



# Assurer les cancers gastrique et colorectal en 2012

Les 26<sup>èmes</sup> Rencontres Médicales SCOR Global Life ont eu lieu le mardi 29 mai 2012.

Les Rencontres Médicales sont, pour SCOR Global Life, l'occasion de partager, avec ses clients, ses réflexions sur les avancées médicales et leur impact sur le métier d'assureur vie.

**Au programme :** les cancers gastrique et colorectal en 2012, avec l'expérience du chirurgien et la vision du gastro-oncologue.

**Pour nous en parler :** deux experts, le **Professeur Emmanuel TIRET** et le **Professeur Pierre MICHEL**.



**Professeur Emmanuel TIRET,**  
Chef du Pôle Digestif  
du Groupe Hospitalier  
AP-HP Tenon-Saint-  
Antoine-Rothschild-  
Trousseau



**Professeur Pierre MICHEL,**  
Chef du Service  
d'Hépatologie-  
Gastroentérologie et  
Nutrition à l'Hôpital  
Charles Nicolle,  
CHU de Rouen

“ **Professeur Emmanuel TIRET**  
Comment se fait la surveillance d'un cancer colorectal après traitement ?

La surveillance après traitement est d'abord clinique mais elle s'effectue également via des examens complémentaires radiologiques : échographie, scanner. Elle est orientée vers les organes qui sont à risque de récurrence, notamment à distance, qui sont en premier lieu le foie et ensuite les poumons. Au cours des deux premières années, cette surveillance se fait en général tous les quatre mois. Si aucune récurrence n'a lieu durant cette période, l'intervalle peut être élargi à une fois tous les six mois ou tous les ans, en fonction du stade de la tumeur. Une surveillance coloscopique est par ailleurs réalisée entre un et trois ans après l'opération, selon l'association ou non de la tumeur réséquée à d'autres polypes. Cette surveillance permet de détecter la présence éventuelle de nouveaux polypes sur le reste du côlon, qui pourront être réséqués lors de la coloscopie.

Quand peut-on raisonnablement arrêter la surveillance ? Peut-on parler de guérison ?

On peut raisonnablement arrêter la surveillance après cinq ans, surtout si l'on a affaire à des tumeurs limitées. Si rien n'est décelé durant les cinq premières années, le risque de récurrence après cette période est faible et ne justifie pas de poursuivre les examens chez tous les patients. En revanche, la surveillance coloscopique doit se poursuivre tous les cinq ans si la première coloscopie de contrôle est normale et si le patient n'a pas de risque particulier comme une prédisposition héréditaire. Elle doit également se poursuivre une fois par an ou tous les deux ans si la coloscopie de contrôle a montré la présence de polypes ou s'il existe un risque élevé de cancer colorectal ou en cas de cancer héréditairement transmis. Si aucune récurrence ne survient au bout de cinq ans, on peut parler de guérison. Le taux de guérison sans récurrence à 5 ans du cancer colorectal est de plus de 60 %.

Demain, opérera-t-on les cancers du colon par chirurgie

robot assistée comme cela commence à se faire pour le cancer de la prostate ?

Cette chirurgie est très peu utilisée pour opérer les cancers du côlon alors qu'elle est déjà employée pour traiter ceux du rectum. Des obstacles à sa généralisation existent toutefois, à commencer par le coût du robot. D'autre part, les expériences de chirurgie du cancer du rectum par robot montrent des résultats à peu près identiques aux interventions par d'autres voies. Pour l'instant donc, cette chirurgie est encore du domaine de l'évaluation.

Quelles sont les particularités du cancer du rectum par rapport aux autres cancers coliques ?

Le problème spécifique de ce cancer concerne la conservation de l'appareil sphinctérien, avec comme conséquence une colostomie définitive si on ne peut le préserver. Mais d'autres particularités importantes existent, comme la possibilité d'accéder à la tumeur par un examen clinique très simple qui est le toucher rectal, et de pouvoir disposer de l'écho-endoscopie et de l'IRM rectale pour apprécier son extension locorégionale. Le cancer du rectum se distingue également par le fait qu'un certain nombre de tumeurs sont traitées dans un premier temps par radiothérapie ou radio-chimiothérapie, l'intervention n'étant réalisée que secondairement. Enfin, le résultat fonctionnel des interventions que l'on peut proposer au patient est à prendre en compte, tant au niveau de la fonction intestinale que de la fonction sexuelle.

“ **Professeur Pierre MICHEL**  
Le cancer de l'estomac est-il d'origine infectieuse ?

Le cancer de l'estomac est effectivement d'origine infectieuse mais l'infection ne suffit pas à son développement. L'infection par *Helicobacter pylori* joue un rôle important dans la genèse des cancers gastriques du fait qu'elle prépare le terrain en créant une gastrite, qui est une muqueuse inflammatoire sensible à toutes les stimulations favorisant la prolifération. Mais pour qu'un cancer apparaisse, l'existence d'autres co-facteurs est nécessaire. Ceci explique que seulement une petite proportion<sup>(1)</sup>

de patients qui présentent une infection à *Helicobacter pylori* développent un cancer de l'estomac.

Pourquoi le cancer de l'estomac est-il de moins bon pronostic que le cancer colorectal ?

Tout d'abord, il est souvent révélé plus tard : l'estomac tolérant une masse beaucoup plus grosse qu'une lumière de l'intestin, les symptômes sont inexistant pendant une longue période, ce qui laisse le temps au cancer de se développer. Il s'agit de plus d'un cancer beaucoup plus hétérogène sur le plan histologique, avec de nombreuses formes différentes, plus agressives, qui provoquent plus facilement et rapidement un envahissement ganglionnaire. Un cancer qui se développe dans l'estomac peut en outre diffuser très largement à travers le réseau ganglionnaire. D'autre part, comme ces cancers ont le temps de grossir, ils vont pouvoir transpercer la paroi et « baver » dans le péritoine. Ainsi, plus de la moitié des récurrences se font sur le plan régional, dans le péritoine notamment, sous forme de carcinose péritonéale qui est une maladie très difficile à traiter. Enfin, ce cancer, qui survient pour moitié chez des sujets particulièrement âgés, nécessite une chirurgie plus lourde que celle du colon, avec une mortalité post-opératoire beaucoup plus élevée et une récupération plus longue.

La génétique va-t-elle révolutionner la cancérologie digestive dans les dix prochaines années ?

Oui, elle va certainement révolutionner la cancérologie digestive mais difficile de dire si cela va se produire d'ici dix ans. Concernant l'estomac, des améliorations sont en cours concernant la différenciation des tumeurs, qui permettront, dans les prochaines années, un choix plus précis des chimiothérapies en fonction du type de cancer. Par ailleurs, plus les connaissances en génétique s'amélioreront, plus il sera aisé de trouver, précocement, des marqueurs dans le sang. Dix ans seront peut-être suffisants à la génétique pour révolutionner la prise en charge du cancer du colon mais il faudra vraisemblablement un petit peu plus de temps – quinze ans ? – pour bouleverser celle du cancer de l'estomac.

## 5 points forts pour l'assureur

**1** En 2012, le pronostic global du cancer colorectal s'est significativement amélioré, l'envahissement ganglionnaire (N+) reste un marqueur du risque essentiel.

**2** Un cancer colorectal sans envahissement ganglionnaire (N-) pourra dans certains cas être tarifé « standard » 5 ans après la chirurgie.

**3** Par contre un cancer colorectal avec envahissement ganglionnaire (N+) sera ajourné 5 ans après la chirurgie.

**4** En 2012, le pronostic global du cancer de l'estomac reste plus sévère que pour le colon, un ajournement de plus de 5 ans après la chirurgie est la règle.

**5** La génétique avance à grand pas pour les cancers digestifs... Quelle sera la révolution pour l'assureur ?

(1) On compte 6 à 7000 nouveaux cancers de l'estomac en France chaque année alors que 15 % de la population française est infectée par *Helicobacter pylori*.