

La curiethérapie palliative

Dre Annie Ebacher

**Radio-oncologie
CHUS, Sherbrooke**

Congrès 2007

Congrès du Réseau des soins palliatifs

Objectifs

- Définition et types de curiethérapie
- Avantages HDR vs RT externe vs LDR
- Indications en palliatif
 - poumon
 - oesophage
 - rectum
- Sélection des patients
- Techniques utilisées et rôles des différents intervenants dans le traitement
- Résultats attendus

Définition

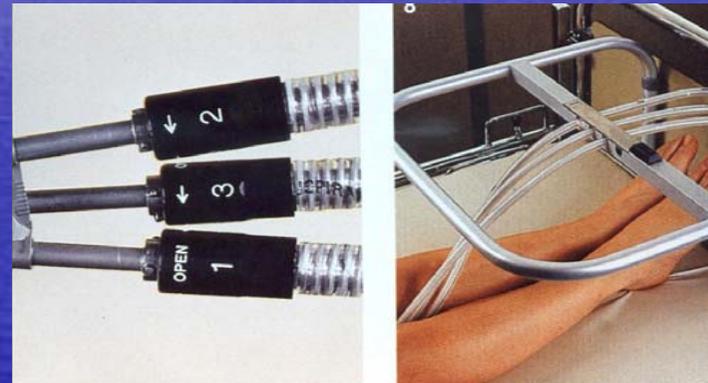
- Curiethérapie:
 - traitement de radiothérapie
 - À courte distance de la tumeur
 - Soit endocavitaire ou interstitiel.

 - =brachytherapy

Types de curiethérapie

Bas débit= LDR= low-dose-rate (0,4-2 Gy|hre)

-source de Césium



Haut débit= HDR= high-dose-rate (>12 Gy|hre)

-source d'Iridium 192 de 0.6 mm de diamètre

HDR utilisée en palliation

Avantages curiethérapie Haut débit

Vs RT externe:

- traitement plus court
- traitement localisé
- protection des tissus sains
- traitement des patients ayant déjà reçus de RT externe
- réduction plus rapide de la tumeur

Vs bas débit:

- radioprotection: pas exposition du personnel
- pas hospitalisation
- temps de traitement court
- optimisation de la dose



Avantages HDR en palliation

Résumé:

- traitement en externe
- court
- réponse rapide de la tumeur
- peu effets secondaires

- BUTS:**
- améliorer la qualité de vie du patient
 - conserver son autonomie
 - prévenir les complications

Indications de curiethérapie palliative

Cancers primaires ou métastatiques au niveau de:

-POUMON:

- dyspnée, toux, obstruction, hémoptysies
- patient MPOC sévère

-OESOPHAGE:

- obstruction (dysphagie, odynophagie), saignement

-RECTUM:

- obstruction, douleur, rectorragie

Sélection des patients

-POUMON: lésion endobronchique

-OESOPHAGE: lésion endo oesophagienne

Patient avec ATCD de RT externe

Patient \pm bon état général mais vie expectée suffisante

Technique HDR palliatif

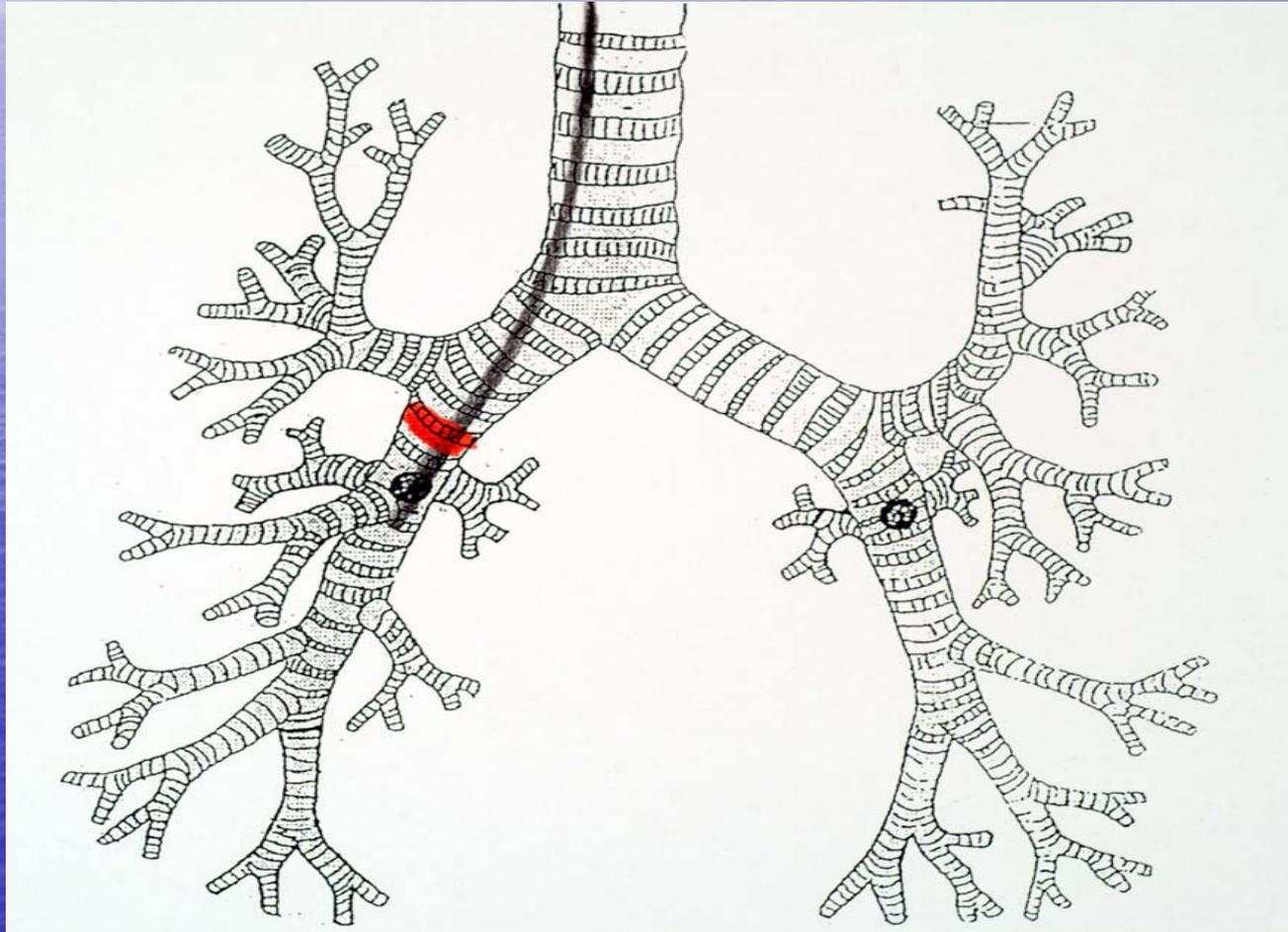
- Traitement en externe
- Mise en place du cathéter ou sonde par le médecin
- Repérage par rayon x ou TDM
- Prescription par le radio-oncologue
- Dosimétrie par physicien et révision par médecin
- Positionnement du patient et branchement par technologue
- Traitement supervisé par technologue, physicien et médecin
- Retrait de l'appareillage

HDR poumon

Bronchoscopie:

- sédation consciente
- 2 bronchoscopes flexibles pour repérer la lésion
- cathéter endobronchique est placé
- le cathéter est fixé sur le nez avec un point de suture
- dessin, photos

Dessin par pneumologue



HDR poumon

Transfert en radio-oncologie:

- rayon x AP avec marqueurs radio-opaques
- décision de dose et volume de traitement par médecin
- dosimétrie

Technologie:

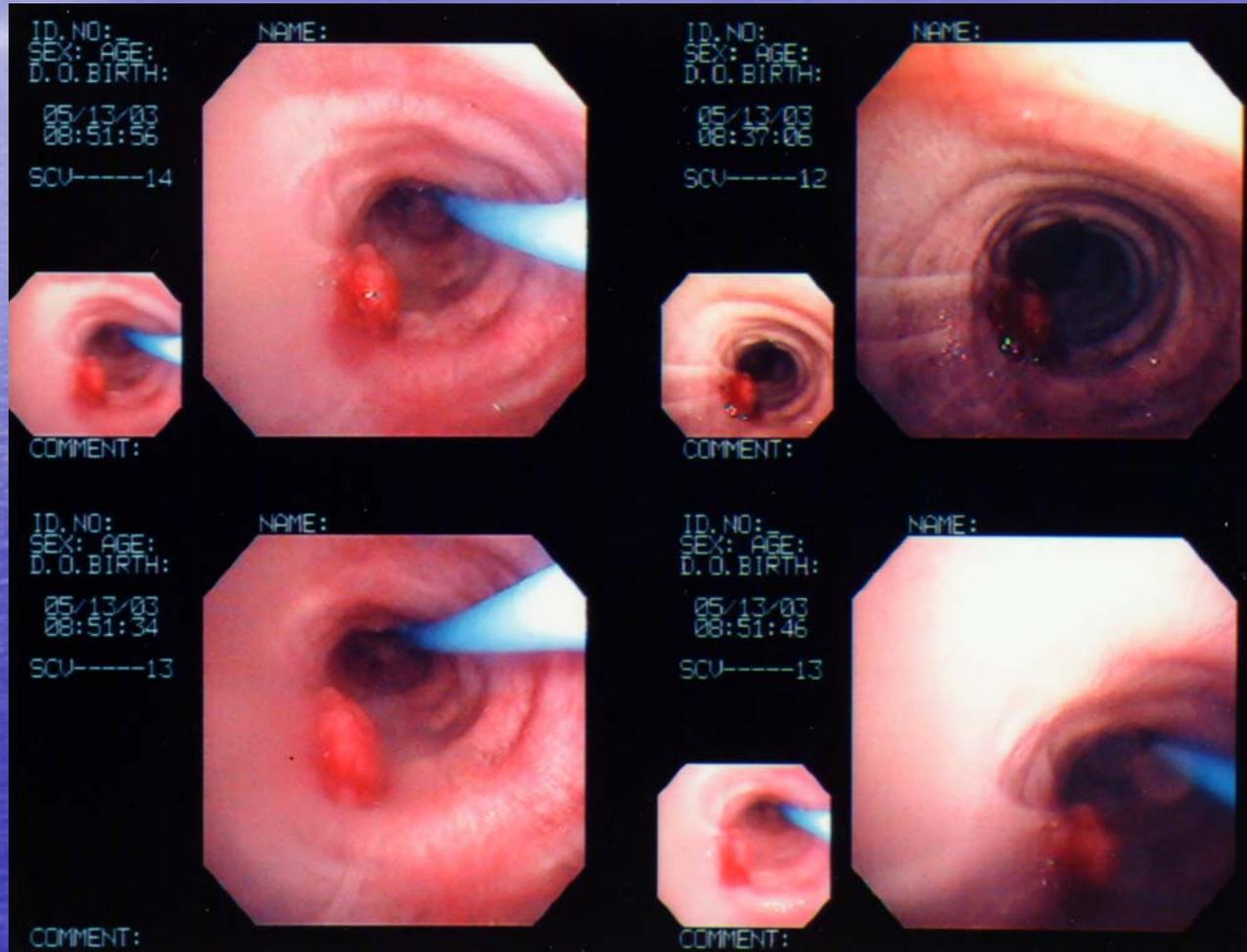
- branchement à l'appareil de haut-débit
- traitement
- retrait du cathéter

HDR poumon

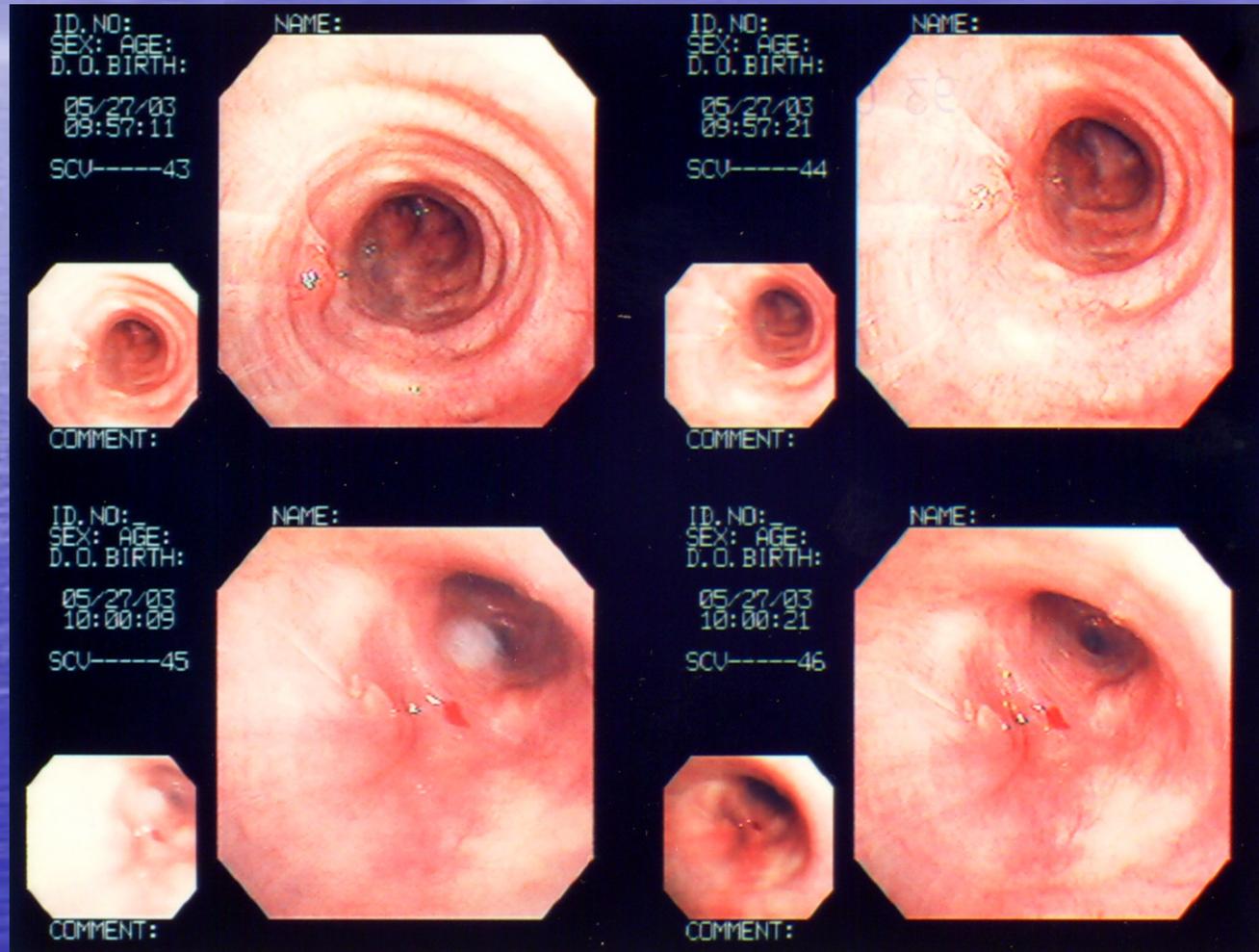
- 3 à 4 séances selon l'amélioration
- 1-2 séances par semaine
- dose totale: 15 à 25 Gy
- réponse symptomatique rapide
- 80-100% amélioration
- peu de complications majeures



Bronchoscopie: 1^{er} traitement



4^e traitement



HDR oesophage



Oesophagoscopie:

- sédation consciente
- repérer la lésion
- cathéter est placé
- le cathéter est fixé avec masque ou bande de stabilisation
- dessin, photos
- puis idem poumon

HDR oesophage

-1 à 4 séances

-dose totale: 15-25 Gy

-amélioration

relativement rapide
de dysphagie et dans
environ 75% patients

-amélioration de la
qualité de vie

-complications:

sténose, ulcération,
fistule

Conclusion

Curiethérapie palliative HDR:

- diminuer et contrôler les symptômes
- prévenir les complications
- améliorer la qualité de vie
- bonne tolérance
- faible morbidité

Traitement simple et efficace.

Traitement en développement.