



L'illustré
1002 Lausanne
058 269 28 10
www.illustré.ch

Medienart: Print
Medientyp: Publikumszeitschriften
Auflage: 62'602
Erscheinungsweise: wöchentlich

Seite: 28
Fläche: 174'488 mm²

Auftrag: 3005706
Themen-Nr.: 525.020

Referenz: 68498844
Ausschnitt Seite: 1/4

UniversitätsSpital Zürich

Dossier Santé **CANCER, LES AVANCÉES MÉDICALES**

CANCER

Les raisons d'ESPÉRER

- L'ÉMINENT PROFESSEUR **PIERRE-ALAIN CLAVIEN** RÉPOND AUX QUESTIONS FRÉQUENTES QU'ON SE POSE À PROPOS DU CANCER.
- LE NEURO-ONCOLOGUE VAUDOIS **ANDREAS HOTTINGER** TORD LE COU À CERTAINES IDÉES REÇUES.
- LES **NEUF CANCERS** LES PLUS RÉPANDUS EN SUISSE, CE QU'IL EN ÉTAIT IL Y A VINGT ANS, CE QU'IL EN EST AUJOURD'HUI ET CE QUE L'ON PEUT ESPÉRER POUR DEMAIN.

PHOTOS FRED MERZ/LUNDI13 - TEXTE CHRISTIAN RAPPAZ

Séminaire
Le professeur Pierre-Alain Clavien, dans un bloc opératoire de l'Hôpital universitaire de Zurich. Chef du service de chirurgie viscérale, le Valaisain apporte au globe mondial son expertise de transplantation.

«LE BIEN-ÊTRE DES PATIENTS NE CESSE DE S'AMÉLIORER»

Pour le professeur valaisan **Pierre-Alain Clavien**, patron de la chirurgie viscérale à l'Hôpital universitaire de Zurich, il est l'heure de rappeler certaines vérités pour continuer à faire progresser la lutte contre le cancer.

PHOTOS FRED MERZ/LUNDI13 - TEXTE CHRISTIAN RAPPAZ

CANCER



- L'ÉMINENT PROFESSEUR **PIERRE-ALAIN CLAVIEN** RÉPOND AUX QUESTIONS FRÉQUENTES QU'ON SE POSE À PROPOS DU CANCER.
- LE NEURO-ONCOLOGUE VAUDOIS **ANDREAS HOTTINGER** TORD LE COU À CERTAINES IDÉES REÇUES.
- LES **NEUF CANCERS** LES PLUS RÉPANDUS EN SUISSE, CE QU'IL EN ÉTAIT IL Y A VINGT ANS, CE QU'IL EN EST AUJOURD'HUI ET CE QUE L'ON PEUT ESPÉRER POUR DEMAIN.

PHOTOS FRED MERZ/LUNDI13 - TEXTE CHRISTIAN RAPPAZ.

Les raisons d'ESPÉRER

«NOUS NE SOMMES
PAS TOUS ÉGAUX
DEVANT LA MALADIE»

PROFESSEUR PIERRE-ALAIN CLAVIEN

Sommité

Le professeur Pierre-Alain Clavien, dans un bloc opératoire de l'Hôpital universitaire de Zurich. Chef du service de chirurgie viscérale, le Valaisan appartient au gotha mondial en matière de transplantation.

«LE BIEN-ÊTRE DES PATIENTS NE CESSE DE S'AMÉLIORER»

Pour le professeur valaisan **Pierre-Alain Clavien**, patron de la chirurgie viscérale à l'Hôpital universitaire de Zurich, il est l'heure de rappeler certaines vérités pour continuer à faire progresser la lutte contre le cancer.

PHOTOS FRED MERZ/LUNDI13 - TEXTE CHRISTIAN RAPPAZ

Professeur, on dit que le point de départ d'un cancer, c'est une seule mutation dans une seule cellule? Exact. Il y a des mutations tout le temps, qui sont détruites par le système immunitaire. Et puis un jour, sans qu'on ne sache pourquoi, il y a une mutation rare qui échappe à tout contrôle.

Pourquoi la maladie touche-t-elle Pierre, Paul et pas Jacques et Jean? Parce que nous ne sommes pas tous égaux devant le cancer. Il y a des facteurs génétiques personnels et ceux que l'on s'impose. Le tabac, l'alcool, une mauvaise hygiène de vie, etc. La fusion des deux crée les différences dont vous parlez.

Le tabac est particulièrement visé... A raison. C'est probablement le facteur de risque de cancer numéro un. Et pas seulement du poumon mais également de l'œsophage, du pancréas, du sein, du côlon. Tous peuvent être liés, de près ou de loin, à la consommation de cigarettes. Et il faut savoir que la maladie peut se déclarer plusieurs années après avoir arrêté de fumer, malheureusement.

L'un de vos confrères français estime que la malbouffe est responsable de 20% des cancers. D'autres lui associent notre mode de vie et parlent de 40%. Que faut-il penser de ces chiffres?

Qu'ils relèvent plus de la spéculation que de la réalité. Le cancer n'a jamais une seule cause, il est multifactoriel. Il est évident que si vous ne fumez pas, que vous consommez modérément de l'alcool, que vous mangez équilibré et que vous faites du sport, vous aurez plus de chances d'être préservé. Mais la gamme des cancers est tellement étendue qu'il est impossible de quantifier leurs causes et l'origine de ces dernières.

Quels sont vos conseils pour mettre tous les atouts de son côté?

Au-delà d'une bonne hygiène de vie, je pense que le dépistage est la meilleure arme contre le cancer.



EN 3 DATES

1984 Acceptance pour une formation complète en chirurgie à l'Hôpital universitaire de Bâle.

1994 Premier job comme chirurgien responsable de la transplantation du foie et de la chirurgie du foie et du pancréas au Duke University Medical Center, en Caroline du Nord.

2000 Directeur du Département de chirurgie et transplantation à l'Hôpital universitaire de Zurich.

«LE DÉPISTAGE EST LA MEILLEURE ARME»

PIERRE-ALAIN CLAVIEN

Le dépistage a ses détracteurs qui estiment, lorsqu'il est réalisé de façon systématique, que c'est jouer avec la peur de la maladie pour imposer un acte plus commercial que médical...

C'est faux. Le dépistage sauve énormément de vies. Et le plus souvent, il se résume à des gestes simples, comme la palpation des seins ou une coloscopie. Il n'est pas nécessaire de procéder à des dizaines de tests pour détecter un malade. Nous avons encore beaucoup à découvrir sur le cancer mais certaines évidences sont connues depuis longtemps. On sait par exemple que plus une tumeur grossit, plus elle a de chances de produire des métastases. D'où la nécessité de la détecter le plus tôt possible.

Les détracteurs du dépistage systématique affirment qu'il est la cause de nombreux surdiagnostics qui amènent à des traitements lourds, voire à des mutilations totalement inutiles. Ils avancent des proportions de 25% pour le cancer du sein, 50% pour celui du poumon et même 60% pour le cancer de la prostate...

Le problème existe, il ne faut pas le nier, bien que ces proportions me paraissent tout à fait exagérées. Mais ces personnes se trompent de cible. Selon moi, la faute n'incombe pas aux dépistages mais aux facultés qui les interprètent. Est-ce qu'on traite et on opère avec les bonnes indications? C'est la question centrale. Chaque cas nécessite un examen et une réflexion approfondis. S'il le faut, on sollicite un deuxième ou un troisième avis avant de prendre une décision lourde de conséquences pour le patient. Je ne vais pas me faire des amis mais je pense qu'en Suisse, il y a beaucoup trop d'hôpitaux qui traitent des cancers sans disposer du potentiel humain et technique suffisant.

Vous prêchez pour votre paroisse parce que vous pratiquez dans un centre universitaire...

Pas du tout. Le problème est bien trop grave pour en faire une question politique. Simplement, je vois passer trop de patients mal opérés ou opérés sans raison dans des centres où les compétences requises pour la médecine hautement spécialisée ne sont pas réunies.

C'est une accusation grave et plutôt inquiétante...

Les chiffres parlent d'eux-mêmes. En Suisse, on procède à 800 interventions sur le pancréas par année et 350 sur l'œsophage dans près de 40 hôpitaux. On réalise 500 opérations du foie au sein de 60 établissements. C'est beaucoup trop. Si on vise l'excellence et qu'on applique les standards internationaux, si nous voulons que la recherche et la pratique médicale progressent et que la prise en charge des patients soit optimale, il est impératif de concentrer cette chirurgie lourde dans cinq grands centres.

Que pensez-vous des médecines dites alternatives, douces ou encore complémentaires dans le cas d'un cancer?

Je pense qu'il ne faut pas les rejeter d'une main arrogante. Il y en a de bonnes et de mauvaises. L'hypnose marche pour les douleurs, l'acupuncture apporte également ses bienfaits, à tel point qu'elle est devenue une branche à part entière dans certaines facultés. On peut y voir un effet placebo, n'empêche qu'à l'instar de l'homéopathie, le mieux-être est confirmé dans 30% des cas. Le grand danger, c'est de croire qu'on peut traiter un cancer par ces médications. Des patients arrivent dans un état très avancé parce qu'ils n'ont pas reçu les soins appropriés.

«IL EST IMPÉRATIF DE CONCENTRER LA CHIRURGIE LOURDE»

PIERRE-ALAIN CLAVIEN

Malheureusement, le traitement du cancer a un prix, souvent exorbitant, que les thérapies ciblées font encore plus exploser...

C'est un peu le revers de la médaille, en effet. Des progrès énormes sont réalisés grâce aux traitements individualisés qui coûtent plus cher. Jusqu'où aller? C'est un choix de société, une question politique, pas médicale. Vous me voyez dire à un patient «avec ce médicament, vos chances de survie augmentent mais je ne peux pas vous le donner parce qu'il coûte trop cher»? Dans le même ordre d'idées, on pourrait aussi décider de ne plus installer de prothèses à partir de 80 ans. Est-ce ce genre de discrimination que nous voulons? En Suisse, la santé «coûte» 14% du produit intérieur brut. C'est 16% aux Etats-Unis et 6% en Angleterre, où il est pratiquement impossible de trouver un spécialiste sans y aller de sa poche.

Finalement, la victoire sur le cancer, c'est pour bientôt?

C'est quoi la guerre contre le cancer? L'éradiquer? Non. L'avenir est pavé de belles promesses mais plus on aura une population âgée, plus nous aurons de cancers. En revanche, l'espérance de vie et le bien-être des patients ne cessent de s'améliorer... ■

LIRE EN P. 38 «POURQUOI ON PEUT ÊTRE OPTIMISTE» ►

LES MOTS DES MAUX

Petit glossaire pour mieux comprendre.

Cancer

Développement de cellules anormales dans un tissu, qui prolifèrent de façon incontrôlable et excessive jusqu'à détruire le tissu.

Métastase

Tumeur formée à partir de cellules cancéreuses qui se sont détachées d'une première tumeur et qui ont migré par les vaisseaux lymphatiques ou les vaisseaux sanguins dans une autre partie du corps, où elles se sont installées. Les métastases se développent en particulier dans les poumons, le foie, les os, le cerveau. Ce n'est pas un autre cancer, mais le cancer initial qui s'est propagé.

Chimiothérapie

Traitement d'un cancer par des substances chimiques qui tuent ou affaiblissent les cellules cancéreuses. Les médicaments utilisés touchent aussi les cellules saines, qui se divisent rapidement, ce qui provoque des effets secondaires tels que nausées, vomissements, perte des cheveux ou fatigue.

Immunothérapie

Traitement qui vise à stimuler les défenses de l'organisme (le système immunitaire) contre les cellules cancéreuses.

Radiothérapie

Traitement par des rayons qui détruisent les cellules cancéreuses ou stoppent leur développement. Contrairement à la chimiothérapie, qui agit sur les cellules cancéreuses dans l'ensemble du corps, la radiothérapie est un traitement local, comme la chirurgie.

Tomographie

Examen qui permet d'obtenir des images précises du corps en trois dimensions sur un écran d'ordinateur. Une tomographie par émission de positons (TEP) est une injection dans une veine d'un traceur faiblement radioactif et non toxique, semblable au sucre, qui va se fixer au niveau des cellules cancéreuses et émettre, de façon temporaire, des rayonnements que l'on peut suivre dans l'organisme du patient grâce à une caméra.

14%
DU PIB
C'EST LE COÛT
DE LA SANTÉ
EN SUISSE,
CONTRE 16% EN
ANGLETERRE.

POURQUOI ON PEUT ÊTRE OPTIMISTE

Les sept éminents professeurs que nous avons rencontrés sont catégoriques: grâce aux thérapies ciblées, au développement spectaculaire de l'immunothérapie et aux avancées constantes de la chirurgie, la lutte contre le cancer ne cesse de progresser.

TEXTE CHRISTIAN RAPPAZ

Seize mille cinq cents personnes sont mortes d'un cancer en Suisse l'an dernier, 40 000 nouveaux cas ont été annoncés. La maladie tue 15 millions de personnes chaque année sur la planète, soit presque un décès toutes les deux secondes selon l'OMS. Dans le monde occidental, le cancer est devenu la première cause de mortalité, devant les maladies cardiovasculaires. «Pas forcément parce que le nombre de cas explose, mais parce que l'on meurt moins ou plus du tout d'autres infections ou virus, tempère le neuro-oncologue vaudois Andreas Hottinger. A l'époque, on mourait du typhus, de la tuberculose, de la grippe, de la diarrhée, etc. A mesure que ces maladies ont été éradiquées ou que leur agressivité a été maîtrisée, le cancer est monté dans le classement, si l'on peut dire.» Pour le spécialiste du CHUV, le vieillissement de la population est l'autre raison de cette avancée. «Pendant nos quarante premières années de vie, notre corps contrôle bien les mutations des cellules. Ensuite, le mécanisme s'affaiblit.»

Tout s'accélère

Le mot cancer a longtemps été synonyme de mort. C'était avant. «Avant la découverte du séquençage du génome humain, en 2007, qui permet non seulement de mieux comprendre la maladie et son évolution mais surtout de la

«À L'ÉPOQUE, ON MOURAIT DU TYPHUS, DE LA DIARRHÉE, ETC. À MESURE QUE CES MALADIES ONT ÉTÉ ÉRADIQUÉES, LE CANCER EST MONTÉ DANS LE CLASSEMENT»

personnaliser et de pouvoir ainsi administrer une thérapie ciblée, explique le professeur Pierre-Alain Clavien, chef du Service de chirurgie viscérale à l'Hôpital universitaire de Zurich. Par rapport aux anciennes chimiothérapies qui exterminaient toutes les cellules en cours de division, cancéreuses ou saines, la thérapie ciblée ne touche que les cellules cancéreuses. Cette précision diminue fortement la toxicité des chimiothérapies et leurs effets indésirables.» Ce n'est pas tout. Pour le chirurgien valaisan, l'arrivée de nouvelles molécules s'accélère: «Un nouveau médicament peut repousser la rechute de quelques mois. Cela peut paraître court mais c'est suffisant pour qu'une autre molécule voie le jour et que le malade puisse en bénéficier.»

L'immunothérapie, la révolution

Autre source d'optimisme, les progrès de la chirurgie grâce à l'arrivée de la robotique. «Les interventions sont de plus en plus minimales et beaucoup moins invasives. Des opérations qui demandaient trois mois d'hospitalisation et se soldaient par un haut taux de mortalité il y a encore cinq ans se font presque en ambulatoire aujourd'hui. Avec beaucoup moins de complications, une espérance de survie nettement rallongée et une qualité de vie bien supérieure pour les patients.»

Parmi ces avancées notoires, il en est une encore plus prometteuse que les autres: l'immunothérapie. Ce traitement consiste à administrer des substances stimulant les défenses immunitaires pour permettre à ces dernières de s'attaquer aux cellules malades. «Pour pouvoir survivre, les cellules cancéreuses doivent se protéger du système immunitaire. C'est comme si elles s'entouraient d'une muraille de château fort, vulgarise Andreas Hottinger. Jusqu'à il y a peu, le système immunitaire était donc incapable d'attaquer les cellules tumorales cachées derrière ces remparts. De nouveaux traitements arrivent à détruire ces remparts et permettent au système immunitaire d'attaquer les cellules cancéreuses.» Ces médicaments sont efficaces pour certains types de cancers, de la peau, du rein et du poumon. On peut parler de révolution, s'accordent à dire nos interlocuteurs. Mais malheureusement, même s'ils sont prometteurs, ces traitements ne sont pas efficaces dans toutes les situations. Les scientifiques essayent de comprendre les raisons de ces différences et pourquoi ils ne marchent absolument pas pour certains types de cancers.

En fait, c'est tout le regard sur la maladie qui a changé ces dernières années. «Le but n'est pas seulement de trouver des médicaments ou autres interventions pour éradiquer la maladie. De plus en plus de nouvelles molécules permettent aux patients de vivre nettement plus longtemps et surtout avec une bien meilleure qualité de vie», conclut Pierre-Alain Clavien. «Il reste cependant encore beaucoup de travail pour que tous les patients souffrant de cancer puissent bénéficier des mêmes avantages», regrette Andreas Hottinger. ■

LIRE EN PAGE 40

«9 CANCERS SOUS LA LOUPE» ►



«LES
INTERVENTIONS
SONT BEAUCOUP
MOINS INVASIVES»

ANDREAS HOTTINGER

High-tech

Le neuro-oncologue Andreas Hottinger devant le Cyberknife, l'équipement en service dans l'unité de radio-oncologie du CHUV depuis octobre 2014, qui constitue non seulement un outil de traitement, mais également un centre d'expertise d'importance mondiale.

9 CANCERS SOUS LA LOUPE

ÉTAT DES LIEUX ET AVANCÉES MÉDICALES

Six professeurs spécialisés décryptent l'état des recherches pour neuf des cancers les plus répandus en Suisse.

LE CANCER DU SEIN



Professeur Bernhard Pestalozzi Médecin adjoint et directeur ad interim en oncologie médicale à l'Hôpital universitaire de Zurich

HIER Il y a trente ans,

un cancer du sein était traité par une chirurgie radicale et souvent mutilante. On enlevait le ou les seins et tous les ganglions et les tissus se trouvant dans la région concernée.

AUJOURD'HUI La chirurgie est beaucoup moins invasive. Dans la mesure du possible, nous procédons à une chirurgie conservatrice, c'est-à-dire que seule la tumeur est enlevée et le sein est conservé. Elle se résume à l'ablation d'un ganglion sentinelle sans intervention sur les creux axillaires, et donc sans infirmité de l'épaule et sans gonflement du bras. Dans ce cas, la radiothérapie, la chimiothérapie et l'hormonothérapie postopératoire sont proposées dans le but de réduire le risque de récurrence. Même dans les stades avancés, la guérison est possible dans certains cas et l'espérance de vie est actuellement de trois à quatre ans dans les cas avancés avec métastases. Seule ombre au tableau, l'immunothérapie, qui donne de bons résultats pour le cancer des poumons et le mélanome, n'est pas concluante pour le cancer du sein et les raisons de cet échec ne sont pas encore connues.

LEUCÉMIE, CANCER DU SANG ET DE LA MOELLE OSSEUSE

Professeur Bernhard Pestalozzi

Il faut distinguer deux types de leucémie: aiguë (évolution rapide, 30% des cas) et chronique (évolution lente, 70% des cas). Et dans un groupe, toutes les leucémies ne sont pas identiques. La leucémie aiguë de l'enfant a beaucoup profité de la chimiothérapie traditionnelle. La guérison peut être obtenue dans 85% des cas!

IL Y A VINGT ANS Un patient adulte atteint de leucémie myéloïde chronique survivait trois ans. Depuis 2000, le traitement ciblé de cette maladie entraîne une diminution spectaculaire du taux de mortalité, de sorte que la survie de ces patients a atteint celle de la population générale! Dans le traitement des leucémies aiguës de l'adulte, les progrès sont plus modérés.

AUJOURD'HUI Actuellement, une thérapie innovante encore expérimentale donne les plus grands espoirs de guérison, chez les enfants en particulier. Des cellules de défense immunitaire sont prélevées chez le patient et puis génétiquement modifiées en laboratoire pour qu'elles reconnaissent et détruisent les cellules malades. Elles sont ensuite réinjectées dans le corps du malade. Les premiers résultats sont très encourageants, mais il faut encore résoudre les problèmes associés à la complexité de la préparation de cette thérapie, et par conséquent des coûts, avant de pouvoir l'employer régulièrement en clinique.

CANCER DE LA PEAU

Professeur Bernhard Pestalozzi

HIER A la fin des années 90, on ne connaissait aucun traitement médical qui avait un impact sur la maladie avancée. C'était une maladie au pronostic déprimant, ne répondant que très mal à la chimiothérapie ou à la radiothérapie. La seule solution était d'enlever la tumeur le plus précocement possible en espérant qu'elle ne récidive pas. La recherche a réellement progressé dans les années 2000 avec les thérapies ciblées contre les mélanomes avec une mutation particulière, dite BRAF V600E, qui se trouve dans la moitié des mélanomes. Malheureusement, la plupart des rémissions obtenues avec ce traitement ne sont pas durables.

AUJOURD'HUI Depuis les années 2010, de nouvelles immunothérapies sont apparues et les essais cliniques récents ont montré 20-30% de rémission à longue durée (> 5 ans). Si, avant, on ne parlait jamais de guérison mais plutôt de rémission pour les plus chanceux, le mot «guérison» com-

mence gentiment à devenir légitime. Après cinq ans, des patients sont encore en vie sans aucun signe de rechute et en pleine forme. Une situation pratiquement impossible à imaginer il n'y a pas si longtemps.

LE CANCER DU POUMON



Professeur Rolf Stahel Chef du Centre d'oncologie pulmonaire et thoracique de l'Hôpital universitaire de Zurich

HIER Il y a vingt ans, la plupart des malades avec un cancer du poumon avancé mouraient dans l'année. Puis, à partir de 2000, les pronostics se sont améliorés, même en présence de métastases à distance avec des périodes de rémission de plus de quinze mois chez certains malades.

AUJOURD'HUI Grâce aux traitements ciblés, on compte près d'un quart de patients qui sont toujours en vie après trois à cinq ans. Mais il faut savoir que les chances de survie à cinq ans dépendent essentiellement du stade et du type du cancer: 70% pour un porteur de cancer de stade I, 50% pour un stade II, 25% pour le stade III et moins de 10% pour le stade IV. Les chances de survie dépendent également de la possibilité ou non de pouvoir retirer chirurgicalement la totalité de la tumeur.

DEMAIN Un nouveau traitement, étudié depuis environ trois ans, va totalement changer les perspectives: l'immunothérapie. Cette nouvelle famille de médicaments, qui stimule sélectivement le système immunitaire contre les cellules cancéreuses, va offrir une année de survie supplémentaire à la plupart des malades. On peut même parler de guérison pour une fraction de patients. Malheureusement, pour le type de cancer dit «à petites cellules», qui touche à peu près un malade sur six, les progrès ne sont pas aussi spectaculaires. Mais à voir à quelle vitesse les innovations se multiplient, je suis convaincu que des progrès notoires interviendront également dans ce domaine.

CANCER DU CÔLON ET DU RECTUM



Professeur Matthias Turina
Chef de la section de chirurgie colorectale à l'Hôpital universitaire de Zurich

IL Y A VINGT ANS

Les premiers résultats encourageants ont commencé à tomber concernant les cancers colorectaux. A cette époque, la plupart des interventions chirurgicales étaient lourdes et invasives. Depuis, grâce aux nombreuses avancées dans le domaine des chimiothérapies et de la chirurgie, le taux global de survie à cinq ans s'est fortement amélioré, passant de moins de 30% à plus de 60%.

AUJOURD'HUI De nos jours, détecté à temps, comprenez lorsqu'il est encore limité à la muqueuse (la surface interne) du côlon et du rectum, ce cancer, qui touche en grande majorité des personnes de plus de 50 ans, se guérit dans 90% des cas. Tous stades confondus, une personne sur deux est encore en vie cinq ans après le diagnostic. Et ces chiffres devraient continuer à s'améliorer non seulement en raison des progrès de la médecine, mais aussi grâce au dépistage de sang dans les selles qui permet de déceler la maladie à un stade précoce. Beaucoup de gens ne le savent pas mais entre 50 ans et 69 ans, l'assurance de base en Suisse rembourse le test tous les deux ans et une colonoscopie tous les dix ans.

DEMAIN Des dépistages par simple analyse de sang ont été récemment proposés alors qu'un test ADN dans les selles remplacera sans doute bientôt la colonoscopie. Aux Etats-Unis, une étude sur un vaccin semble également porteuse d'espoir.

CANCER DE LA PROSTATE



Docteur Thomas Hermans
Chef de clinique en urologie à l'Hôpital universitaire de Zurich

HIER Dans les années 90, le dépistage du cancer de la prostate se faisait soit par

prise de sang, soit par toucher rectal. Lorsque l'on diagnostiquait une tumeur avec métastases, on procédait souvent à la castration, par enlèvement des testicules. Une opération évidemment irréversible qui laissait le malade avec une qualité de vie désastreuse et, à la clé, impotence, incontinence et une espérance de vie de deux ans maximum.

AUJOURD'HUI Grâce à six nouveaux médicaments, seul un patient sur trois atteint de cancer métastatique passe par la chirurgie et dans une très grande majorité des cas, les nerfs responsables de l'érection sont préservés. La robotique a beaucoup contribué aux meilleurs résultats chirurgicaux et est utilisée par la plupart des urologues en Suisse. Dans le même temps, l'espérance de vie a été doublée. Lorsqu'il n'y a pas de métastase, nous procédons même parfois à une simple surveillance active via le test de PSA (dosage de la concentration dans le sang de cette protéine sécrétée exclusivement par la prostate).

DEMAIN Dans les dix prochaines années, les espoirs sont grands de réussir à détruire la tumeur sans chirurgie, grâce à la médecine nucléaire.

CANCER DU PANCRÉAS



Professeur Pierre-Alain Clavien
Directeur du Département de chirurgie et transplantation à l'Hôpital universitaire de Zurich

HIER Malheureusement, l'incidence du cancer du pancréas augmente de façon significative depuis les années 50 pour des raisons peu claires. Il est responsable de la mort de plus de 300 000 personnes par an dans le monde. La survie à cinq ans reste très médiocre, en dessous de 10% après le diagnostic, et n'a que peu progressé au cours des trente dernières années. Faute de symptômes clairs, le diagnostic intervient le plus souvent tardivement. La seule chance de guérison reste la chirurgie, qui malheureusement n'est possible que dans les cas les plus favorables. Souvent, la venue subite d'une jaunisse sans douleur témoigne d'un cancer dans la tête du pancréas, alors que la présence d'une perte de poids ou de douleurs dorsales est un signe de maladie avancée. La chirurgie associée à une chimiothérapie moderne reste le seul espoir d'une survie prolongée et quelquefois d'une cure définitive, particulièrement si la tumeur se trouve proche des voies biliaires causant des signes précoces de jaunisse.

AUJOURD'HUI Il existe des chimiothérapies efficaces qui permettent dans certains cas, sans métastases à distance, de réduire la taille des tumeurs et de les rendre opérables, donc guérissables. Autrefois, cette chirurgie avait une très mauvaise réputation due à une haute mortalité postopératoire (jusqu'à 20%

de patients!) et à de nombreuses complications invalidantes. Actuellement, dans les centres spécialisés, la mortalité est en dessous de 3% et les hospitalisations sont courtes. La voie chirurgicale laparoscopique contribue, dans certains cas, à ces meilleurs résultats et à une récupération rapide. Bientôt, la robotique deviendra l'approche de choix pour une chirurgie minimalement invasive et plus précise. Pour les cas inopérables avancés, nous testons à Zurich des stratégies innovantes avec de nouveaux médicaments et, en collaboration avec Aarau, nous étudions une nouvelle approche pour les cas inopérables mais sans métastases associant la chimiothérapie à des traitements locaux nouveaux comme le Nanoknife, la radiothérapie stéréotaxique et l'hyperthermie. La meilleure stratégie serait bien entendu la détection la plus précoce, qui malheureusement reste limitée au progrès de l'imagerie et de l'écho-endoscopie après l'apparition de symptômes.

CANCER DU FOIE

Professeur Pierre-Alain Clavien

HIER Le cancer du foie est l'un des cancers les plus agressifs. Mais c'est aussi un de ceux dont les traitements ont le plus progressé ces trois dernières décennies. Il faut différencier les tumeurs métastatiques dans le foie, dues à une migration de cellules cancéreuses provenant d'un autre organe, des tumeurs primaires prenant naissance dans le foie. Il y a trente ans, toutes ces tumeurs signifiaient six à huit mois de survie. Puis, dans les années 90, est arrivée la chirurgie majeure du foie et la transplantation, qui ont complètement changé la donne.

AUJOURD'HUI Les métastases d'origine du gros intestin (les plus fréquentes dans le foie), par exemple, sont curables dans plus de la moitié des cas grâce à la combinaison d'une chimiothérapie moderne et d'une chirurgie hautement spécialisée. La tumeur primaire la plus fréquente, le carcinome hépato-cellulaire, qui apparaît typiquement dans un foie cirrhotique, est curable grâce à la transplantation, si la maladie n'est pas trop avancée. Comme nous manquons de donneurs presque partout dans le monde, nous offrons une transplantation à partir de donneurs vivants, où la moitié du foie d'un donneur sain, dont le groupe sanguin est compatible avec le receveur, est transplanté électivement chez le malade après avoir enlevé le foie cirrhotique contenant la tumeur. En quatre semaines, les foies partiels du donneur et du malade sont régénérés pour atteindre la taille d'un foie normal.

●●● **DEMAIN** De nouvelles techniques de destruction ciblée des tumeurs comme la radiofréquence, le *microwave* ou Nanoknife permettent de contrôler, ou même quelquefois de détruire, les tumeurs sans incision chirurgicale et sans anesthésie générale. Ces techniques doivent s'intégrer dans le concept moderne multidisciplinaire de la prise en charge des patients avec un cancer du foie. Finalement, la robotique est en train d'émerger comme une nouvelle approche révolutionnaire augmentant la précision de la chirurgie suivie d'une récupération beaucoup plus rapide des malades.

CANCER DE L'ŒSOPHAGE



**Professeur
Christian Alexander
Gutschow**
Chef de la section
de chirurgie œsogastrique
à l'Hôpital universitaire
de Zurich

HIER Ce cancer est le plus souvent consécutif au reflux gastro-œsophagien, mais aussi associé à un excès de tabac et d'alcool. Grâce aux progrès de la chirurgie, de la radiothérapie et de la chimiothérapie, les résultats des traitements se sont améliorés de manière spectaculaire. Il y a vingt ans, le taux de survie des patients après une opération n'était que de 20% à cinq ans. Aujourd'hui, il atteint 60% dans les centres spécialisés.

AUJOURD'HUI Actuellement, les cancers dits superficiels, avec une atteinte limitée à la muqueuse ou à la sous-muqueuse, sont souvent accessibles à un traitement endoscopique. C'est-à-dire une intervention ambulatoire très bien tolérée, qui n'est toutefois pas sans risque et doit être pratiquée seulement dans des centres spécialisés. Pour les cancers plus avancés, la chirurgie avec résection de l'œsophage reste toutefois le traitement de référence, mais elle est devenue beaucoup moins invasive avec l'introduction de la chirurgie mini-invasive et aussi de la robotique offrant aux patients une qualité de vie inenvisageable il y a encore quelques années.

DEMAIN Dans un avenir proche, on peut même imaginer un traitement ciblé encore plus efficace, grâce aux progrès constants de la chimiothérapie, de la radiothérapie et de l'immunothérapie. ■

VRAI-FAUX CE QU'IL FAUT SAVOIR

Le neuro-oncologue **Andreas Hottinger** répond aux questions les plus courantes. L'occasion de tordre le cou à quelques lieux communs.

L'utilisation du téléphone portable augmente-t-elle le risque de cancer?

Non. Les dernières études démontrent clairement que l'utilisation du téléphone portable n'a pas d'incidence sur l'augmentation du nombre de cancers du cerveau. Celle-ci est essentiellement liée au vieillissement de la population. Vu que les téléphones portables se sont démocratisés vers la fin des années 1990, on peut à ce jour dire qu'il n'y a pas de risque puisqu'on les utilise depuis plus de vingt ans.

Vivre près d'une ligne à haute tension peut-il provoquer des cancers?

A ce jour, aucune étude sérieuse ne le démontre.

Vivre à proximité d'une centrale nucléaire augmente-t-il le risque d'être atteint d'un cancer?

Non. Je ne parle pas de Tchernobyl, bien sûr, mais d'une centrale 100% sécurisée.

La radiofréquence, cette technique utilisant les ondes électromagnétiques pour traiter le relâchement cutané du visage et de la peau en général, représente-t-elle un danger?

Non. A ce jour, il n'existe aucune donnée allant dans ce sens.

On dit que l'aspirine protégerait de certains cancers...

Nous n'en savons rien. Pas mal d'études tentent de le démontrer, sans pour l'instant apporter de certitude définitive.

Le cannabis est-il cancérigène?

Oui et non. Le THC, son principe actif, ne l'est pas, mais la combustion des feuilles de cannabis libère plus de 1000 substances dont certaines sont cancérigènes, y compris du goudron, des nitrosamines et autres. Il est important aussi de rappeler que le tabac est l'un des principaux facteurs de risque pour développer un cancer du poumon.

Les compléments alimentaires présentent-ils un risque lié aux cancers?

C'est une question difficile, nous manquons de données objectives. La plus aboutie concerne la vitamine E, à l'effet antioxydant qu'on présente comme un rempart contre le cancer. Malheureusement, les résultats d'une étude réalisée auprès de 15 000 infirmières britanniques n'ont pas confirmé cette hypothèse. Pire, le groupe sous vitamine E a même présenté une incidence au cancer légèrement supérieure.

Le cancer est-il une maladie contagieuse?

Non. Le cancer n'est pas une maladie contagieuse. Certains cancers se développent cependant à la suite de maladies virales infectieuses. Ainsi, par exemple, le cancer du col de l'utérus est lié au papillomavirus (HPV), qui se transmet en ayant des rapports sexuels. Cela est la raison des programmes de vaccination contre le HPV. De même, certains cancers du foie peuvent se développer à la suite de certaines hépatites virales.

Certains modes de cuisson augmentent-ils le risque de cancer? On pense à la friture, aux grillades, au barbecue...

Oui. Les cuissons intenses et prolongées (fritures, grillades) peuvent entraîner la formation de substances cancérigènes. Mais en respectant les conditions de cuisson, le risque reste tout de même très modéré.

Les perturbateurs endocriniens favorisent-ils certains cancers?

C'est possible, mais cela n'a pas encore été démontré. Il est en effet très difficile de mesurer avec fiabilité la nature et les quantités des composés chimiques environnementaux qui ont pu déclencher le développement de cancers.

Les pesticides dans l'alimentation peuvent-ils favoriser des cancers?

De nouveau, c'est une question à laquelle il est difficile de répondre brièvement. Les taux autorisés de pesticides sont établis, entre autres, pour assurer la sécurité des consommateurs quant au risque de développer des cancers. Même pour des expositions plus importantes (par exemple pour les agriculteurs qui les répandent), nous n'avons pas de lien clair entre les pesticides et les cancers.

Le cancer peut-il être dû au stress ou à un choc psychologique?

A un choc psychologique, certainement pas. S'agissant du stress, c'est plus compliqué, car il n'y a pas de lien direct; mais on peut imaginer qu'un stress chronique puisse diminuer les défenses immunitaires de l'organisme.

Plus on est jeune, plus le cancer est agressif?

Plutôt oui. Un organisme jeune est certes plus à même de lutter contre la maladie mais, a contrario, il favorise une mutation qui rend les cellules atteintes plus agressives. La bonne nouvelle, c'est que les énormes progrès de l'oncologie tendent à réduire la portée de ce postulat. ■

«LE RÉGIME MIRACLE N'EXISTE PAS»

Le neuro-oncologue met en garde contre certains régimes qui peuvent interagir négativement avec le traitement oncologique.

Andreas Hottinger est catégorique. Les OGM (organismes génétiquement modifiés) ne sont pas cancérigènes. Pour lui, il n'est pas prouvé non plus que manger bio constitue un rempart contre le cancer. «On peut déduire que se nourrir d'aliments bios est meilleur pour la santé mais il n'existe pas d'étude prouvant que ces produits réduisent le risque de cancer.» Pour le praticien, aucun régime n'a une efficacité démontrée. «Souvenez-vous du Dr David Servan-Schreiber (*peu avant son décès d'un cancer du cerveau, en 2011, le médecin français avait publié Anticancer, un livre dédié aux changements d'habitudes alimentaires comme moyens de prévenir et de ralentir la maladie, ndlr*). Malgré tout et même si le dire est un peu abrupt, son espérance de vie n'a malheureusement pas dépassé le pronostic de la Faculté.» Pour le neuro-oncologue, le régime miracle n'existe pas. «Certains patients reçoivent des recommandations par des proches qui pensent avoir identifié le traitement miracle, ce qui leur met une pression énorme. Il n'est pas rare de voir arriver des personnes très stressées ou démotivées parce qu'elles ont dû déroger à leur régime pendant deux ou trois jours.» Pour Andreas Hottinger, les règles de l'alimentation générale – cinq fruits et légumes par jour et pas plus de 500 g de viande rouge par semaine – ajoutées à la pratique régulière d'un sport demeurent les mieux adaptées à la situation. Le spécialiste du CHUV met également en garde contre certaines cures de détoxification, à base de plantes en particulier, qui peuvent interagir avec le traitement oncologique, en neutralisant une partie de son efficacité. Sa consigne est donc: «Ne rien faire sans en parler à son oncologue.» ■