



RCP de la SFSPM BIARRITZ AVRIL 2017

Anne LESUR, responsable du PARCOURS SEIN ICL



Institut
de Cancérologie
de Lorraine

Alexis Vautrin

Ensemble, construisons l'avenir

SESSION 4

Modérateurs : *Nadine Dohollou (Bordeaux), Patrick Joyeux (Bayonne)*

16h00 • 16h30

Quelle stratégie thérapeutique adjuvante pour une tumeur HER2 surexprimée en adjuvant ?

Florence Dalenc (Toulouse)

16h30 • 17h00

Conclusion : quand faire appel aux différentes RCP pour une prise en charge optimale des patientes ?

Anne Lesur (Nancy)

■ RCP ?

- Pretherapeutique
- Staff radio senologique
- Post chirurgicale
- Métastatique
- Génétique
-



Figure: Multidisciplinary teams can provide comprehensive cancer care, but doctors remain individually liable



Remerciements et absence de conflits d'intérêt...



- Une fois en France
- Une fois en pays francophone
- Cas cliniques commentés argumentés, discutés...
Une façon de mieux se rencontrer

Les pages de la SFSPM



SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SÉNOLOGIE
ET DE PATHOLOGIE MAMMAIRE

Annnonce de la 3^e édition des « RCP » de la SFSPM

Announcement of the 3rd annual SFSPM
"multidisciplinary cooperation meeting" event



Depuis trois ans, la SFSPM organise une journée annuelle au printemps dédiée à la problématique des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP).

Principes chers à ses plus anciens présidents, la concertation et la pluridisciplinarité sont des vertus indispensables mais difficiles à mettre en œuvre. Dans une société où chaque principe peut être remis en cause demain matin, l'accord professionnel, l'estime et le partage seront de plus en plus des valeurs refuges garantissant les patients face aux incertitudes et aux excès [1].

Tout comme elle le fut en 2011 à Paris aux Diaconesses lors de la première édition, cette journée se déroulera en plusieurs tableaux, illustrant des situations quotidiennes. Les cas cliniques seront présentés par nos plus jeunes collègues et modérés par des membres du Conseil d'administration.

Cette journée sera organisée par les deux secrétaires de la SFSPM (Bruno Cutuli, oncologues, Reims ; Anne Lesur, coordination

sein, Vandœuvre-lès-Nancy), avec le soutien de leur président Richard Villot (chirurgien, Paris), avec la participation de Marc Spielmann (oncologue médical, Villejuif), et présidée par le Pr Didier Peiffert, directeur de l'enseignement et de la communication extérieure (Institut de Cancérologie de Lorraine – Alexis-Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy).

Quelques exemples des thèmes abordés :

- La RCP préthérapeutique
 - Comment proposer la meilleure stratégie thérapeutique après le diagnostic
 - Place des thérapies néoadjuvantes
 - Comment optimiser la prise en charge chirurgicale des carcinomes canauxaires in situ
- RCP postchirurgicale
 - Problématique des ganglions sentinelles positifs
 - Les propositions thérapeutiques sont-elles différentes pour le carcinome lobulaire infiltrant ?
 - Modalités des thérapies ciblées
- RCP oncogénétique : problématique de la prise en charge pluridisciplinaire d'un cancer du sein chez les patientes connues mutées
- RCP métastatique : les choix thérapeutiques en première ligne

Elle se déroulera :
le jeudi 13 juin 2013

à l'amphithéâtre Bussière de 08 h 30 à 18 h.
Institut de Cancérologie de Lorraine –
Alexis-Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy

Information sur www.senologie.com
Contact Inscriptions Laurence Motzenhain
Tél. : +33 6 07 81 94 01
sfspm.laurencemotzenhain@yahoo.fr

Référence

1. Lesur A, Riles M (2012) Réunion de concertation pluridisciplinaire sous toutes ses formes : présent et avenir... (Meeting of multidisciplinary cooperation in all its forms: present and future...). J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 41(4): 311-2

RCP pourquoi ?

- Parce qu'exemple même de la **pluri disciplinarité**
- Parce que difficile et indispensable
- Parce que ... **tout un art** ...

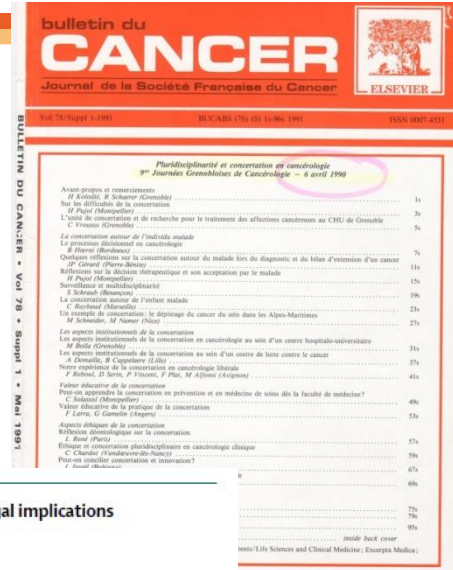


14h00 • 15h00	<p>Troisième session RCP en situation métastatique</p> <p>Moderateurs : Thomas FACCHINI (ICC, Reims) • Arnaud METHLIN (Clinique Claude Bernard, Metz)</p> <p>1. Situation métastatique : hormonothérapie et/ou chimiothérapie ? Indication des inhibiteurs de mTOR ? • Thierry PETIT (Centre Paul Strauss, Strasbourg)</p> <p>2. Récidive d'une tumeur HER2 surexprimé • Marc SPIELMANN (IGR, Villejuif) • Maria RIOS (ICL, Nancy)</p> <p>3. Place du traitement locorégional standard lorsque la situation est métastatique d'emblée ? • Léa LEUFFLEN (ICL, Nancy) • Laetitia TOURNIER-RANGÉARD (Clinique de Gentiety, Nancy)</p>	<p>PROGRAMME</p> <p>LES RÉUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GÉROLOGIE ET DE PATHOLOGIE MAMMAIRE</p> <p>Page suivante</p> <p>Dernière page</p> <p>Rotation horaire</p> <p>Rotation antihoraire</p> <p>3^e édition des "de la SFSPM"</p> <p>Organisées par Anne LESUR (NANCY) et Bruno COSTUJ (REIMS), Secrétaires de la SFSPM, Sous la Présidence de Didier PEIFFERT, Directeur de l'Équipement et de la communication radiologique (E2) et de Richard VALLET, Président de la SFSPM</p> <p>Le jeudi 13 juin 2013 • NANCY</p> <p>Institut de Cancérologie de Lorraine - Alexis Vaubertin Amphithéâtre Bussière 6, avenue de Bourgogne - 54500 Vandœuvre-lès-Nancy</p>
15h00 • 16h00	<p>Flash d'actualité à travers la littérature</p> <p>Moderateur : Didier PEIFFERT (ICL, Nancy)</p> <p>1. Le point sur le dépistage du cancer du sein : sur-diagnostic ? • Luc CEUGNART (Centre Oscar Lambret, Lille)</p> <p>2. Quoi de neuf en radiothérapie ? • Mihail LEVITCHI (ICL, Nancy)</p> <p>3. Faut-il poursuivre l'hormonothérapie adjuvante au-delà de 5 ans ? • Anne LESUR (ICL, Nancy)</p>	
16h00 • 16h30	<p>Pause</p>	
16h30 • 17h30	<p>Quatrième session RCP face au haut risque mammaire</p> <p>Moderateurs : Elisabeth LUPORSI (ICL, Nancy) • Philippe JONVEAUX (CHU, Nancy) • Philippe TROUFLEAU (ICL, Nancy)</p> <p>1. Diagnostic et traitement du cancer du sein chez une femme jeune surveillée BRCA positif • Jean-Luc VERHAEGHE (ICL, Nancy) • Anne LESUR (ICL, Nancy)</p> <p>2. Annexectomie prophylactique, découverte opératoire • Philippe RAUCH (ICL, Nancy)</p>	
17h30	<p>Fin de la journée</p> <p>Renseignements sur www.aacologie.com Contact inscriptions : Laurence Metzenthin Tél : 06.07.81.84.01 • sfspm.laurencemetzenthin@yahoo.fr</p>	<p>Avec le soutien organisationnel de : Eisai Oncologie, GlaxoSmithKline, Novartis Oncologie, Roche et Sanofi</p> <p>SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GÉROLOGIE ET DE PATHOLOGIE MAMMAIRE</p> <p>Institut de Cancérologie de Lorraine Alexis Vaubertin CENTRE OUSCAR LAMBRET</p> <p>SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GÉROLOGIE ET DE PATHOLOGIE MAMMAIRE</p>



Les ressources bibliographiques

- Année 1991 Numéro spécial Bull du Cancer
- Années 2005, 2006toutes revues confondues
- Actuellement , plus rare et plus technique



Synthèse
General review

Bulletin du Cancer
Volume 97 • N° 2 • février 2010
John Libbey Eurotext

La réunion de concertation pluridisciplinaire : quelle place dans la décision mèn en cancérologie ?

Decision process in oncology: the importance of multidisciplinary meeting

M.-B. Ogerle^{1,2}, N. Duchange³, N. Félière⁴, S. Chapet⁵, É. Donati⁶, P. Rosset⁷, É. Lem G. Mouté⁸

¹Voie Kaplan de cancérologie, OIU de Tours, hôpital Bretonneau, 2, boulevard Lormé, 37044-1 France

²Laboratoire d'éthique médicale et médicale légale, Réseau Inserm de recherche en éthique, facu université Paris Descartes, 12, rue de l'École de Médecine, 75006 Paris, France

³chirurgie@chu-tours.fr

⁴Service de cancérologie digestive, faculté de médecine, Université François-Rabelais, 3, rue des 37041 Tours cedex 01, France

⁵Service de chirurgie orthopédique, faculté de médecine, Université François-Rabelais, 3, rue des 37041 Tours cedex 01, France

⁶Service de pneumologie, faculté de médecine, Université François-Rabelais, 3, rue des Tanneurs 37041 Tours cedex 01, France

⁷Service de pneumologie, faculté de médecine, Université François-Rabelais, 3, rue des Tanneurs 37041 Tours cedex 01, France

⁸Service de pneumologie, faculté de médecine, Université François-Rabelais, 3, rue des Tanneurs 37041 Tours cedex 01, France

Accès en ligne le 28 août 2009, après le 4 septembre 2009. Tlé à part: M.-B. Ogerle

Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2012) 41, 311–322



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.elsevier.com/locate/jgo

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



EDITORIAL

Réunion de concertation pluridisciplinaire sous toutes ses formes : présent et avenir...

Dans les mesures du Plan Cancer 1, l'a annonce, dans le cadre du dispositif autour de l'annonce immédiat et la « Réunion de concertation pluridisciplinaire », pour chaque nouvelle patiente (mesure 31) ont occupé des places phares [1].

Reposant sur la qualité de prise en charge tant psychologique que scientifique, uniforme et accessible à toutes, ces deux mesures ont vu le développement de leur champ d'activité dans tous les établissements de cancérologie sur le territoire français. Le principe même de la concertation (du mot latin « concertatio », signifiant « suite, rituel, traité dans les arts, débat d'idées ») est devenu par son long usage, mise en œuvre dès 1921 par Claude Regaud, directeur de l'Institut du Raieur à Paris : « il ne s'agit pas d'une organisation stricte de la thérapie du cancer sans une concertation des ressources et une concertation des compétences » [2].

Les Centres régionaux de lutte contre le cancer (CRCC), légalisés par l'ordonnance du 1^{er} octobre 1946, reposent sur ce principe même d'un travail en équipe dans une unité de lieu : « la décision concernant le plan de traitement est prise en commun après que chacun ait exprimé ses possibilités et proposé ce qui, pour le malade en cause, semble le plus judicieux, en application des protocoles en vigueur... » [3]. C'est probablement de la pertinence de ces propositions que naît le concept de « généraliste ou fonctionnaire qui ne doit pas être anéanti » (l'usage de ce terme d'« oncologue », mais bien celui, au quotidien, de l'exercice cancérologique en particulier, et de la pratique médicale en général).

Afin d'assurer à tous les possibilités d'une pratique permettant une homogénéité de prise en charge, que ce soit le lieu géographique ou institutionnel (privé ou public), soutenu par l'évaluation des pratiques et leur fiabilité, le Plan Cancer a rédigé une mesure spécifique à cette question, la mesure 31, reprise par la Haute Autorité de santé (HAS) et largement détaillée dans la circulaire de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)

du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie [1]. L'avènement de la médecine fondée sur les preuves a banni les comportements individuels isolés et isolés, reposant sur une conviction partagée avec son collègue. Toute décision repose désormais sur l'existence de référentiels mondiaux, dérivés en protocoles nationaux et régionaux dans le cadre des réseaux. Ces-ci sont régulièrement actualisés et implémentés, et l'un des rôles – non des moindres – des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) généralistes est celui de la transmission d'un savoir par osmose, compagnonnage, sous forme d'enseignement par cas aux plus jeunes, donnant lieu à l'établissement de la décision médicale, évitant avec le temps, en fonction des données nouvelles de la science. Les RCP ont donc un rôle majeur de validation d'un savoir communautaire, ancré dans les cas typiques, plus nuancée en fonction de certains paramètres (prognostique modéré), voire hors protocole, conduite thérapeutique établie avec l'accord des experts réunis pour cette juste cause.

Encore faut-il que les experts en soient, que les données présentées soient validées et exactes et que tous les items nécessaires à la prise de décision soient disponibles. La RCP n'est pas la réponse instantanée à toutes nos interrogations, et elle nécessite, pour être saine, une rigueur qui n'est pas forcément soupçonnée par des directives officielles : à l'apogée d'un exercice éthique, malgré la limite de sa définition, officieuse d'Alain Demarre, Directeur du CRCC de Lille, mais également un des autres présidents de la Société française de stéréotaxie et de pathologie mammaire (SFPM), il y a plus de 20 ans, approximativement avec une tactique confiante au système : « réflexe d'accaparement, de médiation, suffisance de spécialiste, chapettes thérapeutiques, groupe de pression médicale, activation des oncologues médicaux et prévention des psychologues, soulignant ainsi toute la dimension d'une démarche nécessitant partage, transversalité et humilité.

0968-2335/\$ - see front matter © 2012 Publié par Elsevier Masson SAS. http://dx.doi.org/10.1016/j.jgo.2012.05.001

Multidisciplinary care in oncology: medicolegal implications of group decisions

Maria Sjöhom, Michael G Pezzani

Consensus is growing that multidisciplinary meetings (MDMs) provide the best means of formulating comprehensive treatment plans for patients with cancer. Although many doctors attend MDMs and contribute to the decision-making process, only a few will become involved in a patient's care after the team meeting. Despite this, if a patient was gravely injured by a decision made in a MDM and wished to recover damages, all doctors present at the meeting would be personally accountable for decisions related to their area of expertise. Doctors should be made aware of the legal implications of their participation in such meetings. A greater awareness of these responsibilities and improved team dynamics should optimise outcomes for patients while limiting exposure of the participants to legal liability. Special attention should be given to providing patients with adequate information in this combined specialty setting.

Introduction
Multidisciplinary meetings (MDMs) have increasingly become an important decision-making forum in oncology. These meetings bring together medical, radiation, and surgical oncologists, pathologists, physicians, radiologists, and allied health practitioners with the aim of combining the expertise from each field to generate a comprehensive and coordinated care plan for patients (Figure). Patients who are managed through such group meetings have better survival outcomes,¹ shorter waiting times,² and the benefit of more robust treatment decision-making processes³ than do those managed without formal multidisciplinary discussions. MDMs are used extensively in the specialties of breast, lung, head and neck, haematological, gynaecological, skin, paediatric, CNS, genitourinary, and gastrointestinal cancers.

Who is responsible?

Although many specialists attend MDMs and contribute to the decision-making process, only a few will become involved in a patient's care after the team meeting. Despite this, all specialists attending such meetings will have been directly or indirectly involved in each patient's management. Therefore, this group decision-making forum raises an important medicolegal question: if a patient was gravely injured by a decision made in an oncology MDM and wished to recover damages, who would potentially be liable? Traditionally, medical law ascribes responsibility to individuals and not to groups, so on whom would the responsibility for these group decisions rest? To the authors' knowledge, no such case has yet been reported in any common law country, including the UK, USA, Canada, and Australia; therefore, to answer this question requires reference to the fundamental legal principles underlying medical law. The basic tenets of medical law are almost identical between these jurisdictions, so the conclusions apply equally to oncology MDMs operating within the rest of these countries. New Zealand uses a no-fault medical compensation system that does not require proof of a

duty of care or negligence for a successful action, and hence the conclusions we draw do not necessarily apply to that medical system.⁴

Duty of care between multidisciplinary group and patients

To succeed in a tort action in negligence, the patient must first prove that the doctor owed them a duty of care.⁵ This duty to take reasonable care arises from the professional patient-doctor relationship and is evident in the traditional face-to-face consultation. Changes to the way doctors interact with patients, such as tele-



Figure Multidisciplinary teams can provide comprehensive cancer care, but doctors remain individually liable.

Lancet Oncol 2006;7:953-64
doi:10.1016/S1473-3099(06)28088-8
See the online version of this article at www.sciencedirect.com
www.elsevier.com/locate/so
Lancet Oncol, Liverpool
New South Wales, Australia
JAMA Intern Med 2006;166:1000-1006
doi:10.1001/archinte.166.9.1000
www.archinte.com

Réunion actualisation du référentiel Sein 2014

Réunion de Concertation Pluridisciplinaire : Rôle dans l'établissement du PPS d'un cancer du sein.

Docteur Anne LESUR

Responsable du Parcours Sein

Docteur Philippe HENROT

Responsable du Service de Radiologie



ICL Vandœuvre les Nancy

EUROPEAN JOURNAL OF CANCER 42 (2006) 2459-2462



ELSEVIER

available at www.sciencedirect.com



journal homepage: www.ejconline.com



Current Perspective

The multidisciplinary meeting: An indispensable to communication between different specialities

Thomas Ruhstaller^{a,b,*}, Helen Roe^b, Beat Thürlimann^a, Jonathan J. Nicol^b

^aDivision of Oncology-Haematology, Kantonsspital St. Gallen, Rorschacherstr. 107, CH-9007, Switzerland

^bDepartment of Clinical Oncology, Cumberland Infirmary, Carlisle CA2 7HY, UK

The Breast (2006) 15, 119-122



ELSEVIER

SHORT REPORT

Breast cancer multi-disciplinary teams in England: much achieved but still more to be done

J.M. Whelan^{a,*}, C.D.M. Griffith^b, T. Archer^c

^aCancer Services Improvement Partnership (CSC-IP), Unit GF12, Block 4, Mountjoy Research Centre, Durham DH1 3UZ, UK

^bWard 46 Office, Royal Victoria Infirmary, Richardson Road, Newcastle upon Tyne NE1 4LP, UK

^cIpswich Hospital NHS Trust, Heath Road, Ipswich, IP4 5PD, UK

Article original

Original article



Volume 98 • N° 9 • septembre 2011

©John Libbey Eurotext

Évaluation des réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie : quelles priorités pour quelles améliorations ?

Multidisciplinary team meetings in cancerology: setting priorities for improvement

Article reçu le 21 avril 2010,
accepté le 8 avril 2011
Tirés à part : P. Guillem

Pascale Guillem, Michel Bolla, Stéphane Courby, Jean-Luc Descotes, Mathieu Laramas, Denis Moro-Sibilot
CHU de Grenoble, centre de coordination en cancérologie, BP 217, 38043 Grenoble Cedex 9, France
<pguillem@chu-grenoble.fr>



Chacun un rôle et lequel ?

- Qui rédige la fiche ?
- Qui relit les fiches ?
- Qui s'assure de l'inscription ?
- Qui envoie la fiche ?
- Secrétariat dédié pas très clair...

710
Quality in Health Care 2011;18:710-715

Papers

Are members of multidisciplinary teams in breast cancer aware of each other's informational roles?

V A Jenkins, I J Fullbrook, K Poole

Abstract
Objective—To conduct a commissioned survey of multidisciplinary breast team members' expectations of their own and each other's roles in providing different kinds of information to women with breast cancer.
Design—Questionnaire based survey.
Setting and participants—Health professionals from five multidisciplinary breast care centres within a Sussex health authority.
Main outcome measures—Interdisciplinary awareness of informational roles played by different team members.
Results and conclusions—The results of the team survey suggest that, in most cases, health professionals fulfilled the roles expected of them by the team, with two or three individuals identified as the main providers of information for each topic. However, many more professionals were involved in major discussions without the team's knowledge. The professional consistently playing a major "manager" role was the breast nurse specialist.
Quality in Health Care 2011;18:710-715
Keywords multidisciplinary teamwork; breast cancer; communication

Research in the primary health care setting highlights a number of benefits and professional working within a supportive, well functioning team, including better mental health and increased team effectiveness. Complex tasks are accomplished more easily when professionals within the health care teams have clear goals, are cooperative and mutually supportive of one another, and are aware of each other's role.¹ In order to achieve this, team members need to be able to communicate clearly within and across the different professional disciplines and with the patients. There is plenty of evidence from hospitals and medical defence organisations showing that poor communication in general results in co-patients and litigation.

Inadequate communication between members of specialist cancer teams can lead to confusion for patients about diagnosis, prognosis, and future management plans. Not only does

Key messages

- Most cancer services are now delivered by multidisciplinary teams (MDTs) but the relative benefits of this approach have not been systematically evaluated.
- There is evidence from our pilot study that many members of breast cancer MDTs are unaware of the informational roles of colleagues.
- If patients are to receive comprehensive and consistent information, teams may require extra training, particularly with communication skills, in how to work together as a team.
- Resources must be allocated for training if benefits of MDT working are to be realised.

This cause unnecessary distress for patients, but the situation is also frustrating and professionally unrewarding for team members. 39% of senior oncology nurses and 27% of doctors attending our communication skills courses cited "communication with colleagues" among their most stressful and challenging concerns. In addition, poor communication and management skills training were identified as major factors leading to burn out and psychiatric morbidity in UK consultants.²

Since publication of the Calman-Hine report concerning reorganisation of cancer services in the UK, many centres have adopted a multidisciplinary team (MDT) approach with the aim of providing the patient with the best care.³ The NHS Executive breast cancer guidelines and those of the Scottish Intercollegiate Network made explicit recommendations about the need for good communication between the healthcare professionals within an MDT, and between the MDT and patients.⁴ A well functioning MDT with good communication skills should prevent or ameliorate some of the problems experienced by patients and their professional carers through increased efficiency, improved morale, and work satisfaction. Few data are currently available to show how well this is being achieved and there has been no systematic examination of the advantages and disadvantages of an MDT approach to cancer care. The East Sussex, Brighton and Hove health authority therefore commissioned an in depth survey with five multidisciplinary breast

CRC Psychosocial Oncology Group, School of Hospital Medicine, University of Sussex, Brighton, East Sussex BN1 9QJ, UK
 V A Jenkins
 I J Fullbrook
 Royal Marsden NHS Trust, London, UK
 K Poole

Correspondence to: Dr V Jenkins
 v.a.jenkins@hbs.ox.ac.uk

Accepted 28 March 2011

www.qualityinhealthcare.com

Quel contrôle des données exposées?

DILEMMAS IN BREAST DISEASE

Multidisciplinary Care for Breast Cancer: Barriers and Solutions

Debu Tripathy, MD

President, American Society of Breast Disease and Komen Alliance Breast Cancer Research Center, University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, Texas



Madame C 34 ans , aout 2016 , 60 kilos 1 m 76 OMS 0 sportive , bonnet 85 B

- **Mode de vie** : conseillère en insertion, mariée, mère d'une petite fille de 2 ans.
- **Antécédents** : tabac 1 paquet/j de 16 à 30 ans, arrêt depuis.
 - médico-chirurgicaux : aucun.
 - gynéco-obstétricaux : *une fille née en 2014*, sous contraception orale,
 - familiaux : grand-mère paternelle cancer du sein à 48 ans, oncle paternel cancer du pancréas (origine vosgienne du côté paternel).

- **Histoire de la maladie : sein gauche QSE**

* fin juillet 2016 : *autopalpation* sous la douche d'un *nodule du sein gauche* quadrant supéro-externe de 2 cm.

* 27 juillet 2016 mammographie et échographie : ACR2 sein droit, *ACR5 sein gauche* : image polylobée hypo-échogène hétérogène de 19 mm sur 12 mm N- . ACR4b

* 3 août 2016, microbiopsie : carcinome canalaire infiltrant de grade II,(2,2,3), Her2-, Ki67 à 60 %

* 11 août 2016 consultation Parcours Sein ICL - Dr LESUR

confirmation examen clinique T de 2cm NO Ras à droite

■ CAT :

- 1 **Chirurgie d'emblée**
- 2 **Relecture mammo et IRM**
- 3 **Passage RCP PRETHERAPEUTIQUE**
- 4 **Chimiothérapie**

*Madame C 34 ans , aout 2016 ,
60 kilos 1 m 76 OMS 0 sportive
, bonnet 85 une fille de 3 ans*

**carcinome canalaire infiltrant de
grade II,(2,2,3), RH - Her2- ,
Ki67 à 60 %**





Passage RCP pré thérapeutique

- **Proposition de la RCP :**
 - **Pet scanner et bilan sanguin initial**
 - **Consultation préservation fertilité**
 - **Consultation oncogénétique accéléré**
 - **Consultation chirurgien et oncologue**

*PLUTOT Chimiothérapie première avec ganglion sentinelle AU PRELALABLE + clip
Proposition CANTO*

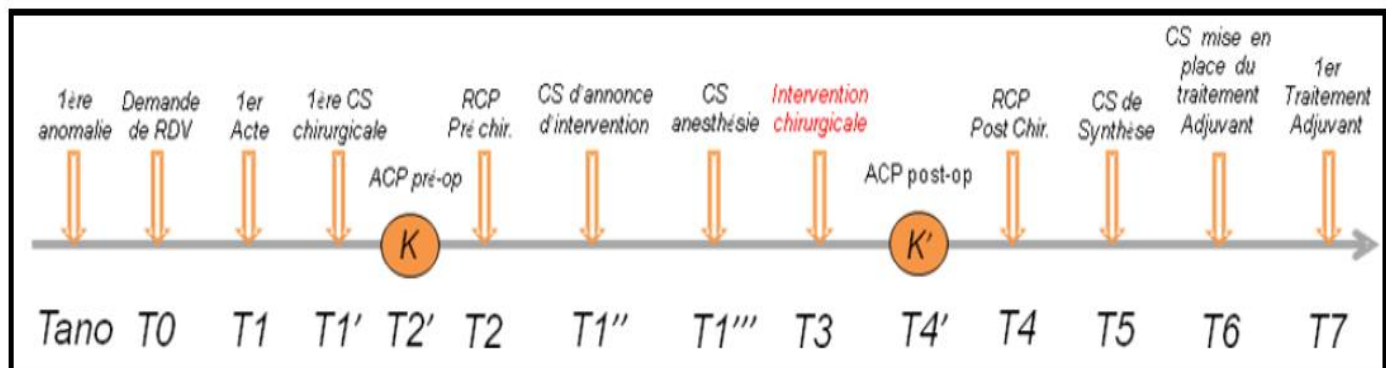
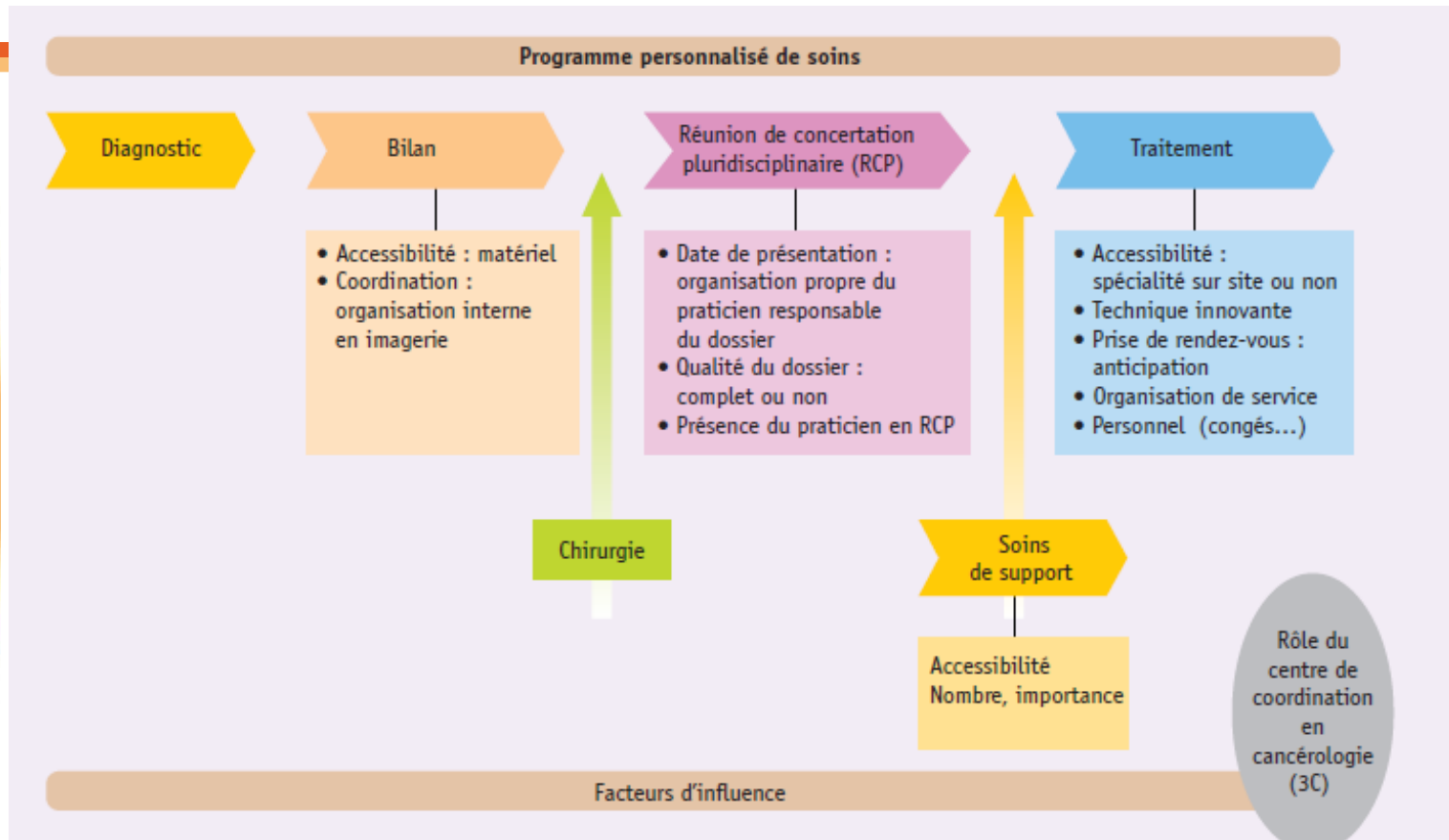


Intérêt de l'organisation...

Avantage

- **choix pluridisciplinaire situation complexe**
- **penser aux différentes autres consultations**
- **Proposer des essais cliniques**
- **s'assurer des données et des délais de prise en charge**
- **choix des lieux de prises en charge dans collaboration territoriale**

Chemin clinique.....



Sémantique

- La PROBLEMATIQUE de la notion de *PARCOURS*
- Une PRISE EN CHARGE de qualité passe par le respect d'une *organisation Structurée.... mais non dépersonnalisée..*
- *Un temps DIAGNOSTIQUE* clôturé par la RCP Pré thérapeutique
- *Un temps de TRAITEMENT* résumé par le PPS confirmé par la RCP Post chirurgicale
- * *Un temps de l' APRES... organisé ... PPAC....*

- Notion de RCP avant le premier traitement et après le geste chirurgical
- Appliquer un protocole de traitement concernant plusieurs spécialités
- Parfois modulé...

*« Les bonnes décisions,
au bon moment,
bien expliquées
Et prises ensemble... »*



Figure: Multidisciplinary teams can provide comprehensive cancer care, but doctors remain individually liable

Multidisciplinary teams can provide comprehensive cancer care, but doctors remain individually liable »

Sidhom, Lancet 2006

UNE RCP ... POURQUOI ?

TRADITION HISTORIQUE DES CDT.....

- ***Décider ce qu'on fait Plus ou moins compliqué en fonction de l'organe et du lieu***
- ***Augmenter les recrutements dans les essais cliniques... à chaque stade du traitement.. (CANTO ?)***
- ***Enregistrer les données , mieux si informatisé et évaluer ...***
- ***Être sûr de leurs validités....**un passeport de bonne pratique??*****
- ***Exemples:***
 - ***Pas les renseignements nécessaires***
 - ***Pas le médecin concerné***
 - ***Erreurs de recopiations toujours possibles ...***
 - ***Transmission aux correspondants concernés ? .***



Chimiothérapie néo adjuvante

Suite RCP POST CHIRURGICAL 2 février 2017

Mode de vie : conseillère en insertion, mariée, mère d'une petite fille de 2 ans.

Antécédents : OMS 0 - tabac 1 paquet/j de 16 à 30 ans, arrêt depuis. sportive

- médico-chirurgicaux : aucun.

- gynéco-obstétricaux : une fille née en 2014, actuellement sous contraception orale, non ménopausée.

- familiaux : grand-mère paternelle cancer du sein, oncle paternel cancer du colon (origine vosgienne du côté paternel)

Histoire de la maladie : bonnet 85 B - sein gauche QSE

* fin juillet 2016 : autopalpation sous la douche d'un nodule du sein gauche quadrant supéro-externe de 2 cm.

* 27 juillet 2016 mammographie et échographie : ACR2 sein droit, **ACR5 sein gauche** : image polylobé hypo-échogène hétérogène de 19 mm sur 12 mm

* 3 août 2016, microbiopsie du sein gauche (Dr BEZAZ) : A gauche, confirmation de la masse ovale de contours irréguliers 16 x 16 mm, ACR4b, pas de ganglion axillaire visible : **carcinome canalaire infiltrant de grade II (2,2,3), RH - Her2-, Ki67 à 60 %.**

* 11 août 2016 consultation Parcours Sein ICL - Dr LESUR

* 17 août 2016 FEV + consultation oncologie médicale

* 11 août 2016 : RCP SEIN préthérapeutique : *Consultation préservation de la fertilité petscanner*

Chimiothérapie première avec ganglion sentinelle + clip au préalable CANTO

* 05 septembre 2016 Consultation oncogénétique F 6681

* 08 septembre 2016 GANGLION SENTINELLE (P RAUCH) N- (0/2)

* *octobre janvier 2017 3 FEC 100 3 TAXOTERE chimiothérapie néoadjuvante* (Dr RUCK Epinal)

* 08.02.2017 : **MASTECTOMIE PARTIELLE GAUCHE (P RAUCH) :**

A la coupe, on observe un foyer lésionnel induré de 10 mm, situé à 5 mm du bord externe, au contact d'un repère métallique.

L'ensemble des caractères correspond à une **réponse histologique complète** à la thérapeutique première.



Et ensuite

- **Suite prise en charge ?**
 - **Surveillance**
 - **Radiothérapie locorégionale**
 - **En fonction résultat mutation, si mutée : mastectomie totale et prophylactique**
 - **Petscan tous les trois mois ?**
 - **Si pas mutée, suivi mammo et écho annuel , date de début ?**

Deuxième enquête.....fin 2012

NOM · Prénom ·
Spécialité · Responsabilité/ RCP (secrétaire ?) ·
Institution · E-mail · T ·
Nombre de cas de cancers du sein en adjuvant par an en gros ·

En décembre 2012 :

1-Faites vous des RCP PRETHERAPEUTIQUES pour le SEIN ?

OUI · NON · EN DISCUSSION ·

- *Si oui,*
- Combien de séances par semaine, et combien de dossiers par séance ?
- Quel support, fiche informatisée, manuscrite ?
- Qui la remplit? radiologue, chirurgien, secrétaire médicale dédiée ?
- Y a-t-il une validation de la fiche par un médecin avant sa présentation ?
- Qui présente la fiche en RCP ?
- Date de la réunion par rapport à la première venue de la patiente ? (huit jours, trois jours, plus ou moins ?...)
- A-t-elle vu le chirurgien avant ce passage ?
- Qui assiste à la séance ? (spécialités ?)
- Y a-t-il une ARC pour les inclusions dans les essais ?
- Réponse transmise immédiatement en cours de RCP ou en différé ?
- Comment informez-vous la patiente de la proposition ?
- Cela vous aide t-il pour améliorer les délais ? avez vous des problèmes de délais ?
- Comment positionnez vous la remise du PPS ?
- Pouvez décrire brièvement votre parcours patient depuis son premier coup de fil à l'intervention ?

2-RCP post-thérapeutiques (en général post chir) :

- Reprenez-vous la fiche de RCP pré thérapeutique si elle existe ?
- L'information d'un RCP pré thérapeutique est elle disponible ?
- Quels sont les spécialistes présents ?
- Qui fait la fiche et la présente ? informatisée ou manuscrite ?
- Y a t il des renseignements généraux et de mode de vie ou uniquement des données de la tumeur et du geste ?
- Qui inscrit le dossier pour son passage en RCP ? (chirurgien, secrétaire dédiée ?)
- Réponse immédiate ou différée ? y a-t-il un contrôle de qualité des données énoncées ?
- Y a t il une secrétaire ou ARC présente ?
- Comment actualisez-vous le PPS ?
- Quel délai par rapport à la date de l'intervention, par rapport aux résultats histologiques ?
- Modèle de fiche si possible à envoyer à Ingrid SIEVERS
lsievers@nancy.unicancer.fr

Seriez-vous intéressés par la participation à l'article en cours sur ce sujet ?
Enquête Anne LESUR / Philippe HENROT sur pratique RCP CLCC

Coordination sein Centre ALEXIS

a.lesur@nancy.unicancer.fr 03 83 69 86 00

ENQUÊTE AUPRÈS DES AUTRES INSTITUTIONS...

A BOIRE ET A MANGERFIN 2012

COMMENTAIRES :

- * ***TOUTE L'HETEROGENITÉ DES PARCOURS SEIN***
- * ***RIGUEUR AU BOUT DU COMPTE***
- * ***UN BON SUPPORT POUR LA SUITE***
- * ***AIDE POUR LES PPS***
- * ***MEILLEURE ORGANISATION PLURIDISCIPLINAIRE***
- * ***PLUS DE TRAITEMENTS NÉO ADJUVANTS***
- * ***UNE MEILLEURE COMMUNICATION***

ENQUÊTE AUPRÈS DES AUTRES INSTITUTIONS...

A BOIRE ET A MANGERFIN 2012

COMMENTAIRES :

- * *contraintes techniques qui fait la fiche ?*
- * *avant ou après la consultation du chirurgien ?*
- * *validité des clichés radiologiques avant la veille de l'opération*
- * *rôle majeur du secrétariat de la RCP:*
 - * *pas uniquement organisationnel*
 - * *suivi et coordination dans le temps*
 - * *anticipation et transition*

SI BIEN FAIT,

une vraie valeur ajoutée pour tous et pour la patiente



QUALITÉ ...ORGANISATIONNELLE OU /ET DES DONNÉES ??

Journal of **Evaluation in Clinical Practice**
International Journal of Public Health Policy and Health Services Research

Journal of Evaluation in Clinical Practice ISSN 1365-2753

Oncologic multidisciplinary team meetings: evaluation of quality criteria

Nelleke Ottevanger PhD,¹ Mirrian Hilbink PhD,³ Mariska Weenk BSc,^{2,4} Romy Janssen BSc,^{2,4} Talitha Vrijmoeth BSc,^{2,4} Antoinette de Vries LLM⁶ and Rosella Hermens PhD⁵

¹Medical Oncologist, ²Student Assistant, Department of Medical Oncology, Radboud University Nijmegen Medical Centre (RUNMCI), Nijmegen, The Netherlands

³Postdoctoral Researcher, ⁴Student Assistant, ⁵Senior Researcher, Scientific Institute for Quality of Healthcare, Radboud University Nijmegen Medical Centre (RUNMCI), Nijmegen, The Netherlands

⁶Advisor Networks, Dutch Comprehensive Cancer Centre (IKNL), Utrecht, The Netherlands

Journal of Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2012) 41, 311–312



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



EDITORIAL

Renouveau de concertation pluridisciplinaire sous toutes ses formes : présent et avenir . . .

Dans les mesures du Plan Cancer 1, l'« annonce » dans le cadre du dispositif autour de l'annonce (mesure 40) et la « réunion de concertation pluridisciplinaire » pour chaque nouvelle patiente (mesure 31) ont occupé des places phares [1].

Reposant sur la qualité de prise en charge tant psychologique que scientifique, uniformisée et accessible à toutes, ces deux mesures ont vu le développement de leur champ d'activité dans tous les établissements de cancérologie sur le territoire français. Le principe même de la concertation (du mot latin « concertatio », signifiant « lutte, litige, rivalité dans les mots, débat d'idées ») est acquis de fort longue date, mise en exergue dès 1921 par Claudius Regaud, directeur de l'Institut du Radium à Paris : « il ne saurait y avoir une organisation sérieuse de la thérapie du cancer sans une concertation des ressources et une coordination des compétences » [2].

Les Centres régionaux de lutte contre le cancer (CRCC), légalisés par l'ordonnance du 1^{er} octobre 1945, reposent sur ce principe même d'un travail en équipe dans une unité de lieu : « la décision concernant le plan de traitement est prise en commun après que chacun ait exprimé ses possibilités et proposé ce qui, pour le malade en cause, semble le plus judicieux, en application des protocoles en vigueur ».

C'est probablement de la pertinence de ces propositions que naît le concept de généraliser ce fonctionnement qui ne doit pas être uniquement l'apanage de centres d'excellence, mais bien celui, au quotidien, de l'exercice cancérologique en particulier, et de la pratique médicale en général.

Afin d'assurer à tous les possibilités d'une pratique permettant une homogénéité de prise en charge, quel que soit le lieu géographique ou institutionnel (privé ou public), soutenue par l'évaluation des pratiques et leur lisibilité, le Plan Cancer a rédigé une mesure spécifique à cette question, la mesure 31, reprise par la Haute Autorité de santé (HAS) et largement détaillée dans la circulaire de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)

du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie [3].

L'avènement de la médecine fondée sur les preuves a banni les comportements individuels intuitifs et isolés, reposant sur une conviction partagée avec soi-même. Toute décision repose désormais sur l'existence de référentiels mondiaux, déclinés en protocoles nationaux et régionaux dans le cadre des réseaux. Ces-ci sont régulièrement actualisés et implémentés, et l'un des rôles – loin des moindres – des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) généralisées est celui de la transmission d'un savoir par osmose, accompagnement, sous forme d'enseignement par cas aux plus jeunes, donnant lieu à l'établissement de la décision médicale, évaluant avec le temps, en fonction des données nouvelles de la science. Les RCP ont donc un rôle majeur de validation d'un savoir communautaire, aisé dans les cas typiques, plus nuancée en fonction de certains paramètres (protocollaire modal), voire hors protocole, conduite thérapeutique établie avec l'accord des experts réunis pour cette juste cause.

Encore faut-il que les experts en soient, que les données présentées soient validées et exactes et que tous les items nécessaires à la prise de décision soient disponibles. La RCP n'est pas la réponse miracle à toutes nos interrogations, et elle nécessite, pour être saine, une rigueur qui n'est pas forcément soulignée ni contrôlée par les directives officielles. Il s'agit d'un exercice difficile, malgré la simplicité de sa définition, difficile qu'Alain Dematié, Directeur du CRCC de Lille, mais également un des illustres présidents de la Société française de sénologie et de pathologie mammaire (SFSM), il y a plus de 20 ans, appréhendait avec une lucidité confiante au cynisme – réflexe d'accaparement du médecin, suffisance du spécialiste, chapelles thérapeutiques, groupe de pression médicale, activisme des oncologues médicaux et prétention des psychologues –, soulignant ainsi toute la dimension d'une démarche nécessitant partage, transversalité et humilité.

0368-2315/\$ - see front matter © 2012 Publié par Elsevier Masson SAS.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2012.05.001>

Au totaltout est lié....

RCP PPS PPAC

- ***Chemin cliniquedans sa globalité et cohérence, en partage avec tous les intervenants... et la patiente***
- ***Bien débiter pour bien en sortir ...***
- ***Analyse initiale soigneuse et validée***
- ***Plus utile que l'on pourrait le croire***
.....SOUS RÉSERVE ...
 - * ***qualité des données***
 - * ***suivi des propositions***
 - * ***indicateurs de prise en charge***
 - * ***base de données prospectives ?***

Réflexions sur la décision thérapeutique et son acceptation par le malade

H Pujol

Centre régional de lutte contre le cancer, 2, rue Bertin-Sans, 34033 Montpellier, France

En cancérologie, la présentation d'une proposition thérapeutique au malade repose souvent sur une double difficulté :

- la difficulté d'identifier, dans chaque situation particulière, le choix du meilleur traitement ;
- la difficulté pour le malade d'accepter un traitement qui comporte parfois une mutilation ou induit des séquelles physiques et psychologiques.

Cette démarche est un transfert de convictions selon un processus en deux temps : acquisition par le médecin que le traitement qu'il va proposer est bien le meilleur, partage de cette conviction par le malade, entraînant son adhésion au traitement proposé.

L'acquisition de la conviction

En cancérologie, la prise de décision thérapeutique peut reposer sur des valeurs très solidement établies et peu contestables. C'est ainsi que l'on doit proposer la chirurgie pour tout cancer colique ou gastrique opérable. Il s'agit là de situations claires mais relativement rares. En effet, pour le traitement des cancers, qu'il s'agisse du traitement primaire loco-régional ou du traitement adjuvant, on assiste à un foisonnement

extraordinaire des attitudes thérapeutiques recommandées. On peut observer que les traitements proposés varient d'un pays à l'autre, d'une ville à l'autre, d'un hôpital à l'autre et parfois à l'intérieur du même hôpital, d'un étage à l'autre. Tout cela est bien déconcertant et fragilise la conviction que l'on a de proposer le meilleur traitement possible dans la relation médecin-malade. La pluridisciplinarité en cancérologie permet de pallier en partie cet inconvénient, en regroupant au bénéfice du malade des éléments d'information et de connaissance très divers. Le consensus à l'intérieur d'une communauté médicale et scientifique apparaît donc comme un puissant élément de sécurisation pour le médecin qui fait une proposition thérapeutique. Cependant, il faut se garder de l'excès de sécurisation qu'entraîne le sentiment d'insertion dans une collectivité. On sait en effet que l'établissement d'un consensus ne doit pas faire obstacle à la recherche clinique. Celle-ci, par définition, doit progresser au-delà des acquis, pour aider à formuler les consensus de demain.

La discipline cancérologique est l'une de celles qui justifie le plus l'aphorisme d'Hippocrate : « L'art est long [...] le jugement difficile... » L'année 1990 restera peut-être celle où,

*La pluridisciplinarité
Est bénéfique pour le malade
mais elle est difficile
pour les participants*



Réponse

- radiothérapie mammaire délai contrôlé
- Pas de souhait de la patiente de connaître ses résultats de génétique (RCP génétique ?)
- Modalités de suivi ultérieur PPAC
- Retrait chambre implantable

Délais de prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein dans un réseau régional de soins en cancérologie : faisabilité d'un programme personnalisé de soins

Provider delays among patients with breast cancer in a Regional Cancer Care Network: feasibility of personal care schedule

Clotilde LATARCHE¹
Emmanuel DESANDES¹

Résumé. L'objectif est d'étudier les délais de prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein, qu'elles aient été soignées intégralement dans un Centre de lutte

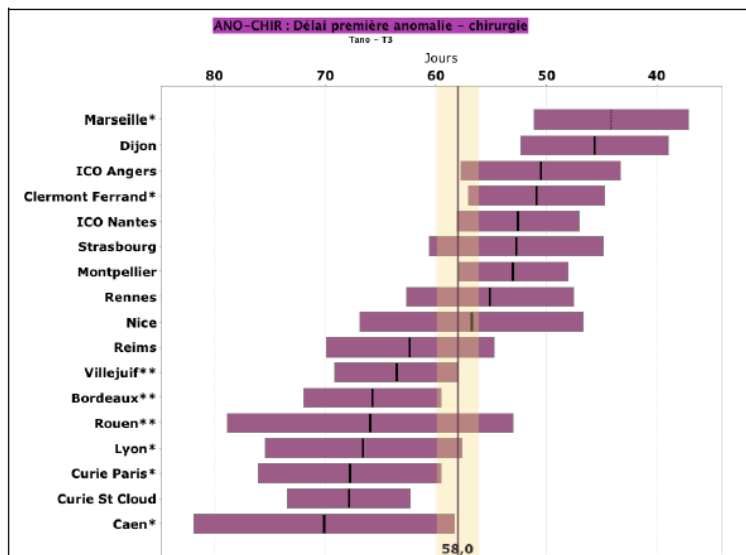
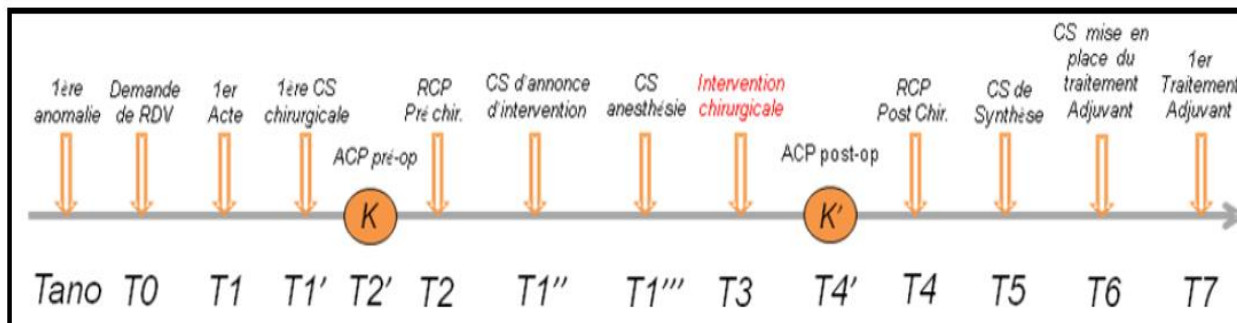
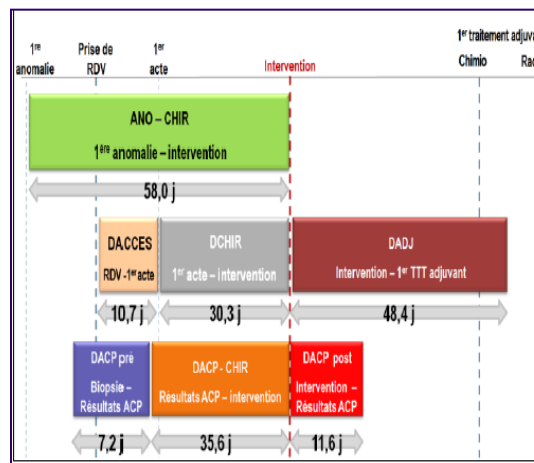
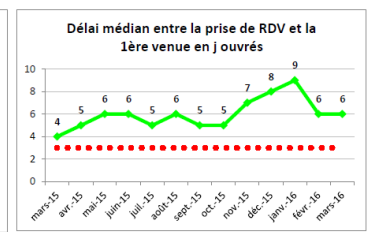
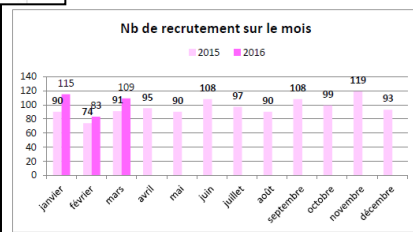
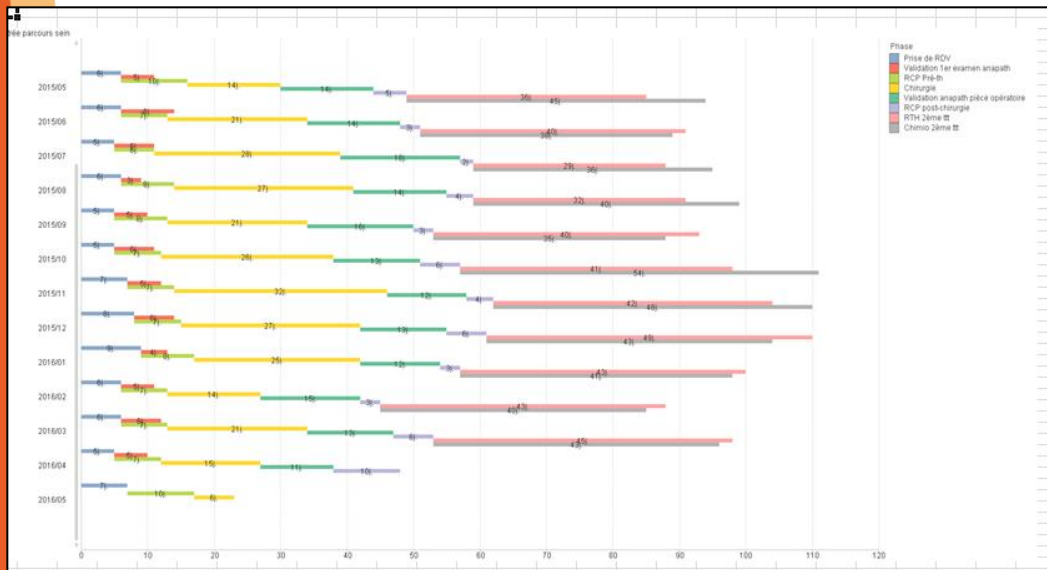


Figure 7 : Délai entre première anomalie et chirurgie



Pratique clinique :
Prise en charge organisationnelle
du cancer du sein
CAHIER DES CHARGES

■ Suivi régulier des flux et des tendances



Commentaire
 2 nouveaux indicateurs :
 - le nombre de recrutement sur le mois : nombre de patients "entrés" dans le parcours sein via 2 modes : circuit radio pour un diagnostic sur une image suspecte ou circuit clinicien pour une prise en charge.
 A fin mars 57% de ces RDV donneront lieu à une prise en charge "cancer".

Le recrutement remonte en mars, principalement le nombre de RDV50. Malgré le manque d'opérateurs médical, les vacances été ouvertes.



Belle image... mais difficile gageure du « ensemble » *en live....*

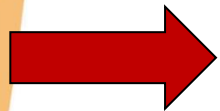
- **Nécessité d'un sentiment d'équipe et d'appartenance à une « maison »**
- **Confiance mutuelle et acceptation de « partage »**
- **Compréhension du mécanisme d'ensemble**
- ***Adhésion* au principe et appropriation**
- **Volonté que cela marche, à chaque niveau..**
 - *Quel est le crétin qui n'a pas pris le RDV?*
 - *Qui a oublié d'inscrire le dossier?*
 - *Pourquoi il faudrait parler du mode de vie ?*
 - *Qu'est ce que cela peut lui faire qu'elle ait des enfants?*
 - *Dictier le CR tout de suite ? VRAIMENT ? Le valider ?*



Un chef d'orchestre...

accepté, humble, dévoué et compétent

- Et une équipe solidaire dans un même but
- Et des professionnels qui se respectent
- Une attention constante, jamais gagné..
- Une évaluation au cours du temps
- Des synthèses régulières
- Une implication totale et humble....
- Une Direction qui accepte la notion de transversalité et de référent pour un groupe

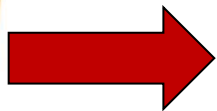


***BEAUCOUP BEAUCOUP de patience
Et des conseils de vrais professionnels en
management (conduite de
projets, coachs...)***



Respecter les règles de fonctionnement

- **Ne pas imposer au départ, proposer, discuter, évoluer, évaluer, se mettre d'accord.**
- **Avoir un but commun: certes augmenter les patientes, MAIS leur offrir AUTRE CHOSE..**
- **Etre convaincant, empathique, patient, persuasif et surtout Y CROIRE.....**



Avoir testé tous les maillons,
les zones de frottements, avoir des gens
fiables sur qui compter (secrétaire de type
assistante de direction..) ne pas faire seul,
Etre reproductible tenir la route dans le temps



J Cancer Surviv (2011) 5:358–370
DOI 10.1007/s11764-011-0196-4

PPAC

Survivorship care planning after the Institute of Medicine recommendations: how are we faring?

Seminars in Oncology Nursing, Vol 31, No 1 (February), 2015; pp 67-72

67

SURVIVORSHIP CARE PLANNING: ONE SIZE DOES NOT FIT ALL

VOLUME 24 · NUMBER 32 · NOVEMBER 10 2006

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

REVIEW ARTICLE

Failing to Plan Is Planning to Fail: Improving the Quality of Care With Survivorship Care Plans

Craig C. Earle

From the Division of Population

VOLUME 31 · NUMBER 21 · JULY 20 2013

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

COMMENTS AND CONTROVERSIES

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

REVIEW ARTICLE

Cancer Survivorship Care: Don't Let the Perfect Be the Enemy of the Good

Craig C. Earle and Patricia A. Ganz

Craig C. Earle, Ontario Institute for Cancer Research, Toronto, Ontario, Canada, and Patricia A. Ganz, University of California at Los Angeles, Schools of

ABSTRACT

It has now been more than 5 years since the Institute of Medicine (IOM) laid out its bold vision of

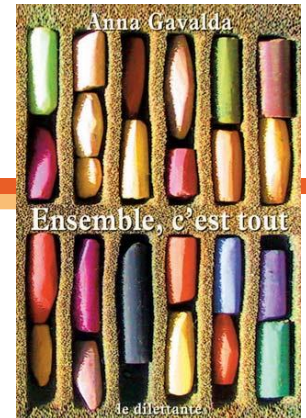
Can't See the Forest for the Care Plan: A Call to Revisit the Context of Care Planning

J Cancer Surviv (2014) 8:199–204
DOI 10.1007/s11764-013-0323-5

PPAC

Fostering coordinated survivorship care in breast cancer: who is lost to follow-up?

Une équipe soudée..



- Des compétences complémentaires qui s' additionnent
- *Un dossier qui est partagé et accessible*
- Un moyen de joindre quelqu' un efficacement
- **Des coordinateurs** qui veillent et relayent..
- *Des personnes habituées à travailler ensemble*

Un enjeu pour tous

- **Se faire confiance**
- **Se respecter ...**

« *La première attente d'un malade atteint de cancer c'est d'être bien traité, par une bonne équipe pluridisciplinaire,*

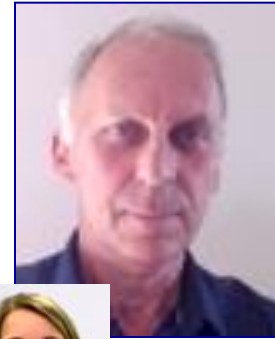
mais ce n'est pas tout »

H. Pujol

Réunion du Cercle Avignon 1999



L'équipe de sénologie ICL CHU pole gynécologie ...



39^{ES} JOURNÉES DE LA SOCIÉTÉ
FRANÇAISE DE SÉNOLOGIE
ET DE PATHOLOGIE MAMMAIRE

THE ANNOUNCE

LILLE
GRAND
PALAIS

Du 08 au 10 Novembre 2017

Organisateurs
Sylvia Giard
Marie-Pierre Chauvet

Idées reçues sur le cancer
du sein : mythes et réalités

Avec le
parrainage de
INSTITUT
NATIONAL
DU CANCER

www.senologie.com

Formation médicale continue : N° 42 67 04367 67