



UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2017

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Adéquation entre la proposition thérapeutique issue des réunions
de concertation pluridisciplinaire pour les cancers des voies aérodigestives
supérieures et la thérapeutique effectivement initiée.**

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 18 mai 2017
au Pôle Formation
Par Amaury BART

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Dominique CHEVALIER

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Arnauld VILLERS

Monsieur le Docteur Mathieu CALAFIORE

Monsieur le Docteur Jean TON VAN

Monsieur le Docteur François MOUAWAD

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Dominique CHEVALIER

AVERTISSEMENT

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

LISTE DES ABREVIATIONS

| | |
|-------|---|
| CE | Carcinome épidermoïde |
| CHRU | Centre Hospitalier Régional et Universitaire |
| COL | Centre Oscar Lambret de Lille |
| DHOS | Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins |
| IC95% | Intervalle de Confiance à 95% |
| INCa | Institut National du Cancer |
| IRM | Imagerie par Résonance Magnétique |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ORL | Oto-Rhino Laryngologie |
| RCP | Réunion de Concertation Pluridisciplinaire |
| TNM | Tumor-Node-Metastasis |
| pTNM | pathological Tumor-Node-Metastasis |
| VADS | Voies Aéro-Digestives Supérieures |

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| RESUME | 1 |
| INTRODUCTION | 2 |
| 1.1 LA REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE (RCP) EN CANCEROLOGIE | 2 |
| 1.1.1 <i>Cadre législatif des RCP</i> | 2 |
| 1.1.2 <i>Avantages et inconvénients de la RCP</i> | 3 |
| 1.1.3 <i>Composition de la RCP</i> | 4 |
| 1.1.4 <i>Déroulement d'une séance de RCP</i> | 4 |
| 1.1.5 <i>Évaluations de la RCP</i> | 5 |
| 1.2 DONNEES DU NORD-PAS DE CALAIS | 6 |
| 1.2.1 <i>Référentiel régional de prise en charge des cancers des VADS (12)</i> | 6 |
| 1.3 ADEQUATION ENTRE PROPOSITION DE RCP ET INITIATION DU TRAITEMENT | 6 |
| 1.4 OBJECTIFS | 7 |
| MATERIEL ET METHODES | 8 |
| 2.1 POPULATION | 8 |
| 2.2 RECUEIL DE DONNEES | 9 |
| 2.2.1 <i>Premier temps du recueil : les fiches validées de RCP</i> | 9 |
| 2.2.2 <i>Deuxième temps du recueil : les dossiers médicaux</i> | 9 |
| 2.2.3 <i>Troisième temps du recueil de données : les cas inadéquats</i> | 10 |
| 2.3 ANALYSE STATISTIQUE | 10 |
| 2.3.1 <i>Analyse de l'adéquation</i> | 10 |
| 2.3.2 <i>Analyse des délais</i> | 11 |
| RESULTATS | 12 |
| 3.1 DIAGRAMME DE FLUX | 12 |
| 3.2 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION | 13 |
| 3.3 RESULTATS PRINCIPAUX | 13 |
| 3.3.1 <i>Chirurgie réalisée au décours d'une surveillance</i> | 14 |
| 3.3.2 <i>latrogénie</i> | 15 |
| 3.3.3 <i>Curiethérapie non réalisée dans un second temps</i> | 15 |
| 3.3.4 <i>Erreur de coordination des soins</i> | 16 |
| 3.3.5 <i>Erreur intrinsèque de la RCP</i> | 16 |
| 3.3.6 <i>Mauvaise évolutivité à cause d'un cancer synchrone</i> | 17 |
| 3.3.7 <i>Mauvaise évolutivité locorégionale</i> | 17 |
| 3.3.8 <i>Refus du patient</i> | 18 |
| 3.4 DELAIS DE PRISE EN CHARGE SELON LE TYPE DE TRAITEMENT | 18 |
| DISCUSSION | 20 |
| 4.1 ADEQUATION ENTRE LA PROPOSITION ET L'INITIATION DU TRAITEMENT | 20 |
| 4.2 CAUSES DES INADEQUATIONS | 20 |
| 4.2.1 <i>Chirurgie réalisée au décours d'une surveillance</i> | 21 |
| 4.2.2 <i>latrogénie</i> | 21 |
| 4.2.3 <i>Curiethérapie non réalisée dans un second temps</i> | 21 |
| 4.2.4 <i>Erreur de coordination des soins</i> | 22 |
| 4.2.5 <i>Erreur intrinsèque de la RCP</i> | 22 |
| 4.2.6 <i>Mauvaise évolutivité à cause d'un cancer synchrone</i> | 22 |
| 4.2.7 <i>Mauvaise évolutivité locorégionale</i> | 22 |
| 4.2.8 <i>Refus du patient</i> | 23 |
| 4.3 DELAIS DE PRISE EN CHARGE | 23 |
| 4.4 CHOIX DE LA POPULATION | 23 |
| 4.5 INDICE-QUALITE MESURE PAR L'INCA EN 2016 (23) | 23 |
| 4.6 COORDINATION « VILLE-HOPITAL » | 24 |
| 4.7 BIAIS ET LES LIMITES DU TRAVAIL | 25 |
| CONCLUSION | 26 |
| REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES | 27 |

RESUME

Contexte : l'article 31 du premier plan cancer (2003) avait pour objectif de présenter 100% des patients ayant un cancer en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Une meilleure survie a été prouvée depuis la généralisation de la RCP. L'objectif principal était de mesurer l'adéquation entre la proposition issue des RCP des voies aérodigestives supérieures (VADS) et la thérapeutique effectivement initiée.

Méthode : étude rétrospective multicentrique menée du 01/02/2015 au 28/02/2016 sur les RCP des VADS du centre hospitalier régional universitaire de Lille et du centre Oscar Lambret. Un tiers des séances de RCP constituait l'échantillon (34/102). L'inclusion se faisait sur l'histologie (carcinome épidermoïde invasif, in situ ou verruqueux), le lieu de traitement (CHRU et COL), et sur la phase initiale du traitement (RCP pré ou post opératoire). Les données étaient recueillies sur dossiers médicaux informatisés.

Résultats : 193 cas étaient inclus parmi 170 patients. L'inadéquation entre la proposition de la RCP et le traitement initié était de 8.3% (16/193). 6 types d'inadéquation étaient identifiés : iatrogénie (2 cas), erreur de coordination des soins (1), erreur intrinsèque de la RCP (1), mauvaise évolutivité à cause d'un cancer synchrone (2), mauvaise évolutivité locorégionale (2), refus du patient (2), curiethérapie non réalisée dans un second temps (3), chirurgie réalisée au décours d'une surveillance (3).

Conclusion : l'inadéquation a été mesurée par excès. Le taux d'inadéquation entre la proposition issue de la RCP et l'initiation du traitement est comparable aux données de la littérature. Il n'existe pas de données officielles de l'institut national du cancer pour comparer cette première étude. Un registre officiel pourrait combler ce manque.

INTRODUCTION

1.1 La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en cancérologie

Les RCP sont considérées comme le lieu de la discussion diagnostique et thérapeutique et comme un vecteur d'échange de grande valeur pédagogique entre les professionnels. Elles permettent d'effectuer une analyse du bénéfice-risque et de la qualité de vie pour le patient (1).

1.1.1 Cadre législatif des RCP

Durant les années 1980-1990, la RCP s'est imposée en cancérologie, initialement nommée « conférence cancer », ou « tumor board », ou « unité de concertation pluridisciplinaire en oncologie ». Les discussions avaient lieu à un rythme variable, idéalement hebdomadaire, parfois mensuel. A l'époque, la présentation du patient en RCP n'était pas systématique. La « conférence cancer » avait un rôle consultatif pour les situations complexes, sans la présence du patient ni de sa famille. (2)

En France, tout établissement de santé ayant l'autorisation de cancérologie a l'obligation de mettre en œuvre une RCP (3). L'objectif de l'article 31 du plan cancer 2003-2007 était de « faire bénéficier 100% des nouveaux patients atteints de cancer, d'une concertation pluridisciplinaire autour de leur dossier. »

Il est nécessaire de « synthétiser le parcours thérapeutique prévisionnel issu de cette concertation sous la forme d'un "programme personnalisé de soins" [...] qui doit être parfaitement compréhensible par le patient ». La RCP était confortée dans les deux plans cancer suivants : 2007-2011 et 2014-2019, afin d'être uniforme et généralisée. Conformément aux critères d'agrément définis par l'Institut National du Cancer (INCa) en 2007, la RCP fait partie des critères de qualité transversale exigibles pour recevoir une autorisation pour le traitement du cancer. Le plan cancer 2009-2013 met l'accent sur le partage des données médicales entre professionnels de santé (hospitaliers et libéraux).

Il existe des dérogations légales concernant les non-présentations en RCP avant toute prise en charge (1) :

- pour ne pas retarder l'acte thérapeutique, les dossiers qui répondent à une procédure standard de prise en charge peuvent ne pas faire l'objet d'une discussion initiale en RCP. Les situations qui répondent à ce standard sont définies par le réseau régional de cancérologie et

inscrites dans un référentiel de pratique clinique actualisé faisant l'objet d'un accord pluridisciplinaire ;

- en cas d'acte de radiologie interventionnelle à visée diagnostique ou de chirurgie réalisée en urgence, la discussion du dossier du patient en RCP pourra avoir lieu après l'intervention. Le dossier ne sera pas seulement enregistré après l'acte : il devra donner lieu à une réelle discussion en RCP.

1.1.2 Avantages et inconvénients de la RCP

La RCP est la référence en termes de qualité de la prise en charge en cancérologie (4,5). La RCP a fait preuve d'une amélioration de la morbidité, et a raccourci le délai de prise en charge. La RCP est un moment de formation pour les praticiens et les étudiants, qui échangent leurs connaissances au service du patient.

Les avantages :

- Meilleure survie globale démontrée lors de la période de généralisation de la RCP (6,7).
- Réduction de la variation de survie entre les hôpitaux (6,7) ;
- Raccourcissement du délai de prise en charge (notamment pour la radiothérapie ou la chimiothérapie postopératoire) (4,8). Il est admis qu'avec un délai moyen de prise en charge de 4 semaines, la majorité des patients avaient développé des signes significatifs de progression tumorale (9) ;
- Meilleure acceptation des soins par le patient ;
- Mutualisation des expertises ;
- Raccourcissement des délais d'hospitalisation (de près de 10 jours dans une étude réalisée à Ipswich sur les cancers des VADS, grâce à une meilleure préparation pré-thérapeutique (10)) ;
- En ORL, plus de propositions de radiochimiothérapie pour les cancers localement avancés et en postopératoire lorsque les marges sont positives (10). Ceci peut expliquer une meilleure médiane de survie depuis la généralisation de la RCP, car dans ces deux situations les soins palliatifs étaient autrefois plus facilement proposés.

Les inconvénients :

- Chronophage, pour la préparation des fiches de RCP, la discussion (session hebdomadaire 3 à 4 heures concernant au minimum 3 médecins), puis la coordination des soins (rédaction d'un courrier destiné aux intervenants) ;
- Le coût est difficile à estimer en équivalent horaire et en termes d'organisation. Une étude anglaise estimait que le temps de présence des 1 500 équipes de RCP coûtait près de 50 millions de livres sterling par an (5). Cependant, les avantages des RCP limitent les coûts de santé publique (durée moyenne d'hospitalisation diminuée, moins d'exams complémentaires réalisés en double).

1.1.3 Composition de la RCP

Les principes généraux, les critères de qualité, et les modalités de fonctionnement de la RCP sont précisés dans la circulaire DHOS 2005 (11). Les RCP sont organisées pour différents organes ou groupes d'organes.

En cancérologie, la RCP est codifiée par les 3 plans cancer. Pour être valide, la RCP doit rassembler un minimum de trois médecins de spécialités différentes, nécessaires pour donner une proposition thérapeutique. Les spécialités présentes pour la RCP des voies aéro-digestives supérieures (VADS) sont : oto-rhino-laryngologie (ORL), chirurgie plastique, médecine nucléaire, oncologie médicale, imagerie médicale, radiothérapie et stomatologie.

La prise en charge des cancers des VADS est complexe. Elle peut affecter l'apparence esthétique, la phonation, la déglutition et la respiration. La RCP des VADS s'attache aux préoccupations physiques, psychosociales et à la morbidité des traitements proposés.

1.1.4 Déroulement d'une séance de RCP

La fréquence des séances des deux centres de RCP des VADS étudiés est hebdomadaire.

Avant la séance, le médecin référent du patient renseigne les champs de la fiche de RCP : « informations générales sur le patient », « contexte de la RCP », « informations cliniques et paracliniques » et « pathologie et histologie » (Annexe 1).

Le patient est convoqué pour assister à la discussion de son dossier en RCP. Son médecin traitant est informé de la tenue de la RCP, si possible par contact direct pour échanger sur le mode de vie et les caractéristiques spécifiques du patient. Si le patient est absent lors la RCP, la discussion est faite « sur dossier ».

Au début de la séance de RCP, une feuille d'émargement est signée par chaque médecin participant.

Dans un 1^{er} temps, le médecin référent énumère les données pertinentes de la fiche de RCP. Dans un 2^e temps, les images des examens radiologiques sont diffusées par un radiologue grâce à un vidéoprojecteur. Dans un 3^e temps, si nécessaire, un ORL procède à la naso-fibroscopie, un écran retransmettant les images de cet examen. La discussion collégiale commence après la présentation de toutes les données.

La proposition thérapeutique doit s'appuyer sur un référentiel de bonnes pratiques, défini par l'INCa, ou à défaut, conforme à des recommandations faisant l'objet d'un consensus des sociétés savantes. La proposition issue de RCP est soumise et expliquée au patient, s'il est présent, ou en cas d'absence lors d'une consultation d'annonce. Le patient est libre d'accepter ou de refuser la proposition (3).

Le secrétaire de séance inscrit la proposition thérapeutique sur la fiche de RCP du patient. La fiche est validée par le coordonnateur de la séance de RCP, puis archivée sur le portail internet *webDCR*TM (<https://rcp.onco-npdc.fr/>). La fiche validée est adressée au patient, au médecin traitant et aux médecins correspondants concernés par la prise en charge.

1.1.5 Évaluations de la RCP

L'INCa a été fondé en 2005 lors du premier plan cancer pour matérialiser l'aide aux soins. L'INCa délègue son action aux réseaux régionaux. Onco Nord-Pas de Calais est le réseau régional actuellement en charge pour ces deux départements.

La RCP nécessite une grande rigueur organisationnelle, elle est chronophage pour les médecins participant aux séances. La RCP est peu souvent étudiée. En 2010, les réseaux régionaux avaient réalisé un premier audit qualité concernant les RCP de leurs territoires. Un second audit de RCP concernait les données de 2015. Deux niveaux de qualité étaient étudiés :

- Le premier niveau des audits comparait le taux de présentation en RCP des patients ayant un cancer, avec les statistiques exhaustives de l'institut national de veille sanitaire.

-
- Le second niveau analysait le taux de patients ayant un cancer présentés à une RCP composée d'au moins 3 praticiens issus de spécialités différentes.

1.2 Données du Nord-Pas de Calais

1.2.1 Référentiel régional de prise en charge des cancers des VADS (12)

Actualisé en septembre 2013 et édité en 2015, le référentiel régional a été rédigé par un collège de médecins s'appuyant sur des recommandations de bonnes pratiques :

- the national comprehensive cancer network guidelines « head and neck cancers » ;
- référentiel VADS, ONCOLOR (réseau régional de cancérologie en Lorraine) ;
- recommandation pour la pratique clinique « Suivi post-thérapeutique des carcinomes épidermoïdes des voies aérodigestives supérieures de l'adulte », société française ORL ;
- guide du bon usage des examens d'imagerie médicale, société française de radiologie, société française de médecine nucléaire, haute autorité de santé, autorité de sûreté nucléaire.

Le référentiel régional appuie les propositions des médecins participants aux RCP. Lors de la présentation d'un cas complexe ou d'une situation non envisagée par le référentiel, la RCP propose une prise en charge faisant consensus des médecins participants. Des références bibliographiques doivent être ajoutées à une proposition lorsqu'elle s'écarte d'une situation proposée par les recommandations de bonne pratique.

1.3 Adéquation entre proposition de RCP et initiation du traitement

A ce jour, aucune étude d'adéquation entre les propositions et l'initiation des thérapeutiques n'a été réalisée sur les RCP des VADS du CHRU et du COL.

Le référentiel de la haute autorité de santé (13) préconise que la RCP procède régulièrement à l'évaluation de :

- l'adéquation des décisions avec les recommandations ;
- la concordance entre la proposition thérapeutique de la RCP et le traitement effectivement délivré.

1.4 Objectifs

L'objectif principal est de définir le taux d'adéquation entre les propositions thérapeutiques issues des RCP et les thérapeutiques effectivement initiées.

Les objectifs secondaires :

- Calculer le taux d'adéquation entre les propositions du référentiel régional et les propositions issues des RCP des VADS du CHRU de Lille et du COL.
- Mesurer les délais de prise en charge entre la présentation en RCP et l'initiation thérapeutique.

MATERIEL ET METHODES

2.1 Population

Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale et multicentrique (le service d'ORL et chirurgie cervico-faciale de l'hôpital Huriez du CHRU de Lille et le département de cancérologie cervico-faciale du COL).

L'étude était rétrospective sur la période du 1^{er} mars 2015 au 29 février 2016. L'échantillon constitué d'un tiers des séances de RCP, était généré par un tirage au sort sans remise, grâce au site internet <http://www.dcode.fr/tirage-au-sort-nombre-aleatoire>.

Critères d'inclusion :

- Présentation à la RCP des VADS du CHRU de Lille, ou du COL ;
- Carcinome épidermoïde invasif, carcinome in situ, ou carcinome verruqueux ;
- Première présentation en RCP, ou première présentation postopératoire ;
- Prise en charge thérapeutique initiée au CHRU de Lille, ou au COL.

Les localisations des tumeurs présentées en RCP des VADS sont : adénopathie cervicale sans porte d'entrée, cavité buccale, cavités naso-sinusiennes, glandes salivaires, hypopharynx, larynx, lèvres, localisation cervicale sans précision, oreilles, oropharynx et rhinopharynx

Critères d'exclusion :

- Antécédent personnel d'un cancer ORL déjà traité ;
- Tumeur d'un autre type histologique que le carcinome épidermoïde invasif, carcinome in situ, ou verruqueux ;
- Présentation en RCP pour ajustement thérapeutique suite à une complication, une évolution, une récurrence ou une rechute ;
- Traitement initié dans un autre centre que le CHRU de Lille, ou le COL.

2.2 Recueil de données

2.2.1 Premier temps du recueil : les fiches validées de RCP

Les fiches validées des RCP des VADS étaient référencées sur un portail internet (<https://rcp.onco-npdc.fr/>). La fiche validée de RCP contenait toutes les informations nécessaires à la discussion, sauf les images radiologiques et l'endoscopie (Annexe 1). Les fichiers PDF contenant l'ensemble des fiches validées d'une même séance étaient extraites.

Étaient extraits pour chaque fiche validée de l'échantillon constitué :

- Les données épidémiologiques : nom, prénom, date de naissance, sexe ;
- Les données propres à la RCP : date de la RCP, motif de la RCP, capacité de vie OMS (Annexe 2), siège de la tumeur primitive, type histologique, score TNM, score pTNM, qualité de la résection chirurgicale et la proposition du plan thérapeutique avec le lieu proposé pour ce traitement.

Toutes les données étaient colligées sur tableur Excel Microsoft.

Le plan thérapeutique était organisé en 8 colonnes : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, radiochimiothérapie concomitante, curiethérapie, soins de support, surveillance et bilan complémentaire. La proposition était retranscrite dans le tableur sous deux formes différentes : en première intention ou en deuxième intention (à rediscuter en RCP avec les résultats complémentaires).

2.2.2 Deuxième temps du recueil : les dossiers médicaux

L'accès au dossier médical du patient permettait de chercher les informations répondant aux questions suivantes : « quel traitement a été initié ? » et « quand ce traitement a été initié ? ». La date d'initiation du traitement était notée. Lorsque le traitement était réalisé en deux temps, une seconde date était notée, correspondante à l'initiation du traitement complémentaire.

Pour les dossiers médicaux informatisés, le logiciel *Sillage*[™] était utilisé au CHRU de Lille, le logiciel *S/COL*[™] au COL.

Les informations pertinentes étaient contenues dans les documents médicaux classés chronologiquement après la date de RCP. Hormis pour les soins de confort et la radiochimiothérapie concomitante, chaque type de traitement possédait un type de fichier contenant ces informations (réalisation et date) :

- Un compte rendu anatomo-pathologique de la pièce opératoire ou un compte rendu opératoire pour la chirurgie ;
- Une fiche récapitulative pour la radiothérapie ;
- Un courrier de sortie indiquant la réalisation de la cure n°1 de chimiothérapie ;
- Un compte rendu opératoire pour la curiethérapie ;
- Le courrier de la 1^{ère} consultation avec le médecin référent pour la surveillance ;
- Le courrier informant des résultats d'un bilan complémentaire (scanner, Imagerie par Résonance Magnétique (IRM), tomographie par émission de positons, avis spécialisé, épreuve d'effort)

L'initiation du traitement était organisée en 8 colonnes, identiques à celles de la proposition thérapeutique. L'initiation était retranscrite dans le tableur sous deux formes différentes : première intention ou deuxième intention (après une nouvelle présentation en RCP).

2.2.3 Troisième temps du recueil de données : les cas inadéquats

Temps dédié à la recherche d'informations dans les dossiers médicaux, pour trouver les causes des situations inadéquates avec les propositions.

2.3 Analyse statistique

2.3.1 Analyse de l'adéquation

L'adéquation était analysée par la comparaison des 8 colonnes de la proposition issue de la RCP avec les 8 colonnes de l'initiation thérapeutique. Un traitement était considéré comme adéquat, si pour chaque colonne équivalente la proposition était identique à l'initiation.

2.3.2 Analyse des délais

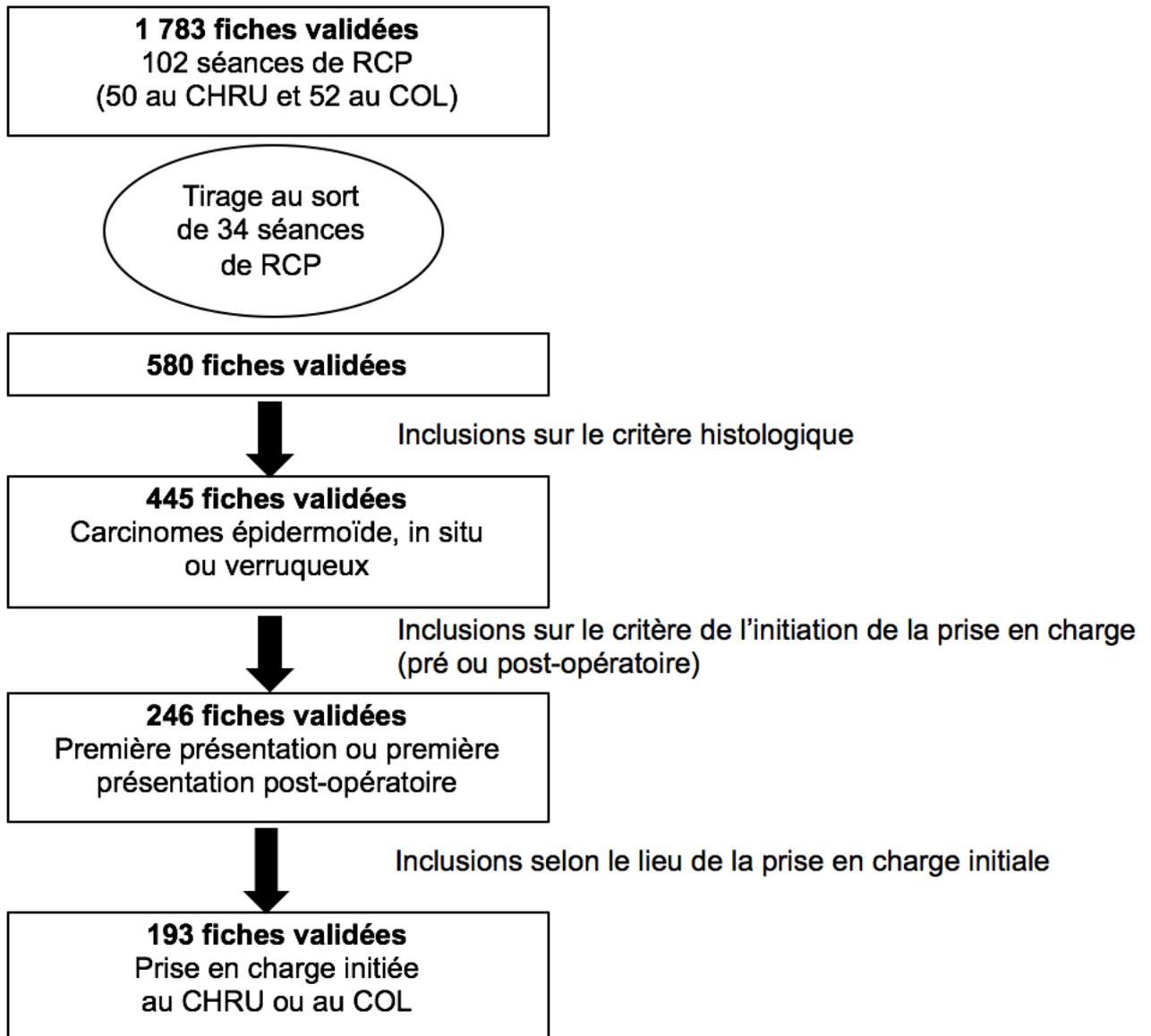
Trois types de dates étaient utilisées pour cette étude : la date de naissance, la date de présentation en RCP et la date d'initiation du traitement (en séparant le premier temps du second temps de traitement).

L'âge du patient était mesuré en années par la différence entre la date de présentation en RCP et la date de naissance.

Le délai de prise en charge était établi en jour(s), entre la date de présentation en RCP et la date d'initiation du traitement. Lorsqu'un traitement était réalisé en deux temps, les délais de prise en charge du premier et du second temps étaient calculés séparément.

RESULTATS

3.1 Diagramme de flux



170 patients étaient finalement inclus parmi les 193 fiches validées. 23 patients étaient présentés à deux séances de RCP.

3.2 Caractéristiques de la population

Tableau I :
Caractéristiques des patients inclus

| | Effectif (n=193) | % |
|---------------------------------------|-----------------------------|----------|
| Âge le jour de la présentation | | |
| <45 | 10 | 5.2 |
| 45-54 | 51 | 26.4 |
| 55-64 | 69 | 35.7 |
| 65-74 | 37 | 19.2 |
| ≥75 | 26 | 13.5 |
| Sexe | | |
| Féminin | 51 | 26.4 |
| Masculin | 142 | 73.6 |
| Phase du traitement | | |
| Initiale | 149 | 77.2 |
| Postopératoire | 44 | 22.8 |
| Siège de la tumeur primitive | | |
| Adénopathie sans porte d'entrée | 1 | 0.5 |
| Cavité buccale | 87 | 45.1 |
| Cavités naso-sinusiennes | 4 | 2.1 |
| Glandes salivaires | 1 | 0.5 |
| Hypopharynx | 19 | 9.8 |
| Larynx | 42 | 21.8 |
| Oreille | 1 | 0.5 |
| Oropharynx | 37 | 19.2 |
| Rhinopharynx | 1 | 0.5 |

La moyenne d'âge des patients au jour de la RCP est de 60.8 ans.

3.3 Résultats principaux

Tableau II :
Inadéquations

| | Effectif (n=193) | % |
|--|-----------------------------|----------|
| Entre proposition de RCP et initiation du traitement | 16 | 8.3 |
| Entre le référentiel régional et la proposition de RCP | 16 | 8.3 |

Les effectifs des inadéquations pour les deux objectifs sont égaux, pour 4 cas sur 16 l'inadéquation est double.

**Tableau III :
Inadéquation entre proposition et initiation de traitement**

| Cause | Effectif (n=193) | (%) |
|--|-----------------------------|------------|
| Chirurgie réalisée au décours de la surveillance | 3 | 1.5 |
| Curiethérapie non réalisée dans un second temps | 3 | 1.5 |
| Erreur de coordination des soins | 1 | 0.5 |
| Erreur intrinsèque de la RCP | 1 | 0.5 |
| Iatrogénie | 2 | 1.0 |
| Mauvaise évolutivité à cause d'un cancer synchrone | 2 | 1.0 |
| Mauvaise évolutivité locorégionale | 2 | 1.0 |
| Refus du patient | 2 | 1.0 |

3.3.1 Chirurgie réalisée au décours d'une surveillance

- Patient OMS 2 avait un carcinome épidermoïde (CE) de la face ventrale de la langue, classé pT2N0M0. L'examen anatomo-pathologique de glossectomie marginale révélait des marges minimales d'exérèse à 0.15 mm de la berge latérale et 3 mm de la berge profonde. Les recoupes étaient saines, sans embole néoplasique, ni engainement périnerveux. La RCP postopératoire proposait une surveillance, initiée 50 jours après. Un curage ganglionnaire était réalisé 18 jours après la première consultation de surveillance, sans nouvelle présentation en RCP.
- Patient OMS 1 avait un CE de la corde vocale droite, classé T1N0M0. La biopsie-exérèse était complète. La RCP proposait une surveillance. La 1^{ère} consultation et la 1^{ère} imagerie étaient réalisées respectivement 19 et 103 jours après la RCP. Une chirurgie était réalisée sans nouvelle discussion en RCP, 29 jours après l'imagerie.
- Patiente OMS 0 avait un CE de l'amygdale droite, classé pT1N0M0. L'examen anatomo-pathologique révélait plusieurs lésions in situ au contact des berges et des lésions dysplasiques modérées sur les recoupes. La RCP proposait une surveillance. La 1^{ère} consultation et la 1^{ère} imagerie étaient réalisées respectivement 18 et 96 jours après la RCP. L'imagerie révélait un minime renforcement de la loge amygdalienne. Une chirurgie était réalisée sans nouvelle discussion en RCP, 7 jours après l'imagerie.

3.3.2 Iatrogénie

- Patient OMS 1 avait un CE de la paroi postérieure du pharynx, classé T4bN0M0. Une radiochimiothérapie était proposée par la RCP. La radiothérapie n'était pas réalisée car le patient avait présenté un choc anaphylactique lors de la première injection de cetuximab. Il était hospitalisé en réanimation, puis l'altération de l'état général ne permettait pas d'initier la radiothérapie. Le décès du patient était survenu 14 jours après la cure de cetuximab.
- Patient OMS 1 avait un CE du sinus piriforme droit, classé pT3N2M0. L'examen anatomopathologique montrait une lésion de 4.5 cm de grand axe, arrivant à 0.5 mm de la marge d'exérèse chirurgicale profonde, une rupture capsulaire ganglionnaire, et des emboles tumoraux intravasculaires. La RCP postopératoire avait lieu 36 jours après la chirurgie. Une radiochimiothérapie concomitante était proposée. La radiothérapie débutait 8 jours après la 2^e RCP. Après 4 séances (4 Grays), le patient se plaignait d'une insupportable otalgie droite, il ne souhaitait plus continuer la radiothérapie. Une IRM était réalisée 42 jours après la 2^e RCP, montrait une extension locale vers le sinus caverneux. 42 jours après la 2^e RCP, une 3^e RCP proposait une chimiothérapie palliative, qui débutait 26 jours après. Le patient décédait 103 jours après le début de la chimiothérapie.

3.3.3 Curiethérapie non réalisée dans un second temps

- Patient OMS 0 avait un CE du pilier postérieur de l'amygdale gauche, classé T2N0M0. L'IRM décrivait une lésion superficielle de 2 cm de grand axe. La proposition de la RCP était une radiothérapie avec curiethérapie de surimpression. La radiothérapie était débutée 28 jours après la RCP. La curiethérapie n'était pas réalisée dans un deuxième temps.
- Patient OMS 0 avait un CE du côté gauche du plancher de bouche, classé T2N2cM0 (2 adénopathies satellites). Un curage cervical bilatéral suivi d'une curiethérapie étaient proposés par la RCP. La chirurgie était réalisée 110 jours après la RCP. Cette intervention était différée à plusieurs reprises pour « des raisons personnelles, essentiellement économiques ». La curiethérapie était programmée 3 jours après la chirurgie, mais n'avait pas eu lieu.

- Patient OMS 1 avait un CE du plancher de bouche, classé T2N2cM0. 16 jours après le curage cervical bilatéral, la RCP postopératoire proposait une curiethérapie avec radiochimiothérapie concomitante. La radiochimiothérapie était initiée 7 jours après la 2^e RCP. La curiethérapie n'était pas réalisée, sans qu'il n'y ait de justificatif écrit dans le dossier médical.

3.3.4 Erreur de coordination des soins

- Patient OMS 0 avait un CE du plancher buccal antérieur et de la face ventrale de langue, classé T3N2cM0. La RCP discutait avec les résultats d'un bilan cardiologique qui préconisait la réalisation d'une épreuve d'effort si une chirurgie était envisagée. La proposition de la RCP était une chirurgie, suivie d'une radiothérapie postopératoire. Le secrétariat de cardiologie était informé de cette proposition et devait convoquer le patient pour réaliser cette épreuve d'effort. 6 jours plus tard ce patient était présenté en RCP dans un autre centre, avec exactement les mêmes informations dans le paragraphe « informations cliniques et paracliniques ». La proposition était une chimiothérapie d'induction « du fait de l'extension de la lésion au plancher de la bouche et de la langue mobile, ainsi que son caractère hautement évolutif ». Ni l'épreuve d'effort, ni la chirurgie n'étaient réalisées, la chimiothérapie était initiée 20 jours après la 2^e présentation.

3.3.5 Erreur intrinsèque de la RCP

- Patient OMS 0 avait un CE du bord libre gauche lingual, classé T2N0M0. Une glossectomie marginale était proposée lors de la 1^{ère} RCP puis réalisée. L'examen anatomopathologique montrait un envahissement ganglionnaire sans rupture capsulaire (1N+/17N), des engaînements tumoraux péri nerveux, des recoupes saines mais avec des « marges limite ». La 2^e RCP proposait une radiochimiothérapie concomitante, qui n'avait pas été réalisée. Une 3^e présentation en RCP avait lieu 6 jours plus tard, avec les mêmes données cliniques et paracliniques et proposait une radiothérapie, initiée 22 jours plus tard.

3.3.6 Mauvaise évolutivité à cause d'un cancer synchrone

- Patient OMS 1 avait un carcinome in situ de la corde vocale droite. Un TEP scanner identifiait un foyer hyper métabolique pulmonaire droit. Le médecin traitant avait informé l'ORL d'une suspicion de néoplasie frontale. Avec ces données, la RCP des VADS proposait une cordectomie droite au laser, et de compléter le bilan pneumologique et neurologique. La biopsie cérébrale identifiait un carcinome neuro endocrine à grandes cellules. 26 jours après la RCP des VADS, la RCP neurologique proposait une exérèse de la tumeur cérébrale suivie d'une radiothérapie. Ces deux traitements ont été initiés. L'altération de l'état général ne permettait pas de réaliser la chirurgie ORL. Le décès survenait 85 jours après la présentation en RCP des VADS.
- Patient OMS 2 avait un CE du plancher pelvi lingual droit, classé T2N0M0. Une lésion pulmonaire était suspecte, non biopsiée avant la RCP. La RCP des VADS proposait une radiothérapie puis une curiethérapie, et un bilan pulmonaire. Le bilan pneumologique était réalisé 7 jours après la RCP, et révélait une lésion pulmonaire sténosante. L'altération de l'état général ne permettait pas de réaliser la radiothérapie ni la curiethérapie.

3.3.7 Mauvaise évolutivité locorégionale

- Patient OMS 1 avait un CE du bord libre gauche de la langue, classé pT2N2bMx. L'exérèse chirurgicale était incomplète (R1). La présentation postopératoire en RCP proposait une reprise chirurgicale avec hémiglossectomie. Une consultation 20 jours après la RCP décrivait un « bon état général ». Un scanner était réalisé 29 jours après la RCP, montrant une évolutivité locale. Une 3^è RCP qui avait lieu 52 jours après la 2^è RCP, proposait une chimiothérapie. La 1^{ère} séance de chimiothérapie avait lieu 5 jours après la 3^è RCP. Inadéquation entre la proposition de la 2^è RCP et le traitement effectué.
- Patient OMS 1 avait un CE du plancher buccal gauche, classé T3N1Mx. La RCP du COL proposait une prise en charge chirurgicale par pelvi glossectomie. 8 jours plus tard, 2^è RCP avec les mêmes données cliniques et paracliniques, au CHRU. La 2^è RCP proposait une chirurgie suivie d'une radiothérapie. 3^è RCP, au COL, 37 jours après la 1^{ère} RCP avec nouvelle IRM montrant une évolutivité locale. La 3^è RCP proposait une chimiothérapie, pour une situation qui « ne semblait plus accessible à la chirurgie ». Le patient décédait 163 jours après la 1^{ère} RCP.

3.3.8 Refus du patient

- Patient OMS 1 avait un CE de la corde vocale droite, classé T4N0M0 (envahissement sous glottique et lyse cartilagineuse). La 1^{ère} RCP proposait une chirurgie par laryngectomie totale, en présence du patient. Le patient refusait ce traitement dans un second temps. Une 2^è RCP avait lieu 14 jours après la 1^{ère}. La 2^è RCP proposait des soins palliatifs chez ce patient refusant la chirurgie. Une 3^è présentation en RCP avait lieu 175 jours après la 1^{ère} à cause d'une majoration de la dyspnée. La 3^è RCP proposait une chirurgie avec radiothérapie. La chirurgie était réalisée 14 jours après la 3^è RCP. La radiothérapie n'était pas réalisée.
- Patient OMS 0 avait un CE de l'amygdale droite, classée T2N1M0 (ganglion jugulo carotidien supérieur droit). La 1^{ère} RCP, en présence du patient, proposait une chirurgie par bucco-pharyngectomie trans-mandibulaire suivie de radiothérapie. La chirurgie avait lieu 14 jours après la RCP. Le patient refusait de réaliser la radiothérapie (courrier du patient datant de 53 jours après la RCP).

3.4 Délais de prise en charge selon le type de traitement

Tableau IV :
Délais entre la présentation en RCP et l'initiation du traitement

| | Effectif (%) | Moyenne en jours [IC95%] |
|---|--------------|--------------------------|
| Chimiothérapie | | |
| Premier temps | 13 (6.7) | 25.0 [12.8 ; 37.2] |
| Deuxième temps | 3 (1.6) | 47.3 [15.0 ; 79.6] |
| Chirurgie | | |
| Premier temps | 67 (34.7) | 22.3 [18.7 ; 25.9] |
| Deuxième temps | 8 (4.1) | 75.0 [44.3 ; 105.7] |
| Curiethérapie | | |
| Premier temps | 3 (1.6) | 23.3 [13.8 ; 32.8] |
| Deuxième temps | NA | NA |
| Radiothérapie | | |
| Premier temps | 26 (13.5) | 29.7 [25.7 ; 33.8] |
| Deuxième temps | 18 (9.3) | 62.2 [53.3 ; 71.1] |
| Radiochimiothérapie concomitante | | |
| Premier temps | 15 (7.8) | 28.3 [22.8 ; 33.9] |
| Deuxième temps | 4 (2.1) | 58.0 [55.2 ; 60.8] |

Le délai moyen d'initiation de la chirurgie était plus court que pour les autres traitements. La radiothérapie nécessitait un scanner de centrage avant l'initiation du traitement. La chimiothérapie nécessitait souvent la pose d'une chambre implantable avant la première séance.

Il n'y avait pas de données concernant la curiethérapie dans un deuxième temps, bien que proposée à 3 reprises. Les trois propositions n'avaient pas été suivies.

DISCUSSION

4.1 Adéquation entre la proposition et l'initiation du traitement

L'objectif principal de l'étude était d'apprécier l'adéquation entre la proposition issue de la RCP et le traitement effectivement initié. L'étude montrait que dans 91.7% (177 cas sur 193), le traitement était adéquat à la proposition initiale. Il n'existait pas de données officielles concernant cette question pour comparer nos résultats. Le tableau V regroupe des études publiées avec le même objectif en cancérologie. Le taux d'inadéquation varie entre 4.0 et 15.1%. Les effectifs des études publiées sont plus élevés que le nôtre. Il n'y avait pas d'étude référencée concernant les VADS.

Tableau V :
Comparatif des données de la littérature concernant l'inadéquation
entre la proposition issue de la RCP et la thérapeutique effectivement réalisée

| Référence | RCP par organe ou groupe d'organes | Effectif inadéquat / effectif total | Inadéquation % |
|-----------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Blazeby et al. 2006 (14) | Œsophage, estomac, pancréas | 41/271 | 15.1 |
| Bumm et al. 2007 (15) | Œsophage | 32/807 | 4.0 |
| Leo et al. 2007 (16) | Poumon | 15/344 | 4.4 |
| Lutterbach et al. 2005 (17) | Cerveau | 45/500 | 9.0 |
| Wood et al. 2008 (18) | Colorectal | 20/201 | 10.0 |
| English et al. 2012 (19) | Sein | 20/289 | 6.9 |
| Kai et al. 2011 (20) | Prostate | 21/220 | 9.5 |
| | VADS | 16/193 | 8.3 |

4.2 Causes des inadéquations

Les méthodes de recueil et de calcul de cette étude entraînaient des inadéquations par excès. Les items « curiethérapie non réalisée dans un second temps » et « chirurgie réalisée au décours d'une surveillance » étaient deux situations d'inadéquations à tort. Ces deux situations regroupaient 6 cas (3.1%), où le premier temps de la proposition était respecté, mais le deuxième temps différait.

Pour cette étude, la méthode de calcul de l'inadéquation sanctionnait la non-présentation en RCP des patients qui bénéficiaient d'une chirurgie après l'initiation d'une surveillance. La loi permet de réaliser un traitement sans présentation en RCP s'il y a une notion d'urgence et si le dossier est présenté *a posteriori* (1). Pour les trois cas où la chirurgie était réalisée après l'initiation d'une surveillance, il y avait une discussion postopératoire en RCP.

4.2.1 Chirurgie réalisée au décours d'une surveillance

La chirurgie réalisée au décours d'une surveillance correspondait à 3 cas similaires (1.5%). La surveillance proposée était initiée. Une évolution locale était dépistée rapidement grâce à cette surveillance, et une chirurgie était réalisée sans autre présentation en RCP. Il fallait considérer cette inadéquation « à tort », car la surveillance permettait d'agir rapidement avec la chirurgie si une évolution locale était constatée, sans nouvelle présentation en RCP.

4.2.2 Iatrogénie

Ce type d'inadéquation ne pouvait concerner que des traitements combinés.

Une inadéquation était causée par une réaction anaphylactique sévère dès la première partie du traitement (chimiothérapie par cetuximab). La radiothérapie concomitante proposée n'était pas réalisée. Une réaction anaphylactique sévère peut se réaliser dans 1 à 22% des cas, dès la première injection de cetuximab (21). Ce risque est discuté par la RCP, n'est pas prévisible.

Un autre cas d'inadéquation concernait une radiothérapie qui devait être concomitante à une chimiothérapie. Une otalgie droite motivait la réalisation d'un bilan complémentaire anticipé. L'IRM montrait une extension locale qui orientait les soins vers une chimiothérapie palliative. Cette inadéquation peut être expliquée par une évolutivité rapide de la maladie.

4.2.3 Curiethérapie non réalisée dans un second temps

La curiethérapie n'était pas réalisée dans un second temps lorsque le premier temps du traitement montrait une bonne efficacité. Les 3 cas de cet item étaient similaires (1.5%), le praticien responsable du premier temps de traitement ne jugeait pas nécessaire d'ajouter la curiethérapie comme traitement complémentaire. Ces inadéquations étaient considérées « à tort », car il était parfaitement admis que la curiethérapie n'a pas d'intérêt si un premier traitement montrait un bon résultat.

4.2.4 Erreur de coordination des soins

La coordination des soignants est l'un des points forts de la RCP. La seule erreur de coordination de cette étude concernait un oubli de convocation pour un bilan pré-thérapeutique (exploration fonctionnelle cardiologique). Ça n'avait pas allongé le délai de prise en charge car le patient était à nouveau présenté en RCP 6 jours plus tard. Cette exception (1 cas sur 193), illustre l'excellente coordination des soins par ce système de RCP.

4.2.5 Erreur intrinsèque de la RCP

Un patient était présenté deux fois en postopératoire à une semaine d'intervalle. Les mêmes données cliniques et paracliniques étaient présentées. La 2^{ème} RCP proposait une radiochimiothérapie concomitante, la 3^{ème} RCP proposait une radiothérapie. L'étude du dossier ne permettait pas de connaître la cause du changement de traitement. Cette inadéquation peut être considérée comme excessive par l'interprétation du référentiel régional (12). Une radiothérapie ou une radiochimiothérapie concomitante sont indiquées pour la prise en charge postopératoire d'un CE de la cavité buccale classé pT2N0M0.

4.2.6 Mauvaise évolutivité à cause d'un cancer synchrone

Les deux cas inadéquats révélaient la suspicion d'un cancer synchrone dès la présentation en RCP. Un bilan complémentaire était proposé pour le cancer synchrone, en plus de la prise en charge spécifique pour la pathologie ORL. Pour les deux cas, le bilan était réalisé et confirmait le cancer synchrone (CE pulmonaire pour l'un et carcinome neuro endocrine cérébral pour l'autre). La proposition issue de la RCP des VADS était optimiste, et considérait que le cancer synchrone allait évoluer plus lentement que la pathologie des VADS. Des traitements spécifiques étaient initiés pour les cancers synchrones, mais les propositions des RCP des VADS n'étaient pas suivies.

4.2.7 Mauvaise évolutivité locorégionale

Pour deux cas la chirurgie était proposée mais non réalisée. La moyenne du délai de réalisation d'une chirurgie dans un premier temps était de 22.3 jours IC95% [18.7 ; 25.9].

Dans un premier cas, un scanner non prévu lors de la RCP était réalisé 29 jours après la présentation. Le scanner identifiait une évolutivité locale qui ne permettait plus la chirurgie proposée. Le retard de prise en charge peut expliquer l'inadéquation.

Pour le second cas, une IRM était réalisée 37 jours après la RCP proposant une chirurgie. Après l'IRM, une nouvelle présentation en RCP jugeait le patient inopérable et proposait une chimiothérapie. Le retard de prise en charge peut expliquer l'inadéquation.

4.2.8 Refus du patient

Le refus apparaissait dans plusieurs études comme la première cause d'inadéquation (14,16,22). Dans deux cas (1.0%), les patients avaient refusé une proposition thérapeutique qu'ils avaient acceptée le jour de la RCP. Pour un cas, le sujet se montrait indécis après un premier accord le jour de la présentation. Ce faible taux de refus peut s'expliquer par la présence du patient le jour de la RCP. S'il refuse d'emblée, une autre proposition lui est faite.

4.3 Délais de prise en charge

Les données de notre étude ne pouvaient être comparées aux données lilloises avant la généralisation de la RCP. Une autre étude avait comparé les délais de prise en charge avant et après la généralisation de la RCP, ils étaient respectivement de 24 et 18 jours (8).

Le calcul des délais de prise en charge permettait d'étayer les deux inadéquations concernant l'évolutivité locorégionale. Il existait un retard de prise en charge pour les deux cas. Il est admis qu'en cancérologie, un retard de prise en charge expose le patient à une évolution de la maladie.

4.4 Choix de la population

Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient choisis pour obtenir une population homogène. Ils écartaient 66.7% des fiches validées tirées au sort (193 sur 580). Le critère le plus discriminant était « la primo-présentation ou la présentation postopératoire » (51.4% des fiches exclues). Ce critère garantissait une population homogène de patients en phase initiale de la prise en charge.

4.5 Indice-qualité mesuré par l'INCa en 2016 (23)

La haute autorité de santé préconise que la RCP procède à ses propres évaluations concernant la concordance entre la proposition thérapeutique de la RCP et le traitement effectivement délivré (13).

Deux audits qualité ont été réalisés sur les RCP en 2014 puis 2016, avec les mêmes critères de jugement. Le niveau 1 estimait l'exhaustivité de la présentation RCP pour les patients ayant un cancer. Le niveau 2 complétait le niveau 1 en estimant la pluridisciplinarité de la concertation (au moins trois spécialités différentes). Les résultats sont pondérés par spécialités et par territoires régionaux.

Tableau VI :

Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins, RCP. Extraits des résultats de la campagne 2016.

| | Effectif (n=établissements) | Effectif (n=dossiers) | Résultat (%) |
|--|--------------------------------|--------------------------|-----------------|
| Niveau 1 : exhaustivité | | | |
| Données nationales | 727 | 36 654 | 88 |
| Données de la région Nord-Pas-de-Calais-Picardie | 64 | NA | 91 |
| ORL, Stomatologie ou Maxillo-facial | NA | 1 987 | 82 |
| Niveau 2 : pluridisciplinarité de la concertation | | | |
| Données nationales | 727 | 36 654 | 82 |
| Données de la région Nord-Pas-de-Calais-Picardie | 64 | NA | 85 |
| ORL, Stomatologie ou Maxillo-facial | NA | 1987 | 92 |

4.6 Coordination « ville-hôpital »

La loi hôpital patients santé et territoires de 2009 indique que les soins de premiers recours comprennent « la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ». Le médecin traitant accompagne le patient ayant un cancer avant même le diagnostic, et peut le soigner jusqu'à la mort. Un allongement de la survie des patients a été prouvé depuis l'avènement de la RCP. La coordination nécessaire au succès de la RCP est finement réglée et nécessite une communication sans faille entre les professionnels de santé. Le médecin traitant apporte son expertise dès le début de la prise en charge :

- Il s'assure que les examens programmés sont réalisés ;
- Même s'il n'est pas convié à la RCP, il en est informé de la tenue. En amont de la RCP, il partage des données spécifiques du patient pour préparer la discussion ;
- Il reçoit la proposition de la RCP et réexplique au patient son parcours de soins. Il éclaire le patient qui désire un temps de réflexion.

Le rôle du médecin traitant est restreint dans le processus de RCP, mais il gagnerait à être plus représenté.

4.7 Biais et les limites du travail

Cette étude ne pouvait être comparée à d'autres données officielles, car il n'y avait pas de registre tenu par la haute autorité de santé ni l'INCa.

- Biais de mesure : il n'était pas analysé le type de chirurgie, de radiothérapie ou de chimiothérapie. Mais plutôt de savoir si la chirurgie, la radiothérapie ou la chimiothérapie était initiée ;
- Biais de mesure : l'interprétation de la proposition du référentiel régional en fonction des données de la fiche validée de la RCP. Interprétation par un seul intervenant (moi-même).
- Biais de sélection : données centrées à Lille sur deux RCP, ne pouvant être généralisées.

CONCLUSION

Cette première étude des RCP des VADS du CHRU de Lille et du COL informait que le taux d'inadéquation entre la proposition issue de la RCP et l'initiation du traitement était comparable aux données de la littérature. Il n'existait pas de données de l'INCa pour comparer cette première étude. Un registre officiel pourrait combler ce manque.

La méthode choisie mesurait l'inadéquation par excès. Deux types d'inadéquation (6 cas) n'étaient pas à considérer comme des erreurs de RCP : « curiethérapie non réalisée dans un second temps », et « chirurgie réalisée au décours d'une surveillance ». Ces deux types d'inadéquation sont légaux vis-à-vis du code de la santé publique, et font preuve de bon sens.

Six des huit items d'inadéquation entre la proposition issue de la RCP et le traitement initié étaient identifiés : iatrogénie, erreur de coordination des soins, erreur intrinsèque de la RCP, mauvaise évolutivité à cause d'un cancer synchrone, mauvaise évolutivité locorégionale et refus du patient.

Le refus du patient est moins représenté pour ces deux RCP que pour d'autres études, car la présence du patient en RCP permet aux participants d'obtenir le consentement dès la présentation.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Plan Cancer 2003-2007. Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer [Internet]. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/content/download/59052/537324/file/Plan_cancer_2003-2007_MILC.pdf
2. Fennell ML, Prabhu Das I, Clauser S, Petrelli N, Salner A. The Organization of Multidisciplinary Care Teams: Modeling Internal and External Influences on Cancer Care Quality. *JNCI Monogr.* 1 avr 2010;2010(40):72-80.
3. Article R6123-88 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006916903>
4. Prades J, Remue E, van Hoof E, Borrás JM. Is it worth reorganising cancer services on the basis of multidisciplinary teams (MDTs)? A systematic review of the objectives and organisation of MDTs and their impact on patient outcomes. *Health Policy.* avril 2015;119(4):464-74.
5. Taylor C, Munro AJ, Glynne-Jones R, Griffith C, Trevatt P, Richards M, et al. Multidisciplinary team working in cancer: what is the evidence? *BMJ.* 23 mars 2010;340:c951.
6. Kesson EM, Allardice GM, George WD, Burns HJG, Morrison DS. Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: retrospective, comparative, interventional cohort study of 13 722 women. *BMJ.* 26 avr 2012;344:e2718.
7. Birchall M, Bailey D, King P. Effect of process standards on survival of patients with head and neck cancer in the south and west of England. *Br J Cancer.* 5 oct 2004;91(8):1477-81.
8. Bjegovich-Weidman M, Haid M, Kumar S, Huibregtse C, McDonald J, Krishnan S. Establishing a Community-Based Lung Cancer Multidisciplinary Clinic As Part of a Large Integrated Health Care System: Aurora Health Care. *J Oncol Pract.* nov 2010;6(6):e27-30.
9. Jensen AR, Nellesmann HM, Overgaard J. Tumor progression in waiting time for radiotherapy in head and neck cancer. *Radiother Oncol.* juill 2007;84(1):5-10.
10. Kelly SL, Jackson JE, Hickey BE, Szallasi FG, Bond CA. Multidisciplinary clinic care improves adherence to best practice in head and neck cancer. *Am J Otolaryngol.* janv 2013;34(1):57-60.
11. Circulaire DHOS/SDO relative à l'organisation des soins en cancérologie [Internet]. févr 22, 2005. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-03/a0030034.htm>
12. Ton Van J, Blanchard N, Chevalier D, Coche Dequeant B, Darloy F, Degardin M, et al. Référentiel Régional de RCP - Cancers des voies aéro-digestives supérieures [Internet]. Onco Nord Pas-de-Calais; 2015. Disponible sur: <http://media.onco-npdc.fr/referentiel-regional-vads-vf2-20221.pdf>
13. Haute Autorité de Santé. Réunion de concertation pluridisciplinaire. Fiche Méthode [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/reunion_de_concertation_pluridisciplinaire_fiche_technique_2013_01_31.pdf
14. Blazeby JM, Wilson L, Metcalfe C, Nicklin J, English R, Donovan JL. Analysis of clinical decision-making in multi-disciplinary cancer teams. *Ann Oncol.* 1 mars 2006;17(3):457-60.
15. Bumm R, Feith M, Lordick F, Herschbach P, Siewert JR. Impact of multidisciplinary tumor boards on diagnosis and treatment of esophageal cancer. *Eur Surg.* 1 juin 2007;39(3):136-40.
16. Leo F, Venissac N, Poudenx M, Otto J, Mouroux J. Multidisciplinary Management of Lung Cancer: How to Test Its Efficacy? *J Thorac Oncol.* 1 janv 2007;2(1):69-72.
17. Lutterbach J, Pagenstecher A, Spreer J, Hetzel A, Velthoven V van, Nikkhah G, et al. The Brain Tumor Board: Lessons to Be Learned from an Interdisciplinary Conference. *Oncol Res Treat.* 2005;28(1):22-6.
18. Wood JJ, Metcalfe C, Paes A, Sylvester P, Durdey P, Thomas MG, et al. An evaluation of treatment decisions at a colorectal cancer multi-disciplinary team. *Colorectal Dis Off J Assoc Coloproctology G B Irel.* oct 2008;10(8):769-72.
19. English R, Metcalfe C, Day J, Rayter Z, Blazeby JM, Team OB of the BCM-D. A Prospective Analysis of Implementation of Multi-Disciplinary Team Decisions in Breast Cancer. *Breast J.* 9 sept

2012;5(18):459-63.

20. Kai SHY, Delpierre C, Gaudin C, Goddard J, Daubisse-Marliac L, Soulié M, et al. Exhaustivité et qualité des réunions de concertation pluridisciplinaire ; l'exemple des cancers prostatiques en Midi-Pyrénées. *Prog En Urol*. 1 janv 2011;21(12).

21. Chung CH, Mirakhor B, Chan E, Le Q-T, Berlin J, Morse M, et al. Cetuximab-Induced Anaphylaxis and IgE Specific for Galactose- α -1,3-Galactose. *N Engl J Med*. 13 mars 2008;358(11):1109-17.

22. Stalfors J, Lundberg C, Westin T. Quality assessment of a multidisciplinary tumour meeting for patients with head and neck cancer. *Acta Otolaryngol (Stockh)*. janv 2007;127(1):82-7.

23. Haute Autorité de Santé. Réunion de Concertation Pluridisciplinaire en cancérologie. Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, résultats nationaux de la campagne 2016, données 2015. [Internet]. 2016 déc. Report No.: quatrième campagne nationale. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-12/rapport_2016_rcp_vf.pdf

ANNEXE 1



Informations générales sur le patient

Consentement : OUI NON Identifiant patient INSC visible :

NOM D'USAGE : **NOM DE NAISSANCE** :

PRENOM : **Date de naissance** : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| Age :

Ville de naissance : **Sexe** : HOMME FEMME

Ville de résidence : Code Postal : |_|_|_|_|

Précédent passage en RCP : OUI NON

Contexte de la RCP

RCP du |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| RCP de recours : OUI NON

Cas discuté en RCP : OUI NON Lieu de la RCP :

FINES : |_|_|_|_|_|_|_|_| Visio conférence :

Intitulé de la RCP : VADS

Motif de la RCP :

Démarche diagnostique Surveillance après traitement Autre : (texte)

Proposition de traitement Ajustement thérapeutique

Commentaires :

.....

Médecin responsable de la séance :

Médecin référent (demandeur): Etablissement du médecin référent:

Médecin représentant (si différent du médecin référent du dossier) :

Médecin traitant : Médecins correspondants :

Liste des participants et présents à la RCP

•

•

Informations cliniques (TNM) et paracliniques

Circonstances de découverte (du cancer primitif)

Dépistage organisé Circonstance non connue

Dépistage individuel Manifestation clinique :

Découverte fortuite NSP

Découverte en cours de surveillance

Commentaires :

.....

Etat général

Capacité de vie OMS : 0 1 2 3 4 NSP

Poids actuel : Poids de base :

Variation de poids en % Taille : IMC =

Comorbidités :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Artérite des membres inférieurs | <input type="checkbox"/> Pathologie coronarienne | <input type="checkbox"/> Intoxication non sevrée : tabac |
| <input type="checkbox"/> Grossesse | <input type="checkbox"/> Pathologie hépatique | <input type="checkbox"/> HTA |
| <input type="checkbox"/> Obésité | <input type="checkbox"/> Pathologie neurologique | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Polynévrite | <input type="checkbox"/> Trouble du rythme | |
| <input type="checkbox"/> BPCO | <input type="checkbox"/> Intoxication sevrée : alcool | |
| <input type="checkbox"/> Diabète insulino-dépendant | <input type="checkbox"/> Intoxication sevrée : tabac | |
| <input type="checkbox"/> Diabète non insulino-dépendant | <input type="checkbox"/> Intoxication non sevrée : alcool | |

Commentaires :
.....

Antécédents

Antécédents personnels carcinologiques :

Antécédents familiaux carcinologiques :

Siège de la tumeur primitive :

Siège de la tumeur primitive

Localisation : (cf annexe)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cavité Buccale | <input type="checkbox"/> Cou ou localisation cervicale | <input type="checkbox"/> Hypopharynx |
| <input type="checkbox"/> Nasopharynx | <input type="checkbox"/> Adénopathie sans porte d'entrée | <input type="checkbox"/> Lèvres |
| <input type="checkbox"/> Glandes salivaires | <input type="checkbox"/> Larynx | <input type="checkbox"/> Fosses nasales et sinus paranasaux |
| <input type="checkbox"/> Massif facial | <input type="checkbox"/> Poumon | <input type="checkbox"/> Œsophage |
| <input type="checkbox"/> Oropharynx | <input type="checkbox"/> Autres | |

Sous localisation : (menu déroulant cf annexe)

précisions :

Latéralité : médiane gauche droite bilatérale

Code CIM (menu déroulant : cf.annexe)

Classification TNM

Stade T : T0 T1 T1a T1b T2 T3 T4 T4a T4b Tis Tx NSP **Stade N :** N0 N1 N2a N2b N2c N3 Nx NSP

Stade M : M0 M1 Mx NSP

Stade cancer :

- | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stade 0 | <input type="checkbox"/> Stade I | <input type="checkbox"/> Stade II | <input type="checkbox"/> Stade III |
| <input type="checkbox"/> Stade IVA | <input type="checkbox"/> Stade IVB | <input type="checkbox"/> Stade IVC | |
| <input type="checkbox"/> A déterminer | | | |

Le stade cancer se génère automatiquement quand :

| Stade cancer | T | N | M |
|--------------|-------------------|------------------|----|
| Stade I | T1 | N0 | M0 |
| Stade II | T2 | N0 | M0 |
| Stade III | T1, T2 ou T3 | N1 | M0 |
| Stade III | T3 | N0 | M0 |
| Stade IVA | T4a | N0, N1 | M0 |
| Stade IVA | T1, T2, T3 ou T4a | N2 | M0 |
| Stade IVB | T4b | N'importe quel N | M0 |
| Stade IVB | N'importe quel T | N3 | M0 |
| Stade IVC | N'importe quel T | N'importe quel N | M1 |

Siège de la tumeur primitive

Localisation : (menu déroulant cf annexe)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cavité Buccale | <input type="checkbox"/> Cou ou localisation cervicale | <input type="checkbox"/> Hypopharynx |
| <input type="checkbox"/> Nasopharynx | <input type="checkbox"/> Adénopathie sans porte d'entrée | <input type="checkbox"/> Lèvres |
| <input type="checkbox"/> Glandes salivaires | <input type="checkbox"/> Larynx | <input type="checkbox"/> Fosses nasales et sinus paranasaux |
| <input type="checkbox"/> Massif facial | <input type="checkbox"/> Poumon | <input type="checkbox"/> Œsophage |
| <input type="checkbox"/> Oropharynx | <input type="checkbox"/> Autres | |

Sous localisation (cf. annexe) : précisions :

Latéralité : médiane gauche droite bilatérale

Code CIM (cf. annexe) :

Classification TNM

Stade T : T0 T1 T1a T1b T2 T3 **Stade N :** N0 N1 N2 N2a N2b
 T4 T4a T4b Tis Tx NSP N2c N3 Nx NSP

Stade M : M0 M1 Mx NSP

Stade cancer :

- | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stade 0 | <input type="checkbox"/> Stade I | <input type="checkbox"/> Stade II | <input type="checkbox"/> Stade III |
| <input type="checkbox"/> Stade IVA | <input type="checkbox"/> Stade IVB | <input type="checkbox"/> Stade IVC | |
| <input type="checkbox"/> A déterminer | | | |

Le stade cancer se génère automatiquement quand :

| Stade cancer | T | N | M |
|--------------|-------------------|------------------|----|
| Stade I | T1 | N0 | M0 |
| Stade II | T2 | N0 | M0 |
| Stade III | T1, T2 ou T3 | N1 | M0 |
| Stade III | T3 | N0 | M0 |
| Stade IVA | T4a | N0, N1 | M0 |
| Stade IVA | T1, T2, T3 ou T4a | N2 | M0 |
| Stade IVB | T4b | N'importe quel N | M0 |
| Stade IVB | N'importe quel T | N3 | M0 |
| Stade IVC | N'importe quel T | N'importe quel N | M1 |

Organe / Pathologie et Histologie

Date de prélèvement : / / NSP

Type de prélèvement : Résultat :

- Biopsie
- Exérèse
- Cytoponction
- Autre :
- Non-réalisé :

Type histologique :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Carcinome épidermoïde | <input type="checkbox"/> Carcinome épidermoïde basaloïde |
| <input type="checkbox"/> Carcinome verruqueux | <input type="checkbox"/> Carcinome sarcomatoïde |
| <input type="checkbox"/> Carcinome adénosquameux | <input type="checkbox"/> Carcinome muco-épidermoïde |
| <input type="checkbox"/> Carcinome adénoïde kystique | <input type="checkbox"/> Carcinome indifférencié |
| <input type="checkbox"/> Carcinome myoépithélial | <input type="checkbox"/> Carcinome épithélial-myoépithélial |
| <input type="checkbox"/> Carcinome nasopharyngé (UCNT) | <input type="checkbox"/> Carcinome canalaire salivaire |
| <input type="checkbox"/> Adénocarcinome polymorphe de bas grade | <input type="checkbox"/> Adénocarcinome à cellules basales |
| <input type="checkbox"/> Carcinome neuroendocrine à petites cellules | <input type="checkbox"/> Carcinome indifférencié sinonasal |
| <input type="checkbox"/> Carcinome sécrétoire analogue mammaire | <input type="checkbox"/> Carcinome à cellules acineuses |
| <input type="checkbox"/> Carcinome à cellules claires | <input type="checkbox"/> Mélanome malin |
| <input type="checkbox"/> Neuroblastome olfactif (esthésioneuroblastome) | <input type="checkbox"/> Sarcome |
| <input type="checkbox"/> Lymphome | <input type="checkbox"/> Autre : |

Grade histologique : 1 2 3 4 Inconnu

Prélèvement adressé à une tumorothèque : OUI NON

Qualité de résection :

- R0 R1 R2

Facteurs de gravité

- Envahissement tumoral des berges d'exérèse :
- Envahissement tumoral ganglionnaire en rupture capsulaire :
- Engainements tumoraux péri-nerveux :
- Emboles tumoraux intra-vasculaires :

Classification pTNM

Stade pT : pT0 pT1 pT2 pT3 pT4
Stade pN : pN0 pN1 pN2a pN2b pN2c pN3
Stade pM : pM0 pM1a pM1b pM1c

Proposition de prise en charge

Nature de la proposition :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nécessité d'examens complémentaires | <input type="checkbox"/> Proposition de traitement |
| <input type="checkbox"/> Surveillance | <input type="checkbox"/> Décision reportée |
| <input type="checkbox"/> Arrêt des traitements | <input type="checkbox"/> Autre : |

Type de proposition :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Application d'un référentiel | <input type="checkbox"/> Application d'un référentiel régional |
| <input type="checkbox"/> Traitement hors référentiel | |
| <input type="checkbox"/> Recours à une RCP régionale | <input type="checkbox"/> Recours à une RCP nationale |
| <input type="checkbox"/> Recours à une RCP inter-régionale | <input type="checkbox"/> A représenter en RCP |

Plan de traitement :

| Traitement | Type de traitement | Commentaires | Structure/Professionnel |
|--|--------------------|--------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie d'induction <input type="checkbox"/> Chimiothérapie palliative <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Chirurgie ganglionnaire <input type="checkbox"/> Curiothérapie <input type="checkbox"/> Radio-chimiothérapie <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Soins de support <input type="checkbox"/> Thérapie ciblée <input type="checkbox"/> Autre : | | | |

Essai thérapeutique : OUI NON Nom de l'essai thérapeutique :

Description de la proposition thérapeutique :

Justification :

ANNEXE 2

ECOG score est utilisé pour évaluer la « capacité de vie OMS » :

ECOG score

| ECOG score |
|---|
| 0 - Asymptomatic (Fully active, able to carry on all predisease activities without restriction) |
| 1 - Symptomatic but completely ambulatory (Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature. For example, light housework, office work) |
| 2 - Symptomatic, <50% in bed during the day (Ambulatory and capable of all self-care but unable to carry out any work activities. Up and about more than 50% of waking hours) |
| 3 - Symptomatic, >50% in bed, but not bedbound (Capable of only limited self-care, confined to bed or chair 50% or more of waking hours) |
| 4 - Bedbound (Completely disabled. Cannot carry on any self-care. Totally confined to bed or chair) |
| 5 - Death |

AUTEUR : Nom : BART Prénom : Amaury

Date de Soutenance : Jeudi 18 mai 2017

Titre de la Thèse : Adéquation entre la proposition thérapeutique issue des réunions de concertation pluridisciplinaire pour les cancers des voies aérodigestives supérieures et la thérapeutique effectivement initiée.

Thèse - Médecine - Lille 2017

DES : Médecine Générale

**Mots-clés : réunion de concertation pluridisciplinaire, oncologie,
oto-rhino-laryngologie, voies aérodigestives supérieures.**

Résumé : Contexte : l'article 31 du premier plan cancer (2003) avait pour objectif de présenter 100% des patients ayant un cancer en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Une meilleure survie a été prouvée depuis la généralisation de la RCP. L'objectif principal était de mesurer l'adéquation entre la proposition issue des RCP des voies aérodigestives supérieures (VADS) et la thérapeutique effectivement initiée.

Méthode : étude rétrospective multicentrique menée du 01/02/2015 au 28/02/2016 sur les RCP des VADS du centre hospitalier régional universitaire de Lille et du centre Oscar Lambret. Un tiers des séances de RCP constituait l'échantillon (34/102). L'inclusion se faisait sur l'histologie (carcinome épidermoïde invasif, in situ ou verruqueux), le lieu de traitement (CHRU et COL), et sur la phase initiale du traitement (RCP pré ou post opératoire). Les données étaient recueillies sur dossiers médicaux informatisés.

Résultats : 193 cas étaient inclus parmi 170 patients. L'inadéquation entre la proposition de la RCP et le traitement initié était de 8.3% (16/193). 6 types d'inadéquation étaient identifiés : iatrogénie (2 cas), erreur de coordination des soins (1), erreur intrinsèque de la RCP (1), mauvaise évolutivité à cause d'un cancer synchrone (2), mauvaise évolutivité locorégionale (2), refus du patient (2), curiethérapie non réalisée dans un second temps (3), chirurgie réalisée au décours d'une surveillance (3).

Conclusion : l'inadéquation a été mesurée par excès. Le taux d'inadéquation entre la proposition issue de la RCP et l'initiation du traitement est comparable aux données de la littérature. Il n'existe pas de données officielles de l'institut national du cancer pour comparer cette première étude. Un registre officiel pourrait combler ce manque.

Composition du Jury :

Président : Professeur Dominique CHEVALIER

**Assesseurs : Professeur Arnauld VILLERS, Docteur Mathieu CALAFIORE,
Docteur Jean TON VAN et Docteur François MOUAWAD.**