



votresanté

CANCERS DU REIN MÉTASTASÉS PREMIÈRES RÉMISSIONS COMPLÈTES

Paris Match. Découvre-t-on souvent les cancers du rein à un stade avancé ?

Pr Bernard Escudier. Ce type de tumeur, qui altère un organe profond, reste longtemps silencieux. Sur les 10 000 cas recensés par an, nous évaluons à environ 20 % ceux découverts d'emblée à un stade métastaté, et 20 % d'autres sont en cours de dégénération et développeront des métastases ultérieurement, malgré la chirurgie. Les 60 % restants, diagnostiqués à un stade local, vont guérir avec la chirurgie seule.

Y a-t-il des signes avant-coureurs pouvant alerter ?

Certes, la présence de sang dans les urines, symptôme le plus caractéristique, doit conduire à consulter. Ainsi que des douleurs dans la région rénale. Heureusement, ces cancers sont souvent découverts fortuitement, lors d'une échographie de contrôle.



Le Pr Bernard Escudier, ici avec le Dr Laurence Albiges, décrit l'efficacité d'un nouveau protocole d'immunothérapie soulevant un arrêt du traitement.*

Existe-t-il des facteurs favorisants qui majorent les risques ?

Le sexe (deux tiers d'hommes atteints pour un tiers des femmes), le tabac, l'hypertension artérielle, l'obésité et probablement certains produits chimiques, notamment pétroliers.

Jusqu'à présent, selon les stades, comment traite-t-on ces tumeurs rénales ?

Si le cancer est uniquement localisé, l'élément clé est la chirurgie, en enlevant soit tout le rein soit une partie, selon les cas. Au stade métastaté, la première cible est généralement le poumon, puis le foie et d'autres organes. A ce stade, on s'est aperçu, pour ce type de tumeur, que la chimiothérapie restait inefficace dans la grande majorité des cas. Pendant quinze ans, on a essayé de nombreux protocoles dans le but d'aller tuer les cellules cancéreuses, en vain. C'est alors que les chercheurs se

sont tournés vers l'immunothérapie, pour doper les défenses immunitaires. Mais avec des effets secondaires très lourds.

Quand a-t-on observé les premiers progrès ?

Fin 1990, où une avancée capitale a été saluée par toutes les équipes de recherche mondiales. Il s'agit de la découverte du processus d'angiogénèse. Pour être nourrie, la tumeur a besoin de sang et d'oxygène. Pour cela, elle doit posséder ses propres vaisseaux. Les cellules cancéreuses sécrètent ainsi des substances dites "proangiogéniques" qui vont "faire fabriquer" ces nouveaux vaisseaux sanguins. D'où l'idée de chercher à empêcher le développement de ces éléments nourriciers.

Comment est-on parvenu à ralentir, voire neutraliser, le développement de ces cellules cancéreuses ?

On a développé en laboratoire des molécules anti-angiogéniques, destinées à "affamer" spécifiquement les cellules de la tumeur rénale (en perfusion ou injection sous-cutanée). C'est ce qu'on appelle "une thérapie ciblée". En 2007, les résultats d'études se sont révélés extrêmement satisfaisants. On obtenait alors 70 à 80 % de rémissions. Mais dès qu'on arrêtait le traitement, la maladie repartait. Et avec des effets secondaires qui altéraient la qualité de vie, comme d'importants troubles digestifs. Aujourd'hui, nous nous sommes posé la question : "Puisque nous avons des patients toujours en vie après quinze à vingt ans d'immunothérapie, pourquoi ne pas tenter à nouveau un arrêt du traitement anti-angiogénique ?"

Quel a été le protocole de votre dernière étude ?

Avec ma collègue Laurence Albiges, nous avons regroupé en France 64 patients en rémission complète, pour observer l'effet de l'arrêt thérapeutique. Tous avaient eu une ablation du rein par chirurgie et étaient sous traitement de sunitinib ou de sorafénib. Certains avaient également été soumis à une radiothérapie. Résultat : après un an, 1 patient sur 2 n'avait pas rechuté, et, on l'espère, est totalement guéri. Ceux ayant récidivé ont de nouveau reçu leur traitement ; aujourd'hui, ils sont retournés à leur état antérieur, celui d'une rémission maintenue par le traitement initial. Actuellement, avec un recul de plus de deux ans, nous avons 35 patients qui vivent normalement, sans être assujettis à des prises médicamenteuses quotidiennes.

Quelle va être la prochaine étape ?

Nous allons analyser en laboratoire des prélèvements effectués sur des tumeurs de patients en rémission complète. Nous voulons comprendre pourquoi, après les traitements anti-angiogéniques, certains cancers récidivent et d'autres pas. Nous allons également tenter de savoir à l'avance s'il est possible de prévoir un arrêt du traitement.

* **Cancérologue spécialiste du cancer du rein à l'Institut Gustave-Roussy de Villejuif.**

parismatchlecteurs@hfp.fr

PAR SABINE DE LA BROSSE

MIEUX VAUT PRÉVENIR

Médicaments : générique et original

L'Académie nationale de médecine rappelle, dans un récent rapport, qu'un générique contient la même substance active que le produit original, mais que des excipients différents entrent dans sa composition. Elle souligne qu'une demande de non-substitution doit être obligatoirement respectée par le pharmacien. Une précaution indispensable pour une médecine personnalisée tenant compte de certaines situations à risque.



30 % des cancers dus à une mauvaise hygiène de vie

La mortalité par cancer ne cesse de croître. Ce fléau a tué près de 8 millions d'individus en 2008 dans le monde et 13 millions en seront victimes en 2030 selon l'OMS. Le principal facteur de risque reste le tabac, responsable pour 25 %. En agissant sur les autres facteurs liés au mode de vie (excès de poids, sédentarité, alcool...), on pourrait réduire l'incidence des cancers d'un tiers.

STÉRILITÉ FÉMININE VERS UN NOUVEAU TRAITEMENT ?

Il était établi jusqu'à présent que le processus produisant les ovocytes (futurs ovules) cessait dès la naissance et que ceux-ci diminuaient avec l'âge jusqu'à la ménopause. Un dogme qu'une étude chez l'animal avait déjà bousculé en 2004, quand l'équipe du Pr Jonathan Tilly (Massachusetts General Hospital) avait découvert des cellules souches dans les ovaires de souris. Après les avoir cultivées en laboratoire, les chercheurs les ont transplantées dans les ovaires de ces animaux. Et là, découverte majeure : elles devenaient des ovocytes puis, après fécondation des ovules donnant naissance à des souriceaux. Débute alors une nouvelle étude chez la femme. Les premiers résultats ont démontré que les ovaires humains contiennent également des cellules souches. Ces cellules indifférenciées, après les mêmes manipulations que chez l'animal, peuvent aussi fournir des follicules normaux riches en ovocytes. Une nouvelle piste pour traiter la stérilité.

