Magazine du cancéropôle du Nord

مجلة قطب السرطان بالشمال











Dans ce numéro:

- **2** Editorial
- Projet cancéropôle du Nord,un exemple de projet médical régional
- Octobre Rose Tanger 2019
- 6 Journée de validation du projet de cancéropôle
- 8 Compagne de dépistage Ksar El Kebir

- 9 Débat: Le profil moléculaire du cancer du sein, quel challenge?
- 11 Mise au point: Le cancer du sein
- 15 La formation continue des infirmiers
- 15 Programe de la journée des infirmiers
- 16 Délivrance

Février 2020 Année 1, n° 1



Editorial

Bienvenue au Cancéropôle du Nord!

Entre l'idée de mettre ensemble les soignants, occupés dans leurs quotidiens de prévention et de traitement, les gestionnaires et autres acteurs, autours d'une table, pour explorer les voies possibles d'amélioration de la prise en charge de ces pathologies lourdes et onéreuses que sont les cancers est née l'idée de créer une instance de planification et de coordination régionale appelée Cancéropôle. La pertinence de la démarche est venue du constat que si depuis l'avènement de la Fondation Lalla Salma de Prévention et Traitement des Cancers, et le progrès historique que cela a constitué

pour la médecine marocaine faisant de notre pays un modèle pour les pays en voie de développement, une approche régionale avec une organisation orientée autours du parcours du patient était nécessaire.

Les structures de soins, solidaires, devaient mieux communiquer entre elles et construire des modèles adaptés aux spécificités régionales.

Et d'emblée, les questions relatives à sa gouvernance et ses moyens, mais cela n'a pas été un frein au remarquable travail accompli par les équipes. L'idée d'associer à cette dynamique une stratégie de formation et de recherche s'est imposée dès le départ.

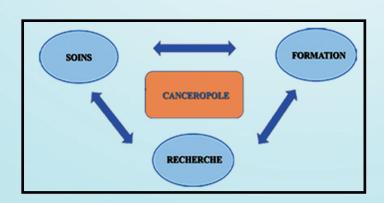
imposée dès le départ .

Dans un contexte où notre ministère de tutelle est fortement engagé dans une démarche de régionalisation avancée et d'implication de toutes les forces vives pour réussir ce chantier, le Cancéropôle du Nord se positionne comme étant une démarche de projet médical régional.

Ce magazine cherche à être un espace de partage et de pédagogie pour les acteurs de la cancérologie de la région.

Bon vent au Cancéropôle du Nord et à son porte-parole le Magazine de Cancéropôle du Nord.

Pr . Mhamed harif Directeur du C.H.U Tanger



Missions du Cancéropôle



Projet cancéropôle du Nord, un exemple de projet médical régional Nabila SELLAL, Nadya MEZZOUG, Adil NAJDI

Le Cancéropôle est un réseau régional pluridisciplinaire entre les différentes institutions dédiées aux soins et à la recherche en cancérologie et dont le but est de structurer les soins et la recherche en cancérologie. La création des cancéropôles est une opportunité pour concrétiser la politique nationale de lutte contre le cancer dans une stratégie régionale au bénéfice des patients. Ainsi, pour répondre aux exigences internationales et à notre nouvelle politique nationale basée sur le renforcement de la régionalisation avancée, le projet de Cancéropôle du Nord a été initié en Février 2018. Ce Cancéropôle aura pour mission de consolider l'offre de soins au plus près des attentes des patients, des médecins, des chercheurs et des partenaires afin d'améliorer la prise en charge du cancer, promouvoir la recherche en facilitant la collaboration entre les chercheurs d'une même discipline ou en pluridisciplinaire et renforcer la formation de toutes les catégories impliquées dans le cancer. Sur le plan administratif, le Cancéropôle comportera un comité d'orientation stratégique et de pilotage pour la définition et le suivi de la stratégie à adopter par

le Cancéropôle, un Comité de

gestion pour la prise de décision,

validation des projets et mise en œuvre des actions à travers la constitution des groupes de travail et un secrétariat pour la gestion administrative et financière La promotion morale du projet de « Cancéropole du Nord » a été initiée conjointement par :

> **Pr Harif Mhamed** Directeur du CHU de Tanger

Dr Afifi Ikram

Directeur Régional du ministère de la Santé de la region Tanger-Tétouan-Al Hoceima (DRS TTA)

Une équipe pluridisciplinaire a été identifiée et a été chargée d'élaborer le projet. Cette équipe est constituée de 8 membres :

Pr EL Hfid Mohamed, Radiothérapeute au CHU TTA

Pr Najdi Adil,

spécialiste en Médecine Communautaire à la FMPT et CHU TTA

Pr El M'rabet Fatima zahra,

Oncologue Médicale au CHU deTTA

Pr Chraibi Mariame,

Anatomopathologiste au CHU TTA

Pr Idrissi Serhrouchni Karima, Anatomopathologiste au CHU TTA

Dr Drissi Said,

Service de l'offre de soins à la DRS TTA

Dr Nadya Mezzoug,

Epidémiologiste à l'Observatoire régionale de la Santé à la DRS TTA

Pr Nabila Sellal,

Radiothérapeute et directrice du Centre Régionale d'Oncologie (CRO) du Tanger

A travers des réunions hebdomadaires, le groupe de travail a établit le calendrier et le schéma de travail avec définition de 4 phases de

mise en place du projet. La première phase était l'analyse de l'existant au niveau régional concernant l'offre de soins en Cancérologie à travers des Visites des structures sanitaires de la région impliquées dans ledépistage, le diagnostic et le traitement du cancer et les soins palliatifs notamment les Centres Régionaux d'Oncologie de Tanger et Al Hoceima, les laboratoires publiques d'anatomie et cytologie pathologique (ACP) de Tétouan, Al Hoceima et Tanger et aussi les centres de référence de la santé reproductive (CRSR) de Tanger, Tétouan, Fnideg, Ksar El Kebir et Al Hoceima. Le recueil de l'information a été réalisé grâce à des fiches pré-établies, l'entretien avec le personnel des structures et les délégués des provinces visitées et aussi l'analyse des données de la DRS, de l'ordre régional des médecins et des CRO. Cette étape a permis de mettre le point sur les points forts et les défaillances de notre région en termes d'offre de soins en cancérologie. En effet, la région dispose de deux CRO fonctionnels offrant une prise en charge thérapeutique par radiothérapie et ou chimiothérapie de la majorité des localisations cancéreuses et ce en hôpital de jour. Il y a six CRSR dans notre région dont quatre assurent les activités de dépistage et de diagnostic précoce des cancers du sein et du col utérin.

Ces CRSR possèdent un système d'information exhaustif et bien entretenu mais malheureusement non informatisé. Par ailleurs, l'offre de soins dans notre région, présente une inégalité de répartition entre province avec une sous ou sur exploitation de certaines structures impliquées dans le cancer. En outre, le manque de personnel paramédical et de certains équipements a entravé le démarrage de certaines activités (l'hospitalisation dans les CRO, les activités des laboratoires d'ACP...). Dans notre Région, le patient atteint de cancer souffre d'une rupture fréquente de stock en certains médicaments cytotoxiques et de l'absence de certaines explorations nécessaires au diagnostic et au bilan d'extension de certains cancers tels que le PET scanner et la scintigraphie osseuse.



Visite du CRSR Fnideg





Ainsi, l'implantation du CHU et de la faculté de médecine et de pharmacie à Tanger constitue une opportunité pour renforcer l'accès de la population du Nord aux soins tertiaires et pour développer la recherche et la formation nécessaires à l'amélioration de la qualité des soins. Après cette deuxième étape d'analyse stratégique de l'offre de soins régionale en matière de cancer, l'élaboration d'un plan d'action respectant les missions du Cancéropole du Nord a constitué la troisième étape. Ce plan d'action comprend cinq axes stratégiques. La dernière étape est la rédaction du projet, validation et diffusion aux différents partenaires potentiels. Une première version du projet a été rédigée et sera diffusée lors de la première journée du Cancéropôle du Nord.

Axes stratégiques du cancéropôle

Axe 1: Coordination régionale avec 4 actions et 11 mesures
Axe 2: Soins avec 11 actions et 45 mesures
Axe 3: Prévention avec 3 actions et 16 mesures
Axe 4: Formation avec 3 actions et 8 mesures
Axe 5: Recherche avec 3 actions et 8 mesures

Octobre rose Tanger 2019

Octobre rose est une campagne annuelle de communication destinée à sensibiliser au dépistage du cancer du sein et à récolter des fonds pour la recherche. Le symbole de cet évènement est le ruban rose. Son équivalent anglo-saxon est le National Breast Cancer Awareness Month. Organisée chaque mois d'octobre. Elle a été instaurée en 1985. Durant ce mois, des initiatives comme des courses à pied, des ventes aux enchères sont organisées. Le service d'oncologie médicale du CHU Tanger Tétouan Al Hoceima a célébré le 22 octobre 2019 son premier événement concernant le dépistage du cancer du sein sous le thème: le diagnostic précoce du cancer du sein sauve de vies Plusieurs cadeaux et surprises ont été distribués aux patientes suivies ou en cours du traitement pour un cancer du sein. Beaucoup d'émotion et des moments de joie ont été partagés













Pr El 'Mrabet FZ



Journée de validation du projet de cancéropôle 2020-2025 Adil NAJDI

Introduction:

La conception de l'idée du projet « Cancéropôle du Nord » a vu le jour suite à une première réunion initiée le début Février 2019 par Mr le directeur du CHU le Pr Harif. Au terme de cette réunion, un groupe de travail a été constitué et un plan de travail a été préparé, suite auquel, plusieurs réunions ont été réalisées durant le mois de Février 2019 pour discuter et rédiger le projet.

La première étape consistait à faire une analyse de l'état des lieux à travers des enquêtes sur le terrain et une revue des documents et rapports officiels. Cette étape a pris un mois du mi-février à mi-mars 2019.

Suite à cette étape d'analyse du système de soins régional en matière de prise en charge du cancer ainsi que les potentialités régionales en terme de recherche et de formation, une réunion a été faite en présence de Mr le directeur scientifique de la Fondation Lalla Salma de Lutte contre le Cancer, Dr Rachid El Bekkali en Fin Mars 2019 et dont l'ordre du jour était la présentation

du projet, les résultats préliminaires obtenus ainsi que la vision de l'équipe de travail concernant le projet. L'étape suivante consistait à

L'étape suivante consistait à étendre la communication vers les différents partenaires et acteurs de la santé au niveau régional afin de valider la vision et finaliser l'approche de travail à la lumière de leurs opinions et recommandations.

Journée du 12 Juillet 2019 La journée de travail a eu lieu à la salle de formation dans les locaux de la délégation de Santé de Tanger et a vu la présence de Mr le directeur de la DRS de TTA: Dr Ikram Afifi; Mr le directeur du CHU: Pr Harif Mhamed; Mr le doyen de la FMPT: Pr Ahallat Mohamed; Mr le délégué du ministre de la santé de Tanger-Assilah; Mr le délégué du ministre de la santé de Tétouan; Une équipe de la délégation de Santé d'Al Hoceima; Mr le directeur de l'hôpital Provincial de Tétouan « Saniat Rmel »; L'équipe du Cancéropôle du Nord. Mr le directeur régional de la DRS TTA, Dr Afifi, qui a été très impliqué dans le projet « Cancéropôle du Nord »

depuis la première réunion de conception du projet, a entamé la journée par une allocution dans laquelle il a rappelé l'état des lieux de notre système national de santé et notamment les réformes qui sont en cours de préparation et qui convergent vers la mise en application d'une régionalisation effective. Il a rappelé que le projet « Cancéropôle du Nord » est un bon et innovant modèle d'application de la



régionalisation en matière de santé.

Ensuite, le Pr Harif dans son mot d'ouverture, a mis l'accent sur le principe de la place centrale que doit avoir le patient dans toute organisation de soins et que tous nos efforts doivent être orientés exclusivement vers l'intérêt du patient, il a fait ainsi le plaidoyer en présence de tous les partenaires présents à la réunion afin de porter le projet et se l'approprier.



Journée de validation du projet de cancéropôle 2020-2025 Adil NAJDI

Mr le doyen de la FMPT a ajouté à son tour que la faculté de Médecine de Tanger participera très activement à la formation continue de tous les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du cancer dans la région TTA.

« Etat de l'offre de soins en Cancérologie au niveau de la Région TTA, 2019 »: présenté par Dr Nadya Mezzoug (ORS/DRS TTA) et membre de l'équipe du Cancéropôle du Nord. « Cancéropôle du Nord: Plan d'action 2020-2025 » : présenté par Dr Nabila Sellal, directrice du CRO de Tanger et membre de l'équipe du Cancéropôle du Nord. Discussion et recommandations:
Une large discussion était entamée à l'issu des présentations du projet, tous les partenaires régionaux ont globalement exprimé leur



enthousiasme et leur implication dans ce projet innovateur et à même d'améliorer significativement la qualité, l'efficacité et l'efficience de la prise en charge des patients atteints de cancer dans la région TTA. Le parcours du patient étant au centre des attentes et des priorités de tous les partenaires, le projet « Cancéropôle du Nord » était perçu comme une aubaine à la lumière de la

> situation épidémiologique et l'offre de soins existant pour la prise en charge des cancers dans la région TTA. Au terme

de cette discussion riche, d'ores et déjà, des remaniements dans le système régional de soins en cancérologie ont été discutés et proposés par les différents responsables présents dans la réunion.









Compagne dépistage Ksar El Kebir

Dans le cadre du projet du Cancéropole, et suite à nos différentes visites, qui avait comme objectif d'établir un état des lieux des différentes structures impliquées dans le circuit

de prise en charge des patients atteints de cancer au niveau de la région Tanger Tétouan Alhoceima (TTA) , notamment au niveau des centres de Référence de la SantéReproductive On a constaté lors de notre visite au centre de la villede Ksar Lakbir,

une structure accueillante, avec du personnel médical et paramédical très motivé et une organisation du travail exemplaire. Cependant, on a pu constaté certaines insuffisances dont souffre cet établissement ; parmi lesquelles l'absence d'un médecin radiologue pouvant interpréter les mammographies réalisées sur place, ce qui a généré une liste d'attente de plus d'une trentaine de patientes, toutes très démunies et n'ayant pas les moyens de réaliser leurs bilans dans des structures payantes. Devant ce constat, nous avons voulu proposer une solution ponctuelle pour éponger ce retard diagnostique chez ces patientes. Ainsi , et grâce au soutien de Monsieur le Directeur Régional de la Santé de la région TTA « Dr AFIFI IKRAM » et à l'implication de l'ensemble des partenaires, nous avons pu organiser une mini compagne de dépistage/diagnostic destinée aux patientes sur la liste d'attente au niveau du centre de Référence de

la Santé Reproductive à Ksar El Kebir.

Dans un esprit de volontariat, nous avons utilisé nos propres moyens de transport pour se rendre sur place Pr Charaibi avec l'équipe du Laboratoire,

> d'anatomie pathologie nous ont préparé les différentes fiches ainsi que les flacons pour mettre les biopsies réalisées sur place , Pr Benkirane a ramené suffisamment de Trucuts pour la réalisation des biopsies mammaires

> prévue et Monsieur

Bennouna (physicien médical) a assuré le transport et l'installation sur place de l'échographe du centre Régional d'Oncologie Tanger. Cette mini-compagne s'est déroulée le Samedi 18 Mai 2019, avec la participation de Dr Alami Dina (Spécialiste en radiologie au secteur libéral), Pr Benkirane Saad (Gynécologue au CHU de Tanger) et Pr El Hfid Mohamed (radiothérapeute oncologue au CHU de Tanger). Lors de cette compagne nous avons pu réaliser une vingtaine de consultation, 14 Mammographies, 18 Echographies Mammaires et 3 Microbiopsies au Trucut. Pour l'étude anatomo-pathologique des biopsies, elle a été réalisée par l'équipe du laboratoire d'anatomie pathologique du centre régional d'oncologie Tanger en collaboration avec le Laboratoire Pathonord.

A l'issue de cette compagne, nous avons pu rassurer 17 patientes qui avait en majorité des lésions bénignes, la patiente qui a été diagnostiquée positive avec un carcinome infiltrant du sein a été prise en charge au sein du Centre Régional d'Oncologie Tanger.



Débat

Quels challenges ont porté les chercheurs marocains pour caractériser le profil moléculaire du cancer du sein ?

K. Idrissi, J. Kharmoum, M. Chraïbi

Au Maroc, le cancer du sein est le cancer le plus répandu chez la femme. Il reste jusqu'à l'heure actuelle un problème de santé publique particulièrement pour la femme jeune. C'est une maladie complexe et hétérogène, associée à des facteurs de risque cliniques, biologiques et pathologiques largement variables d'une population à une autre. Depuis 2005, date de création de l'Association Lalla Salma de lutte contre le Cancer (ALSC), l'intérêt d'étudier le cancer du sein a clairement augmenté, et nombreuses études marocaines ont été menées sur le terrain pour le caractériser aux niveaux épidémiologiques, moléculaires et génétiques.

Selon le Registre des cancers du grand Casablanca (2012) et le Registre des cancers du Rabat (2012), les femmes diagnostiquées avec le cancer du sein sont âgées entre 18 et 80 ans, et l'âge moyen au diagnostic est respectivement de 49,5 et 50 ans. D'autre côté, des résultats préliminaires du registre des cancers dans la région de Fès (2012) ont montré que l'âge médian est de 45 ans. Globalement, l'âge moyen du diagnostic du cancer du sein au Maroc est plus bas que dans les pays occidentaux où l'âge moyen de l'apparition du cancer du sein est de 55 ans.

Dans d'autres études cliniques comparatives (marocaine, tunisienne et libanaise) les auteurs ont clairement démontré que les patientes sud-méditerranéennes avaient 10 ans de moins que les patientes françaises atteintes d'un cancer du sein (p <0,001), avec des paramètres plus agressifs comprenant une taille tumorale élevée, des grades histologiques avancés SBR II et III et une invasion positive des ganglions lymphatiques.

Le cancer du sein est une maladie hétérogène caractérisée par l'accumulation de multiples altérations moléculaires qui donnent à chaque tumeur un phénotype spécifique pour une sélection des patientes en vue d'un bon choix thérapeutique et d'une meilleure prise en charge. Cette signature moléculaire permet d'atteindre une thérapie personnalisée. Deux études ont été menées au CHU de Fès, ont conclu aux mêmes résultats (366 patientes (Bennis et al.) et 335

patientes (Abbass et al.)). Ils ont révélé que 55.5% des tumeurs sont RE positif, 64.5% sont RP positif et 27.5% sont Her2 positif. A l'issue de ces résultats et selon la nouvelle classification moléculaire OMS 2012, 54.3% des tumeurs sont du groupe luminal A, 16% sont luminal B, 11.3% sont Her2+, 11.3% sont basal-like et 7% sont non-classées. A Casablanca, Ahmadaye et al ont montré dans leur étude sur 1277 patients pris en charge au Centre Mohammed VI pour le traitement des Cancers, que le phénotype moléculaire le plus fréquent était le luminal A (41,4% des cas). Le luminal B, le HER2 et les triples négatifs étaient dans respectivement 10,4%, 6,3%, 11,2% des cas.

Le cancer du sein triple négatif (TNBC) est défini comme une tumeur qui n'exprime pas le récepteur des œstrogènes (ER), le récepteur de la progestérone (PR) et le récepteur au facteur de croissance épidermique humaine 2 (HER-2). Au Maroc, deux études menées au CHU de Fès (Akasbi et al.) et à l'INO Rabat (Rais et al.) ont examiné la prévalence du cancer du sein triple négatif. Ils ont conclu que ce profil représente 17.5% et 16,5% respectivement du total des cas de cancer du sein. Ces chiffres sont en accord avec les publications internationales puisque le cancer du sein triple négatif représente environ 10 à 17% de tous les cancers du sein.

En corrélant le type moléculaire des tumeurs avec le grade histologique, ces études ont montré que le luminal A est caractérisé par un bas grade (60,0% de grade I SBR), le luminal B par un grade moyen (14,3% de grade II SBR), le type HER2 positif et le triple négatif sont caractérisés par un grade histologique élevé, respectivement 8,5% et 17,9% de grade III SBR (Ahmadaye et al). Par ailleurs, il est à noter que l'envahissement ganglionnaire est plus élevé dans les deux

groupes moléculaires luminal B et Her2+ (73.9% et 66.7% respectivement); alors qu'il est relativement faible dans le basal-like et les non-classés (55.6% et 60% respectivement, p=0,59) (Abbass et al.). Concernant la diffusion métastatique à distance, il n'y a pas de différence significative entre les groupes moléculaires mis à part le groupe des non-classées où le taux de métastases est élevé (45.5%), alors que le groupe du luminal A donne moins de métastases (22.9%) (p=0,67) (Bennis et al.).

L'Her2 est un marqueur moléculaire clef dans la classification des types de cancer du sein. Le statut Her2 est étudié en immunohistochimie et doit être toujours confirmé par FISH pour des cas particuliers.

La majorité des cancers du sein sont sporadiques tandis que 5 à 10% sont dus à une prédisposition héréditaire. Des altérations constitutionnelles des gènes BRCA1 et BRCA2, de transmission autosomique dominante, sont responsables des formes familiales de cancer du sein et/ou de l'ovaire à début précoce. Pour la même mutation, le type de cancer et l'âge de survenue est variable suivant les familles mais aussi à l'intérieur d'une même famille, ce qui suggère l'implication d'autres facteurs génétiques et épigénétiques. Au Maroc, trois études se sont concentrées sur l'étude des mutations BRCA1 et BRCA2. La première étude a été menée au département de Génétique Médicale l'INH (Laarabi et al.). Elle s'est intéressée à l'étude de mutations BRCA1/2 chez 5 femmes en bonne santé appartenant à 3 familles présentant un risque élevé de cancer du sein. Comme résultat de cette étude, 3 femmes asymptomatiques étaient porteuses de mutations de BRCA1/2.

La deuxième étude réalisée par le laboratoire de génétique et pathologie moléculaire de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca (Tazzite et al.) est une cohorte marocaine avec 40 femmes diagnostiquées avec un cancer du sein présentant des antécédents de cancer du sein/ovaire dans la famille ou âgées de moins de 40 ans. Elle a montré que 25,64% des patientes portaient des mutations BRCA1/2. Cette prévalence reste plus élevée qu'en Tunisie et en Algérie avec respectivement 19,4% et 11,4%des patientes atteintes d'un cancer du sein portant des mutations BRCA1/2 (Troudi et al.: Cherbal et al.). La dernière étude a été menée par le Laboratoire de Recherche et de Biosécurité P3, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V de Rabat, (Laraqui et al.). Sur 121 femmes marocaines diagnostiquées d'un cancer du sein, seul le statut BRCA1 a été étudié. Les mutations BRAC1 ont été retrouvées dans 36.1% des cas familiaux et 1% (1/102) des cas sporadiques précoces. Globalement, 14 mutations ponctuelles BRCA1/2 ont été signalés; 9 dans BRCA1 et 5 dans BRCA2. La recherche sur le cancer du sein a beaucoup évolué au Maroc ces dernières années. Afin de mieux comprendre le profil biologique des cancers du sein, la signature moléculaire des patientes marocaines, il faut multiplier les efforts de coordination et de structuration des organismes impliqués dans la recherche en cancérologie, avec une mutualisation des moyens. Les différents intervenants dans la prise en charge du cancer du sein peuvent parvenir à un diagnostic rapide avec des tests diagnostiques ciblés et une

réduction des coûts des soins de santé.

Sources:

Registre des Cancers de Rabat 2006-2008. Edition Juin 2012.

Registre des Cancers de la Region du grand Casablanca 2005- 2006-2007. Edition 2012 Registre hospitalier des cancers résultats préliminaires du service d'anatomie pathologique chu Hassan II Fès (A propos de 5532 cas). 2012

Bennis S, Abbass F, Akasbi Y, et al (2012) Prevalence of molecular subtypes and prognosis of invasive breast cancer in north-east of Morocco: retrospective study. BMC Res Notes, 5, 436.

Abbass F, Bennis S, Znati K, et al (2011). Epidemiological and biologic profle of breast cancer in Fez-Boulemane, Morocco. East Mediterr Health J. 17, 12 Ahmadaye Ibrahim Khalil, Karima Bendahhou, Houriya Mestaghanmi, Rachid Saile, Abdellatif Benider. Cancer du sein au Maroc : profil phénotypique des tumeurs. Pan African Medical Journal. 2016; 25:74 doi:10.11604/pamj.2016.25.74.9966 Akasbi Y, Bennis S, Abbass F, et al (2011). Clinicopathological, therapeutic and prognostic features of the triple -negative tumors in moroccan breast cancer patients (experience of Hassan II university hospital in Fez), BMC Res Notes, 4, 500. Meriem Slaoui, Rachid Razine, Azeddine Ibrahimi, Mohammed Attaleb, Mohammed El Mzibri, Mariam Amrani, Breast Cancer in

Morocco: A Literature Review. Asian Pac J Cancer Prev, 15 (3), 1067-1074 Rais G, Raissouni S, Aitelhaj M, et al (2012). Triple negativen breast cancer in Moroccan women: clinicopathological and therapeutic study at the National Institute of Oncology. BMC Women's Health, 12, 35.

BMC Women's Health, 12, 35.
Cherbal F, Bakoura R, Adaneb S, et al (2010).
BRCA1 and BRCA2 germline mutations
screening in Algerian breast/ ovarian cancer
families, Dis Markers, 28, 377-84
Laarabi FZ, Jaouad IC, Ouldim K, et al (2011).
Genetic testing and first presymptomatic
diagnosis in Moroccan families at high risk
for breast/ovarian cancer. Oncol Lett, 2,

389-93.



Initiatives estudiantines



Ouedhiri .A. Kannoun .S. Olali .N. El Harroun .L. Maimouni .M. El'Mrabet .FZ.

-Introduction:

C'est le premier cancer chez la femme, c'est un problème majeur de santé dans le monde. La diminution de la mortalité passe par un diagnostic précoce : le dépistage. Le diagnostic de la tumeur repose sur le trépied : Clinique, Imagerie, Histologie La prise en charge est multidisciplinaire Progrès majeurs en matière de prise charge .

- Epidémiologie
Epidémiologie descriptive
Premier cancer dans le monde
chez la femme Premier cancer
au Maroc chez la femme (36
%) 2,1 millions le nombre de
diagnostics du cancer du sein
dans le monde en 2018. (11,6
%)

Cinquième rang des causes de décès (6,6 % du total) Epidémiologie analytique.

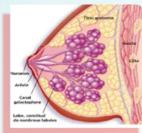
Facteurs génétiques Age

Facteurs de risque hormonaux endogènes (Age précoce des premières menstruations, la ménopause tardive)
Facteurs de risque hormonaux exogènes (Traitement hormonal substitutif de la ménopause)
Les facteurs
hygiéno-diététiques
(Alimentation riche en gras, Alcool, Tabac, sédentarité, le stresse)

Les facteurs environnementaux (Radiations ionisantes et Agents chimiques)

Anatomie

Le sein est une glande d'origine ectodermique formée d'unités ductulo-lobulaires (constituées à la fois de canaux et de lobules) au sein d'un stroma adipeux.



Cancérogenèse

Le cancer du sein nait des cellules de l'appareil sécrétoire du sein. Dans une première étape : l'évolution est intra-épithéliale, sans franchissement de la membrane basale : Carcinome in situ

Le risque est l'évolution vers un cancer invasif après franchissement de la membrane basale

La diffusion des cellules néoplasiques devient alors possible par voie vasculaire et/ou lymphatique à l'ensemble de l'organisme

Les types histologiques Les adénocarcinomes : 98 % des

cancers du sein

Carcinomes in situ:

Deux types:

Carcinomes canalaires in situ =
Carcinomes intra-canalaires
Carcinomes lobulaires in situ =
Carcinomes intra-lobulaires
Carcinomes infiltrants:

Plusieurs types:

-Carcinome infiltrant de type non spécifique : le plus fréquent75%.

-Carcinome lobulaire infiltrant dans 15 % des cas. autres formes rares dans 10 % des cas

Les signes cliniques Interrogatoire :

Rechercher:

- Antécédents personnels et familiaux
- Facteurs de risque
- Mode d'installation
- ~L'évolution

Recherche; le motif de consultation (Tumeur, Douleur, Modifications cutanées, Ecoulement mamelonnaire, Adénopathies axillaires, Gros bras)

Recherche de signes mammaires à l'examen clinique :

L'examen physique du sein comporte;

Une inspection en position assise (les bras ballants puis relevés) puis en décubitus dorsal, à la recherche de lésions telles que: Caractère inflammatoire



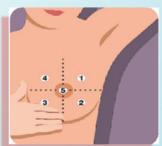
Aspect en peau d'orange



Rétraction du mamelon



Puis la palpation
En cas de détection d'une telle
lésion, il faudra préciser sa
position dans le sein (quadrant
atteint) sa taille, sa consistance, sa
mobilité par rapport au plan
superficiel et aux plans profonds
musculaires, ses limites, sa focalité,
les signes inflammatoires,



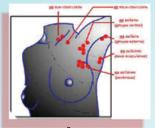
sa sensibilité.

Recherche d'adénopathies et de signes évoquant des métastases à distance:

Un examen clinique régional recherche des adénopathies axillaires homolatérales et sous et sus-claviculaires.

Initiatives estudiantines

Un examen clinique général recherche des signes cliniques de métastases très rarement présentes d'emblée



Imagerie

Mammographie et échographie mammaire

La mammographie bilatérale associée à l'échographie mammaire bilatérale et des aires ganglionnaires sont réalisées systématiquement devant toute suspicion clinique ou radiologique de tumeur mammaire Deux incidences au minimum. Mammographie = Examen clé Indiqué en première intention Sauf contre-indications Les images suspectes peuvent être notamment des opacités spiculées, irrégulières ou des amas de micro calcifications irrégulières Echographie mammaire: -En complément à la

- mammographie Signes échographiques de malignité
- Image hypo–échogène hétérogène
- -Contours irréguliers
- Atténuation des faisceaux en postérieur
- -Grand axe parallèle à la peau

IRM mammaire

L'IRM mammaire n'est pas réalisée systématiquement et est réservée à des situations bien spécifiques, notamment, âge < 40 ans, mutation BRCA avérée ou au ler degré, haut risque familial (score Eisinger), traitement néo-adjuvant programmé: recommandé Suspicion de cancers multiples en imagerie standard, et si une

chirurgie conservatrice est envisagée; Discordance de l'évaluation tumorale (> 10 mm) entre clinique et imagerie ou entre mammographie et écho et impactant sur l'acte chirurgical; Chirurgie avec oncoplastie programmée; Cancer lobulaire infiltrant.

Anatomo-pathologie Devant toute anomalie clinique et/ou radiologique, un prélèvement pour diagnostic histologique simpose. Les prélèvements se font sous forme de biopsies percutanées mammaires (microbiopsie pour des masses ou opacités suspectes, macrobiopsie pour des fouers de microcalcifications) guidées par la clinique ou par échographie ou par mammographie. Les éléments obtenus par l'examen anatomo-pathologique: Nombre de lésions tumorales Taille, Type histologique, Grade de Elston et Ellis (Scarff-Bloom et Richardson modifie), Pourcentage de l'expression des récepteurs hormonaux (œstrogène et progestérone), Statut HER2, Ki67, Nombre de ganglions axillaires envahis, Emboles vasculaires, Exérèse macroscopiquement complète (RO) ou marges d'exérèse envahies (R1), Si chimiothérapie néo-adjuvante : effet du traitement (% cellules tumorales vivantes / mortes).

Tumeur de plus de0,1 cm et de moins de 0,5 cm dans son plus grand diamètre. Cette tumeur n'est pas palpable et

mammographie

découverte seulement par

Classification TNM

Cancer du sein Tla

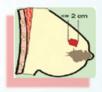
Cancer du sein TIb
Tumeur de plus de 0,5 cm et de
moins de 1 cm dans son plus
grand diamètre.
Catta tumeur n'est per pelos bla

Cette tumeur n'est pas palpable et découverte seulement à la mammographie



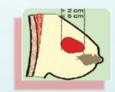
Cancer du sein TIc Tumeur de plus de 1 cm et de moins de 2 cm dans son plus grand diamètre.

Cette tumeur est assez souvent palpable et /ou découverte par la mammographie



Cancer du sein T2
Tumeur de plus de 2 cm et de moins de 5 cm dans son plus grand diamètre.

Cette tumeur est souvent palpable.



Cancer du sein T3
Tumeur de plus de 5 cm dans
son plus grand diamètre.
Cette tumeur est toujours
palpable



Cancer du sein T4a Tumeur de toute taille avec extension à la paroi thoracique.



Cancer du sein T4b Tumeur de toute taille avec extension à la peau.



Cancer du seinT4c = T4a+T4b



Cancer du sein T4d
=tumeurs inflammatoires



Nx: aucune information sur les adénopathies NO: Pas d'adénopathies régionales N1: Adénopathies homolatérales mobiles N2: N2a: Adénopathies homolatérales fixées; N2b: Adénopathies mammaires internes homolatérales sans adénopathies axillaires N3: N3a: Adénopathies sous claviculaires +adénopathies axillaires homolatérales N3b: Adénopathies mammaires internes et adénopathies axillaires homolatérales N3c: Adénopathies sus claviculaires homolatérales Mx: détermination impossible

de l'extension métastatique M0: Pas de métastases à distance M1: métastases à distance y compris les adénopathies sus

claviculaires.



Bilan d'extension

Bilan local:

Le bilan local d'un cancer du sein comporte:

Un examen clinique loco- régional
Une mammographie bilatérale
Une échographie mammaire bilatérale
Une échographie axillaire
Une IRM mammaire bilatérale peut être
proposée

Bilan à distance:

Un bilan d'extension à distance est recommandé:

Dans les cas suivants: Avant toute mastectomie pour un cancer infiltrant (à discuter si demande de la patiente hors indication formelle)

Cancer du sein infiltrant:

cT3 ou pT3, T4 guelgue soit le N

Tout N+ macroscopique

Triple négatif /HER2+ et > cT2 ou pT2

(accord d'experts)

Ce bilan comporte:

Scanner thoraco-abdomino pelvien +

Scintigraphie osseuse

Option: la TEP TDM au 18FDG

Bilan pré-thérapeutique

Comportant:

Bilan Général:

Index OMS; poids; taille; IMC

Biologique:

NFS-Plaquettes

Bilan hépatique: transaminases; PAL;

GGT; bilirubine

Ionogramme complet avec fonction

rénale (urée et créatinine)

Glycémie à jeun

B-HCG: si doute de grossesse,

ECG-EchocardiographieDes autres examens et prélèvements spécifiques selon les comorbidités de la patiente

Si Chimiothérapie:

Pose d'une chambre implantable : si

chimiothérapie indiquée

Antigène tumoral CA 15-3 (cancer

Antigen): n'est plus recommandé

Aucun intérêt diagnostique et dans le dépistage (manque de sensibilité et de spécificité)

Intérêt dans le suivi post-traitement : dosage avant le traitement

Son augmentation est corrélée au stade évolutif de la maladie.

Pronostic

Suivre globale: 50 % à 5 ans Facteurs pronostiques

Facteurs de risque récidive

Age:

-Age jeune : mauvais pronostic

-Femme ménopausée : bon pronostic

Limites d'exérèse chirurgicale: Limites d'exérèse chirurgicale non saines ou marges

insuffisantes

Reprise chirurgicale indispensable (radiothérapie non suffisante)

Statut ganglionnaire: Le nombre de ganglions positif est un facteur de mauvais pronostic si plus de 3 ganglions

Facteurs de risque métastatique:

Taille

-Moins de risques de métastases si tumeurs <

2cm àpronostic plus favorable

-Risque métastatique si taille de la tumeur infiltrante > 2 cm

Grade histo-pronostique: Classification de Scarff, Bloom et Richardson (SBR): comprend trois grades I II III, obtenu par l'addition de trois critères; architecture, atypies cytonucléaireset

Grade I: bon pronostic.

nombre de mitoses.

Grade III: mauvais pronostic

Emboles vasculaires péri-tumoraux est un

facteur de mauvais pronostic

Récepteurs hormonaux Récepteur aux cestrogènes (RE)

Récepteurs aux progestérones (RP):

Facteurs de bon pronostic et bonne réponse aux

traitements hormonaux

HER2: Récepteurs membranaire des facteurs de croissance tumoraux 15-20% des tumeurs malignes du

sein expriment l'HER2.

Facteur de mauvais pronostic : métastase pulmonaire, hépatique et cérébrale

Classification moléculaire:

RH+: 80 % des cas:

Luminal A

Grade I - II, RE + , RP + ; HER2 -;

prolifération basse(ki67 bas)

Bon pronostic

Luminal B:

 $Grade\ II-III;RE+,RP+;HER2-;$

prolifération élevée (ki67 élevé)

Pronostic intermédiaire

RH-: 20 % des cas.

Basal like: Triple négatif (RE ~; RP ~, HRE~);

Souvent grade III

Surtout patientes gui ont une mutation

BRCA1

Pronostic péjoratif

HER 2 positif:

(RE ~, RP ~,

HER2+)

Mauvais pronostic

Formes rares de tumeur triple négative de bon pronostic : Carcinome adénosquameux de bas grade

Carcinome adénoïde kystique

Carcinome sécrétant juvénile

Carcinome médullaire

Traitement

La prise en charge du cancer du sein est multidisciplinaire (l'intérêt de la RCP de sénologie)

Type de description : cancer du sein localisé

Buts:

- ~ Exérèse de la tumeur.
- ~ Eviter les récidives.
- Améliorer la qualité de vie.
- Augmenter la survie des patientes.

Moyens et indications:

Le traitement locorégional:

La Chirurgie du sein :





Le seul traitement curatif qui consiste à enlever la tumeur et ses extensions

Doit se faire en marges saines

Chirurgie radicale (mastectomie) ou conservatrice (tumorectomie par ex)Curage ganglionnaire axillaire ou ganglion sentinelle

La radiothérapie externe:

L'objectif de la radiothérapie c'est de réduire le taux de rechute locorégionale et d'augmenter la survie.

La radiothérapie sur le sein ou la paroi thoracique et les aires ganglionnaires

Le traitement systémique:

La chimiothérapie:

Agit sur la maladie micro métastatique après la chirurgie. L'instauration de la chimiothérapie adjuvante doit se faire le plus rapidement possible, notamment en cas de triple négatif ou HER2+ surexprimé (délai de 3 semaines post opératoire).

Les indications de la chimiothérapie adjuvante sont discutées en RCP en tenant compte des caractéristiques tumorales, ganglionnaires, immunohistochimiques et génomiques.

Traitement par poly chimiothérapie comportant une anthracycline et/ou un taxane (docétaxel ou paclitaxel) selon un schéma séquentiel ou concomitant.

Les thérapies ciblées: les anti HER 2:

Le traitement de référence des tumeurs sur exprimant HER2 En concomitance avec les Taxanes

Une durée de 1 an

L'hormonothérapie:

L'hormonothérapie est prescrite si les récepteurs

hormonaux (RE, RP) sont exprimés

L'hormonothérapie est prescrite : indépendamment du statut HER2 peut être prise conjointement avec le Trastuzumab après la fin de la radiothérapie en général (il est possible de démarrer les IA d'emblée).

Les traitements utilisés seront différents selon le statut hormonal de la spatiente: ménopausée/non ménopausée. le statut hormonal de la patiente à considérer est celui au diagnostic

Surveillance:

Elle est clinique:

Tous les 3 mois la première année

Puis tous les 6 mois 1 fois par an à partir de 5 ans

Elle est radiologique:

Mammographie +/~ Echographie mammaire

Une fois par an et sont pratiquées chaque année à vie

Aucun autre examen systématique n'est pratiqué chez une

patiente asymptomatique

Document sur le cancer du sein préparé et présenté par un groupe d'externes de 4ème année de médecine à la FMPT au cours de leur passage au service d'oncologie médicale.

> Encadré par Pr EL MRABET Fatima-Zahra



KONNOUN Salima



OUEDHIRI Aya



OLALI Nouhayla



EL HARROUN Loubna



MAIMOUNI Mariam



El M'RABET Fatima-Zahra



La formation continue des infirmiersUn engagement constant

La formation continue (FC) occupe une place importante autant pour les axes stratégiques du centre hospitalier universitaire de Tanger Tetouan Al Hoceima (TTA) que pour les orientations du canceropôle du nord et ce, dans une perspective d'amélioration continue de la qualité. La formation continue permet non seulement la mise à jour des connaissances et le maintien des compétences, mais elle est aussi intimement liée à l'évolution de la pratique infirmière, au développement de la profession, et à l'amélioration de la qualité des soins. Le développement scientifique et technologique, permet l'émergence de nouveaux rôles infirmiers.

Conscient de cet engagement et dans le but d'inciter les infirmiers à se motiver plus activement et de façon constante dans une démarche de formation continue le CHUTTA organise une journée de formation dédiée aux infirmiers de l'oncologie sous le thème les bonnes pratiques de soins infirmiers en cancérologie Le programme de cette journée est un ensemble de plateforme d'apprentissage, il s'étale sur 2 jours et regroupe des communications scientifiques sur les généralités du cancer, des rappels sur les bases des traitements oncologiques, et des ateliers pratiques émanent de préoccupations ou de besoins plus ponctuels dans l'exercice de la profession notemment

pour une meilleure prise en charge des patients.

En parallèle de la journée, un guide de l'infirmier en oncologie viendra appuyer la stratégie de formation post diplôme du CHUTTA

Ce guide regroupe une partie sur les généralités sur le cancer et les bases fondamentales des traitements oncologiques, une deuxième partie concerne des conduites de bonne pratique et une dernière partie sur les compétences requises de l'infirmier.

Siham Moutassaddig

Le Centre Hospitalier Universitaire Tanger-Tétouan-Al Hoceima, organise la première journée de l'infirmier en Oncologie de la Région du Nord.

Sous le thème:

La formation continue un engagement permanent 3 et 4 Avril 2020 à la faculté de médecine et de pharmacie de Tanger

Délivrance

La conscience de soi Ne peut s'établir en soi

Que si on décide le changement Rien n'est inné, même le comportement N'est finalement que l'aboutissement

D'un vécu, hélas lourd à assumer Le jour où on surpasse les préjugés Quand on arrive à vivre en paix

On est en réconciliation interne Nul ne pourra comprendre nos peines Ni même imaginer les scènes Qu'on a pu vivre un jour

Heureusement, que dieu nous a doué de capacités

Certes, enfouies mais faciles à utiliser

Si on fait appel à notre imagination Si on ne limite pas notre cercle de perception

Nos réactions dépendent intiment de notre conditionnement

La confrontation aux obstacles imminents

La succession des problèmes ardents Réveillent en nous des étincelles de réflexion

De remise en question

Si on creuse au plus profond de notre âme

Si on s'écarte des blâmes Notre vision s'éclaircit Notre caractère s'adoucit

La voie vers la sagesse

Nécessite de grandes prouesses

Au fil des ans, on nous a inculqués

Que les gens ne peuvent changer Notre adage marocain

Résume que le caractère humain Reste statique

Toutefois, la vie nous prouve que tout

est dynamique Il suffit de prendre conscience de soi Et ne pas se limiter à critiquer qui que

ce soit A nous de créer la vie qu'on veut

A nous de décoller comme on veut

Libérée des fardeaux du passé Tel un oiseau sillonnant le ciel Libre d'exprimer ses pensées Surpasser toute culpabilité

Cet inconscient qui nous emprisonne N'est qu'une clef pour déverrouiller des

Qui pendant des années, Nous empoisonne sans issue

La vie n'est qu'une illusion Nécessitant une véritable vision

Nos projets ne peuvent se réaliser Que si on dispose d'une stratégie bien ficelée

Arrêtons de trop parler Laissons place aux faits

Un avion n'est conduit que par un pilote Qui pour la moindre situation a déjà un antidote

La vie est organisée par une prière Qui ne peut se faire qu'à des moments précis

Le message divin est clair Devrait être notre véritable repère

Le temps présent nous appartient Apprenons à le gérer pour notre bien Le plus fort marin Est celui qui ne craint rien Au fil des ans, est fier de son courage Face à un océan fou de rage

Les métaphores sont innombrables Apprenons à marcher sur les sables Même si nos empruntes s'enfoncent Au fin fond, sans défense Laissons place à la création Pour qu'elle soit au centre de nos intentions

Celui qui arrive au sommet Sans grimper les échelles Ne peut se contenter Que de petites étincelles

Pourquoi le jour du jugement Serons-nous seuls face à nos actions Ce n'est que le témoignage insolite Que la vie nous impose de vivre en satellite

En connexion avec nous-mêmes Sans s'attarder sur les dilemmes

Rien ne mérite notre acharnement Exclusivement, la bénédiction de dieu Pour accompagner au paradis, les saints et pourquoi pas notre prophète On n'a que la place qu'on mérite A nous de choisir notre mérite

Le moment où on se libère des serres On pourra traverser les mers Résister aux tonnerres Affronter les guerres Et ne se contenter guère des faits éphémères

> Chraïbi Mariame Vendredi 8/03 /2019

Centre Hospitalier Universitaire Tanger Tétouan Al Hoceima

> Téléphone: 0539392465 Télécopie: 0539392464

Equipe Magazine du Cancéropôle du Nord

Directeur de publication Mhamed Harif

> Rédacteur en chef Mohamed El Hfid

Comité de rédaction Fatima-Zahra El-Mrabet Adil Najdi Nadya Mezzoug Nabila Sellal

Mariame Chraïbi Karima Idrissi Siham Moutassaddiq

Conception Motie El mamoun