



Photo Shutterstock®



LES CANCERS UROLOGIQUES

Avec les quelque 5.000 patients atteints de cancers qu'il prend en charge chaque année, le CHIREC CANCER INSTITUTE (CCI) est en fait le plus grand centre privé de cancérologie en Belgique. Les cancers urologiques sont parmi les plus fréquents, puisque près de 1.000 patients par an fréquentent les différents sites du CHIREC. Les spécialistes du CHIREC ont pour objectif permanent d'apporter à chacun de ces patients une approche personnalisée de qualité et de proximité, accessible à tous.

Comme c'est le cas pour chacune de ses Cliniques, la Clinique d'Oncologie Urologique regroupe non seulement des spécialistes d'organe, en particulier des urologues, des oncologues médicaux, des radiothérapeutes, des pathologistes, des radiologues, des nucléaristes et des infirmières coordinatrices, mais aussi des soignants de toutes les facettes de la prise en charge pluridisciplinaire de soutien, comme la psycho-oncologie, la diététique, la kinésithérapie, la révalidation, le service social, les soins continus et palliatifs, la clinique de la douleur, celle du bien-être, et de l'image de soi.

Pionnier de la qualité en cancérologie, le CCI a créé une « charte de qualité » et des indicateurs pour évaluer divers paramètres de qualité, afin de les comparer au niveau national et international.

Par cette charte de qualité, que vous trouverez à la fin de ce News, chaque médecin du CCI s'engage notamment à présenter tout nouveau patient atteint de cancer, ou suspect de l'être, à une Concertation Oncologique Multidisciplinaire (COM), pour y discuter non seulement le plan de traitement, mais aussi les procédures diagnostiques et le plan de suivi. Le CCI a récemment fait le bilan de 15 années de COMs, que vous pourrez également lire en fin de News.

La Clinique d'Oncologie Urologique du CCI dispose des technologies de pointe dédiées aux traitements des différents types de cancer comme la chirurgie robotique ou la radiothérapie 3D en fusion d'image. Le CHIREC leur apporte un soutien constant et consent à des investissements très lourds dans ce domaine.

Enfin, la Clinique d'Oncologie Urologique a récemment organisé des "RENCONTRES", destinées aux médecins spécialistes et généralistes, pour présenter les dernières actualités et les meilleures options diagnostiques et thérapeutiques, à la pointe du progrès international.

Cette newsletter n° 10 est ainsi consacrée aux cancers urologiques - de la prostate, de la vessie et du rein - et vous propose une synthèse des interventions de nos spécialistes et de nos invités sur ces thèmes.

Pr. Thierry VELU
Directeur du Chirec Cancer Institute

Les cancers urologiques comprennent les cancers de la prostate, de la vessie, du rein et des organes génitaux masculins.

Le cancer de la prostate

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme, il touche plus d'1 homme sur 6 de plus de 50 ans - L'incidence est d'environ 15 % et il est la 3^{ème} cause de mortalité par cancer de l'homme, ce qui signifie que la majorité des patients n'en meurent pas.

Toutes les technologies de pointe sont à la disposition de nos équipes, telles que l'évaluation par résonance magnétique (IRM) permettant de mieux sélectionner les patients avant d'envisager des biopsies pour détecter les cancers précoces et également de suivre en surveillance active les cancers limités et peu agressifs qui ne nécessitent pas de traitement immédiat.

Nos équipes ont recours à toutes les modalités de traitement tels la chirurgie laparoscopique robot-assistée, la brachythérapie, la radiothérapie et l'usage de nombreuses nouvelles molécules pour les stades avancés.

Le cancer de vessie

Le cancer de vessie et des voies urinaires est le 4^{ème} cancer le plus fréquent chez l'homme, le 11^{ème} chez la femme mais chez ces dernières la fréquence tend à augmenter dû à son association avec le tabagisme.

C'est le cancer qui aujourd'hui nécessite le plus de prise en charge compte tenu du très haut taux de récurrence.

Les lésions superficielles, communément appelées « polypes » ont un taux de récurrence très élevé et doivent être traitées et suivies très régulièrement.

Les lésions infiltrantes obligent souvent à l'ablation de la vessie et son remplacement par un segment d'intestin permettant de conserver des mictions par les voies naturelles afin d'éviter une dérivation dans une poche fixée à la peau.

Le cancer du rein

Le cancer du rein touche assez souvent des hommes et des femmes relativement jeunes.

On recourt de plus en plus souvent à une chirurgie conservatrice pour des petites lésions. La très grande majorité des interventions se fait par laparoscopie non invasive robot-assistée (sans ouverture de l'abdomen).

Le cancer des organes génitaux

Les cancers des testicules touchent surtout des hommes jeunes entre 20 et 50 ans et doivent bénéficier d'un diagnostic précoce pour qu'ils soient curables.

Les décisions de traitement de l'ensemble des cancers urologiques se prennent en Commission Multidisciplinaire réunissant urologues, radiologues, oncologues, radiothérapeutes et pathologistes. Ces discussions collégiales sont capitales afin que des décisions aussi importantes ne reposent pas sur l'avis d'une seule personne.

Prof. Claude SCHULMAN
Urologie, CHIREC

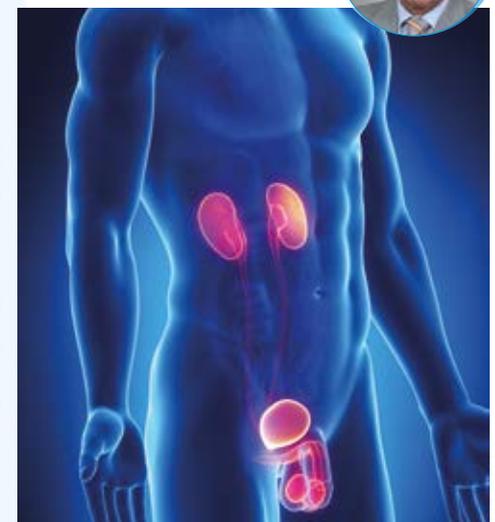


Photo Shutterstock®

LES CANCERS UROLOGIQUES

LE CANCER DE LA PROSTATE : QUESTIONS AUTOUR D'UNE PETITE GLANDE ?

Cancer le plus fréquent chez l'homme, le cancer de la prostate bénéficie depuis quelques années de nombreux progrès diagnostiques et thérapeutiques. Des interrogations persistent néanmoins. Plusieurs orateurs de haut niveau ont fait le point sur ces progrès au cours des Rencontres du Chirec Cancer Institute.



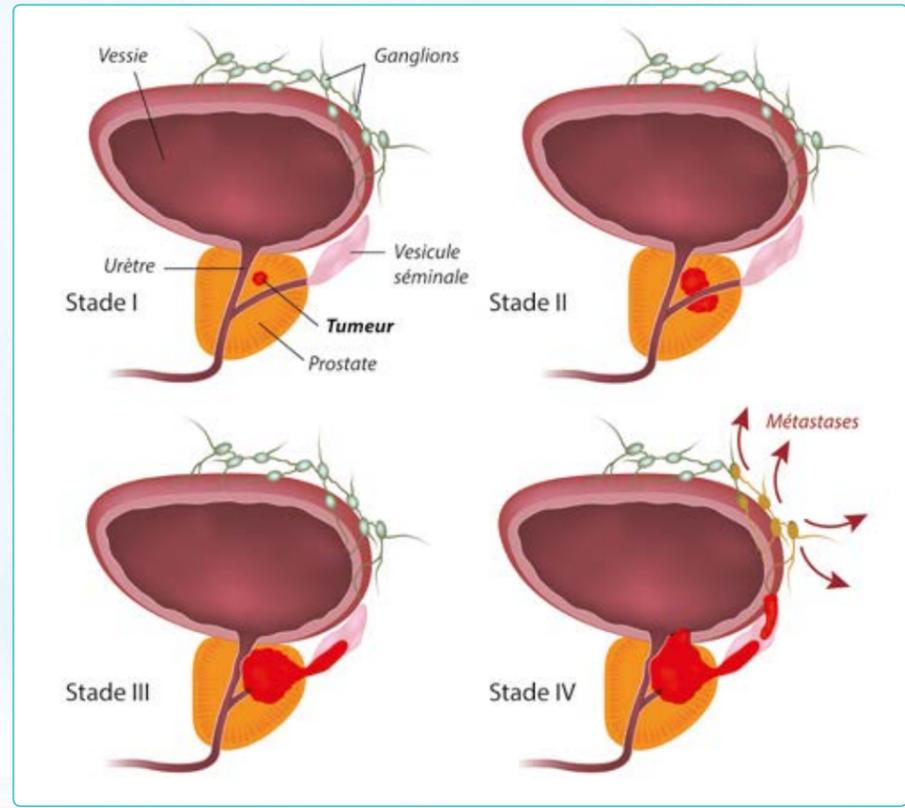
Photo Shutterstock®

• Quels moyens pour la prévention ?

Comme pour toute maladie, la prévention est idéalement préférable au traitement. De quels moyens dispose-t-on, s'est demandé le Dr Barmoshé. Les études de migrants ont montré que le cancer de la prostate n'avait pas qu'une origine génétique et que les modes alimentaires pouvaient interférer avec le risque de contracter cette affection. Comme pour beaucoup d'autres affections, l'obésité est un facteur de risque aggravant. Des apports alimentaires riches en lycopène (tomates) et en isoflavones (soja), ainsi que le thé vert et la grenade, ont un intérêt préventif vraisemblablement lié à leur pouvoir antioxydant. Des études ont interrogé la valeur préventive du sélénium et de la vitamine E.

Quant aux inhibiteurs de la 5-alpha réductase, ils ont également été étudiés en prévention : ils ont montré une diminution modérée de l'incidence du cancer de prostate mais avec un risque potentiel de cancers plus agressifs et n'ont pas eu d'implication clinique.

Dr Sas BARMOSHE
Urologie, CHIREC



Les différents stades du cancer de la prostate

Photo Shutterstock®

Le cancer de la prostate est le premier cancer de l'homme et la 3^{ème} cause de décès par cancer en France. Il connaît un pic d'incidence autour de 65 ans. Depuis l'utilisation du PSA, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués sont de plus en plus localisés, a expliqué en préambule le Dr Lufuma. En raison du dépistage (pas de masse mais individuel) et de la prise en charge, la mortalité spécifique est en baisse depuis 2005. L'attitude adoptée a évolué depuis qu'on a pu mettre en évidence l'existence de cancers prostatiques à faible potentiel évolutif. Une utilisation de plus en plus pertinente de moyens tels que la biologie clinique PSA, l'échographie, la résonance magnétique et les biopsies transrectales a contribué à une meilleure gestion de la pathologie. Des progrès sont encore attendus : des marqueurs d'agressivité tumorale sont en cours de développement et la résonance magnétique prend une place croissante.

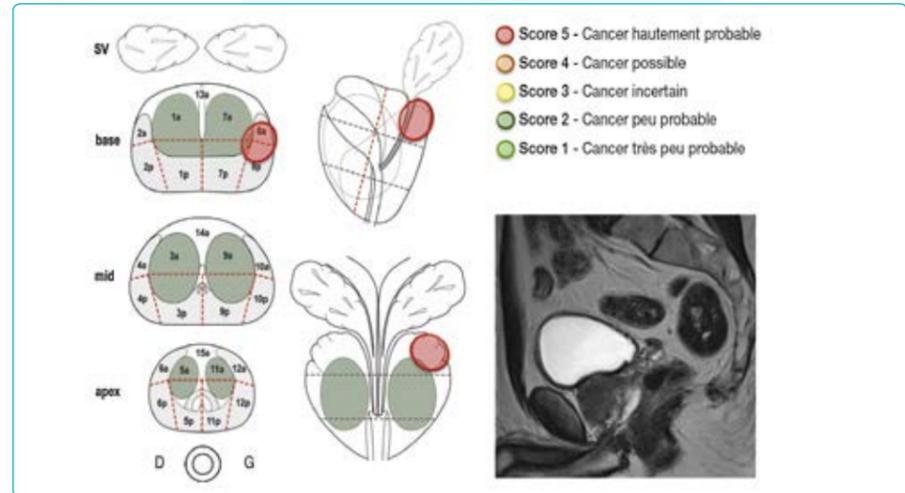
Dr Emmanuel LUFUMA
Urologie, CHIREC

• Une imagerie de plus en plus précise

L'imagerie par résonance magnétique (IRM), a expliqué le Dr Salah Ouertani, est devenue multiparamétrique et fournit des images anatomiques qui permettent des études fonctionnelles de grande qualité, notamment grâce à des techniques de mise en évidence de la néo-angiogénèse. L'IRM par diffusion montre les zones de forte densité cellulaire et permet une estimation de l'agressivité tumorale. Quant à la spectroscopie en résonance magnétique, elle apporte des informations sur le métabolisme, ce qui contribue également à la précision du bilan tumoral.

A côté de l'IRM, l'échographie garde son utilité. L'association des deux techniques, pour former des images de fusion, permet d'aller plus loin encore et de dresser une grille de scores d'activité en fonction des différentes zones anatomiques de la glande, de mieux cibler les zones suspectes / à biopsier (illustration ci-dessous) et de suivre les patients en surveillance active.

Dr Salah OUERTANI
Radiologie, CHIREC



Cartographie prostatique = compte-rendu radiologique standardisé tel qu'adressé à l'urologue avant la réalisation de biopsies écho-guidées. Les lésions sont gradées de 1 à 5 en fonction du degré de suspicion

CX.M.Moore et al. - Eur.Urol. 2013; 64:544-552 - Standards of Reporting for MRI - targeted Biopsy Studies (STAR) of the Prostate: Recommendations from an International Working Group

• La place de la surveillance active

Pour les cancers moins agressifs, a expliqué le Pr Thierry Roumeguère (Erasmus, ULB), c'est la surveillance active qui est recommandée. Il s'agit d'une attitude pleinement dynamique, qui s'applique aux cancers diagnostiqués à évolution lente mais pour lesquels il existe une indication à visée curative. C'est très différent du « watchful waiting », a-t-il insisté. La difficulté est d'identifier les cancers plus agressifs, qui ne peuvent faire l'objet d'une surveillance active mais nécessitent un traitement immédiat. La résonance magnétique peut y contribuer, de même que les nomogrammes, abaques permettant d'intégrer plusieurs critères afin d'affiner l'évaluation de l'agressivité tumorale. Plusieurs études ont évalué l'intérêt de la surveillance active : les résultats qui en sont issus varient avec les critères utilisés et tout doute n'est pas absolument exclu quant au risque pour le patient en cas de traitement différé. La biopsie reste donc nécessaire mais elle n'est pas non plus totalement à l'abri d'une erreur d'appréciation. On ne trouve néanmoins dans la littérature scientifique que très peu de données suggérant que l'attente pourrait entraîner pour le patient une perte de chance de succès thérapeutique. A l'avenir, des critères biologiques tels que les isoformes du PSA sont susceptibles de contribuer à une évaluation encore plus précise du comportement tumoral.

Pr Thierry ROUMEGUERE
Urologie, ULB

LE SAVIEZ-VOUS ?

- Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme : il touche 1 homme sur 6 de plus de 50 ans.
- Tous les cancers de la prostate ne sont pas forcément agressifs et ne requièrent pas nécessairement un traitement immédiat mais peuvent bénéficier d'une surveillance active.
- Les cancers du rein et de la vessie touchent aussi bien les femmes que les hommes.
- Le tabagisme augmente le risque de cancer de la vessie.
- Le rôle de la testostérone est de plus en plus contesté comme pouvant favoriser un cancer de la prostate.
- Plusieurs nouveaux médicaments sont disponibles depuis les dernières années pour les stades avancés des cancers de la prostate et du rein.

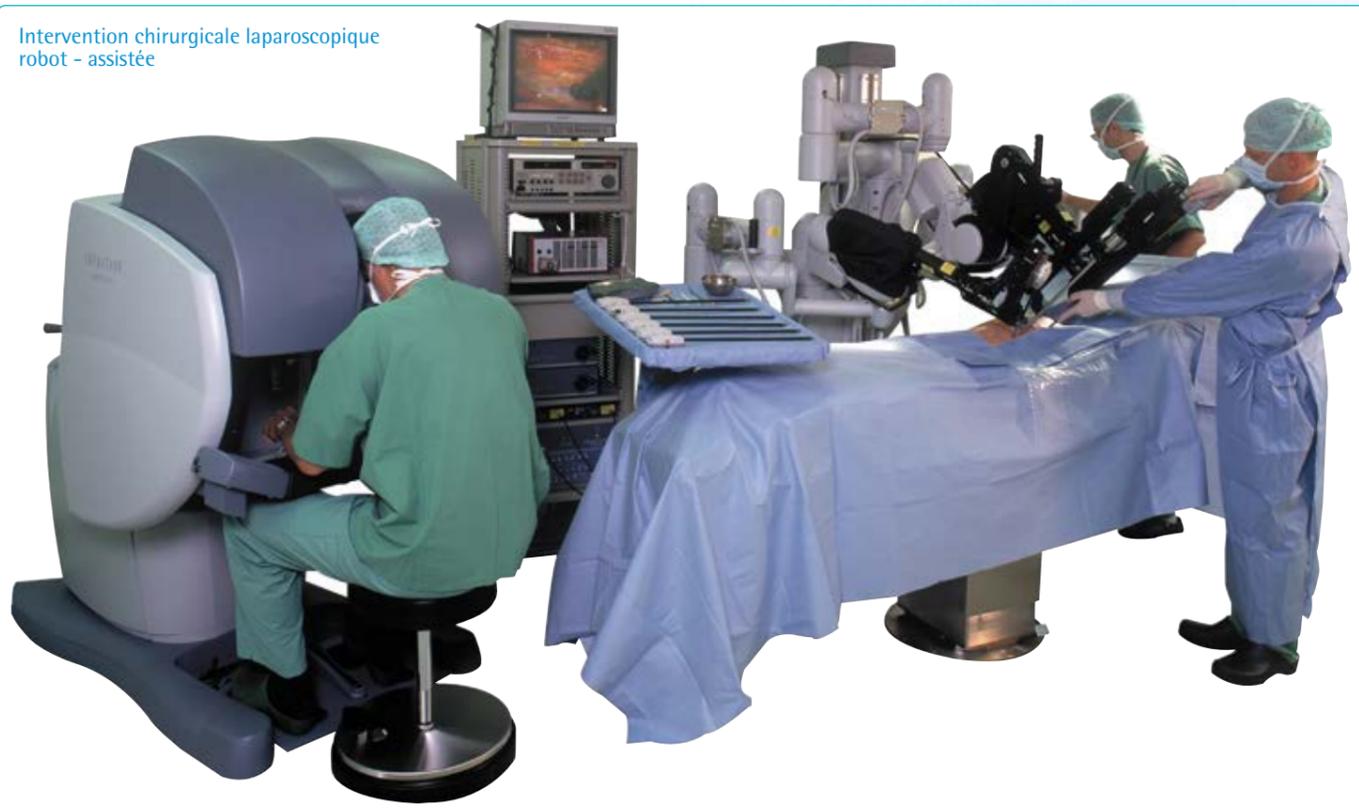


Photo Shutterstock®

LES CANCERS UROLOGIQUES

LE CANCER DE LA PROSTATE : QUESTIONS AUTOUR D'UNE PETITE GLANDE ?

Intervention chirurgicale laparoscopique robot - assistée



• La chirurgie robot-assistée

La chirurgie robot-assistée est de plus en plus utilisée et ses résultats sont très encourageants a expliqué le Dr Naudin.

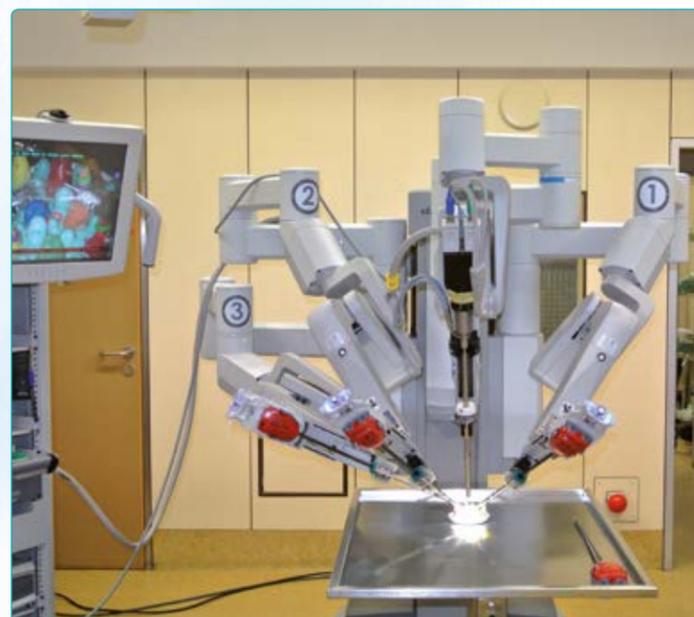
La classification des patients en groupes à risques est essentielle dans le choix d'un traitement optimal et individualisé souligne le Dr J-J Bredael. Pour les tumeurs localisées à risque intermédiaire ou à haut risque, la prostatectomie radicale totale (PRT) reste l'option thérapeutique de premier choix pour les patients ayant une espérance de vie supérieure de 10 ans. Le traitement chirurgical pour les tumeurs localement avancées (T3) redevient également d'actualité en associant la prostatectomie radicale à un curage ganglionnaire élargi et éventuellement à une radiothérapie adjuvante.

Ces dernières années, une voie moins invasive, la chirurgie laparoscopique avec assistance robotique est de plus en plus utilisée afin de minimiser les complications de la chirurgie du cancer de la prostate, a souligné le Dr Chatzopoulos.

Dr Michel NAUDIN
Urologie, CHIREC



Dr Charles CHATZOPOULOS
Urologie, CHIREC



L'acquisition de ce matériel sophistiqué représente un investissement important du CHIREC.

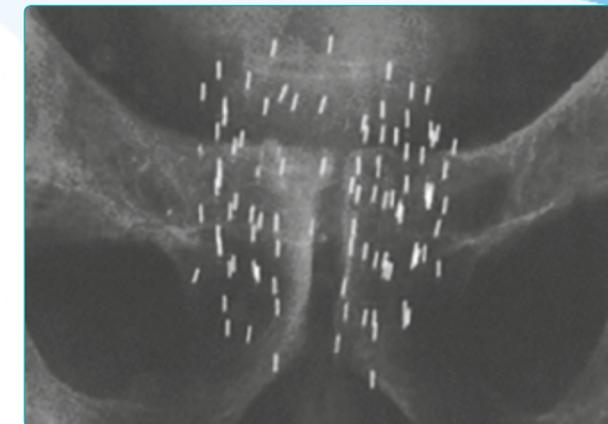
• Les autres approches

Une alternative est la **BRACHYTHÉRAPIE OU CURIETHÉRAPIE** qui consiste à introduire des grains radioactifs dans la prostate sous contrôle échographique (image ci-contre). Elle s'adresse plutôt aux tumeurs de petite taille et peu agressives.

Dr Jean-Jacques BREDAEL
Urologie, CHIREC



Dr André CORBUSIER
Urologie, CHIREC



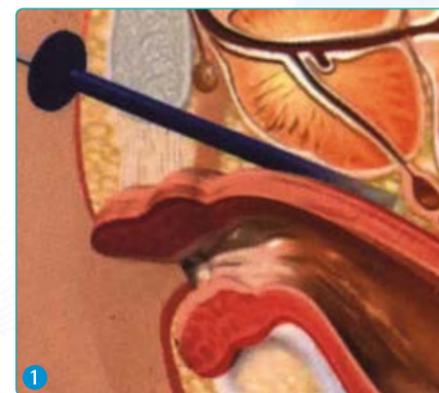
Brachythérapie-prostate

La **RADIOTHÉRAPIE** s'adressera aux patients qui ne sont pas candidats à une approche chirurgicale. Le Dr R. Burette rapporte les améliorations techniques de délimitation et de modulation du champ d'irradiation qui ont sensiblement augmenté l'efficacité du traitement tout en diminuant les effets secondaires indésirables.

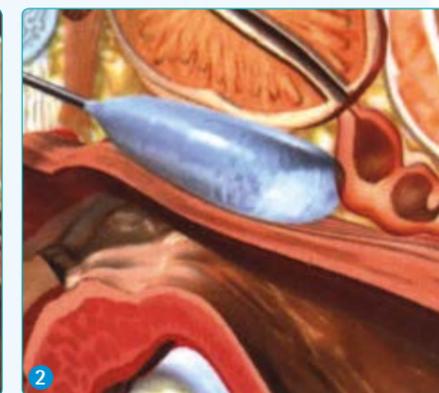
Le CHIREC fait partie des premiers centres à utiliser une approche innovante pour la radiothérapie du cancer de la prostate : afin de diminuer les risques d'irradiation des organes voisins – du rectum en particulier – on insère

un ballon biodégradable entre la prostate et le rectum. L'irradiation des organes voisins est diminuée de près de 70 %. Le CHIREC est pionnier en Belgique pour l'utilisation de cette approche innovante

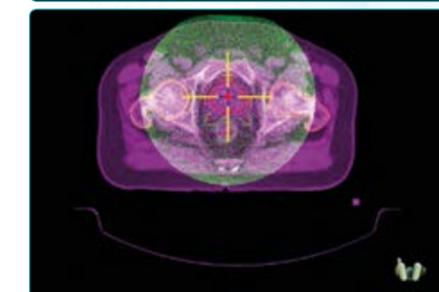
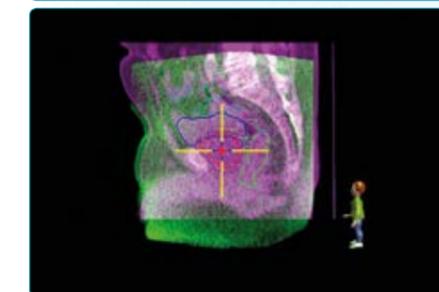
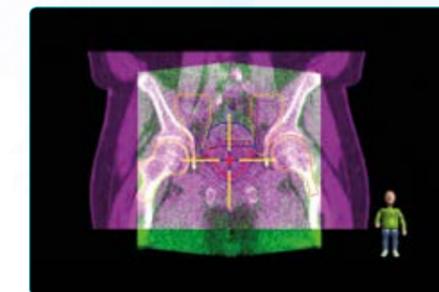
Dr Richard BURETTE
Radiothérapie, CHIREC



Ballon biodégradable : (1) insertion



(2) déploiement pour protéger les organes voisins avant la radiothérapie



Radiothérapie : interface de contrôle en 3D par fusion de l'imagerie du CT Scan de repérage (fuchsia) et de celle de l'accélérateur linéaire

Le CHIREC est pionnier en Belgique pour l'utilisation de cette approche innovante

Diagnostic précoce

Innovation

Guérison

Continuité des Soins

Personnalisation

Soutien

Multidisciplinarité

Rôle du Généraliste

Prévention

Confiance

Accessibilité

Techniques innovantes : chirurgie robot-assistée

Continuité des Soins

Guérison

Personnalisation

Soutien

Multidisciplinarité

Qualité de l'accueil

Techniques innovantes : chirurgie robot-assistée

Confiance

Accessibilité

Continuité des Soins

Guérison

Personnalisation

Soutien

Multidisciplinarité

Rôle du Généraliste

Prévention

Confiance

Accessibilité

Techniques innovantes : chirurgie robot-assistée

Continuité des Soins

Guérison

Personnalisation

Soutien

Multidisciplinarité

LES CANCERS UROLOGIQUES

LE CANCER DE LA PROSTATE : QUESTIONS AUTOUR D'UNE PETITE GLANDE ?

• Les cancers hormonaux résistants

La castration hormonale médicamenteuse est le traitement classique des stades avancés. L'apparition d'une résistance à l'hormonothérapie reste un problème majeur. Le docétaxel (Taxotère), utilisé depuis de nombreuses années, est efficace mais relativement toxique et on se tourne aujourd'hui vers de nouvelles molécules comme l'abiratéron (Zytiga), qui s'avèrent d'une grande efficacité, ainsi que l'enzalutamide (Xtandi). Lorsqu'il y a des métastases osseuses, des molécules favorisant la reconstruction osseuse sont rajoutées à la thérapie antitumorale : soit un biphosphonate comme le zoledronate (Zometa), soit un traitement plus récent le denosumab (XGeva). Une forme galénique particulière du radium 223 (Xofigo) est également disponible pour le traitement des lésions osseuses.

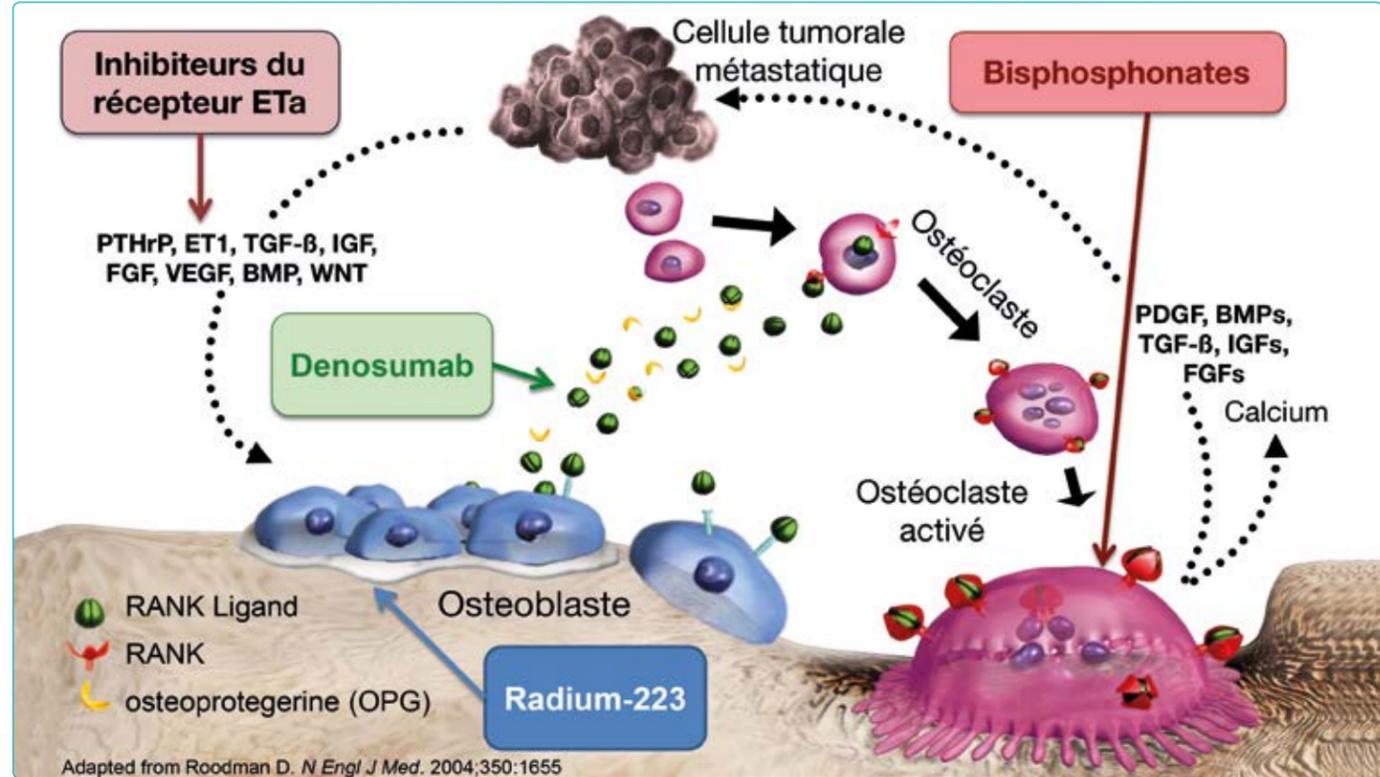


Dr Thibaut SAUSSEZ
Urologie, UCL

• L'os une cible cruciale dans le cancer de la prostate

La structure osseuse est particulièrement ciblée chez les hommes atteints de cancer de la prostate, par trois mécanismes. Premièrement, un déficit osseux « naturel » se développe avec l'âge pour évoluer vers un état d'ostéopénie, puis d'ostéoporose. Deuxièmement, ce déficit osseux est aggravé par l'administration de thérapies anti-androgéniques utilisées dans le cancer de la prostate hormono-sensible. Enfin, une troisième cause d'altération de la structure osseuse est le développement de métastases. Des traitements ont vu le jour, et s'améliorent au fur et à mesure, afin de contrer ces différents mécanismes : ils ont tous comme objectif de reconstruire l'os, d'éviter les complications (fractures, tassements), et de réduire le développement de métastases osseuses : il est donc utile d'agir et de renforcer les structures osseuses avant même l'apparition de métastases à ce niveau !

En fait, les métastases osseuses se développent à la faveur d'un cercle vicieux impliquant trois types cellulaires : les ostéoblastes (cellules construisant de l'os), les ostéoclastes (cellules détruisant l'os) et les cellules tumorales, interagissant entre eux par l'intermédiaire de divers facteurs (voir figure ci-dessous). Des thérapies ont été développées en ciblant diverses étapes de ce cercle vicieux. En particulier, le Denosumab (XGeva) est un anticorps monoclonal bloquant le RANK-ligand, un facteur de différenciation ostéoclastique produit par les ostéoblastes ; l'acide zoledronique (Zométa) est un biphosphonate bloquant l'activité des ostéoclastes ; le radium-223 (Xofigo) est un radio-isotope qui exerce son action en se concentrant dans les sites ostéoblastiques ; enfin, des inhibiteurs des récepteurs (ETA) aux endothélines (ET1) sont en cours de développement et d'évaluation.



Adapted from Roodman D. N Engl J Med. 2004;350:1655

Thérapies ciblant les lésions et métastases osseuses



Photo Shutterstock

• Bouger bouger !

Le traitement hormonal du cancer de la prostate présente des effets secondaires qui altèrent la qualité de vie. Le Dr Ben Addi nous explique que ces complications sont le syndrome métabolique, (hypertension, diabète, hypercholestérolémie) les maladies cardiovasculaires, l'ostéoporose, les troubles de l'humeur, la fatigue, le diabète, les troubles érectiles et la baisse de libido. L'hormonothérapie intermittente est également une option de choix. Le traitement de certains effets secondaires peut être envisagé par l'administration de vitamines D et Ca, par les inhibiteurs de phosphodiesterase, etc. Le changement de mode de vie (nutrition, exercices physiques) est une mesure clé de cette prévention. Eddy Kuypers, licencié en éducation physique a développé des programmes d'activité physique dans le but de renforcer à la fois la force et la souplesse musculaires, de favoriser l'équilibre, de soutenir les fonctions cardiovasculaire et respiratoire.

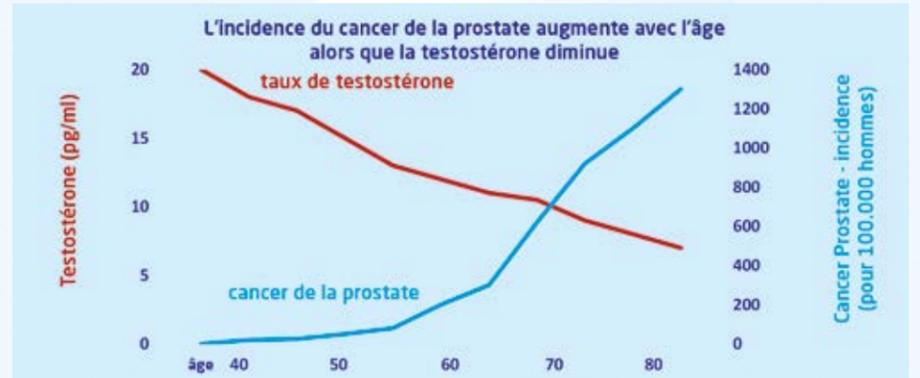


Dr Taoufik BEN ADDI
Urologie, CHIREC

• Testostérone, amie ou ennemie ?

Le principe de la castration avait émergé voici bien longtemps déjà, a expliqué le Pr Claude Schulman, suite à la double constatation par Huggins couronné par un Prix Nobel en 1966, de la régression des cancers de la prostate métastasés après castration ou administration d'oestrogènes, d'une part, de la croissance accrue, sous l'effet de la testostérone, du cancer de la prostate métastaté non traité. D'autre part, le premier constat est exact et bien documenté et reste la base du traitement des cancers avancés/métastasés. Le second constat, par contre, est très mal documenté. Ainsi par exemple, le nombre de cancers de la prostate augmente avec l'âge, alors que le taux de testostérone diminue (voir schéma ci-contre). Une revue de 18 études montre que la testostérone n'a pas d'influence et certaines vont même jusqu'à suggérer que le risque de cancer prostatique, de même que l'agressivité d'un cancer existant, augmentent si le taux de testostérone diminue. Chez les patients qui ont subi une prostatectomie radicale, on voit les taux de testostérone, initialement très bas, remonter après une année. Le rôle et les mécanismes de régulation de la testostérone sont donc insuffisamment connus et mériteraient des études complémentaires.

Prof. Claude SCHULMAN
Urologie, CHIREC



LES CANCERS UROLOGIQUES

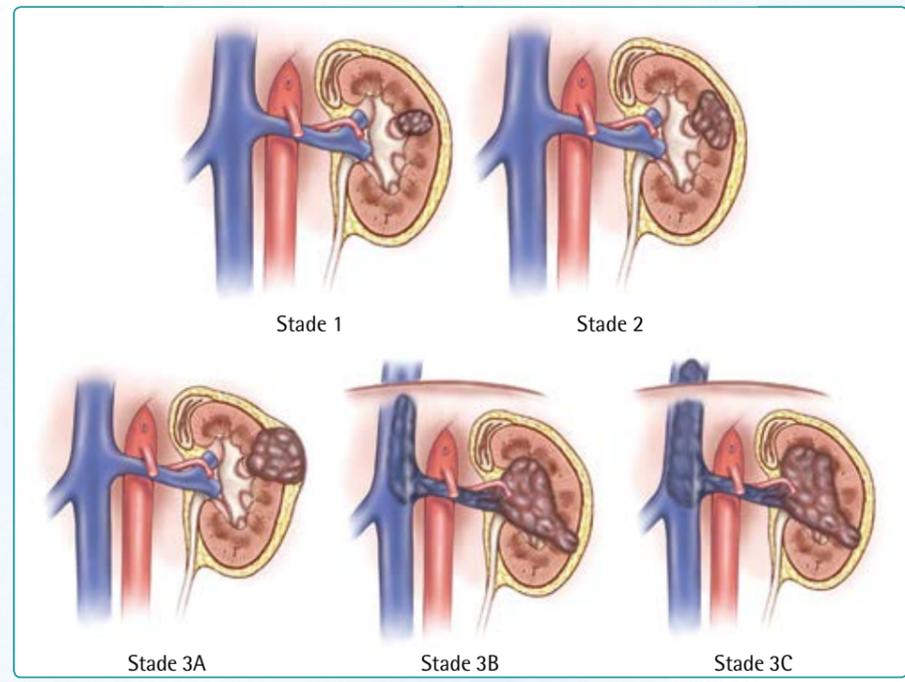
LE CANCER DU REIN, OÙ EN EST-ON ?

Le cancer du rein ATTEINT LES PATIENTS DES 2 SEXES et son incidence est en augmentation en Belgique (1500 cas par an). Comment l'aborde-t-on en ce début du XXI^e siècle ?

Le tableau clinique du cancer du rein a bien changé, a constaté le Dr Charles Chatzopoulos. Le patient qui accuse soudain une hématurie, qui a mal et chez qui on découvre une importante masse rénale est de plus en plus rare. Ce diagnostic est souvent fait lors de la découverte fortuite d'une tumeur rénale de petite taille au cours d'un bilan général. Comment faut-il aborder l'un et l'autre cas ?

• Chirurgie classique, laparoscopique ou robot-assistée ?

Il est certain que les tumeurs de grande taille qui envahissent la graisse rénale, les vaisseaux abdominaux ou les ganglions aorto-abdominaux (stade 3) doivent être abordés en chirurgie ouverte. Les tumeurs stade 2, limitées au rein, peuvent s'opérer par laparoscopie. La chirurgie robot-assistée est d'un apport appréciable. On obtient les mêmes résultats qu'en chirurgie ouverte, mais avec la douleur en moins et une hospitalisation plus courte. Quant aux petites tumeurs, surtout polaires, elles peuvent faire l'objet d'une néphrectomie partielle à condition que le bilan pré-opératoire ait permis de bien les localiser et de bien évaluer leur résecabilité. L'assistance robotisée apporte confort et précision.



Les différents stades du cancer du rein. Chaan et al., Am J Roentgenol 191 : 1220-32, 2008.

• Cancer du rein métastatique

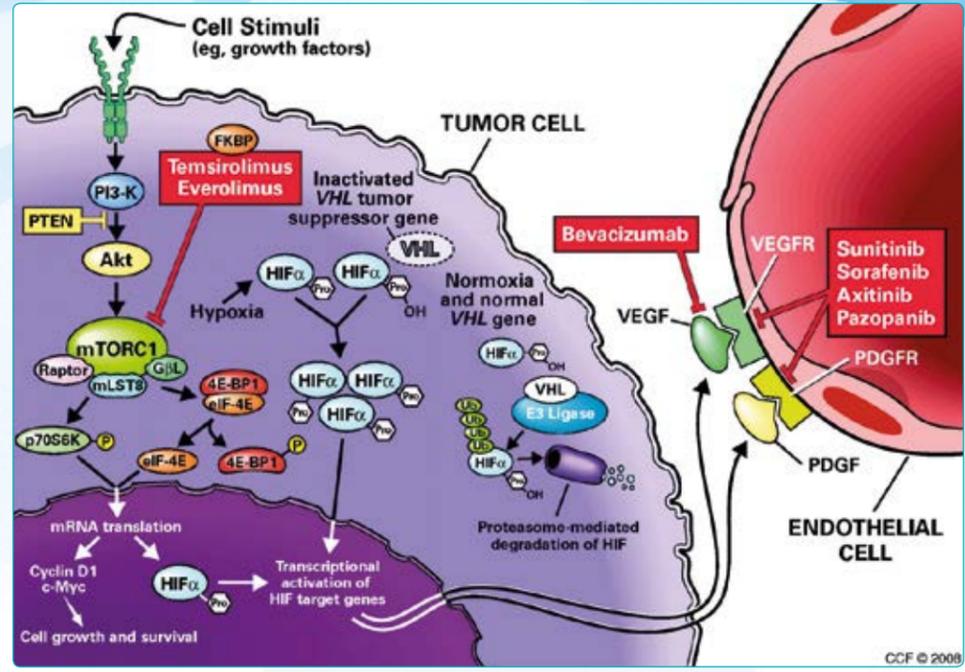
Un traitement par administration de médicaments antitumoraux, ayant l'avantage de diffuser dans tout l'organisme, est proposé en présence de métastases (stade 4).

Le nombre de traitements médicaux efficaces a « explosé » depuis 2007. Avant cette date, le cancer du rein métastatique était très sombre en raison de sa résistance aux chimiothérapies et du peu d'efficacité des immunothérapies. Depuis lors, de nombreux médicaments sont disponibles, ayant un impact majeur sur le contrôle de la maladie : le premier traitement administré à ces patients peut ainsi apporter un contrôle prolongé de leur maladie, chez la moitié d'entre eux. En cas d'échec ou de progression, on peut alors passer à un second traitement, et ainsi de suite, ce qui a permis d'allonger très significativement leur survie globale. Ces médicaments remarquables ne sont pas des chimiothérapies : ils font partie d'un nouveau type de traitement, portant le nom de « thérapies ciblées ».

disséquées diverses voies moléculaires : non seulement celles qui amènent une cellule normale à se transformer en cellule cancéreuse, puis à proliférer de façon non contrôlée, mais aussi celles qui accompagnent le processus de cancérogénèse, comme celles qui vont stimuler la formation de nouveaux vaisseaux pour apporter l'oxygène et tous les éléments « nutritifs » nécessaires au développement des cellules tumorales (processus de « néo-angiogenèse »). Les nouvelles thérapies ciblées vont agir en bloquant des éléments clés de ces voies moléculaires. Celles utilisées avec succès dans le carcinome rénal peuvent être divisées en deux groupes selon leurs cibles. Ces thérapies et leurs cibles sont illustrées dans la figure page 9.



Dr Charles CHATZOPOULOS, Urologie, CHIREC et Pr Thierry VELU, Oncologie médicale, CHIREC



Mécanisme d'action des différentes thérapies ciblées. B. Rini, J Clin Oncol 27 : 3225-34, 2009.

• Les thérapies ciblées

Thérapies ciblant les molécules qui stimulent la néoangiogenèse

Le premier groupe cible les voies de néoangiogenèse (voir plus haut). La stimulation de nouveaux vaisseaux provient surtout de la fixation d'un facteur soluble, le VEGF, produit par les cellules tumorales, sur un récepteur (VEGFR) exprimé à la surface des cellules vasculaires endothéliales (voir figure ci-dessus). Le VEGF et son récepteur VEGFR peuvent être ciblés par les molécules suivantes :

- le bevacizumab (Avastin) est un anticorps monoclonal ciblant le VEGF.
- le sunitinib (Sutent), le sorafenib (Nexavar), l'axitinib (Inlyta) et le pazopanib (Votrient) sont des petites molécules bloquant le récepteur du VEGF (VEGFR), qui est une tyrosine kinase. Ces molécules sont moins spécifiques que les anticorps, et vont interagir avec d'autres tyrosines kinases, ce qui aura comme conséquence, qu'ils auront chacun un spectre d'actions et d'effets secondaires assez différents les uns des autres.

Of Rapamycin) (voir figure ci-dessous), qui fait partie d'une voie moléculaire stimulant la survie et la prolifération cellulaire : il s'agit de la voie phosphoinositide 3-kinase (PI3-K) et AKT, régulé par le produit du gène suppresseur de tumeur PTEN. Cette voie étant particulièrement active dans les cancers rénaux, deux médicaments antitumoraux ciblant mTOR ont été développés avec succès : le temsirolimus (Torisel) et l'everolimus (Afinitor).

Thérapies ciblant la voie moléculaire tumorale de la rapamycine (mTOR)

Les thérapies ciblées antitumorales de ce groupe inhibent la même cible que la rapamycine, également appelée sirolimus, développée comme immunosuppresseur utilisé dans la prévention du rejet de greffe après transplantation. Leur cible commune est la protéine mTOR (mammalian Target

Comme nous l'avons discuté plus haut, ces nouvelles thérapies ciblées ont toutes vu le jour en moins de dix ans, contrastant avec une absence quasi-totale de traitement efficace auparavant ! Elles peuvent être utilisées les unes après les autres, dans une séquence qui prend en compte divers éléments, comme des facteurs pronostiques ou histologiques, ou encore comme l'état général ou l'âge du patient. Loin de s'arrêter à de si bons résultats, les laboratoires de recherche évaluent encore de nombreuses autres molécules, dont certaines arriveront à améliorer encore plus le contrôle de la pathologie tumorale.

Dr Fabienne BASTIN
Oncologie Médicale,
CHIREC



Pr Thierry VELU
Oncologie Médicale,
CHIREC

Sites à visiter



guidelines
www.uroweb.org



Association française d'urologie (AFU)
www.urofrance.org



National Comprehensive Cancer Network
www.nccn.org



Fondation contre le cancer - Belgique
www.cancer.be

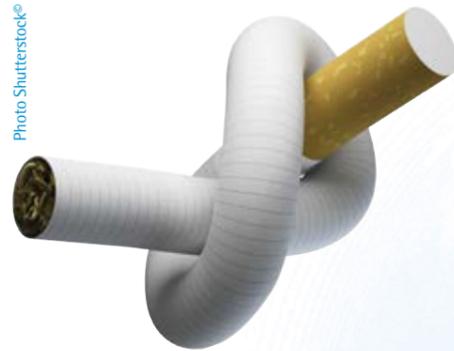


Agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie
www.e-cancer.fr

LES CANCERS UROLOGIQUES

LES TUMEURS DE LA VESSIE

Le cancer de vessie et des voies urinaires est le 4^{ème} cancer le plus fréquent chez l'homme, le 11^{ème} chez la femme mais chez ces dernières la fréquence tend à progresser avec l'augmentation du tabagisme féminin. C'est le cancer qui aujourd'hui nécessite le plus de prise en charge compte tenu du très haut taux de récurrence.



• Les tumeurs superficielles

Les lésions superficielles, communément appelées « polypes » ont un taux de récurrence très élevé et doivent être traitées et suivies très régulièrement.

Le diagnostic, a expliqué le Dr K. Entezari, est initié dans 85% des cas par une hématurie et dans 20% des cas par une miction urgente. Mais l'importance de l'hématurie n'est pas proportionnelle à la gravité de la tumeur. Une mise au point complète est toujours nécessaire. La cystoscopie est l'examen de choix et sa

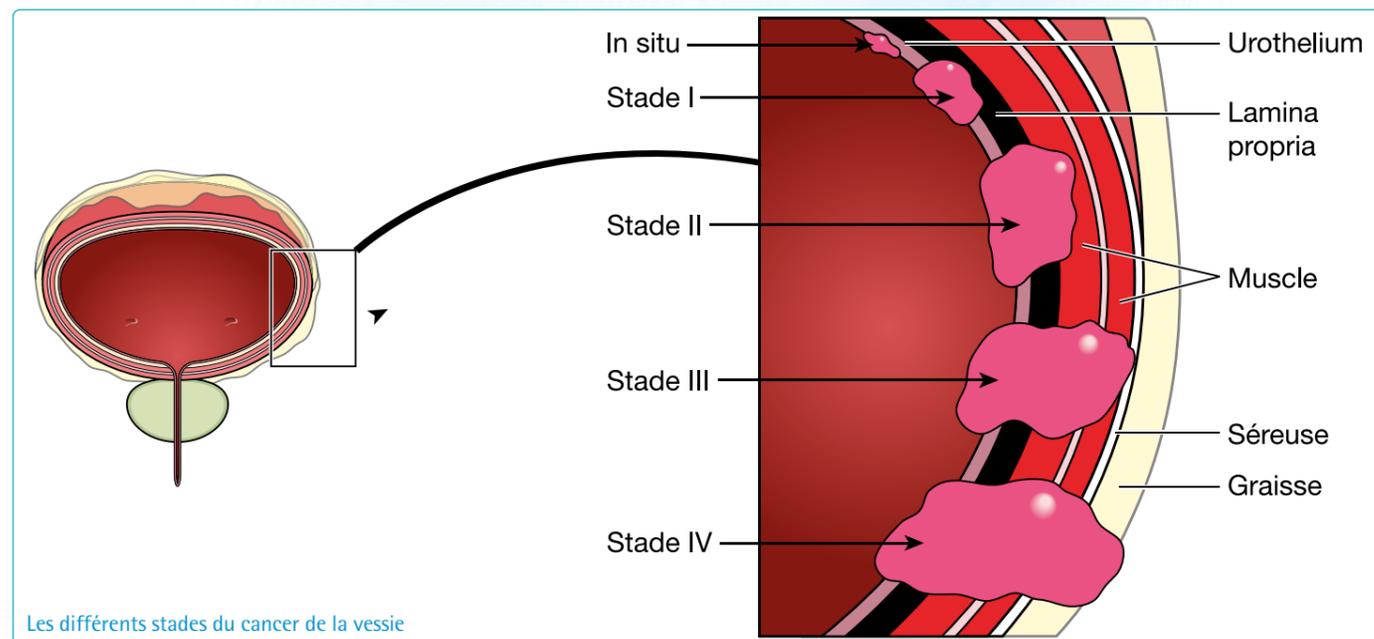
sensibilité est accrue par des techniques telles que la détection photodynamique en lumière bleue. Cette détection permet par ailleurs une prise en charge plus précoce, qui aboutit à une diminution du risque de récurrence. Une autre technique de détection est l'imagerie en bande étroite NBI, (narrow band imaging), qui renforce le contraste entre tissu sain et tissu anormal, plus vascularisé. L'examen cytologique confirme la nature cancéreuse, bien qu'il soit plus sensible pour les cancers de haut grade que pour les autres. L'uroscanner permet une évaluation morphologique avec exploration des uretères et des reins.

Une classification est établie selon le degré d'infiltration, tandis que la notion de grade exprime l'agressivité tumorale. Cliniquement, la majorité des tumeurs sont superficielles et moins de 15% d'entre elles sont aussitôt agressives. On trouve des métastases d'emblée dans 10% des cas.

Dr Kim ENTEZARI
Urologie, CHIREC



| DIAGNOSTIC DES TUMEURS SUPERFICIELLES DE LA VESSIE |
|--|
| • 85 % des cas : hématurie macro ou microscopique sans corrélation avec l'agressivité tumorale |
| • 20 % des cas : « urgence mictionnelle », plus fréquente dans les hauts grades ou les cancers in situ (CIS) |
| • Cystoscopie ++++ |
| • Cytologie, plus sensible pour les grades élevés |
| • Uroscanner |
| • Evaluation de l'état des uretères et des reins |

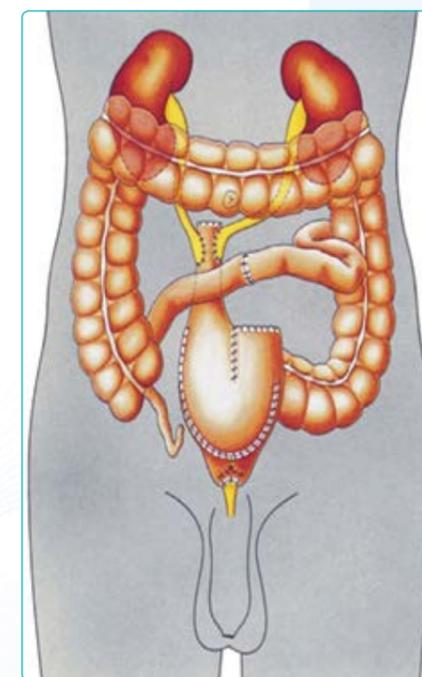


• Les tumeurs infiltrantes

Les lésions infiltrantes obligent souvent à l'ablation de la vessie et son remplacement par un segment d'intestin permettant de conserver des mictions par les voies naturelles afin d'éviter une dérivation dans une poche fixée à la peau. Le traitement des tumeurs infiltrantes de la vessie a évolué lui aussi et voit son pronostic s'améliorer progressivement. Les cancers de vessie invasifs avec atteinte de la couche musculaire nécessitent une cystectomie radicale.

Actuellement la chirurgie ouverte reste le Gold standard du traitement. Récemment de nouvelles techniques moins invasives laparoscopiques avec assistance robotique ont été mises au point.

Le but est de réaliser cette chirurgie de façon totalement intracorporelle en offrant les mêmes bénéfices oncologiques que la chirurgie ouverte. Les séries publiées ces 10 dernières années montrent que la chirurgie robot-assistée nous permet d'obtenir des résultats tout à fait encourageant avec un taux de survie à long terme comparable pour un faible taux de complications.



Vessie de remplacement par un segment intestinal

• Traitement médical des tumeurs infiltrantes de la vessie

Même après cystectomie radicale, un certain nombre de patients porteurs d'une tumeur de la vessie infiltrant profondément sa paroi ou les structures pelviennes avoisinantes, vont développer des métastases à distance dans les deux années qui suivent : la plupart d'entre eux en mourront. Pour ces patients, une chimiothérapie réalisée avant chirurgie, appelée néo-adjuvante, permet d'améliorer leur survie, qui passe, à 5 ans, de 40-45% à près de 60%. Deux schémas de chimiothérapie dominent la pratique : soit une combinaison de méthotrexate, vinblastine, adriamycine et cysplatine (MVAC), soit une combinaison de gemcitabine et cisplatine (GC). Alors que de nombreuses données ont démontré l'intérêt d'une telle chimiothérapie néo-adjuvante, il n'existe encore que peu de données en faveur d'une chimiothérapie réalisée après chirurgie (adjuvante).

Lorsqu'une cystectomie radicale ne peut être réalisée en raison de contre-indication opératoire ou de refus du patient, on peut proposer une résection trans-urétrale de la tumeur vésicale, suivie par une combinaison de radiothérapie avec de la chimiothérapie.

Enfin, une polychimiothérapie est également utilisée en situation métastatique, avec des taux de réponse atteignant 50%, et une augmentation significative de la survie des patients.

De nouvelles pistes en perspective

On peut encore espérer voir les résultats s'améliorer davantage à court ou moyen terme en raison des nouvelles modalités thérapeutiques qui semblent pouvoir bientôt s'appliquer. Près d'une vingtaine de cibles moléculaires, déjà visées dans des cancers d'autres organes, ont été mises en évidence dans les cancers de la vessie : ce sont soit des mutations inactivant des gènes suppresseurs de tumeurs comme p53 ou rb, soit des altérations des voies métaboliques comme celle affectant m-TOR : dans 60% de ces altérations moléculaires, des thérapies ciblant spécifiquement ces altérations ont déjà été approuvées dans d'autres indications, et sont en cours d'évaluation dans les cancers de la vessie. Ici comme ailleurs en cancérologie, les progrès sont relativement lents, mais bien réels.

Pr Thierry VELU
Oncologie médicale, CHIREC



Dr Henri BONDUE
Oncologie médicale, CHIREC



Gène suppresseur de tumeur p53 est le gène suppresseur de tumeur le plus souvent muté en cancérologie humaine (plus de 50 %), comme c'est le cas dans les cancers de la vessie. Comme l'illustre la figure ci-contre, la protéine qu'il encode est un facteur de transcription liant la double hélice d'ADN : elle contrôle ainsi des fonctions cellulaires importantes, comme la mitose ou la mort programmée (apoptose). La compréhension des mécanismes moléculaires impliqués dans la cancérogenèse a permis de développer des thérapies ciblées qui révolutionnent le traitement du cancer.

LES CANCERS UROLOGIQUES

RENCONTRES : Ensemble face aux cancers urologiques – Album photos

Les Rencontres du Chirec Cancer Institute consacrées aux cancers urologiques ont attiré un public nombreux de 320 participants, dont deux tiers de Médecins Généralistes. Comme pour toutes les éditions des Rencontres, chaque session était modérée par une équipe comprenant un Médecin Généraliste.



Pr Thierry VELU, Révolution qualité en Oncologie



Drs Jean-Jacques BREDAEL, Richard BURETTE et André CORBUSIER



Mr Eddy KUYPERS



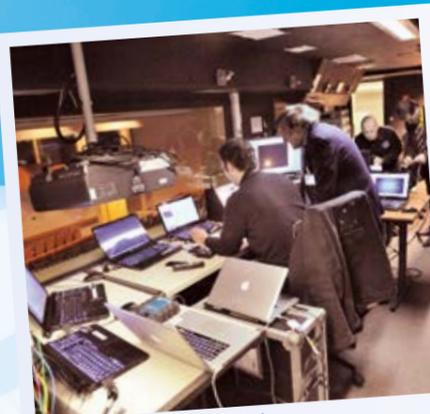
La philosophie des Rencontres



Pr Claude SCHULMAN, Pr Elie COGAN et Dr Michel HANSET



Drs Michel VERMEYLEN, Patrick VAN LEER et Henri BONDUE



La régie



Drs Michel NAUDIN, Kim ENTEZARI et Serge VANDERROOST



Pr Thierry ROUMEGUERE, Drs Richard BURETTE, Nadine CARETTE et Michel LIBERT



Clinique Edith Cavell
Rue Edith Cavell, 32
BE - 1180 Bruxelles
T. : +32 2 434 41 11



Hôpital Braine-l'Alleud - Waterloo
Rue Wayez, 35
BE - 1420 Braine-l'Alleud
T. : +32 2 434 91 11



Clinique Parc Léopold
Rue Froissart, 38
BE - 1040 Bruxelles
T. : +32 2 434 51 11



Centre Médical Europe-Lambermont
Rue des Pensées, 1-5
BE - 1030 Bruxelles
T. : +32 434 24 11



Clinique Basilique
Rue Pangaert, 37 - 47
BE - 1083 Bruxelles
T. : +32 2 434 21 11



City Clinic Chirec Louise
Avenue Louise, 235 B
BE - 1050 Bruxelles
T. : +32 434 20 00



Clinique Ste-Anne St-Remi
Bd Jules Graindorlaan, 66
BE - 1070 Bruxelles
T. : +32 2 434 31 11



Nouvel Hôpital sur le site DELTA
Bd du Triomphe, 201
BE - 1160 Bruxelles
Ouverture prévue pour 2017



Les Concertations Oncologiques Multidisciplinaires (COMs) devraient être systématisées pour offrir une prise en charge optimale aux patients.

15 ans de multidisciplinarité au Chirec Cancer Institute (CCI) révolutionnent la qualité en oncologie

Finis le temps où le traitement était décidé par un seul médecin : encore dans les années 90, un patient avait une plus grande probabilité d'être traité par de la chirurgie, de la radiothérapie ou par de la chimiothérapie en fonction du spécialiste qu'il consultait !

Le KCE, Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, vient de publier un bilan sur 10 années de Concertations Oncologiques Multidisciplinaires (COMs), financées par l'INAMI depuis 2003 : réunissant les divers professionnels de santé, médecins et non-médecins, ces Concertations ont pour objet de discuter les dossiers de patients de façon pluridisciplinaire.

Le Chirec Cancer Institute (CCI) fête, lui, 15 années de COMs. Les premières COMs du Chirec ont vu le jour en 1999. Aujourd'hui, le CCI organise plus de 30 COMs par mois, qui discutent globalement de plus de 2.000 dossiers par an : tous les spécialistes du cancer y participent activement, atteignant régulièrement le nombre de 25 ou 30 en une seule séance !

Fort de cette expérience, le CCI, par la voix de son Directeur, le Prof. Thierry Velu, souhaite faire des recommandations allant plus loin que le KCE.

Rendre les COMs OBLIGATOIRES

Le CCI estime que chaque patient a DROIT de bénéficier d'une concertation pluridisciplinaire de son dossier médical. C'est la raison pour

laquelle, dès 2008, le CCI a rédigé une Charte de Qualité, signée par tous les professionnels de santé, dans laquelle ces derniers s'engagent à mettre en discussion TOUT NOUVEAU PATIENT atteint de cancer, ou suspect de l'être. En mars 2010, adressant une lettre au Prof. Thierry Velu, Directeur du CCI, l'Ordre des Médecins, par la voix du Dr J.-P. Barroy, Président du Conseil du Brabant, écrit : « le Bureau, non seulement donne un avis favorable quant à la proposition de la signature de cette charte par l'ensemble des soignants des patients du CHIREC et de SARE atteints de cancer, mais également fait part de ses plus vifs encouragements en ce qui concerne cette initiative ».

Discuter des dossiers en COMs AVANT toute chirurgie

Au-delà du plan thérapeutique du patient, les discussions en COMs devraient systématiquement débiter avant la chirurgie, car régulièrement les recommandations internationales définissent diverses situations cliniques où la survie des patients, ou leur qualité de vie, est améliorée si un traitement médical est administré avant toute chirurgie (approche néo-adjuvante). Pour aller plus loin, il est même recommandé de discuter de la stratégie diagnostique qui sera utilisée pour confirmer un diagnostic de cancer (par exemple, ponction, biopsie, exérèse, chirurgie plus agressive, ou au contraire simple suivi). Convaincu de cet intérêt d'étendre l'accès aux COMs beaucoup plus tôt dans le trajet de soins, le CCI a voulu que ces réunions fournissent des recommandations sur les procédures diagnostiques à suivre, sur le plan de traitement et de suivi. A cette fin, le CCI a inclus dans sa Charte de Qualité

un engagement des médecins à présenter tous leurs patients atteints d'un cancer, ou suspects de l'être, AVANT tout traitement. 170 médecins du Chirec ont signé la Charte du CCI à ce jour.

Tenir des COMs « SPECIALISEES »

Afin que les meilleurs spécialistes participent aux COMs, le CCI insiste sur l'organisation de COMs « spécialisées », par opposition aux COMs « générales ». Ainsi, une COM dédiée à un secteur oncologique donné permettra une prise en charge de plus grande qualité qu'une COM générale : par les sujets spécialisés qui y seront traités, elle stimulera la participation de tous les spécialistes concernés, et permettra une discussion plus approfondie du dossier clinique. A titre d'exemple, la Clinique du sein du CCI a été choisie comme unité pilote évaluée par le Ministère de la Santé Publique dans le cadre de la convention « Coordination Qualité et Sécurité des Patients ». 2 des 11 indicateurs de qualité retenus sont précisément : « la part des femmes souffrant d'un cancer du sein dont le cas a été discuté en COM avant tout traitement » et « la part des COMs auxquelles sont discutés les cas des patientes atteintes d'un cancer du sein qui ne sont dédiées qu'au cancer du sein. »

Développer des COMs en TELECONFERENCE afin d'y intégrer le médecin généraliste

Idéalement, pour tout patient qui fait l'objet d'une concertation en COM, il faudrait associer le point de vue de son médecin traitant, qui le connaît le mieux, à celui de tous les spécialistes présents. Actuellement les médecins traitants sont les grands absents des COMs, principalement pour des raisons de manque de temps. A cette fin, l'utilisation de vidéoconférence, comme suggéré dans le récent rapport du KCE, semble être une opportunité. Ce système fonctionne au CCI depuis 6 ans, ce qui permet la collaboration multi-sites systématique propre au Chirec. Nous envisageons d'ouvrir ce système aux médecins extérieurs, en particulier aux médecins traitants, afin de garantir une prise en charge globale optimale que le CCI veut offrir à tous les patients atteints de cancer.



La Charte de Qualité mise en place par le Chirec Cancer Institute dès 2009 est signée par 170 médecins du CHIREC à ce jour. Elle a été approuvée par le Conseil de l'Ordre National des Médecins, qui a manifesté son plus vif soutien pour cette initiative.



CHARTRE DE QUALITE

La présente Charte définit les principes de qualité auxquels tous les intervenants œuvrant au sein du Chirec Cancer Institute (CCI) se doivent d'adhérer pour une prise en charge globale des patients cancéreux qui soit de qualité, personnalisée, multidisciplinaire, englobant tous les acteurs (professionnels de santé ou autres), et ce, tant sur le plan des soins prodigués, que du soutien et de l'accompagnement aux personnes malades et à leurs proches.

La Charte a reçu l'approbation des autorités du CHIREC, dont les équipes participent au Chirec Cancer Institute (CCI), afin d'atteindre l'excellence que le CCI s'est fixé comme objectif.

C'est dans cette optique que tous ceux qui adhèrent à la Charte s'engagent à :

1. favoriser des attitudes diagnostiques et thérapeutiques basées sur des recommandations internationales (bonnes pratiques cliniques et médecine fondée sur les faits – *evidence based medicine*), telles que référencées dans le Manuel de Soins Oncologiques du CCI (CHIREC), et rédigées dans le cadre des Programmes de Soins en Oncologie (PSO) agréés par le Ministère de la Santé Publique ;
2. mettre en discussion le cas de tout nouveau patient atteint de cancer, ou suspect de l'être, avant traitement (sauf en cas d'urgence) dans le cadre d'une Concertation Oncologique Multidisciplinaire (COM), et y participer personnellement (sauf en cas d'empêchement exceptionnel), afin de proposer, pour ce patient, la meilleure stratégie thérapeutique (programme personnalisé de soins), basée sur des trajets de soins définis en fonction du type de cancer. Ceci implique le respect et le développement d'un esprit d'équipe au sein du CCI et une collaboration rapprochée avec les médecins généralistes traitants pour assurer un relais de qualité optimale pour les soins à domicile ;
3. assurer au patient un soutien spécifique au moment de l'annonce du diagnostic de cancer, notamment par la disponibilité vis-à-vis du patient et/ou de ses proches ou répondeurs, l'écoute du patient, et, dans toute la mesure du possible, lui apporter des réponses claires et appropriées aux questions posées.
4. Assurer au patient le recours le plus rapide possible aux moyens thérapeutiques les plus performants dans l'état actuel de la science, et ce, de préférence au sein du groupement CHIREC, si ces moyens y sont disponibles, tout en respectant le libre choix du patient ;
5. remettre en discussion le dossier d'un patient au sein d'une COM chaque fois que la situation clinique le nécessite, et chaque fois qu'une attitude médicale viendrait à diverger soit du programme de soins établi au sein de la COM pour ce patient, dûment acté et explicité dans le dossier du patient, soit des recommandations reprises dans le Manuel de Soins Oncologiques ;
6. mentionner dans le dossier du patient les moyens diagnostiques mis en œuvre, le programme de soins personnalisés établi par la COM et toute

autre modification qui pourrait y être apportée au cours du traitement, en fonction de l'évolution clinique du patient, en favorisant le recours au dossier médical informatisé ;

7. respecter les droits du patient, et adhérer aux principes éthiques en matière de soins de santé ;
8. informer le patient, en particulier des attitudes proposées par la COM ;
9. assurer au patient les soins dont il est en droit de bénéficier dans le cadre de son programme de soins, dans le respect de ses options philosophiques, en préservant sa dignité et son intimité ;
10. informer le patient des différentes compétences qu'offrent les soins de support (psycho-oncologie, nutrition, lutte contre la douleur, réhabilitation, soutien social, soins continus...) et intégrer cette approche multidisciplinaire dans le projet thérapeutique du patient, tout au long de sa prise en charge ;
11. assurer au patient une continuité des soins, que ce soit notamment entre l'ambulatoire et l'hospitalisation, entre médecins ou entre institutions de soins ;
12. collaborer à l'enregistrement des cas de patients cancéreux, notamment au travers des COMs ;
13. participer à, et favoriser, la formation continue de tous les intervenants, notamment via les formations organisées intra muros ;
14. accepter la participation aux contrôles de qualité, audits ou enquêtes de satisfaction et accepter toute évaluation interne ou externe des activités réalisées en matière de diagnostic et de soins oncologiques au sein du Chirec Cancer Institute ;
15. assurer une transparence totale des honoraires et frais liés au traitement. En cas de pratique de suppléments d'honoraires, accepter de les limiter ou de les supprimer pour certains patients à la demande de leur médecin référent, de façon à leur faciliter l'accès à une prise en charge complète par le Chirec Cancer Institute ;
16. enfin, contribuer à l'amélioration de la communication interne et externe, et à la visibilité extérieure.

Je soussigné(e), adhère aux principes ci-dessus énoncés et accepte de m'y conformer en tous points dans le cadre de la pratique au sein du Chirec Cancer Institute – CCI.

Date :

Secteur d'activité – spécialité :

Nom et Prénom :

N° d'agrément INAMI :

Cachet :

Signature :

Le 4 février 2015 a consacré la Journée Mondiale de Lutte contre le Cancer, maladie qui atteint quasi un être humain sur deux au cours de sa vie. A cette occasion, le Prof. Th. Velu, Directeur du Chirec Cancer Institute (CCI), a souhaité répondre à l'invitation du Chirec Goal en mettant en lumière les soins de support pour lesquels un groupe de coordination et de réflexion s'est mis en place au cours de ces dernières années, sous l'impulsion de leur Coordinatrice, le Dr D. Bouckenaere.

De nos jours, l'objectif de la prise en charge de nos patients en rechute est double : leur permettre de vivre non seulement le plus longtemps possible et aussi le mieux possible avec leur cancer. Il ne sert à rien de vivre longtemps si c'est pour vivre mal... Cette stratégie, qui peut paraître évidente ne l'est pourtant pas tellement, puisqu'il n'y a pas si longtemps le seul objectif de la recherche médicale était l'allongement de la durée de vie, sans étudier la qualité de vie en parallèle. A présent, la philosophie de prise en charge a heureusement bien changé, et nous sommes fiers de vous présenter ici l'équipe des soins de support du CCI.

| | CAV | EXT | CPL | EXT |
|---|--|------------------------------|--|--|
| INFIRMIERES COORDINATRICES | Z. Balci | | D. Madaleno | 5865 |
| ONCO-PSYCHOLOGIE | D. Grulois P. Putseys | 4840 4840 | D. Grulois | 5765 |
| PSYCHIATRIE DE LIAISON | Dr J.-P. Pennec Dr S. Gallego | 4340 4340 | Dr S. Gallego | 5550 |
| MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION | Dr N. Biltiau | 4671 | Dr M. Goossens Dr Dongliang Qin | 5375 |
| "KINESITHERAPIE ET DRAINAGE LYMPHATIQUE" | F. Nicaise J. Harfouche P. Steffen | 4638 4839 4638 | S. Gadenne E. Mohet | 5440 5440 |
| NUTRITION | C. Hallez L. Teruzi Dr Ph. Langlet Dr S. Roland | 9778 6036 4273 4273 | C. Hallez V. Everaert S. Dardenne | 9778 5968 5689 |
| SERVICE SOCIAL | A. Magos | 6219 | M. Dhyon | 5357 |
| ALGOLOGIE ET CLINIQUE DE LA DOULEUR | I. de Groeve (inf.) Dr M. Duchateau Dr F. Lamesch | 6972 4273 4273 | Dr L. Fodderie Dr D. Bouckenaere Dr A. Deltell Dr V. Macquaire Dr A. Mazic de Sonis Dr J.-P. Van Buyten P. Vienne (kiné.) C. De Greef (inf.) S. Hermans (psy.) | 5089 5764 5087 5126 5471 5374 5374 5370 5540 |
| SOINS CONTINUS ET PALLIATIFS | I. de Groeve (inf.) D. Grulois (psy.) | 6972 4840 | M. Ronsse (psy.) D. Grulois (psy.) | 5765 5765 |
| SOINS ESTHÉTIQUES ET BIEN-ÊTRE | «M.Comas (cosmétologie)» | 2000 (City Clinic) | S. Leroy | 5440 |
| MÉDECINE INTÉGRATIVE | Dr I. Theunissen | 2000 (City Clinic) | Dr A. Mazic de Sonis | 5471 |
| LOGOPÉDIE | | | M.-A. Vanganbek | 5549 |
| TABACOLOGIE | | | Dr J. Coulon | 5560 |
| ESPACE ENFANTS | D. Grulois (psy.) | 4840 | D. Grulois (psy.) | 4840 |
| GROUPES PSYCHO-ÉDUCATIFS | Dr D. Bouckenaere D. Grulois (psy.) C. Henne (psy.) F. Bastin (expert) V. Mendez (expert) F. Nicaise (kiné.) D. Madaleno (inf) | 5764 | Dr D. Bouckenaere D. Grulois (psy.) C. Henne (psy.) F. Bastin (expert) V. Mendez (expert) F. Nicaise (kiné.) D. Madaleno (inf) | 5764 |

Les numéros de téléphone indiqués doivent être précédés de 02 - 434 pour les appels de l'extérieur du CHIREC.



Les soins de support en oncologie sont essentiels car ils ont, comme but premier, d'améliorer le soutien apporté à nos patients, et donc leur qualité de vie.

Explication par Dr Dominique Bouckenaere

Algologie, Soins Continus, Coordinatrice du groupe des soins de support du Chirec Cancer Institute

| SARE | EXT | HBW | EXT | NCB | EXT |
|--|--------------------------------------|--|--------------------------------------|--|----------------------|
| C. Delescaille | 2697 | L. Vaudon | 9098 | | |
| N. Chapeaux | 2771 | A. Pohl | 9979 | | |
| A. Ferremans (secr.) | 3541 | | | | |
| Dr R. Ricci Risso | 2688 | Dr L. Delaunoy | 9072 | | |
| Dr Fl. Nae D. Burlot J. Delmotte V. Lissassi C. Maricq | 2677 2794 3855 3855 3855 | C. Graffe M. Gillieaux M. Glibert J. Grumiaux M. Normand | 9227 9227 9227 9227 9138 | D. Coolsaet | 2113 |
| K. Sonck C. Van Huffel | 2753 2753 | C. Hallez V. Capelle S. Chevalier | 9778 9571 9037 | C. Hallez | 9778 |
| A. Wasowski | 3946 | A.-S. Peeters | 9004 | | |
| Dr B. Vanderick J. Laurent (inf.) | 2619 2824 | Ph. Hendrickx E. Guntz | 9972 9008 | Dr I. Andrianne Dr G. Bejjani Dr T. El Hor | 2117 2370 2129 |
| Dr M. Willocx C. Arezzi N. Chapeaux (psy.) | 2743 2742 2771 | Dr C. Finet A. Pohl (psy.) | 9982 9979 | | |
| C. Detroy | 2759 | M. Genicot | 9114 | | |
| Dr I. Schaub (hypnose) | 2617 | | | | |
| Dr E. Watelet | 2726 | | | Dr C. Walravens | 2268 |
| | | Dr Cl. Finet A. Pohl (psy.) | 9979 | | |

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 multi-professionnelle, complémentaire aux traitements oncologiques et accessible depuis l'annonce du diagnostic, 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 psychologie, la réhabilitation, la kinésithérapie, la nutrition, le service social, la clinique de la douleur, les soins continus et palliatifs, la logopédie, les soins esthétiques, etc.

Ces différentes disciplines contribuent à soulager la douleur et les autres symptômes physiques, réduire la souffrance psychique et spirituelle, favoriser une meilleure tolérance aux traitements oncologiques et promouvoir la communication avec le patient et ses proches. Selon le projet thérapeutique, la visée peut être la réadaptation fonctionnelle ou les soins de confort.

Le groupe des soins de support réunit les représentants de ces différentes disciplines des différents sites du Chirec. Il a comme objectif d'initier des projets multidisciplinaires et intersites tels que Oncopsy (groupe de parole psycho-éducatif) ou l'Espace Enfants, de stimuler les initiatives validées dans ce domaine et de promouvoir l'intégration des soins de support dans les soins oncologiques globaux. Dans ce cadre, l'accent est mis sur la détection précoce des besoins psychosociaux, l'accessibilité des soins de support, et la coordination entre les différents intervenants.

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



Le Dr Dominique Bouckenaere est Présidente de la Fédération Bruxelloise de Soins Palliatifs FBSP

www.fbsp-bfpz.org et
<https://www.facebook.com/soinspalliatifsbruxelles>
si vous souhaitez le liker !

Diagnostic précoce Innovation Continuité des Soins Qualité de l'accueil Guérison Personnalisation Techniques innovantes : chirurgie robot-assistée Soutien Coordination Confiance Rôle du Généraliste Prévention Accessibilité Multidisciplinarité

Diagnostic précoce Innovation Continuité des Soins Qualité de l'accueil Guérison Personnalisation Techniques innovantes : chirurgie robot-assistée Soutien Coordination Confiance Rôle du Généraliste Prévention Accessibilité Multidisciplinarité

UN CENTRE D'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL, EN COMPLÉMENT DES SOINS HOSPITALIERS : L'ASBL RE-SOURCE.

Le Chirec a dans son ADN d'offrir des services de pointe personnalisés à ses patients. C'est dans cette optique que le groupe a décidé de soutenir le 1er centre global de ressourcement pour les patients souffrant du cancer dans la Région Bruxelloise : l'asbl Re-source, Chirec Delta Center.

Concrètement, il s'agit d'un concept complet d'accompagnement inspiré des « Maggie's Centres » déployés au Royaume-Uni.

La maison Re-source est née d'une volonté commune du directeur du CCI le Pr. Thierry Velu, d'une de ses patientes Janik Nicodème et du Dr. Veronica Mendez. L'asbl offre la possibilité aux patients, et à leur entourage, de disposer d'un endroit proche de l'hôpital où ils peuvent trouver une écoute, un partage avec d'anciens patients, des conseils auprès de professionnels de la santé et des activités



de revalidation psychologiques, physiques et sociales, le tout dans un cadre apaisant. L'ensemble est réalisé en interaction avec le corps médical, en adéquation avec les études qui démontrent qu'en agissant sur l'alimentation, le stress et l'activité physique, on améliore significativement ses chances dans la lutte contre le cancer.

À terme, le Chirec mettra à disposition un espace de plus de 200m² à côté du nouvel hôpital Delta, à Auderghem. Dans un premier temps les activités prennent place au 329 rue Vanderkindere à Uccle, dans un lieu offert par la clinique Edith Cavell, à partir d'octobre 2016.

Cet accompagnement complémentaire globalisé et centralisé en un cadre chaleureux représente un atout précieux pour beaucoup de patients. L'objectif du centre est d'améliorer leur qualité de vie ainsi que celle de leur entourage pendant et après les traitements.

Janik Nicodème-Goldberg
Chef de Projet, Re-source Center



En pratique pour 2016-2017 :

- **Quand ?** Début des activités le 10 octobre 2016.
- **Où ?** Rue Vanderkindere 329 à Uccle

- **Quoi ?** Les activités gravitent autour de 4 piliers : Être ; Bouger ; Manger ; Partager.

- 1) Permanence d'accueil de 10h à 12h du lundi au vendredi
- 2) Petits déjeuners santé le jeudi matin de 8h à 10h
- 3) Ateliers créatifs, de médecine intégrative, d'art thérapie...
- 4) Cycles de yoga, d'exploration corporelle par le mouvement, de mindfulness, de gym de remise en forme, de self-défense, de thaï chi chuan...

- 5) Marche nordique.
- 6) Cuisine santé et partage.
- 7) Conférences.

- **Vous renseigner ?**
www.re-source-delta.be
Tél : +32 479 0 345 92
jag@re-source-delta.be

- **Goûter animé d'information**
le 22 octobre 2016
au Chalet Robinson
de 14h30 à 16h30.



FAIRE UN DON POUR :

- **LA RECHERCHE CLINIQUE DU CHIREC CANCER INSTITUTE : Compte du Chirec Cancer Institute - Fondation CARE :**
IBAN : BE88 3751 0478 5341 - BIC : BBRUBEBB



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 euros de don/an.

La fondation est membre du "Réseau Belge de Fondations" et agréé "membre adhérent" de l'AERF, Association pour une éthique dans les Récoltes de fonds

Contactez nous au : + 32 2 434 4662 - cancer.institute@chirec.be
Ou à l'adresse postale : Chirec Cancer Institute - CCI rue Edith Cavell, 32 - 1180 Bruxelles

- **POUR LE LANCEMENT DE RE-SOURCE : Compte ING :**
IBAN : BE 66 3631 6313 4943 - BIC : BBRUBEBB

*D'avance,
un grand merci
pour votre générosité!*



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

Tél. + 32 (0)2 434 4662 - Fax + 32 (0)2 434 4882

cancer.institute@chirec.be - www.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