



Réseau de Cancérologie d'Aquitaine



Structuration d'un parcours régional de prise en charge des patients atteints de récidive locale de cancer du rectum en Nouvelle-Aquitaine

8^{ème} Congrès National des Réseaux de Cancérologie
17 novembre 2017 – Lille

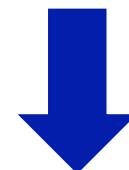
V. Bousser, F. Saillour-Glénisson, E. Pinon, C. Morin-Porchet, C. Vincent,
L. Digue, F. Colombani, Q. Denost

Pourquoi un tel parcours ?



Amélioration du contrôle local
des cancers du rectum ...

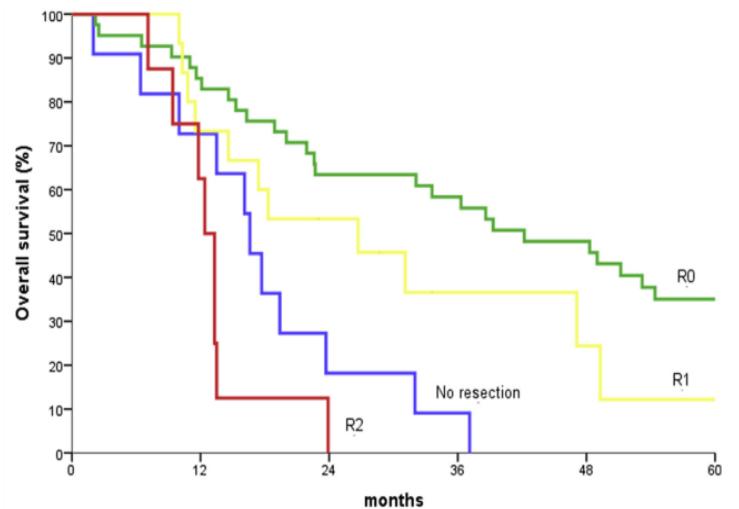
... mais un taux de récidive locale
évalué à 5 à 10%



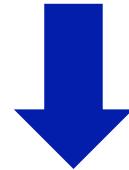
Les récidives locales du cancer du
rectum = **une situation rare**

60-120 nouveaux cas par an
en Nouvelle-Aquitaine

Pourquoi un tel parcours ?



Potentielle guérison si résection curative R0
→ Survie globale à 5 ans = 40% ...
... mais
→ Nécessite une expertise radiologique : analyse compartimentale du pelvis
→ Nécessite une expertise chirurgicale : résections multi-viscérales complexes et taux de complications post-opératoires élevé

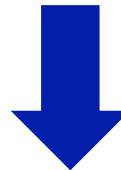


Les récidives locales du cancer du rectum
= une potentielle guérison et une prise en charge complexe

Pourquoi un tel parcours ?

Hétérogénéité des prises en charge expliquant

- Variabilité taux chirurgie curative : R0 dans seulement 60% des procédures
- Taux de morbidité post-opératoire = 60%
- Taux de mortalité post-opératoire = 2%



- Par problème d'accès à l'expertise/innovation
 - Par **absence de parcours de soins organisé**

Objectif

- Définir un consensus régional sur l'organisation du **parcours de soins** des patients atteints de récidive locale de cancer du rectum en Nouvelle-Aquitaine
- La structuration d'un tel parcours devra permettre de proposer à chaque patient de bénéficier d'une prise en charge pré-opératoire standardisée et d'une potentielle résection curative
 - ➔ **optimisation de la prise en charge**
 - ➔ **amélioration de l'espérance de vie**
- Ces nouvelles pratiques ne seront efficientes que si elles sont **partagées par le plus grand nombre de professionnels** impliqués dans la prise en charge

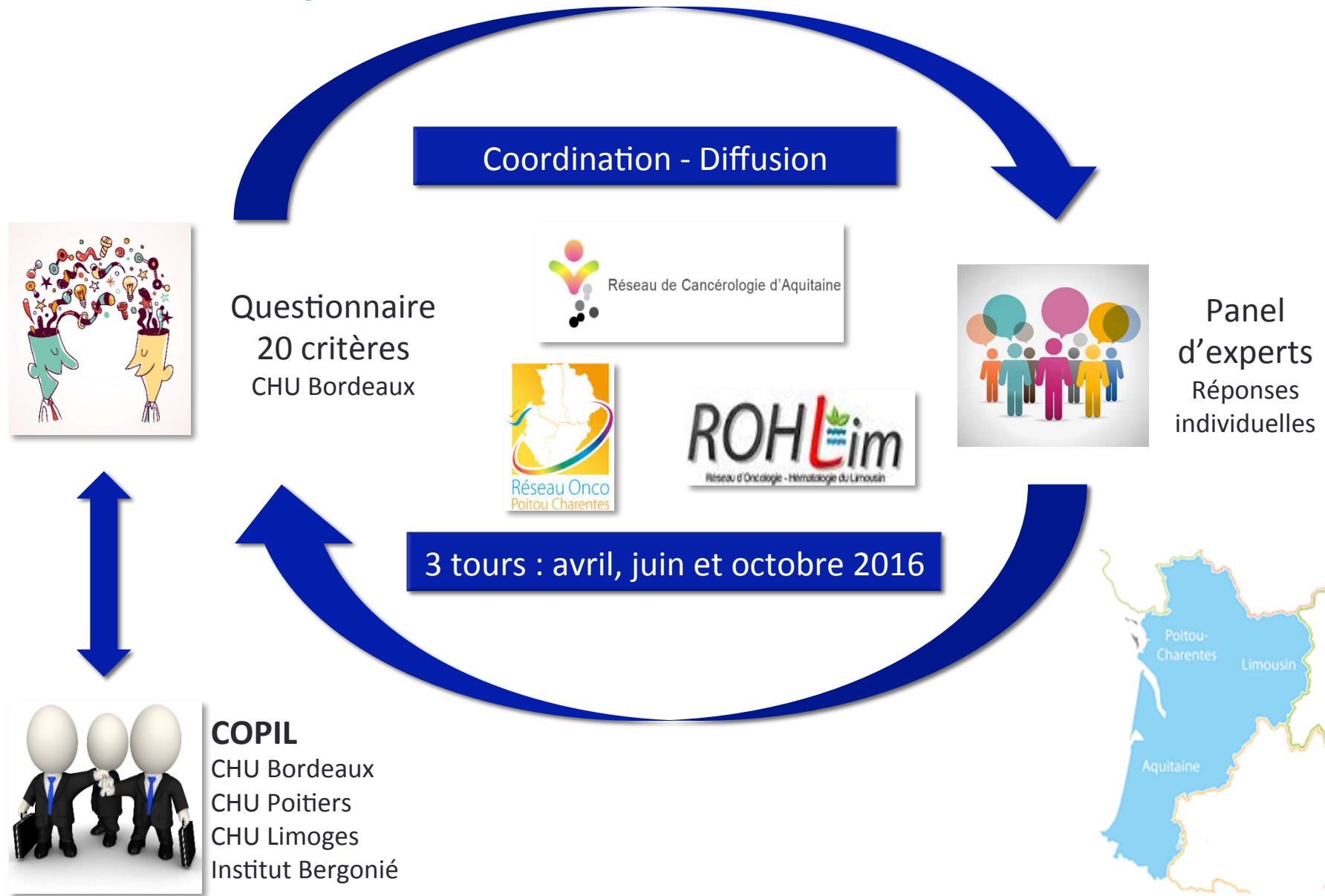
Critères du parcours

- Élaboration d'une liste de critères pouvant constituer un parcours de soins
 - Après revue de la littérature
 - ➔ Critères impactant la prise en charge
 - ➔ Critères influençant l'introduction de nouvelles pratiques dans une organisation de santé

4 types de critères liés

- Au patient
- À la récidive locale
- À l'organisation du système de soins
- À la structuration du parcours

Méthode Delphi



Niveau de consensus

- Pour chaque critère
 - « Est-ce que ce critère est utile pour la création d'un parcours efficient? »
 - « Est-ce que ce critère peut aider à prioriser une stratégie de prise en charge efficace? »
- Échelle de Likert de 1 à 10
 - 1 = « le plus utile »
 - 10 = « le plus inutile »
- Consensus favorable
 - $\geq 80\%$ des participants apportaient une cotation $\leq 3/10$
- Consensus défavorable
 - $\geq 80\%$ des participants apportaient une cotation $\geq 8/10$

Panel d'experts : participants



29 RCP
digestives
425 médecins

79 volontaires

26 RCP
digestives
59 participants

Panel d'experts : représentativité territoriale/médicale

- 59 médecins participants aux 3 tours

Ex-Aquitaine	Ex-Poitou-Charentes	Ex-Limousin
52%	31%	17%

Chirurgiens	Oncologues médicaux et radiothérapeutes	Gastro-entérologues
47%	31%	22%

Critères définissant un parcours de recours

Critères liés au Patient

- ✓ Tous les critères utiles

Critères liés à la RLR

- ✓ Tous les critères utiles

Critères liés à l'Organisation

- ✓ RCP centre demandeur

Critères liés à la Structuration du parcours

- ✓ Délai d'avis (Cs / RCP recours)
- ✓ RCP de recours

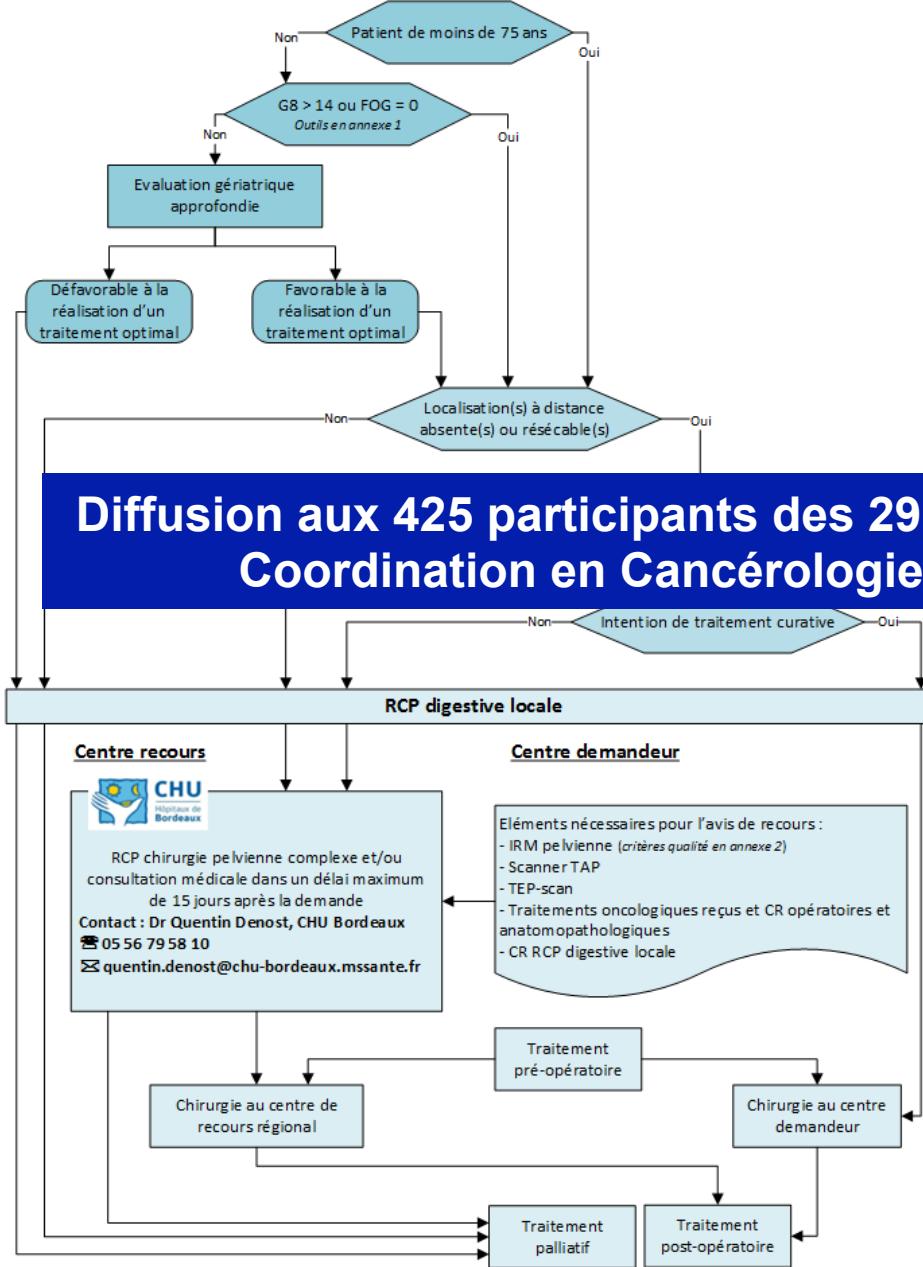
Critères	1er tour				2e tour				3e tour				Avis
	Utile [1:3]	Intermédiaire [4:7]	Inutile [7:10]	Non renseigné	Utile [1:3]	Intermédiaire [4:7]	Inutile [7:10]	Non renseigné	Utile	Inutile	Non renseigné		
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%		
Déterminants liés au patient													
Age	58	16	9	-	71	23	6	-	93	5	1		UTILE
Etat général	81	9	10	-	-	-	-	-	-	-	-		UTILE
Espérance de vie	73	17	10	-	100	-	-	-	-	-	-		UTILE
Comorbidités	73	17	8	2	100	-	-	-	-	-	-		UTILE
Inconfort	70	22	8	-	89	11	-	-	-	-	-		UTILE
Attitude coopérante	75	15	10	-	89	11	-	-	-	-	-		UTILE
Conscience état de santé	52	34	14	-	54	34	9	3	81	17	2		UTILE
Déterminants liés à la récidive locale													
Localisation de la récidive	70	17	12	2	94	6	-	-	-	-	-		UTILE
Présence de localisation à distance	83	3	14	-	-	-	-	-	-	-	-		UTILE
TTT en intention curative ou palliative	78	14	8	-	97	3	-	-	-	-	-		UTILE
Déterminants liés à l'organisation													
Distance centre demandeur-recours	19	49	30	2	9	57	34	-	17	83	-		INUTILE
RCP préalable au recours	51	32	15	2	74	20	3	3	85	15	-		UTILE
Spécialité du médecin	31	39	27	3	14	66	20	-	19	81	-		INUTILE
Déterminants liés à la structuration du réseau													
LDR de l'IRM	42	34	22	2	37	49	14	-	63	35	2		Pas d'accord
LDR du scanner	25	34	41	2	-	51	49	-	25	75	-		Pas d'accord
LDR du TEPscan	24	34	40	2	3	40	51	-	14	83	3		INUTILE
LDR du traitement pré opératoire	22	44	31	3	6	60	34	-	22	78	-		Pas d'accord
LDR du traitement post opératoire	27	38	34	2	11	52	37	-	17	81	2		INUTILE
Délai de consultation/discussion en RCP	60	29	8	3	77	14	3	6	93	5	2		UTILE
RCP de recours avec examens exigés	42	26	27	5	69	23	8	-	91	9	-		UTILE

RLR = Récidive locale du cancer du rectum ; LDR = Lieu de réalisation ; TTT= Traitement

Récidive locale de cancer du rectum

Parcours de soins en Nouvelle-Aquitaine

Etabli à partir d'un consensus régional des représentants des RCP digestives



Diffusion aux 425 participants des 29 RCP digestives et aux 19 Centres de Coordination en Cancérologie (3C) de la Nouvelle-Aquitaine

Fiche synthétique



Annexe 1. Outils d'évaluation oncogériatrique

Questionnaire G8 Test de dépistage du recours au gérontre chez un patient âgé atteint de cancer

Questions (temps médian de remplissage = 4,4 minutes)	Réponses	Cotations
Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition?	Anorexie sévère Anorexie modérée Pas d'anorexie	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Perte de poids dans les 3 derniers mois	>5 Kg Ne sait pas Entre 1 et 3 Kg Pas de perte de poids	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

FILTRE ONCO GÉRATRIQUE (FOG)		Médecin
Prénom		Service
RISQUES		Téléphone
		Date de naissance
		Date de réalisation du FOG

DEPRESSION	> 23		+/-	
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0		
Plus de 3 médicaments	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	-	
Oui Non			-	
Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0,5	-	
Moins bonne Ne sait pas Aussi bonne Meilleure	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	-	
COGNITION	> 23		+/-	
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0		
Le patient est-il dans l'incapacité de donner la date du jour?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	-	
Le patient présente-t-il une plainte ménagère : oubli répétées plusieurs fois par jour?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	-	
CO-MORBIETES	> 8		+/-	
	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 0		
Le patient présente-t-il une ou plusieurs comorbidités non équilibrées ou non traitées?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	-	
Le patient prend-il plus de 4 médicaments?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	-	
Score total		/17	NOMBRE TOTAL DE RISQUES POSITIFS / 5	
> 14 = Prise en charge standard			* UN RISQUE est défini POSITIF dès lors qu'une réponse affirmative est renseignée pour l'une des deux questions / 5 items	
< 14 = Évaluation gérontologique spécialisée			dans ces cas, entourer la case rouge dans la case "réultat"	

D'après Sobeyran P. Validation of G8 screening tool in geriatric oncology: The ONCODOGE project. IJC 2011;29:Abs900.

Annexe 2. Critères qualité IRM

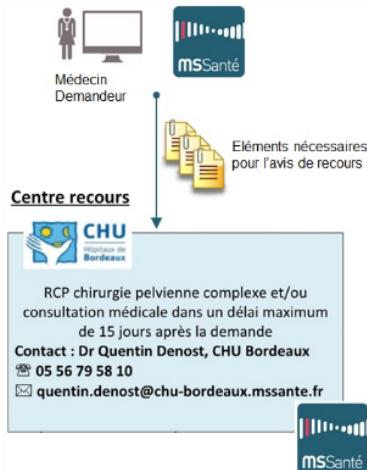
L'IRM pelvienne pré-opératoire peut être réalisée localement à condition que les séquences réalisées respectent les paramètres suivants :

1. Séquences sagittal T2 avec coupes de 2,5 ou 3mm devant inclure en haut/bas la marge anale jusqu'au-dessus du promontoire sacré et en droite/gauche les parois pelviennes et ailes iliaques.
2. Des séquences pondérées en T2 haute résolution dans le plan axial et coronal respectivement parallèles et perpendiculaires à l'axe de la tumeur : 2,5mm d'épaisseur, et petit champs de vue. Par exemple : FOV 200 (Droite-Gauche) / 200 (Haut-Bas) / 97 (Antéro-Postérieur) ; matrice 240*239. En cas de récidive basse située à moins de 1cm du bord supérieur du canal anal lorsqu'il est conservé : une séquence T2 haute résolution dans le plan du canal anal (parallèle au canal anal).
3. Une séquence T2 axiale « grand champs de vue » étendue de la marge anale à la bifurcation iliaque est fortement recommandée (ganglions). Les coupes doivent inclure le promontoire sacré et le canal anal dans son intégralité.
4. Des séquences T2-diffusion et T1-fat-sat après injection de gadolinium (3D si possible) doivent également être réalisées. Elles doivent être étendues de la marge anale au-dessus du promontoire sacré.

RCP Chirurgie pelvienne complexe mensuelle

- Mise en place au CHU de Bordeaux depuis juin 2016

COLLÈGE MÉDICAL	N°de la RCP	INTITULÉ RCP	SITE	PÉRIODICITÉ	HEURE	RYTHME MENSUEL	SALLE	RÉFÉRENT	COORDONNÉES RÉFÉRENTS	SPÉCIALITÉS PRÉSENTES
DIGESTIF	36	RCP TUBE DIGESTIF ET CARCINOSE PERITONEALE	Groupe hospitalier Sud	LUNDI	17 H	4	USN 1e - Endoscopies digestives - Salle de réunion	Dr SMITH	Secrétariat de gastro-entérologie Groupe hospitalier Sud Tel : 05 57 65 64 39	Anatomopathologie Chirurgie digestive Chirurgie thoracique Hépato-gastro-entérologie Imagerie médicale Médecine nucléaire Onco-gériatrie Radiothérapie
	37	RCP TUMEURS PRIMITIVES DU FOIE		MARDI	17 H 30	4	USN 1e - Endoscopies digestives - Salle de réunion	Pr BLANC	Secrétariat de gastro-entérologie Groupe hospitalier Sud Tel : 05 57 65 64 39	Anatomopathologie Chirurgie digestive Hépato-gastro-entérologie Imagerie Internes Médecine nucléaire Onco-gériatrie Oncologie médicale et radiothérapie
	38	RCP METASTASES HEPATIQUES-VOIES BILIAIRES-PANCREAS		VENDREDI	15 H	4	USN 1e - Endoscopies digestives - Salle de réunion	Pr LAURENT	Secrétariat de chirurgie digestive Groupe hospitalier Sud Tel : 05 56 79 58 10 / 05 57 65 67 69	Anatomopathologie Chirurgie digestive Hépato-gastro-entérologie Imagerie Internes Médecine nucléaire Onco-gériatrie Oncologie médicale et radiothérapie
	39	RCP CHIRURGIES PELVIENNES COMPLEXES	Groupe hospitalier Pellegrin	VENDREDI	17 H	1	Pellegrin - Tripode RDC - salle de réunion d'imagerie	Dr DENOST	Secrétariat de chirurgie digestive du groupe hospitalier Sud Tel : 05 56 79 58 10 / 05 57 65 67 69 Secrétariat 3C du groupe hospitalier Sud Tel : 05 57 65 63 54 Fax : 05 57 65 62 86	Chirurgie digestive Gynécologie Urologie Orthopédie Vasculaire Chirurgie plastique Imagerie



Juin 2016 – Octobre 2017

- 14 Réunions
- 69 dossiers discutés
- soit une moyenne de 5 dossiers par RCP

Experts ayant participé à la cotation



ALEBA	Albert	CH Niort
BARTHES	Thierry	Polycl Poitiers
BARUSSAUD	Marie-Line	CHU Poitiers
BAZIN	Thomas	CH Périgueux
BECOUARN	Yves	Institut Bergonié Bordeaux
BENHAMI	Ali	CH St Junien
BERNARD	Anne	CH La Rochelle
BLANC	Benjamin	CH Dax
BLONDEAU	Vincent	CH Périgueux
BOUET	Cédric	Polycl Les Chênes Aire sur l'Adour
BOUTILLIER	Patrick	Cabinet libéral Cenon
BURGEVIN-TROPET	Anne-Laure	Cabinet libéral Brive la Gaillarde
CANY	Laurent	Cl Francheville Périgueux
CLAVERE	Pierre	CHU Limoges
DE LUSTRAC	Mercédés	CH Angoulême
DENOST	Quentin	CHU Bordeaux
DESOLNEUX	Grégoire	Institut Bergonié Bordeaux
DURAND-FONTANIER	Sylvaine	CHU Limoges
EL KHOURGE	Georges	CH Nord Deux-Sèvres Thouars
ETCHECHOURY	Laura	CH Bayonne
FORESTIER	Damien	Cl Tivoli Bordeaux
FREDON	Fabien	CHU Limoges
GAINANT	Alain	CHU Limoges
GARCIA-RAMIREZ	Muriel	CH Libourne
GONTIER	Renaud	CH Bayonne
GUARNIERI	Séverine	CROMG Agen
GUICHARD	François	Polycl Bordeaux Nord
HENRIQUES	Bénédicte	Institut Bergonié Bordeaux
KIKOLSKI	Florence	CH Libourne
LAHARIE MINEUR	Hortense	Cl Tivoli Bordeaux

LANGLOIS	Denis	CH La Rochelle
LOURY LARIVIERE	Isabelle	CH Pau
MANOUVRIER	Jean Luc	CH Agen
MARTENOT	Mathieu	CH Libourne
MATHE	Nicolas	Centre clinical Angoulême
MATHE BESSALEM	Véronique	Centre clinical Angoulême
MATHIEU	Anne	CH Angoulême
MATHONNET	Muriel	CHU Limoges
MAURIAC	Etienne	Polycl Côte Basque Sud St Jean de Luz
MOULIN	Valérie	CH La Rochelle
OFRIM	Otilia	CH Marmande
OPSAHL	Silja	CH St Jean d'Angely
PALUMBO	Barbara	CH Libourne
PARENT	Sophie	Cabinet libéral Niort
PIGOT	François	MSP Bagatelle Talence
PINEL	Baptiste	CHU Poitiers
RICHER	Jean-Pierre	CHU Poitiers
SEILLAN	Sébastien	Cl Esquirol-St Hilaire Agen
SMITH	Denis	CHU Bordeaux
SZERZYNA	Noella	Cl Mutualiste Lesparre Medoc
TARDAT	Eric	Cl Arcachon
TEBOUL	Frédéric	CH Brive la Gaillarde
THAURY	Juliette	CH Pau
TOUGERON	David	CHU Poitiers
VAYRE	Laure	CH Brive la Gaillarde
VIGNAL	Jean Charles	Polycl Bordeaux Rive droite Lormont
VILLAR	Frédéric	Cl Pasteur Royan
ZARANIS	Constantin	Capio cl du Mail La Rochelle
ZASADNY	Xavier	Cl Chenieux Limoges

Contexte

Porteur du projet : Dr Quentin Denost, CHU Bordeaux
Méthodologiste : Dr Florence Saillour, CHU Bordeaux

Fusion régions Aquitaine, Limousin, Poitou-Charentes

Récidive locale cancer du rectum = Maladie rare

- Taux de récidive locale des cancers du rectum entre 5% et 10%
- Estimation de l'incidence en Nouvelle-Aquitaine : entre 60 et 120 nouveaux cas/an

Potentielle guérison si résection curative

- 60% de R0 rapportées
- Permet d'obtenir une survie globale à 5 ans de 40%
- Mais nécessité d'expertises radiologiques et chirurgicales

Une hétérogénéité des prises en charge

- Par problème d'accès à l'expertise/innovation
- Par absence de parcours patient

Méthode Delphi

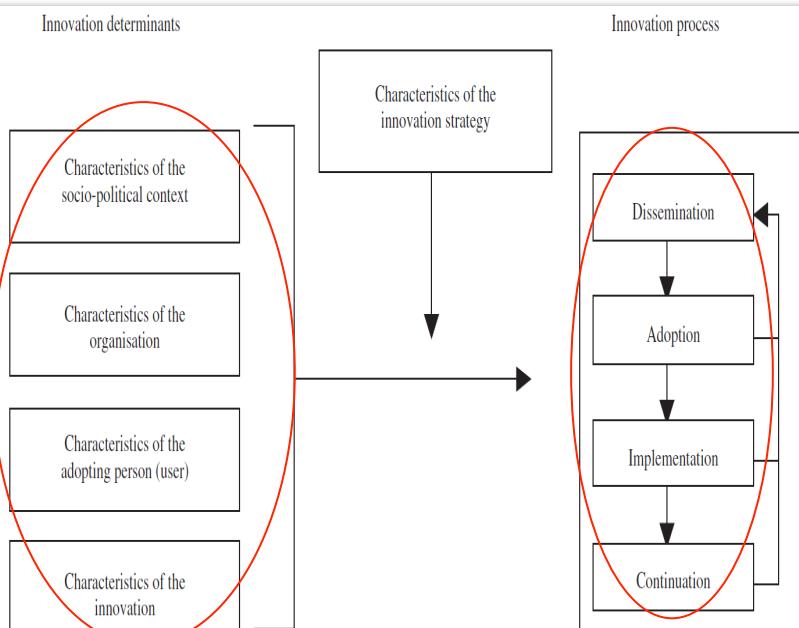
Determinants of innovation within health care organizations

Literature review and Delphi study

MARGOT FLEUREN, KARIN WIEFFERINK AND THEO PAULUSSEN

TNO Prevention and Health, Leiden, The Netherlands

International Journal for Quality in Health Care 2004; Volume 16, Number 2: pp. 107–123



- Déterminants liés au patient
- Déterminants liés à la maladie
- Déterminants liés à l'organisation du système de soins
- Déterminants liés à l'adoption de l'innovation

Figure 1 Framework representing the innovation process and related categories of determinants.

Liste des critères

- Critères liés au patient :
 - Âge du patient,
 - Etat général du patient,
 - Espérance de vie du patient,
 - Comorbidités du patient,
 - Inconfort psychologique ou physique du patient,
 - Attitude coopérante du patient,
 - Conscience de son état de santé par le patient.
- Critères liés à la récidive locale :
 - Localisation de la récidive (centrale, latéro-pelvienne, antérieure, postérieure),
 - Présence de localisation(s) à distance,
 - Traitement en intention curative ou palliative.
- Critères liés à l'organisation :
 - Distance entre le centre demandeur et le centre de recours,
 - RCP préalable au recours dans le centre demandeur,
 - Spécialité du médecin du centre demandeur.
- Critères liés à la structuration du réseau :
 - Lieu de réalisation de l'IRM,
 - Lieu de réalisation du scanner,
 - Lieu de réalisation du TEPscan,
 - Lieu de réalisation du traitement pré opératoire,
 - Lieu de réalisation du traitement post opératoire,
 - Délai de consultation/discussion en RCP,
 - RCP de recours pour chirurgie complexe avec examens exigés pour avis.

Disponibilité des documents

- Rapport complet et synthèse sur
 - Site Internet temporaire avant fusion des RRC
http://www.reseau-cancer-alpc.fr/?page_id=822
 - Site Internet RCA
<http://www.canceraquitaine.org/Parcours-de-soins-regional>