

Avant-propos

Ce n'est pas sans fierté que nous proposons pour la treizième fois la revue scientifique de l'az groeninge. Voilà maintenant six ans que cette revue paraît chaque semestre, ce qui peut tout de même déjà être considéré comme une performance, bien que ce ne soit pas toujours facile. Notre première préoccupation reste en effet les soins à un nombre toujours plus important de patients (que ce soit avec de grandes exigences ou des exigences simples). En ces temps où l'administration pèse de plus en plus sur les médecins et sur le personnel soignant et où même le temps passé auprès du patient est compté, il n'est certainement pas facile de trouver encore le moyen d'écrire des articles. Je souhaite donc remercier les auteurs et leur exprimer ma gratitude pour avoir apporté leur concours dans des circonstances parfois difficiles.

Ce numéro présente, encore une fois, les innovations mises en place à l'az groeninge et qui illustrent le souhait de progrès et de renouvellement de l'hôpital de Courtrai.

Cette revue a aussi lancé la tradition de remonter le cours de l'histoire de la médecine à Courtrai. Une anecdote amusante raconte comment, en 1926, le frère de Marcel Proust a pris en charge un cancer de la prostate chez un patient de Courtrai.

Nous vous souhaitons bonne lecture!

Dirk Peeters
rédacteur en chef

Radiothérapie interne sélective (SIRT): radio-embolisation avec particules radioactives

La radio-embolisation est une nouvelle méthode thérapeutique sûre en cas de carcinome hépatocellulaire étendu ou de métastases hépatiques diffuses, deux pathologies dont le pronostic est très péjoratif. Dans une étude contrôlée de phase 3 chez des patients présentant des métastases hépatiques d'un carcinome du côlon et traités par chimiothérapie, on a constaté un délai de progression de la maladie deux fois plus long avec l'association de la SIRT et du 5-FU qu'avec le 5-FU seul. Actuellement, le traitement par la SIRT est appliqué chez des patients traités par chimiothérapie lorsque les cellules cancéreuses, pour leur majorité, se limitent au foie. A l'avenir, on étudiera de manière plus approfondie l'association avec la chimiothérapie ou l'application à un stade plus précoce de la maladie.

dr. Karin Stellamans
au nom de l'équipe Therasphere, en collaboration multidisciplinaire avec la radiologie interventionnelle, la médecine nucléaire et la radiothérapie

Ablation: option curative pour toute arythmie

Au cours des dix dernières années, l'électrophysiologie, ou rythmologie, s'est révélée une entité indépendante au sein de la cardiologie. Aujourd'hui, les traitements médicamenteux des troubles du rythme, qu'ils soient supraventriculaires ou ventriculaires, ne sont plus considérés comme les traitements standard. Le mécanisme fondamental de la plupart des arythmies est de mieux en mieux connu et compris, ce qui a stimulé la naissance de l'électrophysiologie interventionnelle. Ainsi, une grande partie des troubles du rythme, tant auriculaires que ventriculaires, s'explique par un circuit de réentrée. Les impulsions électriques sont prisonnières d'un circuit fermé développé autour d'un obstacle anatomique fixe. Du fait de ce court-circuit, les stimuli électriques sont amenés à parcourir plus de deux cents fois par minute un même circuit fermé.

Les techniques d'ablation visent à interrompre la continuité de ce type de circuit en détruisant un petit groupe de cellules du muscle cardiaque qui font partie de ce circuit. Un cathéter d'ablation est introduit par voie percutanée dans la cavité cardiaque concernée. Après cartographie minutieuse de l'arythmie, soit de l'énergie chaude (ablation par radiofréquence) soit de l'énergie froide (cryoablation) est amenée au niveau de l'extrémité du cathéter, ce qui provoque la



destruction des cellules myocardiques voisines.
La plupart des tachycardies régulières s'expliquent par ce phénomène:

1. **Tachycardie par réentrée au niveau du nœud auriculoventriculaire** (AVNRT, atrioventricular nodal reentry tachycardia): circuit autour du nœud auriculoventriculaire
2. **Tachycardie auriculoventriculaire par réentrée** (AVRT, atrioventricular reentry tachycardia): circuit le long d'une voie accessoire.
3. **Flutter auriculaire**: circuit de macro-réentrée se limitant à l'une des oreillettes.
4. **Tachycardies ventriculaires en cas de cardiopathie structurelle**: tachycardie en circuit fermé autour d'un tissu ventriculaire électriquement mort (par infarctus, infiltration ...).

Trouble du rythme supraventriculaire le plus fréquent et le plus étudié, le flutter auriculaire peut également être traité de cette manière.

Le mécanisme d'apparition du flutter auriculaire a été localisé dans l'oreillette gauche. De multiples microcircuits de réentrée sont responsables de la contraction irrégulière de petits groupes de cellules auriculaires, ce qui provoque la «fibrillation» des oreillettes à une vitesse très élevée.

L'origine (trigger) du flutter auriculaire se situe dans les veines pulmonaires.

L'intervention d'ablation pratiquée de nos jours en cas de flutter auriculaire vise à isoler, sur le plan électrique, ces signaux provenant des veines pulmonaires.

L'ablation de quelque trouble du rythme que ce soit doit toujours être envisagée comme option thérapeutique. En particulier, les patients jeunes et très symptomatiques seront avantagés par une solution curative plutôt qu'un traitement médicamenteux sur le long terme. Depuis janvier 2010, toutes les interventions d'ablation du côté droit sont réalisées à l'az groeninge. L'ablation en cas de flutter auriculaire et les interventions du côté gauche, qui nécessitent une anesthésie générale, sont actuellement encore effectuées en collaboration avec l'AZ Maria Middelaers de Gand.

dr. Tim Boussy
cardiologue / électrophysiologue az groeninge

BIOPSIE STEREOTACTIQUE ASSISTEE PAR LE VIDE

Étant donné l'augmentation du nombre de mammographies de dépistage, on assiste à une augmentation du nombre de lésions mammaires détectées mais non palpables, notamment des micro-calcifications. Un résultat histologique fiable suppose une biopsie importante.

On peut obtenir le fragment de tissu de deux manières: soit par chirurgie (biopsie à ciel ouvert) soit par biopsie stéréotactique assistée par le vide (biopsie fermée). Afin de limiter le nombre d'interventions chirurgicales, on a de plus en plus recours à la biopsie stéréotactique assistée par le vide. Cette intervention dure environ 30 à 40 minutes. L'examen se passe sous anesthésie locale du sein et peut donc se dérouler en ambulatoire. Outre la qualité du fragment biopsié, déterminée par la taille de l'aiguille, le confort de la patiente est également un facteur entrant en ligne de compte dans le choix du système utilisé pour pratiquer la biopsie. Sous anesthésie locale, l'aiguille à biopsie est introduite une seule fois dans le sein, et les fragments sont obtenus par un système fermé qui aspire les fragments dans une chambre de collecte.

Un suivi spécifique est nécessaire. Au niveau de la peau, la blessure est minime car aucune incision n'est pratiquée. Les complications les plus fréquentes sont les hématomes et les réactions vagues (en particulier en cas d'intervention en position assise). A de rares occasions, l'intervention doit être interrompue, en cas de saignements trop importants.

Différentes études ont déjà prouvé que cette intervention peu invasive est devenue le standard de soin dans la prise en charge des lésions mammaires non palpables mais visibles à la radiographie. A l'az groeninge, cette procédure peu invasive se pratique depuis plus d'un an déjà.

dr. Els Vanherreweghe
service d'imagerie médicale

Robert Proust

Anecdote à propos d'un deuxième avis émis par le docteur Robert Proust, qui était le frère de Marcel Proust, écrivain français renommé.

Robert Proust était à son époque un urologue réputé. Il s'agissait de donner un avis à propos d'un patient du Dr Lauwers, de Courtrai. Le patient, qui était fortuné, présentait un cancer de la prostate avancé.

Le docteur Proust s'est rendu deux fois de Paris à Courtrai, en 1926 et en 1927.

L'échange de correspondance, très éclairant, est reproduit dans le magazine.

dr. Johan Mattelaer

