

LA RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE : LA MÉDECINE DE DEMAIN

DOSSIER DE PRESSE



SOMMAIRE

EDITO	2
LA RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE, QU'EST-CE QUE C'EST?	3
AU CŒUR D'ENJEUX MEDICO-ECONOMIQUES	5
FAIR-EMBO : L'EMBOLISATION EQUITABLE	.7
FOCUS : LE FIBROME UTERIN	.8
TEMOIGNAGE PATIENT	12

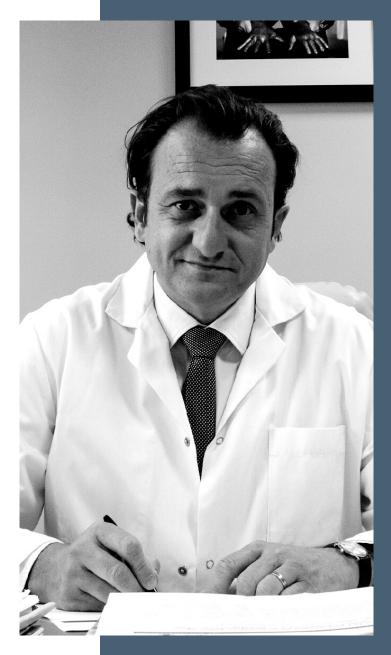
EDITO

La radiologie interventionnelle, méthode diagnostique et thérapeutique miniinvasive, permet de traiter aussi bien des maladies bénignes, mais handicapantes au quotidien, que des pathologies lourdes ou à urgence vitale (cancers, anévrisme, AVC etc.). Cette technique a aujourd'hui permis prendre en charge des milliers de patients sur l'ensemble du territoire... Toujours à la pointe de l'innovation et de la recherche clinique, cette discipline se donne pour priorité le développement de l'offre de soins et l'amélioration de la qualité de vie des patients.

Les moyens techniques mis en œuvre permettent de limiter significativement le temps d'intervention, de récupération pour les patients et donc les coûts de santé directs et indirects que cela induit...

Ayant fait leurs preuves, nos techniques sont souvent recommandées, d'autres médecins spécialistes, dans le cadre de pathologies sévères et mettant en danger la vie du patient. Pour des pathologies mineures, mais induisant un quotidien difficile (fibrome adénome de la prostate, hémorroïdes etc.), les patients ne sont souvent pas de l'existence solution. Ils sont donc, la plupart du temps, contraints de se tourner vers des interventions plus lourdes, impactant plus fortement leur quotidien postopératoire...

Afin d'améliorer le quotidien de milliers de patients, partout en France, il est aujourd'hui primordial d'informer le grand public des multiples possibilités offertes par radiologie interventionnelle, des comme opportunités qu'elle apporte pour l'amélioration de notre système de santé, dans son intégralité.



Pr. Vincent Vidal, Radiologue interventionnel à l'AP-HM

LA RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE, QU'EST-CE QUE C'EST?



La radiologie interventionnelle concerne les actes médicaux mini-invasifs guidés par l'imagerie (Rayons X, ultrasons, scanner, IRM), ayant pour but le diagnostic et/ou le traitement d'une pathologie.

COMMENT CA MARCHE?

En pratique, il s'agit le plus souvent de rejoindre une cible (organe, tumeur...) à l'intérieur du corps grâce à des cathéters (par les vaisseaux) ou des aiguilles (directement à travers la peau). Une fois au contact de la cible, le radiologue interventionnel peut soit prélever du tissu pour analyse, soit détruire du tissu, soit dilater ou occlure des vaisseaux, soit injecter des médicaments in situ.

Pour traiter le patient, les radiologues utilisent différentes techniques:

- emboliser un vaisseau qui saigne (processus de dévascularisation) ;
- glisser un petit dispositif dans une artère (stent) pour éviter qu'elle ne se bouche davantage ou qu'elle ne se rompe ;
- détruire la tumeur par le froid (cryothérapie) ou par brûlure (micro-ondes, radiofréquence);
- traiter par chimiothérapie directement au cœur de la tumeur ou par des billes radioactives...

Cette discipline est en plein essor depuis quelques années, grâce à l'alternative qu'elle représente par rapport à la chirurgie classique, plus lourde et plus contraignante tant en matière de durée d'hospitalisation que de logistique, ou de coûts de prise en charge...

La radiologie interventionnelle permet de proposer une offre complète d'imagerie sur tout le territoire et s'intègre au parcours de soins du patient.

En conclusion, la radiologie interventionnelle et son rôle thérapeutique font du radiologue, non seulement un maillon essentiel du diagnostic, mais aussi un acteur décisif dans le traitement mini-invasif de nombreuses pathologies sévères. Néanmoins, malgré les nombreux atouts dont dispose la discipline, certaines interventions aussi efficaces et peu coûteuses soient-elles peinent encore à émerger...en particulier les interventions liées au traitement de pathologies bénignes telles que le fibrome utérin, l'adénome de la prostate ou encore les hémorroïdes...

PARMI LES PRINCIPALES PATHOLOGIES TRAITÉES :

- L'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI)
- Certains cancers
- Les douleurs osseuses chroniques
- Le fibrome utérin
- Les phlébites
- Les hémorroïdes
- L'hyperplasie Bénigne de la Prostate (HBP)
- La varicocèle

LE SAVIEZ-VOUS ?

La radiologie interventionnelle permet aujourd'hui de diagnostiquer ou de traiter le patient, de manière mini-invasive, dans le cadre de maladies graves (hémorragies aiguës, polytraumatismes, cancers, prise en charge des douleurs chroniques) ou bien bénignes (fibromes utérins, adénome de prostate...). La radiologie interventionnelle et son rôle thérapeutique font du radiologue, non seulement un maillon essentiel du diagnostic, mais aussi un acteur décisif dans le traitement moins invasif de pathologies souvent sévères. La plupart de ces interventions guidées par imagerie (scanner, IRM, angiographie) sont réalisées sous anesthésie locale, le plus souvent en ambulatoire, permettant un retour rapide à une vie normale. La radiologie interventionnelle soigne, soulage, protège.



LA RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE : AU COEUR D'ENJEUX MEDICO-ECONOMIQUES

"Avec des coûts globaux moins élevés qu'une intervention chirurgicale et une efficacité démontrée, les techniques de radiologie interventionnelle répondent pleinement aux enjeux de pertinence des soins et d'optimisation des dépenses en santé, définis par le gouvernement. La radiologie interventionnelle représente une avancée médicale majeure pour les patients : des traitements efficients et moins invasifs, une durée d'hospitalisation réduite, une diminution significative de la durée de convalescence post-opératoire (cicatrisation, douleur, etc.) et donc une reprise plus rapide des activités normales (professionnelles et personnelles)"



Docteur Frédéric Cohen, Radiologue interventionnel, à l'Hopital européen de Marseille



Docteure Sophie Aufort, Radiologue interventionnel, à la Clinique du Parc (Montpellier)

"Il n'existe pas d'étude française globale de coûtefficacité comparant les techniques de radiologie interventionnelle et les traitements conventionnels médicamenteux ou chirurgicaux. "Il y a aujourd'hui une réelle opacité vis à vis des questions de financement des traitements par radiologie interventionnelle... et pourtant cette technique innovante est une chance pour nos patients et à moindre coût. Il est primordial de soutenir le déploiement de la pratique, partout en France, dans l'intérêt premier des patients..."

HYPERTROPHIE BÉNIGNE DE LA PROSTATE

Interruption des activités normales

Durée d'hospitalisation

Sondage vésical prolongé

Cicatrice

Ejaculation

TRAITEMENT DES HÉMORROÏDES

Durée d'hospitalisation

Interruption des activités normales

Soins infirmiers à domicile

Cicatrice

TRAITEMENT DU FIBROME UTÉRIN

Interruption des activités normales

Conservation de l'utérus

Durée de l'hospitalisation

Cicatrice

Radiologie interventionnelle

1 à 5 jours

en ambulatoire ou 1 nuit





concervée à plus de 95 %

Radiologie interventionnelle

en ambulatoire ou 1 nuit

1 à 3 jours





Radiologie interventionnelle

7 à 10 jours



1 à 3 nuits (peut se faire en ambulatoire)



FAIR-EMBO

L'EMBOLISATON EQUITABLE



Mis au point par le Professeur Vincent Vidal, le projet FAIR-Embo permet de substituer les agents d'embolisation traditionnels par des fragments de fils de suture. Son objectif : développer les procédures d'embolisation artérielle dans les pays émergents afin de donner accès au plus grand nombre à des conditions de soins optimales et sécurisées.

"Nous avons les connaissances, les compétences et le matériel nécessaires pour sauver des vies grâce à la radiologie interventionnelle, mais ceux-ci sont inégalement répartis dans le monde. Dans certains pays à économie émergente, les médecins ne peuvent pas pratiquer d'embolisation, car ils ne disposent pas des agents emboliques adaptés. Et cela pour deux raisons : d'une part, l'agent embolique peut être trop cher ; d'autre part, le matériel peut ne pas être disponible dans ce pays, car le fabricant ne le distribue pas dans cette région" explique le Professeur Vidal. Pour répondre à ces enjeux, le Professeur Vidal s'est appuyé sur une étude* démontrant l'efficacité des fils de suture résorbables (FSR) et non résorbables (FSNR), utilisés comme agents d'embolisation. "L'embolisation par suture résorbable et non résorbable est un traitement réalisable et efficace, qui permet l'utilisation, à l'échelle mondiale, de cet agent d'embolisation peu coûteux et largement disponible." affirme le Professeur Vidal.

Le projet Fair-Embo a l'ambition de participer au développement de l'offre de soins en radiologie interventionnelle dans les pays émergents. « Nous avons l'intention de fournir aux pays émergents les outils indispensables à l'appropriation de ces techniques de radiologie interventionnelle. Fair-embo est une véritable opportunité pour les pays en voie de développement, aussi bien sur le plan médical que sur le plan économique. Si ces pays commencent à pratiquer des embolisations, et notamment par radiologie interventionnelle, cela contribuera à l'amélioration de l'offre de soins et de la qualité de vie des patients.» ajoute le Professeur Vidal.

Il s'agit d'une occasion d'étendre les pratiques de radiologie interventionnelle à travers le monde, et plus particulièrement dans les régions qui en ont besoin telles que l'Afrique, l'Amérique du Sud, l'Asie du Sud-Est et certains pays du Moyen-Orient, comme l'Iran et l'Irak.

^{*}CardioVascular and Interventional Radiology en avril 2019

FOCUS

LE FIBROME UTERIN

Qu'est-ce que le fibrome utérin?

Le fibrome utérin est la tumeur non cancéreuse la plus fréquente chez les femmes en âge de procréer : il concerne 30% des femmes de plus de 35 ans...

Aussi appelés myomes, méiomyomes ou fibromyomes utérins, les fibromes sont généralement situés sur la paroi de l'utérus, de façon isolée ou en groupe. Leur taille peut varier de la grosseur d'un pois à celle d'un pamplemousse, voire davantage.

3 types de fibromes :

- Les fibromes intramuraux : le plus fréquent. Ils se forment sous la couche musculaire de la paroi utérine.
- Les fibromes sous-séreux qui se développent à l'extérieur de l'utérus auquel il est rattaché par un pédicule.
- Les fibromes sous-muqueux : les plus rares. Ils se forment sous la muqueuse utérine et entraînent d'importants saignements.

Causes:

On ne connaît aujourd'hui pas la véritable cause des fibromes mais on suspecte des facteurs génétiques, hormonaux et environnementaux.

La dégénérescence d'une cellule de la paroi utérine en serait à l'origine en entraînant sa multiplication de manière incontrôlée et dont la croissance serait, ensuite, stimulée par les œstrogènes.

Symptômes:

- des règles abondantes et prolongées (ménorragies) provoquant des anémies et d'importantes fatigues
- des règles douloureuses,
- des douleurs pelviennes,
- des constipations fréquentes et/ou des fuites urinaires,
- des douleurs pendant les rapports sexuels,
- une pesanteur pelvienne,
- et parfois une infertilité.

LA RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE, UNE VÉRITABLE ALTERNATIVE À L'ABLATION DE L'UTÉRUS (HYSTÉRECTOMIE) ?



Professeur Marc Sapoval, Radiologue interventionnel à l'Hôpital Européen Georges Pompidou (AP-HP)

Le bilan clinique de cette maladie est effectué grâce à l'examen gynécologique de la patiente, complété par une imagerie médicale (IRM).

Il existe aujourd'hui plusieurs options thérapeutiques pour traiter le fibrome utérin :

- Le traitement médical et hormonal, administré par le gynécologue généralement, et qui donne des résultats mitigés et plus ou moins tolérés
- Quand le traitement médical n'est pas suffisamment efficace, la patiente est orientée vers un traitement chirurgical :
 - soit la myomectomie (ablation du/des fibrome(s), seulement quand ils sont peu nombreux)
 - soit l'hystérectomie (ablation de l'utérus)
- Il peut également lui être proposé, en alternative à la solution chirurgicale, l'embolisation par radiologie interventionnelle.

Cette technique a été mise au point par des équipes de radiologues interventionnels français en collaboration avec des gynécologues (première en 1990) et s'est diffusée dans le monde entier.

L'embolisation consiste à injecter des billes calibrées dans les artères utérines, sous anesthésie locale. Le passage se fait le plus souvent par l'artère fémorale (avec une incision d'environ 2mm dans le pli de l'aine). Le radiologue interventionnel navigue ensuite sous le contrôle de la scopie (scanner) jusque dans l'artère utérine et y insère un tuyau en plastique (cathéter) de 1 mm de diamètre au travers duquel il injecte doucement les billes jusqu'à dévasculariser le fibrome. Cette intervention est très bien tolérée, donne d'excellents résultats cliniques à long terme et permet de conserver l'utérus. Après un traitement par embolisation, la patiente est revue par le radiologue interventionnel au bout de 6 mois pour réaliser une IRM de contrôle puis est suivie par son gynécologue ou médecin traitant.

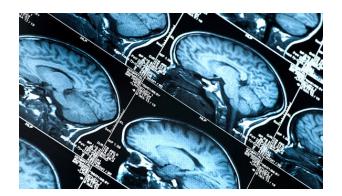
Une reprise rapide de ses activités normales

La place de cette technique par rapport à la chirurgie est parfaitement validée scientifiquement : elle représente une alternative à l'hystérectomie chez les patientes n'ayant pas de désir de grossesse. Elle est aussi beaucoup moins coûteuse qu'une chirurgie principalement parce qu'elle permet aux patientes de reprendre leurs activités professionnelles et personnelles, après une semaine (vs plus de 6 semaines pour une hystérectomie...).

Un retard majeur dans l'information des patientes...

Aujourd'hui, entre 1500 à 1800 embolisations de fibrome sont pratiquées en France, contre environ 30 000 hystérectomies, chaque année. Beaucoup de patientes pourraient donc être éligibles à une embolisation de fibrome mais n'en sont pas bénéficiaires... Le plus souvent pour des raisons d'informations des patientes et des médecins (généralistes ou gynécologues). Or, selon les recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF), les patientes doivent être informées qu'il existe une alternative à l'hystérectomie.

Il y a donc un retard majeur dans l'information des patientes qui doit être corrigé de façon énergique, il en va du devoir éthique des gynécologues comme des médecins généralistes!







Un effet de mode puis un recul du nombre de patientes

publications ont De nombreuses démontré l'embolisation du fibrome était aussi efficace que la chirurgie et qu'elle permettait un retour plus rapide de la patiente à son domicile. Pour autant, cette technique ne s'est pas développée autant qu'on l'imaginait... Il y a eu un effet de mode, un engouement et puis à mesure que cela intéressait les patientes, l'activité a curieusement diminué... La technique semblait ne plus s'adresser aux mêmes personnes. Et donc, au lieu d'avoir en consultation des patientes de tous horizons, j'ai plutôt reçu des patientes issues du milieu médical, des médecins, des avocates qui ne souhaitaient pas que leur utérus soit retiré et qui avaient eu connaissance de cette pratique, grâce à leur entourage professionnel ou personnel.



Professeure Hélène Vernhet-Kovacsik,Radiologue interventionnel,
au CHU de Montpeller

Depuis 2-3 ans néanmoins, j'ai également reçu des patientes ayant eu connaissance de la technique grâce à internet. Le travail de sensibilisation autour de cette pratique est donc très important pour les patients, en quête de trouver une solution efficace et peu invasive.

La qualité de vie, un critère de plus en plus important pour les patientes

Les fibromes ne menacent pas le pronostic vital des femmes, car ce n'est pas évolutif. Elles vivent avec ça. Donc quand elles entendent dire qu'à la ménopause, cela passe, elles préfèrent attendre plutôt que de se faire retirer leur utérus. Mais elles souhaitent aussi avoir accès à un traitement efficace et peu invasif qui les soulagent de leur gène quotidienne.

Nombre d'entre elles viennent nous consulter pour ces raisons-là....

Le profil des patientes que je reçois en consultation a donc changé : je reçois de plus en plus de femmes attentives à leur qualité de vie, qui ne souhaitent pas avoir un mois d'arrêt à cause d'une chirurgie par exemple. Elles souhaitent pouvoir continuer à faire du sport, ne souhaitent pas avoir de grande cicatrice, ne souhaitent plus être fatiguées ni attendre que la ménopause passe pour être soulagées...

Un scepticisme chirurgical...

Dans les recommandations gynécologiques, le traitement par embolisation doit être proposé à toute femme éligible à une hystérectomie. La réalité du terrain est que seulement 3% des patientes en bénéficient aujourd'hui...

Il y a un véritable scepticisme chirurgical alors même que l'efficacité de cette technique est reconnue au sein de la communauté médicale.

La patiente, quant à elle, fait confiance à son gynécologue, qu'elle connaît souvent depuis longtemps. Et quand celui-ci lui dit que la seule solution qui lui reste est de retirer son utérus, elle lui fait confiance et se fait donc opérer...



TÉMOIGNAGE PATIENT

Ghislaine L. , 46 ans opérée par embolisation pour un fibrome utérin en septembre 2019

Quels symptômes aviez-vous?

J'étais fatiguée de manière continuelle. La fatigue s'est installée progressivement et s'est aggravée après d'importantes pertes de sang, je faisais donc une anémie et n'avais pas le temps de contrer ses effets avant les prochaines règles qui survenaient beaucoup trop tôt. L'anémie ne faisait que s'aggraver. Je ne parvenais plus à me concentrer, ni même à lire. Ma vision se troublait tout de suite et je dormais tout le temps. Avant l'intervention ma situation n'était plus gérable du tout, je ne pouvais presque plus sortir. Au-delà de la fatigue, je ressentais une gêne continuelle sur la vessie et avais les symptômes d'une femme enceinte (envie d'uriner très fréquente). J'avais en réalité un gros fibrome de 6 cm et un autre plus petit qui appuyait sur ma vessie.

Quels traitements votre gynécologue vous a-t-il proposé?

La première intervention qui m'a été proposée était le traitement hormonal par voie orale, mais je ne suis pas « pour ». Comme j'avais un stérilet qui avait été repoussé par l'un des fibromes, la deuxième option qui m'a été présentée par mon gynécologue était de réaliser une hystéroscopie. Et, à cette occasion, de voir s'il n'y avait pas quelque chose à faire au cours de l'intervention. Si cela était trop délicat, il aurait donc fallu opter pour une solution beaucoup plus radicale, à savoir l'hystérectomie...

Comment avez-vous eu accès à l'information sur le traitement par radiologie interventionnelle ?

Aucun médecin ne m'en avait parlé (que ce soit mon médecin généraliste, mon gynécologue, ou encore le professionnel ayant effectué mon IRM). J'en ai eu connaissance car je travaille dans le domaine médical et, en particulier, dans l'imagerie médicale...

Comment s'est passée votre opération?

Je n'ai pas été endormie, mais ai bénéficié d'une pompe à morphine. L'opération a duré 30 minutes. Mon radiologue est passé par l'artère fémorale. Il s'agit d'un traitement complet, efficace avec une récupération très rapide et une cicatrice invisible. La mienne a d'ailleurs totalement disparu. Je n'ai par ailleurs pas eu besoin de prise en charge psychologique, ce qui aurait normalement été le cas après une ablation de l'utérus (celle-ci est prévue dans l'arrêt de travail faisant suite à une hystérectomie).

Quels sont les atouts de cette technique selon vous ?

Le premier atout, selon moi, est la rapidité aussi bien de l'intervention que de la récupération post-opératoire. On m'avait dit que les effets se verraient entre 1 et 3 mois. Pour ma part, dès le 1er mois, l'intervention a complètement changé ma vie.

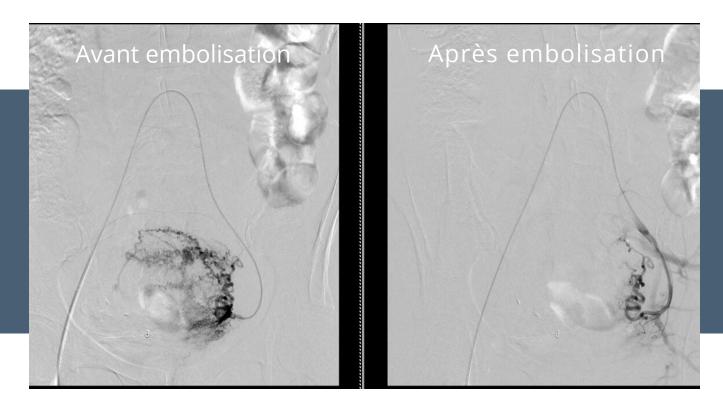
J'ai ensuite été arrêtée une semaine, ce qui n'est rien en comparaison avec les autres opérations proposées...comme l'effet est plus rapide, la reprise est plus rapide.

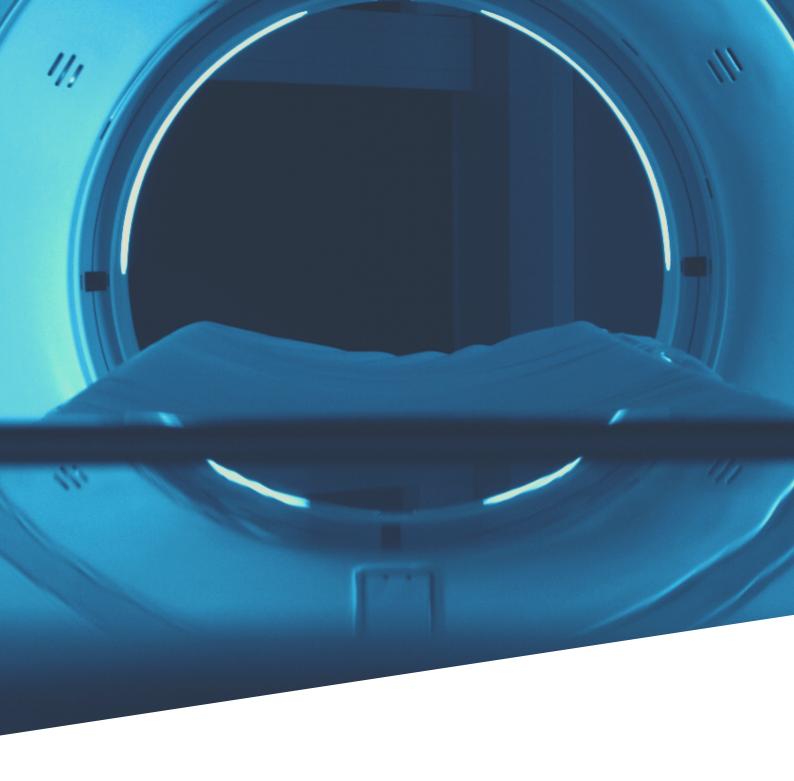
Comment vous sentez-vous aujourd'hui?

Cela fait trois mois que j'ai été opérée. Il a fallu que je récupère de mon anémie, ce qui a été finalement le plus long, mais ma vie a complètement changé, mes pertes de règles sont tout à fait normales...

Faisant par ailleurs beaucoup de sport, j'ai pu très rapidement m'y remettre et notamment refaire de la natation (ce qui n'aurait pas été possible dans le cas de l'hystérectomie à la suite de laquelle j'aurais dû passer près de 6 mois sans pouvoir aller à la piscine, ni prendre de bain... c'est donc beaucoup plus contraignant...).

Je suis tellement heureuse du résultat de l'opération que j'en parle très librement autour de moi, d'autant qu'à partir de 50 ans plus d'une femme sur deux est concernée....





Contacts presse - A+ Conseils

CHRISTELLE ALAMICHEL

06 31 09 03 83 christelle@aplusconseils.com

CLARA DALLAY

06 48 45 01 53 clara@aplusconseils.com

CÉLIA KELLER-DRAVENY

06 70 27 69 24 celia@aplusconseils.com