

Le cancer de la prostate

9 270 décès, en France, en 1994

Le cancer de la prostate est la deuxième cause de mortalité par cancer chez l'homme.

Les facteurs de risque : le vieillissement ; peut-être une alimentation riche en graisses. Le cancer de la prostate aurait une composante familiale, mais on ignore si elle est d'origine génétique ou environnementale.

Les signes d'alarme : un débit urinaire faible, interrompu et difficile à contrôler ; besoin fréquent d'uriner ; miction douloureuse ; douleurs pelviennes ou dorsales.

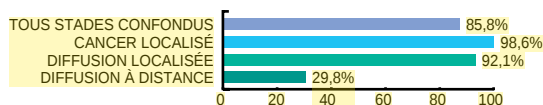
Dépistage et diagnostic : on pourrait conseiller aux hommes de plus de 50 ans un toucher rectal chaque année. Un dosage de l'antigène prostatique, PSA, permet de détecter des anomalies de la prostate à un stade précoce. Une échographie peut confirmer les résultats suspects fournis par les autres analyses. L'analyse de l'ADN dans les cellules prostatiques anormales indique l'agressivité du cancer.

À l'étude : des analyses génétiques précises des cellules tumorales aideraient les cliniciens à prévoir le pouvoir métastatique du cancer.

Les traitements actuels : l'ablation de la prostate est une intervention de routine. La radiothérapie remplace ou complète la prostatectomie. Lorsque le cancer a métastasé, divers médicaments sont administrés pour empêcher les cellules cancéreuses de recevoir les hormones mâles nécessaires à leur croissance.

À l'étude : une méthode de radiothérapie devrait concentrer davantage le rayonnement sur la tumeur en minimisant l'exposition des tissus environnants. On étudie les résultats obtenus avec une radiothérapie associée à un traitement hormonal.

Taux de survie à cinq ans :



Controverse : les spécialistes ne s'accordent pas toujours sur l'intérêt du dosage de l'hormone prostatique pour le dépistage d'un cancer asymptomatique de la prostate, ni sur la meilleure façon de traiter les tumeurs localisées.

Le cancer du sein

10 910 décès, en France, en 1994 (dont 128 hommes)

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme.

Les facteurs de risque : des mutations héréditaires des gènes *BRCA1* ou *BRCA2* ; le vieillissement ; des règles précoces ; une ménopause tardive ; une première grossesse tardive (au-delà de 30 ans) ; une absence de grossesse à terme ; des antécédents personnels ou familiaux de cancer du sein ; peut-être une alimentation riche en graisses.

Les signes d'alarme : on détecte, dans le sein, une grosseur généralement non douloureuse (bien qu'elle le soit parfois) ; toute modification de la forme, de la couleur ou de la texture du sein ou du mamelon ; écoulement ou ramollissement du mamelon.

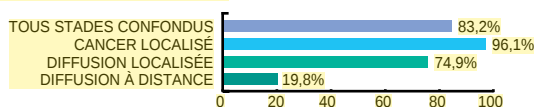
Dépistage et diagnostic : autopalpations et examens cliniques du sein ; mammographies. Les spécialistes recommandent une mammographie et un examen des seins par an pour toutes les femmes âgées de plus de 50 ans, mais aussi pour certaines femmes plus jeunes.

À l'étude : des marqueurs biochimiques et génétiques, ainsi que la densité des vaisseaux sanguins dans une tumeur renseigneraient sur la malignité.

Les traitements actuels : Pour les tumeurs localisées, la mastectomie, ou ablation du sein, est parfois nécessaire, mais des interventions chirurgicales qui préservent le sein, tout en retirant la tumeur et les tissus avoisinants, et qui sont suivies d'irradiations locales sont souvent préférables. On ne pratique parfois l'ablation du sein qu'en cas de rechute. Les rechutes sont plus fréquentes lorsqu'on ne pratique pas la mastectomie dès la première intervention chirurgicale, mais le taux de survie est équivalent dans les deux cas. On associe généralement une chimiothérapie ou un traitement hormonal à la mastectomie. Quand les cellules tumorales portent beaucoup de récepteurs aux œstrogènes et à la progestérone, les traitements par blocage hormonal sont plus efficaces.

À l'étude : une chimiothérapie à forte dose suivie de l'injection de cellules souches précurseurs des cellules sanguines ; une chimiothérapie avant chirurgie ; une immunothérapie, notamment par des immunotoxines (des molécules qui associent un agent toxique à un anticorps se fixant aux cellules tumorales) ; des chimiothérapies et de nouvelles associations de médicaments. Le Tamoxifène, une substance qui inhibe les effets des œstrogènes aiderait à prévenir le cancer du sein chez certaines femmes à haut risque.

Taux de survie à cinq ans :



Controverse : des tests de dépistage des mutations héréditaires des gènes *BRCA1* et *BRCA2* commencent à être disponibles, mais il n'y a pas encore de consensus sur leur utilisation. L'intérêt de la chimiothérapie chez les personnes âgées et celui des mammographies de routine chez les femmes de moins de 50 ans n'est pas établi. Les conditions pour un traitement chirurgical du cancer du sein seraient plus favorables au cours de la deuxième moitié du cycle menstruel.

Le cancer du poumon

23 115 décès (dont 19 784 hommes)

L'incidence du cancer du poumon a commencé à diminuer chez les hommes dans les années 1980, mais elle augmente régulièrement chez les femmes.

Les facteurs de risque : le tabagisme (dans 85 à 90 pour cent des cas) ; l'exposition professionnelle à certaines substances, dont l'amiante et certains produits organiques ; une exposition aux rayonnements ; une exposition au radon ; le tabagisme passif.

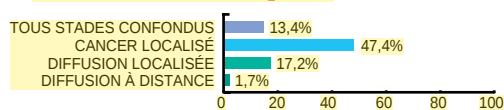
Les signes d'alarme : une toux persistante ; du sang dans les expectorations ; un sifflement respiratoire ; des douleurs dans la poitrine ou les épaules ; un œdème du visage ou du cou ; des pneumonies ou des bronchites à répétition.

Dépistage et diagnostic : radiographie des poumons ; analyse des cellules présentes dans les crachats ; fibroscopie des voies respiratoires.

Les traitements actuels : le cancer du poumon se présente sous deux formes : le cancer à petites cellules et le cancer non à petites cellules. Pour le cancer à petites cellules, qui se propage rapidement, on utilise la chimiothérapie seule ou associée à la radiothérapie. L'irradiation est ciblée sur le thorax ou, dans certains cas, sur le cerveau, pour détruire les métastases. Pour les cancers localisés non à petites cellules, les chirurgiens retirent la région lésée du poumon, mais les rechutes sont fréquentes. Lorsque la maladie est à un stade avancé, on choisit plutôt la radiothérapie, la chimiothérapie, la thérapie par laser, ou une combinaison de ces techniques.

À l'étude : plusieurs nouvelles substances chimiques (dont le taxol, le taxotère, le topotécane, l'irinotécane et la navelbine) et des agents biologiques (dont l'interleukine-2 et l'interféron). La thérapie génique utilisant des « antisens » est en phase d'essais cliniques : elle vise à rétablir l'activité de la protéine suppresseur de tumeur p53 ou à museler des oncogènes.

Taux de survie à cinq ans :



Controverse : au États-Unis, l'administration de la santé voudrait assimiler les cigarettes à une drogue, mais l'opposition politique est forte.

Le cancer colorectal

16 020 décès, en France, en 1994 (dont 8 280 hommes)

Les facteurs de risque : des antécédents familiaux de cancer du colon ; des polypes ou certaines maladies intestinales inflammatoires. Certaines mutations génétiques semblent participer à l'apparition des polyposes coliques familiales, qui dégénèrent en cancer du colon, et d'autres mutations prédisposent au cancer colorectal héréditaire sans polypose. Le risque augmente pour les personnes vivant dans une zone industrielle ou en ville. D'autres facteurs de risque seraient le manque d'exercice physique, l'exposition à certains produits chimiques et des régimes riches en graisses et pauvres en fibres.

Les signes d'alarme : du sang dans les selles ; toute modification du transit ; inconfort digestif ; perte de poids inexpliquée.

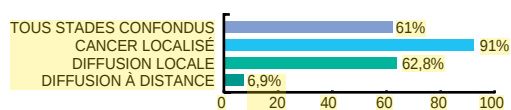
Dépistage et diagnostic : un toucher rectal annuel et une recherche de sang dans les selles seraient peut-être utiles après 40 ans ; tout comme une recto-sigmoïdoscopie (le sigmoïde est la partie terminale du gros intestin) tous les trois à cinq ans après 50 ans. En cas d'anomalie, on pratique une coloscopie et un lavement baryté qui permet de visualiser les intestins par radiographie. Le pronostic est défavorable en cas d'obstruction ou de perforation de l'intestin, et quand les concentrations en certains marqueurs présents dans le sang (par exemple l'antigène carcinoembryonnaire et l'antigène carbohydrate 19-9) sont élevées.

À l'étude : divers tests génétiques sur l'oncogène *ras*, sur les modifications de l'ADN des cellules colorectales, et sur les mutations qui perturbent les capacités de réparation de l'ADN.

Les traitements actuels : ablation chirurgicale de la tumeur, quelquefois complétée par une radiothérapie et/ou une chimiothérapie. Un anus artificiel est parfois nécessaire. Quand la maladie est étendue aux ganglions lymphatiques, une chimiothérapie au fluorouracile semble efficace. La chimiothérapie associée à la radiothérapie est utilisée pour traiter les cancers avancés du rectum. L'ablation chirurgicale des métastases hépatiques prolonge parfois la survie de certains patients.

À l'étude : l'association d'une chimiothérapie et d'une immunothérapie est à l'étude pour les patients dont les ganglions lymphatiques sont envahis ; ces traitements utilisent des immunotoxines, des molécules qui associent un agent toxique et un anticorps qui se fixe sur les cellules tumorales. Des traitements biologiques et des interventions chirurgicales qui préservent le sphincter du patient sont en cours d'évaluation.

Taux de survie à cinq ans :



Controverse : lorsque les ganglions lymphatiques ne sont pas envahis, le bénéfice de la chimiothérapie adjuvante n'est pas prouvé. L'intérêt de la radiothérapie dans les cas de cancers avancés est en cours d'évaluation. Pour traiter les métastases hépatiques, on implante parfois des pompes qui délivrent le médicament *in situ* ; leur intérêt reste à démontrer.