

Thérapies ciblées et prise en charge du patient

Par le Professeur Véronique Trillet-Lenoir

Véronique Trillet-Lenoir est professeur de cancérologie à l'Université Claude Bernard Lyon 1, et chef du service d'oncologie médicale du Centre hospitalier Lyon Sud aux Hospices Civils de Lyon (HCL). Elle a récemment pris les fonctions de Présidente du Comité de Direction du Cancéropôle Lyon Auvergne Rhône-Alpes (CLARA).

« Depuis quelques années, la recherche, en particulier grâce aux travaux de recherche qui ont lieu dans les laboratoires de biologie, est mieux à même de comprendre comment un cancer se forme, quelles sont les anomalies qui s'accumulent dans une cellule pour arriver à constituer un cancer. De ce fait, on imagine mieux comment combattre ces mécanismes, non plus en utilisant des molécules qui détruisent les cellules de manière un peu aveugle - les mauvaises comme les bonnes malheureusement - mais en utilisant les thérapies dites ciblées qui s'attaquent en particulier à des anomalies spécifiques des cellules cancéreuses.

Ainsi, les traitements sont à la fois plus efficaces, mais restent toxiques puisque la plupart des effets secondaires de la chimiothérapie sont dus aux effets nocifs sur les cellules normales.

Thérapies ciblées sur les anomalies

Ce qui caractérise la maladie cancéreuse par rapport à beaucoup d'autres maladies, c'est que l'ennemi est à l'intérieur. L'organisme a fabriqué lui-même un cancer qui s'est développé à partir de cellules qui sont devenues cancéreuses, alors qu'elles étaient normales au départ.

Autrement dit, on est dans la situation difficile où il faut attaquer l'ennemi, en la visant un peu comme on le fait quand on veut cibler une cellule terroriste au milieu d'une population de civils.

On cible autant que l'on peut l'ennemi que l'on veut abattre, mais on est quelques fois amené à faire ce qu'on appelle des dégâts collatéraux ; atteindre les cibles qu'on ne voudrait pas : la population normale, et ici les cellules normales.

Il faut être suffisamment agressif sur les cellules cancéreuses tout en protégeant au maximum les cellules normales qui permettent de préserver l'intégrité du patient.

S'il s'agit d'un langage un peu guerrier pour parler de cancérologie, il permet de montrer la problématique. Les thérapies ciblées développées ces dernières années relèvent le défi en permettant d'avoir une approche plus flexible et moins agressive.

Les thérapies ciblées sont des médicaments.

Ils peuvent -très schématiquement- être administrés de 2 manières :

- soit par une perfusion intraveineuse,
- soit par comprimés, une modalité qui permet également de diffuser le médicament dans l'ensemble de l'organisme.

Il faut noter qu'un comprimé n'est pas un traitement au rabais, qu'il peut être un traitement tout aussi efficace qu'une molécule en intraveineuse et mais également tout aussi toxique.

Vers une prise en charge globale

Si quelques traitements ciblés sont du ressort de la chirurgie ou de la radiothérapie, ce sont principalement des traitements médicamenteux qui ont fait ces dernières années l'essor de la médecine personnalisée.

Avec l'administration des médicaments sous forme de comprimés, nous avons développé des liens encore plus forts avec ceux qui sont en première ligne pour le suivi, voire quelques fois la reconduction de ces traitements : les médecins généralistes et les structures de ville.

D'un point de vue de clinicien, la principale différence visible dans les traitements des cancers depuis une dizaine d'années vient du fait que le cancer qui jusqu'ici était une maladie aiguë, incurable et très rapidement grave **est devenue une maladie chronique**.

De ce fait, on remarque de plus en plus de patients qui ne sont pas guéris de leur cancer et qui vivent avec. Les conditions dans lesquelles ils vont vivre avec leur cancer dépendent de la façon dont nous allons organiser la prise en charge.

Grâce aux molécules ciblées –décrites plus haut- la maladie est devenue chronique. Ce caractère chronique nous a probablement permis de nous intéresser d'avantage à la prise en **charge globale du patient**.

Un patient n'est pas seulement un type de tumeur avec un type d'anomalie moléculaire associée, il est pour nous un patient dans sa globalité. Nous nous en occupons sous l'angle médical, un angle technique mais aussi dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire et pluri-professionnelle.

Nous avons donc développé des liens importants avec la ville et avec la médecine de ville : du fait la chronicité de la maladie, les patients sont moins souvent à l'hôpital et donc plus souvent chez eux. Ce sont alors les structures de prise en charge à domicile qui sont très fortement impliqués dans le suivi de ces patients.

Ce qui me paraît fondamental à obtenir dans les années qui viennent sont le développement des innovations, le transfert le plus rapide possible des innovations vers la clinique et vers le patient, en franchissant les obstacles réglementaires et les obstacles financiers qui ne sont pas négligeables.

Enfin, il faudra surtout faire en sorte que ces innovations et ces progrès soient non seulement rapidement accessibles, mais qu'ils le soient pour tous, où que le patient habite, quel que soit le type de structure qui le prend en charge. »