



MÉTASTASES OU RÉCIDIVE LOCALE

LES MÉCANISMES DE LA RECHUTE

C'est le diagnostic que tout le monde redoute. On pensait être débarrassé de la maladie et la voilà qui réapparaît. Comment se produit la rechute et peut-on en détecter les signes avant-coureurs ?

Métastase, nom féminin, du grec : *metastasis*, déplacement. La métastase est une cellule malade qui s'est déplacée dans l'organisme et s'est installée et développée dans une autre partie du corps. Elle constitue, avec la récurrence locale, l'un des deux aspects d'une rechute. Pour le malade, la rechute est synonyme de nouvelle épreuve, d'un traitement long et contraignant et d'un suivi médical plus étroit et plus régulier qu'auparavant.

« Il ne s'agit pas d'un second cancer, prévient Françoise May-Levin, médecin cancérologue et conseiller médical à la Ligue nationale contre le

cancer, mais de la reprise évolutive d'un cancer déjà traité. Les cellules en cause sont identiques à celles du premier. Par exemple, si un cancer du sein droit est détecté après celui du sein gauche, seul l'examen microscopique pourra déterminer si les cellules sont les mêmes ou non. Et donc, s'il s'agit d'une rechute ou d'un nouveau cancer. Cela influe sur le choix du traitement. »

Cellules très mobiles

La rechute provient d'une ou plusieurs cellules qui ont échappé au traitement initial, lors d'une chirurgie par exemple. Elles peuvent aussi avoir commencé à migrer avant

LA MÉTASTASE
CONSTITUE, AVEC
LA RÉCIDIVE
LOCALE, L'UN DES
DEUX ASPECTS
D'UNE RECHUTE.



“ On guérit du cancer mais on ne peut jamais l'affirmer à 100 %. ”

►► le traitement. D'où l'importance d'essayer de les éliminer toutes dès la première fois. « Une cellule, ça ne se voit pas. Une tumeur, c'est irrégulier, explique Françoise May-Levin. Le chirurgien essaie toujours de tout retirer, mais il ne peut jamais en être sûr. Certaines cellules cancéreuses sont très mobiles. Un cancer au foie est dû à une cellule du sein qui s'est déplacée. Une métastase d'un cancer du sein qui s'est développé dans un poumon ne réagira pas au même traitement qu'un cancer du poumon. Il est donc capital d'analyser les cellules malades pour adapter la réponse médicale. »

Evaluer les risques

Tous les cancers ne rechutent pas. C'est le cas notamment du cancer basocellulaire, un cancer de la peau qui ne rechute jamais. D'autres, en revanche, ont tendance à métastaser, comme pour le poumon, le sein, le pancréas ou bien le mélanome. Proches d'organes très vascularisés, ils peuvent migrer plus facilement. Leur déplacement s'effectue soit par voie sanguine, soit par voie lymphatique (les ganglions sont reliés entre eux par des canaux qui constituent le système lymphatique). Le risque de rechute dépend de trois éléments principaux : la taille de la tumeur, l'état des ganglions (sont-ils envahis ou non) et l'agressivité des cellules. Cette classification est appelée TNM (Tumor, Node, Metastasis). La tâche des médecins oncologues

consiste à évaluer les risques au plus près. S'il faut au maximum éviter la migration des cellules malades, en revanche il ne faut pas « sur-traiter » un patient qui présente un moindre risque et dont les cellules se montrent peu agressives. On utilise des grades, de 1 à 3, pour évaluer l'agressivité des cellules. D'où l'intérêt des traitements succédant au traitement initial appelés traitements adjuvants : leur objectif est de réduire le risque de récurrences. L'efficacité de ces traitements adjuvants de sécurité a été largement et solidement prouvée.

Surveillance accrue

La plupart des rechutes interviennent dans les premières années. Il faut rester vigilant et se faire surveiller régulièrement. L'apparition d'une boule ou d'un ganglion gros et douloureux, une perte de poids inexplicable ou une fièvre qui persiste... Tout signe anormal qui subsiste au-delà de trois semaines ou un mois doit systématiquement entraîner une visite chez son médecin, qui ordonnera les examens qu'il juge nécessaires.

Les marqueurs tumoraux constituent un indicateur précieux. Ils sont présents de façon anormale chez les personnes malades et, s'ils ne sont pas un élément diagnostique, ils sont par contre très utiles pour la surveillance et doivent inciter à effectuer un examen complet. Avec le temps, le risque diminue. On parle parfois de la cinquième année comme celle qui marque la



fin de ce risque. C'est en effet un cap important. Mais, la vigilance médicale même si elle s'espace, ne doit pas cesser.

Quels traitements ?

Il n'existe pas de traitement spécifique à la rechute. La réponse se fait au cas par cas, en fonction de l'histoire du patient. Une récurrence locale peut être traitée par la chirurgie si c'est possible ou par des rayons, suivis de chimiothérapie ou d'hormonothérapie. Si on constate que les cellules ont essaimé ailleurs, la chirurgie seule ne suffit pas et sera complétée le plus souvent par des traitements médicaux.



LE RISQUE DE RECHUTE MAINTIEN LES PERSONNES DANS UN INCONFORT MORAL ET PHYSIQUE DIFFICILE À SUPPORTER.

La rechute : phase de chronicité

Que signifie la rechute par rapport à la maladie ? « Cela veut dire que toutes les cellules n'ont pas été éliminées, explique Françoise May-Levin. On peut s'attendre à entrer dans une phase de chronicité et craindre d'autres épisodes de rechute. Cela ne veut pas dire qu'on ne peut pas guérir. On guérit du cancer mais on ne peut jamais l'affirmer à 100 %. C'est pour cela qu'on n'ose pas l'annoncer et qu'on ne parle pas de guérison, mais de rémission, un mot que détestent la plupart des patients. Cette incertitude est très difficile à vivre, notamment quand on a commencé à rechuter.

Dans ce cas-là, le risque de nouvel épisode est important. Il maintient les gens dans un inconfort moral et physique terrible. La qualité de vie au quotidien s'en ressent. Mais on peut vivre des années avec un cancer métastatique. Grâce notamment aux progrès techniques, on les reconnaît de plus en plus précocement et on dispose de plus en plus d'armes thérapeutiques permettant des durées de vie prolongées. » ■

NICOLAS DÉMARE



LA RECHUTE COMME RÉVÉLATEUR

Il existe un cas particulier. La maladie peut ne pas avoir été détectée, car la tumeur était trop petite ou profondément cachée, mais avoir déjà commencé à essaïmer. Dans ce cas-là, c'est parfois « une métastase » qui permet de cibler le cancer initial. Par exemple, on se casse la jambe, on subit une affection pulmonaire et, en passant une radio, on repère des métastases. Leur analyse permet de déterminer de quel organe viennent les cellules et de s'attaquer à la tumeur d'origine. Au final les progrès incessants permettent de faire reculer l'agressivité de certains cancers.