

# INSTITUT PAOLI-CALMETTES

CENTRE RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER  
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

---

## MARS BLEU 2018

**Mini-invasif et RAAC :  
la révolution de la prise en charge chirurgicale  
du cancer colorectal**

---

**DOSSIER DE PRESSE**

## SOMMAIRE

### **1. Le dépistage et le diagnostic à l'Institut Paoli-Calmettes**

- 1.1 Un test plus performant
- 1.2 La coloscopie à l'IPC
- 1.3 L'écho-endoscopie thérapeutique, pour les tumeurs superficielles

### **2. 3 500 chirurgies du côlon et du rectum pratiquées en 20 ans**

- 2.1 Pour la majorité des tumeurs, la chirurgie comme traitement principal
- 2.2 Une chirurgie mini-invasive à la carte
- 2.3 Le mini-invasif optimisé : une palette de techniques
- 2.4 La chirurgie transanale

### **3. La RAAC, la prise en charge chirurgicale du XXI<sup>ème</sup> siècle**

### **4. Les pistes de recherche**

## Cancer colorectal : une prise en charge pour les patients du diagnostic à l'après-cancer

Avec 43 000 cancers du côlon et du rectum diagnostiqués en France par an, le cancer colorectal est l'un des cancers les plus fréquents. Un homme sur 25 et une femme sur 30 développent un cancer du côlon ou un cancer du rectum, l'âge moyen du diagnostic se situant après 70 ans.

Face à l'augmentation de l'incidence de ces cancers et à leur sévérité (18 000 décès par an), un programme national de **dépistage du cancer colorectal** est organisé depuis 2009. Il concerne les hommes et les femmes de 50 à 75 ans, sans risque particulier de développer un cancer colorectal, à qui il est recommandé d'effectuer un test de dépistage immunologique tous les 2 ans.

Ce test de dépistage permet de détecter un cancer à un stade débutant. Il permet également de repérer des lésions bénignes avant qu'elles n'évoluent en cancer. S'il est détecté tôt, le cancer colorectal se guérit dans 9 cas sur 10.

Si le résultat du test est positif, une coloscopie doit être effectuée pour confirmer ou infirmer le diagnostic.

A l'Institut Paoli-Calmettes, les cancers du côlon et du rectum sont pris en charge dès cette étape. Chaque patient bénéficie d'un parcours thérapeutique optimisé, encadré par des professionnels à l'expertise reconnue.

## 1. L'IPC, UNE PLATEFORME DE DERNIÈRE GÉNÉRATION POUR UN DIAGNOSTIC RÉALISÉ DANS UN TEMPS RESSERRÉ

### 1.1 Le dépistage : un test plus performant

Depuis 2015, le nouveau test de dépistage du cancer colorectal est plus simple d'utilisation (un seul prélèvement de selles suffit) et donc plus rapide à effectuer, il est également plus sensible et plus précis en termes de résultats.

Comme l'explique le Dr Erwan Bories, gastro-entérologue à l'IPC, « *il y a moins de risque d'erreurs : moins de personnes faussement négatives et moins de personnes faussement positives. Globalement, ce test permet effectivement de trouver plus de lésions. Mais attention, ce test n'est pas un test diagnostique. En cas de résultat positif, il convient de faire une coloscopie* ».

Grâce à sa précision, ce nouveau test a d'ores et déjà permis de dépister 3,7 fois plus de lésions bénignes et 2,5 fois plus de cancers, même s'il faut rappeler que fort heureusement l'immense majorité des tests ne révèlent aucun problème.

### 1.2 La coloscopie à l'IPC

Une coloscopie est donc préconisée en cas de test positif, mais aussi en cas de signes digestifs anormaux (sang dans les selles, constipation ou diarrhée récente, douleurs abdominales inhabituelles et répétées).

La coloscopie est un examen d'imagerie endoscopique qui permet d'étudier la paroi interne (muqueuse) du gros intestin et de déceler d'éventuelles anomalies, notamment des polypes.

Parce que le diagnostic précoce joue un rôle-clé dans la prise en charge d'un cancer du côlon ou d'un cancer du rectum, la qualité de cette coloscopie et le savoir-faire de l'équipe sont fondamentaux.

A l'IPC, cet examen est effectué, après une préparation colique, sous anesthésie générale, en ambulatoire.

Unité référente en Europe, l'unité d'écho-endoscopie et d'endoscopie d'oncologie digestive de l'IPC dispose d'un plateau technique à la pointe de l'innovation :

- 3 colonnes vidéo d'endoscopie haute définition permettant la chromoendoscopie de dernière génération,
- 1 système de microscopie électronique permettant d'analyser certaines formes de polypes avant la résection,
- 3 systèmes d'écho-endoscopie pour le bilan pré-thérapeutique spécifique du cancer du rectum,
- le système Fuse™.

Une équipe de 5 gastro-entérologues est mobilisée pour permettre aux patients des consultations rapides et concentrées dans le temps, avec une plateforme d'endoscopie de dernière génération pour le diagnostic et, très souvent, le traitement direct des lésions.

Si un cancer du rectum est suspecté, un bilan rectum rapide est proposé. Il inclut à la fois plusieurs types d'examens et une prise en charge pluridisciplinaire. La qualité et la rapidité de ce bilan sont autant de points forts pour le patient.

A l'IPC, nous proposons aux patients qui en ont besoin un rendez-vous le plus rapidement possible pour une coloscopie, soit au maximum sous 10 jours ; la consultation d'anesthésie est regroupée avec la consultation pour la coloscopie pour éviter au patient de se déplacer plusieurs fois. Une consultation d'oncogénétique pour les patients à risques familiaux peut être proposée dans la même journée.

### **1.3 Traitement curatif des tumeurs superficielles gastro-intestinales dès la coloscopie**

L'équipe d'écho-endoscopie et d'endoscopie d'oncologie digestive a également une solide expérience des ablations, notamment complexes, de tumeurs bénignes ou en voie de dégénérescence.

*« Lorsque la tumeur est limitée à la muqueuse et si elle n'est pas infiltrée de plus de 1 mm dans la sous muqueuse, dans 85 % des cas, la résection par voie écho-endoscopique est suffisante. Il n'y a alors pas besoin d'une chirurgie complémentaire »,* affirme le Dr Marc Giovannini, responsable de l'unité d'écho-endoscopie et d'endoscopie d'oncologie digestive de l'IPC.

Cette résection sous muqueuse des tumeurs digestives superficielles s'effectue dans ce cas en un seul fragment (monobloc) et offre l'avantage de réduire pratiquement à 0 % le risque de récurrence locale.

## 2 - 3 500 CHIRURGIES DU CÔLON ET DU RECTUM PRATIQUÉES EN 20 ANS

### **2.1 Pour la majorité des tumeurs, la chirurgie comme traitement principal...**

Hormis dans le cas où une résection endoscopique est possible, la chirurgie reste le traitement principal d'un cancer du côlon ou d'un cancer du rectum. Elle vise à supprimer le segment digestif atteint et à enlever les ganglions de drainage de la tumeur (curage ganglionnaire).

L'Institut est aujourd'hui le centre qui affiche l'une des plus fortes activités de chirurgie digestive sur la région. Spécifiquement sur le côlon et le rectum, l'équipe de chirurgie digestive a pratiqué en 20 ans 3 500 chirurgies, dont 1 500 chirurgies du rectum et 2 000 chirurgies du côlon.

Aucun centre de chirurgie digestive en région PACA ne bénéficie de ce niveau d'activité et d'excellence, avec une prise en charge large, tant en chirurgies lourdes qu'en chirurgies mini-invasives (cf. ci après).

### **2.2 A l'IPC, la chirurgie mini-invasive personnalisée**

La [coelioscopie multi-trocart](#), voie d'abord chirurgicale mini-invasive, permet de réaliser des interventions à ventre fermé, sous le contrôle d'une caméra, avec simplement trois à cinq petites incisions de 5 à 12 mm chacune.

A l'IPC, la chirurgie coelioscopique multi-trocart a commencé à la fin des années 90, avec les résections coliques et rectales. Aujourd'hui, la technique y est utilisée en routine.

En France, entre 2007 et 2015, on est passé à seulement 20 % des patients traités par une chirurgie du côlon par coelioscopie multi-trocart. Le pourcentage est encore trop faible pour une chirurgie qui offre l'énorme avantage de limiter la taille des incisions et l'impact de la chirurgie. Dans des centres experts comme l'IPC, le ratio est beaucoup plus important.

« Deux voies d'abord peuvent être utilisées pour opérer un cancer du côlon : la laparotomie, opération à ventre ouvert, et la coelioscopie, Aujourd'hui, à l'IPC, dans plus de 90 % des cas, l'intervention se fait par coelioscopie », note le Dr Cécile de Chaisemartin, chirurgien en oncologie digestive.

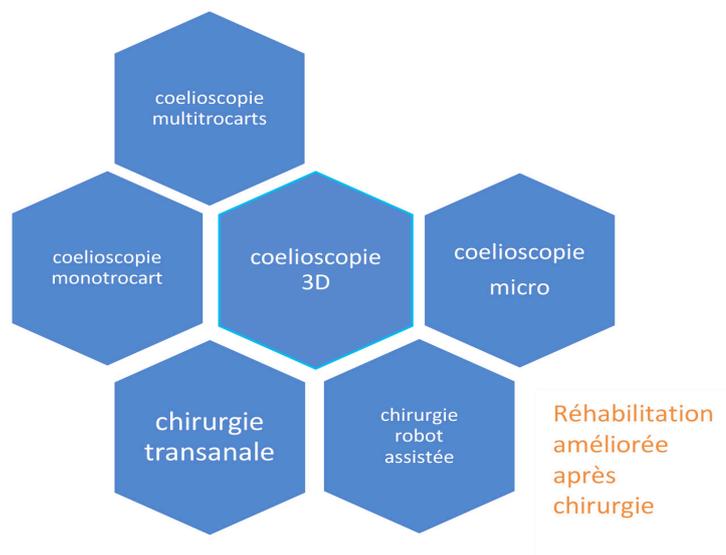
[Parallèlement à la coelioscopie](#), un premier robot a été acquis en 2006, puis un second de dernière génération en 2016, ce qui a permis d'intensifier la prise en charge des cancers colorectaux par chirurgie mini-invasive mais robot assistée.

Actuellement, le robot est utilisé pour la chirurgie du cancer du rectum et la chirurgie du cancer du côlon droit. Des évaluations prospectives sont en cours dans ces deux domaines sur la supériorité de la chirurgie robotique par rapport aux autres approches mini-invasives disponibles.

Dans tous les cas, l'équipe choisit la technologie la plus adaptée au cas du patient et à sa pathologie :

- 120 chirurgies du rectum ont été réalisées en 2017, dont 105 (87,5 %) en chirurgie mini-invasive ou par robot assistée ;
- 150 colectomies ont été réalisées en 2017, dont 139 (92,7 %) en chirurgie mini-invasive ou par robot assistée.

## 2.3 Le mini-invasif optimisé : une palette de techniques pour correspondre aux cas des patients et diminuer la durée de séjour de 10 à 2 jours



Ces dernières années, innovation après innovation, de nouveaux outils se sont peu à peu greffés à l'approche coelioscopique.

De multi-trocarts, la coelioscopie tend à devenir mono-trocarts, en passant par le nombril. Pratiquée à l'IPC depuis début 2012, et de plus en plus, la colectomie par incision unique permet de réduire les douleurs et les séquelles pariétales pour le patient. Malheureusement, elle ne s'adapte pas aux situations difficiles.

La coelioscopie 3D a quant à elle débuté courant 2016, l'IPC s'étant doté d'une colonne de coelioscopie 3D financée grâce à l'aide d'associations mécènes de l'Institut. Le chirurgien opère en bénéficiant d'une vision tridimensionnelle, ce qui augmente la précision du geste chirurgical. Enfin, la durée d'intervention est raccourcie d'une trentaine de minutes environ.

Depuis peu, la coelioscopie devient « micro ». En micro-coelioscopie, les instruments utilisés sont dorénavant de 3 mm contre 5 mm à 10 mm. Cette technique fait partie du concept de « *low impact coelioscopy* », qui y associe une insufflation à basse pression.

Cette approche innovante permet :

- d'une part de travailler à basse pression. Moins de gaz est insufflé, le ventre est moins distendu, ce qui diminue les douleurs post-opératoires ;
- d'autre part, de remplacer les mini incisions par de minuscules trous d'aiguille, sans aucune suture cutanée.

Cette chirurgie mini-invasive à la carte, caractérisée par la diminution de la taille des incisions, la réduction de la durée et de l'intensité de la période de vulnérabilité liée à l'acte chirurgical, minimise les contrecoups pour le patient. Couplée à une optimisation du traitement de la douleur post-opératoire, elle favorise une réhabilitation précoce. Avec les pratiques de RAAC, elle réduit la durée de récupération post-opératoire de 10 à 2 jours.

## 2.4 La chirurgie transanale

L'IPC pilote une étude nationale multicentrique portant sur la chirurgie transanale du cancer du bas rectum. L'essai, qui a démarré début 2016, est mené par 25 équipes françaises. L'objectif consiste à inclure un total de 215 patients. A la mi-décembre 2017, 55 patients avaient déjà été inclus, dont les 2/3 à l'IPC.

*« Pour le cancer du bas rectum, nous développons effectivement une technique de coelioscopie par les orifices naturels, en l'occurrence l'anus. On parle de « NOTES Surgery ». Nous faisons en quelque sorte de la chirurgie à l'envers, en partant d'en bas pour aller vers le haut. Cette approche réduit encore plus l'agressivité du geste chirurgical et nous permet d'avoir une meilleure vision de la cavité pelvienne, ce qui optimise les chances de conserver l'anus et de préserver l'innervation pelvienne dont sont en partie tributaires les fonctions urologiques », raconte le Dr Bernard Lelong, chirurgien en oncologie digestive à l'IPC.*

### 3. LA RAAC, LA PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DU XXI<sup>ème</sup> SIÈCLE, LA RÉCUPÉRATION PRÉCOCE APRÈS L'INTERVENTION

L'ensemble des procédures mini-invasives développées à l'Institut pour la cancérologie colorectale (robot, approche mono-trocart, micro-coelioscopie, etc.) fait partie intégrante du protocole de Réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) mis en place en janvier 2016.

« *La Réhabilitation améliorée après chirurgie digestive (RAAC), c'est un protocole médico-chirurgical déjà bien implanté en chirurgie colorectale, et qui va s'appliquer dans les années à venir à toute l'activité du département. Il permet de réduire l'agression chirurgicale et les complications, en complément de la coelioscopie* », commente le Dr Bernard Lelong, chirurgien en oncologie digestive.

En charge du développement du protocole RAAC pour les cancers du côlon et du rectum, le Dr. Hélène Meillat, chirurgien en oncologie digestive, ajoute :

« *Dans le cadre d'un parcours de soin standardisé et coordonné, tout un protocole de prise en charge a été défini, avec 20 mesures portant sur le pré, le per et le post opératoire. De l'information préopératoire donnée au patient, en passant par une boisson sucrée à boire 2 heures avant l'opération, de façon à éviter le pic d'hypoglycémie et ses effets en cascade, ou encore le dîner désormais proposé le soir même de l'intervention, c'est l'ensemble des mesures, mises en œuvre de bout en bout, qui rend possible la récupération rapide de l'autonomie et le retour à domicile dans des conditions de sécurité optimales.* »

Depuis son lancement en janvier 2016 sur le cancer du côlon, le protocole a inclus 200 patients (chiffre à mi-décembre 2017). Mis en œuvre depuis mars 2017 pour le cancer du rectum, il a concerné 60 patients (chiffre à mi-décembre 2017).

Dorénavant, tout patient opéré d'une colectomie bénéficie du protocole RAAC, quel que soit le type de chirurgie mini-invasive utilisée. Il en va de même pour tout patient opéré d'un cancer du rectum : la stomie temporaire ne constitue plus un frein à la sortie.

Grâce à la RAAC, l'équipe espère même pouvoir proposer des colectomies en ambulatoire dès 2018.

## 4. LES PISTES DE RECHERCHE

### Sur la formation des métastases

A l'Institut comme au CRCM (Centre de recherche en cancérologie de Marseille), plusieurs équipes travaillent sur des projets de recherche fondamentale ou de recherche translationnelle. Un programme financé par l'INCa permet notamment de développer un projet de recherche sur un nouveau récepteur (PTK7) jouant un rôle important dans la formation de métastases du cancer du côlon et déjà ciblé par de nouveaux médicaments en essai clinique.

### Immunothérapie

Par ailleurs, en lien avec son statut de centre de lutte contre le cancer, l'IPC participe depuis 2015 à de nombreux essais internationaux de recherche clinique permettant aux patients d'accéder aux thérapeutiques innovantes que constitue l'immunothérapie. De nombreux essais (phases précoces, phases II, phases III) sont en cours de développement pour le cancer colorectal.

### Biopsies liquides – Suivi par prise de sang

Enfin, en collaboration avec les équipes de recherche du CRCM, l'IPC développe un essai thérapeutique permettant de dénombrer et de caractériser les cellules tumorales circulantes dans le sang de patients atteints d'un cancer colorectal. En effet, peu de marqueurs biologiques (présents dans la tumeur ou dans le sang) permettent de prédire le risque de récurrence ou la réponse aux traitements : la réponse pourrait se trouver dans l'étude de ces cellules circulantes.

Cet essai, qui a démarré en décembre 2017, est ouvert à tous les patients nouvellement pris en charge à l'IPC pour un cancer du côlon, quel que soit le stade de leur maladie. Pour les patients opérés, une prise de sang est réalisée avant et après la chirurgie.

Les résultats permettent soit de conforter la prescription d'un traitement de chimiothérapie après la chirurgie, soit d'évaluer le risque de récurrence. Pour les patients qui présentent une maladie plus avancée nécessitant des traitements de chimiothérapie curative, l'analyse des cellules circulantes permettra d'évaluer le risque d'échappement aux traitements.

### A propos de l'IPC :

Certifié par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2015 niveau A, sans remarque, et membre du groupe UNICANCER, l'IPC rassemble 1 580 chercheurs et personnels médicaux et non médicaux, engagés dans la prise en charge globale de l'ensemble des pathologies cancéreuses : recherche, soins médicaux et de support, enseignement et formation. L'IPC a réalisé plus de 91 220 consultations et accueilli plus de 10 085 nouveaux patients en 2016. La prise en charge à l'IPC s'effectue exclusivement sur la base des tarifs de la sécurité sociale, et les dépassements d'honoraires ne sont pas pratiqués dans l'établissement. Régi par les articles L6162-1 à 13 du Code de la Santé publique, l'Institut Paoli-Calmettes est habilité à recevoir des dons et legs.

Pour plus d'informations : [www.institutpaolicalmettes.fr](http://www.institutpaolicalmettes.fr)

Contact presse :

---

Elisabeth **BELARBI** – Chargée des Relations presse

04 91 22 37 48 - 06 46 14 30 75 [belarbie@ipc.unicancer.fr](mailto:belarbie@ipc.unicancer.fr)

10/10