



« Minimiser l'agression des traitements et donc les risques de séquelles »

Professeuse Sabine Sarnacki,
Vice-présidente du conseil scientifique de la Fondation de l'Avenir
Chirurgien à l'hôpital Necker Enfants-Malades-(Paris)

Le cancer est la première cause de mortalité en France. Observe-t-on des évolutions épidémiologiques ?

« Il n'y a pas eu de modification majeure dans l'incidence et la répartition des cancers ces dernières années. Certains cancers sont détectés à un stade plus précoce et de ce fait on a une augmentation du nombre de cas mais ces cas sont moins graves. C'est le cas du cancer du sein.

La recherche des facteurs de risque a été surtout tournée vers la génétique, mais les travaux de recherche concernant l'impact de **l'environnement** ou de la **nutrition** se sont multipliés. De grandes études épidémiologiques ont ainsi mis en évidence des liens étroits entre aliments et cancer du sein ou du colon avec parfois des résultats contradictoires. Nous sommes donc au début de la compréhension de ces phénomènes. Au nombre des facteurs de risque, on a également beaucoup parlé des traitements hormonaux substitutifs dont le rôle « cancérogène » a été très controversé ; ces traitements ne sont à ce jour formellement contre-indiqués qu'à la population des femmes présentant des antécédents de cancer du sein. »

Quel a été pour vous l'événement majeur dans ce domaine en France ?

« On peut dire que le Plan cancer mis en place en 2003 a réellement modifié la vision de cette maladie en lui donnant un

droit de parole qu'elle n'avait pas. L'institut national du cancer (l'INCa) a été créé et a un rôle majeur dans la coordination des soins et de la recherche autour de cette maladie. Ce plan a notamment fait progresser considérablement les **relations entre les soignants, les malades et leur famille**, en améliorant la qualité de l'information, de l'écoute et la part décisionnelle du patient par rapport à son traitement. Cet aspect a été clairement formalisé dans des circulaires issues de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. C'est par exemple la mise en place du **Dispositif d'Annonce (DA)** et du **Plan Personnalisé de Soins (PPS)**. Le plan cancer a également conduit à la mise en place obligatoire de **Réunions de Concertations Pluridisciplinaires (RCP)** réunissant les intervenants de spécialités différentes (oncologue, radiologue, chirurgien, anatomopathologiste..) pour les cas difficiles. Si ces réunions existaient déjà dans beaucoup de centres, les directives officielles ont permis de généraliser cette pratique tout à fait indispensable dans cette maladie. Le plan cancer a également renforcé le rôle majeur des soins de support (diététique, psychologue, kinésithérapie...). Le Plan cancer, c'est donc une meilleure écoute, une meilleure information, une prise en charge plus rigoureuse et personnalisée des patients ».

Ce plan a-t-il également eu un impact sur les traitements ?

« Il a certainement favorisé les essais thérapeutiques basés sur les nouveaux médicaments de type antiangiogéniques (dont le but est « d'asphixier » la tumeur) ou qui inhibent les signaux impliqués dans la multiplication anormale des cellules. **Les grandes pathologies (prostate, sein, rein, côlon...)** en ont bénéficié. Il faut également citer le développement des techniques d'irradiation (protonthérapie, gamma-knife, radiothérapie conformationnelle) permettant de mieux cibler la tumeur et d'éviter les effets secondaires. Les techniques de destruction locale de la tumeur de type cryothérapie (par le froid) ou thermothérapie (par le chaud) ou par radiofréquence (ultra-sons) se sont également développées de manière très importante permettant de traiter certaines tumeurs inaccessibles à la chirurgie ou à l'irradiation. Ces avancées technologiques se sont accompagnées d'un développement important dans le domaine de **l'imagerie fonctionnelle** (tomographie à émission de positron ou TEP), qui en montrant l'activité de la tumeur permet de mieux la localiser et donc de mieux la traiter. **Les techniques de chirurgie mini-invasive** (coelioscopie ou laparoscopie, thoracoscopie) utilisant une caméra et des instruments introduits par des petits orifices sont utilisés aujourd'hui dans de nombreux domaines de la cancérologie (cancer du colon, du foie, de la prostate...). **Le développement de la robotique** dans ce domaine (geste plus précis, navigation à l'intérieur du corps guidée par l'imagerie..) est également prometteur.

L'ensemble de ces techniques contribue à minimiser l'agression des traitements et donc les risques de séquelles, ce qui est aujourd'hui un aspect très important de la prise en charge. Guérir, oui mais pas à n'importe quel prix, est probablement la philosophie dominante dans le domaine de la cancérologie.

Quelles sont les principales voies de recherche ?

*L'étude des facteurs de prédisposition génétique s'est considérablement développée ces dernières années, permettant de mettre en évidence, pour certaines formes de cancer, **des modifications dans le programme génétique qui prédisposent** de façon plus ou moins certaine à développer un cancer. Ceci permet de proposer dans certaines familles une surveillance spécifique, voire une chirurgie prophylactique d'ablation de l'organe lorsque le risque de cancer est majeur. Les développements de la **biologie moléculaire** ont également permis de faire une analyse très poussée de la tumeur et de dresser une « **carte d'identité** » de la tumeur qui permet de mieux apprécier son agressivité. Cette analyse, plus précise que l'étude au microscope permet de définir le traitement idéal et donc de ne pas ni sur-traiter (source de séquelle), ni sous-traiter (source de récurrence).*

De nombreux travaux portent également sur l'environnement immunologique des cancers afin de participer au traitement en renforçant une certaine immunité anti-tumorale naturelle en réalisant par exemple une vaccinothérapie ».