



Radiothérapie





Radiothérapie

Coucouuu, cours plutôt long mais super facile après votre première lecture, les choses les plus importantes se retiennent rapidement. C'est hyper concret, ça s'applique direct aux dispositifs médicaux actuels woouoooo !! Si certaines pages ont l'air très lourde/longue, c'est parce que j'veux que vous ayez toutes les infos d'une même partie sur la même page pour que ce soit plus pratique pour les retrouver plus tard !!!

I. DEFINITIONS ET INDICATIONS DE LA RADIOThERAPIE

Définition : utilisation médicale des **rayonnements ionisants** (RI) avec un objectif thérapeutique, donc dans le but de soigner ou de guérir.

On va l'utiliser pour **traiter le cancer** par exemple ou la **douleur** (utilisation antalgique), ou parfois de manière plus rare pour un **traitement anti-inflammatoire**.

Indications de la radiothérapie en oncologie : arme majeure dans le traitement du cancer : la principale utilisation de la radiothérapie reste la cancérologie/oncologie et environ **60%** des patients qui ont un cancer feront de la RT.

☀ Un cancer est une **accumulation de cellules tumorales**, qui présentent des caractéristiques telles que :

- des **aberrations génétiques**
- une **prolifération infinie**
- une **immortalité**
- la capacité de donner des **métastases** (localisation à distance = envahissement dans une autre partie du corps)

☀ Face au cancer, on dispose de 3 armes principales :

- la **chirurgie** : résection réalisée principalement lorsque la tumeur est localisée
 - la **chimiothérapie** : traitement systémique qu'on utilise plutôt sur les cancers avancés ou métastatiques, et qui va diffuser dans tout l'organisme pour traiter l'ensemble des métastases.
 - la **radiothérapie** : ciblée sur 1 seul site, elle peut parfois remplacer la chirurgie ou la suivre.
- On l'utilise également en cas de récidive lorsqu'il y a une métastase unique ou sur les plus douloureuses lorsqu'il y en a plusieurs pour limiter la douleur.

II. BASES RADIOBIOLOGIQUES

a) Rappel sur les RI

Les rayonnements ionisants sont des rayonnements capables de créer des **ionisations** dans la matière en **arrachant des électrons** des atomes des molécules du milieu traversé. Ils ont une durée d'action très brève, de l'ordre de 10^{-16} secondes.

Rayonnements électromagnétiques

Ce sont des ondes qui transportent une quantité d'énergie directement liée à la longueur d'onde. Ces ondes se propagent à la **vitesse de la lumière** dans le vide.

Pour être ionisantes, ces ondes doivent transporter une énergie suffisante pour pouvoir **arracher un électron** du cortex électronique, ou à minima capables de produire une excitation du cortège avec passage d'un électron d'une orbitale interne à une orbitale externe.

Les rayonnements électromagnétiques qui sont ionisants sont les **RAYONS X** et les **RAYONS GAMMA**.



Rayonnements corpusculaires (particulaires)

Ce sont des rayonnements qui ont une **masse**, et parfois une **charge**. Un des exemples est la particule **α** , qui est très peu pénétrante et très ionisante, car elle est à la fois lourde et chargée sur le plan électrique.

Il y a aussi les **électrons**, qui sont moins lourds mais également chargés, et qui sont moyennement pénétrants, et d'autres rayonnements = corpusculaires comme les **protons** ou les **neutrons**.

Les RI vont avoir divers effets biologiques sur les tissus : effets moléculaires, cellulaires et tissulaires

b) Effet des RI

Effets moléculaires (voir cours radiobiologie)

C'est la première étape du processus, qui peut se faire par effets directs ou indirects :

- Mécanisme **direct** par créations d'ions moléculaires oxydants
- Mécanisme **indirect** par radiolyse de l'eau

MÉCANISME DIRECT PAR CRÉATIONS D'IONS MOLÉCULAIRES OXYDANTS

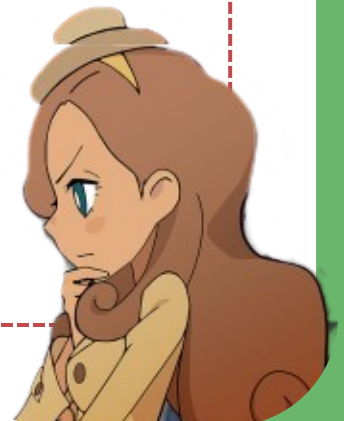
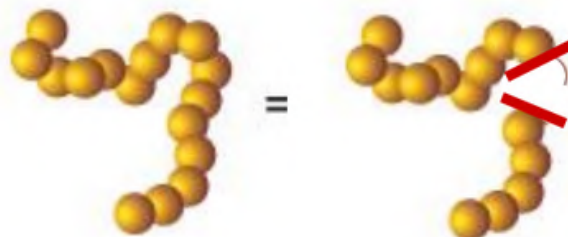
Le rayonnement incident va **directement** arracher un **électron** à une molécule pour la transformer en **ion** moléculaire. Puisque la molécule a perdu un électron, elle est donc chargée **positivement** : c'est un **cation**.

Autre mécanisme direct : le rayonnement peut ne pas arracher l'électron mais **transférer** son énergie à un des atomes de la molécule, qui est lié aux autres atomes par des liaisons covalentes.

Le fait de transférer l'énergie du RI sur cet atome va le faire passer à un **état excité**. Il va revenir à l'**état fondamental** par une rupture d'une des **liaisons covalentes** avec les autres atomes.

Cela aura pour conséquence de scinder la molécule initiale **en deux**, en créant deux entités moléculaires distinctes avec chacune un électron non apparié. Ce sont des **radicaux libres**.

On va donc avoir à la fois une perte de fonction de la molécule initiale et la création de 2 radicaux libres. Ce sont des ions moléculaires avec une très haute réactivité chimique (due à leur **électron non apparié**) et qui ont la capacité d'altérer d'autres molécules.



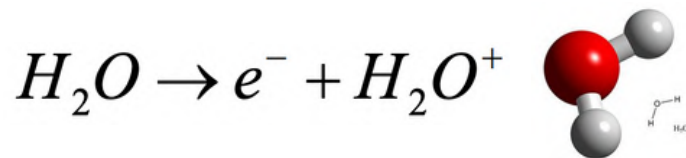


MÉCANISME INDIRECT PAR RADIOLYSE DE L'EAU

Cet effet indirect est très important, car **70%** du corps humain est composé de molécules d'eau. Il va notamment être très utilisé en **radiothérapie** pour le traitement et la destruction des cellules cancéreuses.

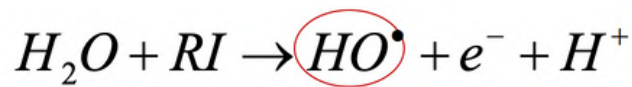
Quand le RI arrive sur la molécule d'eau, cela va induire sa **radiolyse**, ce qui va aboutir :

→ Soit à une **ionisation** de la molécule d'eau, ce qui donne un électron et une molécule de H_2O^+ avec une charge positive. C'est un effet réducteur.



→ Soit une **rupture covalente** de la molécule d'eau. Le RI transfère son énergie à un des atomes de la molécule d'eau, et on a une rupture de liaison covalente entre l'atome d'**oxygène** et l'atome d'**hydrogène**. On a alors la formation de **radicaux libres** très fugaces et très **réactifs**, avec une scission en :

- Un **radical hydroxyle** $HO\cdot$ extrêmement ionisant, très oxydant
- Un **électron expulsé** e^-
- Un **ion hydrogène** H^+

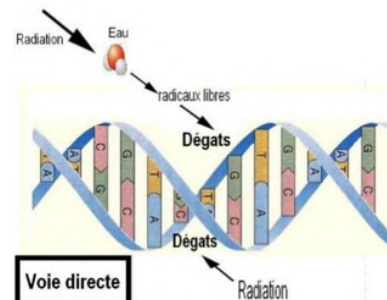
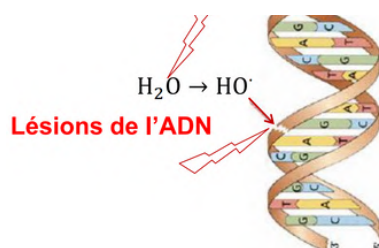


Radical hydroxyle (très oxydant)

Comme pour le mécanisme physico-chimique que l'on vient de voir, l'effet moléculaire des RI peut aussi être **direct** ou **indirect**.

On va décrire des lésions d'ADN :

- **Directs** : (30%) +++ le RI va directement interagir et léser une molécule d'ADN
- **Indirect** : (70%) +++ on passe par une première étape de formation de **radicaux libres** (par scission d'une molécule en deux), qui vont dans un deuxième temps aller léser l'ADN. Cette première étape passe par une molécule qui est la plupart du temps de l' H_2O , avec formation du **radical hydroxyle** $HO\cdot$
- En RT, on utilise essentiellement l'**action indirecte**



ATTENTION : Le radical hydroxyle $HO\cdot$ n'a ni gagné ni perdu d'électron, il a seulement un électron qui n'est pas apparié. Ce n'est donc **pas un ion**, mais il est néanmoins **très réactif**, avec une demi-vie très courte. Il ne faut pas confondre le radical hydroxyle avec l'**anion hydroxyde** OH^- qui lui a gagné un électron, d'où sa charge négative, mais pour lequel tous les électrons du cortège sont appariés. Il est donc beaucoup **moins réactif** que le radical hydroxyle $HO\cdot$.



EFFETS MOLÉCULAIRES INDIRECTS

En RT, on les utilise beaucoup pour détruire les cellules tumorales.

La présence d'oxygène pour ces effets moléculaires est extrêmement importante pour que les RI fassent des dégâts maximums sur les tissus tumoraux. **L'oxygène est un radiosensibilisant majeur** ⁺⁺⁺. On appelle ça l'effet oxygène.

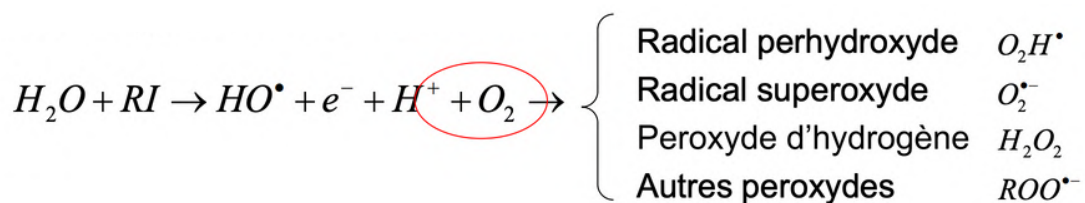
En effet, la radiolyse de l'eau par un RI va donner :

Un **radical hydroxyle** HO^\bullet (qui est une espèce chimique possédant un électron célibataire non apparié, et donc extrêmement réactif)

Un **électron libre** e^-

Un **ion H^+** , qui est également un proton

Si on rajoute la présence d'oxygène, ces 3 produits de la radiolyse vont pouvoir réagir avec l'oxygène et aboutir à la formation de nouveaux radicaux **extrêmement réactifs** :



Ces **peroxydes**, ce sont des molécules oxydantes extrêmement puissantes, et surtout avec une longue durée de vie. Elles vont avoir vraiment le temps de réagir et d'altérer d'autres molécules des cellules et des tissus.

Ainsi, les radicaux libres issus de la radiolyse de l'eau, qui ont initialement une durée de vie très brève, vont pouvoir se **combiner** avec l'oxygène et se transformer en radicaux libres de longue durée de vie, et donc beaucoup plus toxiques pour les tissus.

En RT, on veut faire le plus de dégâts possibles sur les cellules des tissus tumorales, donc la **présence d'oxygène** est très importante.

On va notamment voir que cet effet oxygène va s'observer dans le temps puisque la RT est généralement constituée de plusieurs irradiations successives dans le temps de la lésion tumorale.

A chaque fois que l'on fait une irradiation, on a une **destruction partielle** des cellules tumorales, dont l'épaisseur va diminuer, et cela va permettre d'**améliorer l'oxygénation** des cellules tumorales restantes.

Donc lorsque l'on fera une irradiation un peu plus tard dans le temps, comme on a amélioré l'oxygénation des cellules tumorales, cela va **potentialiser cet effet oxygène** et donc **augmenter l'efficacité** de l'irradiation suivante.

→ **Donc cette oxygénation augmente la radiosensibilité du tissu pour la prochaine irradiation.**





EFFETS MOLÉCULAIRES DIRECTS

Les conséquences des RI et de leurs effets moléculaires vont principalement porter sur l'**ADN de la cellule**, avec des ruptures de la **liaison hydrogène** entre les bases nucléiques successives. On va avoir des :

- ⚡ Cassures **simple brin**
- ⚡ Cassures **double brin** (ce sont des ruptures plus complexes)
- ⚡ **Altérations chimiques** des bases A T G C

Par contre, lorsque l'on soumet un tissu à une irradiation externe (c'est la RT), par exemple de 1 Gray (Gy), les lésions **simples brin** certes existent mais sont **moins fréquentes** que de manière spontanée.

En revanche, on a beaucoup **plus** de lésions **double brin** d'ADN suite aux irradiations : elles sont multipliées par **50** par rapport aux lésions spontanées dues au métabolisme cellulaire.

De manière spontanée, les **cassures simple brin** sont assez **fréquentes** et liées aux radicaux oxygénés produits de manière normale par le métabolisme de la cellule. Cependant, nos cellules disposent d'**enzymes de réparation** efficaces qui réparent bien ces lésions **simples brin**. De manière spontanée, les ruptures **double brin** sont plus **rare**s que les cassures simple brin ++

On voit ainsi que les radiations augmentent très nettement le nombre et la fréquence des lésions **double brin** de l'ADN mais ces lésions sont multiples, complexes, et les enzymes de réparation dont dispose la cellule savent beaucoup moins les gérer et seront **dépassées**. C'est à ce moment-là que l'on aboutit aux effets et conséquences cellulaires des RI.

Effets cellulaires des RI

Ces effets cellulaires peuvent être très variés selon le type de cellule irradiée et selon dose d'irradiation reçue :

✦ CELLULE RÉPARÉE :

Des **mécanismes de réparation** peuvent se mettre en place, avec différentes enzymes telles que l'**ADN polymérase**. La cellule réparée retourne donc à un état physiologique. Évidemment, ce n'est pas ce que l'on recherche lorsque que l'on fait de la RT, puisque l'on souhaite la mort cellulaire des cellules cancéreuses.

✦ MORT CELLULAIRE :

L'irradiation est importante et on a de nombreuses **lésions complexes de l'ADN**, de type double brin, qui vont donner des aberrations chromosomiques. Les mécanismes de réparation sont dépassés et donc la cellule va soit programmer sa **mort par apoptose** (*suicide de la cellule*), soit **mourir par nécrose** (*mort accidentelle, si on a vraiment une irradiation très importante qui a fait des agressions structurales ou chimiques majeures dont la cellule ne peut se remettre*). Une fois que la cellule est morte, elle va se désintégrer et être digérée par ses propres enzymes. La mort cellulaire est vraiment l'objectif de la RT.



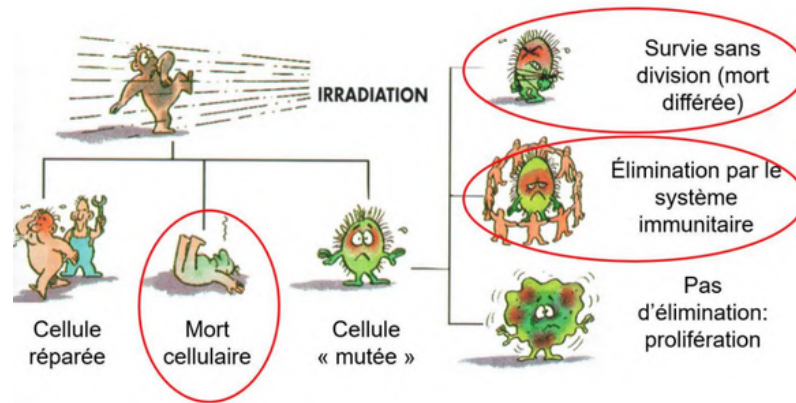
♣ **CELLULE "MUTÉE"** : La cellule persiste, mais avec des **aberrations génomiques**, qui sont liées aux altérations de l'ADN, et notamment aux altérations double brin. Dans le cas où on a la persistance d'une cellule mutée, on a différentes possibilités :

→ Survie sans division : la cellule survit mais ne peut plus se diviser, ou si elle se divise on aura une mort mitotique. La perte des capacités de prolifération est une possibilité très fréquente de la cellule mutée.

→ Élimination par le système immunitaire

→ Pas d'élimination mais prolifération : On aboutit dans ce cas-là à des **cancers**

En RT, on recherche soit la mort cellulaire quasi-immédiate par apoptose ou nécrose, soit la survie de la cellule mais sans division, soit une élimination de la cellule par le système immunitaire.



Effets cellulaires des RI

Sur la tumeur : l'irradiation lors de la RT va entraîner une mort cellulaire des cellules tumorales par apoptose ou nécrose. Le tissu tumoral va alors diminuer de taille pour être remplacé par de la fibrose. (cicatrice fibreuse)

Sur les tissus sains avoisinants : ceux-ci vont aussi recevoir une certaine dose de RI. Cela correspond aux effets secondaires de la RT, qui vont être différents en fonction du temps de renouvellement de ces tissus :

♣ **Tissus à renouvellement court :**

Peau et muqueuses, tissu hématopoïétique

Beaucoup de mitoses

Relativement **radiosensibles**

Réactions précoces en cours et au décours de la RT. Ces réactions précoces vont cependant être assez transitoires.

Récupération complète dans la majorité des cas.

♣ **Tissus à renouvellement long :**

Os, neurones

Moins de mitose, plutôt à un état d'équilibre

Plus **radiorésistants**

Réactions tardives plusieurs mois ou années après l'irradiation

Perte du potentiel de mitose des cellules souches (donc perte des capacités de renouvellement)

Lésions tardives **irréversibles**

Fibrose et nécrose

En pratique, il est très difficile d'obtenir 100% de mort cellulaire lors de l'irradiation de la tumeur : il y a toujours quelques **cellules résistantes résiduelles**.

Heureusement, la RT entraîne également une **réponse inflammatoire** qui va potentiellement pouvoir éliminer ces quelques cellules résistantes.



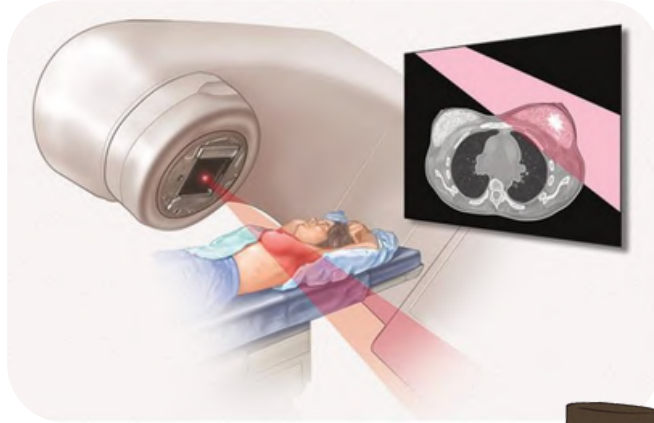
III. TECHNIQUES DE RADIOTHÉRAPIE EXTERNE TRANSCUTANÉE ET RADIOTHÉRAPIE INTERNE

RADIOTHÉRAPIE EXTERNE TRANSCUTANÉE

La RT externe est aussi appelée RT transcutanée car les RI vont traverser la peau.

→ Source **externe** au patient, elle émet un faisceau de RI ciblé sur la tumeur.

→ Les RI sont produits par un accélérateur linéaire de particules ou par un **Cyclotron**.



RADIOTHÉRAPIE INTERNE



La source est à l'intérieur du patient :

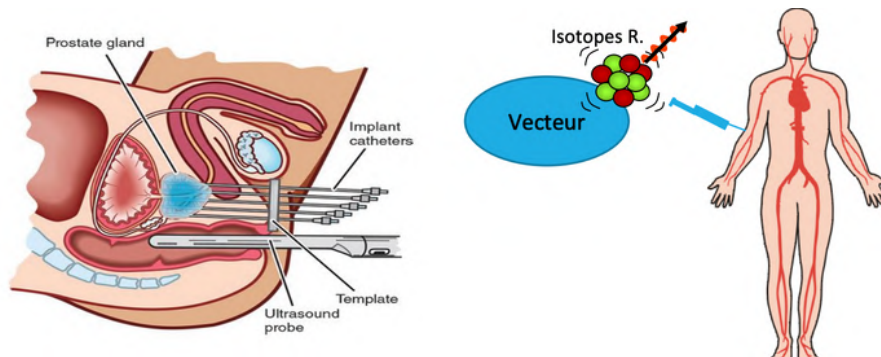
→ Source scellée au contact de la cible (voir même à l'intérieur) : **curiethérapie** (ex : radioactivité contenue dans des petites billes de titane. Elle est réalisée dans les services de RT.

→ Source non scellée dans la cible : **RT vectorisée**

Cette technique de RT est réalisée dans les services de médecine nucléaire.

On administre un **radiopharmaceutique** marqué par un radioélément pour traiter certaines pathologies et cancers.

On a un vecteur qui va avoir une **affinité** pour un organe ou une fonction d'organe, sur lequel on a greffé une **source radioactive** qui émet des RI. On **injecte** le radiopharmaceutique (vecteur + source radioactive) au patient, qui va **diffuser** dans l'organisme, **se fixer** sur les lésions cibles et **émettre** des RI pour les détruire.



On voit ici une curiethérapie de prostate. On a implanté des cathéters par lesquels on fait rentrer la source jusqu'au contact de la glande prostatique où se situe la tumeur.

a) La radiothérapie externe transcutanée

Cette RT peut se faire soit avec des **rayonnements électromagnétiques**, soit avec des **particules de haute énergie** (rayonnement corpusculaire) :

→ Les **REM** sont des ondes sans masse ni charge, qui transportent une énergie égale au produit de la **constante de Planck**, que multiplie la fréquence en Hz de l'OEM.

Ex : rayons X

→ La **particule** a une masse et parfois également une charge. Son énergie va être liée à son **énergie cinétique**.

Ex : électrons, protons, neutrons

Dans les deux cas, lorsqu'ils vont traverser la matière (électromagnétiques ou particulières), ils vont **déposer leur énergie** dans le **tissu** traversé par des ionisations. L'importance de ce transfert d'énergie va dépendre du type de RI, de son énergie et du milieu traversé.

Ces rayonnements peuvent être produits par des accélérateurs linéaires ou des Cylotrons.

→ **Rayons X** et **électrons** : accélérateurs linéaires de particules

→ **Neutrons** : réacteurs nucléaires

→ **Protons** : cyclotrons

- **Utilisation des électrons :**

→ **Directe** : génère des faisceaux d'**électrons** (électrothérapie)

→ **Indirecte** : cible en Tungstène et production de faisceaux de **photons X** de haute énergie.

==> Dans les deux cas, ils sont dirigés vers la tumeur pour induire des ionisations et détruire les cellules tumorales.

Accélérateurs linéaires en RT externe : dispositif permettant d'accélérer les électrons pour qu'ils acquièrent une énergie cinétique importante.

Principe de l'accélérateur linéaire en RT externe :

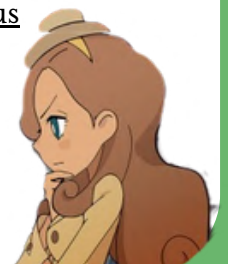
Les **électrons** vont être émis par le **chauffage** d'un filament dans le canon à électrons, puis les électrons sont **arrachés** au filament et **injectés** dans une succession de cavités dans lesquelles règnent un **champ magnétique** de haute fréquence. Cela va permettre d'**accélérer** les électrons jusqu'à des **énergies cinétiques très importantes** de l'ordre de **25 MeV**.

Une fois ces électrons accélérés, il va y avoir un autre **champ magnétique** qui va **dévier** et guider les **électrons** pour en faire un faisceau qui va être **projeté** en direction de la cible (de la tumeur).

==> Les faisceaux d'électrons accélérés qui en résultent peuvent être utilisés :

→ Soit directement après passage dans un **diffuseur de plomb** pour traiter les lésions superficielles : c'est l'**électronthérapie**.

→ Soit ces faisceaux d'électrons peuvent frapper une cible en Tungstène, ce qui va produire des **RX**. Ces RX de haute énergie pourront aussi être utilisés en **faisceaux** pour traiter les tumeurs qui sont situées plus **profondément** dans les tissus, puisque les RX sont plus pénétrants que les électrons.



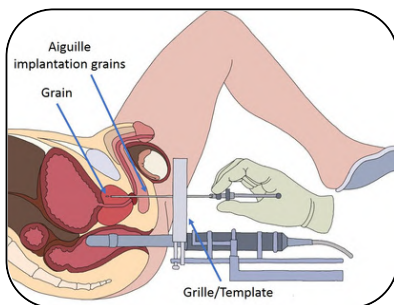
b) La radiothérapie interne

La **curiethérapie** est une technique d'irradiation interne mise au point par l'institut Curie à Paris, d'où son nom. Aussi appelée "*brachytherapy*" (mais le nom usuel est curiethérapie), elle consiste à placer des éléments radioactifs **directement à l'intérieur de l'organisme**.

On place le matériel radioactif (**source scellée**) :

→ Soit au **contact de la tumeur** (*ex : cancer du col de l'utérus*)

→ Soit directement à l'**intérieur de la tumeur** (*ex : cancer de la prostate*)



Du fait de sa radioactivité, la source va libérer **spontanément** au cours du temps des RI qui vont **détruire les cellules cancéreuses** à proximité. L'avantage de la curiethérapie est de délivrer une irradiation **extrêmement ciblée**, localisée juste autour des sources radioactives et d'avoir une destruction des cellules cancéreuses plus **précise** que la RT externe, qui va essayer de **préserver les organes voisins**.

Initialement, on utilisait du *Radium 226*, qui a laissé la place à de nouveaux radioéléments artificiels pour des raisons de radioprotection, qui sont plus pratiques à manipuler :

Émetteurs de rayons gamma : *Iridium 192* : très utilisé et qui se présente sous forme de fils souples entourés d'une gaine de **platine** dont le diamètre est très petit (*infamillimétrique*). On va donc mettre des guides en matière plastique qui vont venir soit au **contact** soit **dans la tumeur**, et on fera passer les fils d'Iridium à l'intérieur de ces guides pour les positionner. Ils vont délivrer leur irradiation sur **quelques heures ou quelques jours** et vont ensuite être retirés.

Autres ex : Césium 137 ou Cobalt 60

Émetteurs de rayons X : *Iode 125* : surtout utilisé pour le **cancer de la prostate**. Il est conçu sous forme de petits grains en **titane** de quelques millimètres de diamètre qui vont renfermer l'iode radioactif. Ces grains en titane vont pouvoir être implantés directement à l'**intérieur de la masse tumorale** de manière **permanente**, on ne va pas les retirer par la suite. L'*Iode 125* placé dans ces grains de titane va émettre des **rayons X et gamma** d'assez faible énergie qui vont donc traverser des **faibles distances** de tissu, d'où une irradiation extrêmement **ciblée**.

Autre ex : Palladium/Palladium 103 (le prof écrit Pallidium mais c'est la mm)

→ Retenez qu'en curiethérapie les isotopes radioactifs principalement utilisés sont l'*Iridium 192* (émetteur de rayons gamma en pratique) et l'*Iode 125* très utilisé dans des petits grains en titane qui seront placés à l'intérieur du cancer de la prostate.



IV. IRRADIATION CIBLÉE ET PRÉSERVATION DES TISSUS SAINS

Objectifs de la RT :

- **maximum de dose délivrée à la tumeur**
- **minimum de dose délivrée aux tissus sains environnants** : l'irradiation des tissus sains entraîne les effets secondaires de la RT.

→ Le radiothérapeute va chercher un effet différentiel optimal sur le tissu cancéreux tout en préservant les tissus sains et donc en limitant leur irradiation.

Pour cela il va pouvoir utiliser 3 facteurs physiques :

- Un **facteur spatial** dont l'objectif va être de délivrer les RI de la manière la plus focale possible.
- Un **facteur temporel** : le fractionnement de l'irradiation dans le temps permet aussi d'optimiser l'irradiation du tissu cancéreux tout en préservant les tissus sains qui vont pouvoir se réparer.
- **Association** de la RT avec d'autres thérapeutiques anti-cancéreuses (ex : chimiothérapie)

a) Facteur spatial

Les facteurs spatiaux sont donc utilisés pour délivrer une irradiation la plus ciblée possible sur la tumeur.

Ils sont déterminés par :

- Le **type** de radiations utilisées
- La **géométrie** du faisceau de l'irradiation

1) Type de radiations utilisées

Les rayonnements **non-particulaires** (qui n'ont ni masse ni charge) :

Ce sont les **photons X** et les **rayons gamma** qui sont des REM de haute énergie.

Ils ont la capacité de traverser les tissus en **profondeur**, ils sont assez pénétrants. Ils ne diffèrent pas par leur nature, car dans les 2 cas il s'agit de REM, mais ils diffèrent par leur **origine** (le **noyau** pour les **gamma** et le **cortège électronique** de l'atome pour les **RX**), leur **énergie** (*qui est généralement plus importante pour les photons gamma*) et leur mode de **production**.



Les rayonnements **particulaires** (qui ont une masse) :

Leur usage est **moins fréquent** que les REM mais ils sont quand même utilisés en RT.

On retrouve des particules chargées comme les **protons** ou les **électrons** qui vont être **rapidement arrêtés** dans les tissus humains de manière proportionnelle à leur charge électrique.

Ils sont **peu pénétrants** et vont vite déposer leur énergie dans les tissus.

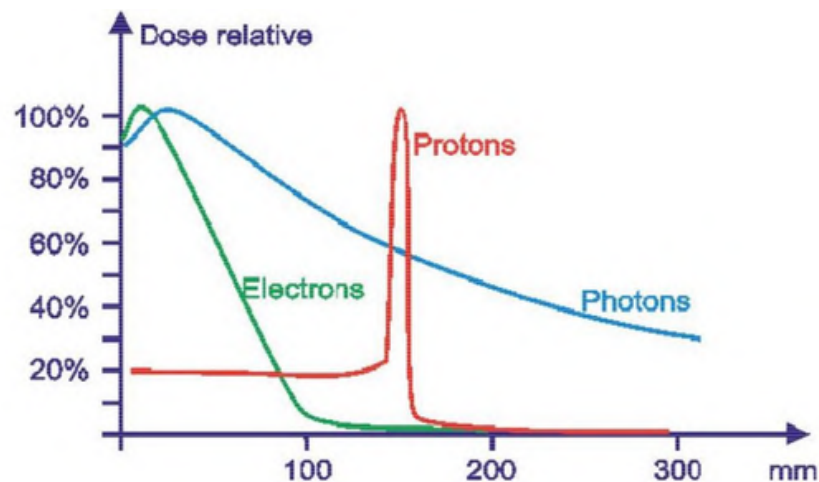
Il y a aussi les **neutrons** qui sont des particules **non chargées** et donc qui vont avoir une pénétration beaucoup plus en **profondeur** des tissus. Ils ne sont quasiment pas utilisés aujourd'hui en RT.

- | | | |
|------------------------------|---|--|
| • Photons X de haute énergie | } | Ryt non-particulaire
Pas de masse ni charge |
| • Photons γ | | |
| • Électrons | } | Ryt particulaire
Masse + charge |
| • Protons | | |

On voit ici les profils de dépôt d'énergie des différents rayonnements **particulaires** ou **électromagnétiques** en fonction de la profondeur du tissu traversé. Les **électrons** vont déposer leur énergie dans les **premiers cm** de tissus car ce sont des rayonnements particuliers chargés.

A l'inverse, les **photons** (les REM), vont pouvoir aller beaucoup plus en profondeur des tissus pour déposer leur énergie.

Les **protons** eux ont une courbe de dépôt d'énergie très particulière avec un pic de dépôt d'énergie juste avant leur arrêt dans le tissu : c'est le **pic de Bragg** (*que vous connaissez déjà bien hehe, c'est un dépôt maximal d'énergie*)



LES PHOTONS

Nous allons parler des **photons** et notamment des **RX** utilisés pour la **RT externe** et moins parler des photons **gamma** utilisés pour la **RT interne vectorisée** ou la **curiethérapie**.

Les RX sont produits par des **accélérateurs linéaires**.
Les photons X n'ont **ni masse ni charge**, ils vont traverser les tissus en présentant des **interactions** avec les **électrons** du cortège électronique des atomes qu'ils peuvent croiser ou non. Cette interaction est liée au hasard de la rencontre : c'est donc un **effet probabiliste non obligatoire**. Lorsque le photon X rencontre un électrons du cortège électronique, différentes interactions peuvent se faire :



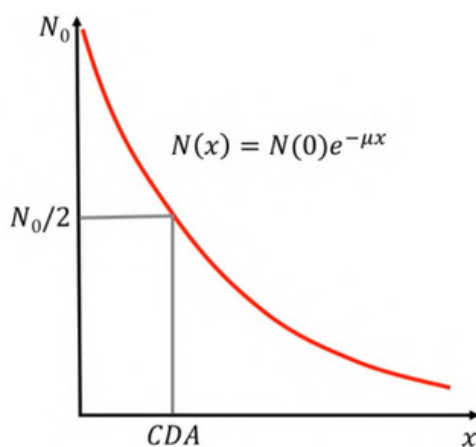
- **Effet photo-électrique** : transfert **total** de l'énergie du photon vers un des électrons du cortège atomique électronique qui va être expulsé.
- **Effet Compton** : transfert **partiel** de l'énergie du photon incident à un électron du cortège des atomes.
- **Création de paire** : plus **rare** et ne nous intéresse pas vraiment
c'est des rappels des cours d'Ethel hehe

Donc les **photons X** ont des interactions non obligatoires avec les électrons de la matière, qui dépendent du hasard de la rencontre entre le photon et l'électron.

Les photons vont être **atténués** progressivement par la **matière** : le nombre de photons v a diminuer en fonction de l'épaisseur de tissu traversé avec une décroissance de type exponentielle.

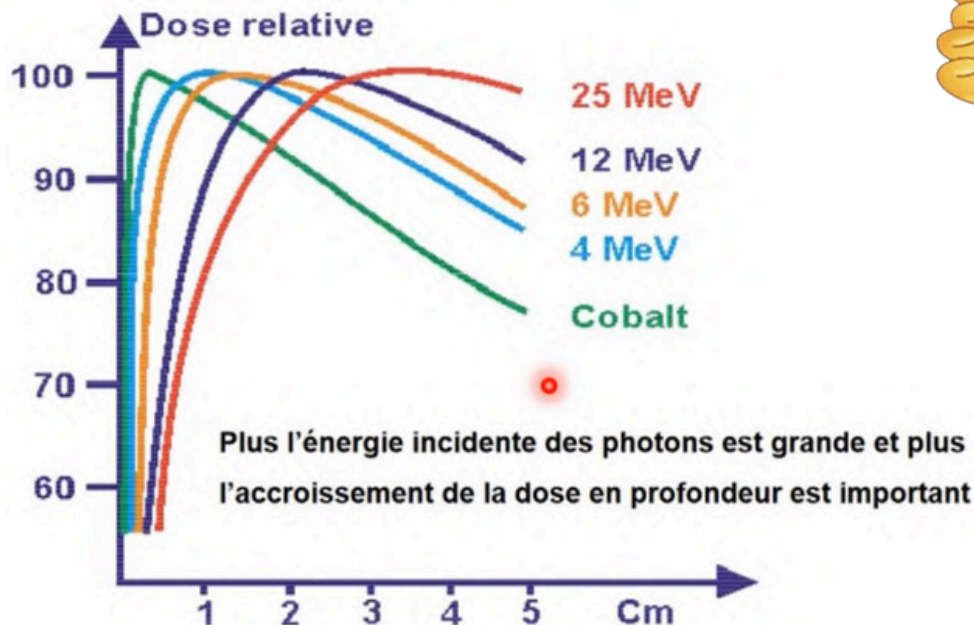
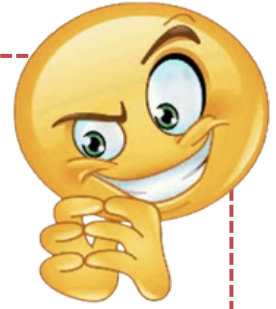
Leur trajet dépend de :

- μ (et aussi de leur énergie)
- de l'intensité du faisceau initial



On voit que si la plupart des photons X vont interagir avec les atomes dans les premiers cm traversés, certains photons X individuels vont échapper très longtemps à toute interaction avec le tissu traversé et peuvent être très pénétrants et aller loin en profondeur des tissus. Il s'agit de photons qui "par hasard" ont traversé une profondeur très importante de tissus sans jamais rencontrer un électron auquel céder leur énergie.

Les photons X sont pénétrants avec un dépôt d'énergie qui peut se faire en profondeur, avec un trajet relativement rectiligne dans le tissu traversé.



→ On voit sur le graphique la dose relative déposée dans le tissu en fonction de l'épaisseur de tissu traversée. À énergie égale, le **pouvoir de pénétration** des photons X est nettement **supérieur** à celui des électrons, ils vont aller plus loin en profondeur des tissus. On remarque sur les courbes que plus l'énergie incidente des photons X est élevée, plus ils vont déposer leur énergie en profondeur.

→ Même s'ils vont aller très profond dans les tissus, on a une dose d'énergie importante déposée dans les premiers cm.

→ À noter cependant que la **zone très superficielle** (les premiers mm de tissu traversé) est relativement épargnée, il y a très peu de dépôt de dose. C'est expliqué par le fait que les électrons **secondaires** sont arrachés par le photon



profitez de ce petit espace dans la fiche pour faire une pause !!!
je sais que c'est un cours long mais c'est surtout un cours hyper intéressant qui s'applique directement à des machines et des dispositifs de santé

CA VA LE FAIRE WOOOOO



LES ELECTRONS

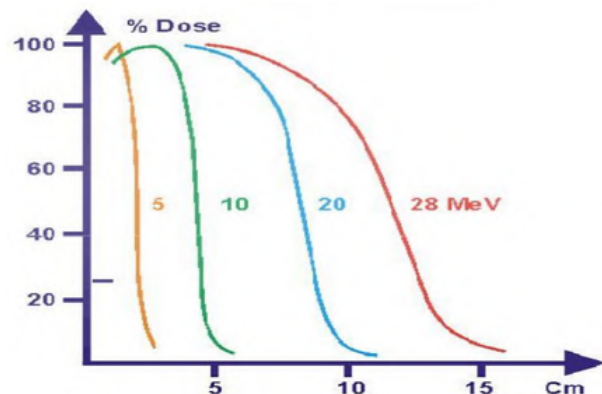
C'est un **rayonnement particulaire**.

Les électrons, comme les photons X, sont produits par des accélérateurs linéaires.

Par contre les interactions des électrons incidents avec la matière vont se faire plutôt par les **forces coulombiennes** entre les **électrons incidents** et les **électrons du tissu traversé** (*cortèges électroniques des atomes*), ou bien par les **interactions coulombiennes** entre les **électrons incidents** et les **protons** des noyaux des tissus traversés.

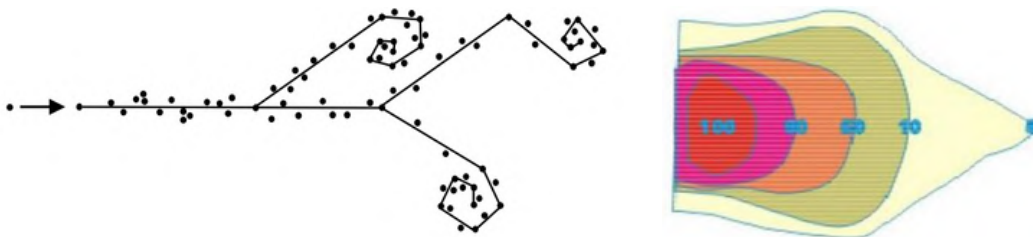
Ces interactions sont très différentes des photons car l'**interaction directe** (= choc frontal entre l'électron incident et l'électron ou le noyau du milieu traversé) est très **rare**. On a plutôt des interactions à **distance** par des forces coulombiennes attractives ou répulsives.

Il va y avoir par ces forces coulombiennes un **transfert** de l'énergie cinétique de l'électron incident aux électrons du milieu traversé et donc une **ionisation** des atomes, ou parfois **émission de RX de freinage** lorsqu'il y a une interaction coulombienne entre l'électron incident et les protons du noyau du tissu traversé.



Le **pouvoir de ralentissement augmente en fin de parcours** : plus l'électron ralentit, plus les **interactions** coulombiennes avec le milieu vont être **nombreuses**. Contrairement aux photons, les **électrons** ne vont pas dépasser une profondeur de tissu définie à l'avance et connue.

Cette profondeur dépend de l'énergie cinétique des électrons incidents.



Les **électrons** sont peu pénétrants, ils ont un **transfert linéique d'énergie élevé** (TLE) c'est-à-dire qu'ils vont **très vite déposer leur énergie** dans les tissus traversés, les tissus sus-jacents prennent une dose pleine.

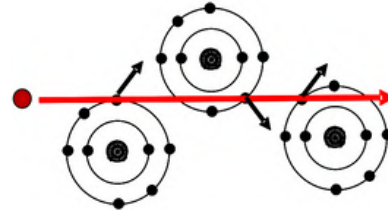
Il va aussi y avoir une **épaisseur maximale** de pénétration, c'est-à-dire une épaisseur au-delà de laquelle les électrons ne pourront pas aller (c'est très différent des photons X). Ils vont perdre le maximum d'énergie en fin de parcours. De plus, à énergie égale, les électrons sont beaucoup moins pénétrants que les **photons**, et du fait de leurs nombreuses interactions coulombiennes, vont avoir un trajet très **sinueux**.

LES PROTONS

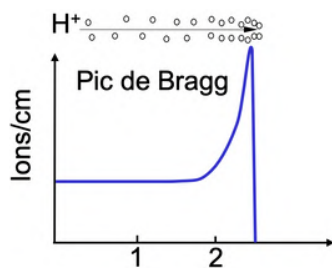
La **protonthérapie** : les protons sont produits et accélérés par un Cyclotron, qui est un équipement plus lourd et complexe à maîtriser que les accélérateurs linéaires. Les **protons** sont des particules relativement lourdes et ont une charge positive.

Ils vont avoir de nombreuses **interactions** coulombiennes avec les atomes des tissus traversés et il y a de nombreuses **ionisations** dans ces tissus.

Le parcours du proton est relativement **rectiligne** car c'est une particule **lourde**.



Ce qui est intéressant, c'est que dans les **premiers cm** de tissu traversés, il va y avoir un dépôt de dose et donc un nombre d'ionisation relativement constant et plutôt **modéré**, tandis qu'en **fin de parcours** il va y avoir un pouvoir d'arrêt très élevé des protons, avec un **pic de dépôt d'énergie** et donc un pic d'ionisations juste avant l'arrêt du proton dans le tissu traversé.



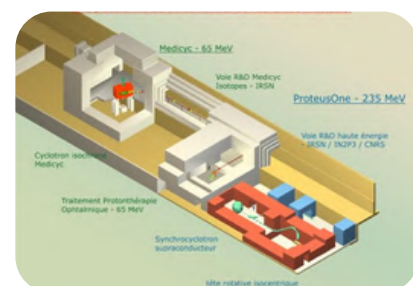
→ C'est ce qu'on appelle le **pic de Bragg** ++ La profondeur de survenue du pic de Bragg est variable et dépend de l'**énergie cinétique** du proton. Si on connaît l'énergie cinétique du proton, on va pouvoir savoir où se situe le pic de Bragg et donc où se produit le maximum d'ionisations du tissu par le faisceau de protons incidents.

Les protons sont **très peu pénétrants**, ils vont assez vite s'arrêter dans les tissus car ils sont à la fois **lourds** et **chargés** électriquement. La masse du proton étant supérieure à celle de l'électron, il y a peu de déviations dans les tissus, la trajectoire est rectiligne donc on peut plus facilement **anticiper** où va se faire le dépôt d'énergie. La dose délivrée à la tumeur va être très importante au niveau du pic de Bragg avec de nombreuses ionisations et de nombreuses **cassures double brin** donc on aura une très forte **toxicité** pour les cellules tumorales. Le dernier avantage est qu'il y a une **faible dose délivrée aux tissus sains** environnants : les tissus avant le pic reçoivent un certain dépôt de dose assez modéré, et les tissus situés juste derrière le pic sont complètement épargnés.

→ C'est l'intérêt de l'utilisation des protons quand on veut cibler très précisément la zone d'irradiation tout en préservant parfaitement les tissus situés juste derrière la tumeur.

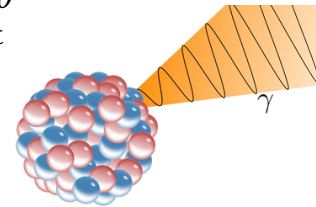


Le premier prototype mondial de protonthérapie de haute énergie est installé à Nice depuis quelques années.

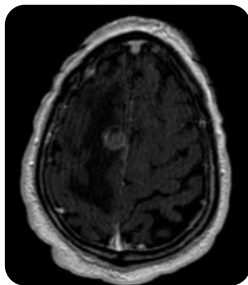


Récapitulatif des caractéristiques spatiales de l'irradiation externe en fonction des rayonnements incidents utilisés : (RT externe uniquement)

Rayonnements gamma : photons produits par du *Cobalt 60* (élément naturel radioactif), avec une énergie relativement faible de 1,5 MeV, d'où des rayons gamma assez peu pénétrants : moins de 10cm. Ces rayons sont de moins en moins utilisés, on privilégie l'utilisation de RX pour la RT externe.

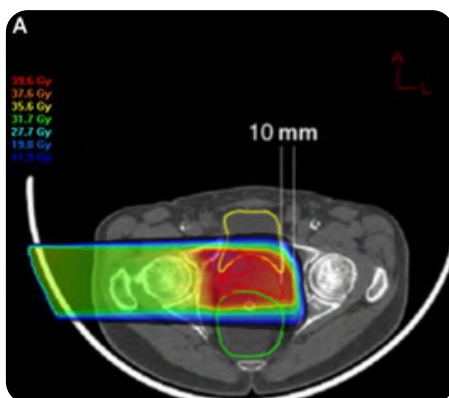


Cibles : tête et cou, sein



Rayons X : REM, photons mais produits par un accélérateur linéaire ce qui permet d'obtenir des RX de haute énergie : de 4 à 25 MeV. Ces RX étant plus énergétiques vont aller plus en **profondeur** dans les tissus : plusieurs dizaines de cm, donc sont utilisés pour irradier des **tumeurs profondes**, comme par exemple des **tumeurs abdominales ou thoraciques**

Electrons : particules chargées négativement produites également par des accélérateurs linéaires, avec une énergie cinétique variable : de 6 à 30 MeV. Plus ils sont énergétiques, plus ils vont aller en **profondeur** des tissus, mais ils ont quand même une **limite assez précise** : ils ne vont **jamais au-delà de 10-15 cm de profondeur**. La plupart du temps on utilise des électrons d'énergie assez modeste qui font toutes les ionisations dans les premiers cm de tissu traversés, d'où leur utilisation pour des tumeurs assez **superficielles** comme les **tumeurs cutanées, ou devant un organe critique**.



Protons : particules avec une charge positive produites par un Cyclotron, ils ont une énergie cinétique supérieure à 50 MeV et ça peut aller beaucoup plus loin avec la protonthérapie de haute énergie. Typiquement les protons ont beaucoup d'**interactions** avec les tissus et sont **peu pénétrants**. Ils sont arrêtés par **10-15 cm** de tissu. Néanmoins, aujourd'hui avec la protonthérapie de haute énergie on peut aller faire des dépôts d'énergie beaucoup **plus loin**.

*La protonthérapie traditionnelle est utilisée pour les tumeurs superficielles (cutanée, oeil, enfant), mais grâce à la **protonthérapie de haute énergie on peut également l'utiliser pour des tumeurs cérébrales plus profondes.***

Récapitulatif des caractéristiques spatiales de l'irradiation externe en fonction des rayonnements incidents utilisés : (RT externe uniquement)

	Ry γ	Ry X	électrons	protons
<i>Nature</i>	Photons		Particules charge -	Particules charge +
<i>origine</i>	Élément naturel radioactif (Cobalt 60)	Accélérateurs linéaires		Cyclotron
<i>Energie</i>	1,25 MeV	4 à 25 MeV	6 à 30 MeV	>50 MeV
<i>Pénétration dans l'eau</i>	<10cm	Plusieurs dizaines de cm	<10-15cm	
<i>Cibles</i>	Tête et cou, sein de - en - utilisé	Tumeurs profondes (abdo, thorax)	Cibles superficielles devant un organe critique	Tumeurs superficielles : cutané, œil, enfant...

Schéma récap du prof (c'est vrmt la page juste avant mais avec moins de trucs écrits)

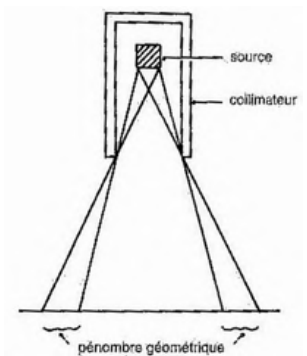
2) Facteurs géométriques de l'irradiation

Faisceaux divergents



Importance de la distance source-peau : plus on s'éloigne de la source, plus on a un étalement du faisceau et donc plus l'intensité énergétique du faisceau diminue : elle va décroître comme l'inverse du carré de la distance avec la source et ce même s'il n'y a pas du tout de tissu qui absorbe le rayonnement incident.

Problématique de **pénombre** au niveau des bords du faisceau divergent étalement.



→ **IRRADIATION PEU HOMOGENE** : étalement du faisceau avec une irradiation très peu homogène qui dépend beaucoup de la distance des tissus irradiés avec la source d'émission des rayonnements.

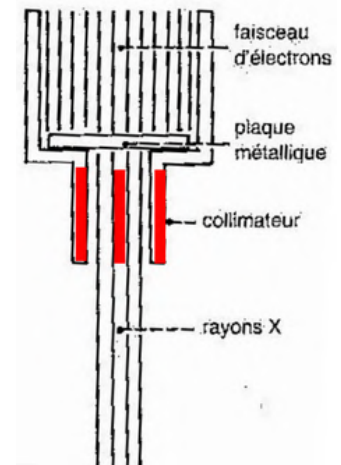
Faisceaux parallèles

On va privilégier ces faisceaux parallèles, avec lesquels on a une grande homogénéité énergétique et l'**absence de pénombre**, donc c'est plus **précis**.

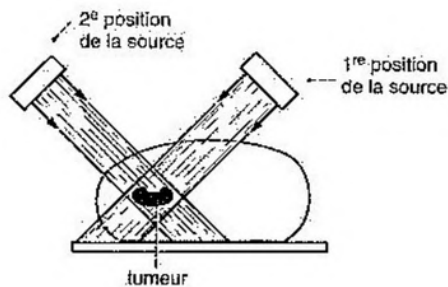
Pour faire ces faisceaux parallèles, on va utiliser ce qu'on appelle des **collimateurs**, qui sont des fines lamelles de **plomb**. Celles-ci sont positionnées de manière parallèle au faisceau incident. Si jamais un photon X n'est pas parallèle et qu'il est divergent, il va taper dans les collimateurs en plomb et va être atténué et supprimé.

Ne sortiront de ce collimateur que les faisceaux qui sont strictement parallèles aux lames du collimateur.

→ **IRRADIATION HOMOGENE**



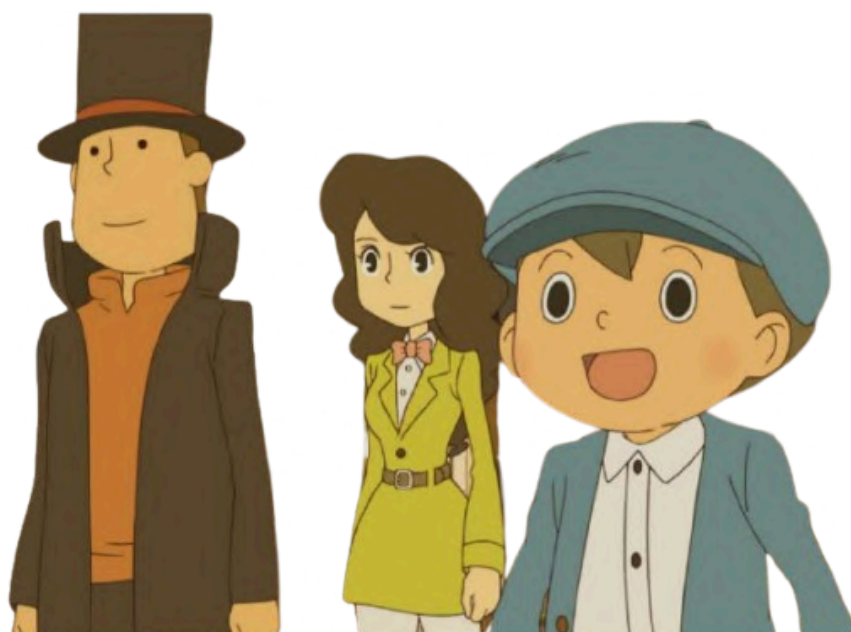
Faisceaux convergents sous différents angles



Encore mieux que les faisceaux parallèles, on a les faisceaux convergents sous différents angles. C'est la technique d'irradiation « conformationnelle » **la plus communément utilisée en RT**. Dans ce type d'irradiation, on utilise toujours des faisceaux parallèles mais avec une **rotation de la source** autour du patient et autour de la tumeur. Donc on va avoir des sources d'irradiations avec certes des faisceaux parallèles, mais selon 4 à 6 orientations différentes autour du patient.

Pour chacune de ces orientations, la forme du champ irradié est **adaptée à la forme du volume tumoral** grâce à des caches. L'intérêt est qu'on aura un **dépôt de dose maximisé au niveau de la tumeur** car chacune des orientations du faisceau va cibler la tumeur. Par contre, on aura un étalement d'intensité des faisceaux dans les tissus voisins et donc une diminution d'irradiation des tissus avoisinants la tumeur.

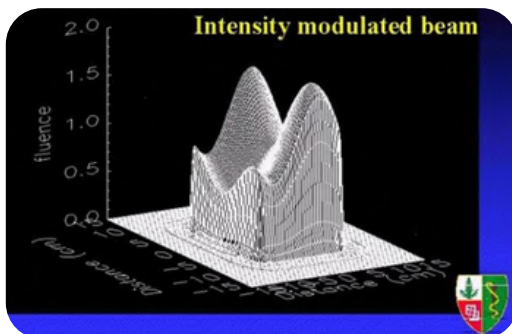
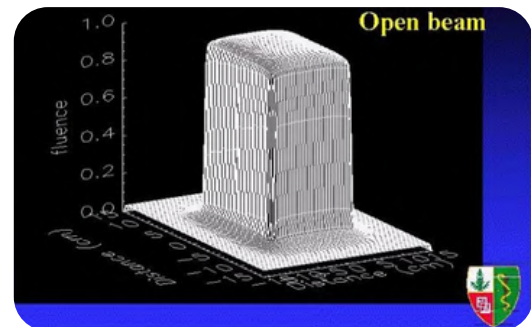
→ **Concentration de l'irradiation au niveau de la tumeur tout en limitant l'irradiation au niveau des tissus sains.**



Faisceaux convergents sous différents angles avec modulation de débit de dose

C'est la **Radiothérapie Conformationnelle par Modulation d'Intensité (IMRT)**. Comme la RT conformationnelle, on utilise toujours des **faisceaux convergents sous différents angles** mais cette fois avec une modulation en cours de séance du **débit de dose ++** délivré par chacun des faisceaux convergents.

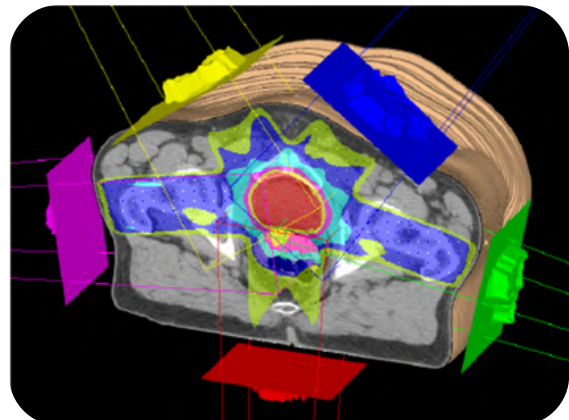
Ici on a le schéma de la **RT conformationnelle standard**, où on voit un des faisceaux convergent qui va avoir une variation spatiale de la dose (= la **fluence**) relativement homogène. C'est un **faisceau assez large, avec un dépôt de dose et une fluence relativement homogène**.



Ici on a l'**IMRT**, on voit que la **fluence** du faisceau (= la variation spatiale volontaire de l'intensité du faisceau dans l'espace) va être **adaptée à la forme de la tumeur**. La modulation du débit de dose délivré est assurée par un collimateur multi-lames. On retrouve les collimateurs en plombs de tout à l'heure mais cette fois-ci plus nombreux avec des mouvements plus complexes en cours de séance de traitement pour **adapter la répartition spatiale de la dose** à la forme de la tumeur en fonction des différents angles d'irradiation.

L'**IMRT** est une des techniques de RT les plus modernes et les plus performantes qu'on peut utiliser aujourd'hui. Elle nécessite de bien connaître la forme de la tumeur pour pouvoir adapter la forme des rayons incidents à celle-ci.

La première étape est donc de faire un **scanner** du patient pour bien délimiter les contours de la tumeur. Ensuite, au moment de l'irradiation le faisceau incident va être modulé en **fluence** et en **intensité** par un collimateur multi-lames. Il est constitué de multiples lames mobiles en plomb dont le mouvement se fait en continu d'avant en arrière et contrôlées par un **ordinateur** pour s'adapter à la forme de la tumeur. Les variations de ces lames varient en cours d'irradiation pour permettre la **modulation du flux de photons**.



En effet, selon l'épaisseur des lames à traverser, on va diminuer plus ou moins l'intensité des photons incidents et donc on va moduler la profondeur de pénétration de ces photons X pour les adapter à la localisation de la tumeur dans le tissu. On voit ici un collimateur triangulaire, qui va selon sa position réguler et adapter le flux de photons à la distance de pénétration dans les tissus des photons X qu'on désire.

La Radiothérapie stéréotaxique robotisée

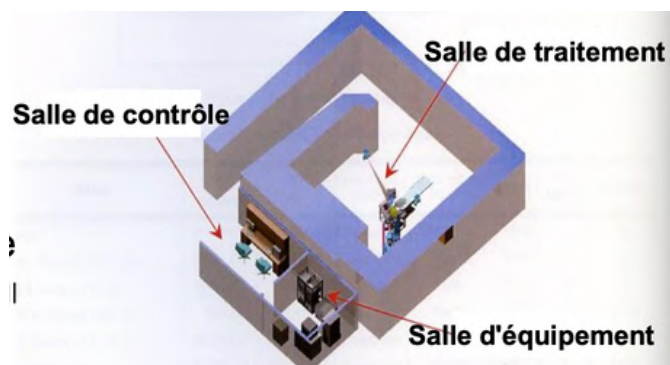
Il y a d'autres techniques d'irradiations de haute précision qui se sont développées récemment, notamment la RT stéréotaxique robotisée = cyberknife = radiochirurgie.

Ce sont de très fins faisceaux de **photons convergents** vers la lésion, qui permettent de délivrer une très forte dose de rayonnements à la tumeur tout en diminuant l'irradiation des tissus sains autour de la lésion, on reste sur la même idée de **concentrer l'irradiation sur la tumeur**. Cette irradiation externe par de multiples mini faisceaux de radiations ionisantes convergentes va pouvoir agir sur des **cibles de petit volume** < 3 cm, souvent des **lésions cérébrales**. Comme on doit être extrêmement précis dans l'irradiation de cette petite lésion, on va devoir **immobiliser** le patient avec un masque de contention, pour qu'il ne bouge pas d'une séance à l'autre. Ce cyberknife possède un bras articulé, qui émet les microfaisceaux en direction de la tumeur et qui peut s'orienter dans **toutes les directions de l'espace** à 360° autour du patient, ce qui va permettre d'améliorer la précision de l'irradiation.



Le Cyberknife = radiochirurgie : appartient aux techniques de RT stéréotaxiques robotisées.

Le cyberknife est équipé de son propre accélérateur miniaturisé de 6 MeV pour obtenir les **photons X** de haute énergie. Il est équipé d'un bras robotisé avec **6 axes** de translation/rotation possibles, ce qui lui donne beaucoup de libertés dans ces mouvements. Il peut prendre 1200 positions de traitement autour du patient, avec 1200 incidences différentes. Il possède de multiples faisceaux de rayonnement **convergents** et de nombreux collimateurs possibles. Cela permet d'irradier les tumeurs de petite taille avec une grande **précision tout en préservant les tissus sains environnants**. Ce cyberknife est guidé par l'imagerie médicale et par **robotique** pour pouvoir corriger en temps réel les éventuels mouvements du patient, comme par exemple les mouvements respiratoires. Il possède une précision **millimétrique**. Il est vraiment destiné à traiter des tumeurs avec des **localisations très complexes et des organes à risques** qu'il est compliqué de traiter avec une radiothérapie conformationnelle classique.



b) Facteur temporel

Afin de maximiser les dommages biologiques sur la tumeur tout en préservant les tissus sains, on va pouvoir faire du **fractionnement de l'irradiation dans le temps** +++, ce qui est essentiel car cela permet aux tissus sains de **récupérer** entre les différentes séances successives d'irradiation.

Paramètres :

- Dose D délivrée par séance
- Dose totale reçue = $D \times N$
- Nombre N de séances
- Intervalle de temps t entre deux séances
- Durée de traitement : $(N - 1) \times t$

On va délivrer une dose D par séance, sur un nombre N de séances → Dose totale reçue = $D \times N$. Les autres paramètres dont il faudra tenir compte sont l'intervalle de temps t entre 2 séances et la durée de traitement totale = $(N - 1) \times t$.

Exemple :

→ 2 Gray sur 30 séances : dose totale reçue = $2 \times 30 = 60$ Grays

→ 30 séances avec un intervalle de 1 journée entre chaque séance : durée de traitement = $(30 - 1) \times 1 = 29$ jours

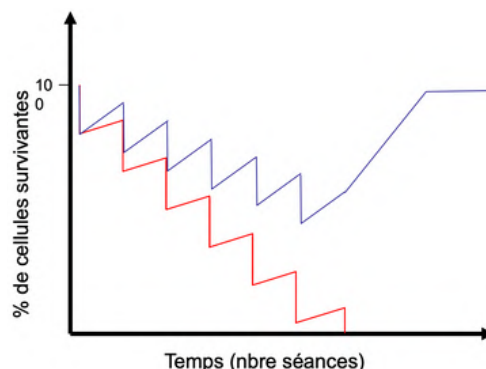
Intérêts : Majorer l'effet différentiel entre les tissus cancéreux et les tissus sains

Mécanismes :

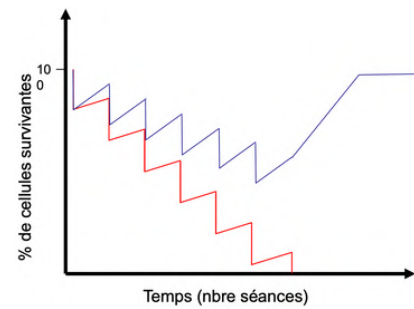
- Tissus sains : restauration cellulaire et tissulaire entre 2 séances d'irradiation, ce qui leur permet de récupérer au niveau biologique.
- Tumeur : **effet oxygène** entre les séances, ce qui va permettre à la séance d'irradiation suivante d'être plus délétère sur la tumeur.

Restauration cellulaire : survient entre deux séances d'irradiation successives. Elle est **plus efficace pour les cellules saines** que pour les cellules tumorales, ce qui permet l'effet différentiel entre les deux types de cellules. Cette restauration meilleure des cellules saines est liée au fait qu'elles sont capables de réparer leurs lésions d'ADN plus rapidement que les cellules tumorales. Elles disposent d'enzymes de réparation de l'ADN beaucoup plus efficaces.

Restauration tissulaire : L'irradiation va entraîner une **augmentation de l'activité mitotique des cellules saines survivantes plus importante** que l'activité mitotique des cellules tumorales, afin de repeupler le tissu détruit par la séance d'irradiation. *Cette repopulation est donc plus forte pour les tissus sains.*



On voit ici l'évolution du pourcentage de cellules survivantes en fonction du nombre de séances d'irradiation. Chaque marche correspond à une séance d'irradiation. La séance d'irradiation a un **effet destructeur sur les cellules saines et tumorales de la même ampleur**. Cependant, on a une **restauration cellulaire qui est légèrement supérieure pour les cellules saines** que pour les cellules tumorales.



Au fur et à mesure des séances d'irradiation, on va **creuser le différentiel** entre les deux populations saines et tumorales → au bout d'un certain nombre de séances on va arriver à une destruction de la quasi totalité des **cellules tumorales** (en pratique c'est rarement la totalité), alors que la mort cellulaire du **tissu sain** est moins importante du fait de la **récupération cellulaire et tissulaire**. En fin de traitement, la population saine, va pouvoir entièrement récupérer et se restaurer.

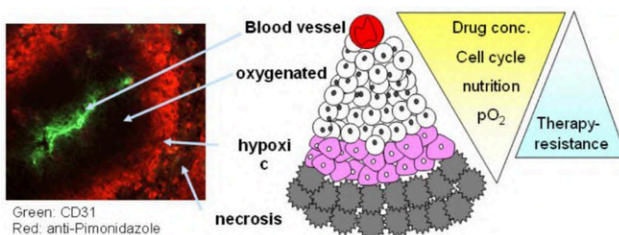
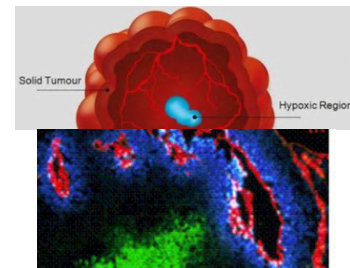
Cependant, ce fractionnement des séances d'irradiation implique de délivrer une dose totale à la tumeur plus importante que si on n'avait pas fractionné l'irradiation. La **dose totale est donc plus importante** car on a une légère **récupération tumorale** entre 2 séances, mais c'est un mal pour un bien car à la fin de la séance on a créé ce **différentiel** qui permet de **préserver** partiellement les tissus sains.



Effet oxygène : autre facteur lié au fractionnement des doses et qui va permettre d'augmenter l'effet destructeur sur la tumeur.

Quand on a une tumeur, généralement le **vaisseau** qui contient l'oxygène et les nutriments est situé au **centre** de la tumeur. Les cellules tumorales proches du vaisseau sont relativement bien oxygénées et comme l'oxygène est **radiosensibilisant**, elles sont plutôt **radiosensibles**.

À l'inverse, les cellules situées plus **loin** du vaisseau vont être **hypoxiques**, elles auront moins d'oxygène et seront plus **radio-résistantes**. *Tout en distalité on a la nécrose, mais ça ne nous intéresse pas car les cellules sont mortes*. Ce qui nous pose problème pour la RT c'est la zone mal oxygénée qui est très radio-résistante.



Le fait de faire plusieurs séances d'irradiations est très utile, car entre 2 séances d'irradiations on aura une **mort des cellules tumorales les plus oxygénées** qui sont au centre, ce qui permet une diminution du volume tumoral et un **rapprochement** des cellules **hypoxiques** du vaisseau qui deviennent alors **oxygénées**. Elles deviennent donc **radio-sensibilisées** pour la prochaine séance de RT.

→ **Entre deux séances d'irradiation, on a une ré-oxygénation des cellules hypoxiques du fait de la baisse du volume tumoral, donc une efficacité plus importante de la séance d'irradiation suivante.**

Les cours des autres années disent que les cellules oxygénées sont au centre, d'après mes recherches elles sont plutôt en périphérie de la tumeur à l'échelle macroscopique donc je demanderai au professeur si c'est une erreur

V. DOSIMÉTRIE EN RADIOTHÉRAPIE

→ La dosimétrie permet de définir et mesurer les grandeurs liées à l'énergie déposée par les RI dans les tissus soumis à la RT. L'objectif de la RT est de livrer une dose maximale à la tumeur et une dose minimale aux tissus.

→ La dosimétrie va donc permettre de contrôler l'exposition des tissus à la fois par :

- Des mesures des doses délivrées : **dosage**

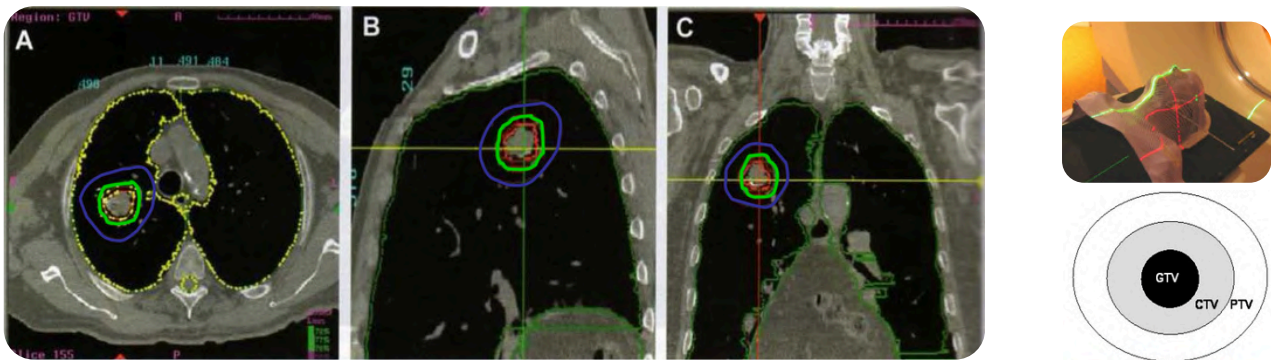
- La détermination du volume de la cible à traiter : **centrage** (*scanner dosimétrique*)

→ La dosimétrie tient compte à la fois des caractéristiques du RI et du tissu cible, qui est plus ou moins radiosensible.

La dose **absorbée** par le tissu est exprimée en Joules/Kg, qui correspond également au **Gray** qui est l'unité du SI.

$$D = dE / dm : J. kg^{-1} = \text{Gray} : Gy (1Gy=100\text{rads})$$

On va illustrer comment on détermine les **différents volumes cibles** d'irradiation avec les différentes dosimétries pour ces volumes cibles. Pour cela, on va faire un **contournage** de la tumeur sur un scanner. On a ici une coupe de scanner de poumon avec au milieu la tumeur en gris.

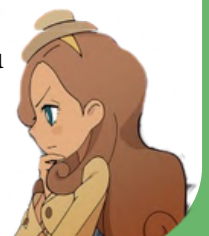


On va donc tracer différents contours pour déterminer les volumes :

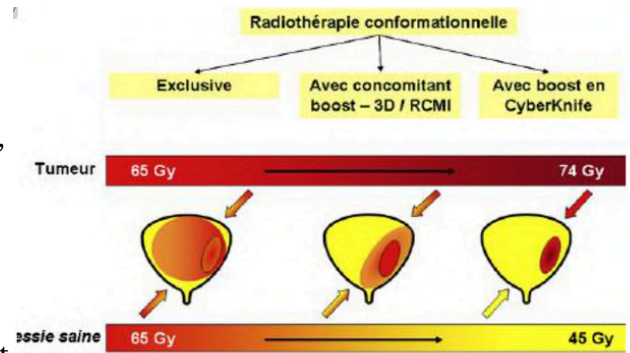
- **Volume tumoral macroscopique = GTV = Growth Tumor Volume** : premier contour le plus interne (en rouge). Il correspond aux contours de la tumeur tels qu'ils sont visibles sur l'imagerie scannographique. Le GTV va recevoir la **plus forte dose d'irradiation**.

- **Volume cible anatomoclinique = CTV = Clinical Target Volume** : contour plus périphérique (en vert). Qui tient compte à la fois du GTV mais aussi d'une marge qui correspond à la possible extension infra-radiologique de la tumeur. Même si on voit une tumeur très centrale sur le scanner, on sait qu'il y a des cellules qui peuvent partir un peu plus loin et qui ne sont pas visibles sur le scanner. C'est pour ça qu'on élargit le contour en tenant compte d'une marge liée à cette extension tumorale infra-radiologique.

- **Volume prévisionnel d'irradiation = PTV = Planning Target Volume** : 3ème contour, le plus périphérique (en violet). Il va prendre en compte le CTV, et va encore ajouter une marge de sécurité pour tenir compte des variations physiologiques liées au patient, comme les **mouvements respiratoires**, particulièrement marqués sur les tumeurs du poumon. Il va aussi tenir compte de certaines incertitudes physiques sur le dépôt d'énergie des rayonnements incidents.



Ce schéma illustre les différentes techniques d'irradiations et la **dose délivrée** à une tumeur de la vessie tout en préservant les parois adjacentes saines de la vessie. On voit que si on passe d'une radiothérapie conformationnelle standard à une IMRT, et encore plus si on passe au Cyberknife, on va **augmenter la dose délivrée** à la tumeur de la vessie (en Gray) tout en **diminuant la dose reçue** par les parois saines avoisinantes. On améliore donc la **précision** de l'irradiation grâce à l'IRMT par rapport à la RT conformationnelle exclusive, et encore plus grâce à une irradiation par cyberknife.



DÉDIIIIIIIII

Dédi à Ausca comme d'habitude aha
 Dédi à Professeur Layton et La Boîte de Pandore #wow
 Dédi à mes 7h de danse par semaine haha^^^ jvais bientôt crash out
 Dédi à la Ratonerie toujours autant au prime et remplie de futurs major de promo
 Dédi à Kingdom jsuis en train de me refaire les scans
 Dédi à Juliantalgique qui possède probablement une centaine de débardeurs dans ses placards mais c'est le goat quand même #monteur #fournisseurdesucettesalapomme
 Shoutout Kendrick Lamar haha wassup man
 Dédi à la Shibuya Kei qui est le meilleur genre de musique après la bossa nova
 Dédi à mes co-tuts de qualité que j'aime énormément
 Dédi à la course Was VS Chloé, ce fut un honneur de filmer ça
 Dédi à ma famille comme d'habitude que j'aime plus que tout

Mini dédi photos mais jsp quoi mettre

dédi à Naw avec qui je peux enfin retravaillé ma soeur jtm



dédi à MrWorldwide et à mes vinyles que j'aimeeeee avec certains de mes artistes pref (Radiohead, Jimi Hendrix, Kendrick, Tyler, Astrud Gilberto, Antonio Carlos Jobim, Ryo Fukui)

dédi à ma team MMGI que j'aime de tout mon coeur

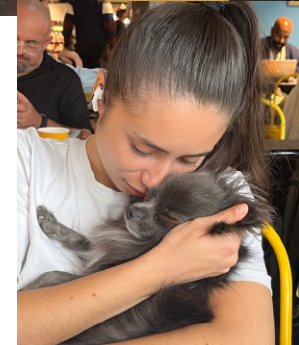
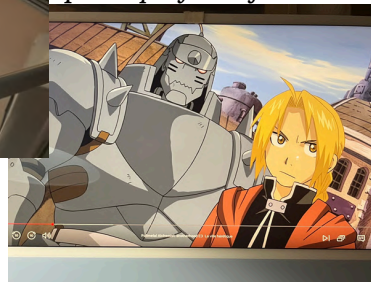


dédi à la dynastie biophy au prime ultime



dédi à l'EB2 ahhhh ça me manque

dédi à fullmetal alchemist parce que jme refais l'anime



Maxime avec son Bobby Bob trop chou