

ÉCHOPITAL

#6 Juin 2019

L'actu médicale du Grand Hôpital de Charleroi



Le Pôle Peau-Brûlés-Reconstruction

Vers un objectif commun:
le bien-être du patient
«bien dans sa peau»

Dermatologie | Cancers cutanés | Grands Brûlés
Reconstruction | Chirurgie plastique

Chers confrères,

Ce nouveau numéro d'Echopital est plus particulièrement consacré au pôle de soins « Peau-Brûlés-Reconstruction » du GHdC et à ses différentes activités.

Ce pôle regroupe les activités des services de dermatologie, de chirurgie plastique et reconstructrice, du Centre de Traitement des Brûlés ainsi que celles de la Banque de peau agréée depuis 2017.

Le GHdC dispose en effet d'un des 6 centres de grands brûlés du territoire belge et est à ce titre à la pointe des traitements dans ce domaine, mais également dans celui des affections cutanées.

Par ses compétences médicales spécialisées dans de nombreux domaines, le service de dermatologie prend en charge de multiples pathologies affectant la peau, y compris dans le cadre de maladies rares.

C'est en particulier le cas pour le mélanome dont la fréquence ne cesse de croître dans notre population. Heureusement, le dépistage, les moyens de diagnostic et la prise en charge précoce associés aux traitements les plus innovants dont le GHdC dispose permettent de traiter avec de plus en plus de succès et selon les meilleurs guidelines un nombre de plus en plus grand de patients. Cela se fait dans le cadre d'un trajet de soins spécifique développé avec le pôle Cancer et Maladies du Sang.

Le Centre de Traitement des Brûlés a, quant à lui, fêté ses 45 ans d'existence. Il a toujours été au service

de la population belge et étrangère dans des événements de type catastrophes (Ghislenghien, attentats...) mais également lors d'accidents domestiques. Son expertise est unanimement reconnue et ce numéro détaille ses multiples activités y compris une prise en charge particulière de la douleur.

La Banque de peau certifiée en 2017 constitue un maillon supplémentaire à l'arsenal thérapeutique du centre des brûlés, permettant un meilleur traitement des lésions.

Enfin, le service de chirurgie plastique vient en aide aux patientes qui ont dû subir des mastectomies pour cancer du sein en pratiquant des reconstructions mammaires qui permettent d'atténuer le sentiment de mutilation induite par la nécessaire chirurgie de leur affection.

Vous pourrez découvrir en détail ces différents aspects dans ce dernier numéro d'Echopital dont je vous souhaite une excellente lecture.

Bien confraternellement,



Dr Henri MASSIN
Directeur Médical Adjoint

4 L'ÉCHO

GRANDS BRÛLÉS

6

Le Centre de Traitement des Brûlés: 45 ans d'excellence
Une Banque de peau implantée dans un service clinique
La réalité virtuelle pour atténuer la douleur
Le parcours des patients brûlés après l'hospitalisation

12 RECONSTRUCTION

La reconstruction mammaire en plein développement
Reconstruction et rajeunissement cutané par laser CO₂ fractionné *MIXTO*

DERMATOLOGIE

17

Une unité d'évaluation thérapeutique pour les maladies inflammatoires de la peau
La dermatologie chez l'enfant

20 DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

La prise en charge du vieillissement facial

CANCERS CUTANÉS

22

La cartographie ou dermoscopie digitalisée: une aide précieuse au diagnostic précoce du mélanome
Traitement du mélanome: les défis de l'immunothérapie

Rencontre avec le Dr Pierre-Paul Roquet-Gravy, chef de pôle



Qu'elle soit traumatisée, brûlée, inflammatoire, tumorale, la peau mérite la mise en place coordonnée de trajets de soins offrant une prise en charge transversale, c'est pourquoi au GHdC un pôle de soins y est consacré. La mise en commun de l'expertise des acteurs médicaux et paramédicaux du pôle permet d'éviter le nomadisme du patient dans l'institution en instaurant une gestion rationnelle, partagée et rassurante orientée vers un objectif commun: le bien-être du patient «bien dans sa peau».

Echopital: Le Centre de Traitement des Brûlés fête ses 45 ans cette année. En quoi reste-t-il innovant ?

Dr Pierre-Paul Roquet-Gravy: L'actualité a malheureusement rappelé la nécessité d'avoir un centre d'expertise pour les grands brûlés et les patients polytraumatisés (voir page 6). En effet, étant localisé à Charleroi, notre Centre de Traitement des Brûlés est au milieu d'une région densément peuplée et donc statistiquement plus exposée aux catastrophes civiles. Il a également dû faire face à de nouvelles formes de blessures liées aux attentats qu'a connus notre pays. Au niveau des innovations, on peut noter les gros progrès qui ont été faits au niveau des tissus de substitution. L'intégration d'une banque de peau (voir page 8) au sein même du service en est une des concrétisations. Notre centre est reconnu bien au-delà de nos frontières. Il n'est pas rare d'y accueillir des patients provenant de l'étranger. Le récent symposium «Brûlures, blast, gangrènes et maladies cutanées étendues» organisé par le Centre de Traitement des Brûlés en témoigne également: il a très vite affiché complet avec 350 participants qui sont venus des 4 coins de la Wallonie et du nord de la France pour venir en apprendre davantage sur le sujet.

E: Le cancer cutané, et plus particulièrement le mélanome, présente la plus forte augmentation d'incidence parmi tous les cancers. Comment le pôle répond-t-il à cette problématique ?

PPRG: Le mélanome est en effet en très forte augmentation. Face à ce constat, une consultation multidisciplinaire oncologique a été créée et est composée de dermatologues, oncologues, anatomopathologistes et chirurgiens plasticiens (voir page 22). Cette équipe est renforcée par une infirmière coordinatrice et une psychologue afin de proposer une prise en charge rapide et coordonnée des cancers cutanés. La collaboration avec le Pr Jean-François Beaurain des Cliniques universitaires Saint-Luc, oncologue et spécialiste du mélanome, nous apporte les derniers développements en matière de prise en charge et un accès aux études cliniques.

L'aspect préventif est également au cœur de nos préoccupations grâce à la consultation de dépistage du mélanome au cours de laquelle une cartographie peut être réalisée pour les sujets à risques. Nous utilisons également la photothérapie dynamique, technique rapide et très efficace pour traiter les lésions précancéreuses ou les cancers cutanés superficiels étendus (champs de cancérisation).

E: Les cancers et les brûlures sont à l'origine de nombreuses interventions de reconstruction. Que propose le pôle ?

PPRG: Notre pôle s'est engagé auprès de l'INAMI en signant une convention entrée en vigueur depuis novembre 2016. Cette dernière prévoit un meilleur remboursement des reconstructions par DIEP et interdit tous suppléments d'honoraires dits "esthétiques". Par ailleurs, la maladie de Verneuil, maladie chronique inflammatoire aux conséquences délabrantes réclame une prise en charge concertée entre nos chirurgiens plastiques et nos dermatologues. Enfin, l'acquisition d'un laser CO₂ permet d'améliorer l'aspect esthétique des cicatrices de nos patients brûlés.

E: Outre le pôle cancer et maladies du sang, le pôle entretient de nombreuses relations avec d'autres pôles. Quelles sont-elles ?

PPRG: Nous proposons une consultation de dermatologie au sein même du service pédiatrie et certains soins sont effectués sous MEOPA. Nous avons développé les «Ateliers de l'atopie» ayant pour but d'autonomiser les petits patients (et leurs parents) pour mieux vivre la dermatite atopique (voir page 18). Nous collaborons étroitement avec le pôle de médecine clinique et

plus spécialement avec le service de rhumatologie dans la prise en charge du patient psoriasique ou atteint d'une maladie de système (lupus). À la demande de nos confrères orthopédistes, nous effectuons des tests allergiques préalables au placement d'une prothèse. Nous accordons un soin particulier à la prise en charge de la peau du sujet âgé en collaboration étroite avec les gériatres. L'interaction avec le service d'oncologie est également intense pour le traitement des nombreuses complications cutanées des thérapies ciblées du cancer.

E: La dermatologie est une part importante du pôle. Dans ce domaine également, les évolutions sont nombreuses. Pouvez-vous les détailler?

PPRG: Comme je le dis souvent, la dermatologie vit une époque formidable. Nous disposons maintenant de multiples traitements novateurs pour des maladies invalidantes comme le psoriasis ou la dermatite atopique. Le GHdC est un des rares hôpitaux non-universitaires à proposer des études cliniques de phase III, ce qui donne une longueur d'avance au patient, à qui on propose une prise en charge efficace et surtout, innovante (voir page 17). Nous travaillons également sur la création d'une clinique multidisciplinaire de l'allergologie en collaboration avec l'ORL et la pneumologie. Outre les tests allergiques classiques, nous proposerons des mises au point des allergies médicamenteuses. Notre consultation multidisciplinaire en soins de plaies a, quant à elle, pour ambition de conseiller les médecins généralistes et les infirmières de proximité sur la gestion des plaies complexes. Enfin, la médecine esthétique et la cosmétologie font partie intégrante du service de dermatologie (voir page 20). Nos spécialistes, parfaitement formés à la pratique, donnent aux patients l'assurance d'une prise en charge compétente et en toute sécurité, en collaboration avec nos confrères plasticiens.



Le Centre de Traitement des Brûlés : 45 ans d'excellence



Dans les années 1970, le bassin de Charleroi comprend de nombreuses industries sidérurgiques employant des dizaines de milliers de travailleurs. Les accidents y sont nombreux et les industries locales souhaitent une prise en charge plus spécifique de leurs patients brûlés. C'est sous l'impulsion du docteur Pierre Leclercq, brillant chirurgien orthopédiste visionnaire et humaniste à l'IMTR que sera inauguré le Centre de Traitement des Brûlés à Loverval. Inspiré des meilleurs centres existants alors aux Etats-Unis, il permet de soigner les patients brûlés dans un espace exclusivement dédié à cette pathologie. Il concentre en un seul lieu tous les moyens indispensables à la prise en charge des patients brûlés: un bloc opératoire, des salles de balnéothérapie, des chambres de soins intensifs et une salle de kinésithérapie. Depuis sa création, le Centre n'a cessé d'évoluer en se donnant trois objectifs: soigner, transmettre nos connaissances et progresser.

Soigner

Au fil des années, l'équipe s'est étoffée. Le Centre compte actuellement trois chirurgiens, une permanence assurée 24h/24 par le service d'anesthésie-réanimation, une équipe comprenant 30 infirmier(ère)s, des kinésithérapeutes, des psychologues, des nutritionnistes, des infirmières sociales,... La prise en charge multidisciplinaire de nos patients est une priorité.

Les techniques chirurgicales ont évolué. Même si l'excision-greffe reste une activité importante, des techniques récentes et innovantes permettent de soigner nos patients de façon plus optimale: hydrochirurgies, débridements enzymatiques, dermes artificiels, micro-greffes, plasties, lambeaux, thérapies en pression négative, greffes en deux temps (allogreffe suivie d'autogreffe)...

Le bloc opératoire s'est également modernisé en autorisant de nombreuses autres spécialités chirurgicales à opérer, au sein même du Centre, des patients difficilement mobilisables (chirurgie

orthopédique, abdominale, vasculaire, reconstruction ...).

Parallèlement, la réanimation médicale a évolué permettant à l'équipe des anesthésistes réanimateurs de disposer de toutes les techniques innovantes des soins intensifs: ventilation par percussion à haute fréquence en cas d'inhalation, hémofiltration, ECMO en cas d'hypoxémie sévère, mesure du débit cardiaque en continu, mesures de la dépense énergétique par calorimétrie.

Ensemble ces techniques médicales et chirurgicales permettent d'offrir les traitements optimaux aux patients, quel que soit leur âge ou leurs comorbidités.

Les traitements locaux se sont énormément diversifiés ces dernières années. Même si la flammazine reste régulièrement utilisée, les nouveaux « pansements actifs » offrent un traitement individuel adapté à chaque patient et à chaque plaie.

Transmettre nos connaissances

Le Centre de Traitement des Brûlés se veut formateur envers les professionnels de la santé venant de Belgique mais également de l'étranger.

Des séances d'informations aux travailleurs sont également données à la demande de sociétés dans le cadre de la prévention ou des premiers soins à administrer.

De nombreux assistants et stagiaires y viennent pour visiter, travailler, se former et se passionner pour la prise en charge des brûlés. Après leur stage, de nombreux stagiaires, pris par la « passion des grands brûlés » postulent afin d'entamer leur carrière au Centre de Traitement des Brûlés.

Progresser

Parallèlement à l'activité clinique, le Centre de Traitement des Brûlés s'implique régulièrement dans des études cliniques afin de faire progresser

Dr Ghueder SAIDANE
Anesthésiste réanimateur
Jean-Noël VANDEBENDERIE
Infirmier en chef du CTB

la qualité des soins (étude de l'efficacité des bactériophages Phagoburn, traitement de la maladie de Lyell par des facteurs de croissance, utilisation de la réalité virtuelle durant les soins).

Les prochains défis du Centre

Prise en charge des patients non brûlés

Depuis quelques années, le centre soigne de plus en plus de patients ne présentant pas de brûlures mais des problèmes cutanés sévères : pathologies d'origine traumatique, vasculaires, infectieuses, maladies dermatologiques étendues...

Même si leur prise en charge présente certaines similitudes avec celle d'un brûlé, il s'agit d'un défi qui impose une collaboration encore plus étroite avec l'ensemble des médecins spécialistes (infectiologues, chirurgiens orthopédistes, chirurgiens vasculaires dermatologues, onco-hématologues...)

Consultations de soins externes

Créées au départ pour permettre une sortie rapide des patients hospitalisés, les consultations de soins externes se sont au fil du temps ouvertes aux patients non hospitalisés. Permettant ainsi à ces derniers de bénéficier de l'expertise des soignants du centre et de leur éviter une hospitalisation. La réputation du Centre de Traitement des Brûlés dépassant largement la région de Charleroi, de plus en plus de patients victimes de brûlures ou d'autres problèmes cutanés se présentent ou nous sont référées pour une prise en charge externe.

Ces soins représentent une part de notre

activité quotidienne de plus en plus importante.

Faire face à cette rapide augmentation de patients à soigner en externe sans pénaliser les patients hospitalisés est un autre défi que l'ensemble du Centre de Traitement de Brûlés relève avec courage et passion.

Malgré la cinquantaine qui approche, le Centre de Traitement des Brûlés reste un service dynamique, en pleine évolution. Un service à découvrir, où tous les intervenants sont passionnés et se veulent accessibles et disponibles envers les médecins généralistes.



Une banque de peau implantée dans un service clinique



Dr Denis DUFRANE
Responsable de la
Banque de peau

Depuis 2017, le GHdC s'est doté d'une Banque de peau implantée au sein du Centre de Traitement des Brûlés. Elle a reçu l'agrément de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé. Le caractère unique de l'intégration d'une banque de peau au sein d'un service clinique est une première médicale. Tout le processus s'effectue ainsi dans la même institution: du prélèvement de la peau sur le donneur, à sa conservation dans des règles strictes, pour en arriver à la greffe sur le patient brûlé

Une aide précieuse dans la course contre la montre

Les greffes cutanées allogéniques (provenant d'un tiers) sont courantes chez les patients grands brûlés. Leur utilisation est comparable à celle d'un pansement puisqu'elles évitent les infections bactériennes et les pertes hydriques. À ce jour, c'est le meilleur « pansement » biologique qui existe. La greffe peut également être indiquée lorsque le patient présente une plaie chronique ou atone.

Aujourd'hui, avoir une banque de peau, implantée au cœur même du Centre de Traitement des Brûlés de l'IMTR, c'est l'assurance de disposer d'un greffon 24 heures/24 et 7 jours/7. Auparavant, les peaux pouvaient ne pas être disponibles tout de suite et il fallait parfois les importer de l'étranger. C'est donc un avantage considérable dans la course contre la montre que constitue le soin de ce type de blessés graves.

Un bilan initial positif et des ambitions pour le futur

Depuis son agrément en mars 2017, 16 prélèvements ont pu être réalisés au sein du GHdC mais également sur le site du CHU Marie Curie démontrant ainsi une solidarité « carolo » pour les patients grands brûlés.

L'expertise de prélèvement de la banque de peau fut démontrée par une efficacité de 96% (contre moins de 75% dans la littérature) par un taux de contamination plus élevé des greffons cutanés, une intégrité tissulaire (au niveau structurel et fonctionnel) et par une implantation de plus de 40.000 cm² de tissus cutanés allogéniques pour le traitement de plaies. L'année 2019 sera basée sur une augmentation de la capacité de prélèvement sur le bassin de Charleroi mais également en communauté française en vue d'offrir une capacité de délivrance intra-GHdC (pour le centre des brûlés) mais également extra-GHdC pour le traitement de plaies aiguës et chroniques.



Greffe de peau

Pascaline GOMEZ
Psychologue



La réalité virtuelle pour atténuer la douleur

Le Centre de Traitement des Brûlés a entamé un projet-pilote visant à évaluer et objectiver l'impact de la réalité virtuelle sur la douleur du patient lors de ses soins.

La réalité virtuelle, c'est une expérience d'immersion dans un monde numérique. L'utilisateur porte un masque sur lequel est fixé un smartphone qui diffuse des images (telles qu'une balade dans les fonds marins croisant des tortues géantes et des bancs de poissons multicolores) via une application dédiée. Le potentiel distrayant de la réalité virtuelle et son bienfait «subjectif» sur la douleur et le bien-être des patients est de mieux en mieux connu. Les médecins du Centre de Traitement des Brûlés souhaitent trouver le moyen d'objectiver, de mesurer scientifiquement l'effet de ces voyages virtuels sur la douleur.

Mieux quantifier la douleur grâce à l'algésimètre

Jusqu'à aujourd'hui, on disposait uniquement de l'échelle visuelle analogique pour évaluer cette douleur, pour la quantifier. Mais ces résultats sont très subjectifs, puisque c'est au patient de porter le curseur sur le chiffre qu'il estime correspondre à sa souffrance. Le Dr Raymond Peeters, chirurgien au Centre de Traitement des Brûlés du GHdC, a découvert le travail du Pr Hanne Storm (Hôpital Universitaire d'Oslo) qui a créé un algésimètre permettant de quantifier la douleur en posant des électrodes sur des zones du corps à forte concentration nerveuse (comme la plante des pieds et la paume des mains). Son appareil fonctionne un peu comme un détecteur de mensonges. L'équipe s'est ainsi procuré cet algési-



mètre grâce au soutien de la Fondation Belge des Brûlés.

La technologie est simple d'utilisation. Tous les soignants peuvent gérer la mise en place du dispositif couplé au masque de réalité virtuelle: on applique les électrodes, le patient fait son choix parmi une série d'applications et le voyage commence pendant que les soignants débutent les pansements.

Si l'on est toujours dans la phase pilote de notre étude visant à mesurer la douleur avec et sans le masque de réalité virtuelle, notre équipe est très enthousiaste. Outre la diminution de la perception de la douleur, cela peut permettre à certains patients d'éviter l'emploi d'antidouleurs forts ou la sédation.



Le parcours des patients après hospitalisation



Sophie VERHAEGHE
Kinésithérapeute

Afin d'optimiser le trajet de soins suivi par les personnes brûlées, un suivi post brûlure est instauré systématiquement.

Tout patient brûlé peut bénéficier d'une **consultation de coordination**. Lors de celle-ci, le patient reçoit les informations sur l'après brûlure : hydratation des cicatrices, port du compressif si nécessaire, soleil, traitement de kinésithérapie, reprise des activités quotidiennes...

Une **aide socio-financière** auprès de l'infirmière sociale pour les patients dans le besoin est également instaurée: élaboration d'un dossier auprès de la fondation des brûlés afin de bénéficier d'aide financière, mise en place d'aide au domicile ou de démarches administratives.

Si le besoin s'en fait sentir, un **suivi psychologique** est mis en route: trouble de stress post-traumatique, image de soi, anxiété, trouble du sommeil, adaptation à la situation...

Si nécessaire une **consultation diététique** est également possible. Elle permet de prodiguer des conseils et habitudes alimentaires en vue d'optimiser la cicatrisation.

Pour les enfants brûlés, sur demande des parents ou de l'école, l'équipe du suivi se déplace à l'école afin d'optimiser la réinsertion scolaire de l'enfant: conseils à l'équipe éducative quant aux cicatrices, explications aux copains de classe...

Divers ateliers sont mis en place régulièrement afin de répondre aux besoins des patients (séance d'information sur l'après brûlure, séance de maquillage camouflage, groupe de parole...)

Ce suivi, à l'exception des consultations médicales et soins de plaies, est entièrement gratuit pour le patient et ses proches.

Infos pratiques et contact

L'équipe du suivi des patients brûlés

Coordinatrice du suivi:

Sophie Verhaeghe 071/10.60.13
sophie.verhaeghe@ghdc.be

Infirmière sociale:

Christine Helson 071/10.61.90
christine.helson@ghdc.be

Psychologue:

Pascaline Gomez 071/10.60.18
pascaline.gomez@ghdc.be

Diététicienne:

Isabelle Aulit 071/10.60.27
isabelle.aulit@ghdc.be

Chirurgiens:

Dr Nadine Hans et Dr Ciprian Isacu
071/10.60.00



La reconstruction mammaire en plein développement



Dr Nicolas CAMBIER
Chirurgien plasticien

Le cancer du sein touche de nos jours de nombreuses femmes et nécessite fréquemment une tumorectomie voire une mastectomie. Méconnue par la plupart des patientes, la reconstruction mammaire fait actuellement partie intégrante du traitement du cancer du sein et constitue une part importante de notre activité. Elle doit être évoquée avec les patientes dès la première consultation et proposée systématiquement chaque fois qu'elle est réalisable.

Notre service de chirurgie plastique s'intègre dans la clinique du sein du GHdC réunissant régulièrement une équipe pluridisciplinaire (radiologues/sénologues, oncologues, gynécologues et chirurgiens, radiothérapeutes, anatomopathologistes, infirmière coordinatrice, psychologues et kinésithérapeutes). Notre but sera de reconstruire le sein opéré, symétriser le sein controlatéral et reconstruire la plaque aréolomamelonnaire. Dans la majorité des cas, nous réalisons ces reconstructions mammaires de manière différée, en respectant un délai de plusieurs mois après les traitements carcinologiques. Néanmoins, pour les patientes porteuses d'une mutation génétique BRCA 1/2 ou dans certaines indications, nous proposons une reconstruction mammaire immédiate en même temps que le geste d'exérèse primaire.

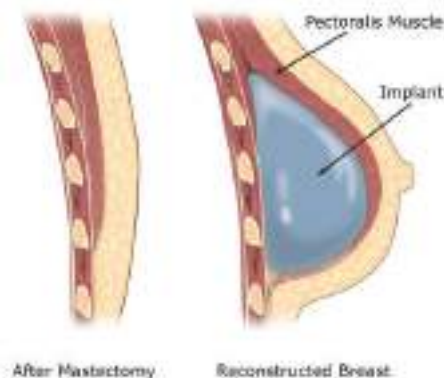
Lors de la consultation préopératoire, nous proposons aux patientes les multiples techniques disponibles actuellement, ayant chacune leurs avantages et inconvénients. Nous choisissons, en accord avec nos patientes, celle qui sera la plus adaptée à sa situation clinique (morphologie, possibilités de prélèvement au niveau des sites donneurs, qualité des téguments) et au résultat escompté par la patiente.

Principes de reconstruction mammaire

Reconstructions par prothèse

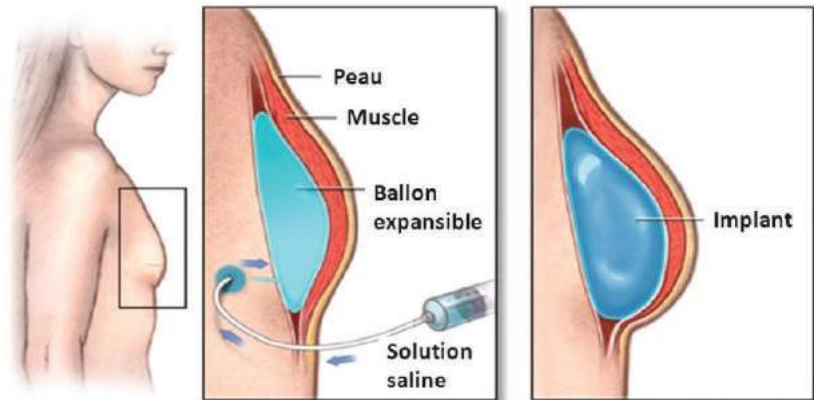
Ce sont celles que nous pratiquons le plus couramment car beaucoup de nos patientes préfèrent une technique simple et ne nécessitant pas de prélèvement tissulaire supplémentaire. Elles doivent, néanmoins, accepter les reprises chirurgicales pour changer les implants ou réaliser des retouches de symétrie. Cette technique n'est réalisable que chez les patientes ayant des tissus mammaires en quantité et qualité

suffisantes. Les patientes possédant des petits seins et désirant une augmentation de volume constituent une excellente indication à la reconstruction prothétique. Placés principalement sous le muscle grand pectoral afin de limiter au maximum leur visibilité, les implants peuvent être ronds ou anatomiques. Ces dernières sont les plus adaptées car elles donnent un résultat esthétique final beaucoup plus naturel.



Reconstructions par expansion

Lorsque les patientes ont des tissus mammaires en moindre quantité, nous réalisons une phase d'expansion. Cette technique nous permet de distendre progressivement l'étui cutané en gonflant l'expandeur durant plusieurs mois avant de mettre en place la prothèse définitive.



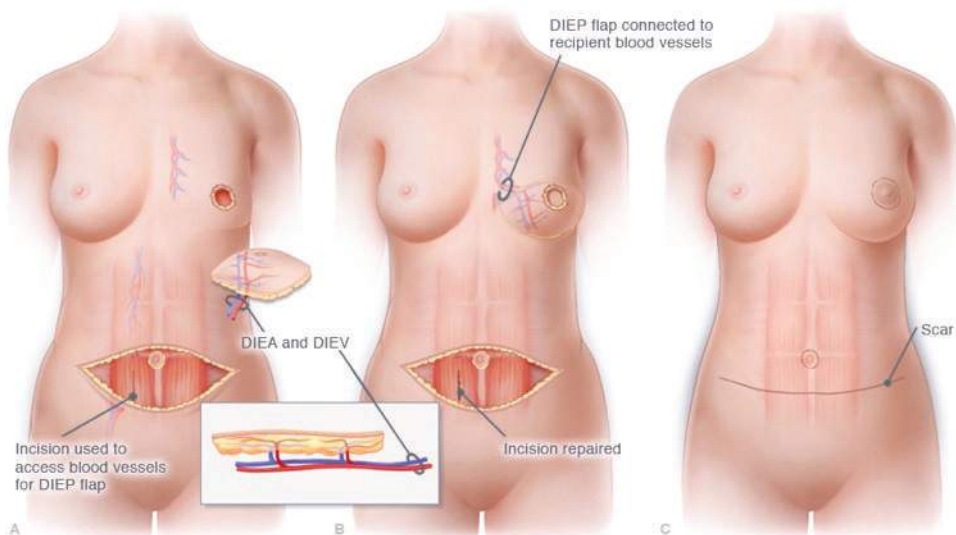
©healthwise, Incorporated

Reconstructions par lambeau libre DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator)

La réalisation de cette technique microchirurgicale est une partie de notre activité en plein développement grâce à l'étroite collaboration entre les chirurgiens au sein de notre service. Nous prélevons ce lambeau perforant vascularisé par le pédicule épigastrique inférieur profond lorsque nos patientes présentent un excès cutané-graisseux

sous-ombilical. Le DIEP est un raffinement de la technique du transverse rectus abdominis myocutaneous flap (TRAM) préservant le muscle et l'aponévrose afin de diminuer les séquelles pariétales autrefois observées. Il allie deux avantages principaux: celui de reconstruire un volume mammaire important par des tissus tout à fait

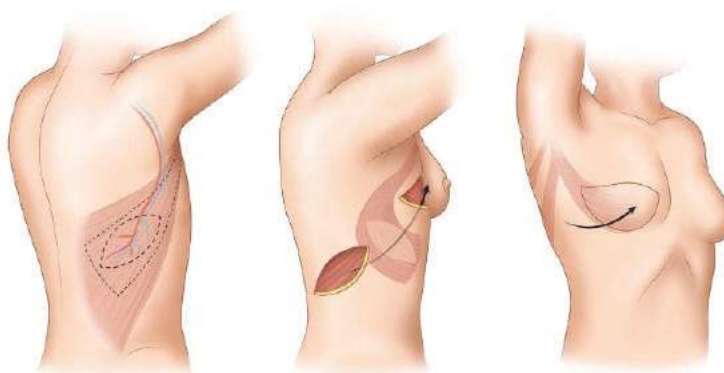
similaires en évitant l'utilisation d'une prothèse ou d'un muscle et de retrouver en même temps un ventre plat. Il peut néanmoins être contre-indiqué en cas de tabagisme, terrain cicatriciel abdominal et microangiopathie (diabète, syndrome de raynaud ...).



© summit

Reconstructions par lambeau pédiculé de grand dorsal

La vascularisation fiable du lambeau musculocutané de grand dorsal nous permet de le proposer dans de nombreuses indications. Nous pouvons le prélever même chez une patiente mince, en association avec une prothèse mammaire. S'il existe par contre un excès cutanéograsseux dorsal, il pourra à lui seul reconstruire le volume mammaire en prélevant ses extensions graisseuses, permettant d'éviter la mise en place d'une prothèse et de ses complications potentielles. Il constitue un site receveur des greffes de tissus adipeux permettant d'optimiser le volume, la forme et la projection du sein reconstruit afin d'obtenir un sein le plus souple et le plus naturel possible.



©university of Iowa, Hospitals & Clinics

Lipofilling

Pour la plupart de nos patientes, nous réalisons des transferts graisseux afin de corriger les imperfections localisées en périphérie d'un lambeau et de diminuer la visibilité des contours prothétiques. Ils permettent d'apporter du volume à une reconstruction autologue d'emblée trop petite ou dont le volume diminue avec le temps (grand dorsal autologue). Ils épaississent les tissus cutanés et améliorent la trophicité, notamment après radiothérapie.

Chez les patientes ayant de petits seins et présentant des réserves graisseuses suffisantes et accessibles à la liposuccion, nous pouvons réaliser une reconstruction mammaire complète par lipofilling. Dans ce cas, plusieurs séances de lipofilling sont nécessaires pour obtenir un résultat esthétique optimal.

Enfin, ils permettent de corriger des défauts localisés à la zone de tumorectomie sur un sein irradié. Les résultats cliniques sont très favorables en restaurant le galbe et la souplesse du

sein. Cela nécessite néanmoins un suivi strict au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Symétrisation du sein controlatéral

Après avoir restauré le volume mammaire, nous réalisons la symétrisation du sein controlatéral selon le volume, le degré de pose et la technique de reconstruction utilisée pour le sein amputé. Pour ce faire, nous proposons différentes techniques allant de l'augmentation par prothèse à la réduction mammaire en passant par la pexie mammaire (repositionnement du sein vers le haut).

Reconstruction de la plaque aréolomamelonnaire

La reconstruction de la plaque aréolomamelonnaire est l'étape finale que nous réalisons. Elle est relativement simple et permet de transformer le volume mammaire obtenu en un véritable sein à part entière, ce qui va contribuer à restaurer l'image corporelle de la patiente. L'objectif est d'obtenir un

résultat le plus naturel et symétrique en termes de couleur, texture, taille, forme, projection et position. Nous reconstruisons le mamelon soit par différents types de lambeaux locaux soit par greffe d'hémimamelon controlatéral ou par greffe des petites lèvres génitales. L'aréole pourra être, quant à elle, reconstruite de deux façons: la greffe de peau totale ou le tatouage.

Même si l'on n'obtient jamais un sein complètement identique au sein initial, nos résultats répondent en tout cas à l'attente de nos patientes qui bénéficient d'une prise en charge professionnelle et humaine.

Dr Nicolas CAMBIER
Chirurgien plasticien



Reconstruction et rajeunissement cutané par laser CO₂ fractionné *MIXTO*

Depuis quelques années, les services de dermatologie et chirurgie plastique du pôle Peau-Brûlés-Reconstruction du GHdC ont acquis un laser CO₂ fractionné (Mixto) permettant de corriger les signes visibles du vieillissement cutané ainsi que les cicatrices (acné, post-chirurgicales, post-brûlures).

L'apparition récente des lasers CO₂ fractionnés a permis de réduire considérablement la durée de cicatrisation par rapport aux lasers CO₂ utilisés depuis longtemps. Au lieu d'abréger toute la surface de peau traitée, ce laser va réaliser, en mode fractionnel,

un balayage unique en Z au sein d'une zone carrée et créer des puits microscopiques tout en laissant la peau intacte entre chaque puits. En phase de cicatrisation, ces puits vont se refermer et entraîner un lissage cutané en régénérant de nouvelles

cellules épidermiques et en stimulant la synthèse de collagène par les fibroblastes. L'importance de ce lissage sera proportionnelle à l'intensité du traitement et déterminera les suites opératoires.



Nos résultats

Ils sont visibles en deux phases : une amélioration rapide pendant 3 semaines puis progressive les 6 mois suivant le traitement. Nous pouvons traiter les zones principalement touchées par le processus de vieillissement : visage, cou, décolleté et dos des mains. Nous obtenons des résultats naturels et durables durant plusieurs années sans modifier les volumes faciaux : réduction de la taille des pores, amélioration significative de la texture cutanée, remise en tension de la peau et atténuation des

rides ou cicatrices d'acné. Le laser nous offre ainsi une réelle alternative quand les injections de comblement sont peu efficaces ou impossibles. Plusieurs séances peuvent s'avérer nécessaires en péri-buccal.

Préparation avant la séance

Quatre semaines avant le traitement au laser, nous déconseillons toute exposition solaire pour réduire le plus possible la production de mélanine.

Cette précaution permet de réduire considérablement les risques de troubles pigmentaires post-laser (particulièrement pour les peaux asiatiques et africaines).

Une semaine avant, nous conseillons aux patient(e)s de débuter un traitement anti-herpétique s'ils sont porteurs du virus de l'herpès et d'appliquer quotidiennement une crème hydratante pour préparer leur peau. Un léger relaxant peut être prescrit si nos patient(e)s présentent un naturel anxieux.

Déroulement du traitement

Nous appliquons une crème anesthésiante 1 heure avant la séance en combinaison d'une analgésie des différents nerfs sensitifs faciaux selon la zone traitée, pour diminuer la sensation de picotement et de chaleur. La durée du traitement varie de 15 à 60 minutes selon la surface de peau à traiter.

Les suites habituelles

Une fois le soin terminé, la peau va se recouvrir d'une fine pellicule blanchâtre durant quelques minutes. Elle va disparaître rapidement pour prendre l'apparence d'une couleur de bronzage très prononcé. Une sensation de chaleur va apparaître et peut être atténuée par des antalgiques. Sinon, l'application de crèmes hydratantes et cicatrisantes est généralement suffisante. Seul un érythème persistera durant plusieurs semaines selon chaque patient(e). Celui-ci pourra être camouflé par application d'un maquillage, en général après une semaine, réduisant le plus possible l'éviction sociale. Enfin, une protection solaire sera nécessaire durant 6 semaines.

Complications

Cet acte reste néanmoins soumis aux aléas tissulaires dont les réactions ne sont jamais complètement prévisibles. Heureusement, les vraies complications sont rares et doivent être prises en charge le plus rapidement possible : infections herpétiques / bactériennes, hypo/hyperpigmentation, érythème persistant, troubles cicatriciels.



**Dr Pierre-Paul
ROQUET-GRAVY**
Chef du Pôle Peau-
Brûlés-Reconstruction



Une unité d'évaluation thérapeutique pour les maladies inflammatoires de la peau

Au cours des 20 dernières années, on a assisté au développement d'une base scientifique solide en dermatologie conduisant à une augmentation exponentielle de la compréhension des troubles inflammatoires de la peau. Grâce à de nouvelles avancées biotechnologiques, une nouvelle tendance s'est affirmée plus récemment dans laquelle les découvertes scientifiques de base sont directement traduites en thérapies qui influencent notre activité clinique quotidienne.

Un des exemples les plus illustratifs est le développement d'anticorps ou de protéines ciblant et inhibant des événements précis dans la pathogenèse du **psoriasis**. Ces thérapeutiques, notamment les bloqueurs du TNF alpha ou les inhibiteurs d'autres médiateurs inflammatoires (IL 12/23, IL 17, IL 23) ont révolutionné la prise en charge du psoriasis. De traitements peu spécifiques au profil de sécurité délicat, on assiste à un changement de paradigme vers des thérapies plus ciblées possédant une efficacité remarquable et présentant donc potentiellement moins d'effets secondaires.

Suivant la voie ouverte par la recherche sur le psoriasis, la **dermatite atopique**, autre maladie inflammatoire très invalidante à forte répercussion sur la qualité de vie, bénéficie également de progrès thérapeutiques importants qui se traduiront bientôt par le remboursement d'une nouvelle thérapie ciblée d'efficacité remarquable.

**Des études cliniques
pour donner de nouvelles
« armes » aux patients**

Le service de dermatologie a voulu s'inscrire dans cette dynamique et participe depuis plusieurs années au dévelop-

pement de ces nouvelles biothérapies et a réalisé de nombreuses études cliniques de phase III pour différents laboratoires. Pas moins de 4 études cliniques sont actuellement en cours dans le psoriasis, la dermatite atopique et l'urticaire. D'autres sont à venir dans le vitiligo, la pelade et le lupus érythémateux.

Grâce à la collaboration essentielle et indispensable de notre infirmière coordinatrice qui assure la gestion et la réalisation des protocoles d'études, nous donnons au patient la possibilité d'accéder à un nouveau médicament dans les meilleures conditions de sécurité plusieurs années avant sa commercialisation. Cet avantage est particulièrement important pour des maladies sévères pour lesquelles les traitements disponibles ne permettent pas d'obtenir l'effet attendu ou sont inefficaces ou mal tolérés. Ces protocoles d'études sont au préalable visés par notre comité d'éthique local qui est attentif au respect du patient, garantissant le respect des normes légales en la matière.

La dermatologie qui a longtemps été considérée comme une discipline mineure évoluant peu trouve ainsi un nouvel élan et se positionne comme une branche modèle de la médecine dans

le progrès scientifique. Par son unité d'évaluation, le GHDC et singulièrement le service de dermatologie s'inscrivent dans le développement de nouvelles modalités thérapeutiques qui pourront influencer sur la vie de nos patients et dont ils bénéficient en avant-première.

La dermatologie chez l'enfant



Dr Audrey BULINCKX
Chef du service
de dermatologie

La dermatologie pédiatrique est une sous-unité spécifique de la dermatologie, exigeant la connaissance des maladies infantiles, qu'elles soient infectieuses, inflammatoires, auto-immunes ou génétiques. Elle se différencie également par sa composante relationnelle. L'approche et l'examen clinique d'un enfant demandent une mise en confiance et un abord adapté. Les consultations de dermatologie pédiatrique se sont donc naturellement implantées au sein des consultations de pédiatrie.

La plupart des enfants sont inquiets lorsqu'ils sont en contact avec le monde médical, que ce soit pour une simple visite ou un soin, et ce d'autant plus qu'ils ont le souvenir d'expériences difficiles. Nous sommes attentifs au ressenti de l'enfant et au bon déroulement de la consultation. Pour la réalisation des soins potentiellement douloureux ou anxiogènes (cryothérapie de verrues, curetage de molluscum contagiosum, biopsie cutanée, petite intervention ...), nous proposons l'utilisation du méopa, qui est un mélange de deux gaz (oxygène et protoxyde d'azote) possédant des propriétés anxiolytiques, antalgiques et amnésiantes. Des plages horaires spécifiques sont consacrées à ces actes, accompagnées de notre infirmière cerf-volant, formée à l'utilisation de ce gaz et à l'hypnoanalgésie.

La plurisciplinarité pour une meilleure prise en charge

La proximité avec les pédiatres permet une collaboration étroite au sein d'une équipe dynamique et diversifiée. La pédiatrie possède de nombreuses sous-spécialités qui rencontrent la dermatologie: l'allergologie, les maladies hématologiques, l'endocrinologie, la neurologie ou la chirurgie pédiatrique.

Les malformations vasculaires et en

particulier les **hémangiomes infantiles** ont connu une révolution thérapeutique ces dernières années grâce à la découverte des propriétés anti-angiogéniques du propranolol. Nous sommes associés aux cardiopédiatres dans l'initiation de ce traitement qui se fait sous surveillance étroite et idéalement à un âge précoce (<4mois). Le projet d'un trajet de soin

pour ces hémangiomes est en cours de construction. Celui-ci nous permettra de voir rapidement ces enfants en consultation afin d'initier au plus vite le traitement, si l'indication se pose.

La **dermatite atopique** a également une place importante au sein de nos consultations. C'est en effet la dermatose la



Les plaies... Comment les panseur

Claudine VERDUYCKT
Infirmière de référence
soins des plaies



La consultation en soins de plaies est une structure spécifique pouvant recevoir des patients porteurs de plaies complexes (toute plaie dont la cicatrisation ne progresse pas normalement, dont le processus de guérison est perturbé, ou récidivante) nécessitant une prise en soins optimale.

La coordination est assurée par un médecin référent compétant en soins de plaies et cicatrisation. Une équipe pluridisciplinaire est en charge du patient

(médecins plasticiens, vasculaires, orthopédistes, dermatologues, diabétologues, infectiologues... mais également diététicienne, infirmière, assistantes sociales...).

plus fréquente chez l'enfant (12-15% des nourrissons). L'impact de la dermatite atopique sur la qualité de vie d'un enfant et son entourage peut être considérable. Au-delà des médicaments prescrits lors des poussées, nous proposons de participer à un programme d'éducation thérapeutique spécifiquement dédié à la dermatite atopique. Ce programme appelé «**Atelier de l'atopie**» vise à améliorer la prise en charge du patient en lui permettant de s'autonomiser, si son âge le permet, d'acquérir et de conserver des compétences pour l'aider à mieux vivre sa pathologie.

Ces ateliers interactifs sont organisés en présence d'un médecin et d'une infirmière et accueillent en moyenne 6 enfants et leurs parents. Nous organisons des séances pour les moins de 2 ans et demi et pour les plus grands. Chaque séance se compose d'une séance d'information sur la dermatite atopique. Pour les plus petits, elle se poursuit par une séance de massage, tandis que pour les plus grands, nous utilisons des outils pédagogiques permettant à l'enfant de comprendre, de manière simplifiée, la physiopathologie de la dermatite atopique. Cette rencontre permet une meilleure adhérence au traitement, une meilleure efficacité et par conséquent la création d'une réelle alliance thérapeutique.



Les objectifs de cette consultation sont multiples:

- Permettre des sorties précoces d'hospitalisation avec un suivi de qualité des plaies complexes.
- Assurer la continuité de la prise en charge de qualité et éviter les réhospitalisations (plan de soin personnalisés, transmissions...).
- Assurer une meilleure prévention des complications et diminuer les risques infectieux.
- Améliorer le confort physique et social du patient.
- Favoriser le maintien de l'autonomie du patient.
- Apporter un soutien aux infirmiers de 1ère ligne et aux médecins traitants (partenariat hôpital/domicile, conseils, guidance, formations...).
- Améliorer l'environnement des soins au domicile...

La prise en charge du vieillissement facial



Dr Sophie SEGNER
Dermatologue
Dr Nicolas CAMBIER
Chirurgien plasticien

L'équipe du pôle Peau-Brûlés-Reconstruction du GHdC propose à ses patients une prise en charge du vieillissement facial grâce aux injections de toxine botulique et d'acide hyaluronique ainsi que la possibilité de réaliser des peelings. En collaboration avec la pharmacie de l'hôpital, l'équipe dispose des meilleurs produits actuellement sur le marché. Toutes ces techniques de rajeunissement ont en commun le fait d'être réversibles et/ou peu invasives.

Quels produits et techniques ?

La Toxine botulique

L'injection locale de toxine botulique de type A entraîne le blocage de certains muscles du visage dont la contraction induit des rides d'expression permettant ainsi de les atténuer.

Pour quelles parties du visage ?

Le tiers supérieur de la face essentiellement, à savoir la glabella, le front et la patte d'oie.

Combien de temps durent les effets de l'injection ?

Environ 4 à 6 mois.

Existe-t-il des contre-indications aux injections ?

Oui, mais elles sont assez rares. Elles seront systématiquement recherchées lors de la consultation pré-injection.

Existe-t-il des effets secondaires ?

Des hématomes, rares et souvent peu visibles, peuvent apparaître. Le ptosis (abaissement de la paupière) reste

exceptionnel, transitoire et réversible après 3 à 4 semaines.

L'acide hyaluronique (AH)

Il s'agit d'un produit de comblement résorbable et très bien toléré. Cette molécule est naturellement présente dans le derme mais la quantité diminue avec l'âge. L'AH est hydrophile et va attirer les molécules d'eau au site d'injection et de là, restaurer les volumes.

Quelles sont les indications ?

- Le comblement des rides, en particulier les plis d'amertume, les sillons naso-géniens et les rides péri-buccales.
- La restauration des volumes du visage (tempes et pommettes).
- Redessiner le contour des lèvres ou en augmenter le volume.
- Donner un coup d'éclat et prévenir le vieillissement cutané grâce aux skinboosters.

Quelle est la durée de vie des produits ?

Environ 1 à 2 ans en fonction des produits utilisés et des sites injectés.

Quelle sont les suites post-injection ?

Une légère rougeur est possible, de même qu'un gonflement et un petit hématome pendant 3 à 4 jours.

Le peeling

Le peeling consiste en l'application d'acide glycolique à concentration croissante sur la peau entraînant la desquamation superficielle puis le renouvellement de celle-ci.

Quelles en sont les indications ?

Les taches brunes, les cicatrices d'acné, le lissage superficiel des ridules pour donner un coup d'éclat.

Quelles sont les modalités avant et après traitement ?

Deux à trois semaines avant le 1er peeling, une crème enrichie en AHA doit être appliquée pour préparer la peau.



Après le traitement, nous conseillons l'application d'une crème favorisant la réparation. Il faut compter entre 3 et 4 séances à 1 mois d'intervalle pour obtenir des résultats satisfaisants.

Afin de répondre au mieux aux attentes des patients, nous proposons systématiquement une première consultation afin d'examiner la zone à traiter, d'écouter les attentes du patient et lui donner toutes les informations nécessaires.

Une analyse précise de l'ensemble du visage sera réalisée lors de cette consultation. En effet, l'utilisation combinée de différents produits et techniques est souvent souhaitable pour obtenir des résultats meilleurs et surtout plus naturels.

Cancers de la peau: dépister pour mieux traiter

En Belgique, plus de 2.500 nouveaux cas de mélanome sont détectés chaque année. Le mélanome reste une tumeur rare, représentant 1% de tous les cancers. Depuis 30 ans, son incidence double tous les 10 ans, notamment du fait de la modification de nos «habitudes solaires». Parallèlement, sa mortalité n'a que faiblement augmenté, principalement grâce au développement ces vingt dernières années de nouvelles techniques de dépistage (la dermoscopie simple et la dermoscopie digitalisée) et au développement de nouvelles solutions curatives (immunothérapie). Lors des réunions de concertation multidisciplinaire oncologique (CMO), le cas de nos patients est analysé et la stratégie thérapeutique est définie: type de traitement chirurgical, marges d'exérèse, recherche ou non d'un ganglion sentinelle, suivi oncologique et/ou dermatologique.

La cartographie ou dermoscopie digitalisée: une aide précieuse au diagnostic précoce du mélanome



Dr Laura
VAN LERBERGHE
Dermatologue

Le dermatologue dispose de plusieurs outils pour dépister le mélanome, allant de la dermoscopie simple à la cartographie digitalisée. Destinée aux patients à risque, cette dernière permet le dépistage à un stade précoce des tumeurs cutanées, ce qui garantit le meilleur taux de survie à long terme (90% à 15 ans pour un stade local T1).

La dermoscopie optique simple est l'examen non invasif de référence dans le dépistage des mélanomes (et certaines autres tumeurs cutanées). Elle fait partie intégrante de la pratique de tout dermatologue. Elle permet un grossissement des lésions à 10x, et dans une certaine mesure, une visualisation de l'épiderme et du derme papillaire. A ce jour, plus d'une centaine de critères dermoscopiques ont été décrits. Grâce

à la dermoscopie, la spécificité diagnostique du mélanome a nettement augmenté. En effet, avant l'acquisition de cette technique, il fallait exciser 30 naevus bénins pour détecter un mélanome, alors que, depuis la généralisation de la dermoscopie, ce nombre est inférieur à 9. Sa pratique nécessite cependant une formation précise et un entraînement quotidien.

La sensibilité diagnostique est également augmentée par la dermoscopie simple, mais dans une moindre mesure qu'avec la dermoscopie digitalisée.

La cartographie ou dermoscopie digitalisée consiste à prendre tout d'abord en photo l'ensemble du tégument cutané. 80% des mélanomes étant des lésions apparues de novo, il est important de

disposer de clichés cliniques afin de dépister toute nouvelle lésion. Ensuite, chaque lésion pigmentée dont la dermoscopie est atypique est prise en photo microscopique (grossissement x20) et enregistrée. Ces clichés sont comparés à intervalles de temps définis (3 mois et 12 mois), ce qui permet la détection précoce d'un changement, même minime et invisible à l'œil nu, au sein d'une lésion.

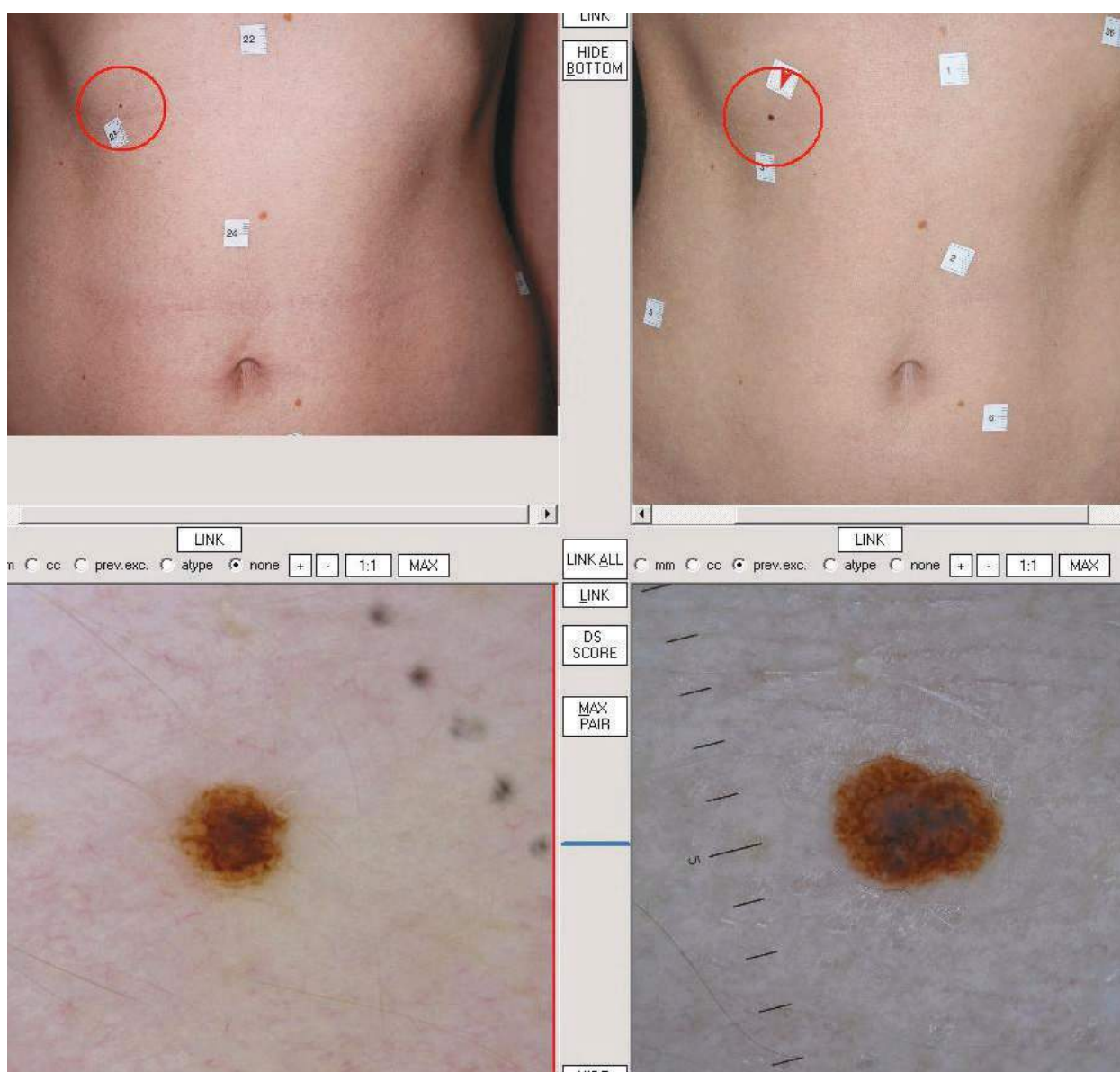
En 2016, le service de dermatologie du GHdC a fait l'acquisition d'un Visiomed, appareil dédié à la dermoscopie digitalisée. Il faut cependant noter que les indications, et donc les critères de remboursement, de la cartographie sont bien spécifiques (un critère suffit):

- un antécédent personnel de mélanome
- 2 antécédents familiaux de mélanome au premier degré

- un syndrome du naevus atypique (>100 naevus dont au moins 2 de plus de 5mm de diamètre)

- prédisposition génétique au mélanome (xeroderma pigmentosum...)

Pour cette raison, seuls les patients adressés par un dermatologue ou ayant bénéficié d'un examen de dépistage préalable par dermoscopie simple sont autorisés à prendre un rendez-vous de dermoscopie digitalisée.



Traitement du mélanome: une prise en charge coordonnée



Dr Christophe LONCHAY
Oncologue
Dr Nicolas CAMBIER
Chirurgien plasticien

Cette dernière décennie a vu l'émergence de nouveaux traitements du mélanome d'une efficacité sans précédents. L'avènement des immunothérapies anti-cancéreuses ainsi que le développement des thérapies ciblées offrent aux patients des perspectives d'avenir dans des situations qui étaient, jusqu'il y a peu, de pronostic très réservé.

1. Stade précoce et localement avancé

Les stades précoces I et II regroupent les mélanomes localisés dans la peau. La stadification dépend également de l'épaisseur du mélanome: l'indice de Breslow.

Dans le stade III, le mélanome s'est propagé aux tissus voisins ou aux ganglions lymphatiques régionaux.

En présence d'un mélanome localisé, les options thérapeutiques suivantes seront proposées.

Chirurgie

Il est admis que la chirurgie reste le seul traitement curatif du mélanome primitif dans de nombreux cas. Le chirurgien plasticien réintervient ainsi presque toujours après l'exérèse-biopsie réalisée par le dermatologue au préalable. Une exérèse élargie de la tumeur est réalisée. Elle vise à éliminer toutes micrométastases locales et à diminuer le risque de récurrence locale et à distance. Auparavant, des marges d'exérèse complémentaires très larges avaient été proposées au prix d'une morbidité non négligeable. Depuis lors, de nombreuses études ont permis de définir les marges latérales de sécurité nécessaires selon l'indice de Breslow. Celles-ci nous permettent de réaliser des exérèses plus conservatrices

et moins délabrantes tant sur le plan cosmétique que fonctionnel.

Pour les mélanomes dont le Breslow est supérieur ou égal à 0.8 mm, la recherche du ganglion sentinelle est associée à la recoupe du mélanome. La méthode consiste à prélever le premier relais ganglionnaire lymphatique du mélanome grâce à une radio-lympho-scintigraphie préopératoire. Elle a une valeur pronostique prouvée actuellement et permet, en outre, d'inclure les patients dans des protocoles thérapeutiques. Sa positivité justifie la réalisation d'un curage ganglionnaire dont l'intérêt thérapeutique est encore discuté.

Pour la plupart de nos patients, nous réparons la perte de substance par plastie directe d'avancement. Le cas échéant, nous choisisons un procédé qui sera le plus adapté à la région anatomique concernée en visant un résultat le plus esthétique possible. Nous proposerons ainsi une couverture de la perte de substance soit par greffe de peau mince (tronc, membres), soit par greffe de peau totale (visage, scalp), soit par lambeau pédiculé local (surtout en cas d'exposition de structures nobles).

Traitement adjuvant

Les patients opérés de mélanomes avec un indice de Breslow élevé, une ulcération ou un envahissement

ganglionnaire sont malheureusement exposés à des risques de récurrence du cancer, entre autre sous forme de métastases à distance. Le besoin était criant pour ces patients de pouvoir bénéficier d'un traitement permettant de réduire ces risques de rechute.

Immunothérapie

L'immunothérapie a recours à des anticorps monoclonaux (Nivolumab; Pembrolizumab) modulant le point de contrôle du système immunitaire PD-1, avec comme finalité une activation des lymphocytes T anti tumoraux. Ces traitements, administrés pendant 1 an par voie intraveineuse, après chirurgie des mélanomes avec atteinte ganglionnaire (stade III), ont permis de réduire le risque de rechute, de l'ordre de 40%.

Thérapies ciblées

Les patients opérés d'un mélanome de stade III avec une mutation de l'oncogène BRAF, pourront bénéficier d'un traitement adjuvant à l'aide d'une combinaison d'inhibiteurs de tyrosine kinase bloquant la voie de signalisation BRAF-MEK: Dabrafenib et Trametinib. Administrée par voie orale pendant un an, cette combinaison offre une réduction du risque de rechute de 51%.

2. Stade avancé

Il s'agit des mélanomes localement avancés inopérables ainsi que des mélanomes polymétastatiques.

Mélanome BRAF non muté

L'immunothérapie est depuis longtemps une approche thérapeutique privilégiée du mélanome. En effet, il a été démontré, in vitro et in vivo, que les lymphocytes T étaient capables de reconnaître et de détruire des cellules cancéreuses comme le mélanome. Il restait à découvrir la clé pour activer cette immunité anti-tumorale à l'état d'anergie chez les malades. La mise en lumière des points de contrôle du système immunitaire, tels que CTLA-4 et PD-1, inhibiteurs de l'activation des lymphocytes T, ont permis d'aboutir à des applications thérapeutiques révolutionnaires contre le cancer. La conception d'anticorps monoclonaux inhibant ces points de contrôle immunitaire va permettre de restaurer l'activité anti-tumorale lymphocytaire et engendrer des réponses thérapeutiques exceptionnelles, avec entre autre une minorité de patients (20%) guéris de leurs métastases.

Deux approches thérapeutiques sont actuellement recommandées:

- La monothérapie: anticorps monoclonal anti PD-1. Nivolumab ou Pembrolizumab.
- La combinaison d'anticorps monoclonaux anti PD-1, Nivolumab, et anti CTLA-4 Ipilimumab.

Mélanome BRAF muté

Un peu plus de 40% des mélanomes sont porteurs d'une mutation activatrice de l'oncogène BRAF. Cette mutation entraîne un signal de prolifération, de métastases, d'angiogenèse, de résistance à l'apoptose

Ces patients pourront bénéficier de deux classes thérapeutiques.

- L'immunothérapie, avec des résultats comparables aux patients non mutés (voir ci-dessus).
- Les thérapies ciblées inhibant la voie de signalisation BRAF-MEK. La combi-

raison d'un inhibiteur de la tyrosine kinase de BRAF (Dabrafenib) et d'un inhibiteur de la tyrosine kinase de MEK (Trametinib) permet d'obtenir un taux de réponse anti-tumorale élevé et des rémissions prolongées.

Bien entendu ces énormes progrès ne doivent pas faire oublier que certains patients ne répondront pas à ces traitements ou que d'autres y échapperont à un moment ou un autre de leur maladie. D'importants efforts doivent encore être fournis, tant en recherche fondamentale que clinique, pour offrir de nouveaux espoirs aux patients qui ne bénéficient pas encore de ces promesses thérapeutiques.



Carte d'identité

Contacts généraux

Tous les membres de l'équipe sont joignables par mail: prénom.nom@ghdc.be

Gestion de pôle



Dr Pierre-Paul ROQUET-GRAVY
Chef du Pôle Peau-Brûlés-
Reconstruction



Nicolas JONCRET
Cadre infirmier



Françoise COLLEYE
Gestionnaire de performance

Service de dermatologie



Dr Audrey BULINCKX
Chef du service de
dermatologie, dermatologie
pédiatrique



Dr Bénédicte CAWET



Dr Alison COSTER



Dr Aurélie COUTELLIER



Dr Caroline GILBEAU



Dr Stéphanie HENNE



Dr Denise PEETERS



Dr Caroline PEETERS



Dr Pierre-Paul ROQUET-GRAVY
Chef du Pôle Peau-Brûlés-
Reconstruction



Dr Sophie SEGNER



Dr Laura VAN LERBERGHE



Dr Alexia VANDEN DAELEN

Centre de Traitement des Brûlés et banque tissulaire et cellulaire



Dr Adrien CATRY
Anesthésiste



Dr Denis DUFRANE
Coordination médicale de la
banque de peau



Pascaline GOMEZ
Psychologue



Dr Nadine HANS
Chirurgien



Christine HELSON
Infirmière sociale



Dr Ciprian ISACU
Chirurgien



Dr Serge JENNES
Chef de service du Centre
de Traitement des Brûlés,
anesthésiste



Dr Ghueder SAIDANE
Anesthésiste



Sophie VERHAEGHE
Kinésithérapeute

Service de chirurgie plastique et reconstructrice



Dr Nicolas CAMBIER

Chef du service de chirurgie plastique
et reconstructrice



Dr Ciprian ISACU



Dr Antoine LENNE

Centre de référence plaies



Marie GOESSENS

Infirmière de référence
« soins de plaies »



Claudine VERDUYCKT

Infirmière de référence
« soins de plaies »

Concertation multidisciplinaire en oncologie (Mélanome)

**Où et quand? Deuxième jeudi du mois sur le site IMTR
à la consultation de dermatologie**

Infirmière coordinatrice:
Romy FARRIS (071/10.47.39)

Oncologie:
Pr Jean-François BAURAIN et Dr Christophe LONCHAY

Radiothérapie:
Dr Pierre CASTADOT

Dermatologie:
Dr Audrey BULINCKX, Dr Bénédicte CAWET, Dr Alison COSTER, Dr Aurélie COUTELLIER, Dr Caroline GILBEAU, Dr Stéphanie HENNE, Dr Pierre-Paul ROQUET-GRAVY, Dr Sophie SEGNER, Dr Denise PEETERS, Dr Caroline PEETERS, Dr Laura VAN LERBERGHE et Dr Alexia VANDEN DAELEN

Chirurgie plastique et reconstructrice:
Dr Nicolas CAMBIER, Dr Ciprian ISACU et Dr Antoine LENNE

Anatomopathologie (IPG):
Dr Muriel PARENT

Centre de traitement des brûlés

site IMTR
Jean-Noël VANDEBENDERIE
infirmier en chef

071/10.60.00

Consultations

dermatologie, chirurgie plastique,
reconstructrice et esthétique, soins
de plaies, oncologie

071/10.20.20



Echopital, c'est aussi
une **newsletter électronique**

Pour vous inscrire à notre newsletter rendez-vous sur
<https://www.ghdc.be/inscription-newsletter-echopital>

Le **carnet de consultations**
est un outil pour disposer des plages horaires de
l'ensemble de nos spécialistes et des numéros
de téléphone utiles



Vous souhaitez en recevoir un exemplaire?
contactez le service communication du GHdC:
071 10 52 42 ou service.communication@ghdc.be

Vous souhaitez le consulter en ligne?
www.ghdc.be/carnet-consultations

05/10/19

CONGRÈS

« **EXERCISE MEDICINE**

Actualités en réadaptation

Infos et inscriptions: www.ghdc.be/exercise-medicine