



ÉDITO

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme: il représente en effet plus d'un tiers des cancers. Il est aussi la première cause de mortalité chez les femmes de 40 à 60 ans. Heureusement, son dépistage est de plus en plus précoce, ce qui augmente évidemment fortement les chances de guérison. Des progrès constants dans son traitement sont également réalisés, surtout grâce au développement de thérapies de plus en plus ciblées et personnalisées.

Ces progrès sont aussi le fruit d'une collaboration exceptionnelle entre tous les spécialistes concernés, qui constamment confrontent et mettent à jour leurs connaissances. Ils sont aussi le fruit de l'investissement des pouvoirs publics qui ont mis en place une législation pour les programmes de soins oncologiques, et pour les cliniques du sein.

Le CHIREC est un gros centre de dépistage et de traitement du cancer du sein. Notre "Clinique du Sein" a récemment été agréée par le Ministère, sur base de critères très stricts inspirés des recommandations européennes.

Ce news n°7 est entièrement consacré au cancer du sein. Médecins traitants, spécialistes, patients et visiteurs du CHIREC y trouveront de brefs articles synthétiques et des témoignages originaux, ainsi que des liens avec des sites de référence.

La pluridisciplinarité est la clé des meilleures attitudes thérapeutiques, décidées collégalement au cours de nos "Concertations Oncologiques Multidisciplinaires". Vous verrez ici une partie de la palette des soignants à la disposition des patientes : radio-sénologues, chirurgiens mammaires, gynécologues, radiothérapeutes, oncologues médicaux, anatomo-pathologistes, nucléaristes, plasticiens, mais aussi kinésithérapeutes, psychologues, nutritionnistes, ainsi que toutes les équipes infirmières. Notre objectif est la qualité et l'excellence, non seulement dans la médecine que nous pratiquons, mais aussi et surtout dans l'accueil de nos patientes et dans des soins humains et personnalisés.

Pr. Thierry VELU
Directeur du Chirec Cancer Institute



ENSEMBLE FACE AU CANCER DU SEIN

La clinique du sein

La Clinique du sein est un centre multidisciplinaire de prise en charge de patientes atteintes d'affections du sein axé sur le dépistage, le diagnostic, le traitement, le suivi et la revalidation. Idéalement, ce centre fonctionne dans une unité de temps, de lieu et d'action.

C'est en fait la définition de l'Arrêté Royal du 26 avril 2007, publié dans le Moniteur Belge du 20 juillet 2007 et entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008. Cet Arrêté Royal s'inspire des normes européennes EUSOMA (European Society of Mastology).

La Clinique du Sein du CHIREC a obtenu l'agrément officiel de la COCOM le 25 janvier 2011 pour la période 2009 - 2012. Cet agrément est renouvelable et est lié à l'observance de certains critères qualitatifs et quantitatifs, notamment pour l'encadrement du personnel médical, infirmier et paramédical.

• Ainsi, une infirmière coordinatrice y joue un rôle clé au niveau de l'accueil des patientes en facilitant leurs rapports avec le corps médical et paramédical et leur accès aux structures hospitalières.

• Un parcours de soins est offert avec l'assurance d'une prise en charge irréprochable, médico-chirurgicale, psycho-oncologique et revalidante.

• Chaque nouvelle patiente doit pouvoir obtenir un rendez-vous dans les cinq jours ouvrables, obtenir un diagnostic histologique également dans les cinq jours ouvrables et être prise en traitement chirurgical ou néoadjuvant dans les quinze jours qui suivent le diagnostic.

• Un minimum de cent cinquante nouveaux cas de cancers du sein doivent être traités annuellement dans le centre, à partir de 2010.

• Une réunion de Concertation Oncologique Multidisciplinaire (COM) doit être organisée une fois par semaine.

Notre objectif est de replacer les patientes au centre de cette Clinique du Sein, pour une prise en charge de qualité, humanisée et personnalisée.

Dr. Jean Claude Massart
Coordinateur de la Clinique
du Sein du CHIREC

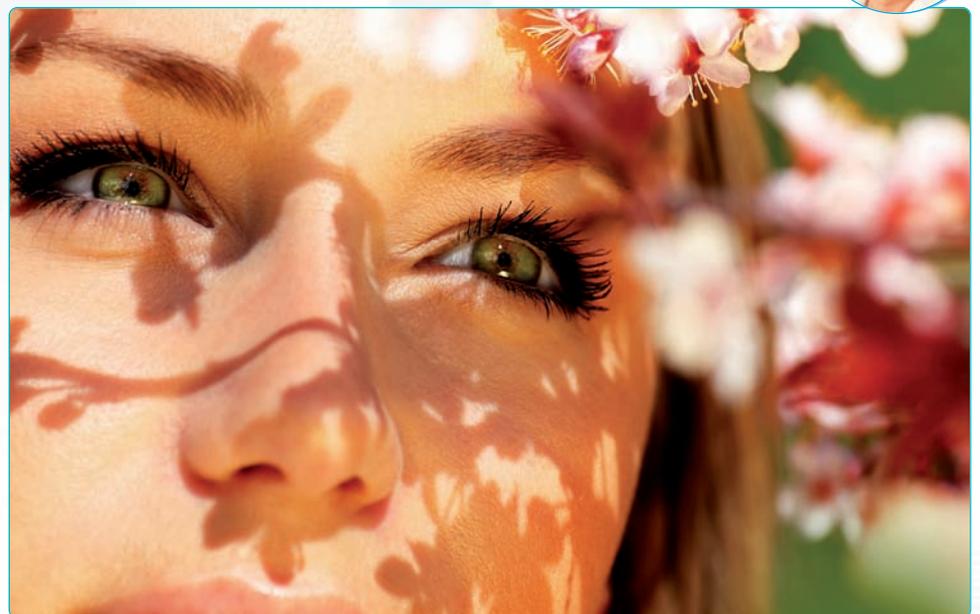


Photo Thinstock®



ENSEMBLE FACE AU CANCER DU SEIN

DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN : L'ÉTAT DE LA QUESTION

En Belgique, deux formes de dépistage coexistent : le **Mammotest** et le **Bilan sénologique**.

À ce jour, le Mammotest, ou dépistage de masse organisé, mis en place depuis bientôt 10 ans, n'atteint pas ses objectifs en terme de couverture de population. En effet, à Bruxelles et en Brabant wallon, seulement 10% des femmes recourent au Mammotest, alors que 45% recourent au Bilan sénologique; ces chiffres sont bien loin des 70% recommandés par les normes Européennes pour que le dépistage soit efficace !

Ce que l'on reproche au Mammotest, c'est son manque de sensibilité ! Trop de faux négatifs, de cancers ratés surtout dans les seins denses où la sensibilité n'excède pas les 50% !

La sensibilité de la mammographie est nettement améliorée par d'autres techniques d'imagerie :

- l'échographie dans les seins denses qui peut augmenter la détection de 55% de cancers supplémentaires,

- la **résonance magnétique** s'avère extrêmement sensible chez les femmes dites à " Haut-Risque ", porteuses d'une mutation génétique, ou dont au moins deux apparentées au premier degré (mère-sœur-fille) ont présenté un cancer du sein à un jeune âge.

A ce jour, le dépistage par mammographie seule est révolu et doit être adapté et personnalisé en fonction des facteurs de risque et des nouvelles technologies.

Parler du dépistage sans insister sur la **prévention primaire** est à ce jour un non sens, puisque nous savons qu'une alimentation équilibrée et la pratique régulière du sport, préviendraient 25% des cancers, sans parler de leur impact sur les maladies cardiovasculaires....



Dr. Véronica Mendez,
Imagerie du Sein, CHIREC

Qu'est ce qu'un sein dense ?

Le sein est composé de quatre structures différentes : l'eau, la graisse, le tissu de soutien et la glande proprement dite, les deux derniers étant dénommés " tissu fibro-épithélial ".

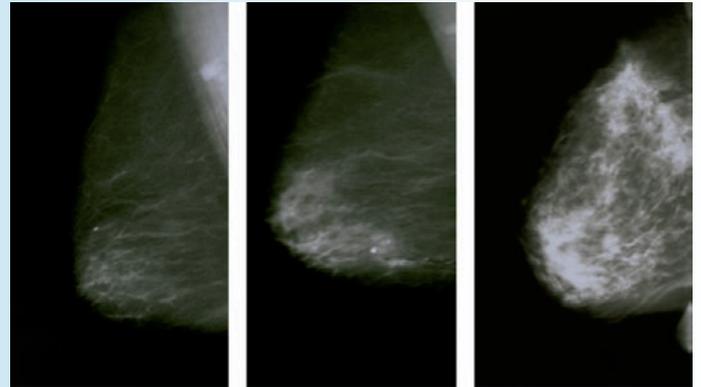
Lorsqu'on effectue une mammographie, on utilise des Rayons X, et ces différentes structures se comportent différemment lorsqu'elles sont traversées par des Rayons X : la graisse apparaît grise, tandis que l'eau et le tissu fibro-épithélial apparaissent blancs.

C'est la proportion des ces différents éléments qui détermine la densité du sein :

- plus le sein est riche en graisse, mieux on verra les anomalies
- un sein dense apparaît " blanc " à la mammographie.

La densité des seins varie au cours du cycle menstruel et au cours de la vie. Les femmes jeunes ont en effet les seins plus denses.

La prise de certains type de traitements hormonaux substitutifs de la ménopause peut également modifier la densité des seins.



Le sein clair, où le tissu graisseux est prépondérant est un sein facile à " lire ", où le risque d'erreur est faible (sensibilité élevée). Plus le sein est dense (cf. figure, de gauche à droite), c'est-à-dire, plus le tissu fibroglandulaire prédomine, plus il est difficile à " lire ", avec un risque plus élevé de rater un cancer (sensibilité plus faible).

Ce type de sein présente un risque plus élevé de développer un cancer.

LE SAVIEZ-VOUS ?

- Sur 5 grosseurs examinées au niveau des seins, une est cancéreuse.
- Une femme sur 9 présente, au cours de sa vie, un cancer du sein.
- Un cancer du sein sur 100 survient chez l'homme.
- Plus un cancer du sein est dépisté tôt, plus les chances de guérison sont grandes.
- Les trois-quarts des cancers du sein se développent chez des femmes de plus de 50 ans.
- 15% des femmes traitées pour un cancer du sein développeront un cancer sur l'autre sein.
- 10.000 cancers du sein sont diagnostiqués chaque année en Belgique.
- Seule une minorité des rechutes de cancer du sein survient localement : 8-9% après mastectomie, 10-15% après chirurgie conservatrice.

- 10% des cancers du sein sont héréditaires.
- Parmi les facteurs de risque, retenons : des règles précoces, une ménopause tardive, un traitement hormonal substitutif prolongé à la ménopause, la sédentarité, l'obésité, le tabac et la prise d'alcool.

- Une première grossesse avant l'âge de 30 ans et un allaitement prolongé de plus de 6 mois semblent par contre diminuer le risque de développer un cancer du sein



diagnostic précoce

guérison

dépistage nouveaux équipements

concertation

qualité de vie

personnalisation

rôle du généraliste

soutien

relations humaines

qualité de l'accueil

prévention

coordination

sérénité

confiance

PAR LA PRÉVENTION, 40% DES CANCERS POURRAIENT ÊTRE ÉVITÉS !

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que pas moins de 40% des cancers pourraient être évités grâce à des stratégies de préventions efficaces...

Il est en effet possible d'agir pour diminuer l'incidence de certains cancers, par la réduction ou l'élimination de certains facteurs de risque. Ceux-ci pouvant être liés au mode de vie, à l'environnement ou au milieu professionnel.

Les facteurs de risque spécifiques au cancer du sein sont : l'âge, l'origine ethnique, certaines affections bénignes, un antécédent personnel ou familial de cancer du sein, des facteurs génétiques, le style de vie, des facteurs diététiques, des facteurs hormonaux, une exposition à des radiations ionisantes et des facteurs liés à l'environnement.

Il est donc possible d'agir sur certains facteurs de risque qui peuvent causer la maladie.

De nombreuses études ont démontré une association entre incidence de cancer du sein, index de masse corporelle élevé et prise de poids, chez la femme ménopausée. La prévention des cancers par une prise en charge nutritionnelle fera l'objet d'une article dans un prochain numéro de ce News.

Chez les femmes ménopausées, plusieurs études ont également montré une réduction du risque de cancer du sein en cas d'activité physique soutenue. Ainsi, par exemple, dans l'étude observationnelle WHI (Women's Health Initiative), le bénéfice était particulièrement flagrant chez des femmes qui pratiquaient un exercice de 10 heures ou plus par semaine, tel que de la marche rapide.

Par ailleurs, une nouvelle grosse étude présentée à l'ASCO (American Society of Clinical Oncology, Chicago, Juin 2011) confirme l'association entre tabac et cancer du sein. Nous la relatons dans l'encadré ci-contre...

Enfin, nous ne pouvons terminer ce bref aperçu sans parler des stratégies médicamenteuses.

Dans une étude de phase III de grande envergure sur 4.560 patientes, également présentée à l'ASCO, un hormonothérapie préventive à base d'Exemestane a permis d'obtenir, à 3 ans, une diminution de 65% du risque de développer un cancer du sein invasif chez les femmes ménopausées qui présentent un risque élevé de développer une telle pathologie.

Les patientes présentant un ou plusieurs des facteurs suivants: Un score de Gail >1.66% (score calculant le risque de présenter un cancer du sein en fonction de plusieurs critères), un antécédent d'hyperplasie canalaire atypique, d'hyperplasie lobulaire atypique, de carcinome lobulaire in situ ou de carcinome canalaire in situ avec mastectomie ou les patientes âgées de plus de 60 ans pourraient bénéficier d'un tel traitement.

Les recommandations internationales définiront chez quelles patientes de tels traitements préventifs pourront être prescrits, après évaluation prudente et complète du rapport entre risque et bénéfice.



Dr. Sonia Lejeune,

Chirurgien gynéco-pelvien et mammaire,
CHIREC

En direct de l'ASCO 4-8 juin 2011



Plus de 30 000 oncologues du monde entier participent, chaque année, à ce congrès de référence, pour discuter des dernières innovations de toutes sortes, pour lutter contre le cancer.

Voici une brève synthèse d'un progrès récent des connaissances dans le domaine du cancer du sein, basée sur une étude clinique réalisée auprès de 11.064 femmes.*

Forte augmentation du risque de cancer du sein pour les fumeuses de longue durée

Avoir fumé pendant 15 à 35 ans augmente le risque d'un **cancer invasif du sein** de + 34%, par rapport aux non-fumeuses. Le risque de cancer du poumon est multiplié par 5 pour celles qui ont fumé plus d'un paquet par jour et par 2 pour moins d'un paquet.

Le risque de cancer du sein augmente de + 59% pour celles qui ont fumé pendant plus de 35 ans. Le risque de cancer du poumon est alors **30 fois supérieur** à celui des non-fumeuses, pour celles qui fument plus d'un paquet par jour, et par 13 pour moins d'un paquet.

54% des participantes pratiquant peu d'activité physique sont pénalisées d'un risque de + 72% de **cancer de l'endomètre**, sans conséquence significative sur d'autres cancers. Même si l'on a encore beaucoup à apprendre sur les causes du cancer, on a ici des moyens d'agir préventivement, au quotidien de son style de vie.

ASCO | Annual '11 Meeting

*Abstract 1505, ASCO 2011 – Land SR et al. "Cigarette smoking, fitness, and alcohol use as predictors of cancer outcomes among women in the NSABP (National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project) – BCPT (Breast cancer Prevention trial)"



diagnostic précoce

guérison

concertation

personnalisation

soutien

qualité de l'accueil

multidisciplinarité

dépistage

qualité de vie

rôle du généraliste

relations humaines

prévention

innovation

confiance



ENSEMBLE FACE AU CANCER DU SEIN

L'ANA-PATH, PARTENAIRE CLÉ DE LA MULTIDISCIPLINARITÉ

L'approche diagnostique et thérapeutique multidisciplinaire des maladies du sein passe impérativement par l'ANA-PATH (Anatomie pathologique). La prise en charge chirurgicale des patientes ne peut pas se concevoir sans une connaissance approfondie par les différents membres de la Clinique du sein, de la micro-anatomie mammaire et de ses relations avec les lésions cancéreuses. Ainsi, l'arborisation des canaux galactophores et des lobules (figure 1) permet d'expliquer le caractère segmentaire des cancers du sein localisés, autorisant la chirurgie conservatrice.

Lors de prélèvements biopsiques à l'aiguille de micro-calcifications mammaires par le radiologue, l'étude histologique des prélèvements ne permet pas seulement de poser un diagnostic mais délivre des informations précises sur le mode de développement et d'extension du processus, individuellement pour chaque patiente atteinte (figure 2).

Les développements récents en génétique et biologie moléculaire, appliqués à la clinique, renforcent encore le rôle de l'Anatomie Pathologique dans l'équipe multidisciplinaire lorsque la tumeur est invasive et que des traitements systémiques, notamment des thérapies ciblées, sont requises.

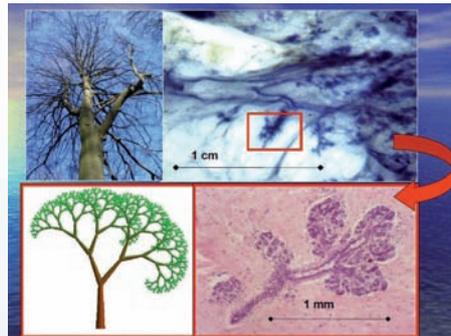


Figure 1. Microarchitecture du réseau galactophore mammaire fortement inspirée du monde végétal.

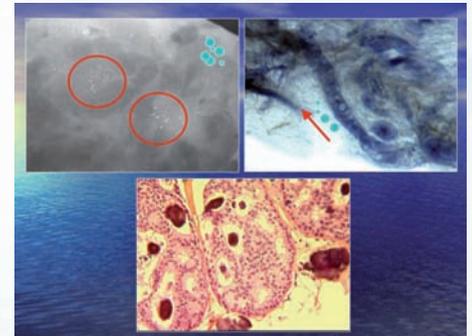


Figure 2. Multiples foyers radiologiques de micro-calcifications correspondant à un épithélioma canalaire in situ en analyse histologique conventionnelle et 3D (programme de recherche subsidié par la Fondation Care).

DÉSCRIPTAGE D'UN PROTOCOLE ANA-PATH DU SEIN

• Carcinome in situ versus carcinome infiltrant :

le carcinome in situ se développe dans les canaux et lobules mammaires sans détruire les limites des structures qui l'héberge. A ce titre, il ne peut pas donner de métastase. Il est considéré comme un précurseur non-obligatoire des carcinomes invasifs du sein, forme classique du cancer mammaire

• Carcinome canalaire versus lobulaire:

qualifie les deux types histologiques principaux de carcinome mammaire: canalaire lorsque la morphologie des cellules cancéreuses rappelle celle des canaux lactifères, lobulaire lorsque l'aspect se rapproche de celui des cellules des lobules. La distinction peut être importante en clinique vu les modes d'évolution et de présentation différents.

• Ki67:

examen immunohistochimique identifiant une protéine non-histone exprimée par la matrice nucléaire d'une cellule entrée dans un processus de division. Le marqueur, exprimé en % des cellules cancéreuses examinées (index de prolifération), donne une idée de la croissance tumorale, élevée ou basse proportionnellement à l'index. Bien que ce marquage soit utile en clinique, il souffre d'un manque de critères de standardisation.

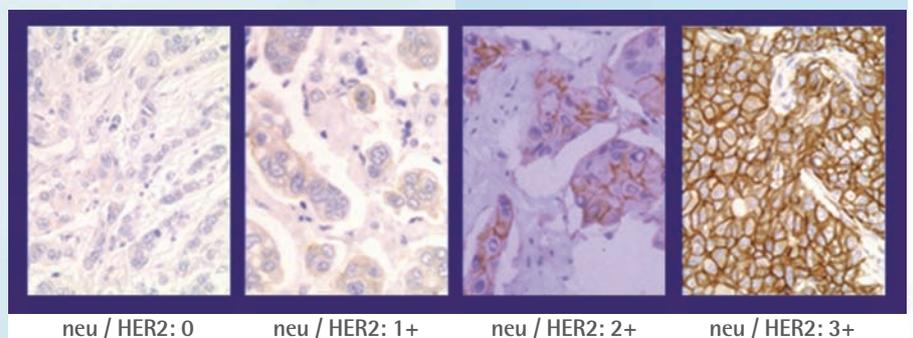
• Récepteurs oestrogène (RO) et progestérone (RP) :

protéines situées dans le noyau cellulaire, recherchées et quantifiées par immunohistochimie. L'expression des RO et RP par la cellule cancéreuse est significative d'un meilleur pronostic par rapport aux tumeurs qui ne les synthétisent pas. Ces marqueurs sont également prédictifs de la réponse à l'hormonothérapie, raison principale de leur identification en clinique (pharmacodiagnostique).

• neu / HER2 :

protéine membranaire cytoplasmique surexprimée dans certains carcinomes. Le dosage semi-quantitatif par immunohistochimie est à la base d'une des premières thérapies ciblées à usage clinique.

En cas d'expression importante, une thérapie par Herceptine ou Tyverb peut être envisagée (voir figure ci-dessous d'Immunohistochimie).



Immunohistochimie IHC)

Le degré de surexpression de neu/HER2 par les cellules du cancer du sein peut être évalué par immunohistochimie: une thérapie ciblant ce récepteur peut être indiquée pour des valeurs 2+ ou 3+.

diagnostic précoce

guérison

dépistage nouveaux équipements

concertation

qualité de vie

personnalisation

rôle du généraliste

soutien

relations humaines

qualité de l'accueil

prévention

coordination

sérénité

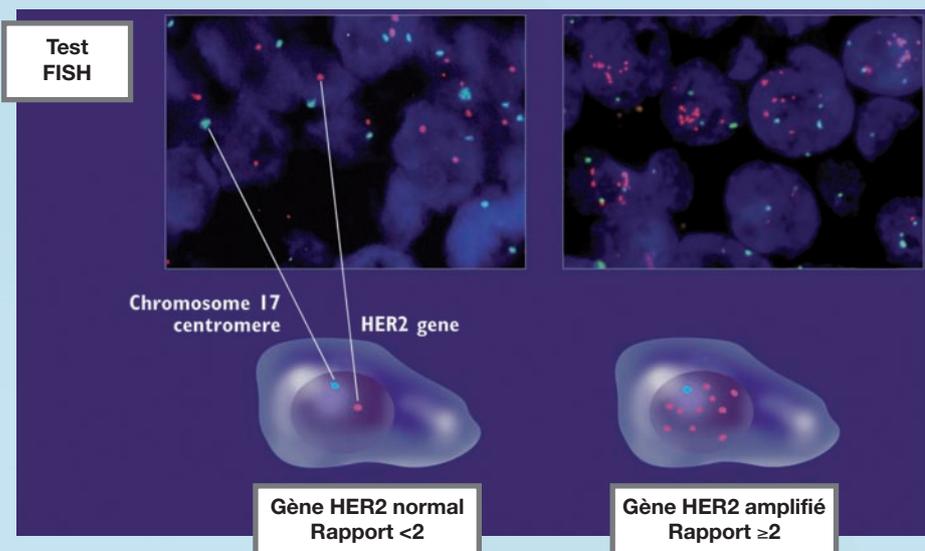
confiance

DÉCRIPTAGE D'UN PROTOCOLE ANA-PATH DU SEIN

• FISH, SISH, CISH :

Fluorescent ou Silver ou Chromogenic In Situ Hybridisation), voir figure: analyse moléculaire recherchant une amplification du gène codant pour une protéine.

Dans le contexte oncologique mammaire, il s'agit du gène de l'oncoprotéine Her-2/neu, également appelé c-erbB-2 (cf point précédent). Le remboursement du traitement par Herceptine passe par une amplification prouvée de ce gène.



Le test FISH permet de démontrer une éventuelle amplification du gène neu / HER2, responsable d'une surexpression de ce récepteur à la surface de la cellule du cancer du sein: dans ce cas, le rapport entre le nombre de gène HER2 (en rouge dans cette figure) et un contrôle (centromère du chromosome 17, en bleu) est ≥ 2 . Une thérapie ciblant ce récepteur (Herceptine, Tyverb) peut alors être proposée à la patiente.

• Immunophénotypage :

le type histologique d'une tumeur se base sur sa morphologie au microscope sur base de colorations de routine (hématoxyline et éosine). Des examens immunohistochimiques (voir figure Immunohistochimie, page 4) peuvent être également ajoutés en compléments comme par exemple le marquage à la E-cadhérine permettant de différencier le type canalaire du lobulaire.

• Embol lymphatique :

présence de cellules cancéreuses dans la lumière de vaisseaux lymphatiques. Est souvent significatif d'une maladie plus évoluée. La quantification est difficile vu le caractère fugace et microscopique de ces images.

• Marges et berges de résection :

la berge de résection chirurgicale est la limite externe d'un spécimen de chirurgie conservatrice mammaire, sa surface en d'autres termes. La marge est un espace de tissu interposé entre la tumeur et la berge de résection chirurgicale. Le pathologiste doit mesurer, à l'examen microscopique l'épaisseur de ce tissu, qui doit au moins atteindre 2 mm (normes US et EC).

L'interprétation des résultats de cette donnée histologique doit impérativement être intégrée dans la concertation multidisciplinaire oncologique hebdomadaire (COM).

• Isolated tumor cells :

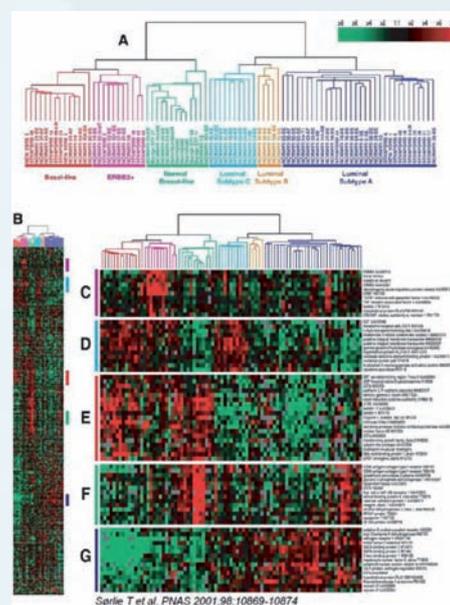
définit la présence de cellules néoplasiques (cancé-reuses) isolées dans le ganglion sentinelle. Sujet très controversé tant dans sa définition (quantité, mesure) que dans les conséquences de sa découverte. Actuellement, la réserve thérapeutique est conseillée (pas de poursuite du traitement chirurgical ni de thérapie systémique uniquement basée sur ce critère).

• PTNM :

réfère à la classification internationale OMS des tumeurs. Le "P" s'adresse à la classification anatomo-pathologique des tumeurs dont le "T" signifie la taille tumorale, le "N" le statut des ganglions lymphatiques (présence ou non d'envahissement tumoral) et le "M" de métastase à distance. Il existe plusieurs éditions et il est nécessaire de préciser à laquelle on se réfère.

• Basal like, luminal :

cette nouvelle approche de classification des tumeurs est basée sur leur contenu en RNA messenger (technique dite des **micro-arrays**) : voir figure ci-dessous. La méthode est en cours de validation clinique par le biais d'études internationales et n'est actuellement pas remboursée par l'INAMI. Différents types tumoraux ont été défini (basal, luminal,...) ayant chacun une valeur pronostique.



Technique des micro-arrays

Nouvelle classification des tumeurs du sein, basée sur leurs contenus en RNA messenger; nous distinguons essentiellement :

- 3 types n'ayant pas les récepteurs œstrogènes : "basal-like", "EHR enriched" et "normal-like",
- 2 types possédant des récepteurs œstrogènes : "luminal A" et "luminal B",
- et 1 type désigné "cladin-low"

Ces différents types de cancer du sein diffèrent de façon importante par leur pronostic et par les cibles thérapeutiques qu'ils expriment.



Dr. Daniel Faverly,
Pathologie du sein, CHIREC

diagnostic précoce

guérison

concertation

personnalisation

soutien

qualité de l'accueil

multidisciplinarité

dépistage

qualité de vie

rôle du généraliste

relations humaines

prévention

innovation

confiance



ENSEMBLE FACE AU CANCER DU SEIN

PET-CT AU FDG ET CANCER DU SEIN.

Les cellules tumorales concentrent le glucose afin de répondre à leurs besoins accrus en énergie. Le PET-CT au 18Fluoro-déoxyglucose (FDG) permet de réaliser des images de cette concentration de glucose dans la cellule tumorale, notamment le cancer du sein. Cette mesure *in vivo* du métabolisme tumoral a plusieurs champs d'application dans la prise en charge du cancer du sein.

• Diagnostic.

Le PET-CT n'est pas un outil de dépistage du cancer du sein. Il arrive cependant qu'on détecte une anomalie dans un sein lors d'un examen réalisé pour un autre raison. Lorsqu'un nodule mammaire est avide pour le FDG (on parlera d'"hypermétabolisme"), la probabilité qu'il soit cancéreux est très élevée. On pourra dès lors

utiliser le PET-CT comme outil diagnostique dans les cas où le bilan classique mammographique et échographique est douteux ou non concluant.

• Bilan d'extension pré-thérapeutique de la maladie.

Les études récentes ont démontré qu'il serait utile d'intégrer, dans certains cas, le PET-CT au FDG dans le bilan d'extension initial pré-thérapeutique du cancer du sein de stade loco-régional avancé.

En effet le PET-CT peut mettre en évidence des métastases ganglionnaires mammaires internes ou surtout des métastases à distance de manière très précoce, et améliorer ainsi la prise en charge thérapeutique.

• Détection de la récurrence.

Il est admis depuis de nombreuses années que le PET-CT au FDG est une méthode très sensible pour détecter la rechute de cancer du sein. En

tant que technique corps entier, le PET-CT détecte la rechute osseuse, hépatique, pulmonaire, ganglionnaire ou loco-régionale, le bilan d'extension étant ainsi réalisé en une seule procédure, avec une grande sensibilité.

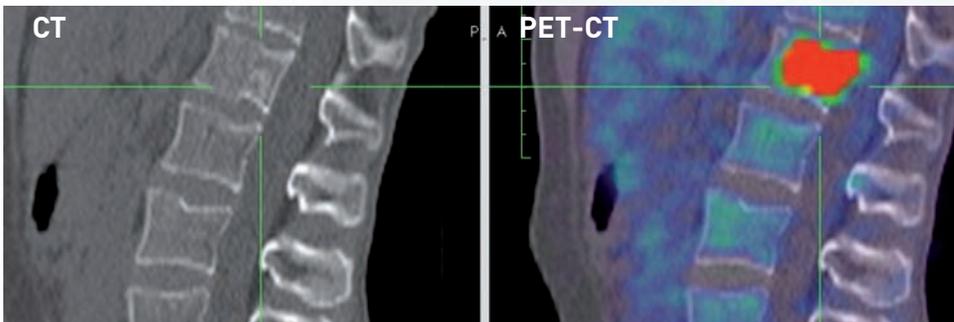
• Mesure de la réponse métabolique au traitement (chimiothérapie, hormonothérapie, thérapies ciblées).

Les nouvelles approches thérapeutiques du cancer du sein posent un problème en termes d'évaluation de la réponse tumorale. En effet, dans les situations métastatiques, nous évoluons de plus en plus vers le concept de contrôle tumoral, par opposition au paradigme ancien de destruction tumorale. Les méthodes d'imagerie classique évaluent la taille et la forme des tumeurs, qui peuvent ne pas changer, sous traitement visant à contrôler la croissance tumorale et empêcher sa dispersion. L'imagerie métabolique ou fonctionnelle, en particulier par PET-CT au FDG, va quant à elle mesurer la viabilité tumorale et démontrer des réponses métaboliques alors que sur le plan morphologique on ne constate pas (encore) de changement.

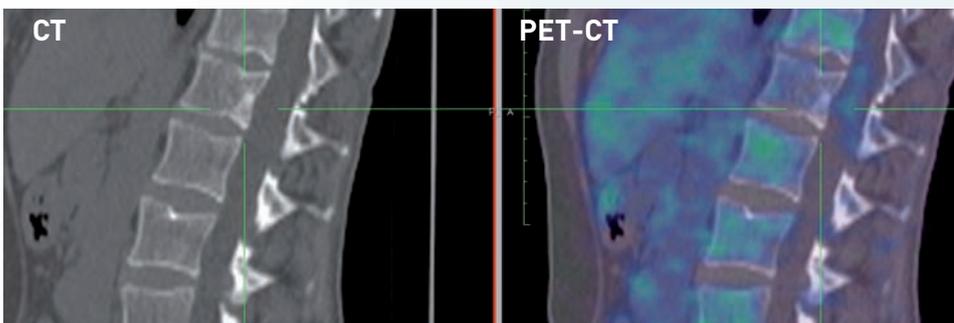
Le PET-CT peut évaluer quantitativement la réponse tumorale des métastases osseuses, fréquentes dans le cancer du sein (voir exemple illustré), alors que ce site métastatique est considéré comme "non mesurable" par les méthodes d'imagerie classique (radiographie, CT-scanner). Cela permet d'adapter rapidement les schémas thérapeutiques en fonction de la réponse, ou non-réponse, des tumeurs.

Ces nouvelles approches ouvrent la voie à une médecine oncologique personnalisée, où le traitement peut être adapté rapidement à la réponse objective.

Mesure de la réponse tumorale d'une métastase osseuse de cancer du sein (chimiothérapie + hormonothérapie).



AVANT TRAITEMENT : Métastase osseuse nettement hypermétabolique du corps de la vertèbre L1.



APRÈS TRAITEMENT : Réponse métabolique complète avec disparition de l'hyperactivité métabolique. Par contre sur le CT on note le renforcement de l'hyperdensité qui pourrait faire croire à une progression de la maladie mais qui en fait correspond à la reconstruction osseuse.



Pr. Max Lonneux,
Médecine Nucléaire, CAVELL

diagnostic précoce

guérison

concertation

personnalisation

soutien

qualité de l'accueil

coordination

dépistage nouveaux équipements

qualité de vie

rôle du généraliste

relations humaines

prévention

sérénité

confiance

LE TRAITEMENT CONSERVATEUR DU CANCER DU SEIN : PRÉSENT ET FUTUR

1. La chirurgie conservatrice du sein

La chirurgie oncoplastique conservatrice du sein associe la sécurité oncologique - en donnant la priorité à la réalisation de l'exérèse de la tumeur en marge saine -, à la réflexion esthétique - en remodelant le reste de la glande mammaire afin de retrouver le galbe du sein le plus naturel possible.

L'amélioration des techniques de dépistage qui permet le repérage de plus en plus précoce d'anomalies suspectes et dans certaines circonstances, la possibilité de bénéficier d'une chimiothérapie préopératoire, ainsi qu'une excellente collaboration des gynécologues avec l'équipe des chirurgiens plasticiens, a permis d'offrir de plus en plus souvent aux patientes une chirurgie oncoplastique conservatrice de bonne qualité oncologique et esthétique.

En effet de nombreuses études ont enfin pu démontrer que dans bon nombre de cas la chirurgie conservatrice est aussi efficace qu'une chirurgie mutilante.

Ce traitement conservateur respectueux de l'esthétique est bien entendu toujours associé à l'exérèse du ganglion sentinelle ou à l'exérèse de quelques ganglions axillaires en fonction de la taille et du type de tumeur mise en cause.

Désormais la majorité de nos patientes dépistées précocement bénéficient donc d'une chirurgie conservatrice suivie d'une radiothérapie qui elle aussi a évolué de façon magistrale permettant un traitement personnalisé.

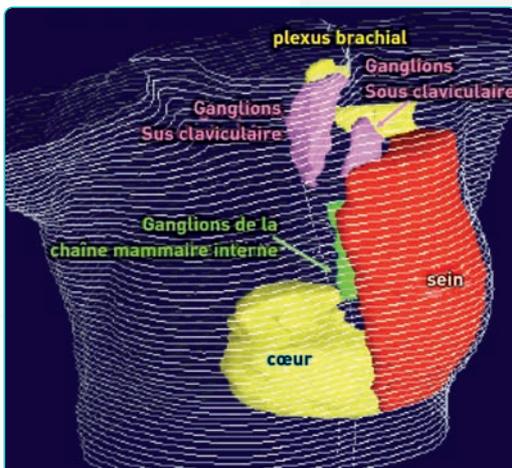


Dr. Jean Frédéric Limbosch,
Chirurgie gynéco-pelvienne et mammaire, CHIREC



2. La radiothérapie

Le traitement de radiothérapie a considérablement évolué depuis ces dernières années. La radiothérapie est essentielle dans le cadre du traitement conservateur en vue d'éliminer des résidus infra cliniques. Les techniques d'irradiation conformationnelle permettent de délivrer une dose de 45 à 50 Gy sur l'ensemble du sein en 4.5 à 5 semaines.



Reconstruction tridimensionnelle du thorax avec dessin des volumes du sein et des chaînes ganglionnaires de voisinage et des zones à risque (le cœur et le plexus brachial)

Cette modalité permet un excellent contrôle local, un bon résultat esthétique et un bénéfice de survie.

Dans certaines situations (patiente en mauvais état général, âgée, ou très éloignée géographiquement) on peut envisager un traitement radiothérapique concentré (42.5 Gy en 16 fractions). Les études ont montré une efficacité équivalente. Néanmoins, on réservera ces schémas à des cas bien sélectionnés car la toxicité loco-régionale est plus importante, en particulier si on est amené à traiter les aires ganglionnaires. La plexite radique passe de 1% en cas de fraction de 2 Gy à 6%, si on a traité par 3.7 Gy.

Après traitement conservateur, on a constaté que la plupart des récurrences se développaient dans le même quadrant que la tumeur initiale. Des études sont en cours en vue de valider une telle attitude thérapeutique. L'irradiation mammaire partielle sera exclusivement réservée à des tumeurs d'excellent pronostic. Celle-ci peut être délivrée en une séance en cours d'intervention chirurgicale (mais problème de détermination du volume cible) ou en plusieurs séances par des techniques conformationnelles ou par irradiation, par modulation d'intensité.

Pr. Ian Kunkler,
Radiothérapie, Université de
Edimbourg - Écosse



Dr. Ph. Warnier,
Radiothérapie, CHIREC



diagnostic précoce

guérison

concertation

personnalisation

soutien

qualité de l'accueil

multidisciplinarité

dépistage

qualité de vie

rôle du généraliste

relations humaines

prévention

innovation

confiance



ENSEMBLE FACE AU CANCER DU SEIN

LA PLACE ACTUELLE DE LA MASTECTOMIE DANS LA CHIRURGIE DU CANCER DU SEIN.

La mastectomie (exérèse " complète " de la glande mammaire) reste à l'heure actuelle un geste nécessaire dans la prise en charge chirurgicale de certains cancers mammaires : cancers multicentriques (plusieurs quadrants), volume tumoral trop important par rapport au volume mammaire, ou à la demande expresse de la patiente.

Elle peut également se justifier en situation prophylactique chez les patientes porteuses d'une mutation BRCA 1 ou 2 (en diminuant de 90% le risque de survenue d'un cancer du sein). Elle sera alors systématiquement associée à une reconstruction immédiate.

Le taux de mastectomie varie fort d'une équipe à l'autre et se situe entre 25 et 50% des interventions pour cancer du sein. Si, depuis les années 1980, on avait assisté à une diminution progressive du taux de mastectomie en faveur des chirurgies conservatrices (tumorectomies, quadrantectomies et chirurgies oncoplastiques, suivies de radiothérapie), on doit constater depuis quelques années une inversion de cette tendance. L'introduction de plus en plus fréquente de l'IRM dans le bilan pré-opératoire a augmenté le taux de détection des cancers multifocaux et multicentriques. D'autre part, les résultats parfois médiocres à long terme de la chirurgie conservatrice et l'amélioration des techniques de chirurgie réparatrice poussent certains chirurgiens à préférer une ablation complète de la glande suivie d'une reconstruction immédiate.

C'est ainsi qu'on remarque une augmentation progressive du taux de mastectomie avec conservation de l'étui cutané, améliorant les résultats esthétiques et fonctionnels après reconstruction immédiate (par prothèse ou par lambeau autologue). La conservation de la plaque aréolo-mamelonnaire est un sujet de controverse.

En cas de mastectomie classique, on veillera à obtenir une cicatrice bien régulière, ce qui améliorera les résultats cosmétiques et fonctionnels à long terme et facilitera une éventuelle reconstruction ultérieure. Un support psychologique sera systématiquement proposé à la patiente, qui aura reçu, avant sa sortie de clinique, une prothèse externe provisoire.



Dr. Patrick Colart,
Chirurgie gynéco-pelvienne et mammaire, CHIREC

LE GANGLION SENTINELLE

une technique pour réduire la survenue de gonflement du bras, ou lymphoedème

L'évaluation de l'atteinte ganglionnaire du creux axillaire dans le cancer du sein est capitale car elle constitue un facteur pronostic qui oriente le traitement général et le traitement local.

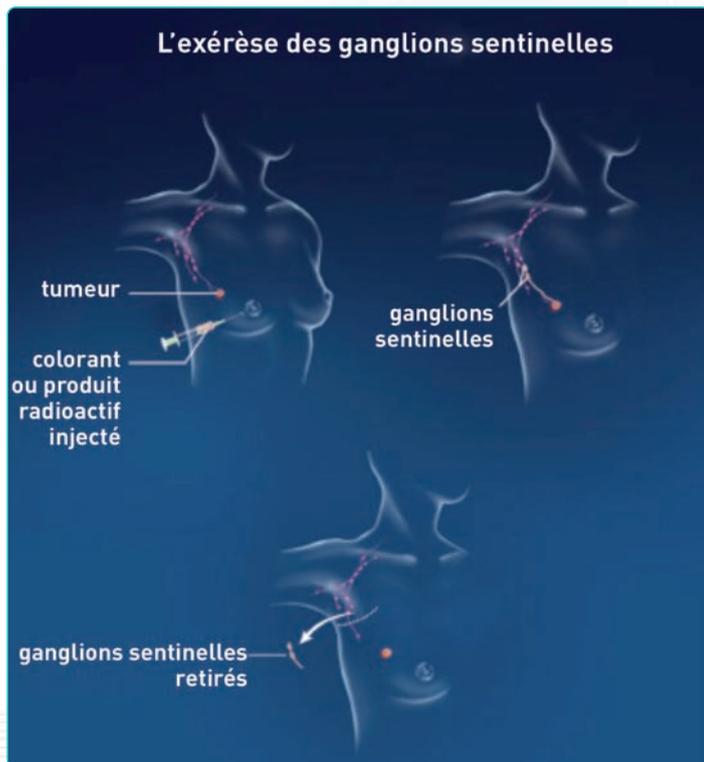
Historiquement cette évaluation était faite uniquement par un curage axillaire chirurgical (lymphadénectomie). Afin d'éviter des curages axillaires inutiles et afin de diminuer la morbidité (complications) de ce geste, on propose actuellement une technique dite du " ganglion sentinelle ". Le principe repose sur l'hypothèse que le drainage de la tumeur passe par un premier relais ganglionnaire drainant la tumeur par une voie lymphatique directe. Il s'agit du ganglion " sentinelle " de la tumeur.

La méthode doit avoir un taux de détection proche de 100 % et un taux de faux négatifs proche de 0 %. L'absence d'envahissement de ce premier relais est un signe fiable d'absence d'envahissement de tout autre ganglion. Ce ganglion est donc " représentatif " de l'état des autres ganglions du creux axillaire.

Du point de vue pratique, on injecte en péri-tumoral ou en péri-aréolaire une substance (Nanocolloïde marqué par Tc-99m et/ou colorant bleu) qui va migrer et se bloquer dans le premier relais. Lors de l'intervention, le chirurgien utilise une sonde de détection de radioactivité pour localiser et prélever le ganglion sentinelle axillaire.

Le ganglion est analysé soit immédiatement (examen extemporané) soit de manière différée.

- S'il n'est pas envahi, il n'y aura pas d'autre geste chirurgical sur les ganglions. Le curage est évité.
- S'il est envahi, le curage est réalisé.



Source INCA - www.e-cancer.fr



Dr. Marc Arens,
Chirurgie gynéco-pelvienne et mammaire, CHIREC

diagnostic précoce

guérison

concertation

personnalisation

soutien

qualité de l'accueil

coordination

dépistage nouveaux équipements

qualité de vie rôle du généraliste

relations humaines

prévention

sérénité

confiance

La reconstruction du sein après une mastectomie ou une tumorectomie fait désormais partie intégrante du traitement du cancer du sein et elle est disponible pour pratiquement toutes les femmes.

Au contraire de la reconstruction avec implants, où le risque d'apparition de problèmes grandit à mesure que la prothèse vieillit, les avantages d'une reconstruction réalisée avec des tissus propres (autologues) augmentent avec le temps. Le sein prend une forme de plus en plus naturelle avec le temps, les cicatrices s'estompent et le sein est chaud et naturel au toucher. Chaque technique présente dès lors des avantages et des inconvénients. Le chirurgien plastique prend en compte tous ces facteurs et étudie en concertation avec la patiente les différentes options de reconstruction et les résultats attendus. La préférence personnelle de la patiente joue par ailleurs un rôle important. Parmi les tissus utilisés pour la reconstruction :

Le lambeau DIEP (Deep Inferior Epigastric artery Perforator) ou lambeau abdominal

Dans le cas du lambeau DIEP, des tissus de peau et de graisse sont prélevés au niveau du bas du ventre et transplantés dans le sein. Cette procédure implique l'utilisation de la microchirurgie. Les tissus cutanés et graisseux du ventre sont libérés sur un pédicule vasculaire nourricier. Cela signifie que la fonction de ce muscle abdominal droit est intégralement conservée. Les vaisseaux seront anastomosés avec d'autres vaisseaux à l'aide de microscope. Il existe alors une cicatrice le long de l'aîne. Elle est toutefois placée bas et peut être dissimulée sous un slip ou un bikini normal. Après l'opération, le ventre est donc plus plat et plus tendu, un avantage supplémentaire que certaines femmes apprécient.

Le lambeau SGAP (Superior Gluteal Artery Perforator) ou lambeau fessier

De la même manière que pour le lambeau DIEP, dans le cas du lambeau SGAP, des tissus de peau et de graisse sont prélevés au niveau de la fesse. La cicatrice court de part et d'autre de la fesse (image ci-dessous).

Lambeau de la cuisse interne ou TMG (Tranverse Musculocutaneous Gracilis)

Dans cette opération, la peau et du tissu adipeux sont prélevés au haut de la cuisse interne. La cicatrice sera dans le haut de la cuisse, à l'aîne, à l'arrière dans le pli de la fesse. Cette cicatrice peut être couverte par les sous-vêtements. Cette technique est indiquée quand le lambeau DIEP n'est pas disponible (ventre très mince).

Pr. Moustapha Hamdi,
Chef du Service de Chirurgie Plastique,
UZBrussel

Chirurgie plastique et de Reconstruction, Chirec



Source : www.ebreast.be

Sites à visiter

Europa Donna Belgium

Réseau européen, né de la volonté de mobiliser le soutien et la solidarité des femmes en Europe face au cancer du sein
www.europadonna.be

Vivre comme avant

est un mouvement de soutien et d'aide morale animé par des femmes bénévoles ayant toutes vécu la maladie.
www.vivrecommeavant.be

Association le cancer du sein parlons-en

www.cancerdusein.org

Cancer du sein

Site d'informations entièrement dédié au cancer du sein
www.cancer-sein.net

Cancer et psychologie

Spécialisé dans l'appui psychologique aux malades et à leurs proches
www.canceretpsy.be

Fondation contre le cancer

www.cancer.be

Registre du Cancer en Belgique

www.kankerregister.org

Brumammo

dépistage du cancer du sein à Bruxelles
www.brumammo.be

INCA

Institut National du cancer en France
www.e-cancer.fr



Les associations ont la parole !

Les 10 objectifs de Europa Donna

1. Promouvoir la diffusion et l'échange d'informations correctes et mises à jour sur les cancers du sein.
2. Encourager les femmes à surveiller régulièrement leurs seins.
3. Insister sur la nécessité d'un dépistage organisé de qualité et d'un diagnostic précoce.
4. Exiger les meilleurs traitements.
5. Assurer un accompagnement psychosocial de qualité pendant et après le traitement.
6. Exiger une formation appropriée de tous les professionnels de la santé.
7. Informer les femmes sur les choix thérapeutiques, y compris la participation aux essais cliniques et le droit à demander un deuxième avis.
8. Exiger un contrôle de qualité régulier des équipements médicaux et techniques.
9. Rechercher et promouvoir les meilleurs résultats en matière de pratique médicale.
10. Obtenir des investissements suffisants pour la recherche scientifique sur les cancers du sein.



ENSEMBLE FACE AU CANCER DU SEIN

LES TRAITEMENTS MEDICAUX

1. Revue pratique des hormonothérapies dans le cancer du sein

L'hormonothérapie constitue un des traitements médicaux du cancer du sein hormono-dépendant. Ce traitement est utile, en fait, en prévention du cancer du sein dans le cancer in situ, dans le traitement adjuvant et dans le traitement métastatique.

Un gain global de survie de 13 % est obtenu par l'hormonothérapie dans les cancers invasifs.

Les différentes molécules utilisées sont les anti-oestrogènes (Tamoxifène) et les inhibiteurs de l'aromatase.

Le choix de ces molécules est décidé en Concertation Oncologique Multidisciplinaire (COM) selon les guidelines.

L'anti-oestrogène Tamoxifène (Nolvadex) nécessite une surveillance gynécologique en raison d'une augmentation de l'incidence des polypes, des fibromes utérins, des kystes

fonctionnels, de l'hyperplasie atypique de l'endomètre et des cancers de l'endomètre.

Une toxicité hépatique peut survenir et des antécédents thrombo-emboliques doivent contre-indiquer ce traitement. Par contre, il a un effet favorable sur la densité osseuse. Enfin, malgré ses effets anti-oestrogéniques, il n'est pas contraceptif en préménopause et nécessite dès lors la mise en place d'une contraception non hormonale.

Le traitement par **inhibiteurs de l'aromatase** (Arimidex, Femara, Aromasin) nécessite une mise au point cardiovasculaire s'il existe une maladie préexistante, en raison de l'augmentation de l'incidence de ces problèmes.

Les arthralgies et les myalgies sont des effets secondaires importants et invalidants pour les

patientes, mais subsistent rarement au-delà de 6 mois.

Les inhibiteurs de l'aromatase augmentent l'incidence d'ostéoporose qui doit être dépistée et traitée.



Dr. Bruno Van Der Meersch,

Coordinateur du Programme de Soins Oncologiques de la Clinique Ste-Anne-St-Rémi

2. La chimiothérapie

La chimiothérapie est un des traitements médicaux du cancer du sein. Elle agit sur les cellules cancéreuses dans l'ensemble du corps, soit en les détruisant, soit en les empêchant de se multiplier. Mais ces médicaments manquent de spécificité : ils touchent en fait toutes les cellules qui se divisent, d'où les effets secondaires bien connus de chute de cheveux (atteinte des follicules pileux), de mucosité et de chute des cellules du sang. D'autres effets secondaires sont les nausées et vomissements, la diarrhée ou la constipation, les aphtes ou la sécheresse dans la bouche, la fatigue, des douleurs, des cycles irréguliers ou même l'arrêt des règles (passagers ou non), des perturbations de la vie de couple, etc.

De nouveaux médicaments de chimiothérapie du cancer du sein sont apparus durant ces dernières années, augmentant l'arsenal thérapeutique. Mais les progrès ont surtout été réalisés dans le développement de traitements de support, qui permettent de réduire leur toxicité : fini le temps, trop bien connu du grand public, où les patients vomissaient ! A côté de ces médicaments de confort, sont apparus également des traitements permettant d'éviter la chute des globules blancs neutrophiles (responsable d'une sensibilité à l'infection), et des globules rouges (anémie responsable de fatigue).

La chimiothérapie peut être " adjuvante " : dans ce cas, elle suit un traitement chirurgical et a pour objectif de diminuer le risque que des cellules cancéreuses se développent à distance, ce qu'on appelle des métastases.

Mais elle peut aussi être " néo-adjuvante " : elle est alors réalisée avant la chirurgie, avec divers objectifs : outre les objectifs définis dans une situation adjuvante, un tel traitement néo-adjuvant peut rendre plus facile la chirurgie d'exérèse tumorale, en vue d'une éventuelle chirurgie conservatrice ; il permet aussi d'évaluer son efficacité antitumorale, en suivant la régression de la tumeur (ce qui n'est évidemment plus possible si la chimiothérapie est réalisée après chirurgie). Grâce à ce suivi, on pourra ainsi adapter le traitement, en changeant par exemple de chimiothérapie. Une chimiothérapie n'est pas proposée de façon systématique à toutes les patientes, mais uniquement lorsque le cancer présente un risque plus élevé de récurrence. Ce risque dépend en fait des caractéristiques du cancer et de l'âge de la patiente. On parle de facteurs pronostiques. Ces facteurs permettent de décider s'il faut faire une chimiothérapie ou non. Parmi ceux-ci, retenons le nombre de ganglions envahis au niveau axillaire ; le grade de la tumeur (I à III) ; la taille de la tumeur ; l'absence de récepteurs hormonaux ; la présence de récepteurs neu/HER2 ; le jeune âge ; la présence d'embolies vasculaires ; et éventuellement aussi l'indice de prolifération.

Le médecin dispose d'un logiciel (Adjuvant OnLine) qui calcule le risque de récurrence dans les 10 ans qui suivent le traitement, ainsi que le bénéfice des traitements médicaux sur ces risques (hormonothérapie et chimiothérapie). Ce logiciel peut aider la Concertation Oncologique Multidisciplinaire (COM) dans le choix du

traitement médical en examinant les probabilités d'une récurrence, en informant et discutant avec la patiente des bénéfices et des risques statistiques attendus par les traitements.

Lorsque le médecin propose une chimiothérapie, il tient compte de ces facteurs de risque, mais aussi de l'état général de la patiente, de ses préférences, ainsi que de ses antécédents médicaux et chirurgicaux.

Enfin, chacun sait que la chimiothérapie n'est pas réservée aux nouveaux diagnostics, mais occupe, encore de nos jours, une place prépondérante dans le traitement de la rechute. Mais nous allons voir ci-dessous que les choses commencent à changer...



© Caroline Levy

diagnostic précoce

guérison

dépistage nouveaux équipements

concertation

qualité de vie

personnalisation

rôle du généraliste

soutien

relations humaines

qualité de l'accueil

prévention

coordination

sérénité

confiance

3. Les thérapies ciblées enfin des médicaments plus efficaces et moins toxiques que la chimiothérapie...

Depuis quelques années, nous vivons une révolution dans le traitement médical du cancer. De nouveaux médicaments viennent s'ajouter à la liste des médicaments de chimiothérapie. Bien qu'en nombre encore limité, chaque année voit de nouveaux traitements apparaître. Leur activité antitumorale est beaucoup plus spécifique que les médicaments de chimiothérapie, ce qui leur permet d'être plus efficaces et moins toxiques. Ces caractéristiques remarquables résultent du fait qu'ils ont la propriété de pouvoir cibler un élément de la cellule tumorale jouant un rôle central dans le processus cancéreux : on les appelle d'ailleurs "thérapies ciblées". Ils sont le fruit de la recherche fondamentale en cancérologie, menée intensément dans le monde depuis 20 ans. Beaucoup de ces thérapies ciblent des récepteurs transmembranaires, c'est-à-dire traversant la membrane des cellules: ils exercent un contrôle crucial sur la division cellulaire, et sont sous le contrôle de facteurs extracellulaires, qui viennent se lier à eux (ligands) : voir figure. Dans les cellules tumorales, le nombre de ces récepteurs peut être 10 à 100x supérieur à la normale, ce qui en font des cibles tumorales idéales. Diverses stratégies

ont été développées pour les cibler, comme illustré sur la figure. Dans le cancer du sein, un de ces traitements est le Trastuzumab, mieux connu sous le nom d'**Herceptine**® (voir figure) : il s'agit d'un anticorps monoclonal ciblant spécifiquement le récepteur neu/HER2 présent en nombre anormalement élevé à la surface de 15-20% des cancers du sein (voir figure). Administré en intraveineux durant un an, il permet de réduire d'environ 50% le risque de rechute après la résection d'une tumeur au sein. Ce bénéfice majeur est obtenu en l'absence quasi-totale de tout effet secondaire. Une autre thérapie peut également être proposée aux patientes atteintes d'un cancer du sein : il s'agit du **Lapatinib**, ou **Tyverb**® (voir figure): ce traitement cible le même récepteur neu/HER2, et un autre apparenté le EGFR/HER1, en bloquant leur activité enzymatique tyrosine kinase, après avoir traversé la membrane cellulaire. Il a l'avantage de pouvoir être actif chez les patientes porteuses d'une tumeur du sein, devenue résistante à l'Herceptine®. Il semble aussi qu'il traverse plus efficacement la barrière hémato-encéphalique, ce qui pourrait permettre de prévenir ou traiter des

lésions cérébrales secondaires. Des résultats récents suggèrent que la combinaison de ces deux traitements avec du Taxol® ou du Taxotère® permet d'avoir encore de meilleurs résultats. Enfin, une autre thérapie ciblée a fait ses preuves dans le cancer du sein : il s'agit du **Bevacizumab**, ou **Avastin**®, un autre anticorps monoclonal ciblant le facteur VEGF impliqué directement dans la formation des néo-vaisseaux nourrissant la tumeur. Nous avons déjà présenté ce nouveau traitement dans le News numéro 5 du CCI, car il est actif dans d'autres tumeurs, en particulier les cancers du côlon et du rein, ainsi que les glioblastomes cérébraux.

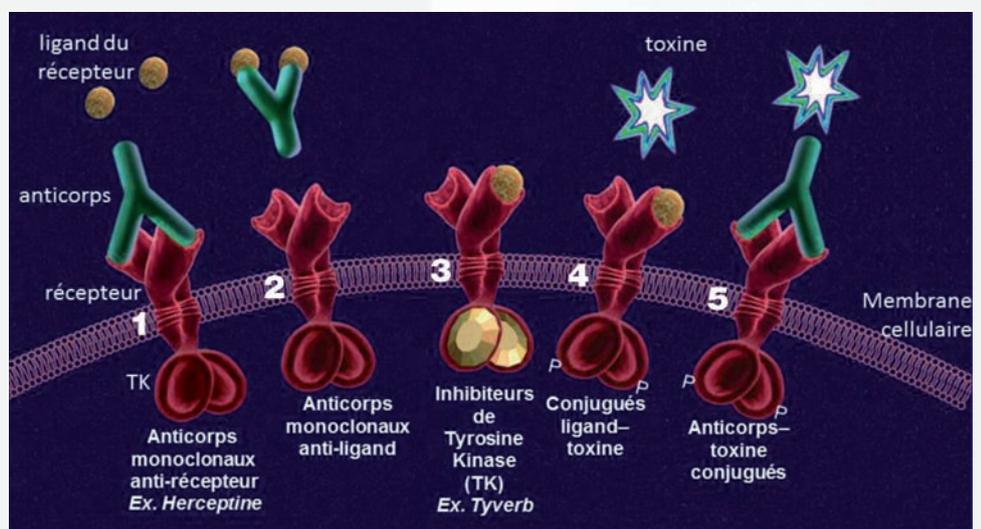


Pr. Thierry VELU,
Oncologue médical

Fig.1
(1) Dans les cellules normales, le récepteur neu/HER2 contrôle la prolifération et la survie cellulaire ; (2) dans les cellules de certains cancers du sein, le nombre de récepteur augmente anormalement, de 10 à 100x : cette surexpression est induite par l'amplification de son gène (voir figure du test FISH, plus haut) ; (3) elle entraîne une perte du contrôle de la division cellulaire, les cellules se multiplient et forment une tumeur. Le récepteur constitue une cible antitumorale idéale, puisque, d'une part, sa surexpression n'est présente que sur les cellules tumorales (le traitement ciblé sera donc spécifique), et d'autre part, cette dernière joue un rôle clé dans le processus de cancérisation (le traitement sera donc d'autant plus efficace).



Fig.2
Thérapies ciblant des récepteurs tyrosine kinase (TK) surexprimés à la surface de cellules tumorales, comme neu/HER2 dans le cancer du sein. Ces récepteurs sont présents à la surface des cellules tumorales: lorsque le ligand se lie à l'extérieur de la cellule, l'activité tyrosine kinase (TK) est activée, menant à la division de la cellule. Diverses stratégies ciblant ces récepteurs sont développées : anticorps ciblant soit le récepteur (exemple de l'Herceptine dans le cancer du sein) (1), soit son ligand (2) ; inhibiteur de tyrosine kinase (exemple du Tyverb dans le cancer du sein) (3) ; ou encore attache de toxine, sous forme de conjugués, soit au ligand (4), soit à un anticorps (5).





ENSEMBLE FACE AU CANCER DU SEIN

LES DIFFÉRENTES FACETTES DES SOINS DE SUPPORT

Extrait d'une enquête de satisfaction réalisée sur deux sites du service d'Oncologie du CHIREC

● Question : " Veuillez classer par ordre d'importance sur une échelle de 1 à 10 (10= le plus important) les caractéristiques que vous aimeriez retrouver dans un service d'Oncologie "

● Réponse : moyenne de l'ordre d'importance (sur 120 patients) :

- 1°) la compétence et l'efficacité de l'équipe oncologique : 9.3
- 2°) recevoir des information : 7.9
- 3°) un accueil personnalisé et chaleureux : 7
- 4°) le contrôle de la douleur : 6.5

Les personnes confrontées à un cancer vivent des bouleversements sur le plan physique, émotionnel, familial et social. Pour répondre à ces besoins multiples, les soins de supports proposent une aide globale multiprofessionnelle, complémentaire aux traitements oncologiques et accessible depuis l'annonce du diagnostic, puis tout au long du continuum du cancer.

Les soins de support oncologiques constituent un des groupes transversaux du Chirec Cancer Institute. Ils réunissent des approches professionnelles aussi variées que la psycho-oncologie, la revalidation, la kinésithérapie, la nutrition, le service social, la clinique de la douleur, les soins continus et palliatifs, la

logopédie, la tabacologie, les soins esthétiques... Ces différentes disciplines contribuent à soulager la douleur et les autres symptômes, alléger la souffrance psychologique du patient et de ses proches, favoriser une meilleure tolérance aux traitements oncologiques et améliorer la communication. Selon le projet thérapeutique, la visée peut être la réadaptation fonctionnelle ou les soins de confort.

Le groupe des soins de support, dont la coordinatrice est Bernadette Pitsaer, réunit les représentants de ces différentes disciplines. Ses objectifs sont de stimuler les initiatives validées dans ce domaine et d'améliorer l'intégration des soins de support dans les soins

oncologiques globaux : détection des besoins psychosociaux, accessibilité des soins de support, coordination interdisciplinaire.

Les soins de support rendent possibles des soins oncologiques d'excellence !



Dominique Bouckaere,
Algologie, Soins continus, Chirec

Le rôle des kinés du sein

Suite à une chirurgie du sein associée à un curage axillaire, la kinésithérapie est très importante dès le lendemain de cette opération. Son but est de mobiliser le membre supérieur du côté du sein opéré pour diminuer tout risque de complications dues à l'immobilité tels que les stases veineuses, les raideurs articulaires et les rétractions musculaires et cutanées.

Le kinésithérapeute prend le temps d'écouter le patient, d'expliquer le fonctionnement du système lymphatique et l'importance de la kinésithérapie qui lui sera prodiguée tout au long de sa convalescence. Il lui donnera les conseils utiles pour une rémission rapide tout en respectant les différentes étapes post opératoires propre à chaque patient. Le patient évitera ainsi d'adopter, par exemple, des positions antalgiques (positions qui peuvent donner l'impression d'un soulagement momentané mais qui provoquent l'enraidissement articulaire, la contracture musculaire et la rétraction des cicatrices).

Dans les semaines qui suivent l'opération, le drainage lymphatique et la revalidation seront repris en ambulatoire.



Photo Thinkstock®

Durant ces traitements, le kinésithérapeute veillera à assouplir la cicatrice et les tissus pour atténuer les douleurs éventuelles.

En cas de lymphœdème (gonflement du bras), le kinésithérapeute appliquera éventuellement en plus du drainage manuel, la pose de bandages ou/et l'utilisation de la pressothérapie (appareil permettant un drainage par compression et décompression grâce à un manchon placé sur le bras) ainsi que d'autres techniques thérapeutiques.

Tout au long du traitement, le kinésithérapeute sera à l'écoute du patient, s'adaptera à ses besoins et lui donnera les conseils utiles, en collaboration avec toute l'équipe soignante.



Françoise Beckers, Joseph Harfouche,
Françoise Nicaise
Kinésithérapeutes, Cavell

diagnostic précoce

guérison

concertation

personnalisation

soutien

qualité de l'accueil

coordination

dépistage nouveaux équipements

qualité de vie

rôle du généraliste

relations humaines

prévention

sérénité

confiance

LES DIFFÉRENTES FACETTES DES SOINS DE SUPPORT

Le rôle clé de l'infirmier(ère) coordinateur(trice)



L'infirmier(ère) coordinateur(trice) des soins en oncologie (ISCO) est une personne qualifiée et spécialement formée pour prendre en charge des patients dans le cadre des pathologies oncologiques, possédant le titre professionnel d'infirmier bachelier en oncologie.

C'est un poste clé pour la Clinique du Sein, afin de :

-  mieux guider et suivre la patiente dans les différentes étapes que sont l'annonce du diagnostic, les examens complémentaires, le(s) traitement(s) et le suivi.
-  informer et soutenir la patiente. C'est la personne de référence disponible pour répondre à toutes ses questions, et pour faire le lien entre toutes les différentes phases du planning thérapeutique, tout en orientant la patiente vers les différents professionnels.
-  assurer la prise en charge globale de toutes les patientes qui lui sont adressées et d'office après la Concertation Oncologique Multidisciplinaire (COM).

Avec des compétences en sciences infirmières, sciences biomédicales, pathologies spécifiques, anatomie, nutrition/diététique, pharmacopée et informatique (...), l'infirmier(ère) coordinateur(trice) possède des qualités humaines comme le sens des responsabilités, de l'organisation, de la communication et bien entendu la discrétion, le respect et l'empathie qui facilitent le parcours de la patiente et le travail des soignants.



Catherine Marlet,

Directrice du Département Infirmier, Cavell

La psycho-oncologie

L'annonce d'un cancer du sein provoque une rupture dans la continuité de vie des femmes et peut se révéler un moment très difficile à traverser. En effet, ce diagnostic, qui met en jeu l'intégrité physique, les confronte à de l'inattendu, de l'inconnu susceptible de provoquer des perturbations émotionnelles souvent teintées d'un sentiment de vulnérabilité, de fragilité, de désarroi voire de panique.

Le cancer du sein, qui a la particularité de toucher une partie du corps hautement investie sur le plan symbolique, induit souvent une période de bouleversement tant individuel qu'interpersonnel, au cours de laquelle sont mobilisées des questions ou des souffrances relatives à la féminité, à la vie de couple, à la sexualité, à la relation avec les enfants, à l'équilibre familial et social ou encore aux projets professionnels.

L'annonce d'un tel diagnostic marque également le début d'un parcours de soins, souvent éprouvant, où les examens, les traitements et les interventions se succèdent à un rythme soutenu et peuvent entraîner des sentiments d'impuissance ou d'incertitude.

La psycho-oncologie répond essentiellement à la nécessité de prévenir les répercussions négatives de la maladie sur le psychisme des patientes et sur les relations avec leurs proches, de leur éviter de s'enliser dans des sentiments de culpabilité, de résignation et autres, de les aider à trouver les mots pour parler de leur maladie ou de ce qu'elles ressentent à leur conjoint, à leurs enfants... de maintenir leur capacité à penser et leur liberté de décision, de canaliser leurs émotions, de soutenir leur désir de se réaliser à travers des projets divers et de (re)définir éventuellement leurs priorités.

L'équipe de psycho-oncologie se compose de trois psychologues et d'un psychiatre et propose des entretiens individuels, de couple ou de famille durant les hospitalisations et les traitements ambulatoires.

Patricia Putseys et Daphné Grulois,

Psycho-oncologues, CHIREC



ESTHÉTIQUE ET BIEN-ÊTRE : deux facettes si importantes de la pluridisciplinarité...

Les soins esthétiques et de bien-être sont de précieux alliés pour pallier aux désagréments que peut engendrer la maladie : douleur, fatigue, anxiété, perturbation de l'image corporelle... Gommage, masque, maquillage, modelage relaxant adaptés à la pathologie vont bien au-delà de la notion d'esthétique: ce sont des soins de soutien et de réconfort, une aide offerte pour prendre soin de soi, une attention particulière pour se réconcilier avec son corps. Sur proposition de l'équipe soignante, ces soins s'inscrivent dans la démarche thérapeutique, participent à l'art de soigner et à la valorisation du concept de soi pour une meilleure prise en charge personnelle

L'équipe des soins esthétiques et de bien-être du Chirec Cancer Institute (CCI)

diagnostic précoce

guérison

concertation

personnalisation

soutien

qualité de l'accueil

multidisciplinarité

dépistage

qualité de vie

rôle du généraliste

relations humaines

prévention

innovation

confiance



ENSEMBLE FACE AU CANCER DU SEIN

PRÉDISPOSITION HÉRÉDITAIRE AU CANCER DU SEIN

Le cancer du sein touche une femme sur dix dans notre pays, et pour la majorité d'entre elles aucun test génétique n'est utile. Comme ce cancer est fréquent, deux femmes peuvent être touchées par hasard dans une même famille, mère et fille par exemple.

Toutefois, il existe des cas particuliers. 5 à 10% des cancers du sein, comme 5 à 10% des cancers de l'ovaire, résultent d'une prédisposition héréditaire, due à une anomalie d'un gène particulier. Le cancer du sein, ou de l'ovaire, apparaît alors souvent chez plusieurs femmes apparentées, et souvent à un âge relativement précoce, avant 40 ou 50 ans. Une telle anomalie d'un gène est appelée mutation. Dans les familles concernées, la mutation peut être transmise par un homme ou par une femme à un fils ou une fille, mais en pratique les conséquences n'apparaîtront que chez les femmes. Chez les femmes, cette mutation donnera en effet un risque nettement plus élevé de cancer du sein (70%) ainsi qu'un risque significatif de cancer de l'ovaire.

Connaissant le risque, on peut intervenir. Les principes sont la surveillance des seins par imagerie annuelle (échographies, mammographies et IRM mammaires répétées dès l'âge de 25 ans), examen clinique des seins par le gynécologue ou sénologue également sur base annuelle mais décalé de 6 mois par rapport à l'imagerie, et traitement précoce de toute tumeur du sein débutante, ainsi que la chirurgie de résection des ovaires et des trompes vers 40 ans. D'autres options, comme la mastectomie préventive, peuvent être discutées au cas par cas mais ne sont pas recommandées systématiquement.

Le gène en question est soit BRCA1, soit BRCA2 suivant les familles, et une analyse complète en est nécessaire pour chaque nouvelle famille car presque chaque famille concernée porte une mutation différente. Le test génétique BRCA n'est cependant pas recommandé chez toutes les femmes qui ont présenté un cancer du sein. La Consultation de Génétique permettra de préciser

si un test est utile ou pas, en établissant l'histoire personnelle et familiale détaillée. En règle générale, l'analyse doit débiter par une prise de sang chez une femme atteinte de cancer du sein ou de l'ovaire. Cette analyse prend plusieurs mois. Ce n'est qu'ensuite, si une mutation est identifiée chez l'apparentée atteinte, qu'un test pourra être proposé aux apparentées à risque, par exemple les filles et jeunes adultes en bonne santé (test génétique présymptomatique). Ceci ne se fera que dans le cadre d'une procédure en plusieurs étapes, via la consultation de génétique, permettant notamment d'anticiper les résultats du test.



Pr. Marc Abramowicz,

Médecin Généticien

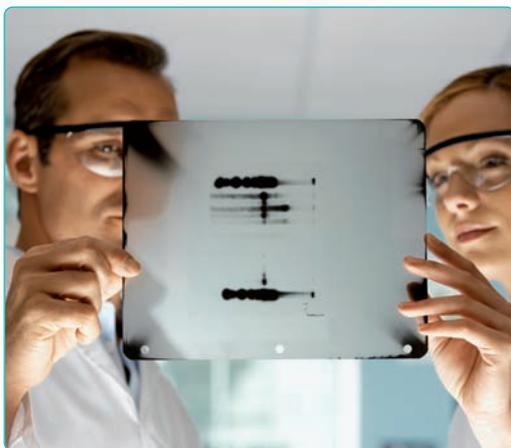
Directeur, Centre de Génétique Humaine, ULB

Professeur, Génétique Médicale, ULB.

Conseil Génétique, Chirec.



La succession des bases dans la chaîne d'ADN constitue le patrimoine génétique : elle comporte environ 30.000 gènes. Deux d'entre eux, BRCA1 et 2, lorsqu'ils sont mutés, peuvent transmettre le cancer du sein de façon héréditaire.



Les progrès de la génétique permettent à présent, en routine, de réaliser des tests démontrant la présence des mutations responsables du cancer du sein héréditaire. Une simple prise de sang suffit chez les patients suspectés d'être porteurs d'une mutation.



Photos Thinstock®

La mutation des gènes BRCA 1 et 2, responsable du cancer du sein héréditaire, peut être transmise par les hommes ou par les femmes : il est essentiel, dans ces situations, de se présenter à un conseil génétique, afin d'étudier la transmission de cette mutation au sein de la famille, et ainsi définir qui est porteur de la mutation, et qui ne l'est pas.

diagnostic précoce

guérison

nouveaux équipements

concertation

qualité de vie

personnalisation

rôle du généraliste

soutien

relations humaines

qualité de l'accueil

prévention

coordination

sérénité

confiance

dépistage

ONCOLOGIE ET DOSSIER MÉDICAL INFORMATISÉ AU CHIREC

Le déploiement de b-Doc, notre dossier médical informatisé se poursuit. L'objectif à moyen terme est de parvenir à supprimer complètement les documents manuscrits (dossier papier). La dématérialisation du dossier "consultation" a largement commencé. Elle se poursuivra intensivement dans la deuxième moitié de 2011 avec un abord plus méthodique (discipline par discipline).

S'il y a bien une discipline médicale qui a tout intérêt à centraliser et partager les informations, c'est évidemment l'oncologie. Notre équipe informatique s'est donc fixé pour but d'offrir aux utilisateurs, acteurs dans le traitement du cancer, tous les outils pour passer harmonieusement de "l'analogique" (dossier papier) au "numérique" (b-Doc).

À cette fin, plusieurs améliorations importantes sont implémentées depuis quelques mois :

- L'amélioration des notes cliniques, plus ergonomiques et surtout plus fonctionnelles.
- La possibilité de "versionner" les notes cliniques partagées (une note peut être utilisée par plusieurs personnes de disciplines différentes tout en permettant de visualiser qui a écrit quoi).
- La possibilité de sortir des informations transversales du contenu des notes, à des fins statistiques par exemple.

Le premier exemple d'utilisation concrète de ces améliorations est la note de COM de sénologie. Celle-ci est utilisée depuis peu pour toutes les patientes atteintes d'un cancer du sein à Cavell. Cette note offre à l'utilisateur un véritable "tableau de bord" de l'état de la maladie avec les décisions prises en COM, les traitements reçus etc.... Elle génère automatiquement le rapport des réunions.

Elle permet de sortir toutes les statistiques souhaitées.

Par ailleurs, le registre du cancer offre maintenant une plateforme électronique d'accès au formulaire obligatoire (la célèbre annexe 55). Nous sommes en train de mettre en place les outils qui vont nous permettre de remplir "online" ce formulaire et d'en avoir le retour informatif pour l'Institution (position du CHIREC par rapports aux autres centres belges par exemple).

Enfin, de nouveaux outils se profilent à l'horizon, comme par exemple la reconnaissance vocale liée à b-Doc qui est actuellement en test pour 30 médecins de l'Institution. Il y en a bien d'autres...

Dr. Denis Goldschmidt,

Chef de mission informatique médicale, CHIREC

LE NOUVEL HÔPITAL DE JOUR DE BRAINE L'ALLEUD A UN AN !

Notre Unité d'Hospitalisation de Jour oncologique, inaugurée début mai 2010, a été installée sur le plateau "0" du flambant neuf bâtiment "D", situé à l'arrière de l'Hôpital de Braine l'Alleud, dans des locaux lumineux et agréables.

Cet aménagement a permis de combiner sur un seul plateau technique l'essentiel des ressources nécessaires à l'oncologie médicale ambulatoire, et en particulier en sénologie :

- ✚ accueil par un secrétariat dédié, qui gère aussi les rendez-vous de bilans, pose de chambre implantable, contacts avec les autres intervenants, ... (02/610.70.85)
- ✚ consultations des oncologues et hématologue (Drs Cl. Finet et Ph. Vermeulen), et radiothérapeutes (Drs J. Vandeville et R. Burette). Cette proximité permet d'intervenir facilement, et à tout moment, en cas de besoin à l'hôpital de jour, et permet aussi aux médecins de se concerter facilement
- ✚ bureau des infirmières (5, toutes spécialisées en Oncologie) et de l'assistante administrative, au centre de l'hôpital de jour (02 / 610.70.50)
- ✚ chambres pour l'administration des traitements et actes techniques mineurs
- ✚ un local à l'écart des zones actives pour des entretiens (psychologue: Mme Aline Pohl; esthéticienne; ...)
- ✚ local spécifique, aux normes actuelles, pour la préparation des chimiothérapies sur place
- ✚ participation de bénévoles (temps de parole, aides ponctuelles,)
- ✚ sur le même plateau DO (couloir parallèle), consultation des gastro-entérologues et

endoscopies digestives, et de l'urologie, et à l'étage en dessous (via D-1) accès facile au laboratoire et à la radiologie (Niveau -1, ancienne aile)

✚ le "parcours patient" doit être intégré et permettre une prise en charge rapide ! Dès la première consultation avec le médecin, les patients sont orientés vers le secrétariat pour les examens éventuels et placement de chambre implantable, puis sont mis en contact avec l'équipe de nursing pour organiser une "Consultation Infirmière en Oncologie", qui est systématiquement offerte à tout nouveau malade. Cette consultation a pour objet de réexpliquer au patient, à son rythme, sa maladie, les traitements proposés et leurs conséquences éventuelles, leurs modalités pratiques, dans un climat d'écoute. En fonction des besoins spécifiques, d'autres intervenants seront sollicités. Ceci permet d'établir un "Projet thérapeutique global" dans lequel le patient est central, et dans lequel nous nous engageons tous solidairement. Une brochure d'accueil spécifique est remise au cours de cet entretien.

✚ toute l'équipe se réunit une fois par mois pour discuter du fonctionnement du service, des dossiers, des traitements (formation continue), ...

✚ tenant à la convivialité même (et surtout) dans ces conditions difficiles, l'équipe toute entière s'efforce de maintenir une ambiance chaleureuse et détendue de travail, dans le professionnalisme.

Nous organisons régulièrement des activités "récréatives" au sein de l'hôpital de jour : concerts de musique classique, concours photos, ... favorisant

les contacts et échanges entre soignants, soignés, et anciens malades qui en profitent pour venir nous revoir !



Dr. Claude Finet
Oncologue Médical, Braine



Dr. Philippe Vermeulen
Oncologue Médical, Braine - Sare

diagnostic précoce

guérison

concertation

personnalisation

soutien

qualité de l'accueil

multidisciplinarité

dépistage

qualité de vie

rôle du généraliste

relations humaines

prévention

innovation

confiance



ENSEMBLE FACE AU CANCER DU SEIN

LES TÉMOIGNAGES

Ils ont dit...

L'équipe de l'Hôpital de Jour accueille les patientes qui viennent recevoir une chimiothérapie. Voici quelques témoignages qui feront chaud au cœur de l'équipe dite du " B 5 " (bâtiment B de Cavell, 5^e étage)

" C'est une équipe formidable, un rayon de soleil pour les malades. Je viens souvent seule et de les voir aussi attentionnées, cela me donne du courage et de la force pour avancer et vaincre la maladie "

" La maladie nous donne une belle leçon sur la vie et ses priorités. On fait de belles rencontres à l'hôpital de jour grâce à une équipe formidable. Le service est bien organisé malgré l'espace restreint "

" Les infirmières et la secrétaire nous donnent beaucoup d'attention et d'humanité. Elles nous aident à imaginer une suite à notre maladie. Tout le temps du traitement, nous sommes chouchoutées et nous nous y sentons bien "

" Quel bonheur que de venir au B5 et d'être le centre de l'attention. Ici, je peux être moi. "

" Le B5 n'est pas seulement une entité appréciée pour son côté professionnel mais également pour son côté humain qui déborde d'amour. Elles communiquent toute leur chaleur pour que chacun se sente au mieux pendant ces moments pas toujours agréables. Je vous remercie du fond du cœur. "



Image de soi



" Certains traitements de chimiothérapie provoquent une perte temporaire des cheveux, redoutée par patientes et patients. Pour accompagner la personne, nous élaborons avec elle une nouvelle coupe de cheveux, que nous allons " dupliquer " en une perruque tout à fait équivalente.

Lorsque la perruque est prête, le coiffeur coupe les cheveux et la met en place.

Ce moment de complicité avec son coiffeur permet de préserver son image, selon son goût "

Eric Vando,

Conseiller en image

À voir ou revoir sur RTBF et TV5

"La bonne humeur, meilleur des remèdes contre la maladie ?"

Ah, l'importance du moral... Dès qu'un diagnostic de maladie grave comme le cancer tombe, c'est généralement un coup de tonnerre qui s'abat sur une vie. Voir sur plusieurs car à côté du malade c'est aussi tout un entourage qui doit absorber le choc. Mais ensuite, les différences de tempérament et les manières parfois très variées d'aborder la maladie peuvent conduire à des résultats très contrastés. En l'occurrence, voici l'histoire de femmes qui ont décidé d'adopter la " positive attitude " face au cancer, et qui n'ont pas perdu leur sourire tout au long des traitements. Quand la championne olympique de la bonne humeur s'en mêle, aucune tumeur ne lui résiste !



Présentation des 2 temps du film par Patrice Goldberg :

Le cancer, c'est pas tabou, on peut en venir à bout.

Au-delà du jeu de mots, la philosophie positive est quelque chose de très important lorsque l'on est frappé par ce type de maladie. Il est non seulement possible de combattre le cancer avec une certaine dose de bonne humeur, mais en outre il est scientifiquement démontré que l'optimisme est un facteur capital pour supporter les traitements et aider son système immunitaire à vaincre la maladie. Je vous propose de suivre le parcours étonnant de femmes qui ont eu chacune un cancer du sein ; et qui, aujourd'hui, croquent la vie à pleines dents.

Et l'histoire ne s'arrête pas là ! D'autres personnes passent par l'épreuve du cancer et peuvent aussi l'affronter avec une bonne humeur communicative. C'est le cas du phénomène que je vous invite à découvrir maintenant : une femme dont le sourire perpétuel est particulièrement contagieux. Vous allez le voir, cette attitude positive contribue à combattre la maladie avec plus d'efficacité...

diagnostic précoce

guérison

dépistage nouveaux équipements

concertation

qualité de vie

personnalisation

rôle du généraliste

soutien

relations humaines

qualité de l'accueil

prévention

coordination

sérénité

confiance

SUCCÈS POUR LES PREMIÈRES " RENCONTRES DU CCI "



Le Chirec Cancer Institute (CCI) a créé, le samedi 23 octobre 2010, les " RENCONTRES " du CCI, consacrées, pour cette première, au cancer du sein. L'objectif était de permettre aux médecins généralistes et aux spécialistes concernés de rencontrer les équipes hospitalières du Chirec Cancer Institute pour avancer ensemble vers une prise en charge pluridisciplinaire des patients. 165 médecins et soignants ont ainsi pu aborder les questions du quotidien et ont manifesté leur satisfaction. 9 sponsors ont permis au CCI de disposer du budget de lancement de cette matinée des RENCONTRES, au Chalet Robinson, sur l'île du bois de la Cambre. Ce cadre a été choisi pour ses qualités d'accueil professionnelles et sa symbolique bruxelloise de détente au cœur de la ville.

Le CHIREC a souhaité remercier le personnel qui prend en charge chaque jour les patients atteints de cancer, au sein de ses hôpitaux et de Sare. Une " gaufres party " a convié le personnel à venir

A VOS AGENDAS !

Les prochaines " RENCONTRES " du CCI " **ONCOLOGIE GYNÉCO-PELVienne** : **LES LÉSIONS PRÉ-CANCÉREUSES** " se tiendront le **samedi 8 octobre** prochain au Chalet Robinson.

La formule retenue sera la même que lors des " RENCONTRES " précédentes associant rigueur scientifique, convivialité et interactivité, dans un cadre des plus agréables.

Les lésions précancéreuses en gynécologie seront au centre du débat : ces lésions peuvent être vulvaires, cervicales, utérines ou ovariennes. Leurs origines sont multiples : virales, hormonales, génétiques ou autres.

La prévention et le dépistage de ces lésions seront envisagés. Le rôle et la place de la vaccination anti HPV sera actualisé, les traitements discutés. L'impact de ces lésions ou de leurs traitements sur la vie quotidienne et sur la fertilité sera étudié.

C'est bien entendu aux médecins traitants et aux gynécologues que ces " Rencontres " du CCI s'adressent en premier : bien sûr, cafés, mignardises et lunch du midi sont prévus.

Mais aussi, les collaborateurs du CCI et leurs enfants sont attendus dans l'après-midi pour une gigantesque gaufres-party ludique.

en famille passer quelques heures de détente joyeuse, dans la foulée du congrès. Pluie et tempête n'ont pas découragé parents et enfants à emprunter l'embarcadère pour se régaler bien au chaud ! Le tour en barque sera pour la prochaine fois! Ballons multicolores, atelier de maquillage et buffet de tartes gourmandes ont retenti des rires des enfants, dans l'odeur sucrée de la cuisson des gaufres en forme de cœur (album photos 2010 en dernière page).



Jean-Pierre Claes,
Coordinateur de la Clinique oncologique
gynéco-pelvienne



diagnostic précoce

concertation

personnalisation

soutien

qualité de l'accueil

multidisciplinarité

dépistage

guérison

qualité de vie

rôle du généraliste

relations humaines

prévention

innovation

confiance



ENSEMBLE FACE AU CANCER DU SEIN

LA CLINIQUE DU SEIN, EN PRATIQUE

AGRÈMENT

L'agrément officiel de notre Clinique du Sein par le Ministère garantit qu'elle répond à des critères de qualité et d'expérience de haut niveau. La compétence de l'équipe soignante, le matériel de pointe et le grand nombre de patientes accueillies contribuent à cette certification.



MULTIDISCIPLINARITÉ

La Clinique du Sein du CHIREC rassemble, toutes les compétences multi-disciplinaires de prise en charge des pathologies du sein. Les médecins et le personnel paramédical souhaitent vous offrir une prise en charge globale de qualité et personnalisée.



QUALITÉ

L'ensemble des acteurs de notre Clinique du Sein a signé la Charte de qualité, rédigée par le Chirec Cancer Institute, dans laquelle ils s'engagent sur tous les aspects de la prise en charge des patients. Cette démarche a reçu l'aval et les encouragements de l'Ordre des Médecins.



TOUS LES SPÉCIALISTES

Tous les spécialistes en pathologie mammaire sont à votre disposition : sénologues, gynécologues, chirurgiens, anatomopathologistes, oncologues médicaux, radiothérapeutes, nucléaristes, chirurgiens plasticiens, généticiens, mais aussi, psychologues, infirmières, kinésithérapeutes, esthéticiennes, et diététiciennes.



UN TRAITEMENT PERSONNALISÉ

Pour définir le traitement le mieux indiqué tout en maintenant un maximum de personnalisation, l'ensemble des intervenants se concertent de façon hebdomadaire lors des Consultations Oncologiques Multidisciplinaires (C.O.M.). Les attitudes diagnostiques et thérapeutiques sont basées sur les recommandations internationales. Cette méthode de travail permet de vous garantir une prise en charge optimale en bénéficiant de l'expertise et de la concertation de l'ensemble de nos spécialistes.



L'ACCÈS AUX TOUT NOUVEAUX TRAITEMENTS

Les traitements actuels sont de plus en plus individualisés : ils sont choisis au cas par cas, selon les standards internationaux. Des médicaments ciblés qui ne sont pas encore sur le marché peuvent vous être proposés dans le cadre de protocoles cliniques.



DES TECHNOLOGIES DE POINTE

Des équipements modernes et ultra-performants sont utilisés, du diagnostic précoce au traitement : mammographe digital, résonance magnétique nucléaire, diagnostic moléculaire, dernier modèle "ARTISTE" en radiothérapie, PET CT scan de toute dernière génération.



DES CHIFFRES CLÉS

Les équipes du Chirec Cancer Institute réalisent chaque année :

- 35.000 mammographies
- prise en charge de **plus de 1000** patientes avec cancers du sein, tous stades confondus
- 600 chirurgies du sein
- 250 cancers du sein traités en radiothérapie
- une concertation oncologique multidisciplinaire hebdomadaire (COM) consacrée exclusivement à la Clinique du Sein



VOS CONTACTS DIRECTS

- CAVELL : 02 340 43 40
- PARC LEOPOLD : 02 287 57 83

- BRAINE L'ALLEUD : 02 389 04 39
- SARE : 02 556 51 70

- Clinique EDITH CAVELL - 32 rue Edith Cavell - 1180 BRUXELLES
- Clinique PARC LÉOPOLD - 38 rue Froissart - 1040 BRUXELLES
- Clinique BASILIQUE - 37-47 rue Pangaert - 1083 BRUXELLES

- Hôpital BRAINE L'ALLEUD - WATERLOO - 35 rue Wayez - 1420 BRAINE L'ALLEUD
- Centre Médical EUROPE LAMBERMONT - 1-5 rue des Pensées - 1030 BRUXELLES
- Clinique SARE - 66 Bd J.Graindor - 1070 BRUXELLES

diagnostic précoce

guérison

concertation

personnalisation

soutien

qualité de l'accueil

coordination

dépistage nouveaux équipements

qualité de vie

rôle du généraliste

relations humaines

prévention

sérénité

confiance

DU NOUVEAU À LA CLINIQUE DU SEIN DE CAVELL



Les équipes pluridisciplinaires de la Clinique du Sein de Cavell sont situées dans l'enceinte de la Clinique, au 32, rue Edith Cavell

DÉPISTAGE - SENO-RADIOLOGIE
CHIRURGIE MAMMAIRE
ONCOLOGIE MÉDICALE
RADIOTHÉRAPIE
SOINS DE SUPPORT
CONSEIL GÉNÉTIQUE

Nouveau : La Clinique du Sein de Cavell a ouvert des consultations au 41, rue Marie Depage, aux côtés de la Women's Clinic

ACCUEIL ET SECRÉTARIAT

Tél. 02 340 43 40

INFIRMIÈRE COORDINATRICE

Tél. 02 340 46 76

CHIRURGIE GYNÉCO-PELVIENNE ET MAMMAIRE

Dr. Jean-Claude Massart
Dr. Jean-Frédéric Limbosch
Dr. Jean Vankerkem
Dr. Marc Arens
Dr. Patrick Colart
Dr. Sonia Lejeune

PSYCHOLOGUES

en clinique et en consultation :
Daphné Grulois
Patricia Putseys
en consultation :
Catherine Diricq
Estelle Coclet

CHIRURGE PLASTIQUE ET DE RECONSTRUCTION

Dr. Jean Van Geertruyden
Dr. Jean-Valéry Berthe
Dr. Giancarlo Cantella
Dr. Maxime De Wulf
Dr. Muriel Greuse
Pr. Mustapha Hamdi

KINESITHERAPEUTES

Joseph Harfouche
Françoise Nicaise
Christine Braconnier

COSMÉTOLOGIE ET BIEN-ÊTRE

Marie Comas



diagnostic précoce

guérison

concertation

personnalisation

soutien

qualité de l'accueil

multidisciplinarité

dépistage

qualité de vie

rôle du généraliste

relations humaines

prévention

innovation

confiance



ENSEMBLE FACE AU CANCER DU SEIN

Groupement Hospitalier
CHIREC - SARE



● **Clinique EDITH CAVELL**

rue Edith Cavell, 32
B-1180 BRUXELLES
Tél. + 32 2 340 40 40

● **Clinique PARC LÉOPOLD**

rue Froissart, 38
B-1040 BRUXELLES
Tél. + 32 2 287 51 11

● **Clinique BASILIQUE**

rue Pangaert, 37-47
B-1083 BRUXELLES
Tél. + 32 2 422 42 42

● **Hôpital BRAINE L'ALLEUD - WATERLOO**

rue Wayez, 35
B-1420 BRAINE L'ALLEUD
Tél. + 32 2 389 02 11

● **Centre Médical EUROPE LAMBERMONT**

rue des Pensées, 1-5
B-1030 BRUXELLES
Tél. + 32 2 240 60 60

● **Clinique SAINTE-ANNE SAINT-RÉMI**

bd J. Graindor, 66
B-1070 BRUXELLES
Tél. + 32 2 556 51 11



L'ALBUM PHOTOS des "RENCONTRES" DU CCI

Gaufres-party en famille pour le personnel qui prend en charge au quotidien les patients atteints de cancer, au sein des hôpitaux du CHIREC et de SARE.



SOUTENIR LA RECHERCHE

- Vous souhaitez soutenir la recherche menée au CCI ?
- Contactez nous au + 32 2 340 4662, cancer.institute@chirec.be

■ Ou à l'adresse postale ci-dessous :
Chirec Cancer Institute - CCI - rue Edith Cavell, 32 - 1180 Bruxelles



La Fondation CARE a été constituée afin de promouvoir une recherche scientifique de qualité au sein des différentes cliniques constituant le CHIREC.

Elle soutient la dynamique du CCI² pour la recherche clinique contre le cancer.

La Fondation CARE fournit une attestation de déduction fiscale, dès 30€ de don/an.
Compte du Chirec Cancer Institute :

N° de compte 676 - 0937721 - 85 Banque DEGROOF

Communication : à indiquer sur le virement RECHERCHE CANCER CCI

Vous pouvez nous contacter du lundi au vendredi de 9h à 17h

Tél. + 32 (0)2 340 4662 - Fax + 32 (0)2 340 4882

cancer.institute@chirec.be



Chirec Cancer Institute Newsletter
Éditeur responsable : Prof. Thierry VELU - Chirec, rue E. Cavell, 32 - 1180 Bruxelles

Rédacteur en chef : ISIS Agency - FRANCE

Comité de rédaction : Pascale BERRYER - Groupes multidisciplinaires