

CHU de Liège

Journée Découverte Entreprises du 3 octobre 2004

Service de Radiothérapie – Oncologie

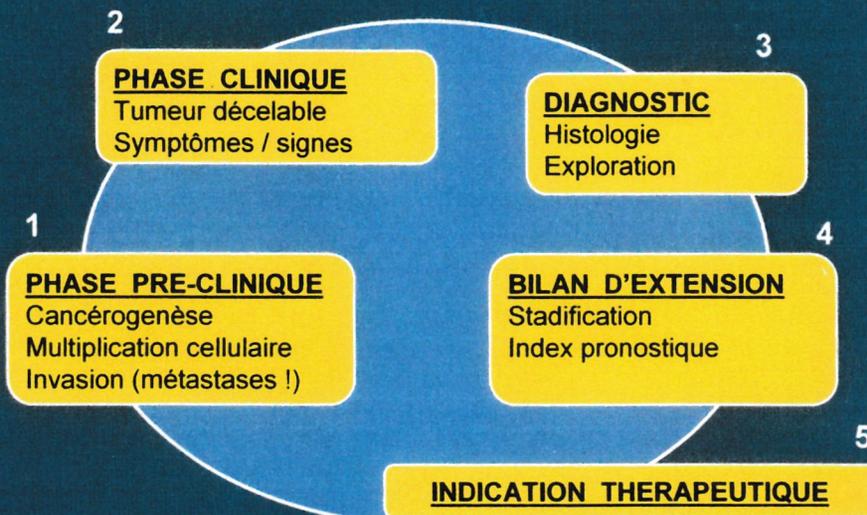
Premier centre du pays par le nombre de patients traités annuellement, le Service dispose d'un plateau technique polyvalent, à la pointe du progrès, destiné au traitement des différents types de cancers par les radiations ionisantes.

Les visiteurs pourront suivre concrètement les différentes étapes de la prise en charge d'un patient depuis son accueil jusqu'à son traitement aux appareils. Ils pourront s'entretenir avec les médecins radiothérapeutes, les radiophysiciens, les infirmiers ainsi que les membres du personnel administratif.

Une démonstration multimédia illustrera la modalité particulière de traitement que représente la curiethérapie.

PLACE DE LA
RADIOTHERAPIE
DANS UNE STRATEGIE
MULTIDISCIPLINAIRE
DE TRAITEMENT DU CANCER

De la cancérogénèse à l'indication thérapeutique



concertation multidisciplinaire

INDICATION THERAPEUTIQUE

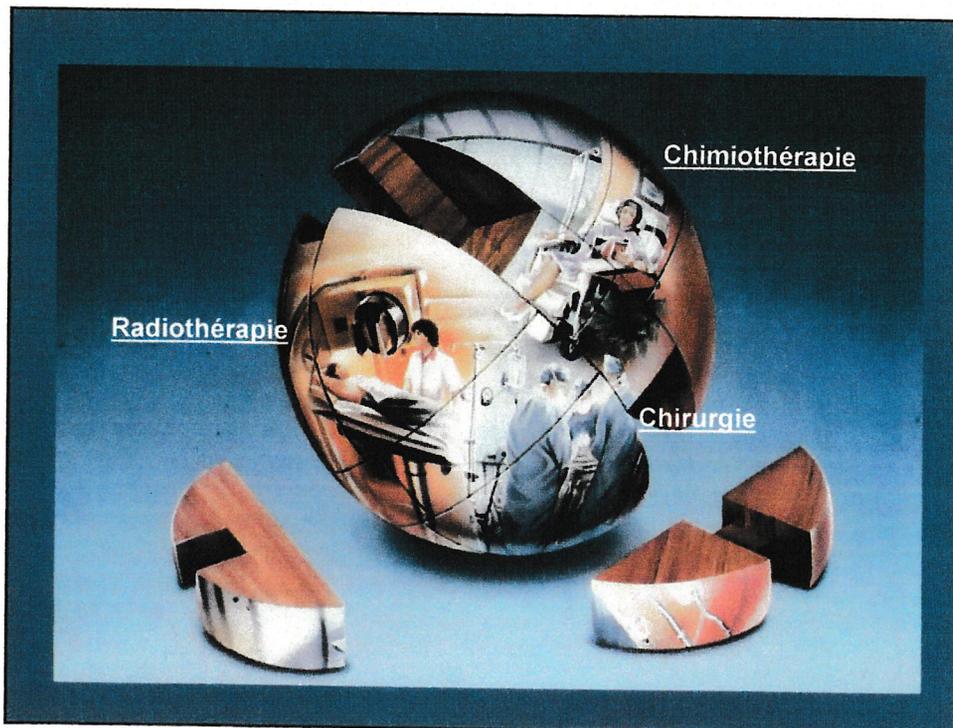
spécialiste d'organe + chirurgien
radiothérapeute + oncologue médical
médecin traitant < > patient

- INTENTION CURATIVE

contrôle maladie +++
séquelles - - -
protocole général

- INTENTION PALLIATIVE

contrôle maladie +/- à --
qualité de la survie +++
individualisation traitement



Radiothérapie

DEFINITION

utilisation des radiations ionisantes à des fins thérapeutiques

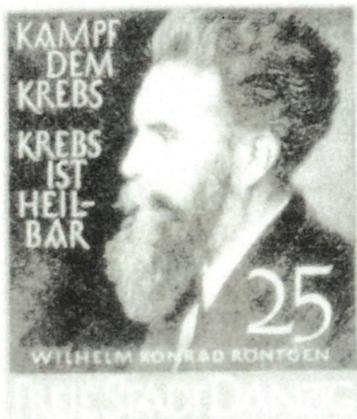
EFFET

sur cellules en multiplication rapide :

- tumeur maligne stérilisée
- tissus sains endommagés

- ▶ balistique optimisée : épargne zones critiques
- ▶ récupération ≠ cellules saines et cancéreuses

RADIOTHERAPIE DU CANCER



1895 : RAYONS X:
Wilhelm Röntgen



1898 : RADIUM : Pierre et Marie Curie

1ère photo d'un spinocellulaire de la joue traité par Rayons X



Epithélioma épidermoïde: résultat à 2 ans
(service de radiothérapie CHU de Liège)



IMPORTANCE DE LA RADIOTHERAPIE

CANCERS LOCO-REGIONAUX

2/3 des guérisons

- soit à titre exclusif
- soit en association à chirurgie / chimiothérapie

CANCERS EN DISSEMINATION & RECIDIVES

effet bénéfique dans 1 cas sur 2

▶ ▶ ▶ 3 patients cancéreux sur 4 irradiés

MODALITES

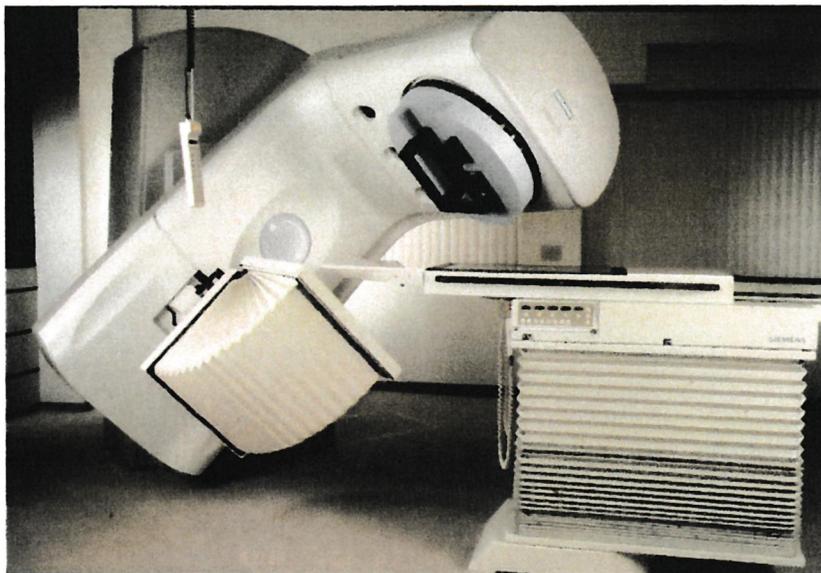
- **RADIOTHERAPIE EXTERNE**

- radiations ionisantes - émises à distance
- traversent peau et tissus sains

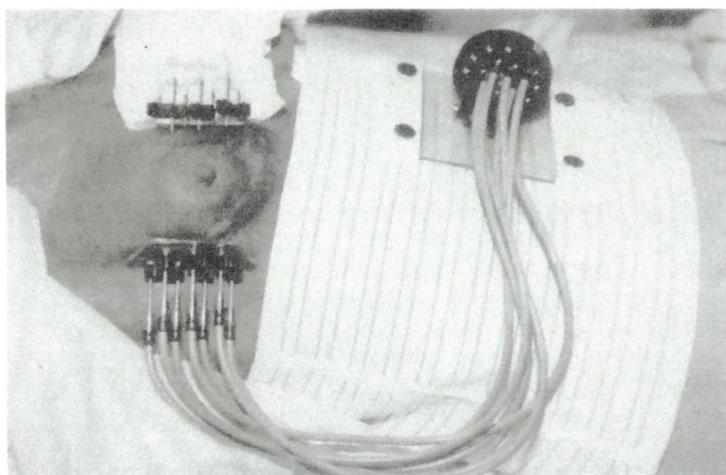
- **CURIETHERAPIE**

- sources radioactives - à proximité de la tumeur
- dans la tumeur
- par voie générale

Accélérateur linéaire Primus® (Siemens)



Curiethérapie pour cancer du sein



IRRADIATION A BUT CURATIF

- Exclusive
- Post-opératoire
- Pré-opératoire
- Per-opératoire
- Associée à chimio
- Avant greffe moëlle

IRRADIATION A BUT PALLIATIF

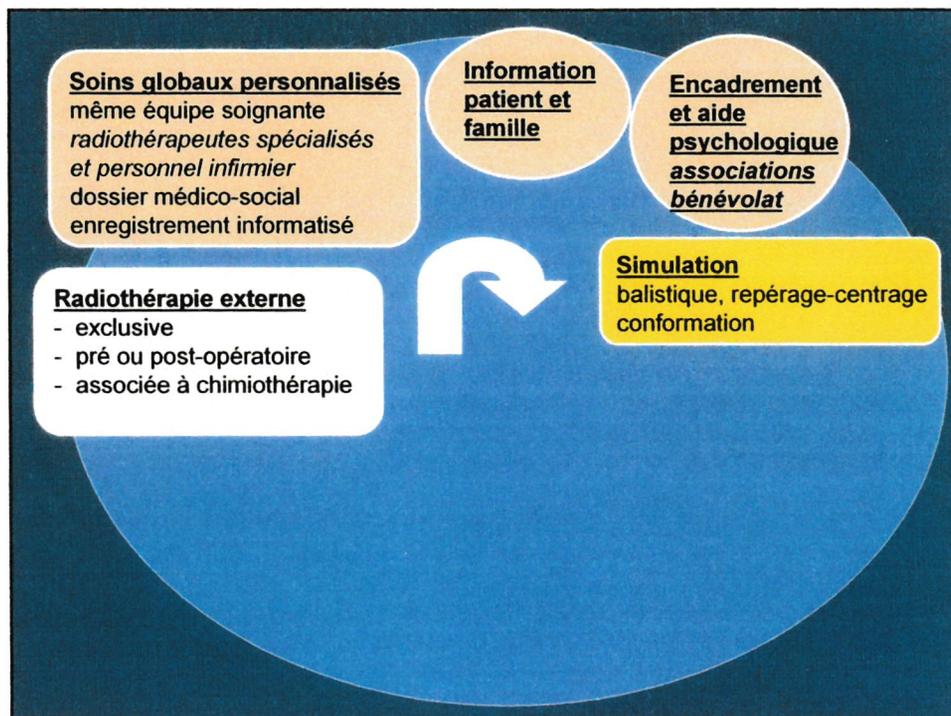
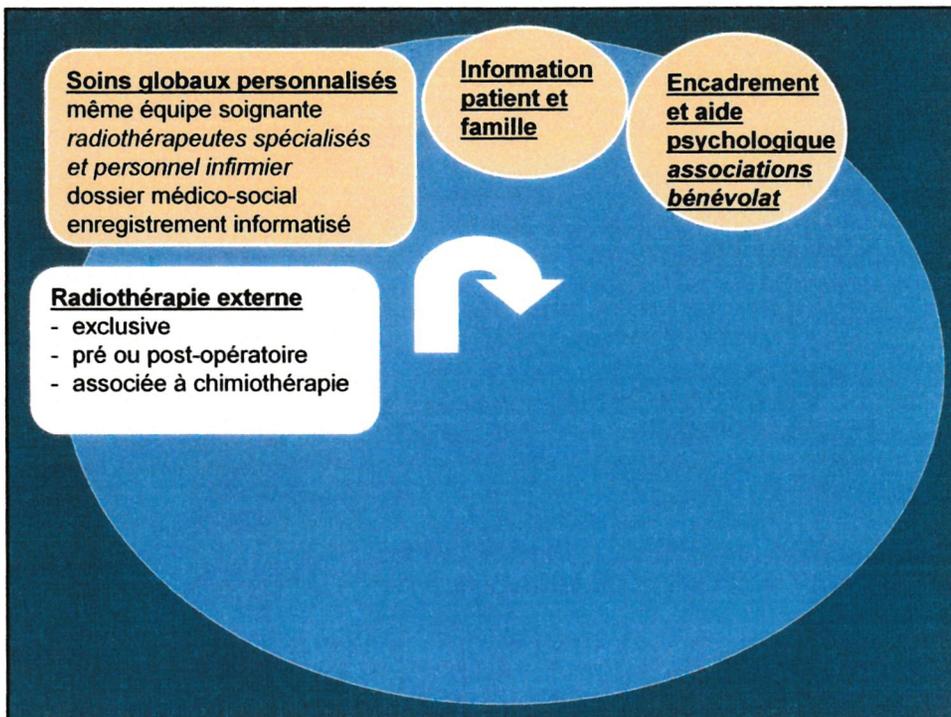
- Si incurabilité
- Buts :
 - action sur évolution clinique +
 - maintien qualité de vie ++
 - soulagement symptomatique +++
 - geste de propreté +

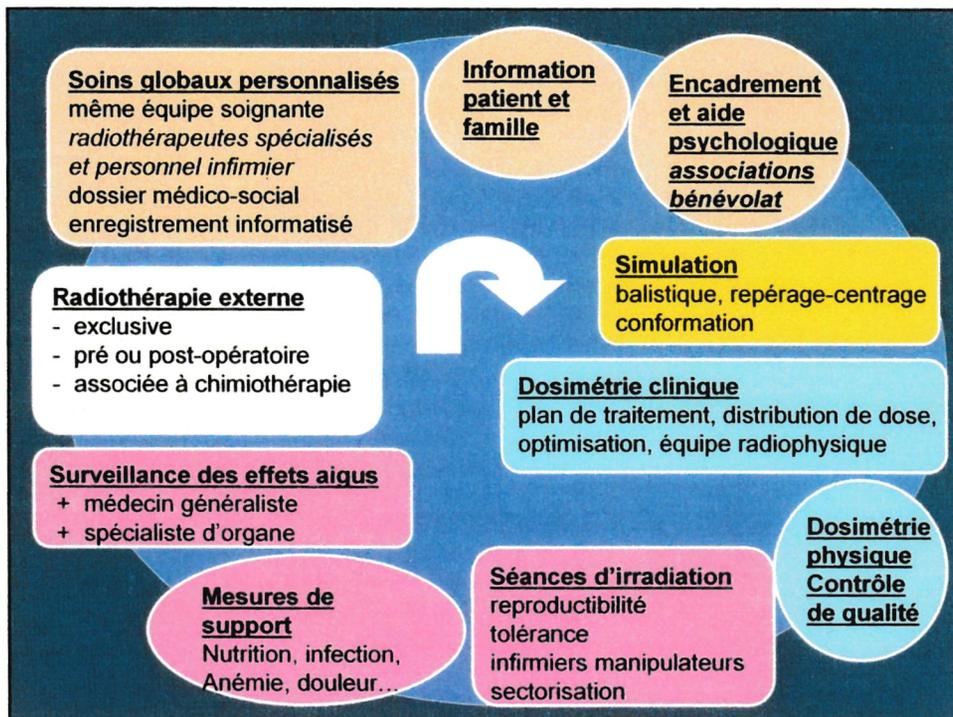
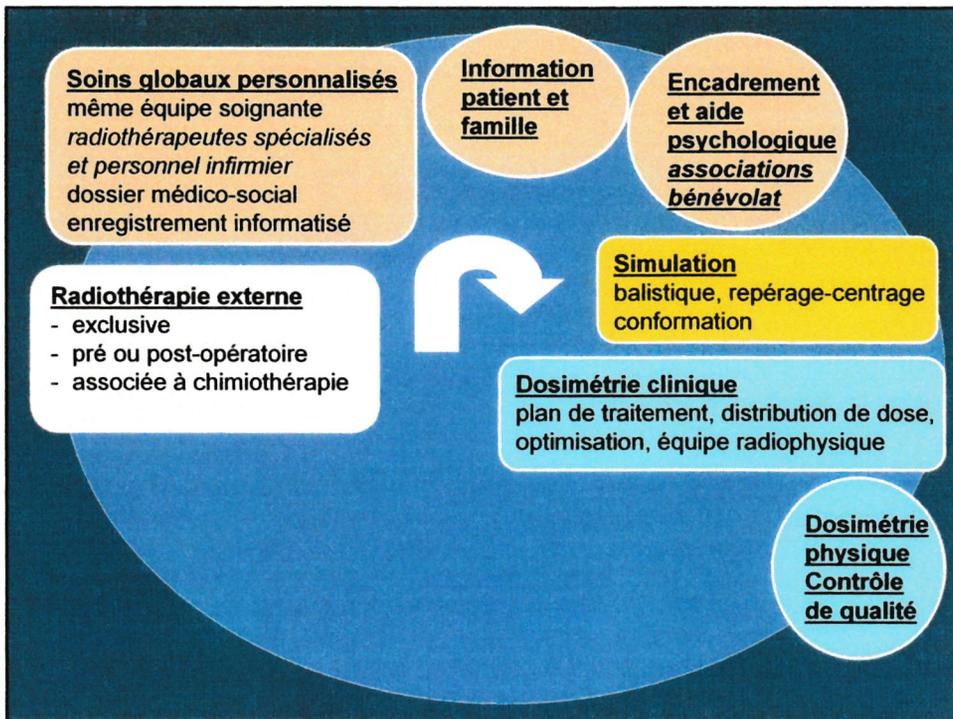
Etapes de la prise en charge d'un patient en Radiothérapie externe

Radiothérapie externe

- exclusive
- pré ou post-opératoire
- associée à chimiothérapie







L'après - traitement

SURVEILLANCE PERIODIQUE

soins continus (OMS)

résultat thérapeutique
complications tardives
qualité de vie

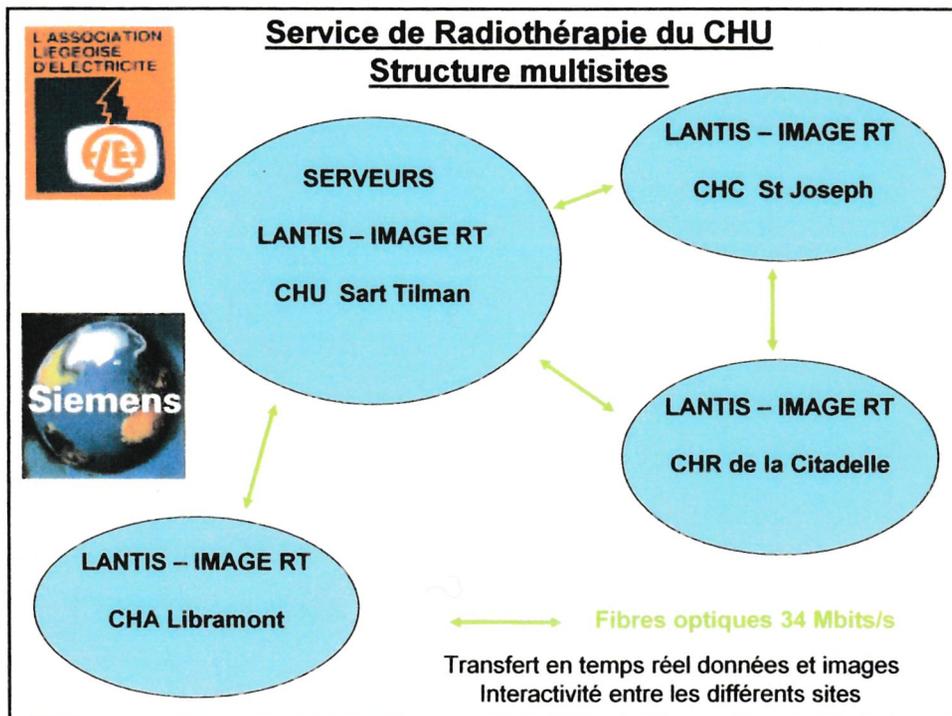
consultations interdisciplinaires
médecin généraliste

GUERISON

revalidation, réadaptation
réinsertion familiale,
professionnelle, sociale

SOINS PALLIATIFS

hôpital général
unité spécialisée
domicile



Tabagisme et cancer du poumon

La consommation de tabac est à l'origine de nombreux problèmes de santé. Elle est, notamment, reconnue comme étant la cause de maladies cardio-vasculaires et respiratoires.

En Belgique, le tabagisme tue environ 18.500 personnes chaque année dont 8.400 par cancer. Il est la cause directe de 95% des cancers du poumon. Le taux de décès par cancer du poumon atteint 117 habitants par 100.000 par an. Ce taux est plus élevé chez l'homme mais il augmente progressivement chez la femme depuis quelques années.

A l'heure actuelle, toutes les tentatives de dépistage du cancer du poumon n'ont pas permis de démontrer un bénéfice en terme de guérison et/ou de survie.

Mieux vaut donc PREVENIR le tabagisme que dépister les cancers du poumon. Il est essentiel que les jeunes, et les moins jeunes, évitent de prendre des habitudes tabagiques. La dépendance à la nicotine est en effet unanimement reconnue et rend toute tentative de sevrage tabagique très difficile, voire illusoire.

Au cours des 20 dernières années, de nombreux progrès ont été réalisés dans la prise en charge des patients souffrant de cancer du poumon, notamment pour le diagnostic et pour le traitement.

En ce qui concerne le diagnostic, les techniques d'imagerie médicale (Radiographie, CT Scanner, Pet scan, RMN) permettent de déterminer avec précision l'extension d'une tumeur pulmonaire tant au niveau du thorax qu'à distance dans le corps.

Les informations obtenues au moyen de ces techniques permettent de proposer à chaque patient le traitement le plus adapté à son cas. Le meilleur traitement est choisi lors de discussions multidisciplinaires auxquelles participent pneumologues, chirurgiens, radiologues, radiothérapeutes, oncologues médicaux ainsi que le médecin généraliste.

Trois grands types de traitement sont utilisés pour traiter les patients souffrant d'un cancer broncho-pulmonaire : chimiothérapie, chirurgie et radiothérapie. Ces traitements sont le plus souvent utilisés en association.

En ce qui concerne la radiothérapie, les progrès tant en imagerie qu'au niveau des techniques permettent d'irradier les tumeurs à des doses élevées tout en protégeant au maximum les tissus sains avoisinants.

Il n'en reste pas moins que le cancer du poumon reste fréquemment mortel. Il est donc indispensable d'insister à nouveau sur la nécessité de prévenir le tabagisme dès le plus jeune âge.

Place de la radiothérapie dans le traitement du cancer de la prostate

Aux Etats-Unis, le cancer de la prostate est devenu le cancer masculin le plus fréquent hormis les tumeurs cutanées.

En Europe, suite à la diminution du tabagisme, une même tendance se profile. L'âge moyen du diagnostic est de 68 ans tandis que l'espérance de vie de l'homme ne cesse d'augmenter pour se situer actuellement à 75 ans. Ces données accroissent donc constamment la probabilité d'être confronté à l'évolution clinique de la maladie et ses corollaires : la diminution de la qualité de vie et la mortalité.

Ainsi 15 à 20% des patients porteurs de cancer prostatique finissent par en mourir.

Dépister le cancer prostatique semble de plus en plus évident. Même si les avis restent encore souvent partagés, les preuves scientifiques de son utilité ne cessent de s'accumuler. Dans cette lignée, on pourra proposer plus fréquemment des traitements curatifs tout en diminuant la morbidité, comme pour d'autres types de tumeurs (cancers du sein et du col de l'utérus chez la femme).

Une fois dépisté, le degré d'agressivité biologique de la tumeur devra être déterminé, ce qui amènera les médecins oncologues à proposer dans certains cas des traitements agressifs et efficaces, tantôt une abstention thérapeutique en cas de progression lente de la tumeur.

Les tumeurs sont actuellement classées en trois familles de pronostic selon différents indices dont le plus connu est le dosage sanguin du PSA (Antigène spécifique de la prostate).

Les tumeurs de bon pronostic sont traitées et guéries dans plus de 85% des cas tant par la chirurgie que par la radiothérapie externe ou la curiethérapie par implants d'Iode 125 ou de Palladium 103. Les indications de ces différents traitements doivent être posées lors de consultations multidisciplinaires.

Les tumeurs de stade localement plus avancé bénéficient idéalement de hautes doses de radiothérapie.

Au CHU de Liège, nos préférences vont à l'association de radiothérapie externe conformationnelle et de curiethérapie par Iridium 192. En l'absence de syndrome urinaire obstructif de départ ou de résection endoscopique de prostate, ces thérapeutiques procurent les taux les plus élevés de guérison, avec une toxicité faible. Les autres situations restent cependant plus problématiques.

Au CHU, nos taux de guérison sont passés de 50% à 80% suite à ces innovations thérapeutiques récentes qui sont présentées dans le film que vous pourrez visionner au cours de votre visite.

Renseignements utiles

Adresses

SITE CENTRAL

Service de Radiothérapie
Bloc central B 35, niveau - 3
CHU Sart Tilman
4000 LIEGE

Téléphone : 04/366 75 96

SITES PERIPHERIQUES

Service universitaire de Radiothérapie
CHR de la Citadelle
Boulevard du 12^{ème} de ligne, n°1
4000 LIEGE

Téléphone : 04/225 66 65

Service universitaire de Radiothérapie
CHC – Clinique Saint Joseph
Rue de Hesbaye, 75
4000 LIEGE

Téléphone : 04/224 86 50

Service universitaire de Radiothérapie
CH de l'Ardenne
Avenue d'Houffalize, 35
6800 LIBRAMONT

Téléphone : 061/23 87 90

CONSULTATIONS EXTERNES

Radiothérapie CHU
Clinique Notre Dame des Bruyères
Rue de Gaillarmont, 600
4032 CHENEE

Téléphone : 04/367 92 11

Radiothérapie CHU
Clinique André Renard
Rue André Renard, 1
4040 HERSTAL

Téléphone : 04/248 72 11

Radiothérapie CHU
CH du Bois de l'Abbaye et de Hesbaye
Rue Laplace, 40
4100 SERAING

Téléphone : 04/338 70 00

Radiothérapie CHU
CHR de Huy
Rue Trois-Ponts, 2
4500 HUY

Téléphone : 085/27 21 11

Personnel médical du Service de Radiothérapie

Chef de Service, Chargé de cours à la Faculté de Médecine :

Prof. Jean-Marie DENEUFBOURG

Chefs de Clinique :

Dr Nicole BARTHELEMY

Dr Marie-Thérèse CLOSON

Dr Philippe NICKERS

Chefs de Clinique adjoints:

Dr Pascal PIRET

Dr Isabelle RUTTEN

Praticien Hospitalier :

Dr Marie-Louise CONSTANT

Résidents-spécialistes :

Dr Stéphanie BOLLE

Dr Johanne HERMESSE

Dr Nicolas JANSEN

Dr Mia MEYNS

Dr Nicolas TRIVIERE

Dr Xavier WERENNE

Consultants :

Dr Jean BRADFER

Dr Chantal GABRIEL

Dr Marie-Laurence HERMAN

Dr Nadine LOMBARD

Assistants Cliniques:

Dr Sylvie BIVER

Dr David DEVILLERS

Dr Snezana KOTOLENKO

Dr Serge NDAM

Dr Françoise RINKEN