

- EG conservé, notion de perte pondérale de 10 kg en 3 mois.
- Dysphagie aux solides et aux liquides

Classification : cT3N+MO

Décision RCP digestif : faire RT-CT puis évaluation

Bilan pré thérapeutique :EFR/bilan cardiaque et biologique : correct

Mise en place d'une jéjunostomie d'alimentation

Acquisition des coupes scénographiques avec définition des 3 points de référence ainsi les les points d'entrée des faisceaux tangentiels du traitement initial du cancer du sein gauche .

RESULTATS:

Après délinéation des volumes d'intérêt et étude dosimétrique, la radiothérapie est récusée, vu les doses de contrainte non respectées, notamment le cœur et les deux poumons :

V30Gry=45% .V20 Gry=53% D moy du cœur=33Gry ,V35 Gry= 64%

Le dossier est rediscuté en RCP pour une chimiothérapie.

CONCLUSION:

il s'agit probablement d'un cancer radio induit 11ans après la 1ère irradiation du cancer du sein gauche, une délinéation de l'œsophage en cas de radiothérapie du cancer du sein semble obligatoire afin d'évaluer la dose reçue par cet organe

CANCER DU SEIN CHEZ L'HOMME : A PROPOS DE 35 CAS.

M.Sahli, S.Brahimi, H.Boutef, I.Laarit, N.Ferdi

Service d'Oncologie Radiothérapie - CHU Constantine.

INTRODUCTION:

Le cancer du sein chez l'homme est rare, moins de 1% de tous les cancers du sein, de diagnostic souvent tardif surtout en absence du dépistage et de traitement presque similaire à celui de la femme.

MATÉRIELS ET MÉTHODES:

Nous rapportons une série de 35 cas de cancer du sein chez l'homme traités par radiothérapie complémentaire au service d'Oncologie Radiothérapie CHU de Constantine entre 2016 et 2022 avec une analyse épidémiologique, clinique et thérapeutique.

RESULTATS:

Les patients étaient tous de l'Est Algérien, L'âge moyen était de 60.6 ans (31-81 ans), la notion de cancer dans la famille est rapportée chez 21 patients (dont 15 d'un cancer du sein) Le délai moyen de consultation était de 15.8 mois dont le motif d'autopalpation d'un nodule droit dans 62% des cas, de siège central chez 33 patients (94% des cas), le diagnostic clinique a été confirmé radiologiquement

et histologiquement. Le carcinome infiltrant non spécifique de grade II et III était le type le plus fréquent(91%) , tous les malades ont bénéficié d'un bilan d'extension mais plus de la moitié des malades ont été classés initialement TxNxMx(18 patients), parmi les 30 patients non métastatiques 5 patients seulement ont bénéficié d'une chimiothérapie néoadjuvante , et d'un traitement chirurgical radical dans tous les cas avec des BDR saines dans 93% des cas et un curage infiltré dans 60% des cas, une radiothérapie de la paroi a été faite chez tous les patients et ganglionnaire chez 17 parmi eux (56%)avec un fractionnement classique dans 93% des cas. L'hormonothérapie a été utilisée chez 28 patients. Le devenir des patients : 25 patients étaient en rémission clinique et radiologique au dernier contrôle, 2 ont développé des métastases à distance et 3 sont perdus de vue.

CONCLUSION:

Le cancer du sein chez l'homme est peu connu comme cancer et même sous étudié, le facteur familial est souvent noté, le pronostic peut être meilleur par la pratique d'un dépistage précoce et un traitement adéquat.

MOTS CLÉS :

Cancer, Sein, Homme, Traitement, Pronostic.

LE LIPOSARCOMME MYXOÏDE (LSM) DE LA CUISSE NON MÉTASTATIQUE : À PROPOS D'UN CAS.

S.Sid Elmrabet¹, N.M.Yousfi¹, A.Lamri¹, N. Souici¹, T. Talhi¹,
C.Tayeb¹, N. Chergui²

1- Service d'Oncologie Radiothérapie - HCA.

2- Service anatomie pathologie - HCA.

INTRODUCTION:

Le LSM est un sarcome des tissus mous (STM) rare, son incidence est de 2 sur un million de personnes par année , Il survient chez l'adolescent et l'adulte jeune (moins de 30 ans) avec un pic de fréquence à 50 ans , il existe une prédominance masculine, il siège essentiellement au niveau des membres .Le LSM représente moins de 10% des STM et 30% des liposarcomes (LPS), c'est le deuxième sous type histologique des LPS après le bien différencié (28%) , c'est un sous-type intermédiaire. Le LSM présente des signes de différenciation adipocytaire avec un stroma myxoïde. À l'immunohistochimie le S100 est positive dans 30% des cas. Le LSM représente une entité génétique distincte des LPS caractérisé par la translocation t(12,16).On cas de présence de cellules rondes > 5% cela représente un mauvais pronostic (métastases hématogènes : 20 à 30% si myxoïde pur et > 50% si présence de cellules rondes). Les métastases peuvent se voir aux séreuses (plèvre, péritoine, péricarde...), à la graisse sous-cutanée et à l'os, particulièrement au rachis.

D'où la nécessité d'un scanner abdomino-pelvien voir même IRM médullaire si signes d'appels. La prise en charge optimale des LSM repose sur une résection tumorale complète avec marges négatives. Le LSM est chimiosensible et relativement

radiosensible, la place et les indications de la radiothérapie (RTH) sont bien codifiés. La taille et le grade histologique (nécrose tumorale) ainsi que la marge d'exérèse négative sont des facteurs prédictifs du contrôle local à long terme (récidive locale dans 9% des cas après un traitement conservateur (CRG et RTH). La survie générale à 5ans est à 90% et à 10 ans elle est de 72%.

MATÉRIELS ET MÉTHODES:

Nous rapportons une observation d'un LSM de la cuisse droite. Le diagnostic a été confirmé histologiquement après une année d'évolution de la symptomatologie clinique. La prise en charge a consisté en une exérèse large suivie d'une RTH locorégionale.

RESULTATS:

L'évolution a été marquée par une rémission complète maintenue après un recul de 12 mois. Nous soulignons, par la présente observation que la rareté des LSM et le retard diagnostic ainsi que thérapeutique, pourrait compromettre leurs pronostic.

CONCLUSION:

Les LPS des membres sont des lésions rares. Il faut y penser devant toutes tumeurs des parties molles des membres en particulier au niveau de la cuisse de taille supérieure à 5cm et d'évolution traînante surtout chez un adulte jeune. L'IRM est l'examen de référence pour faire le bilan d'extension locorégionale et le suivi post-thérapeutique. La biopsie et l'examen anatomopathologique restent les clés du diagnostic. La prise en charge est multidisciplinaire. La résection doit être carcinologique tant que c'est possible et associée à une RTH et/ou une chimiothérapie.

MOTS CLÉS :

liposarcome myxoïde, sarcome des tissus mous, prédominance masculine, l'immunohistochimie, multidisciplinaire.

TRAITEMENT CONSERVATEUR DES CANCERS INFILTRANTS DE VESSIE : EXPÉRIENCE DU SERVICE D'ONCOLOGIE MÉDICALE CLCC D'ORAN

S.Zeroual, F.Z.Soudani, B.Larbaoui

Service d'oncologie médicale -CLCC d'Oran.

INTRODUCTION:

Le cancer de la vessie est le deuxième cancer urologique et occupe la 9ème place au niveau mondial. Dans 90% des cas, il s'agit de carcinomes à cellules transitionnelles. Les facteurs de risque prédominants sont le tabac et les expositions professionnelles aux carcinogènes.

Ce cancer pose un problème de prise en charge thérapeutique et pronostic surtout pour les formes infiltrantes, plusieurs options thérapeutiques disponibles, surtout avec l'avènement de l'immunothérapie qui a bouleversé le pronostic de ces tumeurs.

OBJECTIF :

Etudier les résultats épidémiologiques et thérapeutiques de 62 patients atteints de cancer de vessie infiltrant le muscle.

MATÉRIELS ET MÉTHODES:

Etude descriptive rétrospective menée au service d'oncologie médicale du centre anti-cancer Emir Abdelkader année 2019-2022.

RESULTATS:

- L'âge médian est de 53 ans avec des extrêmes d'âge de 25 à 82 ans ; le sexe 60 Hommes (97%) 02 Femmes (03%).
- Répartition par wilaya : Oran 46 malades (74%) SBA 03 malades (04%) autres 07 malades (11%).
- Concernant les comorbidités : HTA : 12(19%) ; diabète : 09 (14%) ; ATCD Familiaux de cancer : 04 (06%).
- Statut tabagique est présent chez 40 malades (64%), l'exposition professionnelle chez 08 malades (12%), et la consommation d'alcool chez 05 malades (08%).
- Le score OMS est de 1 dans 100% des cas ;
- Délai de consultation : < 06 mois : 43 malades (69%)
> 06 mois : 15 malades (24%)
- Signes cliniques : Hématurie 90% ; pollakiurie 03% ; RTUV 100%
- Type histologique : -Adénocarcinome 01 (02%) ; Epidermoïde 01 (02%) ; Neuroendocrine 01 (02%) ; Bague à chaton 01(02%).
- Carcinome transitionnel de haut grade 52 (83%) ; de bas grade 02 (03%) ; papillaire 03 (04%).
- Traitement : - Chimiothérapie néoadjuvante 55(88%) des patients.
 - Chirurgie radicale faite chez (30%) des patients.
 - Radio-chimio concomitante (RCC) faite chez (22%) des patients.
- Réponse thérapeutique : - Réponse radiologique post chimiothérapie néoadjuvante : RC 07(12%) ST 06 (10%) RP 17 (30%).
- Réponse radiologique post (RCC) : ST 08 (57%) RP 04 (28%).

Tumeur fréquente souvent diagnostiquée au stade infiltrant.

Le protocole cisplatine-gemcitabine est un protocole adéquat (efficacité et toxicité),

La radio-chimio concomitante comme traitement conservateur s'associe à des taux de réponse intéressants.

MOTS CLÉS :

vessie -formes infiltrantes - radiothérapie- chimiothérapie-conservateur.

TUMEUR D'ASKIN : À PROPOS D'UN CAS.

**S. Messad , S. Selmani, S. Guettal, B.Zebbiche , F. Boulkhessaim,
K. Boudaoud.**

Service d'oncologie-radiothérapie.
Centre de Lutte Contre Le Cancer – Sétif.

INTRODUCTION:

La tumeur d'Askin c'est une tumeur neuroectodermique primitive de la région thoraco-pulmonaire (PNET), provenant des tissus mous de la paroi thoracique, hautement maligne et rare, survenant le plus souvent chez l'enfant et le sujet jeune, son pronostic est très défavorable, la survie à 2 ans était de 30%.

Nous rapportons le cas d'une patiente C.A âgée de 33 ans sans ATCDs pathologiques particuliers qui présente une tumeur d'Askin de la paroi thoracique postérieure. Elle a bénéficié d'une chimiothérapie : 4 cures de Doxorubicine, Ifosfomide, Mesna suivi d'une chirurgie : 12/02/2019 par exérèse du reliquat tumoral post chimiothérapie complétée par une radiothérapie externe à la dose de 54 Gy de 27 fractions sur le lit tumoral et 44 Gy de 22 fractions sur les cicatrices d'abouchement des drains
Actuellement, à 4 ans de recul post radiothérapie, la patiente est en rémission complète .

CONCLUSION:

La tumeur d'Askin, est une tumeur rare de l'enfant et l'adulte jeune. Elle se caractérise par son agressivité et son pronostic défavorable. Une fois le diagnostic posé, seulement une prise en charge urgente basée sur une chimiothérapie initiale permettant ainsi une résection chirurgicale large avec des limites saines, suivie d'une chimiothérapie agressive et d'une radiothérapie pourra contribuer à l'amélioration de la survie de ces patients.

ETUDE DOSIMÉTRIQUE ET RÉSULTAT DES CONTRAINTES DES DOSES AU NIVEAU DE LA VESSIE DANS LE CANCER DU COL UTÉRIN LOCALEMENT ÉVOLUÉ ET NON MÉTASTATIQUE TRAITÉ PAR TOMOTHÉRAPIE.

S. Mellouk, A. Amrani, S. Chami, C. Tayeb

Service d'oncologie radiothérapie - HCA.

INTRODUCTION:

Évaluer les résultat dosimétrique concernant les contraintes des doses au niveau de la vessie chez les patientes suivies pour cancer du col utérin localement évolué et non métastatique traitées par tomothérapie et la revue de la littérature ,durant la période du mois de Juin 2019 à Mai 2021, dans le service de radiothérapie oncologique de l'hôpital central de l'armée.

Le traitement consiste en l'association concomitante d'une chimiothérapie et d'une radiothérapie en mode conformationnelle avec modulation d'intensité. dans laquelle ont été incluses 44 patientes. Le traitement

consistait à une radiothérapie externe de 50.4 Gy avec un complément de dose au niveau ganglionnaires de 10 Gy et une curiethérapie utérovaginale à 10GY. La chimiothérapie concomitante était à base de cisplatine hebdomadaire à la dose de 40 mg/m².

La dose moyenne au niveau de la vessie était de 34,12 ± 3,53 Gy avec une médiane à 34,31 Gy et une extrême allant de 23,92 et 41,19 L'intervalle de confiance à 95% était de [33,04– 35,19].

La tomothérapie est une technique avec laquelle on a pu avoir des résultats dosimétriques acceptables au niveau de la vessie.

MOTS CLÉS :

Dosimétrie , contraintes des doses au niveau de la vessie , Tomothérapie, carcinome épidermoïde , col utérin .

VMAT DANS LE CANCER DU COL UTÉRIN LOCALEMENT AVANCÉ SUIVIE D'UNE CURIETHÉRAPIE HDR, ÉVALUATION DE LA TOXICITÉ ET DU CONTRÔLE LOCAL.

F.Mouzali, A.kechout, D.Meddour, M.L.Rahou, A.Ahmed Dahmane, FZ.Guettaf, S.Oukrif

Service d'oncologie radiothérapie - CPMC Alger.

INTRODUCTION:

la radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité (RCMI) dans le cancer du col utérin a prouvé sa supériorité dosimétrique en termes de toxicité digestive. L'arcthérapie volumétrique modulée (VMAT) a montré à son tour un intérêt dosimétrique comparativement à la RCMI.

OBJECTIF DE L'ÉTUDE:

évaluation de la toxicité digestive et urinaire ainsi que le contrôle local.

PATIENTES ET MÉTHODES:

étude rétrospective réalisée au niveau du service d'oncologie-radiothérapie du centre Pierre et Marie Curie d'Alger sur une durée de 2 ans allant de 01 décembre 2019 au 01 décembre 2021 concernant les patientes traitées par radiothérapie VMAT suivie d'une curiethérapie haut débit de dose (HDR).

Les paramètres étudiés sont : la toxicité digestive et urinaire aigüe et tardive ainsi que la réponse thérapeutique.

RÉSULTATS ET DISCUSSION:

54 patientes ont été traitées par VMAT suivie d'une curiethérapie HDR. L'âge moyen était de 56.5 ans, le type histologique était dans 83% un carcinome épidermoïde ; 16.7% des patientes ont reçu une radiothérapie postopératoire suivie d'une curiethérapie vaginale HDR et 83.3 % une radio-chimiothérapie concomitante suivie d'une curiethérapie utérovaginale HDR également. Concernant la toxicité aigüe gastro-intestinale nous avons observé des diarrhées grade 1 et grade 2 (29.6% ,7.4% respectivement), de même pour la toxicité urogénitale on a noté la présence de brûlures mictionnelles grade 1(7.4%) ; en revanche la toxicité hématologique nous avons observé des anémies de grade 3 (1.9%), une leucopénie de grade 3 (3.7%) et

une thrombopénie de grade 4 (1.9%).

Une évaluation par IRM pelvienne et colposcopie 6 à 8 semaines après la dernière séance de la radiothérapie a objectivé une rémission complète dans 79.6 % et une absence d'effets secondaires tardifs digestifs ou urinaires.

CONCLUSION:

les développements technologiques ont permis l'émergence de l'arcthérapie volumétrique modulée qui a montré un intérêt dosimétrique comparativement à la RCMI en termes de la couverture des volumes cibles et l'épargne du sac intestinal permettant d'assurer un bon contrôle local avec moins d'effets secondaires digestifs ou urinaires.

MOTS CLÉS :

Cancer du col utérin, VMAT, RCMI, toxicité digestive, toxicité urogénitale

UNE TUMEUR PARA-TESTICULAIRE RARE, LE RHABDOMYOSARCOME À PROPOS D'UN CAS.

N.M. Yousfi¹, S.Sid Elmrabet¹, A.Lamri¹, N. Souici¹, T. Talhi¹,
C.Tayeb¹, N. Chergui²

1- Service d'Oncologie Radiothérapie - HCA.

2- Service anatomie pathologie - HCA.

INTRODUCTION:

Le rhabdomyosarcome (RMS) para testiculaire est une tumeur mésenchymateuse maligne rare et agressive qu'on retrouve surtout chez l'enfant et l'adulte jeune. La localisation para testiculaire est la plus fréquente des atteintes uro-génitales. La variante embryonnaire est la plus fréquente. Elle nécessite un diagnostic précoce et un bilan d'extension thoraco-abdomino-pelvien. L'extension ganglionnaire doit être recherchée par TDM. Le premier relais ganglionnaire est le plus souvent lombo-aortique mais il peut aussi être inguinal.

Le traitement doit être multimodal et fait appel à la chirurgie, à la chimiothérapie et à la radiothérapie. L'orchidectomie par voie inguinale avec ligature haute et première du cordon spermatique est le traitement standard dans les formes localisées. Le protocole de chimiothérapie le plus utilisé repose sur l'association Vincristine-actinomycine -cyclophosphamide. Le pronostic est mauvais.

MATÉRIELS ET MÉTHODES:

Nous rapportons une observation de RMS para testiculaire (RPT) embryonnaire chez un enfant âgé de 3 ans et en discutons les aspects cliniques et thérapeutiques dans notre contexte à la lumière d'une revue de la littérature.

RESULTATS:

L'évolution est favorable avec un recul de un an, le patient est en rémission complète.



CONCLUSION:

Le rhabdomyosarcome para testiculaire est une tumeur rare, la forme embryonnaire est de mauvais pronostic. Un diagnostic précis et un traitement précoce sont les garants d'une meilleure survie. La stratégie thérapeutique est bien codifiée et dépend du stade tumoral et du groupe pronostique. Le pronostic des formes vues tardivement est rapidement mauvais. Une surveillance adéquate à long terme par la clinique et surtout l'imagerie, doit être instaurée afin de détecter les rechutes qui sont généralement fatales.

MOTS CLÉS :

Paratesticulaire, rhabdomyosarcome, traitement Radiothérapie, tumeur rare, la forme embryonnaire.

—

LES SPONSORS

Remerciements

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude aux sponsors pour leur soutien et leur contribution essentiels.

Votre soutien financier et logistique nous a permis de proposer des conférences de qualité, des ateliers pertinents, Vos contributions sont essentielles pour le bon déroulement du congrès qui permettra à tous les participants d'en tirer le maximum de bénéfices.

Je tiens également à saluer le travail remarquable de l'agence organisatrice **PUBDEC**, qui a su faire preuve de professionnalisme, de créativité et de flexibilité pour répondre à nos attentes et satisfaire nos besoins.

Nous avons été pleinement satisfaits de la qualité de la prestation et du niveau de service proposé.

En somme, je tiens à vous remercier chaleureusement pour votre engagement et votre contribution précieuse à la réussite de notre congrès.

Nous espérons avoir la chance de travailler de nouveau avec vous dans le futur.

PRÉSIDENTE DE L'ASRO
Pr Khadidja BOUDAUD

LES SPONSORS



RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE
SOUS LE HAUT PATRONAGE DE MONSIEUR LE MINISTRE DE LA SANTÉ
MONSIEUR LE MINISTRE DE L'ÉNERGIE ET DES MINES

L'ALGERIAN SOCIETY FOR RADIATION ONCOLOGY
ORGANISE EN COLLABOATION AVEC LE SERVICE D'ONCOLOGIE
RADIOTHERAPIE DU CLCC DE SETIF

**SE RÉUNIR EST UN DÉBUT, RESTER
ENSEMBLE EST UN PROGRÈS, LUTTER
CONTRE ~~LE CANCER~~ EST NOTRE
RÉUSSITE.**

ASRO
2023

PUB
DEC


HÔTEL
BAYAZID

