



ÉDITO

Le dossier de ce News du Chirec Cancer Institute est consacré aux néoplasies gynéco-pelviennes, et plus particulièrement aux lésions précancéreuses. Au cours de ces dernières décennies, des moyens considérables ont été affectés à la recherche avec un double objectif. Le premier était de comprendre les mécanismes de la cancérogenèse, ceux-là même impliqués dans la transformation d'une cellule normale en cellule cancéreuse. Le second objectif était de disséquer, à un niveau moléculaire, les diverses étapes conduisant cette cellule transformée à proliférer pour former des masses tumorales, à survivre grâce au développement de nouveaux vaisseaux (néo-angiogenèse), à infiltrer les tissus avoisinants et à envahir les vaisseaux pour aller former des métastases à distance.

Grâce à ces progrès, les chercheurs ont développé des nouveaux traitements ciblant spécifiquement ces mécanismes : il s'agit des nouvelles thérapies ciblées anti-cancéreuses qui voient le jour depuis peu pour remplacer la chimiothérapie, ou pour s'y associer. Ces traitements sont souvent plus efficaces et moins toxiques que la chimiothérapie.

Un exemple de ces nouvelles thérapies ciblées est donné à la fin de ce News, pour le traitement du cancer de l'ovaire.

(suite page 2)



Photo Shutterstock®

LE SAVIEZ-VOUS ? CHEZ LES FEMMES ...



- Le cancer est fréquent puisqu'il affecte une femme sur quatre avant l'âge de 75 ans.
- Le cancer atteint principalement les personnes âgées : 62% des cancers chez des femmes de plus de 60 ans.
- La tumeur la plus fréquente chez les femmes est le cancer du sein : plus d'un tiers des cas.
- 11.000 femmes meurent de cancer, chaque année, en Belgique.
- Les taux belges d'incidence des cancers du sein et de la tête et du cou chez la femme sont parmi les plus élevés d'Europe.

- Le nombre de nouveaux de cas de cancers gynécologiques est de 3200 par an, en Belgique.
- Le cancer de l'endomètre est le cancer gynécologique le plus fréquent, avec 1350 nouveaux cas par an, en Belgique.
- Avec 870 nouveaux cas par an, le cancer de l'ovaire est moins fréquent, mais il est le cancer gynécologique responsable du plus grand nombre de décès : 650 par an, en Belgique.
- Le cancer du col de l'utérus est induit par le papilloma virus contre lequel des vaccins sont disponibles.



ENSEMBLE FACE AUX LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES

ÉDITO

La compréhension des mécanismes impliqués dans la transformation d'une cellule normale en cellule cancéreuse a également permis de comprendre que cette transformation ne comportait pas qu'une seule étape, mais, au contraire, une succession d'étapes qui vont progressivement transformer la cellule et la rendre de plus en plus cancéreuse : de normale, la cellule va présenter un état de prolifération accrue, puis va devenir " immortelle " par perte des mécanismes contrôlant la division cellulaire; d'une situation " normale ", elle va donc progressivement devenir " précancéreuse ", puis " cancéreuse ", puis " métastatique ". Chacune de ces étapes multiples est la conséquence de modifications, ou mutations, survenant au niveau du génome de la cellule (ADN, matériel génétique). Les diverses étapes de transformation correspondent à l'accumulation de telles mutations. On peut donc dire que le cancer est une maladie génétique : il est d'ailleurs la maladie génétique la plus fréquente. Mais dire qu'un cancer est une maladie génétique ne veut cependant pas dire qu'il est héréditaire : seule une petite proportion d'entre eux est héréditaire.

Diagnostiquer un état précancéreux permet d'agir avant le développement d'un cancer : il permet donc d'intervenir plus tôt dans le processus de progression, et, par là-même, d'agir à un moment où il est plus facile et plus efficace de guérir le patient. Nous sommes ainsi à la croisée entre prévention et dépistage...

L'objectif de ce numéro, et des dernières Rencontres du CCI du Bois de la Cambre, est de discuter des pathologies précancéreuses gynéco-pelviennes. Alors que, comme nous venons de le signaler, les mécanismes ont pu être disséqués jusqu'à un niveau moléculaire, les causes en sont encore le plus souvent inconnues : une des exceptions est le papilloma virus qui est responsable des modifications cellulaires induisant la transformation cancéreuse des cellules du col de l'utérus, et contre lequel des vaccins ont pu être développés avec succès.

Pr Thierry Velu

Oncologie Médicale
Directeur du Chirec Cancer Institute



Dr Jean-Pierre Claes

Chirurgie Oncologique Gynéco-pelvienne
Coordinateur de la Clinique d'Oncologie
Gynéco-pelvienne



Shutterstock®

TECHNIQUES INNOVANTES

formation prévention

hartelijk onthaal

screening

qualité de vie

samenwerking

coaching

transparence

CONFIANCE

concept architectural

LEVENSKWALITEIT

collaborations

human relationship

EN DIRECT DES RENCONTRES DU CCI

L'esprit des "Rencontres" du Chirec Cancer Institute (CCI) est de rapprocher les médecins de la première ligne, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, des équipes spécialisées du Chirec pour avancer vers une prise en charge optimale et multidisciplinaire des patientes.

Il y a un an, nous vous avons proposé les premières "Rencontres" consacrées au cancer du sein.

Celles-ci furent un succès grâce au nombre important de participants et à la qualité des échanges. Depuis, la Clinique du Sein du Chirec connaît un succès croissant avec une diffusion de plus en plus large de son savoir-faire.

Les sites de Cavell et de Sare disposent d'un espace spécifique dédié à la clinique du sein et permettent de fonctionner dans une unité de lieu, de temps et d'action. À l'hôpital de Braine l'Alleud-Waterloo et à la Clinique du Parc Léopold, des circuits courts de prise en charge sont établis afin de permettre une mise au point complète, rapide, et l'instauration du traitement.

Les "Rencontres" du 8 octobre 2011 ont été consacrées aux lésions précancéreuses gynéco-pelviennes avec pour objectif le dépistage et la prise en charge de celles-ci.

C'est à nouveau dans le cadre enchanteur du Bois de la Cambre que nous nous sommes retrouvés.

Journée pluvieuse mais studieuse où plus de 200 médecins et soignants se sont donnés rendez-vous pour débattre de ce vaste sujet et prévenir l'apparition de cancers gynécologiques invasifs, responsables de 10% des décès par cancer chez la femme.

Bien sûr les barques réservées sont restées à quai et les lapins tapis au fond de leurs terriers de l'île Robinson, mais le programme élaboré par la Clinique d'Oncologie Gynéco-pelvienne était des plus intéressants.

Les lésions précancéreuses peuvent être périnéales, vulvo-vaginales, cervicales, utérines ou ovariennes. Leurs origines sont multiples : virales, hormonales, ou autres.

Le dépistage de ces lésions a été étudié, la prévention et la place de la vaccination anti-HPV ont été actualisées. L'impact de celles-ci et/ou de leurs traitements sur la vie quotidienne, la fertilité et la grossesse ont été discutés.

Les cancers gynéco-pelviens se prêtent bien au dépistage car ils sont souvent précédés de lésions précancéreuses qu'il importe de reconnaître. Pour cela, il faut savoir :

- entendre et écouter, ce qui reste fondamental : gênes, prurit, douleurs... surtout chroniques et répondant mal ou peu aux traitements ;
- regarder et voir : lésions rouges, blanches, scléreuses, nodulaires, "blessures" persistantes...
- prélever et biopsier sans hésiter : trop de patientes échappent au dépistage. Les médecins de famille peuvent améliorer celui-ci en faisant davantage de frottis et en réalisant ainsi un véritable "rattrapage". Les frottis doivent être interprétés correctement en évitant toute dramatisation surtout chez les très jeunes patientes ou au cours de la grossesse ;
- la place du vaccin anti-HPV : c'est surtout le discours médical qui permettra la réussite des campagnes de vaccination ;
- explorer les métrorragies et identifier correctement les masses pelviennes.

La clinique d'Oncologie Gynéco-pelvienne du CCI fonctionne depuis 2007 : elle est centrée sur la patiente pour une prise en charge optimale, personnalisée et humanisée. La multidisciplinarité est la règle et l'ensemble des intervenants a signé la Charte de Qualité du Chirec Cancer Institute (CCI), ce qui garantit les meilleurs soins, en toute transparence.

La Fondation Care du Chirec soutient la recherche en oncologie et participe au financement d'une étude randomisée dans le cancer de l'ovaire (ov-hipec). Le CCI est, par ailleurs un des 3 centres belges retenus pour développer une nouvelle classe d'agents médicamenteux dans le cancer de l'ovaire en récidive.

Les "Rencontres" du CCI ont aussi et, avant tout, été dédiées aux femmes en souffrance dans leur corps et leur âme.

Puisse notre travail à toutes et tous les aider au mieux.

Pr Thierry Velu

Oncologie Médicale

Directeur du Chirec Cancer Institute

Dr Jean-Pierre Claes

Chirurgie Oncologique Gynéco-pelvienne

Coordinateur de la Clinique d'Oncologie Gynéco-pelvienne





ENSEMBLE FACE AUX LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES DU PÉRINÉE

Le périnée peut être le siège de lésions précancéreuses appelées VIN (Vulvar Intraepithelial Neoplasia), AIN (Anal Intraepithelial Neoplasia) ou PIN (Penile Intraepithelial Neoplasia) selon la localisation. Elles peuvent évoluer vers des carcinomes épidermoïdes invasifs.

On distingue deux types de néoplasies intra-épithéliales selon qu'elles sont, ou non, induites par l'HPV (Human Papilloma Virus). Ces dernières sont liées à une dermatose inflammatoire chronique, telle que le lichen scléreux. Le type de VIN favorise le type de carcinome épidermoïde associé : basaloïde, condyломateux, classique ou verruqueux. Ces diagnostics requièrent une biopsie.

L'infection par HPV des organes génitaux externes se manifeste par la présence de condylomes. 90% sont dus à un HPV de type 6 ou 11. Il s'agit d'une infection bénigne, mais environ 20% des patients sont co-infectés par un HPV de type oncogène.

Le lichen scléreux est une dermatose inflammatoire chronique qui touche principalement les organes génitaux externes. Il se manifeste sous forme de plaques nacrées parfois associées à des suffusions hémorragiques. Son évolution peut entraîner une disparition des reliefs (disparition des petites lèvres, encapuchonnement du clitoris), une atrophie de la muqueuse et parfois une fusion médiane des petites lèvres.

Le risque de cancérisation est d'environ 5%. Il semble être plus important chez les patientes répondant mal au traitement corticoïde.

Plusieurs présentations cliniques correspondent au diagnostic histologique de VIN (Vulvar Intraepithelial Neoplasia) : la maladie de Bowen, l'érythroplasie de Queyrat et la papulose bowenoïde.

- La maladie de Bowen touche préférentiellement la femme ménopausée et se manifeste par une lésion unique, infiltrée, leucoplasique et/ou érythroplasique, parfois kératosique ou pigmentée.
- L'érythroplasie de Queyrat se présente comme une macule érythémateuse à bords nets, unique ou multiple sans tendance à la guérison spontanée.
- La papulose bowenoïde survient surtout chez les sujets jeunes. Il s'agit de papules multiples et multifocales, d'aspect polymorphe (surface plane ou verruqueuse, coloration rose, blanche ou brune).

Si ces trois tableaux cliniques correspondent à une seule image histologique, leur pronostic est très différent et, par conséquent, la prise en charge le sera aussi. La papulose bowenoïde évolue souvent lentement et de manière peu invasive. La maladie de Bowen, surtout dans un contexte de

lichen scléreux et en l'absence de traitement, évolue plus rapidement vers un carcinome épidermoïde. Enfin, le taux de cancérisation de l'érythroplasie de Queyrat est compris entre 10 et 33%. La fréquence des VIN HPV induits est en augmentation mais en Europe, 70% des carcinomes épidermoïdes vulvaires surviennent sur lichen scléreux.

En conclusion, toute lésion chronique de type leucoplasique, érythroleucoplasique, kératosique ou ulcérée du périnée doit faire l'objet d'un diagnostic clinique et histologique afin d'adapter au mieux la prise en charge et d'éviter la cancérisation.



Dr. Dominique Waroquier,
Dermatologie, pathologie des muqueuses

PRISE EN CHARGE DES LÉSIONS PRÉ-CANCÉREUSES DE LA VULVE

Maladie rare et peu connue, cette pathologie est souvent diagnostiquée tardivement.

Une augmentation vertigineuse de sa fréquence la replace au centre des intérêts en terme de dépistage et de prise en charge.

Elle se développe sur deux types de terrains :

- soit dans le cadre d'une infection à Human Papilloma Virus (HPV), bien connue pour être responsable du cancer du col utérin.
- soit dans le cadre d'une pathologie plus dermatologique, le Lichen Scléreux Vulvaire.

Ceci explique que le diagnostic soit majoritairement fait par le dermatologue, le gynécologue ou encore le médecin de famille.

Le symptôme le plus fréquent est le prurit chronique ne cédant pas aux traitements bien menés. Mais ce symptôme se retrouve également dans un tas d'autres pathologies vulvaires.

C'est pourquoi, en cas de doute et certainement chez les patientes à risques, il ne faut pas hésiter à faire procéder à l'analyse microscopique d'un petit échantillon de tissu (biopsie), qui pourra être prélevé aisément au cabinet du médecin, sous anesthésie locale.

Il s'agit d'un examen mineur et qui peut sauver des vies. Il ne faut donc pas hésiter à le pratiquer.



Dr Sonia Lejeune
Chirurgie oncologique gynéco-pelvienne



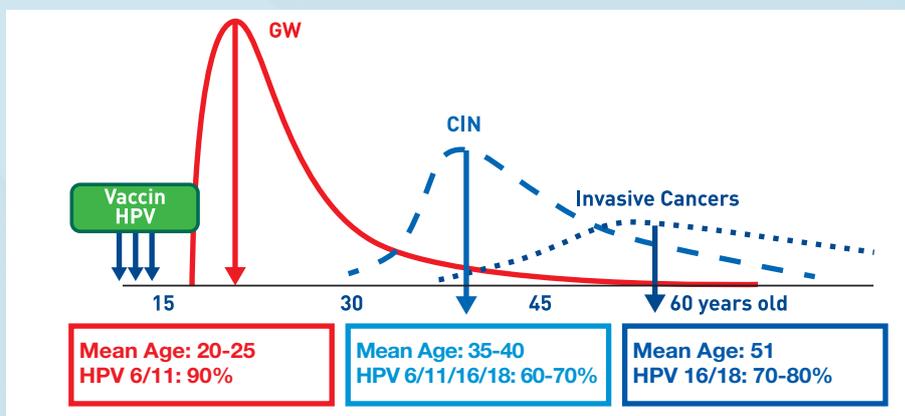
Dispositif pour PUNCH biopsie de 4mm, réalisée après anesthésie locale à la xylocaïne, à réaliser en cas de doute sur le diagnostic d'une lésion vulvaire, et certainement chez les patientes à risques.

LA VACCINATION HPV : COMMENT AMÉLIORER LA COUVERTURE DE LA POPULATION ?

Environ 75 % de notre population féminine 16-26 ans semble encore négative pour les quatre souches HPV les plus répandues, à savoir HPV 6/11/16 et 18.

À contrario, 25 % de cette même population a déjà été en contact avec au moins une de ces souches.

Un petit schéma vaut mieux qu'un long discours...



Sur le schéma ci-dessus, vous voyez le pic de contacts avec l'HPV (GW), le pic du développement des dysplasies cervicales (CIN) et le pic de l'apparition des cancers invasifs dans une population non vaccinée. Compte tenu des éléments vus précédemment, il y a donc lieu de vacciner avant les contacts potentiels avec l'HPV et donc avant le début de cette courbe. Afin d'optimiser l'efficacité de ces vaccins, ceux-ci doivent être utilisés en prévention et donc de préférence avant tout contact potentiel avec le virus. Nos autorités sanitaires du nord et du sud du pays ont tous deux opté pour la promotion de la vaccination chez les jeunes filles en milieu scolaire (qui est la meilleure méthode afin d'obtenir une couverture vaccinale optimale en un minimum de temps). Le rôle des médecins (généralistes, pédiatres et gynécologues) est donc primordial quant à la façon d'aborder le sujet avec nos jeunes patientes, ou avec leurs parents, afin de les rassurer et de les convaincre du bien-fondé de cette campagne de vaccination. Parallèlement à cette campagne ciblant les jeunes filles, il semble émerger, de certaines études, qu'il existe d'autres populations cibles potentielles.

À savoir :

- les patientes avec un frottis toujours négatif qui " changent de vie ",
- les patientes ayant eu une dysplasie traitée et guérie,
- et éventuellement les jeunes hommes.

En conclusion, je ne peux que vous encourager à ouvrir le dialogue avec les patientes réticentes, à informer l'ensemble de la population cible rencontrée, d'essayer de les rassurer, de les convaincre et de les vacciner.



Dr. Jean-Frédéric Limbosch

Chirurgie oncologique gynéco-pelvienne



Shutterstock®



ENSEMBLE FACE AUX LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES

TERMINOLOGIE DES LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES DU COL UTÉRIN

La terminologie " **CIN** ", initiales de " **C**ervical **I**ntra-épithéliales **N**éoplasies " a été progressivement remplacée dans les pays francophones par celui de " **Dysplasies** ", afin d'éviter à la fois l'angoisse des patientes en entendant le terme " néoplasie " et le sur-traitement de la part de certains médecins.

Cette terminologie est utilisée pour grader les biopsies cervicales.

En résumé :

- **Dysplasie légère = CIN1**
correspond à des atypies cellulaires situées dans le 1/3 inférieur de l'épithélium.
On y retrouve souvent les signes d'infection virale à HPV (présence de koilocytes : cellules vacuolées à gros noyaux).
- **Dysplasie modérée = CIN2**
correspond à des atypies cellulaires situées dans les 2/3 inférieurs de l'épithélium.
- **Dysplasie sévère = CIN3**
Carcinome in situ : correspond à des anomalies cellulaires situées dans tout l'épithélium.

La cytologie cervicale (= le frottis de dépistage) utilise généralement en cas d'anomalies la terminologie de

- **LSIL** " **L**ow-grade **S**quamous **I**ntraepithelial **L**esion " qui correspond le plus souvent à des lésions biopsiées de dysplasie légère **CIN1**.
Cependant, des lésions plus graves peuvent être retrouvées dans 15 à 30% des cas.
- **HSIL** " **H**igh-grade **S**quamous **I**ntraepithelial **L**esion " qui peut correspondre sur les biopsies, soit à une dysplasie modérée **CIN2**, soit à une dysplasie sévère **CIN3**.



Shutterstock®

DÉPISTAGE DU CANCER DU COL UTÉRIN : LE FROTTIS CERVICO-VAGINAL

Le frottis de dépistage du cancer du col utérin, mis au point par Georges Papanicolaou en 1928 et introduit dans les campagnes de dépistage dans les années 40, a permis de réduire fortement l'incidence et la mortalité des cancers du col utérin.

Dans les années 80-90 ont été développés les frottis dits en phase liquide ("monocouche"), technique permettant une lecture automatisée assistée par ordinateur.

• Frottis conventionnel, frottis en phase liquide "monocouche" : lequel choisir, quels avantages, quels inconvénients?

Depuis leur utilisation, les frottis conventionnels ont clairement prouvé leur efficacité. Ils sont rapides, peu onéreux, nécessitant peu de matériel et d'appareillage technique. Par contre, la proportion de frottis non contributifs est plus élevée qu'en technique monocouche en raison de nombreux artéfacts (fixation, sang, inflammation,...).

De plus, le frottis conventionnel n'offre pas la possibilité d'effectuer des examens complémentaires, dont la recherche des virus HPV.

Les frottis en "monocouche" ont l'avantage de réduire les superpositions cellulaires. Ils évitent les problèmes de fixation et diminuent les artéfacts, améliorant ainsi la spécificité du diagnostic. Cette technique permet surtout d'effectuer la recherche des HPV à haut risque dans la foulée de l'examen morphologique. Elle est toutefois nettement plus onéreuse et nécessite une infrastructure étendue.

L'avantage apporté par la cytologie en milieu liquide est que cette technique, en plus de la possibilité de rechercher et de typer l'HPV, assure une standardisation de la fixation et de l'étalement, ce qui permet une lecture assistée par ordinateur (analyseur d'images) sensée améliorer la sensibilité.

Aujourd'hui, les grandes méta-analyses concluent cependant que la cytologie en milieu liquide ne détecte pas plus de lésions malpighiennes de haut grade que le frottis conventionnel.

• Modification de la nomenclature d'Anatomie Pathologique en 2009

Depuis juin 2009, les frottis de dépistage de cellules néoplasiques sur prélèvements cervico-vaginaux ne sont plus remboursés que tous les deux ans par l'INAMI.

Dans la foulée ont été introduits, dans cette nouvelle nomenclature, les frottis dits "de suivi diagnostique ou thérapeutique" ainsi que la possibilité de "double lecture". Un frottis de double lecture est un frottis de dépistage pour lequel le pathologiste demande un second avis à un collègue afin de renforcer la spécificité du diagnostic émis.

Les frottis de contrôle (suivi diagnostique ou thérapeutique lors d'anomalies préalables) peuvent quant à eux être portés en compte deux fois par an jusqu'à la négativation de l'examen.

La recherche et le typage des virus HPV à haut risque doivent être réalisés dans un laboratoire accrédité selon la norme ISO 15189 pour cette analyse.

Cette recherche peut se faire dans de multiples conditions de remboursement :

- 1) dans un frottis de dépistage s'il a été démontré des cellules atypiques ("ASC-US, ASC-H, AGC-ecc NOS OU AGC-ecc, favor neoplasia") avec confirmation en double lecture,
- 2) lors d'un frottis de contrôle ou de suivi, s'il a été décrit préalablement des cellules atypiques ("ASC-US; ASC-H, AGC-ecc NOS OU AGC-ecc, favor neoplasia")
- 3) dans le suivi du traitement d'une néoplasie cervicale intra-épithéliale de haut grade (CIN2, CIN3 et AIS-ecc) en cas de cytologie cervicale actuellement négative.



Frottis conventionnel



Frottis en phase liquide, en "monocouche"



ENSEMBLE FACE AUX LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES

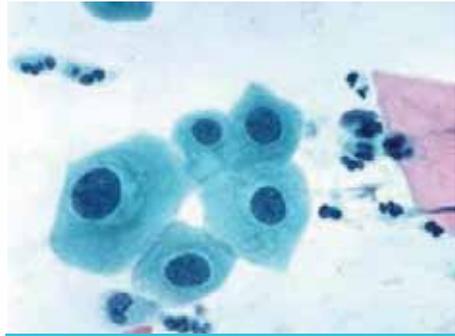
BIEN COMPRENDRE LE COMPTE-RENDU ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Comme mentionné dans la nomenclature, un avis quant à l'attitude à suivre doit être proposé dans le protocole anatomo-pathologique. Afin d'essayer d'uniformiser ces recommandations, la Société Belge de Cytologie Clinique a proposé et publié en 2009 des guidelines.

Ceux-ci sont basés sur les guidelines déjà publiés dans la littérature pour la prise en charge des patientes présentant des atypies dans les frottis cervicaux et sont adaptés au mieux à la pratique médicale belge.



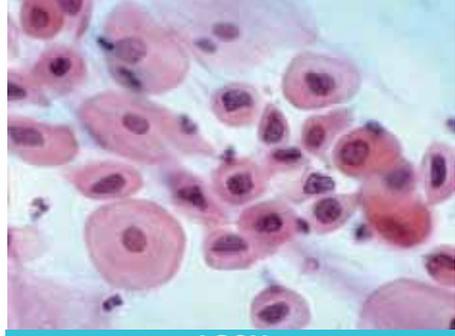
Dr. Anne Mathieu
Anatomo-pathologie gynéco-pelvienne



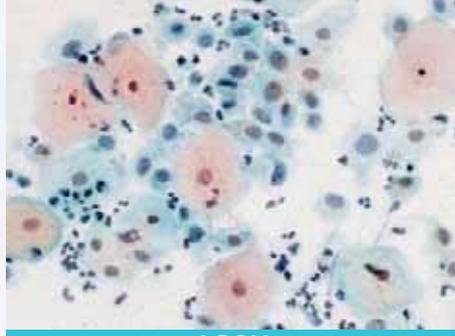
ASCUS



ASCUS



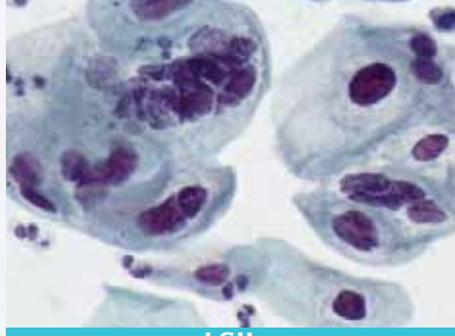
ASCH



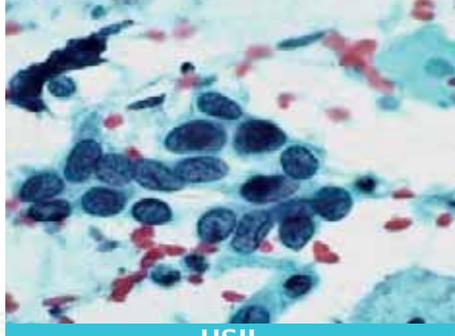
ASCH



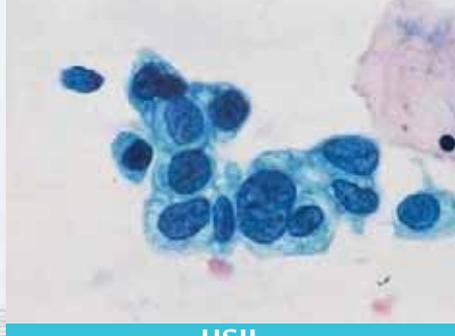
LSIL



LSIL



HSIL



HSIL



Source INCA - www.e-cancer.fr

overleg

sérénité

TECHNOLOGIE DE POINTE

coördinatie

targeted therapy

continuité des soins

CONCERTATION

transparence

mise aux normes

ACCOMPAGNEMENT

computer file

INNOVATION

Le compte-rendu anatomo-pathologique d'un frottis cervico-vaginal précise :

- le type de spécimen : frottis conventionnel ou en phase liquide (" monocouche ")
- la qualité du prélèvement
- le diagnostic cyto-pathologique
- le résultat de la recherche du typage HPV à haut risque s'il y a lieu
- un avis quant à l'attitude thérapeutique à suivre

Qualité du prélèvement

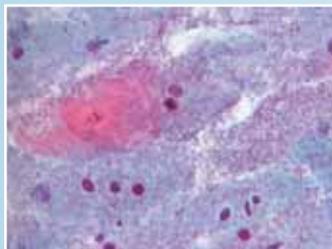
Un prélèvement adéquat est un prélèvement réalisé au niveau de la jonction cervicale avec présence de cellules malpighiennes exocervicales et de cellules glandulaires endocervicales. Toutefois, l'absence de cellules endocervicales n'est pas un critère de prélèvement non optimal. Un frottis doit être bien cellularisé, étalé, fixé et avec un minimum d'artéfacts. Une interprétation optimale des éventuelles cellules atypiques est alors possible. Lorsqu'un prélèvement ne satisfait pas à ces critères, l'interprétation du frottis est limitée, voire impossible.

Le diagnostic cyto-pathologique

La majorité des frottis cervico-vaginaux ne montrent pas de lésion ou sont le siège d'atypies dites " non néoplasiques ". Parmi ces atypies, on retrouve celles liées à l'inflammation (avec ou sans agent pathogène mis en évidence), à l'atrophie ou encore celles dues à un dispositif intra-utérin.



Candida



Gardnerella

Les anomalies se retrouvent essentiellement au niveau des cellules malpighiennes exocervicales et correspondent principalement aux ASC-US, ASC-H, LSIL et HSIL (cf figure)

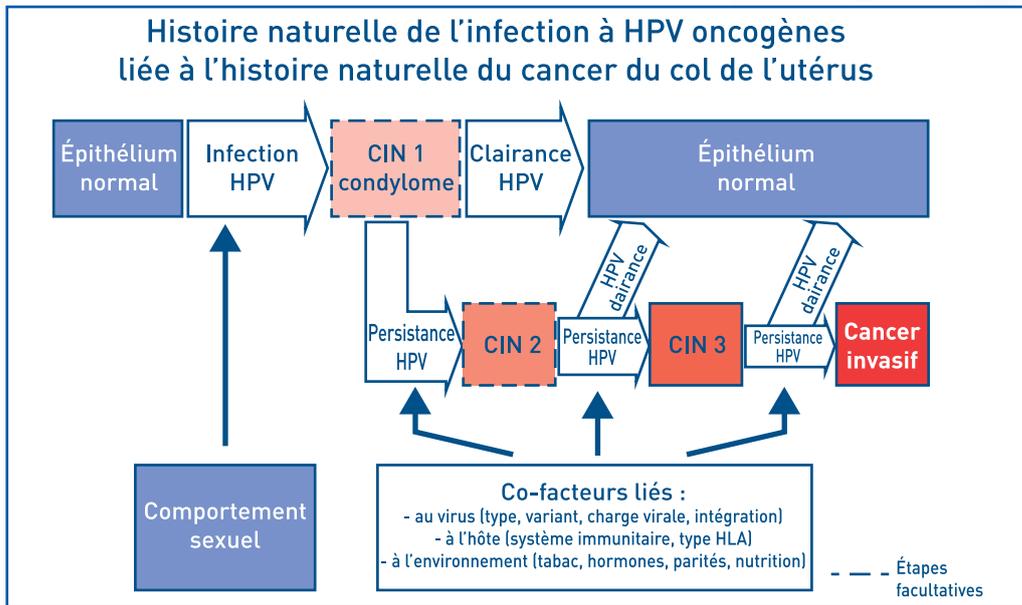
- les ASCUS (" Atypical Squamous Cells of Underdetermined Significance ") correspondent à des altérations cytologiques caractérisées par des noyaux augmentés de taille, une discrète augmentation du rapport nucléocytoplasmique ainsi qu'une discrète irrégularité chromatinienne. Dans 50% des cas, un HPV à haut risque est présent. Une lésion de haut grade (CIN2 - CIN3) est retrouvée dans 10 à 20% des cas à la biopsie.
- Dans les cas d'ASCH (" Atypical Squamous Cells Cannot exclude HSIL "), on observe des amas de cellules de plus petite taille avec une aggravation du rapport nucléocytoplasmique. Toutefois, ces atypies sont qualitativement ou quantitativement insuffisantes pour un diagnostic cytologique définitif de lésion de haut grade. Une lésion de haut grade sera retrouvée dans 25 à 90% des biopsies.
- Une LSIL (Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion, anomalie intra-épithéliale de bas grade) est caractérisée par la présence de cellules atypiques caractéristiques appelées koïlocytes et correspondant à une lésion de dysplasie légère à la biopsie. Toutefois, lors d'une lésion de bas grade à l'examen cytologique, dans 15 à 30 % des cas, une lésion de haut grade sera retrouvée à la biopsie.
- Une HSIL (High-Grade Squamous Intraepithelial Lesion, anomalie intra-épithéliale de haut grade) est caractérisée par des cellules de petite taille aux noyaux irréguliers, hyperchromatiques avec inversion du rapport nucléocytoplasmique.





ENSEMBLE FACE AUX LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES

QUE FAIRE DEVANT UN FROTTIS ANORMAL DU COL UTÉRIN ?



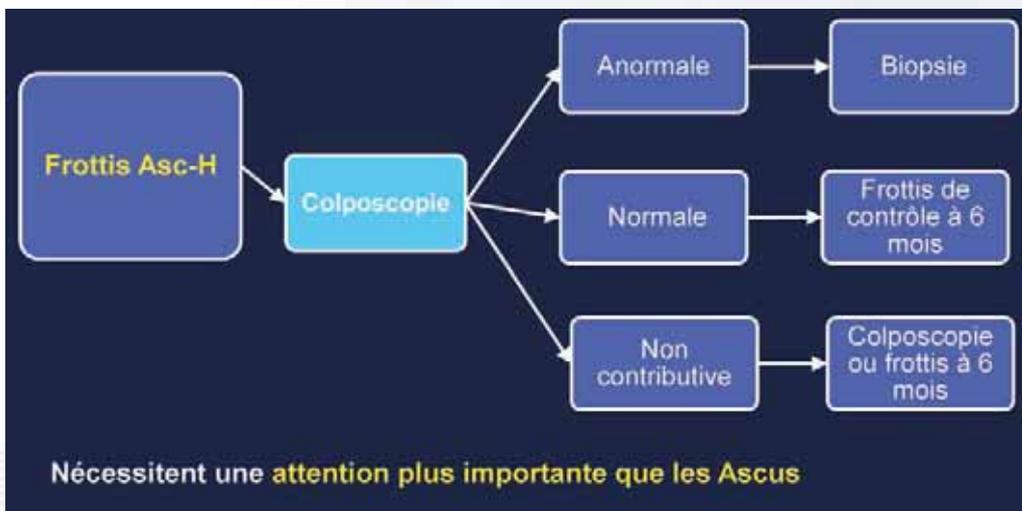
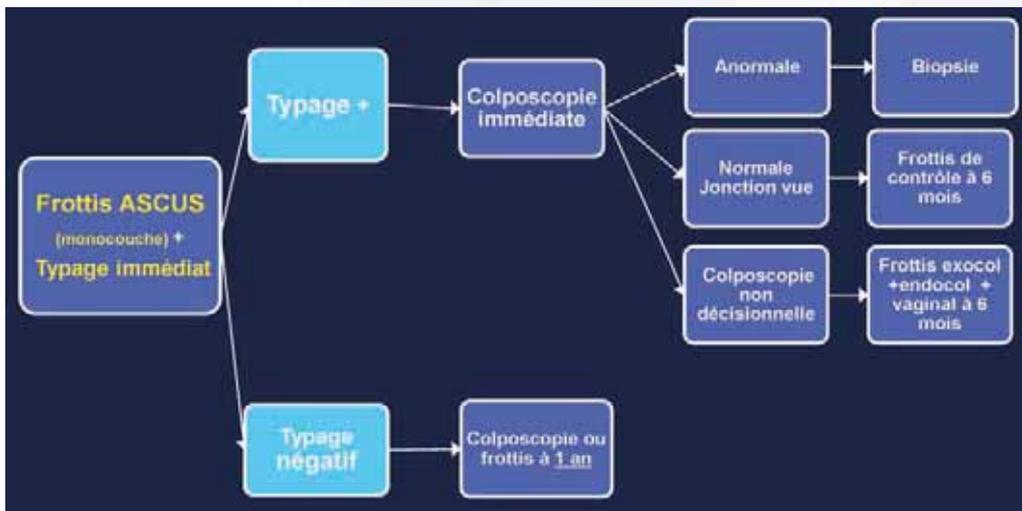
La prise en charge des frottis anormaux ne peut s'envisager sans comprendre l'histoire naturelle de l'infection par le Papilloma Virus Humain (HPV).

Pour rappel, il s'agit d'une infection virale fréquente, asymptomatique, sexuellement transmise, d'une durée moyenne de 6 à 14 mois, et qui régresse dans 90 % des cas.

Si elle est persistante, elle peut être à l'origine des lésions de bas grade dans 20% des cas, qui régressent aussi dans la plupart des cas sans traitement surtout chez les femmes jeunes.

Seule la persistance du virus HPV de type potentiellement oncogène, dit "à haut risque" est un facteur de risque.

Quatre outils diagnostiques sont à notre disposition pour faire le diagnostic des lésions : la colposcopie, la biopsie cervicale dirigée, le curetage endo-cervical et les techniques de détection de l'HPV.



Parmi les frottis anormaux, il y a lieu de distinguer :

- * Atypies des cellules malpighiennes
 - de signification indéterminée (ASCUS)
 - ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade des cellules glandulaires (ASCH)

- * Lésions
 - de bas grade (LSIL)
 - de haut grade (HSIL)

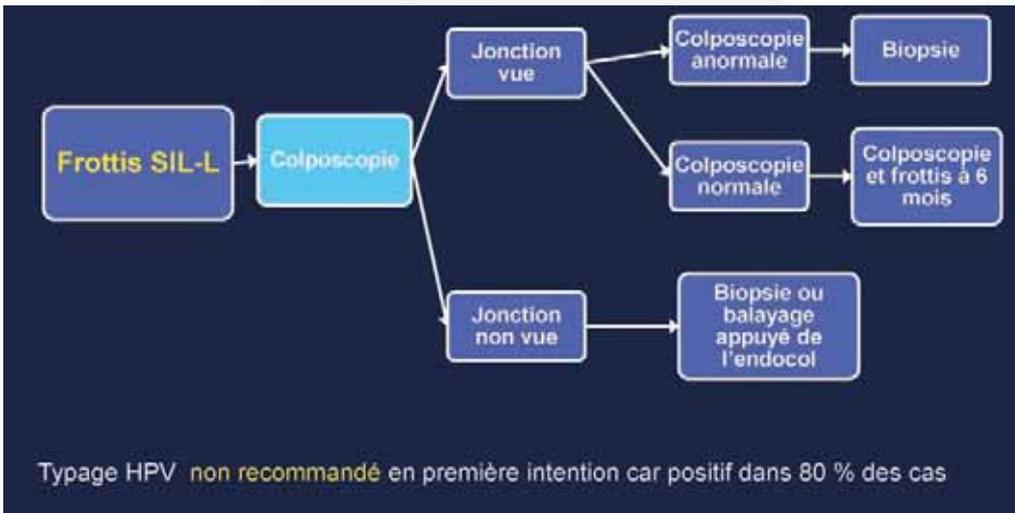
Source INCA - www.e-cancer.fr

QUE FAIRE DEVANT UN FROTTIS ANORMAL DU COL UTÉRIN ?



La conduite à tenir part du principe qu'il faut généralement observer le col utérin soigneusement (donc faire une colposcopie) dans le but de localiser la lésion.

- Ensuite objectiver la lésion :
- s'il s'agit d'une lésion de haut grade, donc à risque, il faut réaliser des prélèvements (biopsie, curetage ...) jusqu'à l'obtention du diagnostic, car ce sont les vraies lésions précancéreuses du col qui doivent être traitées.
 - par contre, s'il s'agit d'une lésion de bas grade, on peut proposer un contrôle à 6 mois, voire à 1 an, puisque la plupart de ces lésions régressent spontanément.



L'attitude dépend donc de l'histoire naturelle de l'infection.



Dr. Marc Arens,
Chirurgie gynéco-pelvienne



Source INCA - www.e-cancer.fr



ENSEMBLE FACE AUX LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES

DÉPISTAGE DU CANCER DU COL UTÉRIN : LE FROTTIS CERVICO-VAGINAL

Quand et comment traiter une dysplasie du col utérin ?

Selon la situation clinique, trois attitudes sont possibles face à une dysplasie du col utérin : le SUIVI, la DESTRUCTION (par vaporisation laser CO2, cryothérapie ou électrocautérisation) et enfin l'EXCISION par conisation (classique, laser, bistouri électrique) ou avec une anse diathermique. Les traitements médicaux comme l'application en local de Cidofovir sont à l'étude.

Dysplasie légère et ASCUS :
Seulement 12% vont évoluer vers un CIN2 ou 3
- Si cytologie = ASCUS ou LowSIL (LSIL) et confirmée par biopsies = CIN1
→ SUIVI par cytologie à 6 mois jusque normalisation et typage HPV après 12 mois.

Après 2 cyto [-] ou HPV [-] ⇒ suivi normal
Si la dysplasie légère persiste après 2 ou 3 ans de suivi, un traitement de destruction ou d'excision est indiqué pour diminuer l'anxiété des patientes et les échappements.

- Si cytologie = HighSIL (HSIL) ou AGC (Atypical Glandular Cells) mais biopsies = CIN1
→ DESTRUCTION ou de préférence EXCISION car on trouvera dans 70% des cas un CIN2 / 3

Dysplasie modérée CIN2 ou sévère CIN3
50% des CIN2 régresseront et 20% des CIN3 évolueront vers un cancer micro-invasif
→ EXCISION recommandée

Cas particuliers :
- des adolescentes (< 20 ans) : un % élevé des CIN1 et même CIN2 régresseront
→ surveillance recommandée si suivi possible
- si les marges de la conisation sont envahies :
→ le plus souvent surveillance sauf reprise si l'exo et l'endocol sont envahis.



Dr Jean Vankerem
Chirurgie gynéco-pelvienne

LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES DU COL DE L'UTÉRUS en résumé

Pour les dysplasies légères avec LSIL ou ASC-US

- ▶ SURVEILLANCE
- ▶ Après 2-3 ans : destruction ou excision

Pour les dysplasies légères avec HSIL ou AGC

- ▶ EXCISION
- ▶ SURVEILLANCE si colposcopie et follow-up adéquat

Pour les dysplasies modérées et sévères

- ▶ EXCISION



Shutterstock®

Si les méno-métrorragies ne représentent qu'un symptôme peu fréquent dans les lésions précancéreuses en gynécologie, elles doivent cependant faire penser à une pathologie néoplasique de l'endomètre.

Elles constituent un motif de consultation en soi et sont souvent source d'inquiétude pour la patiente (quantité importante de sang perdu, peur du cancer). Il faudra toujours exclure leur relation avec une éventuelle grossesse chez les patientes avant la ménopause.

La mise au point des méno-métrorragies commence, au cabinet médical, par une ANAMNESE complète ciblée sur tous les éléments permettant de dater et de quantifier les pertes de sang. L'interrogatoire comportera également le relevé des antécédents généraux et gynéco-obstétricaux, à la recherche d'une cause possible.

Un simple EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE permettra parfois de préciser à lui seul l'origine et la cause du saignement. On réalisera, si possible, tous les prélèvements utiles comme un frottis cervico-vaginal de dépistage, des cultures, des prélèvements à la pince en cas de tumeur évidente...

Prolongement naturel de l'examen clinique, l'ÉCHOGRAPHIE endovaginale et abdominale donnera, dans la plupart des cas, l'explication des pertes de sang. Les causes de méno-métrorragies sont le plus souvent d'origine organique (myome, polype, adénomyose, hypertrophie ou atrophie endométriale, cancer,...) ou iatrogène (stérilet, progestatifs, anticoagulants et antithrombotiques).

Les causes fonctionnelles ne seront envisagées qu'après avoir exclu ces autres causes.



Parmi les examens complémentaires utiles pour établir un diagnostic différentiel on retiendra :

- Les examens sanguins (dosages hormonaux, examen hématologique, ferritine, tests de coagulation, HCG ...)
- Les examens échographiques particuliers comme échographie-doppler, l'hydrosonographie
- L'hystérocopie diagnostique, de préférence en milieu liquide
- La biopsie d'endomètre (pipelle de Cornier, curette de Novak)
- La résonance magnétique nucléaire dans des indications sélectionnées

L'hystérogographie n'est plus guère pratiquée dans cette indication, même si elle reste pertinente. Le scanner pelvien est souvent moins informatif que la RMN mais garde toute son utilité dans le bilan d'extension et la mise en évidence d'adénopathies éventuelles. Le curetage biopsique et hémostatique peut constituer la seule technique diagnostique possible en cas de saignement très abondant.



Dr Patrick COLART

Chirurgie gynéco-pelvienne

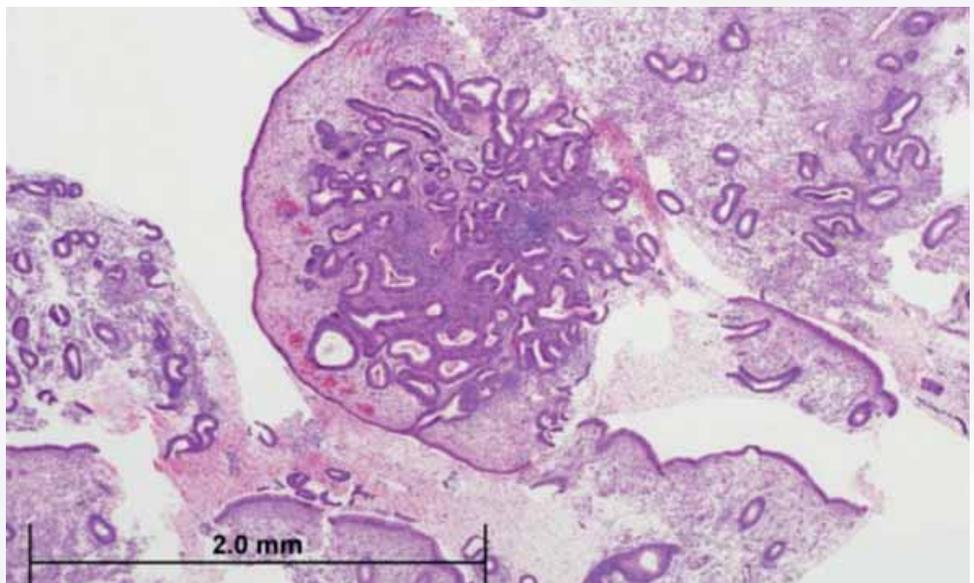


ENSEMBLE FACE AUX LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES

LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES DE L'ENDOMÈTRE ET DE L'OVAIRE : ACTUALITÉS

Lésions précancéreuses de l'endomètre

Elles sont actuellement définies sous le nom de EIN -Endometrial Intraepithelial Neoplasia et EIC - Endometrial Intraepithelial Carcinoma. L'EIN représente l'origine de 80% des cancers de l'endomètre. Il est corrélé à l'exposition aux œstrogènes contrairement à l'EIC. Leur symptomatologie principale sont les métrorragies. Bien qu'une échographie puisse faire suspecter un EIN par l'augmentation anormale de l'épaisseur de l'endomètre, le diagnostic sera posé par une biopsie d'endomètre. Le traitement de 1^{er} choix reste chirurgical (hystérectomie ou résection) mais un traitement médical (Acétate de Megestrol, Mirena) peut être proposé en pré-ménopause avec désir de grossesse.



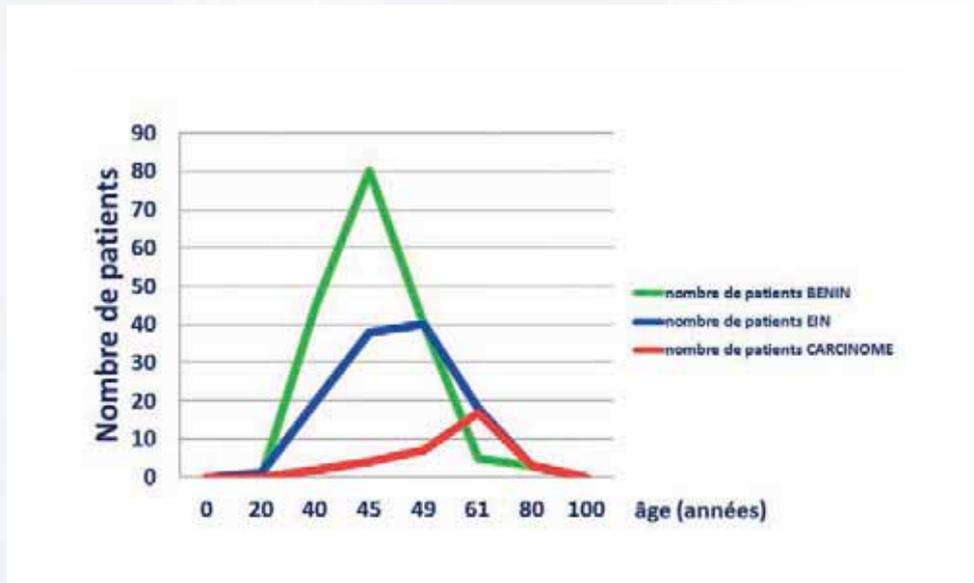
Au centre de la figure, mise en évidence d'une néoplasie intra-épithéliale de l'endomètre (EIN)

Lésions précancéreuses de l'ovaire ou tumeurs borderlines

Il s'agit de tumeurs à faible potentiel de malignité caractérisées par une prolifération épithéliale atypique sans invasion stromale, de bon pronostic (90% survie à 10 ans). Leur diagnostic est cependant difficile, souvent fortuit lors d'une laparoscopie (kyste ovaire, douleur, stérilité,...) car elles sont peu symptomatiques.



Dr Jean Lecart
Chirurgie gynéco-pelvienne



Incidence des néoplasies endométriales précancéreuses intra-épithéliales (EIN) par rapport à celle des carcinomes de l'endomètre et des lésions bénignes, en fonction de l'âge.



Shutterstock

Anatomie

Organe d'origine : ovaire (et péritoine).

TOPOGRAPHIE : dans 80 % des cas, la lésion est exclusivement ovarienne. Parfois (20%), des implants isolés ou synchrones à la tumeur ovarienne sont retrouvés dans la cavité abdomino-pelvienne et résultent soit d'un essaimage à partir de la tumeur primitive, soit d'un processus de métaplasie mésothéliale extra-ovarienne.

Mise au point pré-thérapeutique

La mise au point est celle d'une masse anœxuelle suspecte : elle consistera en une échographie endovaginale et un dosage du CA-125. En option, une étude doppler PDI (" Power Doppler Imaging "), un scanner abdominal et une RMN pelvienne peuvent être envisagés pour caractériser la tumeur et l'extension abdominale. La ponction biopsie écho-guidée est, par contre, formellement contre-indiquée. L'exploration des deux ovaires est très importante pour guider un geste controlatéral.

Histologie et stadification

Les tumeurs Borderline de l'ovaire sont définies histologiquement par la nature de la tumeur ovarienne primitive et sont caractérisées par :

1. la présence d'atypies nucléaires
2. la pluri-stratification et le bourgeonnement épithélial
3. l'augmentation de l'activité mitotique
4. l'absence d'invasion stromale franche

L'analyse des implants péritonéaux correctement prélevés (avec tissu sous-mésothéliale) se fera de façon précautionneuse pour en préciser la nature invasive ou non.

Les tumeurs borderline seront classées en :

- Les tumeurs séreuses (55 %)
 - Tumeurs primitives : elles sont bilatérales dans 28 à 50% et disséminent sous forme d'implants dans 16 à 46% des cas. Les tumeurs séreuses peuvent comporter une composante micro-

invasive définie par la présence au sein des axes papillaires d'une invasion de moins de 3 mm sur moins de 10mm².

- Implants péritonéaux : ces implants sont invasifs dans 1/8 des cas. Ces implants invasifs n'ont pas un pronostic aussi péjoratif que les implants invasifs d'un cancer ovarien invasif mais doivent être considérés comme un stade 3 borderline et être traités comme tels.

→ Les tumeurs mucineuses (40 %)

Elles sont bilatérales dans 3 à 8% des cas.

On distingue, sur base histologique et immunohistochimique :

- des tumeurs mucineuses de type intestinal
- des tumeurs mucineuses de type mullérien → implants invasifs dans 20 % des cas

Le pseudomyxome péritoneal est une entité clinique particulière. On considère généralement qu'il s'agit d'une tumeur appendiculaire primitive avec extension ovarienne et production d'une abondante ascite gélatineuse.

→ Autres origines (5%)

- Cellules claires
- Endométrioïdes
- Brenner
- Mixtes épithéliales

La stadification est identique à celle des tumeurs invasives de l'ovaire.

Les facteurs pronostiques sont :

- le stade (I, II, III)
- le type d'implants :
 - " invasifs " 25% d'évolution vers le cancer invasif
 - " non invasifs " 4 % d'évolution vers le cancer " invasif "
- l'existence d'un pseudomyxome péritonéal (50% décès à 10 ans)
- le type de traitement chirurgical avec stadification correcte;
 - kystectomie < annexectomie = hystérectomie + ovariectomie bilatérale
- le résidu tumoral
- la ploïdie

Par contre, l'atteinte ganglionnaire, l'âge, le type histologique, l'existence d'une micro-invasion stromale au niveau de la tumeur primitive ne semblent pas affecter le pronostic de façon statistiquement significative.

Traitement

Chirurgie

La stadification de la pathologie sera chirurgicale et doit comporter, comme pour un cancer invasif de l'ovaire, un bilan de l'ensemble de la cavité pelvienne et abdominale ; toute lésion suspecte doit être réséquée dans sa totalité.

Une omentectomie systématique doit être réalisée. Un examen extemporané de la tumeur primitive est conseillé en tenant compte des limites de cet examen.

L'appendicectomie doit être réalisée en cas de tumeur mucineuse.

L'exploration chirurgicale avec traitement peut se faire par coelioscopie. Une conversion en laparotomie médiane, préalablement discutée avec la patiente, sera obligatoire en cas de pathologie invasive à l'examen extemporané.

En cas de désir de conception, l'annexectomie unilatérale ou la kystectomie en marge saine sont acceptés comme traitement conservateur. Une exploration minutieuse de l'ovaire controlatéral sera effectuée, surtout en cas d'image échographique suspecte .

En cas de chimiothérapie si implants positifs chez une femme jeune, une cryoconservation ovarienne peut être envisagée.

En cas de diagnostic a posteriori, un second temps chirurgical ne sera pas systématique mais pourra être discuté avec la patiente, en tenant compte des facteurs pronostiques

Chimiothérapie

Pour les tumeurs borderline pure, la chimiothérapie n'a pas fait la preuve de son impact sur la survie globale ou sans récurrence. La chimiothérapie n'est indiquée qu'en présence d'implants invasifs.

Surveillance

La surveillance sera clinique, biologique et échographique. Elle sera plus stricte et plus fréquente en cas de traitement conservateur ou de facteurs pronostiques péjoratifs (1x /3 mois la première année, puis 1x /6 mois les deux années suivantes, et 1x /an par la suite).

Problème particulier : induction de l'ovulation en cas de traitement conservateur

Les études en cours ne permettent ni de recommander ni d'interdire les stimulations dans les stades II et III. Par contre dans les stades I, il n'y a pas de contre-indication à réaliser une stimulation ovarienne dont la durée sera aussi limitée que possible.



Dr Bruno VAN DER MEERSCH

Chirurgie gynéco-pelvienne



ENSEMBLE FACE AUX LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES

L'IMAGERIE DES LÉSIONS ANNEXIELLES

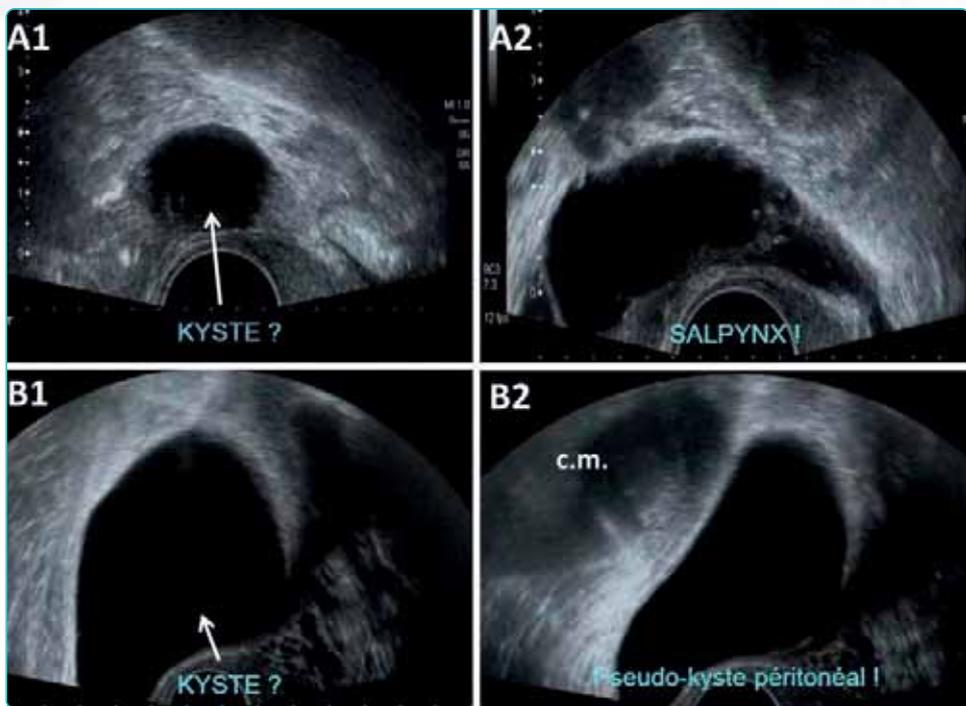


Image 1 : L'échographie-doppler pelvienne et endo-vaginale reste un outil de première ligne dans le diagnostic différentiel des lésions annexielles. A1 et A2: patient A ; A1: vue axiale révélant une image pouvant faire penser à un kyste; A2 : vue sagittale qui permet de montrer que cette image, vue en A1, correspond en fait au salpinx (trompe utérine ou de Fallope). B1 et B2: patient B ; B1: vue axiale révélant une image pouvant faire penser à un kyste; B2 : une compression manuelle (c.m.) de l'abdomen permet de montrer qu'il s'agit en fait d'un pseudo-kyste péritonéal.

Sources : Bazot et al, JFR 2010

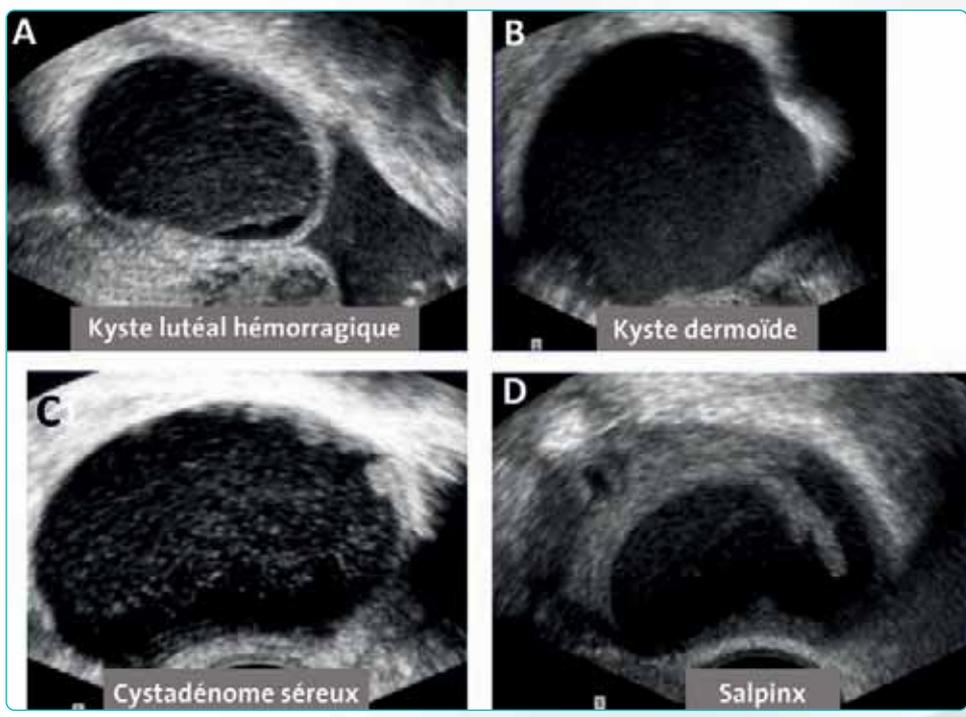


Image 2 : Malgré le rôle premier de l'échographie, cet examen peut manquer de spécificité, d'où l'intérêt des techniques complémentaires (en particulier de l'IRM). Les diverses lésions suivantes ont une présentation kystique à l'échographie, mais correspondent en fait à un kyste lutéal hémorragique (patient A), à un kyste dermoïde (patient B), à un cystadénome séreux (patient C) et au salpinx (patient D).

Sources : Bazot et al, JFR 2010

Les lésions annexielles sont le plus souvent d'origine ovarienne mais il existe plusieurs diagnostics différentiels (voir encadré page suivante). L'imagerie intervient dans la détection et la caractérisation.

L'échographie-doppler (pelvienne et endo-vaginale) est l'outil diagnostique de première ligne et permet déjà de répondre à beaucoup de questions (image 1). Néanmoins, la séméiologie échographique peut manquer de spécificité. Par exemple, certaines lésions de présentation kystique peuvent correspondre à des étiologies diverses (image 2).

En pathologie gynécologique, l'examen de choix en deuxième ligne est la résonance magnétique nucléaire (RMN) (Image 3). Les séquences de base ("en pondération T1 et T2") permettent de bien visualiser l'ensemble de l'anatomie du petit bassin et une caractérisation tissulaire des anomalies détectées. Pour reprendre l'exemple d'une lésion kystique, là où l'échographie ne permettait que d'évoquer la présence de liquide "échogène", la RMN permettra d'affirmer la présence de liquide simple (cystadénome ou kyste fonctionnel), de pus (abcès tubo-ovarien), de sang (endométriome), de graisse (kyste dermoïde) ...

Les innovations techniques récentes permettent une approche de plus en plus "histologique". Ainsi, les séquences de diffusion permettent d'évaluer la densité cellulaire dans les lésions solides, et les séquences de perfusion (après injection de produit de contraste) permettent d'évaluer l'importance et les caractéristiques de la vascularisation tumorale.

En intégrant l'ensemble de ces éléments, la RMN permet généralement d'affirmer la nature ovarienne ou extra-ovarienne d'une lésion annexielle, sa nature certainement bénigne ou maligne ou sa nature douteuse, potentiellement pré-néoplasique. Elle est donc une aide précieuse au chirurgien.

Le scanner seul n'a pas sa place dans la caractérisation des lésions annexielles. Par contre, après injection de produit de contraste et, si possible, couplé au PET-scan, il est une technique de référence dans le bilan d'extension des lésions néoplasiques avérées.

overleg

sérénité

TECHNOLOGIE DE POINTE

coördinatie

targeted therapy

CONCERTATION

ACCOMPAGNEMENT

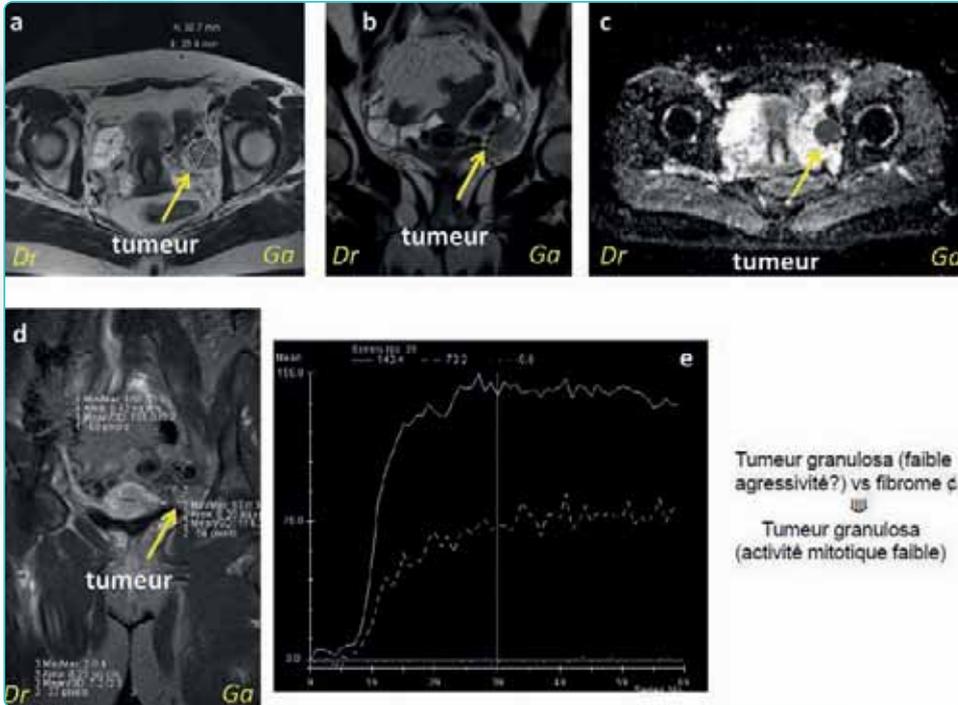
INNOVATION

continuité des soins

transparence

mise aux normes

computer file



Diagnostic différentiel des lésions annexielles

1. Masses ovariennes :
 - tumeurs primitives (tumeurs épithéliales, germinales, cordon sexuel / stroma)
 - métastases (6-7 %)
 - endométriomes
 - infections (abcès tubo-ovariens)
2. Masses non ovariennes :
 - salpinx / pathologie tubaire
 - myomes sous-séreux pédiculés, myomes parasites ...
 - kystes para-ovariens
 - autres (kystes radiculaires, canal Gartner ...)

Image 3 : La RMN permet d'évaluer la nature bénigne, maligne ou douteuse, voire précancéreuse d'une lésion annexielle, comme l'illustre, dans cette figure, la mise au point d'une lésion annexielle chez une patiente

- a (vue axiale, aussi appelée horizontale) et b (vue frontale, aussi appelée coronale) : pondération T2 : le signal intermédiaire de la tumeur ovarienne gauche (Ga) suggère une lésion solide.
- c (vue axiale) : étude en diffusion : l'aspect sombre de la lésion suggère une haute cellularité (coefficient de diffusion bas).
- d (vue frontale T1 injectée), et e : étude de la perfusion : le rehaussement de la tumeur (en pointillé) est comparé à celui du myomètre (en trait plein); il s'agit d'un « type 2 », qui suggère un comportement "borderline".

Au final, sur base de nos algorithmes diagnostiques, les deux hypothèses diagnostiques sont soit une tumeur de la granulosa (généralement maligne) faiblement agressive, soit un fibrome cellulaire (généralement bénin mais à surveiller car pouvant dégénérer). L'exploration chirurgicale est recommandée. Le diagnostic histologique final est une tumeur de la granulosa, mais à activité mitotique faible.



Dr Salah Ouertani
Radiologie



Shutterstock



ENSEMBLE FACE AUX LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES EN GYNÉCOLOGIE

FERTILITÉ ET GROSSESSE



1. La vulve

- La dysplasie vulvaire peut régresser pendant la grossesse et ne sera traitée que dans le post-partum.
- Les condylomes doivent être traités dès leur apparition pendant la grossesse (électro-coagulation, laser et/ou Aldara) et ne contre-indiquent jamais un accouchement par voie basse.

2. Le col

- Les dysplasies sévères ne doivent, en principe, pas être traitées pendant la grossesse, mais bien dans le post-partum immédiat. En cours de grossesse, une surveillance du col avec biopsies éventuelles de ces lésions est indispensable pour exclure toute évolution infiltrante de ces lésions.
- Pour ce qui est du traitement chirurgical, il est important de préférer les techniques les plus conservatrices possibles chez les femmes en âge de procréer (ex. LLETZ : voir figure)



LLETZ (Large Loop Excision of the Transformation Zone)

3. L'endomètre

- Chez la femme ayant un projet de grossesse, la pathologie précancéreuse peut être traitée de façon conservatrice. Mais une fois les enfants obtenus, une hystérectomie sera recommandée vu le risque de dégénérescence estimé à 30%.

4. L'ovaire

- L'ovaire représente le "potentiel de fertilité" de chaque femme, d'où la nécessité de traiter la lésion borderline de façon conservatrice
- Ne pas oublier la place de la cryopréservation ovarienne qui semble être une technique prometteuse pour préserver la fertilité des femmes.



Dr. Ludovic De Buijl,

Chirurgie oncologique gynéco-pelvienne



UNE THÉRAPIE CIBLÉE EFFICACE POUR LE CANCER DE L'OVAIRE...

Deux études viennent d'être publiées le 29 décembre 2011 dans la prestigieuse revue médicale "New England Journal of Medicine" (numéro 365 : pages 2473-2483 et 2484-2496).

Elles démontrent l'efficacité d'une thérapie ciblée par Bevacizumab (Avastin) dans le cancer de l'ovaire.

Il s'agit d'un anticorps monoclonal bloquant le VEGF, facteur responsable de la formation de nouveaux vaisseaux dont la fonction est de nourrir la tumeur (Figure 1). Cette efficacité est liée au rôle clé joué par ce facteur dans le cancer : l'apport sanguin au niveau des tumeurs est en effet indispensable à leur développement.

Chez les patientes avec un cancer de l'ovaire, on a pu démontrer que la néo-angiogenèse tumorale induite par le VEGF est associée à la progression tumorale, au développement d'ascite (accumulation de liquide dans la cavité abdominale) et à un moins bon pronostic.

Ajouter ce traitement à la chimiothérapie classique par Paclitaxel (Taxol) et Carboplatine permet d'augmenter significativement la survie des patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire, surtout chez celles à haut risque de progression (Figure 2).

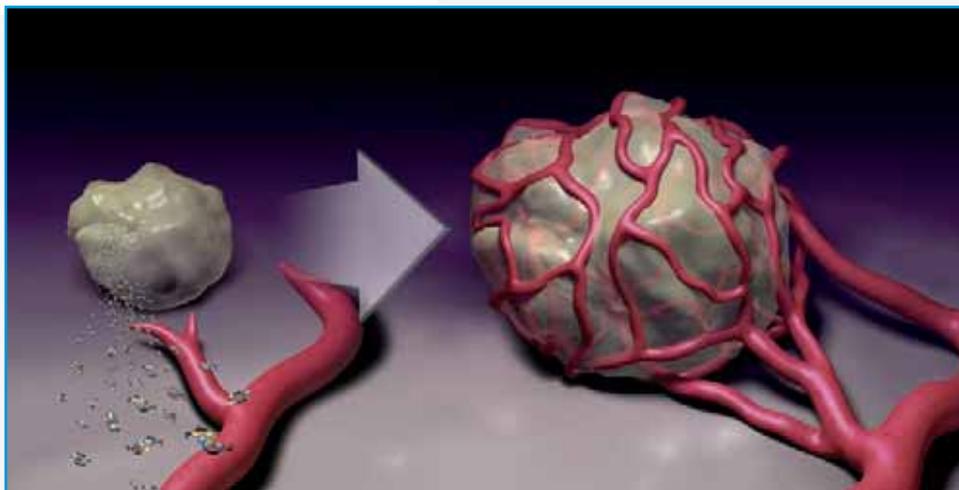


Figure 1 : L'angiogenèse est essentielle au développement tumoral : la formation de nouveaux vaisseaux (en rouge) au niveau de la tumeur (masse grise) est stimulée par le facteur VEGF (petites molécules bleues et jaunes). Toute tumeur de plus de 2 mm de diamètre requiert un apport sanguin pour survivre et pour grandir. Le bevacizumab (Avastin) bloque ce facteur VEGF, et donc l'angiogenèse tumorale.

Dans l'étude GOG-0218 portant sur plus de 1200 patientes, la survie médiane globale sans rechute passe de 12 à 18 mois (HR = 0,65).

Sur base de ces résultats, l'agence européenne du médicament vient d'approuver le Bevacizumab dans cette indication.

Cette combinaison pourrait donc devenir rapidement le traitement de référence chez les patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire à un stade avancé. Le laboratoire Roche a demandé le remboursement pour le Bevacizumab (Avastin) dans le traitement du cancer de l'ovaire aux autorités belges.

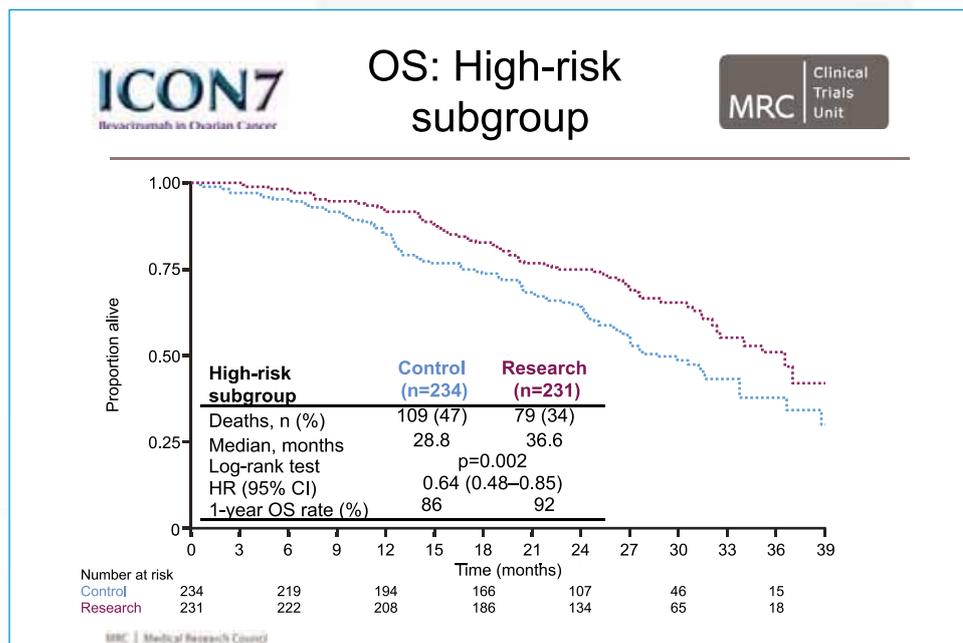


Figure 2. Augmentation de la survie globale (OS) du groupe de patientes atteintes de cancer de l'ovaire à haut risque de progression, traitée avec (en rouge) ou sans (en bleu) Avastin. (N Engl J Med. 2011 Dec 29; 365(26):2484-96).



Pr Thierry Velu

Oncologie Médicale
Directeur du Chirec Cancer Institute



Chirec

www.chirec.be

● **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**

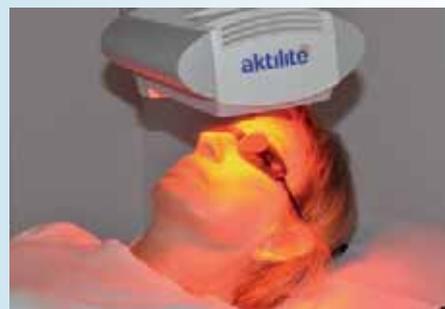
bd J. Graindor, 66
B-1070 BRUXELLES
Tél. + 32 2 556 51 11



DEPUIS PEU AU CHIREC...

La photothérapie dynamique : une méthode de traitement simple et efficace des lésions cutanées secondaires au photo-vieillessement.

La photothérapie dynamique est une technique non invasive de traitement de certaines lésions pré-cancéreuses et cancéreuses superficielles de la peau. Le principe repose sur une réaction entre la lumière (LED à 630 nm), la molécule photosensibilisante et l'oxygène. Après cette réaction d'oxydation, une destruction cellulaire spécifique aboutit à l'élimination de la lésion. Le principal effet secondaire est une sensation de brûlure, surtout ressentie sur les zones sensibles comme le scalp, les paupières ou les bords du nez. En pratique, le patient doit attendre 3 heures entre le moment de l'application de la crème contenant la molécule photosensibilisante et l'illumination. Les suites sont celles d'une brûlure superficielle, nécessitant une désinfection et l'application de crèmes cicatrisantes. Une ou plusieurs séances sont organisées en fonction des lésions qu'un patient présente et de ses antécédents. Les études à long terme (5 ans) montrent un taux de rémission similaire aux autres techniques utilisées, à savoir la cryothérapie, l'imiquimod ou la chirurgie. Par contre, le résultat esthétique est nettement meilleur.



LED à 630 nm émettant dans le rouge. Le traitement dure 8 minutes.



Aperçu des amas de cellules pathologiques en lumière bleue avant traitement (fluorescence rouge)



Emmanuelle Steels

Dermatologie

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 CCI pour la recherche clinique contre le cancer.

La Fondation CARE fournit une attestation de déduction fiscale, dès 40€ de don/an.

Compte du Chirec Cancer Institute :

N° de compte ING - 375-1047853-41

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