

**ASSOCIATION DES  
RADIO-ONCOLOGUES  
DU QUÉBEC**

# **CONGRÈS ANNUEL 2024**

**SAMEDI 25 MAI  
LE CHÂTEAU FRONTENAC**

## **Membres du comité scientifique**

**Dre Selma Mehiri, présidente du comité scientifique, Hôpital Maisonneuve-Rosemont**  
**Dre Maroie Barkati, Centre hospitalier de l'Université de Montréal**  
**Dre Laurence Bernier, Centre hospitalier universitaire de Québec**  
**Dre Nancy El Bared, Hôpital Charles-Le Moyne**  
**Dre Isabelle Gauthier, responsable DPC AROQ, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke**  
**Dr Simon Lagacé, résident, Université Laval**  
**Dr James Tsui, Centre universitaire de santé McGill**  
**Dr Hugo Villeneuve, CIUSSS du Saguenay-Lac-St-Jean**



**Association des  
radio-oncologues  
du Québec**

# AROQ - CONGRÈS ANNUEL 2024

## Population cible

Radio-oncologues, résidents en radio-oncologie, moniteurs cliniques, physiciens et technologues.

## Méthodes d'apprentissage

Présentations et discussions.

Chaque séance inclura une période de questions de 10 à 15 minutes, selon la durée de la présentation.

## OBJECTIFS GÉNÉRAUX

À la fin de l'activité, les participants seront en mesure de :

1. Analyser les projets de recherche menés par les résidents, externes et moniteurs cliniques en radio-oncologie.
2. Reconnaître la contribution des soins de santé sur l'empreinte carbone et les pistes de solution pour y remédier.
3. Résumer l'approche multidisciplinaire du cancer invasif de la vessie.
4. Définir le rôle de la radiothérapie stéréotaxique et des traitements percutanés et endovasculaires dans le cancer primaire du foie et les métastases hépatiques.
5. Identifier les indications de la radiothérapie stéréotaxique et des traitements percutanés et endovasculaires dans le carcinome rénal primaire.
6. Évaluer les bénéfices de la radiothérapie stéréotaxique des métastases osseuses NON vertébrales.

## OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

### Session des résidents

À la fin de cette activité d'apprentissage, vous serez en mesure de :

- Décrire les différents projets de recherche en radio-oncologie présentés par les résidents, externes et moniteurs cliniques.
- Dégager les points forts et les limitations des projets présentés.
- Déterminer l'impact potentiel des résultats de ces études sur sa propre pratique clinique.
- Discuter, avec ses pairs, de futures questions de recherches suscitées par les différentes présentations.

### Crise climatique, santé et radio-oncologie carboneutre

À la fin de cette activité et selon les évidences scientifiques actuellement disponibles, vous serez en mesure de :

- Définir la crise climatique et le concept de carboneutralité.
- Analyser les raisons pour lesquelles l'OMS qualifie la crise climatique de "la plus grande menace pour la santé à laquelle l'humanité est confrontée".
- Proposer des stratégies concrètes pour décarboner les soins de santé tout en améliorant leur qualité.
- Identifier des pistes de solution pour réduire l'empreinte carbone en radio-oncologie.

### Cancer de la vessie : prise en charge multidisciplinaire

À la fin de cette activité et selon les évidences scientifiques actuellement disponibles, vous serez en mesure de :

- Réviser les normes et standards actuels de la prise en charge du cancer invasif de la vessie.
- Sélectionner les patients atteints de cancer invasif de la vessie pouvant bénéficier d'une préservation vésicale à l'aide d'une approche multimodalité.
- Discuter, dans un contexte d'une approche multidisciplinaire, des indications et modalités de la radiothérapie dans la prise en charge du cancer invasif de la vessie.
- Planifier la chronologie des traitements du cancer invasif de la vessie.

### Radiothérapie stéréotaxique hépatique : spécificités cliniques et techniques

À la fin de cette activité et selon les évidences scientifiques actuellement disponibles, vous serez en mesure de :

- Reconnaître les indications de traitement pour les tumeurs primaires et les métastases hépatiques.
- Identifier les particularités liées à la planification par SBRT des tumeurs hépatiques.
- Rappporter les bénéfices escomptés du traitement par SBRT des tumeurs primaires et métastases hépatiques.

### Radiothérapie stéréotaxique du carcinome rénal primaire

À la fin de cette activité et selon les évidences scientifiques actuellement disponibles, vous serez en mesure de :

- Dédire, à travers les données de la littérature, les indications de radiothérapie stéréotaxique du carcinome rénal primaire.
- Résumer les spécificités dosimétriques des traitements stéréotaxiques du carcinome rénal primaire.
- Évaluer la sécurité d'un traitement par SBRT du carcinome rénal primaire dans un contexte de rein unique.
- Planifier les modalités de suivi des patients traités post-radiothérapie stéréotaxique d'un carcinome rénal primaire.

### Traitements loco-régionaux des tumeurs hépatiques et rénales en radiologie interventionnelle

À la fin de cette activité et selon les évidences scientifiques actuellement disponibles, vous serez en mesure de :

- Examiner les différentes techniques de traitements percutanés et loco-régionaux des cancers du rein et des tumeurs hépatiques en radiologie interventionnelle.
- Analyser les indications et contre-indications spécifiques à chaque technique de radiologie interventionnelle pour le traitement des tumeurs rénales et hépatiques.
- Évaluer les résultats cliniques et les complications associées aux interventions de radiologie interventionnelle dans le contexte du traitement des tumeurs rénales et hépatiques, en mettant l'accent sur l'efficacité et la sécurité des procédures.

### Radiothérapie stéréotaxique des métastases osseuses non vertébrales

À la fin de cette activité et selon les évidences scientifiques actuellement disponibles, vous serez en mesure de :

- Reconnaître les indications de la radiothérapie stéréotaxique des métastases osseuses non vertébrales
- Décrire les bénéfices de la radiothérapie stéréotaxique des métastases osseuses non vertébrales
- Identifier les risques de complications de la radiothérapie stéréotaxique des métastases osseuses non vertébrales

# AROQ – PROGRAMME SCIENTIFIQUE

## SAMEDI 25 MAI 2024

- 7:00 à 8:00 Petit-déjeuner
- 8:00 à 8:15 Mot de bienvenue et ouverture du congrès  
Selma Mehiri, MD, présidente du congrès
- 8:15 à 9:15** **Session des résidents**  
Modératrice : Nancy El Bared, MD
- 9:15 à 10:15** **Crise climatique, santé et radio-oncologie carboneutre**  
Conférenciers : Dr Stephen Williams  
Anesthésiologiste, CHUM  
Dr Philip Wong  
Radio-oncologue, Princess Margaret Cancer Centre, Toronto  
*Modératrice : Maroie Barkati, MD*
- 10:15 à 10:30 Pause et visite des kiosques
- 10:30 à 11:15** **Cancer de la vessie : prise en charge multidisciplinaire**  
**Bladder-Preserving Trimodality Therapy for Muscle-Invasive Bladder Cancer: Current State of the Art**  
Conférencier : Jason Efstathiou, MD  
Radio-oncologue, Massachusetts General Hospital, Boston
- 11:15 à 11:45** **Role of systemic therapy in bladder sparing therapy**  
Conférencier : Ramy Saleh, MD  
Hémato-oncologue, CUSM
- 11:45 à 12:00** **Discussion générale**  
*Modérateurs : Peter Vavassis, MD et James Tsui, MD*
- 12:15 à 13:30 Lunch / Assemblée générale annuelle AROQ [activité associative]  
Lunch pour les résidents et les exposants
- 13:30 à 14:10** **Radiothérapie stéréotaxique hépatique : spécificités cliniques et techniques**  
Conférencière : Elizabeth Guimond, MD  
Radio-oncologue  
CHU de Québec
- 14:10 à 14:50** **Radiothérapie stéréotaxique du carcinome rénal primaire**  
Conférencier : Patrick Cheung, MD  
Radio-oncologue  
Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto
- 14:50 à 15:20** **Traitements loco-régionaux des tumeurs hépatiques et rénales en radiologie interventionnelle**  
Conférencier : Ricardo Amaral, MD  
Radiologue d'intervention  
CHUM
- 15:20 à 15:30** **Discussion générale**  
*Modérateurs : Laurence Bernier, MD et Hugo Villeneuve, MD*
- 15:30 à 16:00 Pause et visite des kiosques
- 16:00 à 16:45** **Radiothérapie stéréotaxique des métastases osseuses non vertébrales**  
Conférencier : Patrick Cheung, MD  
Radio-oncologue  
Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto  
*Modérateurs : Laurence Bernier, MD et Hugo Villeneuve, MD*
- 16:45 à 17:00 Mot de la présidente de la SFRO, Pre Véronique Vendrely  
Remise du prix du concours des résidents, Nancy El Bared, MD  
Mot de clôture, Selma Mehiri, MD, présidente du congrès
- 17:00 à 19:00 Cocktail de l'AROQ



# SESSION DES RÉSIDENTS - CONCOURS

## SAMEDI 25 MAI – 8:15

Présentateur : Colin Belliveau, résident III, Université de Montréal

Belliveau C.1, Saad F. 2, Duplan D.3, Petit C.4, Delouya G.1, Daniel T. 1, Barkati M.1, Lambert C.1, Beauchemin M.C.1, Clavel S.3, Mok G.3, Igidbashian L.3, Nguyen T.V. 5, McLaughlin P.Y. 6, Keu K.V. 7, DaSilva J.8, Juneau D.9, Ménard C.10

1. Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, Radiation-Oncology, Montréal, Canada,
2. Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, Urology, Montréal, Canada,
3. Centre Intégré de Santé et de Services Sociaux de Laval, Radiation-Oncology, Laval, Canada,
4. Institut Paoli Calmettes, Radiothérapie, Marseille, France,
5. Hôpital de Charles-Le Moyne, Radiation-Oncology, Longueuil, Canada,
6. Hôpital de Gatineau, Radiation-Oncology, Montréal, Canada,
7. Hôpital de la Cité-de-la-Santé, Nuclear Medicine, Laval, Canada,
8. Centre de Recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, Radiochimie et cyclotron, Montréal, Canada,
9. Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, Nuclear Medicine, Montréal, Canada,
10. Centre de Recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, Radiation-Oncology, Montréal, Canada

## PSMA-PET/CT-Guided Intensification of Salvage Radiotherapy after Prostatectomy: Un essai contrôlé randomisé de phase 2.

### INTRODUCTION et OBJECTIFS

Déterminer si l'intensification de la radiothérapie de rattrapage guidée par la TEP-PSMA (PSMAiSRT) après la prostatectomie radicale (PR) améliore la survie sans progression (SSP).

### MATÉRIAUX et MÉTHODES

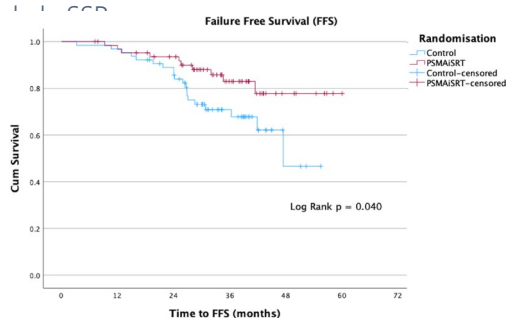
Entre mai 2018 et février 2021, 128 sujets présentant une récurrence biochimique (RB) après une PR prévue pour une radiothérapie de rattrapage (RR) ont été inclus dans le stratum post-PR d'un essai multicentrique contrôlé randomisé de phase II (cmRCTNCT03525288). Les patients ont été randomisés 1:1 à une RR standard vs. à une TEP-PSMA au 18F-DCFPyL avec une RR intensifiée, dirigée aux nouveaux sites de la maladie identifiés. L'analyse de l'objectif principal de SSP a été mesurée à partir du dernier jour de radiothérapie (RT) jusqu'à la date de RB (nadir + 0,2 ng/mL), de récurrence locorégionale, de métastase à distance, de l'initiation de la prochaine ligne de traitement ou du décès de toute cause, selon ce qui s'est produit en premier. Les patients sans événements ont été censurés à leur dernière date de suivi connue. Des modèles de régression de Cox (CR) et de Kaplan-Meier (KM) ont été réalisés pour l'analyse

### RÉSULTATS

Les bras d'étude étaient équilibrés avec un APS médian de 0,3 ng/ml (0,1-3). Une RR intensifiée a été administrée chez 33/64 patients imagés (28% d'ajout de radiothérapie pelvienne, 3% d'ajout de radiothérapie dirigée vers les métastases, 30% surimpression des ganglions lymphatiques, 23% surimpression du lit prostatique). L'utilisation de l'hormonothérapie adjuvante était équilibrée dans les deux bras (86% contrôle vs 84% PSMAiSRT). À un suivi médian de 37 mois, la PSMAiSRT a amélioré les résultats de SSP (contrôle 20 événements vs PSMAiSRT 10 événements ; log rank = 0,04 ; HR = 0,46, IC à 95% 0,21-0,98). À ce jour, il n'y a pas de différences dans la survie sans métastases (4 événements dans le groupe témoin contre 5 événements dans le groupe PSMAiSRT) et dans la survie globale (un décès dans chaque groupe).

### CONCLUSION

Notre étude démontre une amélioration des résultats de contrôle du cancer de la prostate avec l'intensification de la RR informée par la TEP-PSMA dans une cohorte moderne avec une utilisation fréquente de la HT adjuvante. Compte tenu de l'accès variable à la TEP-PSMA, les patients prévus pour une RR après une PR devraient être prioritaires pour y accéder compte tenu de son impact. Un essai de phase III (NCT04557501) a terminé son recrutement et nous permettra de déterminer qui bénéficiera le plus de la PSMAiSRT.



# SESSION DES RÉSIDENTS - CONCOURS

## SAMEDI 25 MAI – 8:25

Présentateur : Brandon Morales, Résident 3, Université Laval

Brandon Morales MD <sup>a,b,c</sup>, Damien Carignan PhD <sup>a,b</sup>, Philippe Després PhD <sup>b,d,e</sup>, William Foster MD <sup>a,c</sup>, André-Guy Martin MD, MSc <sup>a,b,c</sup>, Eric Vigneault MD, MSc <sup>a,b,c</sup>

- <sup>a</sup> Centre de Recherche du CHU de Québec-Université Laval
- <sup>b</sup> Centre de Recherche sur le Cancer de l'Université Laval
- <sup>c</sup> CHU de Québec-Université Laval, Service de Radio-Oncologie
- <sup>d</sup> Faculté des Sciences et de Génie de l'Université Laval, Département de Physique, Génie Physique et Optique
- <sup>e</sup> Centre de Recherche de l'Institut Université de Cardiologie Pneumologie de Québec

Funding source: this work was entirely supported by the image-guided brachytherapy research chair held by Dr Vigneault.

### Predictors of the risk of metastasis and death in Prostate Cancer treated with HDR boost

---

#### PURPOSE

Prostate cancer (PCa) is a global health concern. Effective risk stratification is essential for treatment decisions and potential outcomes in higher-risk PCa. Many tools exist for risk stratification, yet they were developed to predict surrogate endpoints, and have not been validated in patients treated with high dose-rate (HDR) brachytherapy. Recently, the CAPRA score and the 5-tier NCCN system emerged as refined prognostic tools. While both identify overlapping high-risk PCa populations, discrepancies in their prognostic outcomes have been observed. Currently, androgen receptor-axis targeted therapy use is limited to the NCCN classification. We report the outcomes of high-risk PCa, initially classified according to the 3-tier NCCN classification system and treated with external beam radiation therapy (EBRT), HDR boost, and androgen deprivation therapy (ADT). Our study aims to validate both tools and compared them as predictive tools of metastasis and death in this population.

#### METHODS

We included 471 high-risk PCa patients treated with EBRT, HDR-BT, and ADT between 1999 and 2018. Their clinical characteristics, treatments received, and outcomes were retrospectively analyzed. We conducted competing-risk survival analyses to compare individuals with CAPRA scores <6 versus ≥6 for biochemical relapse (BCR) and metastasis incidence and assessed overall survival using Kaplan-Meier analysis. The same analyses were applied to the 5-tier NCCN stratification, comparing high vs. very-high risk groups. ROC curve analyses were used to assess the predictive abilities of both systems

#### RESULTS

Patients' median age was 71 years, with a median follow-up of 72 months (IQR 46-90). The cohort received an EQD2 of 74 Gy or greater, with a median EQD2 of 107 Gy (IQR 98-110 Gy) and median ADT use of 24 months (IQR 12-36 months). Both a CAPRA score ≥6 and belonging to the NCCN very high-risk group were associated with BCR, with sHRs of 3.04 (p=0.015) and 2.53 (p=0.013), respectively. The higher CAPRA score yielded a sHR of 2.60 for metastasis incidence, almost reaching significance (p=0.094), whereas the NCCN showed a sHR of 2.71(p=0.037). For 10-year OS, having a CAPRA score ≥6 and belonging to the NCCN very-high-risk group had similar HRs of 2.11 (p=0.005) and 2.10 (p=0.002) for mortality. The ROC analysis revealed consistent AUC values around 0.6 for both tools, not reaching statistical significance in either case

#### CONCLUSIONS

High-risk PCa patients benefit from further stratification using the CAPRA score or the 5-tier NCCN stratification system. Patients with a CAPRA score ≥6 and those classified as very high risk by the NCCN had a higher risk of BCR, metastasis, and death. Given the comparable performances of both tools on clinically relevant outcomes, the choice between them may rely on institutional preferences. While patient subset significantly overlap, access to treatment intensification is based solely on NCCN classification.

# SESSION DES RÉSIDENTS

## SAMEDI 25 MAI – 8:35

Présentateur : Anthony Caron, étudiant 4<sup>e</sup> année, Université de Sherbrooke

Anthony Caron<sup>‡</sup>, Marc-Émile Plourdet, Guy-Anne Turgeon<sup>†</sup>, Sawyna Provencher<sup>†</sup>, Héroïse Lavoie-Gagnont, Daniel Amzallag<sup>+\*</sup>, Isabelle Soucy<sup>†</sup>, Samuel Lemaire-Paquette<sup>°</sup>, Myriam Bouchard<sup>†</sup>

<sup>†</sup> Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke

<sup>‡</sup> Université de Sherbrooke

<sup>\*</sup> Jewish General Hospital

<sup>°</sup> Centre de Recherche du Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke

## Expérience monocentrique de 5 ans en SABR à fraction unique pour le traitement du cancer pulmonaire non à petites cellules

### INTRODUCTION

La radiothérapie stéréotaxique à fraction unique (SABR-FU) est reconnue comme option de traitement pour le cancer pulmonaire non à petites cellules (CPNPC) de stade I. Cependant, des préoccupations concernant sa toxicité et son efficacité limitent encore son utilisation. Nous présentons ici notre expérience avec la SABR-FU délivrant jusqu'à 34 Gy pour le CPNPC périphérique, ayant pour hypothèse que les résultats de toxicités et de contrôle de la maladie sont similaires aux fractionnements plus traditionnels.

### MÉTHODE

Étude rétrospective de 203 patients traités par SABR-FU totalisant 230 lésions de CPNPC entre mai 2018 et mai 2023. Suivi minimal de 6 mois. Avec approbation du comité d'éthique, nous avons analysé les caractéristiques des patients et du cancer, les toxicités, les sites de rechute, la survie sans progression (PFS), la survie spécifique au cancer (CSS) et la survie globale (OS). Taux de survie évalués à l'aide des courbes de Kaplan-Meier et comparaisons entre sous-groupes faites avec le test du log-rank.

### RÉSULTATS

La durée médiane [IQR] de suivi était de 28,1 mois [20,3 - 35,9] avec un âge médian de 74 ans [68-79]. Les lésions analysées incluaient des stades I-II (91,3%) et oligométastatique (8,7%). Un diagnostic pathologique a été obtenu dans 30,6% des cas. Les raisons pour omettre la biopsie étaient une fonction respiratoire insuffisante (39,8%), un refus du patient (13,3%) et autres (46,9%). La taille médiane de la tumeur était de 1,4 cm (range 0,5 - 4,2 cm). Les doses administrées étaient < 30 Gy (13,5%), 30 Gy (54,8%) ou 34 Gy (31,7%). 91 lésions (40,6%) avaient un ITV situé ≤ 0,5 cm de la paroi thoracique. Des douleurs thoraciques ont été signalées dans 10,5% des cas, avec 4,5% de grade 2 et aucune de grade >3. Des fractures de côtes sont survenues dans 3,2% des cas. Les toxicités pulmonaires étaient limitées à 3,2% de grade 2 et 0,9% de grade 3, sans grade >3. Les taux de contrôle local, régional et à distance à 2 ans étaient respectivement de 94,0%, 94,8% et 93,3%. La PFS médiane était de 39,2 mois, avec des taux de PFS, OS et CSS à 2 ans respectivement de 66,7%, 75,0% et 85,6%. Les prédicteurs de contrôle local étaient un SUV max faible (p = 0,05) et une dose ≥ 30 Gy (p = 0,008), mais aucune différence significative n'a été démontrée entre 30 et 34 Gy (p = 0,4). Le pourcentage de récurrence locale pour les lésions recevant < 30 Gy, 30 Gy et 34 Gy étaient respectivement de 19%, 3% et 5,7%. Le contrôle local ne variait pas significativement selon la localisation de la tumeur, le statut prouvé par biopsie ou l'histologie.

### CONCLUSION

Cette expérience de 5 ans confirme que la SABR-FU pour le CPNPC périphérique est une option de traitement avec un profil de toxicité favorable et un contrôle efficace de la maladie. Elle souligne l'importance d'une dose d'au moins 30 Gy pour optimiser les chances de contrôle local. Le faible taux de diagnostic pathologique du cancer peut avoir contribué aux résultats oncologiques favorables.

# SESSION DES RÉSIDENTS

## SAMEDI 25 MAI – 8:45

Présentateur : Nuzha Noorah, étudiant 3<sup>e</sup> année, Université de Montréal

Noorah Nuzha<sup>1,2</sup>, Campeau Marie-Pierre MD<sup>2</sup>, Delouya Guila MD<sup>2</sup>, Donath David MDCM<sup>2</sup>, Létourneau Richard MD<sup>3</sup>, Aubin Francine MD<sup>2</sup>, Roberge David MD<sup>2</sup>.

1. Faculté de Médecine, Université de Montréal.
2. Département de Radiologie, Radio-oncologie et Médecine Nucléaire, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal.
3. Département de Chirurgie Hépatobiliaire et Pancréatique, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal.

### L'Utilisation de la Radiothérapie « Short-Course » dans le Traitement Néoadjuvant du Cancer du Pancréas de type Borderline : Une Analyse Rétrospective.

---

#### INTRODUCTION

Nous avons remplacé notre régime de radiothérapie sur 5 semaines par un régime de 25 Gy hypofractionné sur 5 jours (« short-course ») dans le traitement néoadjuvant du cancer du pancréas de type borderline (BR-PDAC) durant la pandémie. Nous rapportons, ci-dessous, notre évaluation rétrospective de ce régime.

#### MÉTHODE

Les cas de BR-PDAC jugés aptes pour une chirurgie visé curative traités par radiothérapie short-course dans le cadre d'un régime de chimioradiothérapie néoadjuvante ont été analysés rétrospectivement. Les patients ont été traités avec une technique IMRT/IGRT à une dose de 25Gy en 5 visant la maladie visible avec une marge. La survie globale (SG) a été estimée en utilisant la méthode de Kaplan Meier.

#### RÉSULTATS

Au total, 34 patients [hommes (n, %) = 19, 56 %] ont été identifiés avec un âge moyen au diagnostic de 66 ans [médiane = 68 (49-79)]. Tous les patients ont procédé à la chirurgie, 4 n'ont pas eu de résection - 3 à cause de carcinose et 1 à cause d'une infiltration tumorale locale extensive. Onze, 18 et 4 patients avaient un ECOG pré-RT de 0, 1 et 2+ respectivement. La majorité [n, % (28, 82 %)] ont reçu mFOLFORINOX comme chimiothérapie néoadjuvante avec une médiane de 7 cycles. Parmi les 30 patients qui ont eu une résection pancréatique, 25 ont eu une résection R0. La durée médiane entre la fin de la RT et la chirurgie était de 27 jours. Les complications postopératoires de haut grade comprenaient une crise épileptique et un mort secondaire à une encéphalopathie anoxique. Lors du dernier suivi, 15 (44 %) patients avaient récidivé. Le contrôle local était de 82 %. La survie globale médiane depuis le diagnostic est estimée à 26 mois [IC à 95 % : (24, non atteint)] (SG médiane post RT, 16 mois [IC à 95 % : (9, non atteint)]).

#### CONCLUSION

Une radiothérapie néoadjuvante de « short course » à dose modeste a été bien tolérée et a conduit à un taux élevé de résection R0 pour le BR-PDAC. La survie globale et le contrôle local sont encourageants. Le régime optimal pour le BR-PDAC reste incertain, tout comme le rôle de la radiothérapie.

# SESSION DES RÉSIDENTS

**SAMEDI 25 MAI – 8:55**

Présentateur : Philippe Harris, étudiant 2e année, Université de Montréal

Philippe Harris<sup>a</sup>, Marc Gaudet<sup>b</sup>, Lilia Naoun<sup>c</sup>, May Abdel-Wahab<sup>d</sup>, Jean-Marc Bourque<sup>e</sup>

<sup>a</sup> Université de Montréal, Canada

<sup>b</sup> Département de radio-oncologie, Université d'Ottawa, Canada

<sup>c</sup> Département de radio-oncologie, Badji Mokhtar – Annaba University, Algeria

<sup>d</sup> Directrice de la Division de santé humaine, Agence internationale d'énergie atomique (IAEA), Vienne, Autriche

<sup>e</sup> Département de radio-oncologie, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Université de Montréal, Canada

## **Évaluation des besoins en radiothérapie dans les pays francophones à revenu faible ou intermédiaire : surmonter les barrières linguistiques pour des soins équitables contre le cancer**

### **OBJECTIF (1)**

Le cancer touche de manière disproportionnée les populations des pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI), où les ressources, dans l'ensemble du continuum de soins oncologie, sont limitées. La radiothérapie (RT) joue un rôle crucial dans le traitement, avec une utilisation potentielle dans plus de la moitié des cas de cancer. Cependant, les barrières linguistiques entravent souvent les partenariats avec certains PRFI et les sociétés scientifiques communiquent principalement en anglais. Cependant, le Canada compte de nombreux experts francophones et bilingues en cancérologie qui pourraient potentiellement aider.

### **OBJECTIF (2)**

Ce projet vise à évaluer les besoins, les lacunes actuels et futures dans les ressources de radiothérapie propres aux PRFI francophones.

### **MATÉRIEL ET MÉTHODES**

Une base de données de 89 pays francophones a été compilée, y compris des pays associés à l'Organisation internationale de la Francophonie. Les recoupements avec les groupes de revenu de la Banque mondiale ont permis d'identifier les pays francophones à revenu faible ou intermédiaire. Les données démographiques ont été extraites du Fonds des Nations Unies pour la population et des informations sur les infrastructures de RT disponibles ont été obtenues à partir du Répertoire des centres de radiothérapie de l'Agence internationale de l'énergie atomique. Les données sur l'incidence et la prévalence du cancer proviennent du Centre international de recherche sur le cancer de l'Organisation mondiale de la Santé, GLOBOCAN 2020. Des projections pour les cas de cancer et les besoins en RT ont été déterminées pour 2030 et 2040.

### **RÉSULTATS**

Trente-cinq pays ont été identifiés comme des PRFI francophones. Le fardeau projeté du cancer devrait augmenter de 20,99 % (2020 à 2030) et de 44,70 % (2020 à 2040) du nombre de cas présentant des indications de RT. La proportion de patients pouvant potentiellement bénéficier de RT a été fixée à 50 %, ce qui, selon nos projections, entraînera une augmentation de la demande d'unités de RT de 16,05 % (2020-2030) et de 34,75 % (2020-2040). Cependant, actuellement, le nombre moyen d'unités de RT pour 1000 cas est faible à 0,51 dans les PRFI ayant accès à des infrastructures de RT, ce qui est nettement inférieur aux cibles de 2 unités pour 1000 cas. Quatorze autres PRFI francophones n'ont toujours pas de capacité de RT.

### **CONCLUSION**

Les PRFI francophones font face à une pénurie importante d'infrastructures de radiothérapie. Bien qu'il existe plusieurs programmes et organismes d'enseignement pour améliorer la capacité de radiothérapie dans les PRFI, bon nombre d'entre eux fonctionnent principalement en anglais. Les efforts visant à remédier à cette disparité doivent accorder une priorité aux considérations linguistiques lors de l'élaboration des stratégies et de l'affectation des ressources. Compte tenu de son statut francophone, le Québec est dans une position de choix pour contribuer à certaines de ces initiatives.



# SESSION DES RÉSIDENTS - SFRO

## SAMEDI 25 MAI – 9:05

Présentateur : Chloé Buchalet, Institut du Cancer de Montpellier (Gagnante SFRO 2023)

Chloé Buchalet, Catherine Durdux

### Radiothérapie des tumeurs thoraciques solides rares de l'adulte

---

#### RÉSUMÉ

Les tumeurs thoraciques regroupent plus d'une centaine de sous types histopathologiques. Les tumeurs thoraciques rares peuvent être définies comme un sous type représentant moins de 1% de l'ensemble des tumeurs thoraciques. Le projet Européen RARECARE (European Rare Cancer Surveillance Project) a défini une tumeur rare comme présentant une incidence inférieure à 6 pour 100 000 personnes. Les modalités de traitement de ces tumeurs incluent la chirurgie, la radiothérapie et les traitements systémiques. Il s'agit de discuter de la place de la radiothérapie dans la prise en charge des tumeurs thoraciques rares de l'adulte selon leur compartiment anatomique : parenchyme pulmonaire, médiastin, système vasculaire, paroi thoracique et cavité pleurale.

# ACCRÉDITATION

La présente activité est une activité de formation collective agréée (section 1) au sens que lui donne le programme de Maintien du certificat (MDC) du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ainsi qu'une activité de développement professionnel reconnue (catégorie A) au sens que lui donne le Collège des médecins du Québec. Cette activité a été approuvée par la direction de Développement professionnel continu de la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

Vous pouvez déclarer un maximum de 6,5 heures en section 1 / activité de développement professionnel reconnue (catégorie A). Les participants doivent réclamer un nombre d'heures conforme à la durée de leur participation.

## Liens pour évaluation

25 mai :  
[https://fr.surveymonkey.ca/r/AROQ\\_25mai2024](https://fr.surveymonkey.ca/r/AROQ_25mai2024)

## REMERCIEMENTS

La tenue de cette activité est rendue possible grâce à la cotisation des membres de l'Association des radio-oncologues du Québec.

L'AROQ tient à remercier les exposants qui contribuent au succès de ce congrès :

### Catégorie OR

- **Johnson & Johnson**
- **TerSera**

### Catégorie ARGENT

- **Abbvie**

### Catégorie BRONZE

- **AstraZeneca**
- **Bayer**
- **Elekta**
- **Tolmar**
- **Varian**

L'AROQ souligne aussi la présence de la  
Fondation québécoise du cancer