



CANCERS DIGESTIFS :
A L'IPC, DES PRISES
EN CHARGE PLUS EFFICACES
ET DES TRAITEMENTS
MIEUX TOLERES

INSTITUT PAOLI-CALMETTES

JUIN 2018
DOSSIER DE PRESSE



SOMMAIRE

JUIN 2018 - DOSSIER DE PRESSE

CANCERS DIGESTIFS :
A L'IPC, DES PRISES EN CHARGE PLUS EFFICACES
ET DES TRAITEMENTS MIEUX TOLERES

I - L'INSTITUT PAOLI-CALMETTES PASSE LE CAP DE LA 7 000^{ÈME} CHIRURGIE DIGESTIVE	03
A. De la chirurgie oncologique généraliste à l'hyperspécialisation : Entretien avec le Pr Jean-Robert Delpero	04
B. Les spécificités de la chirurgie digestive à l'IPC : une palette de techniques personnalisées pour des interventions moins invasives	05
C. Une expertise qui porte ses fruits en termes de guérison	06
II - LES ALTERNATIVES À LA CHIRURGIE EN INNOVATION CONSTANTE	07
A. Un plateau d'endoscopie et d'écho-endoscopie digestive de plus en plus spécialisé	08
B. La radiologie interventionnelle, alternative ou en association à la chirurgie	10
C. Radiothérapie : une stratégie d'épargne rectale systématique	12
III - LES PROGRÈS DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX	12
A. Les thérapies ciblées	13
B. L'arrivée de l'immunothérapie	13
IV - UNE CONSULTATION DÉDIÉE AUX PERSONNES À RISQUE DE CANCER DU PANCRÉAS	15
A. Prévenir pour guérir : La Réunion de consultation pluridisciplinaire	16
B. Personnes à haut risque : dépistage et prise en charge	17
ANNEXE - LEXIQUE	19
A PROPOS DE L'INSTITUT PAOLI-CALMETTES	21



I - L'INSTITUT PAOLI-CALMETTES PASSE LE CAP DE LA 7 000^{ÈME} CHIRURGIE DIGESTIVE

Cette année, l'Institut Paoli-Calmettes passe le cap de la 7 000^{ème} intervention chirurgicale digestive. En 30 ans, l'équipe de chirurgie digestive a pratiqué 3 500 chirurgies du côlon et du rectum, 2 500 chirurgies du foie et du pancréas, 1 000 chirurgies de l'œsophage et de l'estomac.

L'Institut est aujourd'hui le centre qui affiche l'une des plus fortes activités de chirurgie digestive sur la région sud. L'activité, à la hausse, est en croissance constante : + 30 % envisagés entre 2018 et 2022, sur toutes les pathologies concernées (côlon, rectum, foie, pancréas, œsophage, estomac). Une tendance qui s'explique par une expertise reconnue, un savoir-faire technique à la pointe de l'innovation.

Un patient pris en charge pour un cancer digestif est certain de bénéficier d'un parcours thérapeutique optimisé, que ce soit en chirurgie, écho-endoscopie, radiologie interventionnelle, radiothérapie, ou chimiothérapie, au sein d'une équipe en interaction constante, où toutes les options, même les plus innovantes, sont évaluées.

Les cancers digestifs représentent 1/3 des cancers diagnostiqués chaque année en France. A l'IPC, plus de 2 000 nouveaux patients sont pris en charge chaque année pour un cancer digestif. Cela représente 25 % des cancers pris en charge à l'Institut.



INSTITUT PAOLI-CALMETTES

unicancer Marseille

JUIN 2018 - DOSSIER DE PRESSE

I - L'INSTITUT PAOLI-CALMETTES PASSE LE CAP DE LA 7 000^{ÈME} CHIRURGIE DIGESTIVE

A. DE LA CHIRURGIE ONCOLOGIQUE GÉNÉRALISTE À L'HYPERSPÉCIALISATION

Entretien avec le Pr Jean-Robert Delpero, responsable du département de chirurgie digestive de l'IPC jusqu'en 2017

« Le nombre d'interventions que nous réalisons aujourd'hui en 15 jours correspond à une année d'activité dans les années 1980 ! »

« Lorsque je suis arrivé à l'Institut en 1980, je faisais de la chirurgie généraliste en cancérologie. Nous étions trois : deux chirurgiens et un interne. J'ai pris la tête du département de Chirurgie digestive en 1992. Depuis, tout a radicalement changé.

Actuellement, l'équipe compte huit chirurgiens et deux assistants. Sur les huit chirurgiens, trois sont spécialisés dans le colorectal, quatre dans le foie et le pancréas, un sur l'œsophage et l'estomac. A mon sens, cette évolution de la chirurgie vers la spécialisation est incontournable. Un bon chirurgien doit avoir une culture chirurgicale générale, indispensable, mais l'hyperspécialisation devient une nécessité.

Aujourd'hui, notre service dispose de compétences hyper pointues, qui bénéficient d'un environnement et d'un plateau technique à la pointe de l'innovation. Grâce à nos publications, aux conférences auxquelles nous participons, nous sommes reconnus au niveau national comme international.

L'IPC offre donc une structure de soins cohérente, avec une prise en charge médicale péri-opératoire globale et sécurisée. Résultat : le nombre de patients pris en charge ne cesse d'augmenter, avec une hausse de 10 % par an. Une année d'activité dans le service en 1982 correspond au nombre d'interventions que nous réalisons aujourd'hui en 15 jours. »

I - L'INSTITUT PAOLI-CALMETTES PASSE LE CAP DE LA 7 000^{ÈME} CHIRURGIE DIGESTIVE

B. LA CHIRURGIE DIGESTIVE À L'IPC : UNE PALETTE DE TRAITEMENTS PERSONNALISÉS

« *En chirurgie digestive, nous disposons aujourd'hui de toute une palette d'outils : robot, cœlioscopie, cœlioscopie 3D, microcœlioscopie, monotrocart. Nous choisissons la réponse mini-invasive la plus adaptée au cas du patient et à sa pathologie (volume et position de la tumeur, morphologie du patient...)* »,
Dr Bernard Lelong, chirurgien en oncologie digestive.

La cœlioscopie, voie d'abord chirurgicale mini-invasive, permet de réaliser des interventions à ventre fermé, sous le contrôle d'une caméra, avec simplement quelques petites incisions ou en passant par les voies naturelles. A l'IPC, la chirurgie coelioscopique a commencé à la fin des années 1990, avec les résections coliques et rectales (plus de 1 000 interventions coelioscopiques sur le rectum réalisées à ce jour).

Parallèlement à la cœlioscopie, 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 voie mini-invasive. L'expertise mini-invasive en chirurgie colorectale a par ailleurs favorisé le développement de la chirurgie du pancréas, du foie, de l'estomac et de l'œsophage sous cœlioscopie (plus de 200 procédures déjà réalisées).

En ce qui concerne la prise en charge des cancers de la jonction oeso-gastrique (tumeurs de la jonction entre l'estomac et l'œsophage), l'équipe a développé un abord par voie « trans-hiatale oncologique » coelio-assistée. Cette technique, rendue possible grâce à l'apport de la cœlioscopie en 3 dimensions (3D), permet de réduire de façon significative le taux de complications habituellement constaté au décours de ces interventions pratiquées par des voies d'abord classiques (ouverture de l'abdomen et du thorax), sans modifier la performance oncologique de la chirurgie.

« *Cette approche permet en outre une réhabilitation précoce du patient après l'intervention, tout en améliorant son confort post opératoire par l'abandon de la sonde nasogastrique (tuyau passant par le nez pour descendre à travers la gorge jusque dans l'estomac). Cela apporte également un bénéfice sur les complications respiratoires spécifiques à ce type d'intervention* », **Dr Jérôme Guiramand**, chirurgien en oncologie digestive.

I - L'INSTITUT PAOLI-CALMETTES PASSE LE CAP DE LA 7 000^{ÈME} CHIRURGIE DIGESTIVE

C. UNE EXPERTISE QUI PORTE SES FRUITS

Fort du nombre croissant d'interventions réalisées, et donc d'une expérience sans cesse enrichie, le département de chirurgie oncologique digestive de l'IPC a développé un savoir-faire technique et une expertise incontestables, adossés à une politique d'innovation et de recherche constante.

Aujourd'hui, l'équipe offre une prise en charge chirurgicale large tant en chirurgie mini-invasive (robotique, cœlioscopie) qu'en chirurgie lourde. Aucun centre de chirurgie digestive en région sud ne bénéficie de ce niveau d'activité. Le chirurgien est en constante interaction avec l'oncologue et le reste de l'équipe pluridisciplinaire. Chaque patient se voit proposer un parcours optimisé.

« Cette interaction, très étroite, à tous les temps de la prise en charge, est primordiale. Par exemple, un patient atteint d'un cancer du pancréas, de l'estomac, du côlon ou du rectum voit en consultation, le même jour et à une heure d'intervalle, l'oncologue et le chirurgien.

La question de la chimiothérapie peut se poser avant et après la chirurgie. L'oncologue est en permanence en discussion avec le chirurgien et les décisions thérapeutiques se prennent ensemble », **Dr Marine Gilabert**, oncologue digestif

L'expertise permet de sécuriser l'acte chirurgical : l'IPC fait partie des centres où la mortalité post-opératoire a considérablement diminué au fil des ans sur l'ensemble des pathologies digestives. C'est particulièrement le cas ces dernières années sur la chirurgie du pancréas, pour laquelle le taux de morbi-mortalité y est particulièrement bas.

« Il a été démontré récemment que, pour des pathologies-phares de notre activité que sont le pancréas, le rectum et l'estomac, plus un centre effectue d'interventions, meilleure est la sécurité du patient. Ainsi, un haut volume d'activité réduit la mortalité opératoire de la chirurgie du pancréas et de l'estomac, et diminue les complications et les séquelles de la chirurgie du rectum.

A l'Institut, nous sommes particulièrement mobilisés sur les tumeurs du pancréas, le cancer colorectal et le cancer de l'estomac : nous disposons d'un environnement et d'un plateau technique complet, permettant de réduire au maximum les conséquences d'une complication postopératoire »,

Pr Olivier Turrini, chirurgien en oncologie digestive, responsable du département de Chirurgie oncologique digestive.

Par ailleurs, pour l'ensemble des chirurgies digestives, un « score » de fin de séjour permettant de déterminer la modalité de sortie la plus adaptée pour chaque patient a été mis en place en 2016 : sortie à domicile « simple », sortie à domicile avec soins de supports (ou hospitalisation à domicile), sortie en centre de convalescence plus ou moins médicalisé. Depuis, le taux de réadmission à un mois a chuté de 9,6 % à 7,5 %. A l'horizon 2022, il est prévu d'atteindre un taux inférieur à 5 %.



II - LES ALTERNATIVES À LA CHIRURGIE EN INNOVATION CONSTANTE

Ces dernières années, poursuivant sa politique de différenciation par l'innovation, l'Institut a fortement développé des techniques de prise en charge mini-invasives. Sont concernées la chirurgie, bien sûr, mais aussi l'endoscopie et l'écho-endoscopie digestive qui permet des interventions très précoces dès les stades précancéreux, la radiologie interventionnelle parfois associée à la chirurgie, et la radiothérapie.



INSTITUT PAOLI-CALMETTES

unicancer Marseille



JUIN 2018 - DOSSIER DE PRESSE

II - LES ALTERNATIVES À LA CHIRURGIE EN INNOVATION CONSTANTE

A. UN PLATEAU D'ENDOSCOPIE ET D'ÉCHO-ENDOSCOPIE DIGESTIVE QUI CONNAÎT UNE CROISSANCE SPECTACULAIRE

Comme en chirurgie, l'endoscopie et l'écho-endoscopie, à visée diagnostique ou thérapeutique, se spécialisent de plus en plus par types de tumeur, avec un plateau technique équipé en conséquence et de nouveaux parcours patients, centrés sur une prise en charge mini-invasive.

« Comme en chirurgie, en écho-endoscopie à visée thérapeutique, nous nous spécialisons de plus en plus par thématique, par type de tumeur, avec un plateau technique équipé en conséquence », Dr Erwan Bories, gastro-entérologue.

+ 20 % en 5 ans, + 8 % sur la seule année 2017 : à l'Institut Paoli-Calmettes, l'activité d'endoscopie et d'écho-endoscopie d'oncologie digestive est en constante augmentation, tous types d'actes confondus.

En amont de la prise en charge des patients, l'expertise et le savoir-faire de l'équipe, dirigée par le Dr. Marc Giovannini, autant que la qualité du plateau technique, permettent d'effectuer en routine des dépistages et des diagnostics de plus en plus précoces et précis (coloscopies pour le côlon ou le rectum, endoscopies de l'œsophage et de l'estomac, écho-endoscopies des voies biliaires et du pancréas).

Et l'arsenal technique ne cesse d'évoluer. Grâce à de nouvelles générations d'appareils, de nouveaux types d'explorations-diagnostiques sont en cours de développement : cholangioscopies des voies biliaires, chromo-endoscopies électronique des lésions œsophagiennes, gastriques, colorectales, destruction des tumeurs du pancréas et des voies biliaires par radiofréquence.

Cette compétence diagnostique, fondamentale lorsque l'on sait l'impact d'un dépistage précoce et d'un bon diagnostic sur les chances de survie, est par ailleurs à l'origine de la montée en puissance de l'endoscopie et de l'écho-endoscopie thérapeutiques.

« Aujourd'hui, sauf en présence d'une tumeur volumineuse, le diagnostic reste difficile. Nous ne parvenons à confirmer la présence d'un cancer des voies biliaires que dans 50 % à 60 % des cas. La cholangioscopie permet d'obtenir 80 % de diagnostics corrects. Cette approche va constituer un outil de plus dans l'arsenal de diagnostic et de dépistage des tumeurs biliaires et pancréatiques », Dr Erwan Bories

II - LES ALTERNATIVES À LA CHIRURGIE EN INNOVATION CONSTANTE

LE TRAITEMENT CURATIF DES TUMEURS SUPERFICIELLES GASTRO-INTESTINALES

« 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, on peut l'enlever par voie endoscopique directement » **Dr Marc Giovannini**

Ainsi, pour certains cancers colorectaux, il est devenu possible d'associer à l'acte diagnostique un acte curatif, c'est-à-dire la résection des polypes. A la clé, pour le patient : une seule anesthésie et, dans le même temps interventionnel, un diagnostic précoce et un traitement mini-invasif. A ce jour, en oncologie, aucune autre technique n'est capable de proposer la même chose.

Grâce à l'endoscopie thérapeutique, de nouveaux parcours de soins se mettent donc en place pour les patients. Aujourd'hui, cette prise en charge thérapeutique mini-invasive de certains cancers digestifs (tumeurs superficielles, lésions précancéreuses), qui permet de guérir de tumeurs précoces, constitue une sérieuse alternative à la chirurgie.

« De fait, pour certains cancers de l'œsophage, de l'estomac, du duodénum, du côlon ou du rectum, 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 endoscopique est suffisante. Il n'y a alors pas besoin d'une chirurgie complémentaire. De plus, cette résection sous muqueuse, qui s'effectue en un seul fragment, offre l'avantage d'abaisser considérablement le risque de récurrence locale »,

Dr Marc Giovannini.

Par ailleurs, l'écho-endoscopie thérapeutique est utilisée pour traiter de façon non chirurgicale des abcès post opératoires du pancréas, ou encore, pour le drainage des voies biliaires, notamment en cas d'échec de la voie endoscopique. Plus récemment, il est devenu possible de détruire des tumeurs du pancréas et des voies biliaires par radiofréquence guidée par endoscopie ou écho-endoscopie.

II - LES ALTERNATIVES À LA CHIRURGIE EN INNOVATION CONSTANTE

B. LA RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE, ALTERNATIVE OU COMPLÉMENTAIRE À LA CHIRURGIE

« A l'IPC, de plus en plus de patients qui, auparavant, étaient pris en charge en chirurgie, bénéficient dorénavant de la destruction de leur tumeur par radiologie interventionnelle »

Pr Olivier Turrini, chirurgien en oncologie digestive, responsable du département de Chirurgie digestive.

En oncologie digestive, l'activité de radiologie interventionnelle est en constante augmentation depuis 2013. Deux grandes familles de traitements, pour lesquels l'expertise de l'IPC est reconnue, sont mises en œuvre :

- les thermo-ablations, avec la radiofréquence, le micro-ondes et la cryothérapie ;
- les traitements intra-artériels, avec la chimioembolisation, la radioembolisation ou la pose de cathéters intra artériels.

Pour les hépatocarcinomes (90 % des cancers primitifs du foie), comme pour les métastases hépatiques, la radiologie interventionnelle peut être une véritable alternative à la chirurgie. Ainsi, même si le patient est opérable et que la lésion à traiter est de moins de 3 cm, l'équipe chirurgien/radiologue privilégie la thermo-ablation. La tumeur est détruite grâce à l'action de la chaleur (radiofréquence, micro-ondes). Courant 2018, ces thermo-ablations hépatiques vont même pouvoir s'effectuer en ambulatoire, avec une anesthésie générale légère (sédation).

« Pendant de nombreuses années, la chirurgie du foie était une chirurgie classique, ouverte. Tout récemment, nous avons développé une chirurgie du foie mini-invasive, sous coelioscopie. Par ailleurs, à l'IPC, de plus en plus de patients qui, auparavant, étaient pris en charge en chirurgie, bénéficient dorénavant de la destruction de leur tumeur par radiologie interventionnelle. C'est une de nos spécificités. C'est un choix d'équipe », Pr Olivier Turrini

Compte tenu de l'évolution rapide des indications, la forte croissance de l'activité de radiologie interventionnelle devrait se poursuivre dans les prochaines années, en complémentarité des innovations voyant le jour en chirurgie. Pour preuve, l'ouverture du BRIO (bloc de radiologie interventionnelle oncologique) en octobre 2016 : un secteur dédié disposant de son propre scanner.

II - LES ALTERNATIVES À LA CHIRURGIE EN INNOVATION CONSTANTE

C. RADIOTHÉRAPIE : UNE STRATÉGIE D'ÉPARGNE RECTALE SYSTÉMATIQUE

*« L'Institut a été le premier centre en France
à mettre en œuvre cette technique de fiduciaires, en 2016 »*

Dr Laurence Moureau-Zabotto, oncologue radiothérapeute à l'IPC.

A l'Institut, tout patient traité pour un cancer du bas ou du moyen rectum localement avancé se voit proposer de la radiothérapie préopératoire, avant la chirurgie, d'une part pour diminuer le risque de rechute locale, d'autre part pour réduire la taille de la tumeur avant l'intervention, de façon à favoriser une chirurgie la plus conservatrice possible.

« Nous positionnons des grains d'or, que l'on appelle des fiduciaires, en haut et en bas de la tumeur, sous écho-endoscopie, grâce à l'expertise de nos gastro-entérologues. Ce repérage exact de la tumeur nous permet d'augmenter la précision de la radiothérapie.

En cas de réponse totale, le chirurgien peut ensuite visualiser la localisation exacte de la tumeur traitée et effectuer une tumorectomie de clôture en enlevant la totalité du siège initial de cette tumeur. L'Institut a été le premier centre en France à mettre en œuvre cette technique de fiduciaires, en 2016 », Dr Laurence Moureau-Zabotto

Aujourd'hui, la technique est également utilisée en pratique courante lors de l'irradiation des cancers de l'œsophage non opérables, ou bien en situation préopératoire, de façon à mieux cibler la tumeur lors des séances de radiothérapie.

UNE NOUVELLE OFFRE : LA RADIOTHÉRAPIE IRM EMBARQUÉE

A l'automne 2018, l'IPC met en service un nouvel appareil de radiothérapie avec IRM embarquée, le MRDian Linac, qui sera en grande partie dédié aux pathologies digestives, en particulier aux cancers du foie et aux cancers du pancréas. Cette machine va permettre d'affiner la précision des traitements et de les adapter jour après jour en fonction de l'évolution de la tumeur et de sa forme. L'Institut sera l'un des premiers centres en Europe à disposer d'un tel équipement de radiothérapie adaptative, et le premier centre en France.



III - TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX : D'UNE MOLÉCULE UNIQUE À L'IMMUNOTHÉRAPIE

Les patients traités pour un cancer digestif ont bénéficié ces dernières années de l'essor de parcours thérapeutiques combinés et du développement de thérapies ciblées.



INSTITUT PAOLI-CALMETTES

unicancer Marseille



JUIN 2018 - DOSSIER DE PRESSE

III - TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX : D'UNE MOLÉCULE UNIQUE À L'IMMUNOTHÉRAPIE

« Pour l'ensemble des cancers digestifs, les progrès nets enregistrés ces quinze dernières années ont induit une augmentation régulière du taux de guérison. Aujourd'hui, certains de ces cancers sont curables, même au stade métastatique », Dr Marine Gilabert, oncologue digestif à l'IPC.

L'élargissement des prises en charge combinées à des formes de plus en plus différentes de cancers digestifs, notamment l'utilisation de plus en plus fréquente de chimiothérapies ou de radio-chimiothérapies adjuvantes, c'est-à-dire associées à la chirurgie, a considérablement changé la donne, entre autres en permettant de diminuer le risque de récurrence.

A. LES THÉRAPIES CIBLÉES

Autre avancée majeure : le développement de thérapies ciblées. La médecine personnalisée en oncologie digestive cible les particularités de la tumeur ou du processus tumoral, tout comme celles du patient. Comme l'explique le Dr Marine Gilabert, « dans les cancers colorectaux, l'utilisation de deux anticorps monoclonaux (cetuximab et panitumumab), ciblant des voies de prolifération cellulaire en association avec la chimiothérapie, ou isolément, a permis de réels gains en efficacité. Toutefois, ces anticorps sont réservés aux tumeurs qui ne présentent pas de mutation d'une protéine particulière intracellulaire appelé k-ras ».

Enfin, dans les cancers du côlon ou du foie, on peut également, de façon moins « personnalisée », utiliser des anticorps ou de petites molécules venant cibler les facteurs qui favorisent la vascularisation tumorale, celle-ci étant impliquée dans « l'apport alimentaire » de la tumeur. Ces thérapies ont la capacité de ralentir, voire d'inhiber, la prolifération de la ou des tumeurs en les privant de l'apport sanguin, responsable de la croissance tumorale.

B. L'ARRIVÉE DE L'IMMUNOTHÉRAPIE

« Ces traitements d'immunothérapie vont probablement révolutionner la prise en charge des patients atteints d'hépatocarcinome », Dr Marine Gilabert

L'immunothérapie (traitements ayant pour but de stimuler les cellules immunitaires du patient pour combattre la maladie) a fait une grande entrée ces dernières années dans le traitement des cancers. Aujourd'hui, les mélanomes, les cancers du poumon et les cancers du rein sont traités en pratique courante par ces nouvelles molécules.

Pour les cancers digestifs, ces traitements sont pour l'instant restreints à une partie seulement des patients, présentant une mutation particulière dans les gènes de réparation de l'ADN (mutation des gènes MMR, communément appelée instabilité micro-satellitaire). La présence de ces mutations est recherchée par un test sur la tumeur en pratique courante à l'IPC.

De nombreux essais (phases précoces, phases II, phases III) sont en cours de développement pour quatre pathologies-phares : le cancer de l'estomac, les cancers des voies biliaires, le cancer du foie et le cancer colorectal. 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 à ces thérapeutiques innovantes que constitue l'immunothérapie.

III - TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX : D'UNE MOLÉCULE UNIQUE À L'IMMUNOTHÉRAPIE

Dans le cancer primitif du foie, plusieurs essais tendent à démontrer le bénéfice de traitements d'immunothérapie délivrés en perfusion toutes les deux ou trois semaines et visant à « booster » l'immunité du patient (activation des lymphocytes) pour l'aider à lutter contre sa maladie. L'immunothérapie a permis de montrer, même chez des patients non opérables ou métastatiques, des taux de réponses importants, voire des réponses complètes (disparition des métastases). L'IPC s'inscrit en centre investigateur très actif de ces nouvelles thérapeutiques avec l'évaluation sous peu d'une association d'immunothérapies (double immunothérapie), pour les patients atteints de cancer du foie avancé.

« Compte tenu des premiers résultats de ces essais internationaux, avec l'obtention, pour certains patients, d'une disparition quasi complète de la maladie, ces traitements vont probablement révolutionner la prise en charge des patients atteints d'hépatocarcinome »,
Dr Marine Gilibert

Enfin, pour les cancers de l'œsophage et les cancers localisés de l'estomac, un essai particulièrement prometteur et novateur va démarrer courant 2018 pour une période de 2 ans. L'IPC est investigateur. Il s'agit d'associer une chimiothérapie à de l'immunothérapie, sur plusieurs cures, en cure avant et après une chirurgie, pour prévenir l'éventuelle apparition de métastases.

« L'association d'une immunothérapie à une chimiothérapie a d'ores et déjà donné des résultats très intéressants chez des patients à un stade avancé d'un cancer de l'estomac, avec une réduction, voire une disparition, des métastases », **Dr Marine Gilibert**

Pour ces nouvelles molécules, l'IPC s'inscrit de manière active dans une collaboration et un partenariat avec les autres centres nationaux et internationaux de lutte contre le cancer, offrant aux patients un accès privilégié aux thérapeutiques les plus innovantes en cours de développement.



IV - UNE CONSULTATION DÉDIÉE AUX PERSONNES À RISQUE DE CANCER DU PANCRÉAS



INSTITUT PAOLI-CALMETTES

 unicancer Marseille

JUIN 2018 - DOSSIER DE PRESSE



IV - UNE CONSULTATION DÉDIÉE AUX PERSONNES À RISQUE DE CANCER DU PANCRÉAS

Ouvert en janvier 2018 le Comité « Cancer du pancréas haut risque » permet un dépistage anticipé du cancer du pancréas auprès des personnes « à risque ». Occurrence du cancer dans le cercle familial direct, présence de gènes de prédisposition et facteurs environnementaux : à qui s'adresse ce dépistage et quels sont les avantages en termes de traitement ?

Entretien avec Marine Gilabert, Oncologue digestif à l'IPC

Le cancer du pancréas reste une maladie agressive au pronostic péjoratif. 12 000 nouveaux cas sont recensés en France chaque année, ce chiffre étant en augmentation depuis une décennie. Les symptômes arrivant de manière tardive, à un stade avancé de la maladie, rendent la prise en charge difficile. Un diagnostic précoce (15 % à 20 % des patients avec les outils de diagnostic actuels) permet de proposer une chirurgie curative amenant une potentielle guérison. Il n'existe cependant pas de dépistage « de masse » (pour la population générale) pour le cancer du pancréas.

A. PRÉVENIR POUR GUÉRIR : LA RÉUNION DE CONSULTATION PLURIDISCIPLINAIRE

LES FORMES FAMILIALES REPRÉSENTENT ENVIRON 2 % À 5 % DES CANCERS DU PANCRÉAS.

Au-delà du cercle familial restreint, c'est-à-dire les parents de premier degré (père, mère, frère et sœur), le risque de développer un cancer du pancréas n'est pas plus élevé que pour toute autre cancer. Les formes familiales sont rares. Elles représentent environ 2 % à 5 % des cancers du pancréas. Cependant, pour toute personne ayant eu un membre de sa famille proche touché par la maladie, ou si des gènes de prédisposition sont identifiés, une consultation spécialisée sera proposée à l'Institut Paoli-Calmettes. Cette évaluation du risque pourra donner lieu à un programme de dépistage.

Ces personnes « à risque » rencontrent un oncologue, un gastroentérologue et un onco-généticien. Si ces 3 spécialistes estiment que le nombre de cancers du pancréas dans la famille est important ou que le risque est élevé, le dossier est soumis au Comité « Cancer du pancréas haut risque » et discuté au sein d'une Réunion de consultation pluridisciplinaire (RCP). Le dépistage anticipé d'un cancer ou de lésions cancéreuses sur le pancréas permettrait de gagner entre 30 et 40 % de chances de guérison. Sur 100 patients non dépistés, en moyenne, 15 seulement ont de bonnes chances de guérison. La RCP se réunit une fois par mois. Les praticiens (onco-généticiens, experts en imagerie, psychologues, gastroentérologues...) examinent les dossiers-patients pour évaluer leur « risque ».

L'évaluation prend en compte les antécédents familiaux, et les risques environnementaux : lieu d'habitation, habitudes de vie, pratiques sportives, intoxications (tabagisme, consommation d'alcool), groupe sanguin, etc. Les gènes de prédispositions comme le STK11, BRCA1, BRCA2 et CDKN2A. La présence de lésions précancéreuses connues, tumeurs bénignes, kystes ou de maladies pouvant augmenter les risques (le diabète de type 2 par exemple). Le calcul du risque est réalisé selon une formule mathématique mise au point à l'IPC qui permet de classer les patients en trois groupes : risque nul, risque intermédiaire, très haut risque.

Il existe des personnes qui, malgré un cas de cancer du pancréas dans leur famille directe (père, mère, frères et sœurs), présentent un risque très faible. Pour les patients à risque intermédiaire mais néanmoins non négligeable, le dépistage se fera au cas par cas - selon l'âge, le mode de vie et l'environnement.

IV - UNE CONSULTATION DÉDIÉE AUX PERSONNES À RISQUE DE CANCER DU PANCRÉAS

B. PERSONNES À HAUT RISQUE : DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE

A L'IPC, LE PROGRAMME DE DÉPISTAGE EST PROPOSÉ DÈS 40 ANS AUX PERSONNES À RISQUE, CONTRE 50 ANS POUR LA MOYENNE FRANÇAISE.

Pour les patients décrétés « à haut risque » un programme de dépistage est proposé. Il est non-irradiant (réalisé par IRM et endoscopie de manière alternée). Il est démarré à partir de 40-45 ans jusqu'à 70 ans, c'est-à-dire 10 ans plus tôt que la moyenne française. « Le but de cette évaluation précoce et prise en charge adaptée des sujets à haut risque nous fait espérer un taux de guérison de la maladie plus important, via une prise en charge curative d'emblée », explique le Dr Marine Gilbert.



ANNEXE



INSTITUT PAOLI-CALMETTES

unicancer Marseille



JUIN 2018 - DOSSIER DE PRESSE

Les cancers digestifs pris en charge à l'IPC :

- Cancer du canal anal ■ Cancer du côlon ■ Cancer de l'estomac
- Cancer du foie ■ Cancer de l'oesophage et de la jonction oesophagienne ■ Cancer du pancréas
- Cancer du rectum ■ Cancer des voies biliaires ■ Cancer du duodénum

Les organes du système digestif :



Définitions :

Chimioembolisation : technique intra-artérielle qui consiste à injecter dans le foie, par le biais de l'artère hépatique, de la chimiothérapie sous forme de microbilles. L'acte est réalisé sous contrôle radiologique, directement dans les vaisseaux nourriciers de la tumeur. Le produit est libéré durant plusieurs semaines avec une efficacité locale majeure, sans toxicité pour le reste de l'organisme. Cette technique permet de limiter de manière importante les effets secondaires des chimiothérapies « classiques ».

Chirurgie robotique : le robot possède 4 bras qui supportent une caméra 3D et des instruments miniaturisés. Le chirurgien est « aux manettes » : le robot, lui, effectue les mouvements en temps réel, avec une extraordinaire capacité de rotation. Les incisions pratiquées sont de l'ordre du centimètre.

Coelioscopie et coelioscopie 3D : voie d'abord chirurgicale mini-invasive, permettant de réaliser des interventions à ventre fermé, sous le contrôle d'une caméra, avec simplement quelques incisions.

Cryothérapie : technique de thermo-ablation par refroidissement extrême de la tumeur.

Echo-endoscopie : l'écho-endoscopie est une technique mixte qui combine l'endoscopie et l'échographie. Une sonde souple d'échographie miniaturisée est placée à l'extrémité d'un endoscope. L'ensemble permet de visualiser non seulement l'intérieur de l'organe exploré (œsophage, estomac, rectum, côlon) mais également la zone périphérique. Il est possible de mettre en évidence des lésions de moins de 2 cm de diamètre. L'écho-endoscopie peut également être couplée à une biopsie.

Monotrocart : technique coelioscopique à un seul orifice.

Micro-ondes : technique de thermo-ablation par « brûlure » de la tumeur grâce à des micro-ondes.

Radioembolisation : technique de traitement intra-artériel qui consiste à injecter des sphères microscopiques chargées de particules radioactives (Yttrium 90) agissant localement. Ces particules radioactives viennent traiter la tumeur par un mécanisme s'assimilant à de la radiothérapie interne, en ciblant uniquement la tumeur et en épargnant les organes sains.

Radiofréquence : technique de thermo-ablation par « brûlure » de la tumeur grâce à un courant électrique.

(La) **thermo-ablation** regroupe plusieurs techniques (radiofréquence, micro-ondes, cryothérapie). Dans tous les cas, il s'agit de détruire les cellules cancéreuses par le chaud (micro-ondes, radiofréquence) ou par le froid (cryothérapie), grâce à une sonde de petite taille introduite au sein de la tumeur sous contrôle radiologique (échographie ou scanner) ou durant une chirurgie.

Les **traitements intra-artériels** regroupent plusieurs techniques : la chimioembolisation, la radioembolisation, la pose de cathéters intra-artériels.

A PROPOS DE L'INSTITUT PAOLI-CALMETTES

Basé à Marseille, et membre du groupe UNICANCER, l'IPC rassemble 1 550 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 100 000 consultations et accueilli plus de 10 280 nouveaux patients en 2017, et est donc le troisième centre de lutte contre le cancer français. 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. L'IPC a été certifié par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2015 niveau A, sans remarque. L'IPC abrite le Centre de Recherche en Cancérologie de Marseille (CRCM) qui réunit Aix-Marseille université (AMu), le CNRS, l'Inserm et l'IPC.

L'Institut Paoli-Calmettes, notamment à travers son nouveau projet d'établissement s'enracine dans le socle des valeurs communes aux centres de lutte contre le cancer dont l'IPC fait partie : la quête d'excellence, la solidarité, l'humanité, et l'innovation dans la relation aux patients. Ainsi, l'IPC marque plus nettement son appartenance à Unicancer, groupe hospitalier exclusivement dédié à la lutte contre le cancer. UNICANCER réunit tous les Centres de lutte contre le cancer (CLCC), établissements privés, à but non lucratif, assurant une triple mission de soins, recherche et formation dans le domaine de la cancérologie, et répartis sur 20 sites dans 16 régions françaises. Créée en 1964, la Fédération des centres de lutte contre le cancer devenue UNICANCER en 2011, porte un modèle unique de prise en charge des patients. Elle est la seule fédération française entièrement dédiée à la cancérologie. UNICANCER prend en charge 1 personne sur 10 atteintes d'un cancer en France.

POUR PLUS D'INFORMATIONS : www.institutpaolicalmettes.fr

CONTACT PRESSE

Elisabeth BELARBI

Chargée des Relations presse

Tél. : 04 91 22 37 48

Port. : 06 46 14 30 75

Email : belarbie@ipc.unicancer.fr