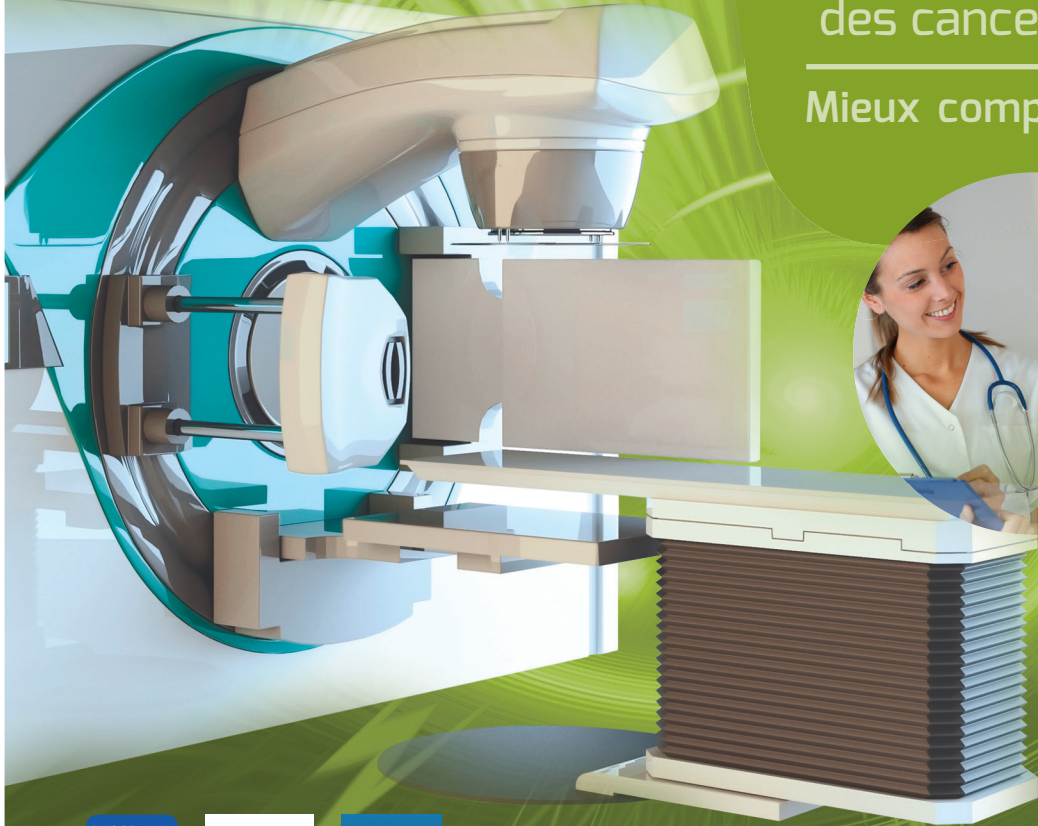


La RADIOTHÉRAPIE des cancers de l' **ENCÉPHALE**

Mieux comprendre votre traitement



Document réalisé
avec le soutien de

MERCK

Société Française
de Radiothérapie
Oncologique
SFRO

SNRO
Société Nationale de Radiothérapie Oncologique

SFJRO
Société Française
de Radiothérapie
Oncologique

Ce livret est un résumé explicatif à l'usage des patients dont le but est de répondre aux principales questions concernant la radiothérapie des cancers de l'encéphale.

Ce document a été élaboré avec l'aide de médecins oncologues, médecins généralistes, infirmiers, psychologues, aides-soignants, manipulateurs, secrétaires médicales, patients en cours de traitement, patients après le traitement, familles de patients, bénévoles.

Ce document a été relu par plusieurs médecins oncologues radiothérapeutes.

Ce livret est édité sous l'égide de la Société Française de Radiothérapie Oncologie (SFRO), du Syndicat National des Radiothérapeutes Oncologues (SNRO) et de la Société Française des jeunes Radiothérapeutes Oncologues (SFjRO).

Sommaire

Anatomie et localisation

Anatomie de l'encéphale	4
Informations générales	5
Les tumeurs de l'encéphale	6
Les malformations vasculaires	7
Diagnostic	7

Les traitements

Généralités sur la radiothérapie	9
Les traitements	10

Les effets secondaires

Les effets secondaires pendant le traitement	13
En cours de radiothérapie	13
En cours de chimiothérapie	15

Les conseils pratiques

	17
--	----

L'après-traitement

Les effets secondaires après le traitement	19
Conseils pratiques après le traitement	19
Mesure des résultats et suivi d'après traitement	20

Les associations et autres ressources

	21
--	----

Glossaire

	22
--	----

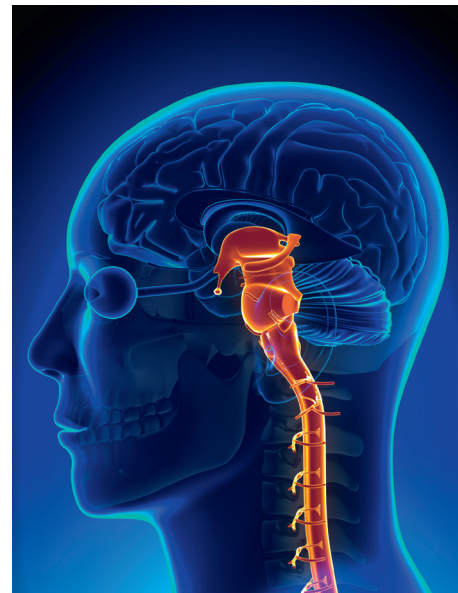
Anatomie et localisation



Le cerveau (ou hémisphères cérébraux)



Le cervelet



Le tronc cérébral prolongé par la moelle épinière

Anatomie et localisation



Anatomie de l'encéphale

L'encéphale est constitué de trois parties : le cerveau (ou hémisphères cérébraux), le cervelet et enfin le tronc cérébral. Situé dans le crâne, il comporte un tissu de protection : les méninges. L'encéphale est prolongé par la moelle épinière, qui se situe à l'intérieur du canal médullaire, dans la colonne vertébrale (ou rachis).

Il pèse en moyenne 1,3 kg. Il est constitué de neurones, qui transmettent l'influx nerveux et d'un tissu de soutien : la glie. Il baigne dans un liquide : le liquide céphalo-rachidien.

Informations générales

Le corps est fait de différents types de cellules. Normalement, les cellules grandissent, se divisent et produisent autant de cellules que le corps en a besoin pour bien fonctionner.

Parfois, ce processus s'enraye, le nombre de cellules n'est plus contrôlé par l'organisme. C'est cette masse de cellules qui forme une tumeur.

Les tumeurs peuvent être bénignes ou malignes.

Les tumeurs bénignes ne sont pas cancéreuses : ce sont des cellules proches des cellules normales, qui se développent un peu trop.

Les tumeurs malignes sont cancéreuses et contiennent des cellules anormales qui se multiplient rapidement et hors de toute régulation.

Ces cellules cancéreuses peuvent passer dans le sang, dans le système lymphatique. Une fois dans le sang, ces cellules peuvent aller coloniser d'autres organes où elles vont former d'autres tumeurs (les métastases). Elles sont moins fréquentes dans les tumeurs de l'encéphale.

Anatomie et localisation

Les tumeurs de l'encéphale

Il existe plusieurs types de tumeurs de l'encéphale : les métastases, les tumeurs de la glie (ou tumeurs gliales) et les tumeurs des méninges. Les autres tumeurs sont moins fréquentes : les lymphomes de l'encéphale, les médulloblastomes, etc. L'encéphale est nourri par les artères et le sang passe ensuite dans les capillaires, puis dans les veines, comme dans chaque organe du corps humain.



Les métastases sont des masses globalement arrondies, de taille variable, faites de cellules provenant d'un cancer d'un autre organe (cancer du poumon ou sein par exemple) qui sont passées dans la circulation sanguine et venues se développer dans l'encéphale. Elles sont cancéreuses. On les appelle également tumeurs secondaires (conséquences du cancer initial).

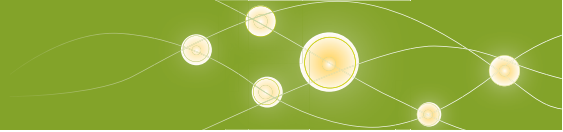
Les autres tumeurs sont développées dès le départ dans le tissu de l'encéphale : on les appelle les tumeurs cérébrales primitives. Une des différences entre une tumeur bénigne et maligne est la vitesse de multiplication : quand une tumeur bénigne se développe en plusieurs années, les tumeurs malignes se développent en plusieurs mois.

Ces tumeurs peuvent être gliales ou méningées. Les tumeurs gliales sont constituées de cellules du tissu de soutien des neurones. Elles peuvent être bénignes ou malignes.

Les tumeurs méningées (ou méningiomes) sont en général des tumeurs bénignes. Elles se développent souvent plus lentement à partir des méninges.

Les tumeurs cérébrales primitives ne sont pas héréditaires, dans la grande majorité des cas, leur cause n'est pas connue et il n'y a pas de moyen connu de les prévenir. Il n'y a pas actuellement de preuve pour évoquer une association entre ces tumeurs et l'utilisation du téléphone portable.

Anatomie et localisation



Les malformations vasculaires

L'encéphale est nourri par les artères et le sang passe ensuite dans les capillaires, puis dans les veines, comme chaque organe du corps humain. Entre les artères et les veines, le sang passe dans les capillaires, qui sont des vaisseaux très fins, en forme de tubes rectilignes. Ils permettent, par exemple, à l'oxygène et au sucre de passer vers les cellules. Il est possible qu'au lieu de former un tube rectiligne, ces capillaires forment un peloton de vaisseaux tortueux, que l'on appelle « malformation vasculaire ».

Ces malformations ne sont pas cancéreuses, mais peuvent parfois nécessiter une radiothérapie (voir « radiothérapie stéréotaxique »).

Diagnostic

› Les symptômes

Ils varient selon la localisation de la tumeur dans le cerveau. La vitesse de croissance joue aussi un rôle. Plus elle est rapide, plus les symptômes apparaissent brutalement et sont intenses.

Le plus souvent, on observe des maux de tête (ou céphalées), qui peuvent être très importants, associés à des nausées, des vomissements, des vertiges et/ou des troubles de la vue.

Les autres signes les plus fréquents peuvent être : des crises convulsives, une paralysie d'un bras ou d'une jambe, des troubles de la parole, un changement brutal de personnalité ou encore la perte de la sensibilité d'une partie du corps.

› Etablissement du diagnostic

Le médecin va évaluer l'histoire médicale du patient et faire un examen clinique complet.

Ensuite, il demandera des examens radiologiques de l'encéphale comme un scanner, une IRM (imagerie par résonance magnétique) et/ou un électroencéphalogramme.

Ces examens ont pour but de déterminer l'endroit où se trouve la tumeur, d'orienter sur la nature cancéreuse ou non de la tumeur et d'adapter son traitement.

Anatomie et localisation

Pour déterminer le type de tumeur, son caractère bénin ou malin, il faut parfois obtenir un prélèvement de cette lésion (appelé une biopsie). Celle-ci est réalisée par un neurochirurgien, soit de façon isolée, soit pendant l'opération s'il est décidé d'enlever toute la tumeur. La biopsie est systématique en l'absence de contre-indication chirurgicale.

A l'inverse, pour les métastases, il n'est souvent pas nécessaire de réaliser cette biopsie. Dans un contexte évocateur de maladie cancéreuse avec métastases, une imagerie suffisamment caractéristique permettra d'éviter la biopsie. Enfin, la localisation de la tumeur peut rendre cette biopsie trop dangereuse.

L'ensemble de ces examens permet d'établir avec précision le diagnostic, c'est-à-dire de connaître la nature de la tumeur, sa localisation précise, son stade de développement.

On peut alors choisir le traitement adapté. Le choix de ce traitement se réalise lors d'une « réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) », où tous les médecins impliqués (chirurgien, neurologue, oncologue médical, oncologue radiothérapeute, radiologue et autres) sont présents. Cela permet une réflexion commune pour proposer le traitement le mieux adapté en fonction de chaque patient.



Salle de scanner

Les traitements

Généralités sur la radiothérapie

Ce sont des rayonnements de haute énergie (photons X) qui sont le plus souvent utilisés et qui traversent les tissus humains (peau, muscle) afin de déposer leur énergie en profondeur, directement au niveau de la tumeur.

Le plus souvent, les patients n'ont pas d'activité professionnelle durant le traitement. Cette habitude doit être adaptée à chaque patient, certains préférant garder leur travail si possible car cela peut aider à faire face au traitement.

Avant le début du traitement, chaque patient fait un scanner dosimétrique, même s'il y a déjà eu des scanners ou des IRM auparavant. Cette étape permet de définir les zones qui seront traitées.

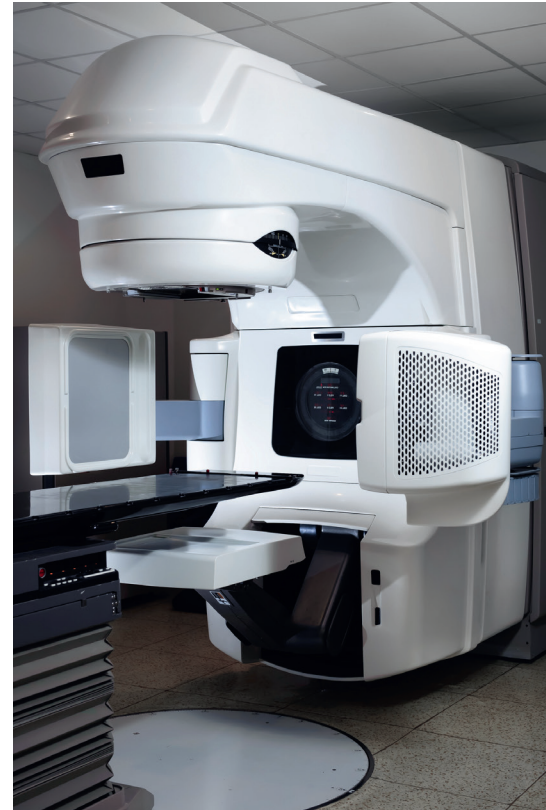
La radiothérapie de l'encéphale peut inclure tout l'encéphale, c'est-à-dire irradier tout le cerveau, ou bien être focalisée : délivrée uniquement sur une petite zone.

La variété des tumeurs de l'encéphale impose un traitement spécifique à chaque patient. Ce traitement dépend de la localisation, du stade de développement de la maladie ainsi que de l'état général et de l'âge de la personne.

Il est donc difficile de comparer son propre traitement à celui d'une autre personne.

Dans le cas le plus fréquent, une zone irradiée peut difficilement être irradiée à nouveau. Cela n'est pas forcément vrai pour les traitements très ciblés comme la radiothérapie stéréotaxique (cf. le paragraphe concernant ce traitement).

Machine de radiothérapie



Les traitements

Les traitements des tumeurs de l'encéphale

› La chirurgie

En cas de tumeur gliale ou méningée, le premier traitement proposé est une opération chirurgicale. Son but est d'enlever la tumeur sans léser l'encéphale, surtout quand la tumeur est proche de zones qui contrôlent le mouvement ou la parole par exemple.

Dans certains cas, le neurochirurgien ne peut pas enlever toute la tumeur car le risque de léser des structures essentielles est très élevé.

Certaines situations imposent une intervention en urgence. Dans ce cas, le but est habituellement de soulager des symptômes plus que d'enlever la tumeur en totalité.

La chirurgie est souvent complétée par d'autres traitements, notamment la radiothérapie et la chimiothérapie.

S'il y a plusieurs métastases, il n'est en général pas justifié de réaliser une intervention chirurgicale car celle-ci ne traiterait qu'une partie de la maladie.

S'il n'existe qu'une seule métastase, il peut être possible de l'opérer selon l'endroit où elle se situe (à discuter au cas par cas).

› La radiothérapie conformationnelle tridimensionnelle

Le but de la radiothérapie est de détruire la tumeur (s'il n'y a pas eu d'opération ou si le neurochirurgien n'a pas pu tout enlever), ou de détruire les cellules tumorales qui pourraient être encore présentes après la chirurgie.

Avant le traitement, il faut réaliser un scanner qui permet de définir la position de traitement et d'identifier les zones à traiter.

Pour définir la position de traitement, on réalise un masque de contention en plastique qui va se mouler sur la tête du patient, lui-même allongé sur une table ressemblant à une table de radiographie. Ce masque, personnel à chaque patient, permet, en immobilisant la tête, d'augmenter la précision du traitement. Le scanner est ensuite utilisé par le physicien médical ou le dosimétriste pour calculer la meilleure façon d'administrer le traitement. Une fois la dosimétrie validée par le médecin et le physicien médical, les séances peuvent commencer.

Ensuite, plusieurs jours par semaine, le patient vient pour une séance de radiothérapie. La durée du traitement peut varier d'une semaine à cinq ou six semaines. Le nombre total de séances et le nombre de séances par semaine sont déterminés au cas par cas selon le type de tumeur et le patient. Il y a en général 5 séances de quelques minutes chacune par semaine. Chaque séance est indolore.

Les traitements

A chaque séance, une équipe de manipulateurs installe le patient, vérifie la position de la machine par rapport au patient et surveille le déroulement de la séance. Cette équipe assure la qualité et la sécurité de chaque séance de radiothérapie. Les manipulateurs sont à l'écoute quotidienne du patient, ils en sont les premiers interlocuteurs.

Chaque semaine, l'oncologue radiothérapeute référent du patient le voit en consultation.

› La radiothérapie stéréotaxique

C'est une technique particulière de radiothérapie de haute précision, qui se réalise le plus souvent en très peu de séances.

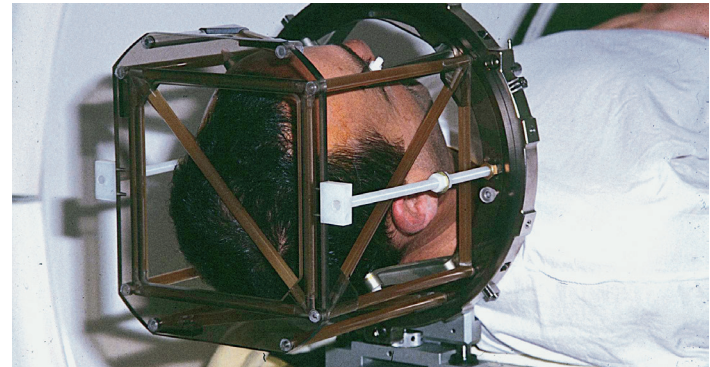


Masques plastique



Cadre métallique
de traitement stéréotaxique

Parfois, seule une séance est nécessaire, on parle alors de radiochirurgie. Elle est indiquée en cas de malformations vasculaires ou de petites lésions tumorales. Pour obtenir la précision millimétrique nécessaire à ce type de traitement, il faut parfois installer un cadre métallique de repérage, qui permet de cibler la lésion à 1 millimètre près. Elle nécessite une hospitalisation de 24 à 48 heures, durant laquelle l'équipe installe le cadre, réalise de nouveaux examens d'imagerie (IRM par exemple) et délivre le traitement en une séance d'environ 20 minutes. On ne traite qu'une petite partie de l'encéphale, celle où se trouve la cible.



Les traitements



› La chimiothérapie

La chimiothérapie agit sur les cellules cancéreuses, quelle que soit leur localisation dans le corps. Elle agit sur la tumeur primitive et les métastases le cas échéant. Son but est de détruire les cellules cancéreuses qu'elle rencontre, dans les organes où elles se trouvent.

Elle ne détruit pas les cellules normales mais peut les endommager provisoirement (notamment les globules rouges, globules blancs et les plaquettes qui constituent les cellules du sang). Il existe de nombreux produits, le cancérologue choisira celui ou ceux qui sont le(s) plus adapté(s) à chaque cas.

La chimiothérapie peut être associée à la radiothérapie et dans de rares cas, déposée directement dans la cavité chirurgicale.

› Les corticoïdes (Cortisone)

C'est une classe de médicaments anti-inflammatoires puissants, qui sont fréquemment utilisés dans les tumeurs de l'encéphale. Cet effet anti-inflammatoire diminue l'oedème autour des lésions. Cela permet de soulager divers symptômes : céphalées ou nausées par exemple.

Mais il faut faire attention quand on les prend assez longtemps : il peut y avoir des effets secondaires comme l'augmentation de la tension artérielle par exemple. Il sera alors utile de ne pas mettre trop de sel dans son alimentation. On peut être amené à donner des comprimés de potassium. Chez les diabétiques, la surveillance des glycémies capillaires (« dextro ») doit être rigoureuse.

Il ne faut pas arrêter le traitement brutalement mais diminuer progressivement en accord avec son cancérologue.

Les effets secondaires

Les effets secondaires pendant le traitement

Les effets secondaires chez un patient sont prévisibles, mais ne surviennent pas obligatoirement car chaque cas est unique et chaque personne réagit différemment. Il peut ne pas y avoir d'effets secondaires. Les effets secondaires n'ont pas de rapport avec l'efficacité du traitement. En d'autres termes, ce n'est pas parce qu'on a des effets secondaires que le traitement est efficace, ni parce qu'on n'a pas d'effets secondaires que le traitement est inefficace.

Cependant, certains effets secondaires sont assez courants et surveillés par l'oncologue radiothérapeute.

L'équipe médicale est là pour répondre aux questions de chaque patient, pour l'écouter et trouver une solution aux problèmes rencontrés pendant le traitement.



En cours de radiothérapie

De façon globale, les séances de radiothérapie peuvent entraîner une aggravation des symptômes (fatigue, faiblesse musculaire, tristesse ou irritabilité) plus ou moins importante et parfois dès la première semaine de traitement.

Cette aggravation est transitoire et se résout souvent en plusieurs jours voire plusieurs semaines après la dernière séance de radiothérapie.

› La fatigue

La fatigue n'est pas signe d'une aggravation de la maladie. Elle peut avoir plusieurs causes : les déplacements, l'anxiété, une opération chirurgicale récente, les chimiothérapies et la radiothérapie.

› Les maux de tête ou céphalées

Il peuvent apparaître ou s'aggraver au début des séances de radiothérapie. Cela est dû à un oedème, un surplus d'eau dans l'encéphale. Il ne faut pas arrêter les séances, mais le signaler à l'oncologue radiothérapeute.

Il pourra trouver une solution, souvent grâce à des médicaments (corticoïdes). Cela peut arriver surtout en cas de traitement de l'ensemble de l'encéphale.

Les effets secondaires

› Les nausées et/ou vomissements

Ils sont plus rares que les céphalées, n'hésitez pas en parler à votre médecin qui adaptera le traitement.

› Les crises convulsives

(Souvent appelées crise d'épilepsie) Cela peut arriver surtout si le patient en a eues avant le diagnostic. Il est impératif d'en parler au cancérologue. Il ne faut pas paniquer, éloigner les objets lourds de la tête du patient et le mettre sur le côté pour prévenir les traumatismes. Une crise cède en général en une à deux minutes sans traitement, puis le patient est somnolent pendant 15 à 30 minutes. Il faut le laisser se reposer. Si c'est la première crise, il est nécessaire d'appeler le médecin traitant, ou le cancérologue.

■ **Après une crise, il faut en informer votre médecin.**

■ **Si la crise dure plus de cinq minutes, appelez le samu en urgence.**

› La perte de cheveux (ou alopecie)

Elle concerne uniquement la zone qui est dans le champ d'irradiation. Elle survient 2 à 3 semaines après le début de l'irradiation. Elle est le plus souvent réversible, cela dépend du schéma de traitement, de la dose délivrée et de la sensibilité individuelle de chaque patient à l'irradiation. Votre médecin pourra vous indiquer si vos cheveux pourront repousser, en fonction de votre protocole de traitement. Mais il peut arriver qu'ils ne repoussent pas, cela dépend de la technique.

Après la période de chute, les cheveux repoussent le plus souvent à partir de 2 à 3 mois après la fin de la radiothérapie, à la vitesse habituelle c'est-à-dire assez lentement. Durant cet intervalle, la plupart des patients portent une prothèse capillaire (perruque), qui est prise en charge par l'Assurance Maladie.



Les effets secondaires

En cours de chimiothérapie

Cela va dépendre du choix des médicaments et des doses qui sont nécessaires pour traiter la tumeur. Néanmoins, il est important de savoir que les effets secondaires sont de mieux en mieux contrôlés : par exemple, les vomissements sont de moins en moins fréquents. La perte des cheveux dépend du type de protocole utilisé. Votre cancérologue pourra vous renseigner sur ce risque.

L'association de la radiothérapie et de la chimiothérapie peut accroître les effets secondaires tels que la fatigue et les nausées.



› Pendant le traitement

Selon le vécu du traitement et le niveau de fatigue, il est essentiel d'être à l'écoute des besoins du corps. Certaines personnes ont envie de continuer de travailler si leur état le permet (le plus souvent partiellement), d'autres se reposent... Il n'y a pas de règle générale, on fait selon son envie, ses capacités et sa forme du moment.



Les effets secondaires

› En cas de fatigue

Les siestes l'après-midi et le besoin de se coucher tôt le soir sont courants.

Il peut être nécessaire de faire appel à des amis, la famille, une aide ménagère pour les soins aux enfants, le ménage, les repas, le linge, les courses, les démarches administratives (une assistante sociale peut vous aider dans vos démarches).

Éviter les transports inutiles et chercher la position la plus confortable pour se reposer, en général assis ou allongé. L'important est de savoir sentir ses limites, ne pas forcer tout en continuant à réaliser ce qui fait plaisir.

Par rapport aux enfants, pendant le traitement, le plus simple est souvent de leur expliquer ce qui se passe et de leur demander de participer à l'organisation de la vie à la maison.

Limiter les sorties et accompagnements des enfants pour leurs activités diverses, elles peuvent être prises en charge momentanément par un proche (famille, amis, voisins...).

› En cas de maux de tête

Il peut y avoir une apparition ou une aggravation modérée des maux de tête juste après les 2 ou 3 premières séances. Il est nécessaire d'en parler à l'oncologue radiothérapeute car cela peut nécessiter un traitement par médicament, en général anti-inflammatoire (corticoïdes, appelés « cortisone » dans le langage courant).

Bien s'hydrater est utile.



Les conseils pratiques

› En cas de nausées et/ou vomissements

Les vomissements sont des symptômes à signaler à l'oncologue radiothérapeute, surtout s'ils sont matinaux avant tout repas ou boisson.

Éviter les boissons chaudes, les aliments gras, se reposer après une séance de radiothérapie.

Sucer des glaçons.



› En cas de crises convulsives

Il faut se souvenir que les crises s'arrêtent en général toutes seules et rapidement. Après ce laps de temps, un verre d'eau sucrée ou un jus d'orange sont utiles. Il faut si possible éviter les facteurs qui peuvent déclencher une crise : ne pas dormir, boire de l'alcool. Il est impératif d'en parler rapidement au cancérologue pour adapter le traitement (corticoïdes ou antiépileptiques). La pratique de sport à risque comme l'escalade n'est pas recommandée. Il faut aussi demander à son médecin si les médicaments prescrits autorisent la conduite en voiture et en général il est interdit de conduire durant le traitement ou les semaines qui le suivent. Ne jamais arrêter un traitement antiépileptique brutalement sans avis médical.

**SI LA CRISE DURE PLUS
DE 5 MINUTES,
IL FAUT APPELER
LE SAMU.**

Les conseils pratiques

› En cas de perte d'appétit

Manger des petites quantités mais plus souvent que les 3 repas habituels par jour. Préférer ce qui fait plaisir, varier les repas et essayer les nouveaux aliments. Manger selon votre appétit entre les repas.

› En cas de gonflement d'une jambe

En cas de gonflement d'une seule jambe, ou de l'apparition d'une rougeur ; il faut prévenir votre médecin pour voir s'il est nécessaire de réaliser une échodoppler des veines, à la recherche d'une phlébite.

› En cas de perte de cheveux

Avant que les cheveux ne tombent, on peut essayer de les préserver : pas de shampoing ou de brossage agressif, pas de coloration. On peut aussi porter une perruque (ou prothèse capillaire), dont une partie est prise en charge par la Sécurité Sociale. Il faut bien prendre son temps avant de choisir la perruque. Il est conseillé d'essayer les perruques avant la chute des cheveux, pour les assortir au mieux avec vos cheveux réels. Ne pas hésiter à visiter plusieurs perruquiers. On peut aussi porter un foulard ou un bandeau.

› Concernant la vie de couple et plus particulièrement la sexualité

On peut se demander si un patient en cours de radiothérapie est radioactif en dehors du moment où il est sous la machine. C'est une idée reçue complètement fautive : un patient irradié n'émet aucune radioactivité et n'est pas radioactif. Il n'est pas dangereux pour son entourage, ou des enfants. La maladie favorise le non-désir. Il n'est pas rare que la libido (le désir sexuel) soit diminuée ou même absente pendant la durée du traitement, ou que les rapports soient difficiles.

Si cela continue après, il est bien d'en parler avec un médecin.

Pour ceux qui souhaitent avoir des rapports sexuels, la radiothérapie ne contre-indique pas les rapports. Il n'y a aucun effet du traitement sur le partenaire ou sur les proches.

L'après traitement

Les effets secondaires après le traitement

Les rayons ont encore des effets sur le corps pendant deux à trois semaines après la fin du traitement car ils poursuivent leur action.

La fatigue peut donc être normale lors de cette période, surtout en cas de traitement associé.

En cas de réapparition et/ou de ré-aggravation des maux de tête, des nausées ou d'autres symptômes ayant déjà existé, il est important de consulter un médecin, surtout si ces signes persistent plusieurs jours.

Conseils pratiques après le traitement

Il est avant tout recommandé de contacter l'oncologue radiothérapeute ou le médecin généraliste, en cas de symptômes persistants et/ou inquiétants.

La période après-traitement n'est pas toujours simple à vivre : après la satisfaction d'avoir fini le traitement, il va falloir apprendre à vivre sans l'organisation quotidienne qu'imposait le traitement. Apprendre à vivre loin de l'équipe soignante qui sécurisait, avec de potentiels effets secondaires du traitement.

L'entourage reprend ses habitudes d'avant la maladie alors que le patient a besoin de plus de temps pour trouver de nouveaux repères. Il existe souvent des doutes ou des angoisses.

Quant à la vie familiale, sociale, professionnelle, il faut retrouver sa place, qui peut être différente de la situation d'avant le traitement. Cela peut être rapide et facile, mais peut aussi prendre du temps. La reprise du travail ou d'une activité sportive est une question fréquente.

Certaines personnes préfèrent reprendre une activité professionnelle rapidement, car cela aide à avancer dans le travail psychologique autour de la maladie. Mais il convient de ne pas « forcer », pour ne pas s'épuiser. Dans tous les cas, le médecin du travail pourra donner un avis éclairé.



L'après traitement



Dans toutes les étapes de la maladie, il est nécessaire de parler librement et sans honte de la maladie, des traitements et des angoisses.

En cas de difficultés, en parler avec son médecin, rencontrer un psychologue, un psychiatre ou un psychanalyste selon ses besoins, cela peut permettre d'évacuer certains traumatismes dus à la situation en général.

Mesure des résultats et suivi d'après-traitement

Un suivi régulier va être mis en place systématiquement. Il comprend des consultations régulières avec les médecins qui ont pris en charge le patient et des examens type scanner ou IRM de manière régulière, pour mesurer l'efficacité du traitement.

Le premier bilan de cette période de surveillance ne peut être effectué que quelques semaines après la fin du traitement. En effet, les rayons ont encore un effet pendant au moins deux à trois semaines, voire plus.

Néanmoins, en cas d'autres localisations du cancer traité dans le reste du corps, d'autres traitements peuvent être indiqués rapidement

après la fin des séances de radiothérapie ; sans forcément attendre la disparition ou l'amélioration de la maladie de l'encéphale.

Même s'il n'existe plus de cellules cancéreuses décelables, il n'est pas possible de garantir à un patient qu'il n'aura jamais de récurrence ou d'autre cancer. C'est la raison des contrôles réguliers.

Il est important de savoir que l'équipe soignante reste à la disposition du patient, même après le traitement et qu'il vaut mieux aller voir son médecin que de s'inquiéter sur des questions auxquelles l'équipe peut répondre.

Les associations et autres ressources

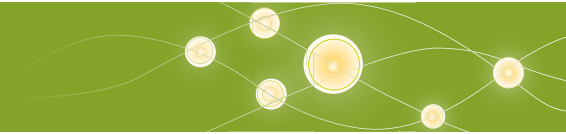
Plusieurs associations de patients ou d'aide aux patients existent, parlez-en à votre médecin qui vous aidera à vous mettre en contact si vous le souhaitez.



Glossaire

- › **Bénigne** : se dit d'une tumeur non cancéreuse qui a une évolution purement locale et qui ne fait pas de métastase.
- › **Biopsie** : prélèvement d'un fragment de tissu pour analyse au microscope.
- › **Cellule** : la cellule est la sous-unité de base de tout organisme vivant. Il s'agit de l'unité la plus simple qui puisse exister sous la forme d'un système vivant autonome.
- › **Céphalée** : mal de tête.
- › **Chimiothérapie** : utilisation de médicaments ou d'autres produits chimiques dans le traitement du cancer, qui a pour but de détruire les cellules cancéreuses.
- › **Crise convulsive** : souvent appelée crise d'épilepsie. En général, le patient a des mouvements rapides et saccadés des membres pendant une minute ou deux, puis somnole pendant un quart d'heure. Il est impératif de la signaler au cancérologue.
- › **Echo-doppler des veines** : sorte d'échographie qui analyse l'écoulement du sang dans les veines pour analyser comment le sang circule à l'intérieur.
- › **Effet secondaire** : symptôme désagréable attendu dû au traitement en cours ou réalisé.
- › **IRM** : technique d'imagerie ressemblant au scanner mais sans rayons X et qui permet d'avoir une vision détaillée des organes. Souvent cette technique est plus performante que le scanner pour l'encéphale.
- › **Malformation vasculaire** : peloton de petits vaisseaux (capillaires) malformés (artères ou veines). Lésions non-cancéreuses.
- › **Métastase** : ensemble de cellules cancéreuses qui est parti du cancer d'origine pour se développer dans un autre organe.
- › **Maligne** : se dit d'une tumeur cancéreuse qui s'aggrave de façon progressive et inéluctable en l'absence de traitement.
- › **Œdème** : accumulation anormale d'eau dans un endroit du corps.
- › **Scanner** : radiographie plus détaillée qui permet de voir les organes dans tous les plans de l'espace (après injection d'un produit de contraste pour faciliter l'observation d'un organe).
- › **Simulation ou repérage** : étape de préparation de la radiothérapie où est définie la position de traitement, avec un scanner de préparation du traitement. Ce scanner n'est pas le même que celui utilisé pour faire le diagnostic.
- › **Stéréotaxique** : la radiothérapie stéréotaxique permet de diriger des faisceaux de radiation vers une région très spécifique, habituellement le cerveau.
- › **Tumeur** : ensemble de cellules constituant une masse anormale à l'intérieur du corps.

Notes



A series of horizontal dotted lines for taking notes.





www.sfro.org

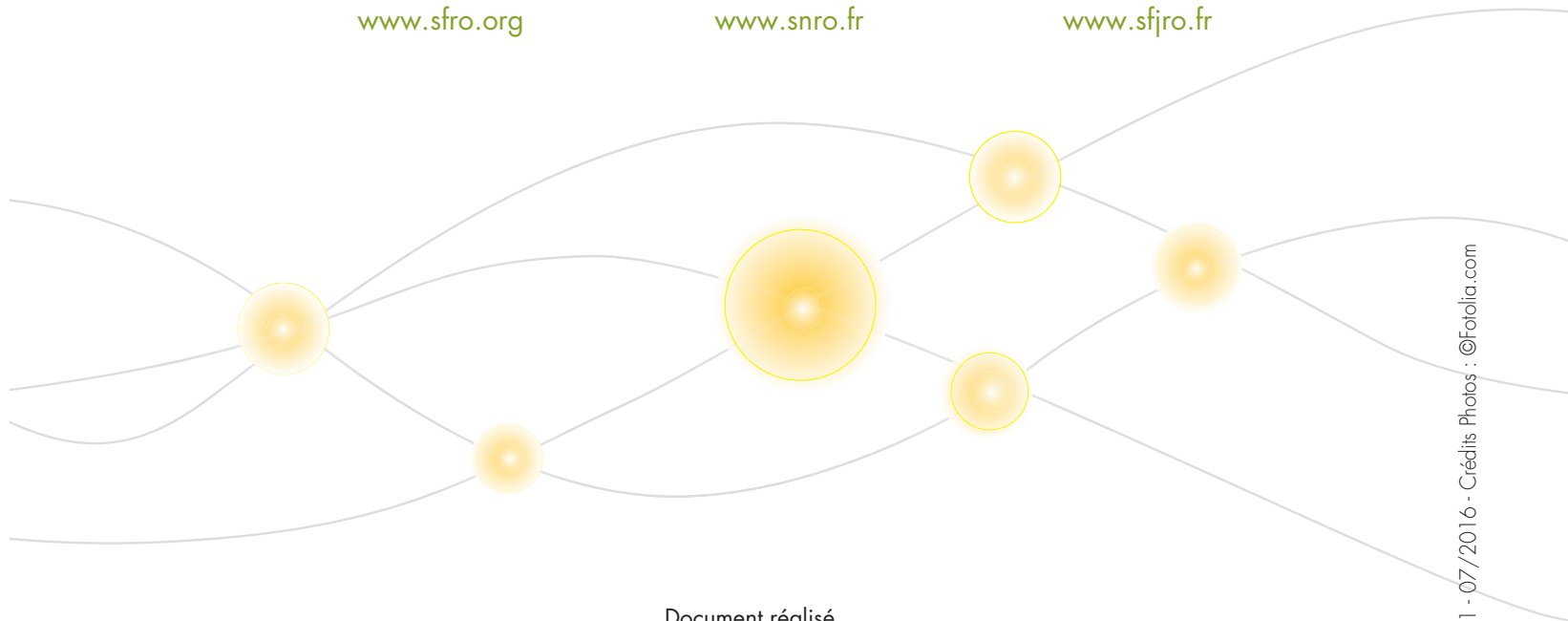


Syndicat National des Radiothérapeutes Oncologues

www.snro.fr



www.sfjro.fr



Document réalisé
avec le soutien de

