

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.

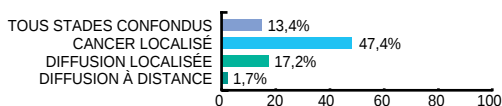
Les signes d'alarme : une toux persistante ; du sang dans les expectorations ; un sifflement respiratoire ; des douleurs dans la poitrine ou les épaules ; un œdème du visage ou du cou ; des pneumonies ou des bronchites à répétition.

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.

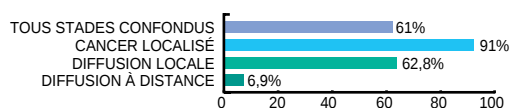
Dépistage et diagnostic : un toucher rectal annuel et une recherche de sang dans les selles seraient peut-être utiles après 40 ans ; tout comme une recto-sigmoïdoscopie (le sigmoïde est la partie terminale du gros intestin) tous les trois à cinq ans après 50 ans. En cas d'anomalie, on pratique une coloscopie 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.

Le cancer de la vessie

4 340 décès, en France, en 1994 (dont 3 296 hommes)

Les facteurs de risque : les personnes de race blanche ont deux fois plus de risques d'avoir un cancer de la vessie que les personnes de race noire, et les hommes deux à trois fois plus que les femmes. Ce cancer est deux à trois fois plus fréquent chez les fumeurs que chez les non fumeurs. Les personnes travaillant dans l'industrie du caoutchouc, dans l'industrie chimique ou celle du cuir ont un risque plus élevé, tout comme les coiffeurs, les machinistes, les métallurgistes, les imprimeurs, les peintres, les travailleurs du textile et les chauffeurs de poids lourds.

Les signes d'alarme : présence de sang dans les urines ; douleurs pendant la miction ; besoin fréquent ou urgent d'uriner.

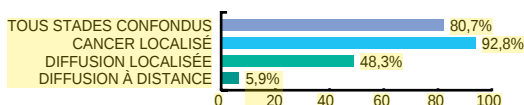
Dépistage et diagnostic : on détecte parfois une tumeur de la vessie lors d'un examen rectal ou vaginal. Au cours d'un examen d'urines au microscope, on observe parfois des cellules cancéreuses. Une cystoscopie, c'est-à-dire un examen de la vessie à l'aide d'un instrument introduit dans l'urètre, peut révéler des zones anormales. Une biopsie sert à confirmer le diagnostic.

À l'étude : des mutations du gène *p53* et des modifications de certaines protéines présentes dans le noyau cellulaire pourraient renseigner le clinicien sur l'agressivité de la tumeur.

Les traitements actuels : les tumeurs superficielles, qui n'envahissent pas le muscle, sont éliminées par voie naturelle, au cours d'une cystoscopie. Le chirurgien peut retirer plusieurs tumeurs et injecter dans la vessie des solutions qui contiennent des bactéries, afin de stimuler le système immunitaire. Des substances de chimiothérapie peuvent également être introduites directement dans la vessie. Quand une tumeur est difficile à éliminer, on a recours à la radiothérapie, délivrée soit par une source extérieure, soit par un radio-isotope introduit dans la vessie. Quand le cancer est invasif, atteignant le muscle, on peut procéder à l'ablation de la vessie. La chimiothérapie peut être nécessaire en cas de métastases.

À l'étude : des interventions chirurgicales qui préservent la vessie (cystectomie partielle), associées à une chimiothérapie ; traitements par l'interféron ou l'interleukine-2 pour les stades précoces de la maladie ; traitements photodynamiques, c'est-à-dire utilisation d'un rayon laser et d'une substance photosensible qui tue les cellules tumorales ; analyse des lésions de l'ADN et des protéines nucléaires pour détecter rapidement les rechutes.

Taux de survie à cinq ans :



Personnel hospitalier préparant un patient pour une séance de radiothérapie.



Avarian Associates, INC.

Lymphomes non Hodgkiniens

6 026 décès (dont 3 054 hommes)

Les facteurs de risque : comme tout déficit du système immunitaire augmente le risque de lymphomes non Hodgkiniens, les agents infectieux tels le VIH, responsable du SIDA, et le HTLV-1 sont des facteurs de risque. Les patients traités par des médicaments immunosuppresseurs après une greffe d'organe sont aussi exposés. L'exposition accidentelle à des herbicides et peut-être à d'autres produits chimiques sont aussi des facteurs de risque.

Les signes d'alarme : augmentation de volume des ganglions lymphatiques ; démangeaisons généralisées ; fièvre ; sueurs nocturnes ; anémie ; perte de poids.

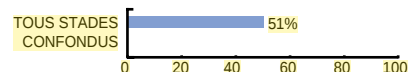
Dépistage et diagnostic : biopsie ganglionnaire. Les caractéristiques d'agressivité (ou grade) des cellules tumorales déterminent le choix du traitement. Une radiographie du système lymphatique, une tomographie par scanner et une échographie peuvent aider le clinicien à évaluer l'extension de la maladie.

Les traitements actuels : le terme de lymphomes non Hodgkiniens recouvre une dizaine de maladies. Le lymphome de type lymphoblastique est l'une des plus agressives. Les réarrangements chromosomiques associés à ces différentes maladies laissent prévoir comment le patient réagira aux traitements.

Les lymphomes asymptomatiques peu agressifs sont traités par radiothérapie, ou simplement surveillés. La chimiothérapie est souvent utilisée, car les résultats obtenus avec ces traitements se sont notablement améliorés. Les patients qui ont des lymphomes plus évolués sont soignés par chimiothérapie et par radiothérapie. Les rechutes sont fréquentes et sont traitées par chimiothérapie associée à des greffes de moelle osseuse.

À l'étude : diverses méthodes visant à améliorer l'efficacité et la sécurité des greffes de moelle osseuse ; des anticorps monoclonaux dirigés contre les cellules cancéreuses.

Taux de survie à cinq ans :



Controverse : les chercheurs sont en désaccord sur la classification de certaines formes rares de lymphomes non Hodgkiniens et sur les traitements les plus adaptés.