



Clinique 30 du Sein ans

sommaire

3	Edito
4	La Clinique du Sein de l'Institut Jules Bordet a trente ans Dr D. de Valeriola
7	Les énormes progrès de la chirurgie Pr J.-M. Nogaret
8	De l'importance de l'Imagerie Dr M. Radermecker
10	Radiothérapie : une précision croissante Dr C. Philippson
12	MINDACT, un tournant décisif dans la prise en charge du cancer du sein Pr M. Piccart
14	Face aux incertitudes, une intervention psychologique de groupe novatrice I. Merckaert, France Devallez, Pauline Waroquier, Pr D. Razavi
16	L'oncogénétique : pour quelles patientes ? Dr D. t'Kint, Dr B. Dessars, Dr I. Vandernoot
19	Agenda

Dans le prochain Bordet News:

Nous vous présenterons la nouvelle Bourse Jean-Claude Heuson par laquelle « Les Amis » financeront l'engagement, par le Laboratoire de Recherche Translationnelle en Cancérologie Mammaire du Dr Christos Sotiriou, d'un chercheur étranger PhD en Sciences ou en bio-informatique.

Françoise Rothé, Phd, Docteur en Sciences, vous présentera également les dernières recherches du Laboratoire sur l'édition de l'ARN, lesquelles ouvrent la voie à une nouvelle classe de cibles thérapeutiques.

AGENDA

Les "Midis des Amis"

Cycle de conférences organisées par "Les Amis de l'Institut Bordet":
Auditoire Tagnon,
Institut Jules Bordet,
Boulevard de Waterloo, 121
1000 Bruxelles
Renseignements: 02/541.34.14.

> **LUNDI 28 NOVEMBRE 2016**
A 12 heures 30
Pr Vincent Donckier
"Nouvelles approches dans le traitement chirurgical du cancer du foie"

> **VENDREDI 21 OCTOBRE 2016**
A 20 heures 15
"L'île au trésor"
Soirée de Gala

> **MERC. 16 NOVEMBRE 2016**
19 heures
Soirée « Hope for Bordet »
3^{ème} édition. The Event Lounge



> **DIM. 20 NOVEMBRE 2016**
A partir de 9 heures
"Uccle Ladies Run"
Départ : av. de l'Hippodrome,
entrée Forêt de Soignes
Course de femmes au profit de la
lutte contre le cancer du sein
www.womanrace.be

**Pour toute information
supplémentaire sur nos
activités :**
www.amis-bordet.be
www.vrienden-bordet.be

02/541.34.14
du lundi au vendredi de 9 à 17h.

Compte dons :

BE47 0001 0350 7080

"Bordet News" est la revue trimestrielle des "Amis de l'Institut Bordet" asbl.

Editeur responsable: Ariane Cambier, 121, Boulevard de Waterloo, 1000 Bruxelles.

Rédacteur en chef: Ariane Cambier.

Comité de Rédaction : Dr J.-B. Burrion, A. Chotteau, Dr D. de Valeriola, D. Janssen, Dr D. Lossignol, Pr D. Razavi

Ont collaboré à ce numéro : France Devallez, Dr D. de Valeriola, Dr B. Dessars, I. Merckaert, Pr J.-M. Nogaret, Dr C. Philippson, Pr M. Piccart, Dr M. Radermecker, Pr D. Razavi, Dr D. t'Kint, Dr I. Vandernoot, Pauline Waroquier

Conception graphique: www.h2so4studio.com - Riozzi Manuela - © cover - R. Leloup

Madame Monsieur,
Chers 'Amis',

La Clinique du Sein de l'Institut Bordet, la première du genre en Belgique, fête cette année ses 30 ans d'existence. Un anniversaire que cette édition du Bordet News entend célébrer.

Le Docteur Dominique de Valeriola y revient sur l'historique, l'organisation et la contribution à l'amélioration du bien-être des patientes de cette structure qui, si elle fut la première dans notre pays et l'une des premières en Europe, a également servi de modèle pour l'organisation des soins d'autres types de cancer.

Le Professeur Jean-Marie Nogaret retrace les extraordinaires progrès chirurgicaux intervenus au cours des dernières années, permettant à une majorité de femmes de conserver leur sein tout en bénéficiant de taux de guérison toujours plus élevés.

Dans la majorité des cas, plus un cancer est diagnostiqué tôt, moins les traitements s'avèrent mutilants et invalidants. Le Dr Magali Radermecker nous explique le rôle central joué ici par les différentes techniques d'imagerie. Elle revient aussi sur les différentes prises en charge proposées, depuis le dépistage jusqu'aux bilans sénologiques de suivi.

La radiothérapie a, dès les années 80, permis d'éviter de nombreuses mastectomies. Elle fait aujourd'hui partie intégrante de la prise en charge thérapeutique locorégionale du cancer du sein. Le Dr Catherine Philippon passe en revue les énormes progrès enregistrés depuis.

La recherche contre le cancer du sein a été l'une des plus fructueuses au cours des dernières années, permettant d'augmenter de manière significative les taux de survie et d'améliorer le bien-être des malades. Une nouvelle étude -MINDACT-, lancée par le Professeur Martine Piccart, et dont les résultats ont été présentés à l'ASCO au printemps dernier, pourrait une nouvelle fois révolutionner la prise en charge des patientes. Le Professeur Piccart nous en livre les tenants et les aboutissants.

L'accompagnement psychologique des femmes atteintes d'un cancer du sein revêt lui aussi une importance capitale. Le Professeur Darius Razavi revient sur les différents types de prise en charge que son équipe propose depuis l'annonce du diagnostic jusqu'à la période suivant les traitements.

Nous profitons enfin de l'occasion qui nous est donnée pour vous rappeler que notre traditionnelle soirée de gala théâtrale approche à grands pas. Si vous n'avez pas encore réservé vos places, ne tardez plus !

Nous vous souhaitons une excellente lecture !

Geachte mevrouw, mijnheer,
Beste 'Vrienden',

De Borstkliniek van het Jules Bordet Instituut, de eerste in haar soort in België, viert dit jaar haar 30-jarig bestaan. Een verjaardag die deze editie van Bordet News graag wil vieren.

Dokter Dominique de Valeriola blikt terug op de geschiedenis en organisatie van de Borstkliniek, en op haar bijdrage tot een betere levenskwaliteit voor de patiëntes. Ze was de allereerste in ons land en ook een van de eerste in Europa, maar diende ook als model voor de behandeling van andere types kanker.

Professor Jean-Marie Nogaret heeft het over de spectaculaire vooruitgang die de voorbije jaren is geboekt in de chirurgie, waardoor de meeste vrouwen vandaag hun borst(en) kunnen behouden en de genezingspercentages nog voortdurend stijgen.

In de meeste gevallen geldt de regel: hoe vroeger kanker wordt opgespoord, hoe minder verminkend en invaliderend de behandelingen zijn. Dr. Magali Radermecker legt ons in dit verband de centrale rol uit van de diverse beeldvormingstechnieken. Ze biedt ook een overzicht van het behandelingsaanbod, van screening tot senologische opvolging.

In de jaren 80 deed de radiotherapie haar intrede, waardoor in veel gevallen mastectomie kon worden vermeden. Vandaag is radiotherapie een wezenlijk onderdeel van de locoregionale behandeling van borstkanker. Dr. Catherine Philippon licht de enorme vooruitgang toe die sindsdien is geboekt op het vlak van bestralingstechnieken.

Borstkankeronderzoek was de voorbije jaren een van de meest succesvolle onderzoeksterreinen. Zo zijn de overlevingspercentages aanzienlijk gestegen en is de levenskwaliteit van de patiënt er sterk op vooruitgegaan. Professor Martine Piccart lanceerde onlangs een nieuwe studie - MINDACT - waarvan de resultaten dit voorjaar werden voorgesteld op ASCO en die eens te meer een revolutionaire doorbraak zou kunnen betekenen in de behandeling van borstkanker. Professor Piccart geeft meer tekst en uitleg bij deze studie.

Ook de psychologische begeleiding van vrouwen met borstkanker is van cruciaal belang. Professor Darius Razavi schetst de verschillende soorten benaderingen en behandelingen die zijn team aanbiedt, van de aankondiging van de diagnose tot de nazorg.

Tot slot herinneren we u eraan dat onze traditionele gala-avond met rasse schreden dichterbij komt. Wacht dus niet langer om uw plaatsen te reserveren!

Veel leesplezier!

Ariane Cambier Secrétaire Générale / Algemeen secretaris

onder vrienden entre amis



La clinique du sein l'Institut Jules



Dominique de Valeriola,
Directeur Général Médical

La Clinique du Sein de l'Institut Bordet fête aujourd'hui ses 30 ans d'existence. Une belle occasion de se remémorer son histoire, son organisation et sa contribution à l'amélioration des soins aux patients ! Car, si la Clinique du Sein de l'Institut Jules Bordet fut la première en Belgique et l'une des premières en Europe, elle a également servi de modèle pour l'organisation de soins de qualité dans les autres types de cancer.

Dès 1986, la Clinique du Sein regroupait l'ensemble des médecins de spécialités différentes dont l'expertise était importante pour la prise de décision quant au meilleur traitement des patients atteints de cancer du sein. Des réunions de concertations multidisciplinaires ont depuis lors été mises en place chaque semaine pour discuter des meilleurs traitements pour chaque patient pris individuellement mais aussi pour échanger entre spécialistes les derniers résultats des publications scientifiques, préciser les meilleurs guidelines à suivre, décider des meilleures techniques à développer et déterminer les éventuels investissements en appareillage à réaliser.

Ce n'est que 20 ans plus tard, en 2007, que la Belgique a créé un cadre juridique afin de préciser les normes requises pour les Cliniques du Sein des hôpitaux dans le cadre de l'Arrêté Royal du 26 avril 2007

sur les programmes de soins oncologiques spécialisés pour le cancer du sein.

La Belgique fut l'une des premières à l'échelon européen à légiférer en la matière à l'initiative de Rudy Demotte, Ministre de la Santé à l'époque, et sous l'impulsion de l'Institut Jules Bordet.

Cet arrêté royal historique répondait aux recommandations élaborées conjointement en 2000 par les experts de l'EU-SOMA (European Society for Mastology) et de l'EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer) concernant des critères normatifs pour les Cliniques du Sein et qui avaient fait l'objet d'une résolution du Parlement Européen en 2003 et 2006 et étaient soutenues par de nombreuses sociétés scientifiques belges.

Cette résolution du Parlement Européen visait à répondre aux disparités de survie à 5 ans existant entre les femmes souf-

de Bordet a 30 ans

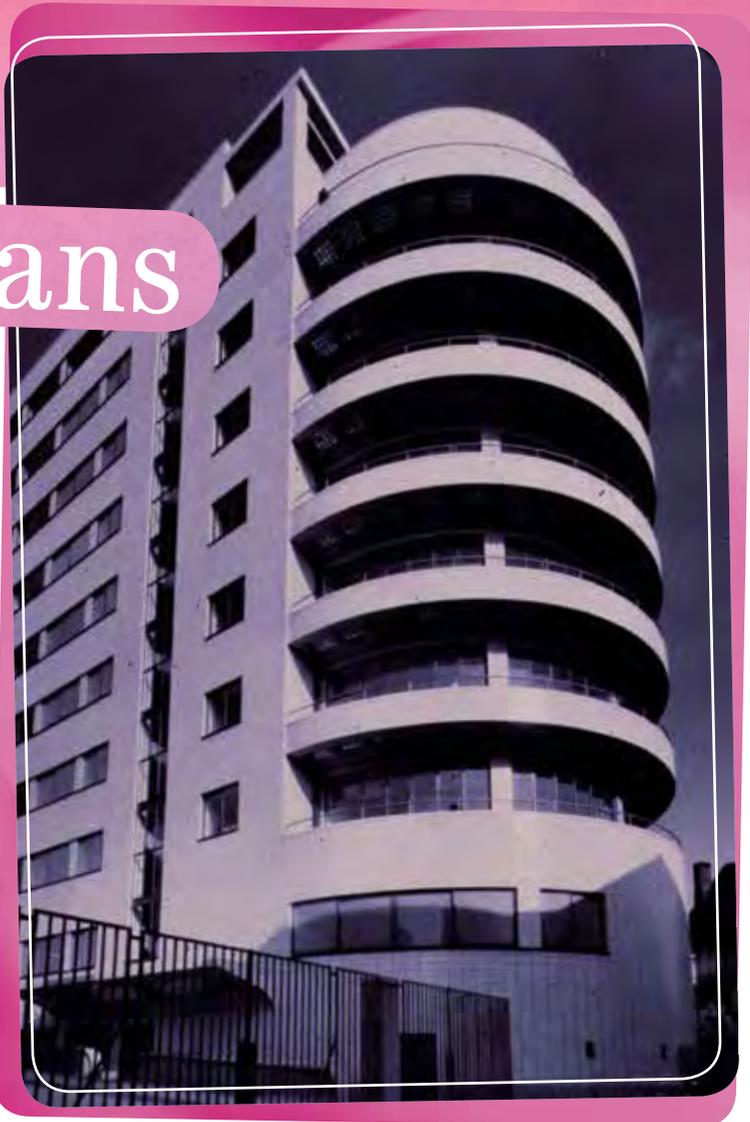
frant d'un cancer du sein à travers l'Europe, disparités liées à des différences en ce qui concerne le moment du diagnostic (précoce ou tardif) mais aussi en ce qui concerne leur traitement.

Les recommandations faites qui ont servi de base à l'AR sur les Cliniques du Sein en Belgique étaient d'une part d'assurer une approche multidisciplinaire de prise en charge vu la complexité croissante des méthodes diagnostiques et thérapeutiques dans le cancer du sein et d'autre part de définir un cadre normatif en terme de niveau d'activité minimum (nombre de nouveaux cas pris en charge par an), d'encadrement médical et de types de professionnels requis, d'infrastructures, d'organisation, de formation, de délais de prise en charge...

L'objectif était de concentrer les compétences et les infrastructures dans des centres ayant un volume d'activité suffisant (150 nouveaux cas par an minimum) afin d'améliorer la qualité des soins et le maintien d'une expertise mais aussi de diminuer les coûts pour la société en évitant de dupliquer des techniques et des appareillages parfois coûteux.

De plus en plus de données montrent en effet que les chances de survie des patients atteints de cancer du sein sont liées au nombre de cas traités par an dans la Clinique du Sein dans laquelle ils sont pris en charge.

Il est donc regrettable que la norme de 150 nouveaux cas par an qui reste la recommandation minimale en terme de volume d'activités dans les nouveaux critères publiés par EUSOMA en 2013 n'ait pas été maintenue en Belgique suite à la publication de l'Arrêté



Royal modificatif du 15 décembre 2013 installant des Cliniques du Sein satellites (minimum 60 nouveaux cas) et des Cliniques du Sein coordinatrice (passage à 125 nouveaux cas minimum) avec obligation d'accord de collaboration entre ces deux types de cliniques.

Comme vous pourrez le découvrir dans les articles de ce Bordet News, la Clinique du Sein de l'Institut Jules Bordet dispose de toutes les infrastructures et compétences requises pour les nombreux patients – plus de 700 cas annuellement – qui se confient à nos équipes. Elle assure tant le diagnostic précis grâce aux dernières technologies d'anatomo-pathologie et d'imagerie médicale que l'ensemble des types de traitements utiles (chirurgicaux, radiothérapeutiques, médicamenteux...). Et ces méthodes diagnostiques et ces traitements sont continuellement enrichis des résultats des dernières découvertes faites par nos équipes de recherche tant en clinique que dans les laboratoires, en particulier dans les domaines de la génomique et de l'immunologie.

Grâce à une équipe de secrétaires d'accueil spécifiquement formées à cette mission, les suivis des patients sont organisés en accord avec les équipes médicales et



© iStock_AND-ONE

de soins dans les délais les plus courts et de manière adaptée à chaque situation individuelle. Outre les infirmiers spécialisés qui assurent les soins quotidiens du malade avec grande expertise et humanité, une équipe d'infirmiers coordinateurs de soins oncologiques (ISCO) possédant une compétence particulière dans la prise en charge de ces patients assure la liaison et la coordination entre les différents intervenants de l'hôpital et le patient mais également ses médecins extérieurs. Cette équipe est toujours prête à répondre à toute question du patient et à l'orienter vers le professionnel ad hoc en cas de besoin.

Si le traitement visant à éradiquer le cancer reste bien sûr une priorité, l'Institut a par ailleurs développé de nombreux soins de support aux patients qui doivent traverser cette épreuve : kinésithérapeutes, diététiciens et nutritionnistes, infirmières spécialisées en soins esthétiques, sexologues, assistants sociaux.... Outre une équipe de chirurgiens spécialisés en reconstruction mammaire et une clinique du lymphoedème capables de réduire au mieux les potentielles séquelles des traitements, une équipe de psycho-oncologues motivée à toujours mieux encadrer les patients et leur proches par une recherche particulièrement active dans le domaine est également mise à leur disposition.

Tout est ainsi fait pour que la période de traitement soit vécue le mieux possible par le patient et ses proches et que sa reprise d'une vie socio-professionnelle puisse se faire sereinement.

Grâce à l'enregistrement de nombreuses données dans notre Registre du Cancer, nous réalisons également le suivi

d'indicateurs de qualité afin de toujours nous améliorer.

Comme vous pouvez le constater, la Clinique du Sein de l'Institut est une structure aux compétences très multiples, bien organisée à travers les différents services de l'Institut. Si elle fête aujourd'hui ses 30 ans d'existence

et d'évolution, elle a fait depuis lors de nombreux petits puisqu'elle est devenue un modèle d'organisation pour les autres types de cancers pour lesquels des cliniques transversales du même type existent aussi à l'Institut.

Un anniversaire est aussi l'occasion de reconnaître le mérite et de remercier les nombreux médecins, infirmiers, psychologues, paramédicaux, personnels administratifs qui se sont succédés et qui travaillent de concert à l'Institut dans le seul objectif de se mettre au service du patient et de ses proches pour combattre avec eux la maladie. Merci à tous !

Mais n'oublions pas combien le soutien des 'Amis de l'Institut Bordet' a été crucial pour le développement de notre Clinique du Sein au cours de ses 30 ans d'existence. Grâce à leur important soutien financier, nous avons pu acquérir de nouvelles technologies comme la RMN ou le Mobetron, réaliser d'importants projets de recherche sur de nouveaux traitements et méthodes diagnostiques, des projets pilote en psycho-oncologie, en soins infirmiers esthétiques ou encore en lymphologie... Tout cela pour toujours faire mieux pour le plus grand bénéfice des patients qui nous ont accordé leur confiance.

C'est donc aussi 30 ans de soutien indéfectible des 'Amis' que nous fêtons aujourd'hui ! Merci à tous les nombreux et généreux donateurs pour leur contribution.

Les énormes progrès de la chirurgie



© Frédéric Raevens

Pr Jean-Marie Nogaret
Responsable de la Clinique du Sein

Longtemps, le traitement chirurgical du cancer du sein a été associé à la mastectomie mutilante. Pendant près d'un siècle, ce geste chirurgical était effectivement le seul proposé mais, depuis la fin des années 70, nous avons vécu une évolution considérable avec le développement de traitements conservateurs qui n'entraînent que peu de déficits esthétiques et fonctionnels tout en assurant un taux de guérison toujours plus élevé.

La Clinique du Sein de l'Institut Bordet a toujours été pionnière dans notre pays dans les divers traitements de cette maladie et ce souvent grâce au soutien "des Amis".

Revenons à la déjà longue histoire de la prise en charge chirurgicale du cancer du sein.

L'exérèse de tumeurs du sein est décrite depuis plusieurs siècles mais l'absence d'asepsie et d'anesthésie nous permettent d'imaginer quelles en étaient les conséquences. Nous pouvons par exemple citer la description de l'ablation d'un sein suivi d'une cautérisation décrite par Lanfranc à Milan en 1315. Il n'était cependant pas précisé si la patiente avait survécu à cette intervention...

C'est en fait en 1898, que William Halsted au Johns-Hopkins Hospital à Baltimore, fut le premier à décrire une intervention réglée qui consistait à réséquer la glande mammaire, les ganglions lymphatiques axillaires et les muscles pectoraux. Par une des premières publications d'une étude scientifique, il démontra que sa technique permettait un taux de guérison bien plus important que tout ce qui s'était fait auparavant. Les séquelles à la fois esthétiques et fonctionnelles restaient toutefois très importantes.

Afin de réduire ces dernières, Patey et Dyson, du Middlesex Hospital à Londres, modifièrent en 1948 l'intervention de Halsted en conservant les muscles pectoraux.

La révolution majeure en matière de chirurgie du cancer du sein a été initiée à la fin des années 70 par Umberto Veronesi à Milan qui, le premier, réalisa une exérèse élargie uniquement de la tumeur associée à un curage axillaire et suivie par une radiothérapie. Par une vaste étude prospective randomisée (mastectomie classique comparée à son traitement), il démontra clairement que le taux de guérison était strictement le même.

La dernière grande révolution marquante a été le développement de la technique du ganglion sentinelle décrite pour la première fois dans le traitement du cancer du sein par Giuliano à New-York. Cette technique consiste à marquer le premier ganglion de la chaîne ganglionnaire axillaire par un colorant ou un traceur radioactif, le prélever durant l'intervention, l'analyser si possible en peropératoire et ne pratiquer un curage complet que si ce ganglion révèle des cellules cancéreuses. Tel est rarement le cas pour les tumeurs à un stade débutant et nous pouvons ainsi éviter chez la plupart des patientes ce curage toujours susceptible d'engendrer un lymphœdème (gros bras), des troubles sensitifs et des troubles fonctionnels du membre supérieur.

Actuellement, 80% des patientes peuvent bénéficier de ce traitement conservateur et lorsqu'une mastectomie reste indispensable en cas de tumeurs d'emblée multiples, de récurrence dans un sein préalablement traité ou en cas de volumineuses tumeurs qui ne répondent pas à un traitement néo-adjuvant de chimiothérapie ou d'hormonothérapie, nous pouvons envisager diverses possibilités de reconstruction soit immédiate soit à délai.

Parallèlement à des taux de guérison de plus en plus élevés (actuellement 90% de guérison à 5 ans), les traitements, notamment chirurgicaux, ont spectaculairement évolué et permettent à la très grande majorité des femmes de conserver leur sein, organe indissociable de la maternité et de la féminité.

Depuis 30 ans, la Clinique du Sein de l'Institut Bordet a toujours offert aux patientes, souvent en tant que pionnier, les soins les plus innovants tout en se préoccupant toujours de les délivrer avec humanité.



© Benoît Deprez/Itif

Dr Magali Radermecker
Radiologue sénologue

De l'importance de

Actuellement, le cancer du sein reste la première cause de mortalité chez la femme entre 50 et 69 ans. Il touche 1 femme sur 9 en Europe et notamment en Belgique. Plus de 10.695 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année dans notre pays.

L'approche diagnostique et thérapeutique du cancer du sein nécessite la participation de plusieurs spécialités dont l'Imagerie Médicale, laquelle occupe une place centrale dans son diagnostic.

A noter que la détection précoce d'un cancer du sein permet d'augmenter de manière importante les chances de guérison et de survie.

Le Service d'Imagerie de l'Institut Bordet propose deux types de prise en charge, différentes mais complémentaires.

1. La filière dépistage :

Cette filière s'adresse aux patientes asymptomatiques et comporte deux approches :

- a. Le dépistage personnalisé : Il s'agit d'un bilan sénologique demandé par un médecin (généraliste et/ou gynécologue). Une mammographie et une échographie seront réalisées lors d'une seule et même consultation spécialisée. Une double lecture de la mammographie est réalisée dans le service même. On effectue ce bilan de dépistage chez les femmes à partir de 40 ans, tous les ans jusqu'à 50 ans, puis tous les 2 ans sans limite d'âge.
- b. Le mammothest : Il s'agit d'un dépistage de masse national gratuit. Les patientes âgées de 50 à 69 ans reçoivent tous les deux ans par la

poste une invitation à réaliser une mammographie seule dans le Service radiologique de leur choix pourvu qu'il soit agréé. Après une première lecture dans notre service, une seconde lecture est réalisée de manière indépendante par un radiologue extérieur. En cas de discordance, une 3^{ème} lecture a lieu. Dans le cas du mammothest, la patiente ne verra pas le médecin le jour de sa mammographie et aucune échographie ne sera réalisée. Les résultats lui seront communiqués quelques semaines plus tard. En cas d'anomalie détectée, elle sera invitée à réaliser un examen complémentaire (nouvelle mammographie et/ou échographie).

A l'Institut Bordet, les dépistages personnalisés avec rencontre immédiate du radiologue constituent $\frac{3}{4}$ des examens de dépistage réalisés.

2. La filière diagnostique et/ou suivi :

Dans cette filière, les patientes réalisent des mises au point dans le cadre de bilans sénologiques de suivi (surveillance après le traitement d'un cancer du sein). Ceux-ci sont réalisés annuellement, sans limite d'âge. L'examen principal consiste en une mammographie éventuellement suivie d'une échographie. Les clichés sont lus par un radiologue sénologue qui les compare aux clichés antérieurs.

L'Imagerie

QUELQUES QUESTIONS FRÉQUENTES

Qu'est-ce qu'une mammographie ?

Il s'agit d'une radiographie des seins. Elle est réalisée par des techniciennes spécialisées en sénologie. La mammographie nécessite une technique rigoureuse ainsi qu'un matériel performant. En moyenne, deux clichés sont réalisés sur chaque sein (un de face et un de $\frac{3}{4}$).

La mammographie est-elle irradiante ?

Les doses de rayons X nécessaires pour réaliser une mammographie sont faibles. A titre d'indication, on reçoit 3 à 4 fois plus de rayonnement lors d'un séjour d'une semaine en montagne ou lors d'un vol en avion de 4 heures.

La mammographie seule suffit-elle ?

Les seins sont composés de glandes mammaires et de graisse. Les proportions de ces deux composants varient d'une femme à l'autre. Si, dans les seins lipomateux (c'est-à-dire gras), la mammographie seule peut être suffisante, dans les seins denses (très glandulaires), une échographie mammaire doit impérativement être réalisée. La sensibilité de la mammographie, c'est-à-dire sa capacité à détecter un cancer, diminue dans ce type de seins.

Mammographie et grossesse sont-elles compatibles ?

La grossesse est une contre-indication à la mammographie à cause de la petite quantité de rayons émise. On la remplacera donc par une échographie des seins.

Qu'est-ce qu'une échographie ?

Il s'agit d'un examen indolore qui n'utilise pas de rayons mais des ultra-sons.

L'échographie complète la mammographie. Elle permet de détecter des lésions non vues lors de la mammographie notamment dans les seins denses et permet également de mieux visualiser des régions plus difficiles d'accès à la mammographie comme par exemple les creux axillaires ou les sillons sous-mammaires.



3. Quels examens complémentaires sont réalisés en cas d'anomalies détectées lors de la mammographie et/ou de l'échographie ?

- ▶ La ponction à l'aiguille fine : réalisée sous contrôle échographique, elle est rapide et peu douloureuse. Elle est surtout utilisée pour vider des kystes (nodules liquides).
- ▶ La biopsie (micro- ou macrobiopsie) : elle est réalisée en cas de lésion douteuse ou suspecte. Elle peut être réalisée sous échographie (si la lésion est visible) soit sous stéréotaxie sur une table dédiée (par guidage mammographique). La biopsie se déroule sous anesthésie locale. Les biopsies permettent de ramener une quantité plus importante de tissu mammaire, ce qui permettra une analyse histologique. Une seule précaution avant de réaliser cet examen : l'arrêt de l'aspirine et des anticoagulants de type sintron une semaine avant l'examen.
- ▶ La résonance magnétique des seins (IRM) : il s'agit d'un examen réalisé grâce à un appareil cylindrique composé d'un aimant puissant. Cet appareil produit des ondes électromagnétiques qui sont projetées sur la zone du corps que l'on veut observer. Les images sont ensuite assemblées par un ordinateur pour obtenir une reproduction très précise des organes. La patiente est placée sur le ventre pour réaliser cet examen. Une injection de gadolinium (un produit de contraste sans iode, ne donnant quasi pas d'effet secondaire) est réalisée durant l'examen, permettant une bonne visualisation de toutes les zones vascularisées, comme les vaisseaux, certaines lésions bénignes et surtout les cancers du sein. Pour une qualité optimale des images et de la lecture de celles-ci, l'IRM doit être idéalement effectuée entre le 7^{ème} et le 14^{ème} jour du cycle menstruel.



Dr Catherine Philippon
Radiothérapeute à la
Clinique du Sein

Radiothérapie : une



Au même titre que la chirurgie, la radiothérapie fait partie intégrante de la prise en charge thérapeutique locorégionale du cancer du sein.

Dans les années 80, sous l'impulsion du Professeur Veronesi à Milan, la radiothérapie a permis de remplacer l'ablation du sein dans de nombreuses situations : la mastectomie radicale a fait place au traitement conservateur (exérèse de la tumeur avec une marge de sécurité) suivie d'irradiation de la glande mammaire. Un premier grand pas avait été franchi : le taux de guérison était identique avec un traitement beaucoup moins agressif.

Les premières techniques de radiothérapie permettaient d'irradier précisément le volume cible défini. Le rayonnement utilisé provenait en général d'une source radioactive de Cobalt-60. Seul l'examen clinique était utilisé pour délimiter le champ d'irradiation. Si le sein était traité de manière adéquate, la dose n'était pas toujours délivrée de manière homogène et les organes sains avoisinants comme le cœur ou les poumons recevaient souvent des doses de rayons non négligeables et potentiellement toxiques. Dans les années 90, le scanner a été utilisé afin de délimiter de manière plus précise le volume à irradier : les dosimétries étaient réalisées d'abord en 2 dimensions, au niveau de la coupe la plus représentative du patient. Ensuite, on a vu apparaître les dosimétries en 3 dimensions qui, tenant compte de l'anatomie exacte de chaque patient, a permis de délivrer une dose de plus en plus homogène

au volume à traiter. Cet objectif a pu être atteint également grâce aux progrès technologiques réalisés dans l'appareillage délivrant les faisceaux de radiation. Les accélérateurs linéaires ont progressivement remplacé les sources de Cobalt. Leurs faisceaux plus énergétiques et pénétrants étaient équipés de dispositifs tels que des 'filtres' et des 'lames' permettant de façonner les dépôts de dose de sorte qu'il n'y ait pas de sur- ni sous- dosage du volume à traiter.

Parallèlement aux progrès techniques d'irradiation, la chirurgie se faisait moins agressive tout en restant aussi efficace : la technique du ganglion sentinelle devenait le standard pour les cancers du sein débutants. L'ablation de tous les ganglions drainant le sein n'était plus nécessaire si le premier ganglion de la chaîne ne contenait pas de cellules cancéreuses.

Tant au niveau chirurgical que de la radiothérapie, l'objectif restait et reste à ce jour identique : déterminer pour chaque patiente le traitement minimal efficace. Les volumes à traiter doivent être les plus petits possible, les plus conformationnels, cela signifie que le champ d'irradiation doit avoir la forme du volume qui doit être irradié. Pour cela, les techniques de radiothérapie ont considérablement évolué : durant le traitement, l'intensité du faisceau peut maintenant être modulée. Le volume à traiter n'est plus irradié in

précision croissante

toto avec un grand champ d'irradiation mais est segmenté en d'innombrables petits volumes élémentaires. Chaque petit volume est traité par un grand nombre de petits faisceaux dont l'intensité et la direction sont optimisées afin d'obtenir la meilleure répartition de dose dans le patient.

La préoccupation majeure de ces dernières années est de n'irradier que ce que l'on doit, et épargner au maximum ce qui ne doit pas être traité : pour atteindre cet objectif, lorsqu'un patient est pris en charge pour débiter sa radiothérapie, il doit réaliser un scanner ou parfois une RMN (Résonance Magnétique Nucléaire), et ce, dans la position précise dans lequel il sera traité. Tout organe susceptible de recevoir une dose de rayons aussi faible soit elle doit être « contouré » cela signifie parfaitement délimité sur chacune des coupes scanner ou de RMN. Dès lors, l'ingénieur physicien pourra proposer le plan de traitement optimal pour chaque patient en tenant compte des doses limites que chaque organe sain peut potentiellement recevoir. Il sera parfois nécessaire d'irradier en fonction des mouvements des organes, dans le cas du cancer du sein, cela signifie délivrer la dose de rayons durant certaines phases respiratoires. L'imagerie médicale (radiologie) fait à ce jour partie intégrante de la radiothérapie, tant pour réaliser le plan de traitement que pour le contrôle du positionnement. La médecine nucléaire (isotopes) joue également un rôle déterminant : la partie active d'une tumeur (repérée au PET scan) peut techniquement recevoir une dose d'irradiation majorée durant chaque séance car repérée grâce à un couplage des différentes images (superposition ou fusion d'une image de PET scan avec le scanner ayant servi aux calculs de dosimétrie)

Les accélérateurs linéaires d'aujourd'hui sont équipés de dispositifs « d'imagerie embarquée », en d'autres termes, il s'agit d'un système vérifiant en temps réel le positionnement correct du patient.

Le faisceau thérapeutique ne pourra être lancé qu'après vérification du positionnement adéquat du patient. Avec un placement parfait de celui-ci, on peut se permettre de prendre une marge de sécurité réduite et dès lors de réduire au maximum ce qui ne doit pas être traité.

La plus récente de toutes ces nouvelles approches de traitement minimal efficace est l'irradiation partielle peropératoire de la glande mammaire : il s'agit d'une technique irradiant exclusivement la partie du sein située autour de la tumeur, et ce, juste après l'exérèse de la lésion et avant la suture chirurgicale clôturant l'intervention. Cette partie du sein traitée est la partie « à risque » de récurrence. En l'irradiant au moment de l'opération, la précision est assurée puisque le lit opératoire est ouvert. Les organes fragiles voisins sont parfaitement protégés grâce à un dispositif d'acier et d'aluminium positionné sous la glande mammaire durant l'irradiation : muscle, côtes, poumon et cœur (si cancer du sein gauche) reçoivent une dose insignifiante. Le sein étant ouvert lors de l'irradiation, la peau est également en dehors du champ de traitement, et donc non irradiée. Le fait qu'aucun organe sensible ne soit à proximité du faisceau permet de délivrer la dose totale de rayons en une seule séance de 2 minutes pendant l'opération plutôt que de la répartir de manière journalière durant 4 à 6 semaines.

Cette technique innovante est possible à l'Institut Bordet depuis plus de 6 ans grâce au soutien des 'Amis' qui nous ont permis d'acquérir cet Accélérateur Mobile (Mobetron). Il faut rappeler que cette approche thérapeutique est réservée aux patients qui présentent une tumeur unifocale (une RMN préopératoire doit être réalisée pour s'assurer qu'il n'y ait pas de second foyer) dont la taille est inférieure à 20 mm, et avec ganglion sentinelle ne contenant pas de cellules cancéreuses (analysé par technique d'immunohistochimie au laboratoire d'Anatomopathologie durant l'intervention).

Même si de plus en plus de femmes sont concernées par cette approche innovante, et ce en partie grâce au dépistage qui détecte des cancers à un stade précoce, elle ne peut malheureusement pas être proposée à tout le monde. Heureusement, nos progrès en radiothérapie externe conformationnelle permettent de traiter également de manière minimale efficace les cancers n'entrant pas dans les critères de la radiothérapie peropératoire.

Comme pour les autres traitements, la radiothérapie a considérablement progressé ces dernières années en évoluant vers des techniques plus efficaces et cependant beaucoup moins délétères.

MINDACT, un tournant décisif dans la



Prof. Martine Piccart
Chef du Service de Médecine

Le défi que pose le cancer du sein à l'équipe soignante est le suivant : ce cancer montre très tôt une propension à quitter le « nid » de la tumeur primitive pour coloniser les organes à distance du sein, tels que les os, le foie, les poumons. Si ces cellules cancéreuses, en petit nombre et non détectables par nos moyens diagnostiques actuels, existent, le traitement de chirurgie/radiothérapie ne sera pas curatif : des « métastases » apparaîtront quelques mois ou quelques années après le traitement initial, conduisant à une maladie avancée certes traitable, mais non curable. Ce risque est bien sûr d'autant plus grand que la tumeur est de grande taille et qu'il y a une atteinte des ganglions sous le bras... mais il existe même pour une tumeur de quelques millimètres sans ganglions positifs !

C'est ici qu'entre en jeu l'oncologue médical à qui incombe la responsabilité de décider si le risque d'essai-tumoral est suffisamment 'grand' pour justifier la prescription de médicaments capables de détruire les cellules cancéreuses à distance du sein et donc de diminuer le risque de rechute.

Cette décision difficile et anxiogène peut conduire à un 'surtraitement' : par exemple, prescrire une chimiothérapie, en plus de l'hormonothérapie, alors qu'elle n'est pas nécessaire.

Mais comment acquérir une quasi-certitude que la chimiothérapie peut être évitée ? Ce que souhaitent bien entendu la plupart des patientes, inquiètes par l'impact de la chimiothérapie sur leur qualité de vie à court terme (fatigue, nausées, perte de cheveux...) mais aussi par ses effets secondaires rares (+/- 2%) mais irréversibles à long terme (dysfonctionnement cardiaque, leucémies secondaires)

L'histoire de MINDACT

➤ 2002 Mon attention est attirée par une publication de Laura Van't Veer (Laboratoire de Recherche du NKI à Amsterdam) dans le prestigieux journal 'Nature'. Elle

y décrit une 'signature' de 70 gènes, mesurés dans des cancers du sein et qui identifie un groupe de femmes avec un excellent pronostic sans administration de chimiothérapie ; l'intérêt pour ce nouveau 'biomarqueur' grandit rapidement au sein du groupe EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) 'cancer du sein'.

Nous nourrissons l'espoir de pouvoir enfin disposer d'un outil pronostique puissant, capable de mieux individualiser la prescription de la chimiothérapie.

➤ 2003 J'appelle Laura et lui propose de se joindre à nous pour soumettre un grant dans le contexte du 6ème programme cadre de la Communauté Européenne. Et elle accepte !

Ce 'grant' est ambitieux : il vise d'abord à 'valider' la signature sur une cohorte de patientes indépendantes et ensuite de monter un essai clinique européen de grande envergure, appelé MINDACT (pour Microarray in Node Negative Disease May Avoid Chemotherapy), qui apportera la preuve de la « valeur ajoutée » de cette signature par rapport à tous les paramètres classiques utilisés par l'oncologue pour évaluer le risque de réci-

prise en charge du cancer sein.

dive à distance d'un cancer du sein (ces paramètres consistent principalement en la taille de la tumeur, le nombre de ganglions touchés, l'expression de récepteurs hormonaux et du récepteur HER2/neu et le grade histologique).

Les subsides accordés par la Communauté Européenne marquent le début d'un travail multidisciplinaire de longue haleine, qui culmine en 2016 avec les résultats 'positifs' de l'étude MINDACT, fraîchement publiés dans le 'New England Journal of Medicine'.

Quelles femmes ont été enrôlées dans l'étude MINDACT ?

MINDACT a principalement enrôlé (à concurrence de 88%) des femmes présentant une tumeur 'HER2 négative' mais avec des récepteurs hormonaux positifs. Elle a exclu les cancers du sein HER2 positifs ou triple négatifs qui ont, de facto, un risque de rechute élevé.

Quel est le 'message clé' de l'étude MINDACT ?

Le message-clé de MINDACT concerne, parmi cette population, les femmes considérées, sur base des paramètres cliniques et pathologiques classiques, à haut risque de rechute : dans ce groupe, où la chimiothérapie est souvent prescrite jusqu'à ce jour, la signature des 70 gènes, appelée Mammaprint, revient favorable (indiquant un faible risque de rechute) dans 46% des cas. Avec un suivi de 5 ans, MINDACT montre que ces femmes ont un excellent devenir à 5 ans SANS chimiothérapie, à savoir un risque de 5% seulement de développer des métastases.

Afin de s'assurer que la chimiothérapie n'apporte quand même pas un bénéfice à ces femmes, MINDACT a proposé, par tirage au sort, à une patiente sur deux, une chimiothérapie. Bien que MINDACT n'ait pas la puissance statistique de répondre à cette question de manière définitive, les résultats montrent qu'au mieux, ce bénéfice serait d'amplitude très modeste, à savoir 1,5% de diminution de risque. En d'autres termes, on parle d'une probabilité de non récurrence à distance à 5 ans de 94,8% sans chimiothérapie versus 96,7% avec chimiothérapie.

Chaque femme a le droit de décider, pour elle-même, si ce modeste bénéfice justifie les 'risques' associés à la chimiothérapie. Toutefois, nombreux sont les oncologues qui n'encourageront pas les femmes, dans ces conditions, à s'exposer aux inconvénients et aux risques d'une chimiothérapie.

Pour information, pour les femmes classées 'haut risque' par les deux voies (clinico-pathologique et génomique), et qui se sont toutes vues proposer une chimiothérapie, la survie sans métastases à 5 ans est de 90,6%.

Quel pourrait-être l'impact du remboursement du test Mammaprint dans un pays comme la Belgique ?

Si l'on estime la population de femmes à 'haut risque' clinique susceptibles de bénéficier du Mammaprint dans notre pays à 4.000, 1.840 montreront un faible risque génomique : ces femmes pourront décider de ne pas subir de chimiothérapie en plus de l'hormonothérapie (qui reste indiquée). L'impact économique favorable viendra s'ajouter à l'impact humain et sociétal.

Quelle a été l'implication de l'Institut Jules Bordet dans MINDACT ?

MINDACT a été conçue par Martine Piccart, Emiel Rutgers (chirurgien du NKI à Amsterdam), Laura Van 't Veer et Jan Bogaerts (statisticien de l'EORTC).

MINDACT n'aurait jamais été possible sans le professionnalisme de l'EORTC et l'enthousiasme des 112 hôpitaux participants répartis dans 9 pays. Le Breast International Group a joué un rôle de catalyseur et coordinateur auprès des 6 groupes de recherche clinique qui se sont associés à l'EORTC pour mener l'étude MINDACT en 4 années seulement.

L'Institut Jules Bordet a été le 4ème centre avec le plus haut recrutement et les efforts consentis par toute la Clinique du sein et nos data managers méritent d'être soulignés. Le Dr Cardoso a contribué à la coordination complexe de MINDACT pendant son fellowship de recherche clinique à l'Institut Jules Bordet ; beaucoup d'autres 'fellows' ont apporté leur pierre à l'édifice.

Face aux incertitudes, une psychologique

Isabelle Merckaert*, France Delevallez*, Pauline Waroquier*
et Pr Darius Razavi* *Clinique de Psycho-oncologie



Pr Darius Razavi
Chef de la Clinique de
Psycho-oncologie

Les progrès diagnostiques et thérapeutiques ont permis que la guérison du cancer devienne désormais de plus en plus de l'ordre du possible, et ce tout particulièrement en ce qui concerne le cancer du sein. Si auparavant, les maladies cancéreuses étaient le plus souvent fatales, certaines d'entre elles sont aujourd'hui devenues des affections chroniques dont l'avenir reste néanmoins marqué de nombreuses incertitudes.

Dans ce parcours médical, la fin des traitements est souvent associée à des émotions contradictoires. En effet, si cette période suscite souvent un sentiment de soulagement, elle peut également être à l'origine de sentiments d'appréhension et de vulnérabilité quant à un retour possible de la maladie. Les patients sont ainsi fréquemment partagés entre l'envie de développer de nouveaux projets et des doutes quant à leur avenir. Dans ce contexte, les pensées et les émotions se bousculent, entraînant parfois des difficultés au niveau conjugal, familial, social et/ou professionnel.

La fin des traitements peut ainsi être associée à un sentiment d'équilibre physique et psychique incertain. La confrontation aux stimuli internes (e.g., douleurs, fatigue, bouffées de chaleur) et externes rappelant la maladie (e.g., examens médicaux, préoccupations familiales, médias) peut ainsi déclencher voire renforcer une anxiété liée à la peur de récurrence du cancer. Si cette peur est une réaction normale, elle peut chez de nombreuses personnes se maintenir au fil du temps et/ou s'intensifier. À un niveau modéré, elle a un effet positif sur l'adaptation, soutenant des comportements de surveillance appropriés

(respect des examens médicaux, prise régulière des traitements adjuvants, ...). À un niveau trop élevé, elle peut malheureusement constituer un précurseur de la détresse émotionnelle et réduire considérablement la qualité de vie. Diverses études confirment ainsi que cette peur de la récurrence du cancer est l'un des principaux problèmes expérimentés par les personnes ayant été confrontées à cette maladie. Face à ces constats, il paraît primordial de construire des interventions thérapeutiques ciblées.

Dès l'annonce de la maladie, tout au long du parcours médical mais également à la fin de celui-ci, des interventions psychologiques sont proposées aux patientes qui le souhaitent par des psychologues de la Clinique de Psycho-oncologie. Ces interventions variées, individuelles, de couple, familiales ou de groupe peuvent consister en des prises en charge brèves ou de plus longue durée en fonction des besoins et souhaits de chaque personne.

Depuis plus de cinq ans maintenant, des interventions de groupe ont été proposées aux patientes atteintes d'un cancer du sein qui terminent leur traitement de radiothérapie pour les accompagner

intervention de groupe novatrice



dans cette période de transition. Leur but est d'apporter des outils et des compétences afin de les aider à mieux réguler les émotions et faire face aux incertitudes inhérentes à cette période de post-traitement.

Les premiers résultats d'une étude portant sur l'efficacité de ces interventions de groupe ont mis en évidence que la thérapie de groupe et l'apprentissage de l'hypnose étaient des composantes thérapeutiques adaptées pour parvenir à mieux réguler l'anxiété liée à la maladie. Sur base de cette observation, la Clinique de Psycho-oncologie propose actuellement des interventions de groupe qui intègrent des techniques cognitivo-comportementales centrées sur le travail des peurs et des pensées intrusives en lien avec la maladie (e.g., liées à la récurrence, l'incertitude, la mort) à un coaching journalier d'orientation de l'attention vers le positif (e.g., orientation de l'attention vers les sensations agréables, mises en place de petits plaisirs au quotidien, ...). Afin d'aider les participants à mobiliser leurs ressources et à accroître leur bien-être, il leur est également proposé d'apprendre à utiliser l'auto-hypnose. Des patientes ayant bénéficié de ces interventions ont pu rapporter une meilleure adaptation psychologique dans la vie quotidienne, une diminution significative de leur anxiété et de leur pensées intrusives relatives à la maladie, une plus grande tolérance à l'incertitude, une interprétation plus positive des événements ainsi qu'une meilleure utilisation de leurs ressources.

L'hypnose est une technique scientifiquement reconnue utilisée pour permettre aux personnes de développer de nouvelles compétences, d'amplifier celles qu'elles possèdent déjà, de réveiller des ressources personnelles parfois oubliées... dans un objectif de promouvoir le bien-être.

Paroles de patientes :

« On a appris à être plus conscientes des bonnes choses. Je crois qu'on les savoure toutes plus. Je visualise ou j'arrive à mieux mettre des mots sur ces choses qui, avant, me semblaient normales, habituelles. J'arrive à mieux les apprécier, à mieux les valoriser. Et je trouve ça important. »

« Je trouve que, depuis que je participe à ce groupe, je suis très différente et que j'arrive vraiment à mieux gérer mon stress, mes émotions et que, je suis vraiment sortie de cette spirale infernale. »

Toute personne intéressée par ces interventions de groupe peut contacter la Clinique de Psycho-oncologie par téléphone au 02/541.33.26. (Secrétariat), par mail (groupe.support@bordet.be) ou en se rendant au 6^e étage (aile T).

L'oncogénétique : pour quelles patientes ?

Dr Daphné t'Kint - Institut Jules Bordet
Dr Barbara Dessars, Dr Isabelle Vandernoot
Centre de Génétique Humaine ULB

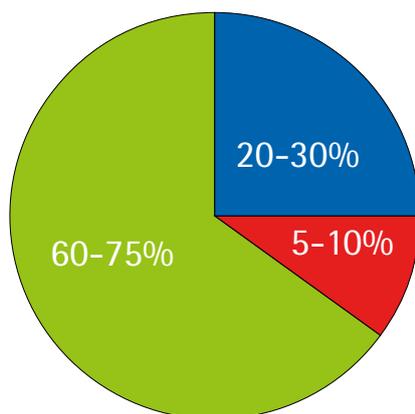


Dr Daphné t'Kint
Institut Jules Bordet

En mai 2013, l'actrice Angelina Jolie annonçait dans la presse qu'elle était porteuse d'une mutation (ou « defect ») dans le gène BRCA1, héritée de sa mère, et responsable d'une prédisposition génétique majeure héréditaire au cancer du sein et au cancer de l'ovaire. Suite à cette annonce, le succès des consultations d'oncogénétique n'a fait que croître : des patientes ayant développé un cancer du sein ou de l'ovaire s'inquiètent pour leurs filles, des patientes ayant eu leur mère ou une autre personne apparentée avec une histoire de cancer du sein ou de l'ovaire s'inquiètent quant à leur risque personnel. Que ces inquiétudes soient ou non justifiées, le succès croissant des consultations de génétique a un double intérêt. Le premier intérêt est de détecter des familles où une telle prédisposition majeure au

cancer du sein et/ou de l'ovaire est bien réelle et justifie une prise en charge précoce et différente de la surveillance proposée à la population générale. Le deuxième intérêt est au contraire, heureusement dans la majorité des cas, de pouvoir rassurer les patientes et leur gynécologue et/ou médecin traitant, de mieux chiffrer le risque de cancer d'après l'histoire familiale, et de permettre une surveillance allégée par rapport à celle initialement mise en place.

Le cancer du sein est un cancer fréquent : environ 10 à 12 femmes sur 100 développeront un tel cancer durant leur vie. Si on estime qu'environ 20 à 30% des cancers du sein surviennent dans un contexte familial, seulement 5 à 10% d'entre eux sont attribuables à une « prédisposition génétique majeure ».



CANCER DU SEIN

- > Cancer familiaux
- > Prédisposition génétique majeure
- > Cancers sporadiques

QUI TESTER ?

A ce jour, des tests génétiques ne peuvent et ne doivent pas être proposés à toutes les patientes.

Ce serait trop coûteux pour la société, et l'on risquerait de se tromper dans l'évaluation du risque de cancer si l'on se basait exclusivement sur les tests génétiques :

- > on risquerait d'inquiéter inutilement certaines patientes en présence d'un résultat ininterprétable (10% des cas),
- > on risquerait d'en rassurer d'autres à tort, puisque l'évaluation du risque de cancer du sein ne se résume pas à la présence ou à l'absence d'une mutation dans un gène, mais dépend aussi d'autres facteurs non génétiques.



© iStock_Alexander Rathis

En Belgique (et ailleurs dans le monde), on estime qu'un test génétique (screening BRCA1 et BRCA2 initialement, mais screening actuellement étendu à d'autres gènes) est utile et peut être proposé dès que la probabilité qu'une patiente soit porteuse d'une mutation est d'au moins 1/10.

Les outils permettant d'évaluer cette probabilité sont basés, soit sur des critères empiriques, soit sur des extrapolations obtenues à partir de logiciels informatiques. Dans tous les cas, ces outils se basent sur le type et le nombre de cancers qu'une patiente a développés, sur l'âge de survenue et sur l'histoire familiale.

Certaines situations sont évocatrices d'une prédisposition génétique au cancer du sein et/ou de l'ovaire : cancer du sein précoce (càd diagnostiqué avant 36 ans), plusieurs cancers du sein chez une même patiente, plusieurs personnes avec un cancer du sein dans la famille, présence d'un cancer du sein chez un homme, présence d'un cancer de l'ovaire (d'un type spécifique appelé séreux papillaire), origine Ashkénaze, présence d'autres types de cancers dans la famille ou chez la patiente (ex : association d'une histoire de cancer du sein ou de l'ovaire avec une histoire familiale de mélanome, cancer du pancréas).

Selon ces informations, un test génétique, consistant en une simple prise de sang, sera éventuellement proposé à la patiente.

Un grand principe de base est que l'on commencera (quand cela est possible) par tester le « cas index » de la famille, c'est-à-dire le patient atteint chez lequel la probabilité de trouver une mutation est la plus importante.

Si une mutation clairement délétère a été identifiée chez un patient, on peut proposer aux apparentés sains de sa famille de rechercher la même mutation (« test génétique présymptomatique »). Un test présymptomatique ne pourra être proposé que chez une personne majeure, et uniquement dans le cadre d'une consultation de génétique, avec l'encadrement médical et psychologique adéquat.

QUELLE EST L'UTILITE DU TEST GENETIQUE ?

Tout d'abord, il peut être important, pour les patientes avec une histoire personnelle ou familiale lourde, de comprendre l'origine de leur cancer.

Ensuite, vu le risque élevé de développer un cancer du sein et/ou de l'ovaire lorsque l'on est porteur d'une mutation sur BRCA1/2, la recherche d'une prédisposition génétique au cancer a bien sûr d'autres utilités en termes de dépistage, de prévention et de prise en charge thérapeutique, à savoir :

1) Préciser le risque de développer un jour une seconde tumeur du sein, ce qui permet de mettre en place une stratégie de diminution de risque adaptée : surveillance poussée intensive par image-



rie des seins deux fois par an versus chirurgie mammaire prophylactique.

2) Identifier d'autres risques tumoraux possibles, ce qui permet également de mettre en place une stratégie de diminution de risque adaptée (ex : annexectomie prophylactique vers 35-45 ans chez une patiente ayant développé un cancer du sein et chez laquelle on détecte une mutation de BRCA).

3) Pouvoir proposer aux apparentés sains le « test génétique présymptomatique », si une mutation clairement délétère a été identifiée chez une personne de la famille.

Ceci permettra d'identifier les apparentés qui seraient porteurs de la mutation familiale et donc à risque majeur de cancer et de leur proposer des stratégies pour diminuer les risques. Ceci permettra également de rassurer les apparentés qui ne seraient pas porteurs de la mutation familiale (chez lesquels une surveillance plus légère est alors suffisante).

4) adapter la prise en charge du cancer. En effet, quand une mutation de BRCA est identifiée au début de la prise en charge, cela peut interférer sur le type de chirurgie (tumorectomie versus mastectomie), avoir un impact sur le type de chimiothérapie proposée et sur la radiothérapie adjuvante et enfin avoir accès, via des études cliniques, à des traitements de prévention de récurrence ciblant la mutation.

CONCLUSION

Les tests génétiques doivent être réalisés, pour être remboursés, dans l'un des 8 centres de génétique belges, dans le respect des indications de tests, telles que défi-

nies par le Collège de Génétique Médicale ou d'après des recommandations d'experts.

C'est idéalement la consultation d'oncogénétique, durant laquelle on va reconstituer l'histoire de cancer personnelle et familiale, qui va permettre d'identifier si un test est nécessaire et lequel. Cette approche est la meilleure garantie, pour la patiente, d'avoir les recommandations de suivi les plus adéquates, en intégrant dans le calcul du risque de cancer, le résultat du test.

La consultation d'oncogénétique permet aussi à la patiente, grâce à l'encadrement psychologique associé, de prendre le recul nécessaire pour l'aider à choisir au mieux la stratégie de réduction de risque.

Néanmoins, certaines indications de test génétique sont évidentes d'après l'histoire de la patiente, sans même avoir le reste de l'histoire familiale (ex : cancer du sein triple négatif diagnostiqué avant 50 ans, cancer sévère de haut grade de l'ovaire). Il est donc possible, dans ces quelques situations, que le test soit prescrit par un médecin non généticien dans le cadre de la prise en charge initiale du cancer.

Retenons que si nous proposons et valorisons les tests génétiques aujourd'hui, c'est que nous sommes capables de proposer des moyens efficaces pour réduire le risque de cancers chez les personnes porteuses d'une mutation de ces gènes et des prises en charge adaptées et ciblées chez les personnes atteintes d'un cancer d'origine génétique.

Pour prendre rendez-vous : 02/541.30.55

Yoko Tsuno se mobilise une nouvelle fois
avec Roger Leloup...

Miroir - prix : 5 €

Clinique 30 du Sein ans



EN VENTE, DURANT TOUT LE MOIS
D'OCTOBRE, AU PROFIT DE LA RECHERCHE
CONTRE LE CANCER DU SEIN À L'INSTITUT BORDET



Touch stylo (stylo à encre bleue avec embout pour écrans tactiles) - prix : 5 €

20 NOV 2016 mithra Woman Race

sur place à
partir de 9 h

Uccle Ladies Run

le jogging des femmes

Forêt de
Soignes

(départ : Avenue de
l'hippodrome)

Au profit de la lutte
contre le cancer du sein
et de Bordet'n Wellness



Parlez-en autour de vous ! Motivez vos amies ou collègues et
formez votre équipe ! Vous ne pouvez pas participer ce jour-là ?
Parrainez une coureuse !

Superbe parcours **100% vert**, hors circulation

3 - 6 ou 9 km - Allure libre. Echauffement en musique.

Prix des inscriptions en prévente: 4-6 et 7 € (6-8 et 9 € sur place)

Un montant forfaitaire prélevé sur chaque inscription sera reversé **à la lutte**
contre le cancer du sein à l'Institut Bordet.

Inscription : www.womanrace.be

Préventes :  Drève olympique 50 - 1070 Anderlecht

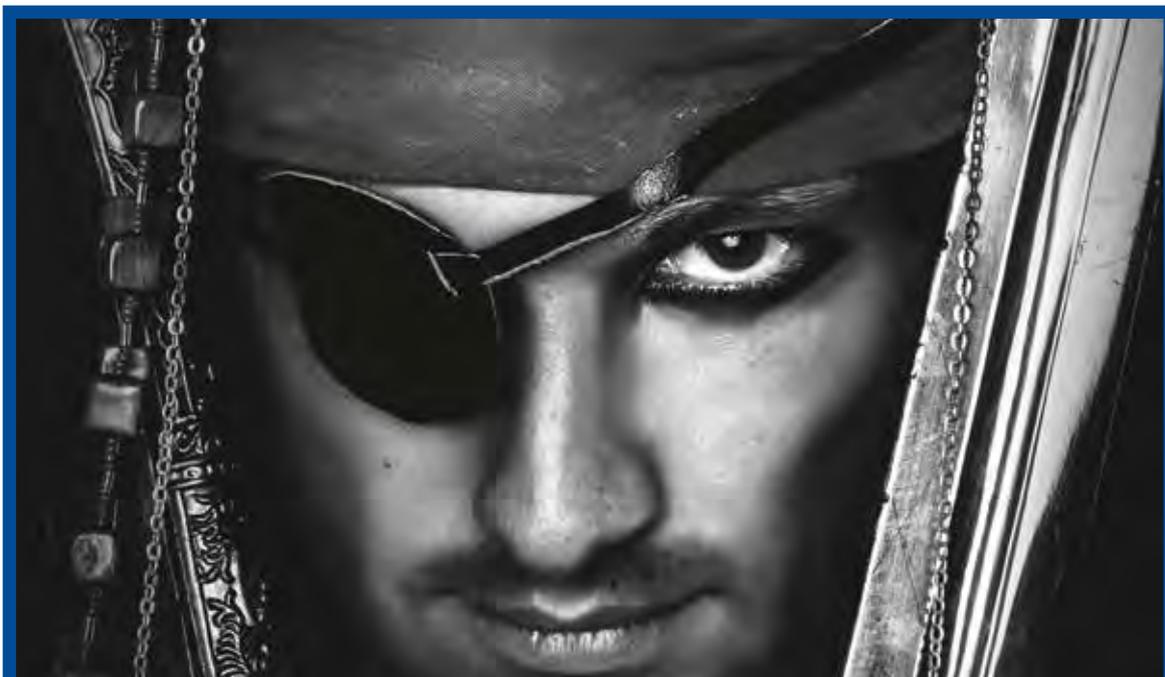
 Chaussée de Waterloo, 1333 - 1180 Bruxelles (Fort Jaco)

En collaboration
avec Madame
l'Echevin des Sports
d'Uccle Carine
Gol-Lescot



Vendredi 21 octobre 2016

Soirée de Gala au profit de la recherche contre le cancer à l'Institut Jules Bordet



Au Théâtre Royal du Parc à 20h15

L'ÎLE AU TRÉSOR

De Thierry JANSSEN d'après le roman de Robert Louis STEVENSON

Mise en scène : Thierry DEBROUX

Scénographie et costumes : Ronald BEURMS

INFOS ET RÉSERVATION : **les Amis de l'Institut Bordet** asbl

121 BLD DE WATERLOO - BRUXELLES - 7^{ÈME} ÉTAGE - PAIEMENT PAR BANCONTACT POSSIBLE

02/541 34 14

