



Dans ce numéro  Automne 2019

Le blog du Président: Dr. Mujoomdar	1
À la rencontre de Dr. Drew Schemmer	2
Fraîchement Sorti: Le Système ICEfx	5
Événement à venir	7
Dernières nouvelles	8
Nouvelles des partenaires corporatifs	9



Dr. Amol Mujoomdar

Le blog du Président

Je suis très heureux de vous annoncer que l'Association canadienne des radiologistes (CAR) a récemment donné son appui à l'Initiative CAIR. Le conseil d'administration de la CAR joint ainsi sa voix à la nôtre afin d'améliorer la sensibilisation sur les avantages de la radiologie d'intervention pour les patients, en vue de rattraper l'immense retard qu'accuse le Canada par rapport à d'autres pays en matière d'accès aux traitements minimalement invasifs de radiologie d'intervention. Dans le cadre de notre travail de diffusion de l'Initiative CAIR, nous publions

avec enthousiasme nos principaux messages sur les médias sociaux afin de toucher un auditoire encore plus vaste. J'espère que les membres de CAIR feront circuler des messages de soutien sur les réseaux sociaux, avec le mot-clic **#ISupportIR**. Je vous encourage à utiliser les contenus partageables que vous trouverez en [cliquant ici](#).

La nouvelle section du site Web de CAIR sur l'embolisation des fibromes utérins (EFU) attire de plus en plus d'attention. C'est en grande partie attribuable à la campagne publicitaire ciblant les femmes entre 35 et 50 ans que nous avons lancée récemment sur les médias sociaux et sous forme

d'affiches numériques que nous avons envoyées à une trentaine de cliniques de l'Ontario et du Québec. Un certain nombre de ressources en matière d'EFU sont listées sur le site Web de CAIR. Si vous souhaitez ajouter la vôtre à la liste, veuillez communiquer avec [le siège social de CAIR](#).

Le manifeste de l'Initiative CAIR se trouve sur notre [site web](#).

J'ai hâte de lire vos messages en ligne!

Dr. Amol Mujoomdar
Président de CAIR



À la rencontre de... Dr. Drew Schemmer

Drew Schemmer est un radiologue interventionniste de renom de Barrie, en Ontario. Il jouit d'une vaste expérience en traitements endovasculaire (EV) des maladies de l'artère périphérique, en traitements d'anévrisme de l'aorte (EVAR/pEVAR), ainsi qu'en procédures d'intervention oncologique. Il a également fait partie des enquêteurs pour l'étude clinique du CORAL et du KAVIAR.



Dr. Drew Schemmer

CAIR Entrevue Question & Réponse

1. Au Canada, votre groupe a établi des centres de radiologie d'intervention vasculaire (RIV) uniques en leur genre et qui ne désemplissent pas. Parlez-nous de ces centres.

Nos centres de RIV offrent tout l'éventail d'interventions, excepté la thrombectomie endovasculaire (TEV). Nous disposons aujourd'hui de cinq centres de RIV créés à la fois par intérêt et par besoin, et notre pratique de la RIV a évolué sur une longue période. Récemment, notre groupe a subi certaines influences politiques négatives et des querelles de clocher, mais la présence d'un ensemble de partenaires généraux qui partagent notre vision et soutiennent notre travail nous a beaucoup aidé. La radiologie d'intervention vasculaire est une surspécialité clinique, et nous offrons notre entière collaboration quand nous consultons d'autres médecins,

que nous discutons de certains cas et que nous orientons les soins au patient. En RIV, nous sommes habitués à nous trouver à l'avant-garde de la prise en charge clinique, mais nous disposons désormais d'une présence en « première ligne », en quelque sorte, puisque des patients nous sont envoyés directement, y compris depuis les urgences, et que nous leur expliquons directement ce qui les touche et les aidons à faire leur choix parmi les différentes options thérapeutiques qui s'offrent à eux. Nous n'avons pas « nos propres patients », comme dans certaines spécialités, mais l'importance d'être un médecin qui accepte les recommandations directes et qui offre des soins inégalés pour aider les patients est bien réelle.

2. Qu'a-t-il fallu pour établir un cabinet fondé sur

la pratique clinique, où vous donnez des consultations à vos propres patients et effectuez votre propre travail?

Selon moi, il est très important de pouvoir compter sur deux ou trois radiologues d'intervention vasculaire très expérimentés. Il est également primordial de disposer du soutien général de personnel de bureau et de techniciens. D'après l'expérience que j'en ai, même si c'est un défi, une grande partie des membres de notre personnel aiment contribuer à un modèle collaboratif « clinique » à grande échelle. Nous avons également découvert que l'élément clé de notre réussite est de disposer d'une personne compétente et efficace chargée de l'orientation clinique des patients, qui s'occupe de gérer les résultats cliniques, les radiologies de suivi ainsi que les rendez-vous

“ ... disposer
d'une
personne
compétente et
efficace
chargée de
l'orientation
clinique des
patients, qui
s'occupe de

des patients.

J'ai été responsable clinique et de bureau pour notre groupe pendant six ans. Au fil du temps, je me suis assuré que nos technologues soient des technologues vasculaires autorisés, que le système d'archivage et de transmission d'images (PACS) de notre établissement était compatible avec ceux des hôpitaux de la région et des médecins qui nous envoyaient des patients. Nous avons également élaboré une « image de marque » indispensable. J'ai aligné notre image de marque avec notre futur travail de RIV, et notre groupe a choisi le nom provisoire « Vascular and Interventional Therapies » (VIT). Nous avons envoyé des renseignements par courriel aux groupes hospitaliers et aux groupes de médecins de famille locaux, puis sommes allés visiter les bureaux des préposés d'orientation des patients. Nous avons par la suite ajouté nos demandes dans les entrées de leurs programmes de dossiers médicaux électroniques ou leur avons laissé des formulaires de demande. Il ne faut pas sous-estimer l'effet du bouche-à-oreille.

Nous nous sommes aussi assurés que notre accréditation hospitalière annuelle en radiologie comprenait des privilèges d'admission, que tous les radiologues

d'intervention vasculaire pouvaient atteindre facilement. Il n'y a aucune raison pour que de tels privilèges d'admission soient refusés à un radiologue d'intervention vasculaire, et le statut de surspécialisation que nous a récemment octroyé le Collège royal (FRCP) confirme cet état de fait. En Ontario, le CPSO soutient entièrement notre statut clinique.

3. Quelle a été la réaction de la communauté médicale locale face à un service de radiologie qui fonctionne comme le vôtre, sans être entièrement dépendant des recommandations des spécialistes?

Notre « nouveau » programme de clinique VIT a été bien accueilli. Les médecins qui nous envoient des patients ont également aimé l'amélioration de l'accès à nos services cliniques, leur efficacité et la réduction des temps d'attente. Il a été très encourageant, pour nous, d'avoir le sentiment, par ce programme, de contribuer à la réduction de temps d'attente qui sont souvent allongés à cause de rendez-vous ou de recommandations secondaires inutiles. Ainsi, les patients n'ont par exemple pas besoin de consulter un chirurgien avant nos examens cliniques, puisque nous nous occupons de l'examen et du traitement de patients depuis des décennies et que l'on résout 90 % des maladies artérielles périphé-

riques par des traitements endovasculaires en consultation externe. Nous recevons des commentaires de patients tels que : « Je n'en reviens pas que vous ayez parlé avec moi pendant plus d'une minute et que vous ayez écouté mes préoccupations. » Notre principal objectif était d'offrir un service de rendez-vous clinique « tout-en-un », avec consultation, diagnostic et plan thérapeutique consistant soit en un suivi clinique avec imagerie de surveillance, soit en un traitement endovasculaire. Comme nous sommes favorables à un consentement entièrement éclairé, au besoin nous orientons les patients qui souhaitent recevoir d'autres soins vers d'autres services. Enfin, j'ai le sentiment que les radiologues d'intervention vasculaire n'ont pas assez conscience de l'exhaustivité de leur formation, de l'étendue de leurs connaissances interdisciplinaires et de leur dextérité en matière de manipulation de cathéters. Nous possédons des talents tant diagnostiques que thérapeutiques inégalés dans de nombreux cas.

4. Pourriez-vous nous parler des éléments de nature financière qu'il a fallu prendre en compte lors de l'établissement de tels centres?

Comme à l'origine, l'espace de consultation clinique du centre VIT se trouvait au sein de notre département de

“...les patients n'ont par exemple pas besoin de consulter un chirurgien avant nos examens cliniques, puisque nous nous occupons de l'examen et du traitement de patients depuis des décennies et que l'on résout 90 % des maladies artérielles périphériques.”

“Dans un avenir proche, j'espère voir les radiologues d'intervention vasculaire soutenir CAIR, s'impliquer davantage en politique, sensibiliser les administrateurs [...]”

radiologie dans une salle dédiée, nous avons facilement accès au service d'imagerie : nous pouvions ainsi montrer aux patients leurs clichés et élaborer leur plan thérapeutique. Nous préparions dans le même temps notre établissement clinique, et nous nous sommes servis de la clinique de radiologie existante pour créer un établissement et un modèle de délivrance de soins aux patients encore meilleurs. Nous avons commencé par un jour par mois et sommes rapidement passés à deux jours par mois à l'hôpital. Depuis que notre programme VIT a déménagé dans nos cliniques, nous recevons les patients entre 6 et 8 jours par mois, et prévoyons entre 2 et 3 jours de consultations de RIV chaque semaine. Une journée passée uniquement dans une clinique de RIV est moins rémunératrice que d'autres tâches. En gardant cela à l'esprit, notre groupe de RIV a accepté le fait que nous avons besoin de contribuer à notre groupe de radiologie en interprétant des clichés qui nous sont assignés. Je pense qu'il est bon de conserver un tel centre de RIV, efficace et en pleine expansion. Cela fonctionne plutôt bien.

5. Faites-vous également de l'enseignement et de la recherche dans vos centres, et si oui, sous quelle forme?

Nous avons la radiologie dans le sang. Par conséquent, nous voulons que tous les radiologues d'intervention vasculaire de l'Ontario, et même du Canada, soient fiers de

notre spécialité clinique et des services qu'ils offrent aux patients depuis plus de 40 ans. Nous sommes des cliniciens, point final. Nous présentons des cas cliniques à des spécialistes de produits et nous proposons des « journées de sensibilisation à la radiologie d'intervention vasculaire clinique », lors desquelles des radiologues d'intervention vasculaire d'autres établissements viennent assister à différentes interventions d'ablation thermique (ablation par radiofréquence ou par micro-ondes, cryoablation), d'athérectomie, de réinsertion artérielle difficile, de thrombolyse veineuse et de thrombectomie. Nous offrons également chaque mois des formations aux résidents en médecine familiale.

6. Pourriez-vous décrire une intervention novatrice enthousiasmante que vous avez réalisée ou certains de vos patients?

Nous effectuons des interventions diverses et variées. Ainsi, nous avons récemment réalisé deux réparations endovasculaires d'anévrisme aortique (REVA) par voie percutanée dans nos locaux sous sédation contrôlée. Nous espérons un jour être en mesure d'offrir des thrombectomies endovasculaires, réalisées par le Dr Christ Guest.

7. Quels sont vos projets d'avenir pour vos centres et pour vous-même?

L'avenir de la radiologie d'intervention vasculaire, c'est d'offrir un ensemble complet de

soins cliniques afin de mieux répondre aux besoins des gens. Adopter notre statut intrinsèque de clinicien ne fait qu'augmenter les capacités de chaque groupe de radiologie au Canada; nos partenaires généraux devraient par conséquent soutenir cette démarche. L'émergence de querelles de clocher et l'augmentation des tensions financières et bureaucratiques seront contrées par la solidité de notre spécialité clinique, qui donne la priorité aux patients. Dans un avenir proche, j'espère voir les radiologues d'intervention vasculaire soutenir CAIR, s'impliquer davantage en politique, sensibiliser les administrateurs, les concepteurs de programmes et les politiciens afin de renforcer notre spécialité et à terme, d'offrir aux patients les meilleurs soins externes possible. Dans notre établissement, nous espérons offrir des soins de TEV en cas d'AVC en phase aiguë et continuer à offrir des REVA par voie percutanée et des endoprothèses carotidiennes.

Dr. Drew Schemmer

Fraîchement Sorti: Le Système ICEfx

Que ce soit pour les traitements oncologiques ou pour les malformations vasculaires, les thérapies de cryoablation se placent en première ligne. Nous nous entretenons avec Ryanne Kosick, de BTG-Boston Scientific pour discuter du dispositif de cryoablation tout dernièrement sorti, le ICEfx.

1. Pourriez-vous nous lister les indications pour lesquelles l'appareil ICEfx a été approuvé?

La cryoablation est un traitement établi qui a fait ses preuves, et l'appareil Visual ICE™ constitue une technologie de pointe bien établie en matière de cryoablation rénale. Son utilisation comme outil de cryochirurgie est indiquée dans les domaines de la chirurgie générale, la dermatologie, la neurologie (y compris la cryoanalgésie), la chirurgie thoracique (excepté pour les tumeurs cardiaques), l'otorhinolaryngologie, la gynécologie, l'oncologie, la proctologie et l'urologie.

2. Pourriez-vous nous présenter certaines des données probantes pertinentes en faveur de l'utilisation de l'appareil ICEfx pour le traitement de différentes affections?

La cryoablation est un traitement bien établi qui a fait ses preuves chez les patients atteints de certains types de cancers. Par exemple, le guide de pratique de l'Association des urologues du Canada liste la cryoablation parmi les options thérapeutiques chez des patients sélectionnés porteurs d'une petite masse rénale, généralement des patients atteints d'un carcinome à cellules rénales (CCR) de stade clinique T1a. En cas de CCR, les résultats oncologiques de la cryoablation rénale guidée par imagerie sont du même ordre que ceux obtenus par néphrecto-

mie, et ils sont associés à un faible taux de complications. Des séjours hospitaliers et un temps de convalescence plus courts font également partie des avantages de cette intervention.

La cryoablation et la cryoanalgésie sont indiquées pour le traitement d'affections diverses :

Carcinome à cellules rénales (CCR):

- * Résultats comparables à ceux de la néphrectomie partielle, avec moins de complications et un séjour hospitalier plus court [Thompson et al., Breen et al.].
- * La cryoablation nécessite un nombre moins important de traitements complémentaires, entraîne une meilleure maîtrise locale de la tumeur et serait associée à un taux plus important de survie sans métastases par rapport à l'ablation par radiofréquence [Thompson et al., Kunkle et al.].

Cancer de la prostate

- * Préservation de la fonction érectile et taux d'incontinence et de fistules moindres par rapport à la prostatectomie et à la curiethérapie [Woodrum et al., Shah et al.].

Cancer du poumon

- * Résultats comparables à la lobectomie avec une meilleure préservation du parenchyme et de la fonction pulmonaire [de Baere et al., Moore et

al.].

Cancer du sein et adénofibrome du sein

- * Préservation de la structure tissulaire et cicatrices moins importantes qu'avec une excision chirurgicale [Littrup et al., Sheth et al.].

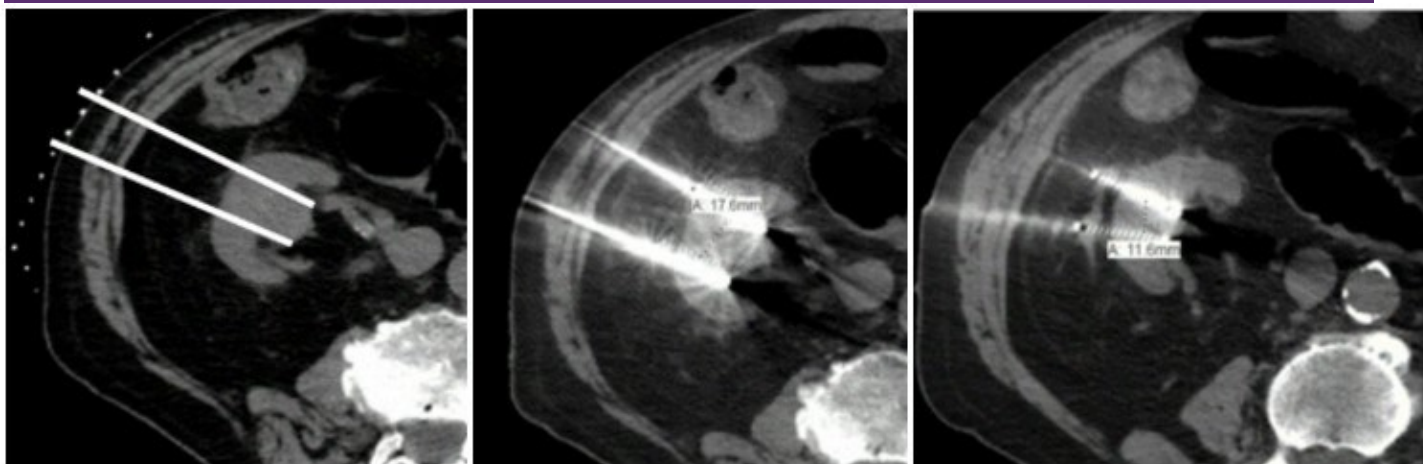
Tumeurs musculosquelettiques et cryoanalgésie (tumeurs desmoïdes, ostéomes ostéoïdes, malformations veineuses, névromes plantaires, névralgies pudendales)

- * Maîtrise locale des tumeurs, réduction considérable de la douleur et faible taux de complications [Kurup et al., Kujak et al., Coupal et al.].

3. Quelles sont les différences entre ICEfx et les autres appareils de cryoablation?

Le lancement de l'appareil de cryoablation ICEfx se fonde sur notre gamme actuelle, Visual ICE™, qui est le chef de file du marché de la cryoablation. L'appareil ICEfx offre la même puissance de refroidissement que l'appareil Visual ICE™, plus imposant. Il s'agit d'un appareil plus compact (44 lb contre 220 lb) qui dispose d'une interface utilisateur intuitive; il est facile d'utilisation et peut servir dans les cas nécessitant 8 aiguilles ou moins.

Les appareils Visual ICE™ et ICEfx offrent tous deux :



- une souplesse dans le choix des aiguilles, permettant d’effectuer un traitement personnalisé;
- une manipulation précise permettant de circonscrire la zone optimale d’ablation;
- une plateforme logicielle de cryoablation progressive qui simplifie la procédure.

Le système de décongélation des deux appareils n’emploie pas d’hélium, ce qui les différencie de certains autres appareils de cryoablation : cela permet de réduire le temps nécessaire au réchauffement, d’avoir moins de contraintes logistiques et d’économiser le coût de l’hélium. L’appareil dispose également d’une fonction brevetée de cautérisation, qui permet à l’aiguille d’effectuer la cautérisation sur son trajet.

4. Y a-t-il des considérations techniques particulières à prendre en compte lors de l’utilisation de l’appareil ICEfx?

L’avis des médecins qui utilisent nos produits est toujours très instructif pour nous; nous avons tiré parti de ces commentaires pour créer un nouvel

appareil extrêmement utile tant aux médecins qu’à leur personnel de soutien. Ainsi, même si le principe de cette technologie existait depuis longtemps, nous avons pu utiliser des composants et une philosophie de conception modernes afin de rendre cette technologie encore plus robuste et facile à manier.

5. Quels sont les problèmes les plus souvent rencontrés par les radiologues d’intervention quand ils commencent à utiliser cette technologie?

Les clients du Canada avec lesquels nous avons parlé voient une réelle plus-value à la facilité d’utilisation de l’appareil et aux autres améliorations que nous avons effectuées. Selon eux, cet appareil a le potentiel d’améliorer leur façon d’effectuer les interventions.

6. Quels sont les autres appareils en cours de mise au point avec cette technologie, et comment voyez-vous l’avenir de l’utilisation de la cryoablation?

Comme nous l’avons déjà annoncé, nous mettons au point un nouvel appareil d’ablation par micro-ondes, et ce travail devrait se poursuivre. Il est encore trop tôt pour en révéler davantage

sur ce projet.

Bibliographie

Thompson RH, Atwell T, Schmit G, Lohse CM, Kurup AN, Weisbrod A, Psutka SP, Stewart SB, Callstrom MR, Chevillie JC, Boorjian SA, Leibovich BC. Comparison of partial nephrectomy and percutaneous ablation for cT1 renal masses. *Eur Urol*. Févr. 2015;67(2):252-9.

Breen DJ, King AJ, Patel N, Lockyer R, Hayes M. Image-guided Cryoablation for Sporadic Renal Cell Carcinoma: Three- and 5-year Outcomes in 220 Patients with Biopsy-proven Renal Cell Carcinoma. *Radiology*. Nov 2018;289(2):554-561.

Kunkle DA, Uzzo RG. Cryoablation or radiofrequency ablation of the small renal mass : a meta-analysis. *Cancer*. Nov. 2008;113(10): 2671-80.

Woodrum DA, Kawashima A, Gorny KR, Mynderse LA. Prostate cancer: state of the art imaging and focal treatment. *Clin Radiol*. Août 2017;72(8):665-679.

Shah TT, Peters M, Eldred-Evans D, Miah S, Yap T, Faure-Walker NA, Hosking-Jervis F, Thomas B, Dudderidge T, Hindley RG,

McCracken S, Greene D, Nigam R, Valerio M, Minhas S, Winkler M, Arya M, Ahmed HU. Eur Urol. 8 janvier 2018

de Baere T, Tselikas L, Woodrum D, Abtin F, Littrup P, Deschamps F, Suh R, Aoun HD, Callstrom M. Evaluating Cryoablation of Metastatic Lung Tumors in Patients--Safety and Efficacy: The ECLIPSE Trial--Interim Analysis at 1 Year. J Thorac Oncol. Oct. 2015;10(10):1468-74.

Moore W, Talati R, Bhattacharji P, Bilfinger T. Five-year survival after cyroablation of Stage I non-small cell lung cancer in medically inoperable patients. J Vasc Interv Radiol. 2015;26: 312-319.

Littrup PJ, Jallad B, Chandiwala-Mody P, D'Agostini M, Adam BA, Bouwman D. Cryotherapy for breast cancer: a feasibility study without excision. AJR Am J Roentgenol. Janv. 2012;198(1):233-9.

Sheth M, Lodhi U, Chen B, Park Y, McEligott S. Initial Institutional Experience with Cryoablation Therapy for Breast Fibroadenomas: Technique, Molecular Science, and Post-Therapy Imaging Follow-up. J Ultrasound Med. 6 mars 2019.

Kurup AN, Callstrom MR. Increasing Role of Image-Guided Ablation in the Treatment of Musculoskeletal Tumors.

Cancer J. Nov/déc. 2016;22(6):401-410.

Kujak JL, Liu PT, Johnson GB, Callstrom MR. Early experience with percutaneous cryoablation of extra-abdominal desmoid tumors. Skeletal Radiol. 2010;39(2):175-182.

Coupal TM, Mallinson PI, Munk PL, Liu D, Clarkson P, Ouellette H. CT-guided percutaneous cryoablation for osteoid osteoma: initial experience in adults. AJR Am J Roentgenol. Mai 2014;202(5):1136-9.

CAIR Grand Slams & Catastrophes 2020

GS&C 2020
GRAND SLAMS & CATASTROPHES

SAVE THE DATE
FEBRUARY 7 - 8, 2020

FAIRMONT CHÂTEAU LAKE LOUISE

GUEST SPEAKER
DANIEL Y. SZE

PROGRAMME PRÉLIMINAIRE DISPONIBLE | INSCRIVEZ-VOUS!

Dernières nouvelles

Attention : ne cliquez sur cette image QUE si vous souhaitez répondre au sondage
Pour les médecins uniquement.

Message Important du Dr. McClure (Canadian Thoracic Aortic Care Models Survey)

RE : Sondage national – Modèles contemporains de la prise en charge des maladies de l'aorte thoracique

Chers collègues en chirurgie cardiaque, cardiologie, radiologie interventionnelle et chirurgie vasculaire :

Ce courriel sollicite votre participation à un sondage national multidisciplinaire qui a pour objectif de définir les modèles de traitements actuels des maladies de l'aorte thoracique au Canada. Nous vous invitons à compléter ce sondage en ligne afin de caractériser la manière dont **vous ET votre institut** prenez en charge les maladies de l'aorte thoracique.

Si vous n'êtes pas impliqués dans la prise en charge des maladies de l'aorte thoracique, le questionnaire prendra moins de 3 minutes à remplir (8 questions). Si vous êtes activement impliqués, il prendra 20 minutes et comportera 32 à 39 questions, selon votre spécialité.

Peu importe votre degré d'implication dans le traitement de l'aorte thoracique, votre participation au sondage est d'une égale importance. Nous vous prions de participer même si vous n'avez jamais pris en charge les maladies de l'aorte thoracique. Votre participation est volontaire. Les réponses demeurent anonymes à 100%.

Pour accéder au sondage, veuillez cliquer sur le lien suivant :

https://www.research.net/r/Canadian_Thoracic_Aortic_Survey?lang=fr_CA

Nouvelles des partenaires corporatifs

Canon

CANON MEDICAL

Nous vous invitons à vous joindre à nous à la RSNA pour en savoir plus sur nos solutions qui permettent d'offrir : une imagerie de meilleure qualité, une optimisation du flux de travail et une minimisation d'exposition - le tout pour garantir de meilleurs résultats aux patients. Pour fixer votre rendez-vous, veuillez envoyer un courriel à CMSCA-RSNA@medical.canon.

PHILIPS

Réduisez votre utilisation de produit de contraste grâce à VesselNavigator de Philips.

[Cliquez ici pour en savoir plus.](#)

TERUMO

Terumo Medical Canada est fière de supporter CAIR - pour de l'information supplémentaire concernant nos produits au Canada veuillez consulter notre site www.terumocanada.ca