



Réseau de Cancérologie d'Aquitaine



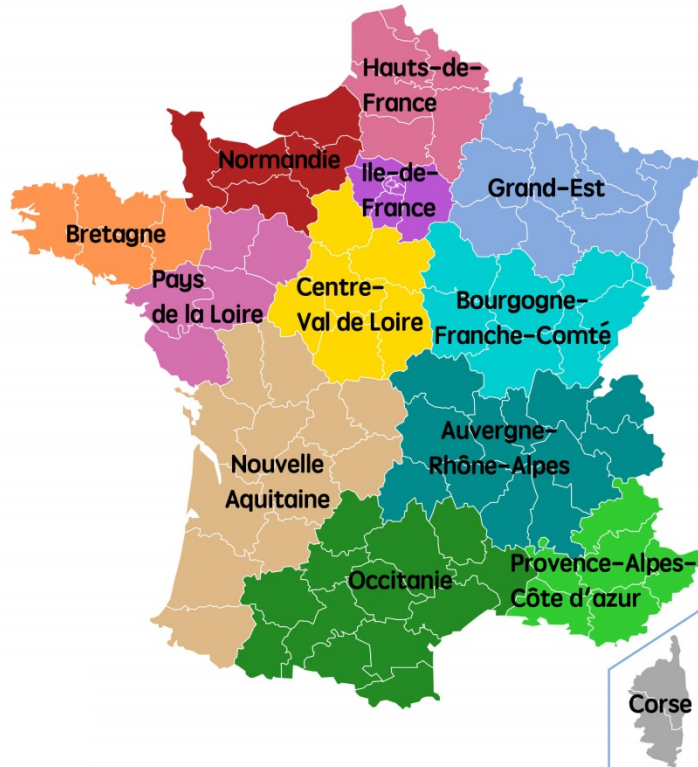
# Structuration d'un parcours régional de prise en charge des patients atteints de récurrence locale de cancer du rectum en Nouvelle-Aquitaine

---

8<sup>ème</sup> 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 ?



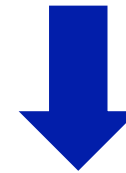
42000 cancers colorectaux/an

15000 cancers du rectum



Amélioration du contrôle local  
des cancers du rectum ...

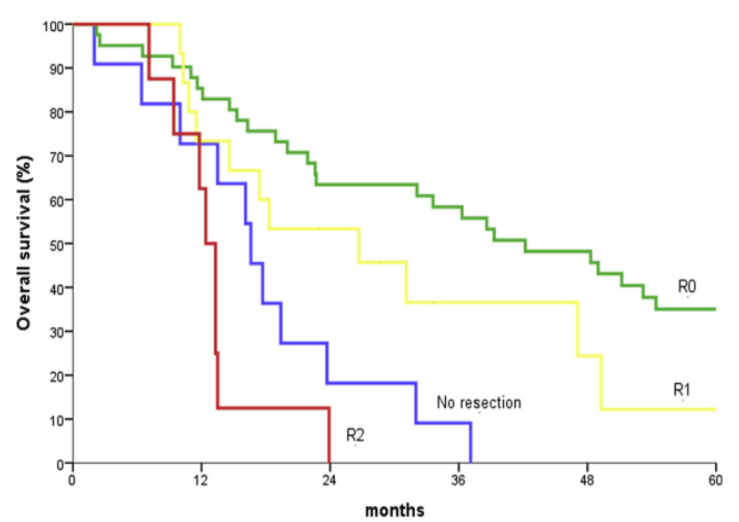
... mais un taux de récurrence locale  
évalué à 5 à 10%



Les récurrences 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 récurrence 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 efficaces que si elles sont **partagées par le plus grand nombre de professionnels** impliqués dans la prise en charge

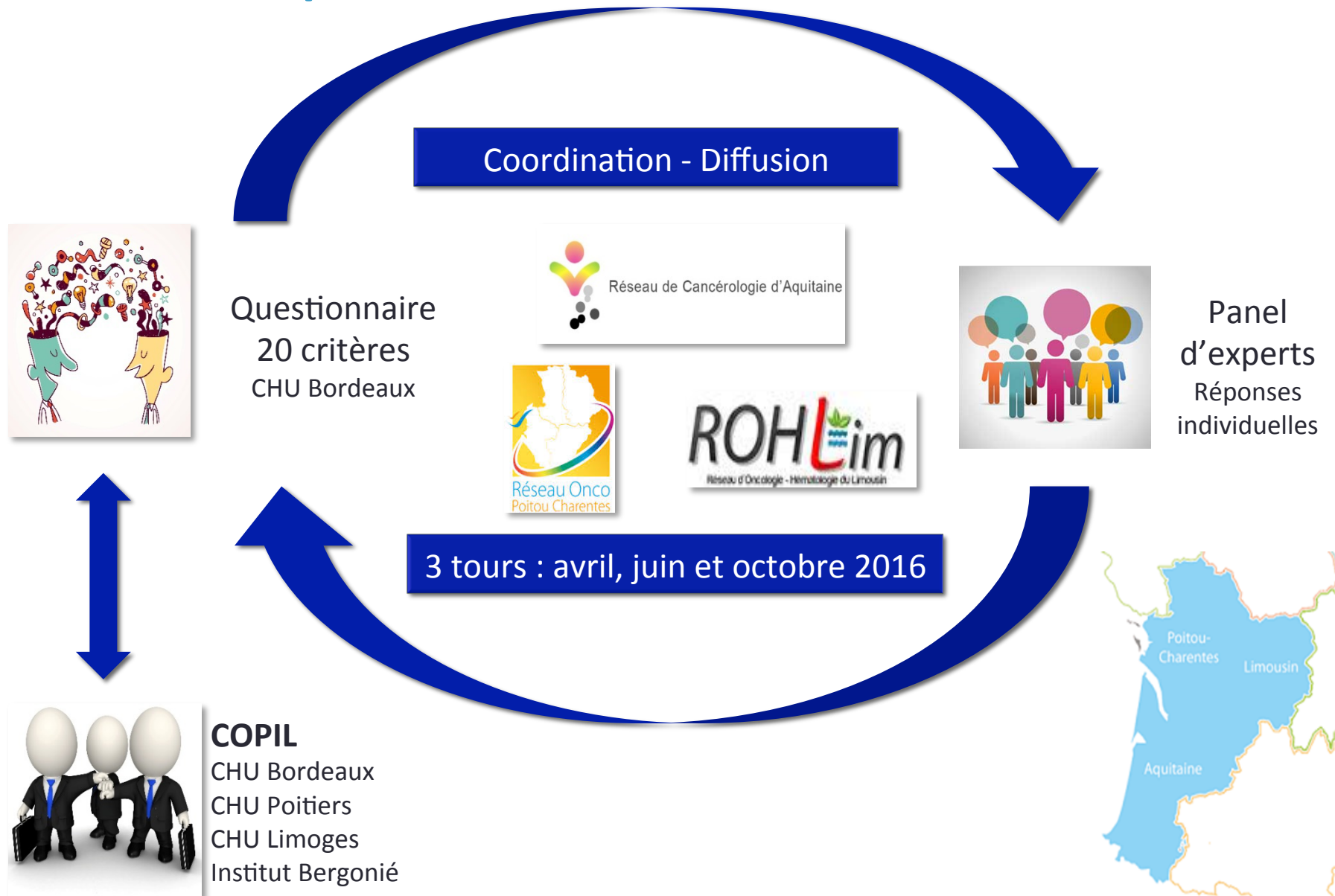
## Critères du parcours

- 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

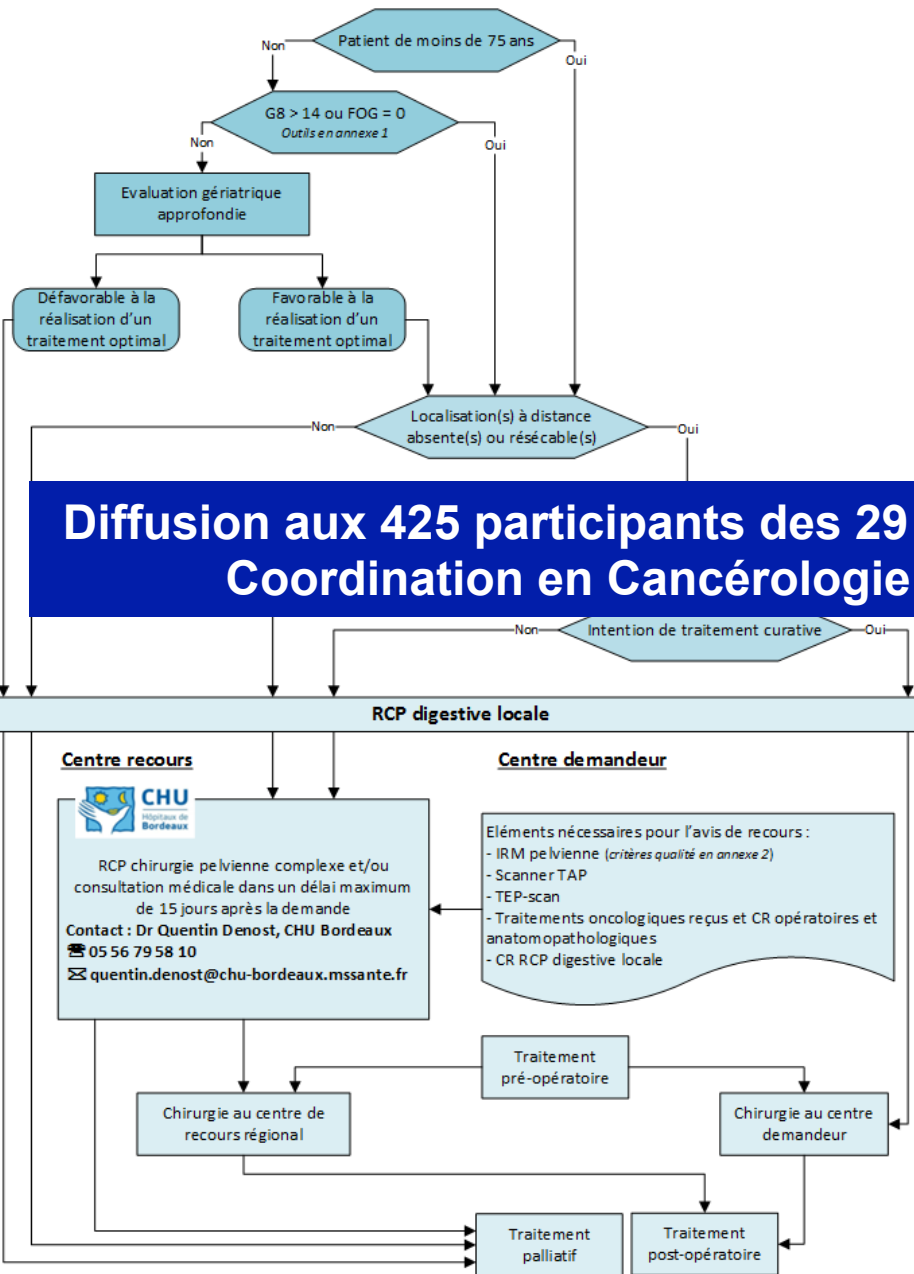
✓ Délai d'avis (Cs / RCP recours)

✓ 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	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
<b>Déterminants liés au patient</b>												
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
<b>Déterminants liés à la récidence locale</b>												
Localisation de la récidence	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
<b>Déterminants liés à l'organisation</b>												
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
<b>Déterminants liés à la structuration du réseau</b>												
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



## Fiche synthétique



### Annexe 1. Outils d'évaluation oncogériatrique

**Questionnaire G8**  
Test de dépistage du recours au gériatre 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	>3 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 GERIATRIQUE (FOG)**

Le FOG est une étape de dépistage indispensable avant d'orienter un patient vers une consultation d'oncogériatrie. Toute demande d'évaluation oncogériatrique doit s'accompagner d'une question sur les orientations thérapeutiques proposées au patient. La consultation d'oncogériatrie n'est pas une consultation d'annonce. Le patient doit être informé de son diagnostic.

IMPORTANT : Nom du patient, Prénom, Date de naissance, Date de réalisation du FOG

RISQUES : 10 QUESTIONS, RESULTAT \*

DEPRESSION : Le patient évoque-t-il une perte d'intérêt dans l'une de ses activités habituelles ?

COGNITION : Le patient est-il dans l'incapacité de donner la date du jour ?

CO-MORBIDITES : Le patient présente-t-il une ou plusieurs co-morbidités non équilibrées ou non traitées ?

Le patient prend-il plus de 4 médicaments ?

NOMBRE TOTAL DE RISQUES POSITIFS / 5

\* UN RISQUE est défini POSITIF dès lors qu'une réponse affirmative est retenue pour l'une des deux questions / thèmes : dans ce cas, entourer la croix rouge dans la case "résultat"

ALGORITHME DECOUPLÉ : 0 RISQUE POSITIF => pas d'évaluation gériatrique (EGS) ; 1, 2 ou 3 RISQUES POSITIFS => EGS SYSTÉMATIQUE ; 4 ou 5 RISQUES POSITIFS => évaluation si un traitement spécifique est envisageable

### Annexe 2. Critères qualité IRM

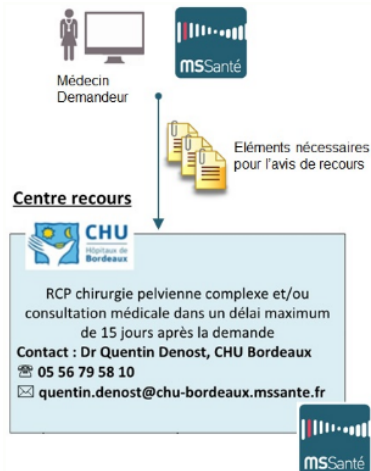
L'IRM pelvienne pré-opératoire peut être réalisée localement à condition que les séquences réalisées respectent les paramètres suivants :

- Séquences sagittale 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.
- 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 récurrence bas 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).
- 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.
- 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 Tél : 05 57 65 64 39	Anatomopathologie Chirurgie digestive Chirurgie thoracique Hépatogastro-entérologie Imagerie médicale Médecine gériatrique Médecine nucléaire Oncologie 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 Tél : 05 57 65 64 39	Anatomopathologie Chirurgie digestive Hépatogastro-entérologie Imagerie Internes Médecine nucléaire Onco gériatre 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 Tél : 05 56 79 58 10 / 05 57 65 67 69	Anatomopathologie Chirurgie digestive Hépatogastro-entérologie Imagerie Internes Médecine nucléaire Onco gériatre 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 Tél : 05 56 79 58 10 / 05 57 65 67 69 Secrétariat 3C du groupe hospitalier Sud Tél : 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



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

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

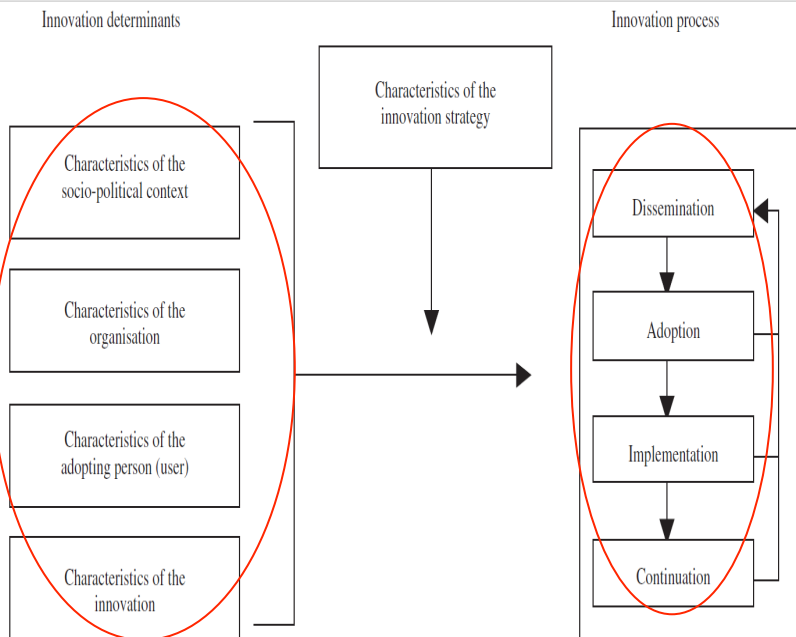


Figure 1 Framework representing the innovation process and related categories of determinants.

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



# 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 récurrence locale :
  - Localisation de la récurrence (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](http://www.reseau-cancer-alpc.fr/?page_id=822)
  - Site Internet RCA  
<http://www.canceraquitaine.org/Parcours-de-soins-regional>