



## Le message du Président

Ce 33<sup>e</sup> numéro de *Foch Info* inaugure l'année 2007 qui va marquer dans l'histoire de l'hôpital le début des travaux d'extension. Un article y est consacré sous le titre "*L'hôpital Foch dans le XXI<sup>e</sup> siècle*".

Après une intense préparation de plusieurs années à laquelle tous les services de l'hôpital ont été associés, le chantier d'un nouveau bâtiment, qui ajoutera 25 000 m<sup>2</sup> aux surfaces existantes, débute et doit s'achever en mai 2009. Il est destiné aux installations techniques, aux 14 salles d'opérations pouvant travailler simultanément, à la réanimation et à la nouvelle maternité qui répondra aux besoins croissants. Le nombre de naissances est en effet en augmentation, puisque 2 737 bébés sont nés à Foch en 2006.

Pour répondre à votre demande, *Foch Info* continue la publication d'études sur des pathologies. Vous trouverez dans ce numéro un article clair, documenté et très utile sur le cancer colo-rectal.

L'année commence aussi par une nouvelle qui réjouira nos patients et nos amis.

**Dans la lutte contre les maladies nosocomiales qui exige discipline, organisation et innovation, notre hôpital occupe la prestigieuse 4<sup>e</sup> place au classement officiel, après deux établissements également privés. Il est ainsi classé en tête des hôpitaux jugés les plus sûrs. Pour les progrès à votre service, nous avons réellement besoin de votre soutien. Aidez-nous en retournant le bon ci-joint. Merci.**

**Georges Dominjon.**

## Le cancer colo-rectal

Risques, prévention, diagnostic, dépistage, traitements...

## L'hôpital Foch dans le XXI<sup>e</sup> siècle



Future entrée "ville" rue Merlin de Thionville.

**Dossier** Le cancer colo-rectal p. 2 à 4

**Focus** L'hôpital Foch dans le XXI<sup>e</sup> siècle p. 5 et 6

**Hommage** Justin Godart, une vie au service de la santé p. 7

# Le cancer colo-rectal

Le cancer colo-rectal est actuellement le plus fréquent en France après celui du sein chez la femme et de la prostate chez l'homme. Contrairement à ces deux derniers, le cancer du côlon est mieux réparti dans les deux sexes avec une légère prédominance masculine. On dénombre annuellement en France environ 38 000 nouveaux cas par an. Son âge moyen de survenue est de 69 ans. Il s'agit d'un cancer rare avant l'âge de 50 ans (moins de 5 % des cas). Son incidence semble avoir nettement augmenté entre 1970 et 1990, augmentation qui n'est pas seulement imputable au vieillissement de la population.

**C**e cancer est responsable de 16 000 décès par an. Le fait important à connaître est que la majorité des cancers colo-rectaux (60 à 80 % des cas) résulte d'une transformation maligne d'une lésion préexistante, le polype adénomateux. Ce fait, qui pourrait constituer un avantage dans la prévention du cancer, est atténué par le fait que **ces polypes, sauf exception, se développent de façon parfaitement asymptomatique.**

## Risque de développement du cancer colo-rectal

On peut définir dans la population générale trois niveaux de risque de présenter un cancer colo-rectal.

- **Le risque moyen** correspond à la population générale où le risque cumulé de développer un cancer est d'environ 4 %.
- **Le risque élevé** : 15 à 20 % des cancers colo-rectaux sporadiques surviennent chez des patients ayant un antécédent familial de cancer colique au premier degré. Le risque de développer un cancer si l'un des ascendants directs est atteint est multiplié par deux par rapport à la population générale si un seul parent est atteint, et par quatre si les deux parents sont atteints ou bien si le cancer familial décrit est survenu avant l'âge de 45 ans. Il existe par ailleurs deux maladies qui favorisent l'émergence du cancer du côlon : la rectocolite hémorragique et la maladie de Crohn.
- **Le risque très élevé** correspond à deux situations : la polyposose adénomateuse familiale (moins de 1 % des cancers colo-rectaux), maladie génétiquement déterminée et qui intéresse en France environ 3 000 familles. L'autre situation est le syndrome de Lynch, ou syndrome du cancer colique familial, responsable de 1 à 5 % des cas de cancers colo-rectaux en France.

En dehors de cette situation exceptionnelle correspondant à ce risque très élevé, on retient que la population se divise en deux grands groupes, l'un d'environ 80 % où le cancer survient sans aucun contexte familial, et l'autre d'environ 20 % où il existe une notion familiale directe d'antécédent familial de cancer colique.

## La prévention primaire du cancer colo-rectal est-elle possible ?

L'épidémiologie mondiale du cancer du côlon nous apprend

que la répartition géographique du cancer colique est très inégale, beaucoup plus fréquente dans les pays occidentaux que dans les pays en voie de développement, ce qui suggère fortement l'existence de facteurs exogènes, notamment alimentaires : l'effet favorisant de l'excès de viande, de graisse et la surcharge calorique quotidienne ont été signalés dans de nombreuses études, de même que l'effet protecteur des légumes et d'un régime riche en fibres alimentaires. Néanmoins, il n'existe pas actuellement d'étude précise qui permettrait d'établir des recommandations bien validées en dehors des règles d'hygiène générale qui relèvent du bon sens. De façon plus récente, le rôle préventif de l'ASPIRINE et des anti-inflammatoires a été souligné. Le niveau de preuve actuel concernant ces produits qui doivent être consommés de façon quotidienne pour être actif n'est pourtant pas encore suffisant pour être recommandé. Ces produits, en outre, ne sont pas dénués d'effets secondaires, ce qui rend discutable leur utilisation en prévention du cancer colo-rectal.

## Comment faire le diagnostic de cancer colo-rectal ?

Comme nous l'avons dit plus haut, le polype adénomateux précède la plupart du temps le cancer colo-rectal. La difficulté vient de son caractère asymptomatique qui ne permet pas de préjuger de sa présence en dehors des critères d'âge et, éventuellement, des antécédents familiaux.

Les symptômes qui peuvent évoquer un cancer du côlon sont malheureusement inconstants ou très tardifs, à un stade où le traitement curatif n'est plus toujours possible.

Certains symptômes fréquents, comme les douleurs abdominales, un saignement dans les selles ou des troubles du transit d'apparition récente, souvent signalés en consultation sont peu spécifiques, mais leur présence en particulier après l'âge de 50 ans impose un avis spécialisé pour décider de l'opportunité d'une coloscopie. Parfois, c'est seulement une anémie qui attire l'attention sur la sphère digestive, ou une simple altération de l'état général, voire une fièvre isolée. Dans certains cas, malheureusement, c'est l'apparition sans alerte préalable d'une occlusion qui révèle le cancer, ou bien l'apparition de métastases à distance (ganglions périphériques, métastases hépatiques). **Au moindre doute, le seul examen qui permet à la fois le diagnostic et les biopsies qui**

# Le cancer colo-rectal

## confirmeront celui-ci est la coloscopie.

L'échographie abdominale et le scanner ont moins d'intérêt dans le diagnostic et sont surtout utiles pour faire un bilan loco-régional de la maladie après son diagnostic pour permettre de préciser les indications thérapeutiques.

**Le déficit des symptômes cliniques pour alerter suffisamment tôt le patient, et la préexistence de polypes adénomateux dans le côlon avant l'apparition du cancer sont des arguments pour tenter d'établir une politique de prévention du cancer du côlon en raison des chiffres cités plus haut.**

## Son dépistage est-il possible et utile ?

### • Dépistage chez les sujets à risque moyen

En raison du nombre de personnes concernées, le test de dépistage idéal doit être d'un coût peu élevé, sans risque et d'une grande fiabilité. La coloscopie qui remplit certains des critères ne peut être envisagée en usage de masse du fait de son coût, de son risque propre et de la réticence d'un grand nombre de personnes à subir des investigations invasives.

C'est dans cette perspective que le **test Hémocult** a été proposé pour les personnes âgées de 50 à 74 ans. Il s'agit d'une recherche dans les selles, à l'aide d'un réactif simple, de la présence de sang microscopique, non visible à l'œil nu. Ce test est positif chez environ 2 % des personnes testées dans la tranche d'âge considérée. De nombreuses études ont montré que cette technique, bien que d'une faible sensibilité (50 % des cancers seulement sont dépistés), pouvait **diminuer la mortalité du cancer colo-rectal d'environ 20 %** s'il est répété tous les 2 ans. Le déficit de sensibilité empêche toutefois de le considérer comme un test diagnostique à usage individuel.

### • Surveillance des sujets à risque élevé

Il est conseillé une coloscopie de dépistage chez tous les apparentés de premier degré d'un malade atteint d'un cancer colo-rectal survenu avant l'âge de 60 ans. Cette recommandation est également valable si deux parents du premier degré sont atteints d'un cancer colo-rectal quel que soit l'âge du diagnostic. La coloscopie doit être faite

dans ce cas à partir de 45 ans ou 5 ans avant l'âge du cancer index. Dans le cas d'examen normal, la surveillance ultérieure est une coloscopie tous les cinq ans. Lorsque le cancer colo-rectal familial est survenu après l'âge de 70 ans, il est difficile actuellement, en l'absence de chiffres précis, de conseiller de façon systématique une coloscopie de dépistage chez les parents de premier degré.

### • Risque très élevé chez les sujets d'une famille porteuse du gène de la polypose adénomateuse familiale

La coloscopie doit être réalisée dès la puberté, le risque de cancer apparaissant dès l'âge de 20 ans. Il s'agit fort heureusement d'une maladie rare avec un contexte familial très évocateur.

### • En cas de syndrome de cancer colique familial remplissant des critères stricts (critères d'Amsterdam), les recommandations d'une coloscopie complète sont d'une tous les deux ans à partir de l'âge de 25 ans ou 5 ans avant l'âge du diagnostic du cas le plus précoce dans la famille. Une surveillance gynécologique est également souhaitable de façon attentive à partir de l'âge de 30 ans.

## La coloscopie

Cet examen endoscopique est devenu de réalisation simple en France grâce à l'amélioration du matériel, à l'expérience des opérateurs et surtout du fait de l'usage élargi de l'anesthésie qui permet une excellente tolérance de l'examen. Une préparation préalable du côlon est nécessaire.

Elle permet de diagnostiquer le cancer du côlon de façon formelle, mais surtout la détection des polypes adénomateux dont la résection est la plupart du temps possible pendant le même examen : l'ablation systématique des adénomes coliques lors des coloscopies détermine une diminution significative du nombre de cancers du côlon dans les populations dépistées. Lorsque un ou plusieurs polypes sont enlevés lors de la coloscopie, un programme de surveillance est établi par le spécialiste qui sera fonction du nombre de polypes, de leur nature et de leur activité histologique. Ce rythme en général peut aller de un à cinq ans selon les cas.

...



De gauche à droite : polypectomie, polype pédiculé, polype exérèse.

# Le cancer colo-rectal

## Existe-t-il d'autres méthodes de diagnostic des polypes et du cancer colo-rectal ?

Les anciennes méthodes telles que le lavement baryté ou la simple rectoscopie ne sont pas actuellement suffisantes. Les médias ont largement diffusé l'émergence de nouvelles techniques telle que **la coloscopie virtuelle** réalisable désormais par scanner abdominal ou bien résonance magnétique (IRM).

Il est encore trop tôt pour définir précisément la place que peuvent prendre ces nouvelles techniques par rapport à la coloscopie qui garde de toutes les façons l'avantage de la biopsie et la capacité d'ablation des polypes bénins. Il faut souligner que ces techniques imposent la même rigueur dans la préparation de l'examen et que son coût et ses risques sont encore mal évalués. Une difficulté prévisible tient au fait que les scanners de dernière génération nécessaires à ces explorations virtuelles ne sont pas dévolus uniquement au dépistage du cancer colo-rectal, et leur accessibilité, de même que celle des radiologues pour un dépistage de masse, risque d'être difficile, du moins dans l'avenir immédiat.

Un mot sur la capsule vidéo, également largement médiatisée, qui fait l'objet de fréquentes questions en consultation : cette nouvelle technique très sophistiquée permet la visualisation de l'ensemble de la muqueuse de l'intestin grêle mais n'est pas adaptée à l'exploration du côlon. Son intérêt dans le dépistage du cancer colo-rectal est donc totalement absent.

**Les examens biologiques** n'ont pas d'intérêt dans le dépistage du cancer colo-rectal : contrairement au cancer de la prostate qui dispose d'un marqueur intéressant, le PSA. Le dosage des marqueurs tumoraux des cancers digestifs (ACE, CA19.9) ne sont pas utilisables dans le cadre du dépistage, et sont seulement utiles dans la surveillance des patients traités.

## Traitement du cancer colo-rectal

### • La chirurgie

En l'absence de maladie trop évoluée avec une dissémination métastatique diffuse, **le traitement de base du cancer colo-rectal reste la chirurgie**. Dans les formes peu évoluées, localisées, il peut même constituer le seul traitement nécessaire permettant dans ce cas une guérison dans une majorité des cas. Lorsque la tumeur est enlevée, l'analyse de la pièce opératoire permet de définir le stade évolutif de la tumeur, en particulier la présence éventuelle de ganglions envahis, ce qui va définir la nécessité ou non d'une chimiothérapie.

### • Les chimiothérapies

Elles ont fait depuis une quinzaine d'années de remarquables progrès, de nombreuses études contrôlées ayant permis de prouver leur efficacité en terme de guérison ou d'allongement du temps de survie des patients. Les chimiothérapies sont en général bien tolérées. De nouvelles molécules, en particulier certains anticorps monoclonaux qui inhibent la néo-vascularisation des tumeurs (anti-VEGF), sont à l'étude et vont probablement encore améliorer les performances de ces traitements complémentaires. Ces chimiothérapies sont indiquées s'il existe une atteinte ganglionnaire à l'analyse de la pièce opératoire enlevée par le chirurgien, et en cas de métastases à distance.

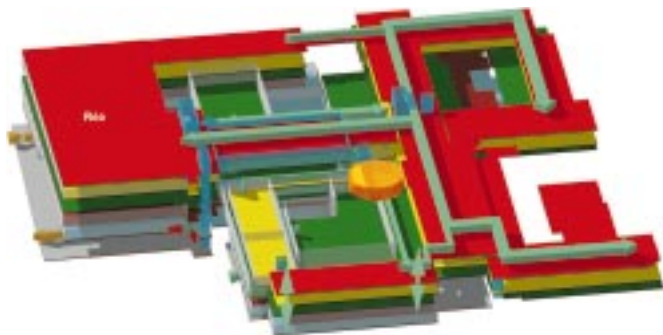
La radiothérapie dans le cancer du côlon est rarement utilisée sauf dans les localisations rectales. Son utilisation en pré ou post-opératoire a montré une efficacité en terme de prévention de la récurrence locale.

En résumé, le cancer du côlon par sa fréquence, son caractère souvent silencieux au début de son évolution, la gravité de son pronostic lorsqu'il est reconnu tardivement, et la possibilité de prévention par l'ablation des polypes adénomateux coliques, nécessite une politique de dépistage cohérente et concertée pour diminuer sa mortalité, actuellement 16 000 décès par an.

*Dr Jacques Lepout, gastro-entérologue, Service de médecine interne et Unité d'endoscopie digestive.*



# L'hôpital Foch dans le XXI<sup>e</sup> siècle



Niveau A : l'autoroute logistique. Seul niveau rayonnant sur l'ensemble des bâtiments, sa fonction d'autoroute sera réaffirmée au travers de circulations clairement identifiées (patients, logistique).

## L'extension

25 000 m<sup>2</sup> SHON, 200 places sur 3 niveaux de parking, une plate-forme logistique, 6 niveaux de plateaux médico-chirurgicaux y compris 2 500 m<sup>2</sup> d'urgences et autant dédiés à l'imagerie. Conçu par l'agence Brullmann-Crochon avec Jacob's France en BET, l'hôpital s'est doté après concours d'une des meilleures agences parisiennes de réputation internationale pour concevoir son agrandissement ; 10 niveaux, dont 4 en infrastructures (enterrés) accueilleront :

- Des **niveaux I, H et G**, près de 200 places de parking seront à la disposition du public, en liaison directe avec l'hôpital.
- Le **niveau F** accueillera notre nouvelle plate-forme logistique. La quasi-totalité de nos livraisons accessibles aux gros porteurs y seront prises en charge, et l'ensemble de nos déchets y seront prétraités et enlevés à l'abri des regards, supprimant ainsi toutes les nuisances que pouvait occasionner leur stockage actuel en surface.
- Le **niveau E**, de plain-pied avec notre voirie interne, accueillera notre plateau urgences, en liaison directe avec l'imagerie, les blocs (y compris obstétricaux), ainsi que l'ensemble des réanimations.
- L'entrée ville donnera sur le plateau imagerie, **niveau D**, avec des salles conventionnelles, 2 IRM et 2 scanners.
- Le **niveau C** accueillera 14 salles d'opérations, prenant en charge les différentes spécialités.
- Les **niveaux RdC et B** accueilleront la nouvelle maternité :
  - RdC : 31 lits de maternité dont 6 kangourous (19 chambres particulières, 3 chambres doubles, 6 kangourous), 12 berceaux de néonatalogie dont 6 kangourous et 6 berceaux de soins intensifs,
  - Niveau B : 25 lits (11 CP, 4 CPD et 3 CD), 2 salles de bloc et 9 salles de naissance.
- Le **niveau A**, accessible directement de quelques points que ce soit de l'hôpital, prendra en charge notre réanimation polyvalente et les services de soins continus.

Sur l'axe est-ouest, cette extension nous donne l'occasion de nous réorienter vers la ville sans nier notre orientation historique sur la rue Worth, et la gare RER. L'hôpital se devait d'offrir aux habitants de Suresnes un service et une proximité qui n'existaient pas jusque-là.

## La rénovation

Commencée en 2001, l'opération de restructuration et de rénovation va continuer jusqu'en 2010/2012. Outre la mise à niveau incontournable et programmée de nos hébergements, l'existant se doit de se mettre en ordre de bataille pour accueillir l'extension en construction. De nombreux travaux préparatoires pour augmenter la qualité d'accueil de nos patients ont d'ores et déjà été engagés (traitement d'air, sécurité incendie,...), et nous rentrons aujourd'hui sur une deuxième phase majeure avec la réhabilitation de nos élévateurs et des plateaux de notre aile Ouest.

En parallèle, nous nous préparons, au travers d'opérations dites tiroirs, à accueillir les différents services dans leur positionnement définitif. L'aile E st, connecteur entre "le nouveau et l'ancien monde", doit s'organiser pour accueillir ces artères de circulations telles que nous avons pu les définir.

La poursuite de la mise à niveau de nos bâtiments par rapport à nos obligations réglementaires en termes de sécurité incendie reste également un élément décisif dans le parti et la cohérence des évolutions de notre existant.

À près de 80 ans, l'hôpital Foch s'offre une cure de jeunesse, renforçant ses pôles sur nombre de spécialités et profitant ainsi de cette refonte pour se tourner beaucoup plus franchement vers le centre ville de Suresnes et ses habitants.

**Eric Garnier, responsable immobilier.**

## Justin Godart, une vie au service de la santé

**Nous nous devons de rappeler le souvenir de celui qui a largement contribué, par sa générosité, à la création de la Fondation Maréchal Foch, puis à son fonctionnement.**

Justin Godart, notre premier Président, est l'un des pères de la Fondation. Un humaniste et un visionnaire. Né en février 1871 à Lyon, docteur en droit en 1901, il devient avocat. En 1904, il est adjoint au maire de Lyon, puis élu député en 1906. Il le restera pendant 22 ans, jusqu'en 1927. De 1915 à 1918, comme sous-secrétaire d'État à la Guerre, il dirige le service de santé militaire. En 1918, il crée la Ligue française contre le cancer dont il sera président jusqu'en 1956. En 1924-1925 il est ministre du Travail et de l'Hygiène. En 1925, il fonde l'Association France-Israël, puis, après la guerre, est co-fondateur du centre de documentation juive contemporaine, président d'honneur, fondateur du Mémorial Juif, et, à la naissance de l'État d'Israël, désigné comme conseiller juridique de l'État israélien. En 1927, il entre au Sénat, où il restera, régulièrement réélu, jusqu'à sa mort en 1956, à 85 ans. En 1934, il est nommé président du Bureau International du Travail à Genève. Mars 1939 voit son élection à l'Académie de médecine. En novembre 1940, il entre dans la clandestinité et est recherché par la Gestapo. À la libération, à 73 ans, il est maire de Lyon et, en 1948, président du B.I.T. à San Francisco. À côté de son activité débordante, il trouve encore le temps d'écrire de nombreux ouvrages. Le 29 mars 2004, il est reconnu "Juste



*Entrée de Jacques Chirac pour la cérémonie du 18 janvier 2007.*

parmi les nations" à la tribune du Conseil Economique et Social. En 2006, une place "Justin Godart" est inaugurée par la Ville de Paris dans le 6<sup>e</sup> arrondissement. Le 18 janvier 2007 les Justes de France entrent au Panthéon, sous la présidence de Monsieur Jacques Chirac.



*Les portraits des Justes de France qui sont entrés au Panthéon de la nation.*

## Comment aider la Fondation Maréchal Foch ?

Reconnue d'utilité publique par décret le 5 décembre 1929, la Fondation Maréchal Foch est habilitée à recevoir des dons fiscalement déductibles, des donations et des legs exonérés d'impôt.

Depuis sa création en 1929, la Fondation a donné naissance à l'hôpital Foch, devenu le plus grand établissement hospitalier privé à but non lucratif d'Ile-de-France.

Elle participe à la réalisation des constructions et à l'achat de certains aménagements et équipements de l'hôpital en leur allouant les dons et legs qu'elle reçoit. Elle consent également certaines aides ponctuelles.

Dans cette action, elle privilégie l'innovation et l'amélioration de la qualité de vie et des soins prodigués aux patients.

C'est grâce au soutien de tous les donateurs que la Fondation peut apporter son concours au développement de l'hôpital et au maintien de ses hauts standards de qualité.

### Par un don

Selon les modalités suivantes (voir le bon de soutien joint dans ce numéro) :

- **par chèque** à l'ordre de la Fondation Maréchal Foch,
- **par virement** sur le compte chèque postal de la Fondation, CCP 10 502 06 J 020 Paris,
- **par prélèvement automatique** à l'aide du bon de soutien joint,
- **par internet**, sur le site de la Fondation, [www.fondation-foch.org](http://www.fondation-foch.org), en effectuant un don en ligne grâce au système de paiement sécurisé SOGENACTIF de la Société Générale. Sur ce site vous pouvez aussi consulter les trente deux précédents *Foch Info*.

### Les avantages fiscaux

Vous recevez un reçu fiscal qui vous permet d'obtenir **une réduction d'impôt de 66 % appliquée sur le montant de votre don, pris dans la limite de 20 % de votre revenu imposable** (les dépassements de ce seuil peuvent être reportés sur 5 ans).

**Par exemple, si votre don est d'un montant de 100 €, votre réduction fiscale (66 %) est de 66 €, votre don ne vous coûte en fait que 34 €.**

### Par un legs

Le legs est un don effectué par testament. Il peut porter sur l'ensemble de vos biens (legs universel) ou bien simplement sur une somme d'argent ou un bien immobilier (legs particulier). Vous conservez l'usage du bien concerné. Dans le cas d'un legs, pour être conseillé selon votre situation familiale ou patrimoniale, vous pouvez vous adresser directement au notaire de votre choix ou à la Fondation Maréchal Foch qui vous mettra en relation avec un notaire.

### Par une assurance-vie

L'assurance-vie est plus qu'un produit d'épargne, placé auprès d'une compagnie d'assurance, de La Poste, ou d'une banque. C'est aussi un moyen de transmettre un patrimoine au moment du décès. Tout en gardant la libre disposition de son épargne sa vie durant. Le détenteur de l'assurance-vie désigne un ou plusieurs bénéficiaires, personnes physiques ou morales, qui pourront ainsi recevoir ces fonds sans

droits de succession. Il peut être souhaitable de demander à un notaire d'examiner les éventuelles réserves et limitations qui peuvent exister.

La Fondation Maréchal Foch peut être désignée comme bénéficiaire d'un contrat d'assurance-vie, en totalité ou partiellement, en premier ou deuxième rang.

### Par une transmission temporaire d'usufruit

L'usufruit est le droit de percevoir les revenus d'un bien (loyers de biens immobiliers, coupons d'obligations, dividendes d'actions). Ce droit peut être transmis à un tiers par donation, tout en conservant la nue-propriété du bien. Cette donation peut être faite pour une durée limitée, au minimum de trois ans, par acte notarié. Elle ne doit pas porter atteinte aux droits des héritiers réservataires (descendants, ascendants). À la fin de la période fixée, l'usufruit cesse, le donateur retrouve alors la pleine propriété du bien, et en perçoit à nouveau les revenus.

Avantages, pendant la durée de cette donation, le donateur est exonéré d'ISF sur la valeur totale du bien et cette donation bénéficie intégralement à la Fondation. En effet, reconnue d'utilité publique, la Fondation Maréchal Foch est exonérée de droits de donation et d'impôt et taxes sur les revenus ainsi transmis.

**Vous pouvez également vous adresser directement à la Fondation Foch, Anne-Marie Caron, au 01 46 25 27 83.**