



39èmes journées de la Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire

La chaîne de soin : facteur limitant les erreurs?

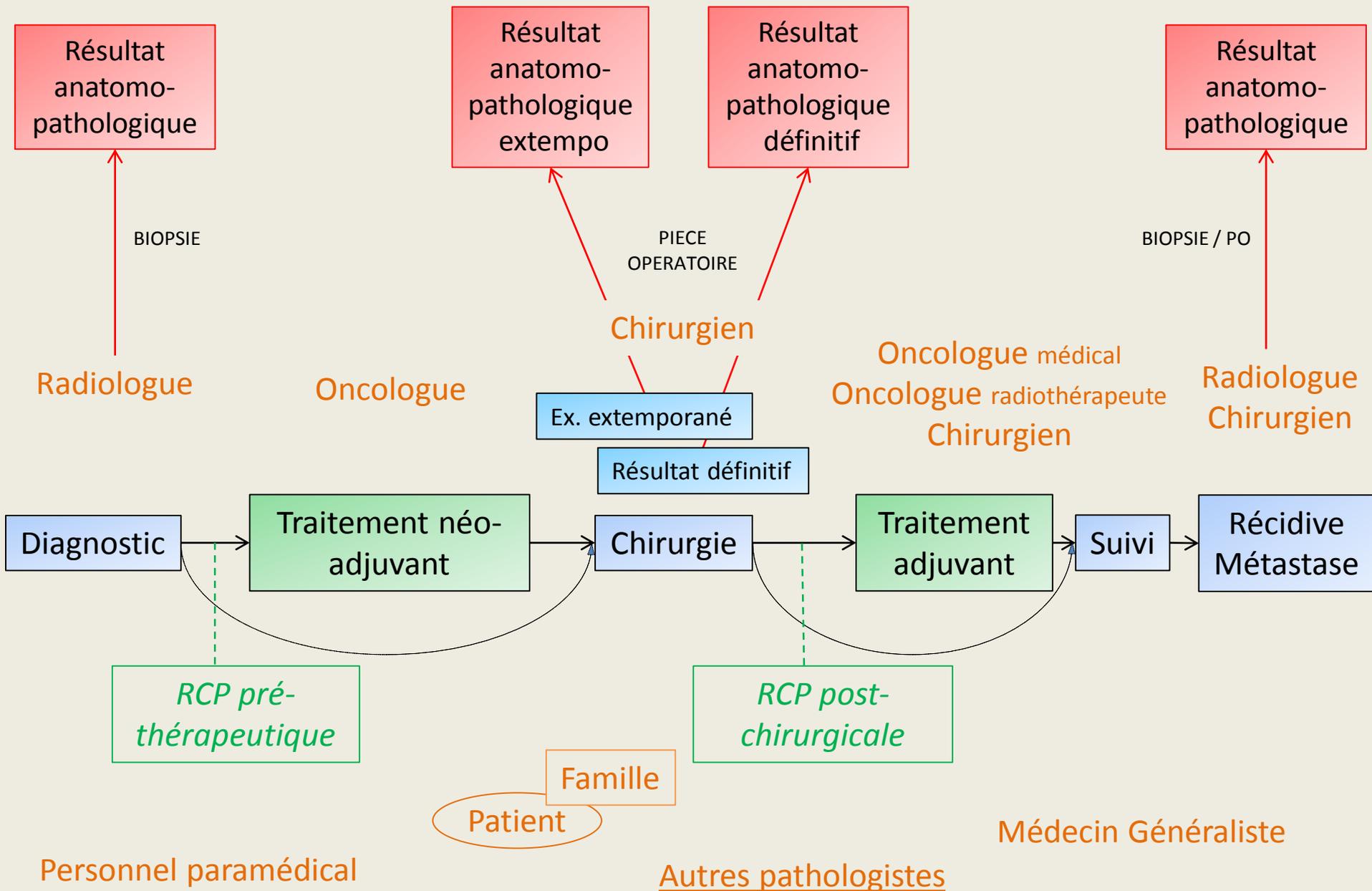
Dr Aurélie Maran-Gonzalez
Service d'anatomie et cytologie pathologique
ICM Montpellier

Enseignements de la SFSPM
Lille
8 Novembre 2017



- En anatomo-pathologie: très nombreuses barrières de prévention des erreurs=
 - multiples points de contrôle d'identité-vigilance
 - contrôles qualités internes et externes (pré-analytique)
 - formations médicales (interprétation, connaissances de la radiologie et de la clinique)
 - etc...
- En dehors de l'anatomo-pathologie, chaîne de soin peut permettre:
 - De prévenir certaines erreurs
 - De rattraper erreurs (effacer ou minimiser impact)

Chaîne de soin (cancer du sein)





- Pour biopsies / pièces opératoires:
 - Exemples d'erreurs possibles
 - En amont = prévenir erreur
 - En aval = rattraper erreur

Biopsie





Biopsie

1) En amont = prévenir l'erreur



Biopsie

1) En amont = prévenir l'erreur

- Chaîne de soin : **dialogue radiologue – anapath**
- Exemples d'erreurs anapath possibles (pouvant être prévenues en amont):
 - Faux diagnostic de primitif mammaire
 - Faux diagnostic de carcinome in situ
 - Faux diagnostic d'adénose
 - Faux diagnostic de sarcoïdose ou de granulome tuberculeux
 - Erreur de diagnostic sur macrobiopsie

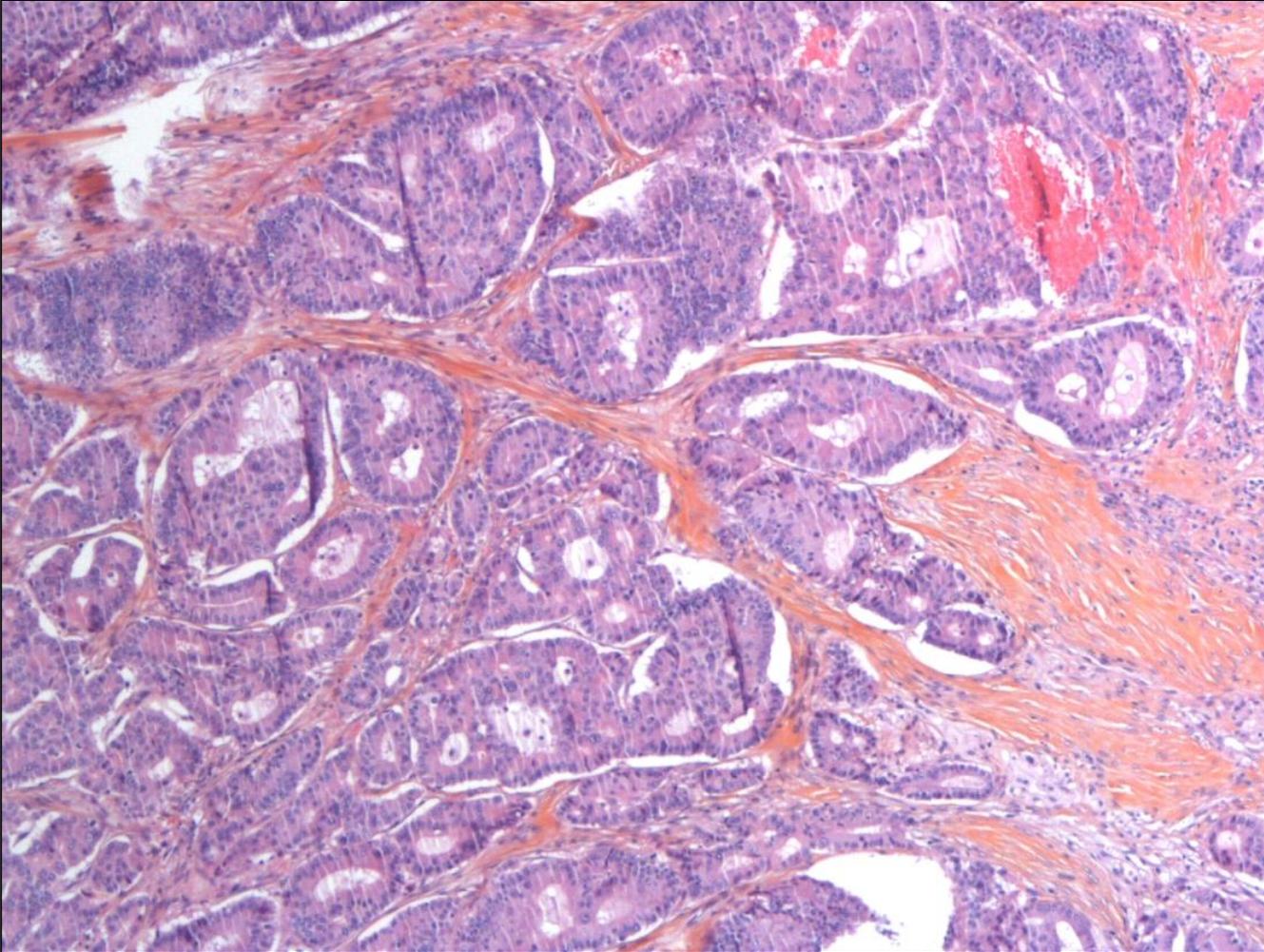


Biopsie

1) En amont = prévenir l'erreur

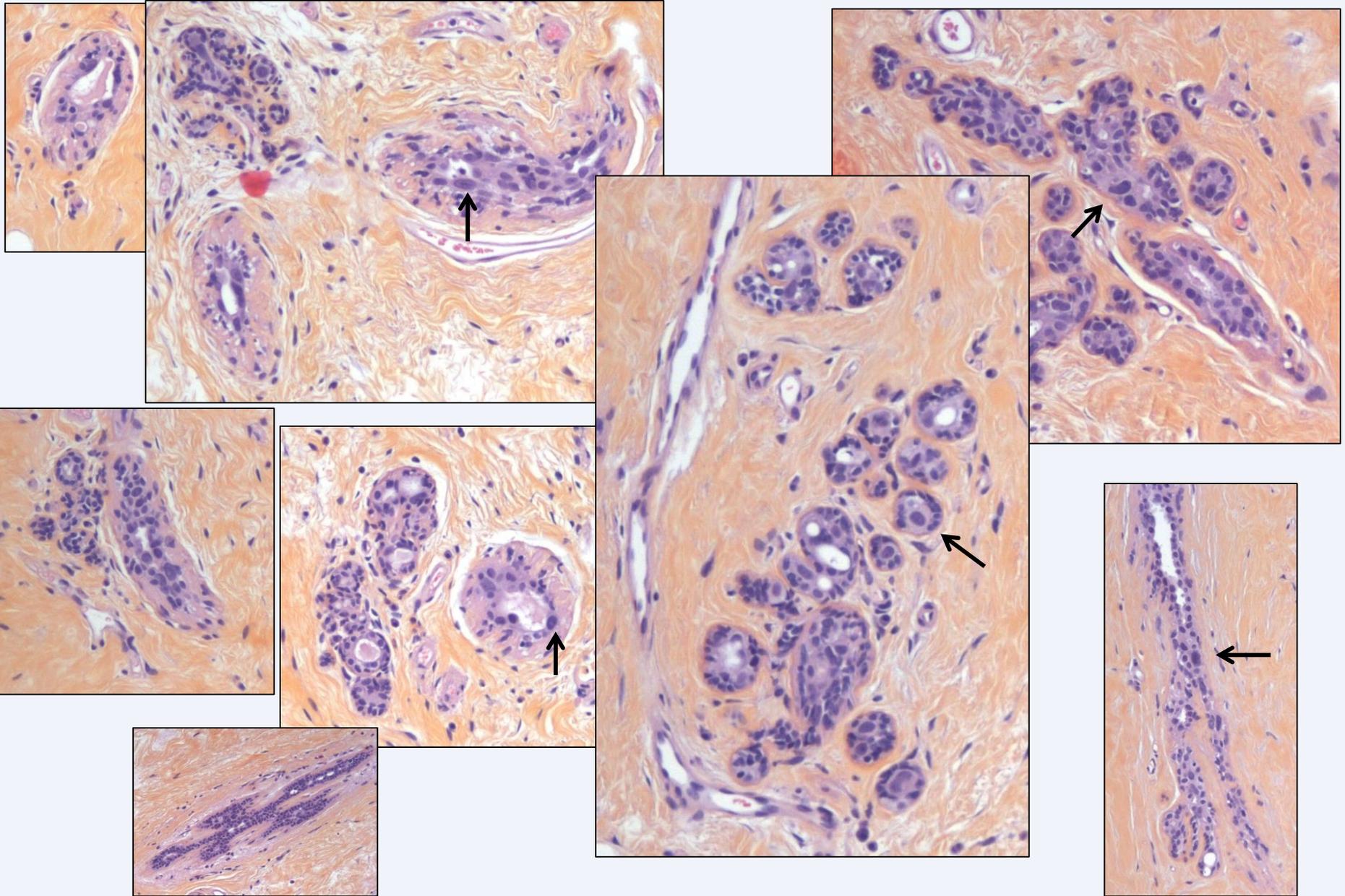
- Chaîne de soin : dialogue radiologue – anapath
- Exemples d'erreurs anapath possibles (pouvant être prévenues en amont):
 - Faux diagnostic de primitif mammaire
 - Faux diagnostic de carcinome in situ
 - Faux diagnostic d'adénose
 - Faux diagnostic de sarcoïdose ou de granulome tuberculeux
 - Erreur de diagnostic sur macrobiopsie

- Faux diagnostic de primitif mammaire (carcinome invasif SAI) ≠ métastase intra-mammaire (carcinome pulmonaire, ovarien etc...)
- Manque de notion d'ATCD de cancer



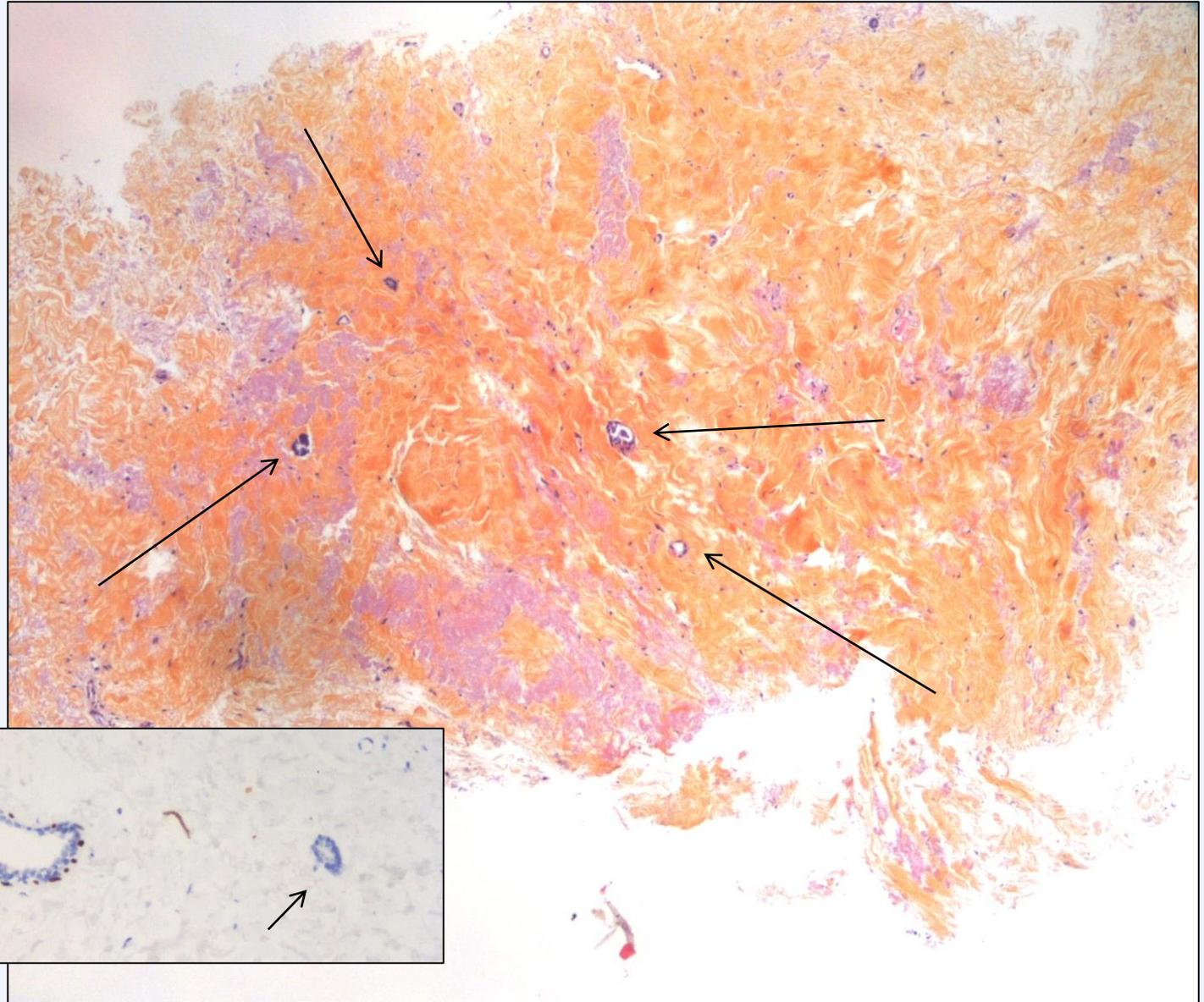
Métastase intra
mammaire d'un
carcinome
pulmonaire

- Faux diagnostic de carcinome in situ \neq dystrophie post-radiothérapie
- Manque de notion de radiothérapie antérieure



- Faux diagnostic d'adénose avec stroma élastosique \neq carcinome invasif traité par hormonothérapie

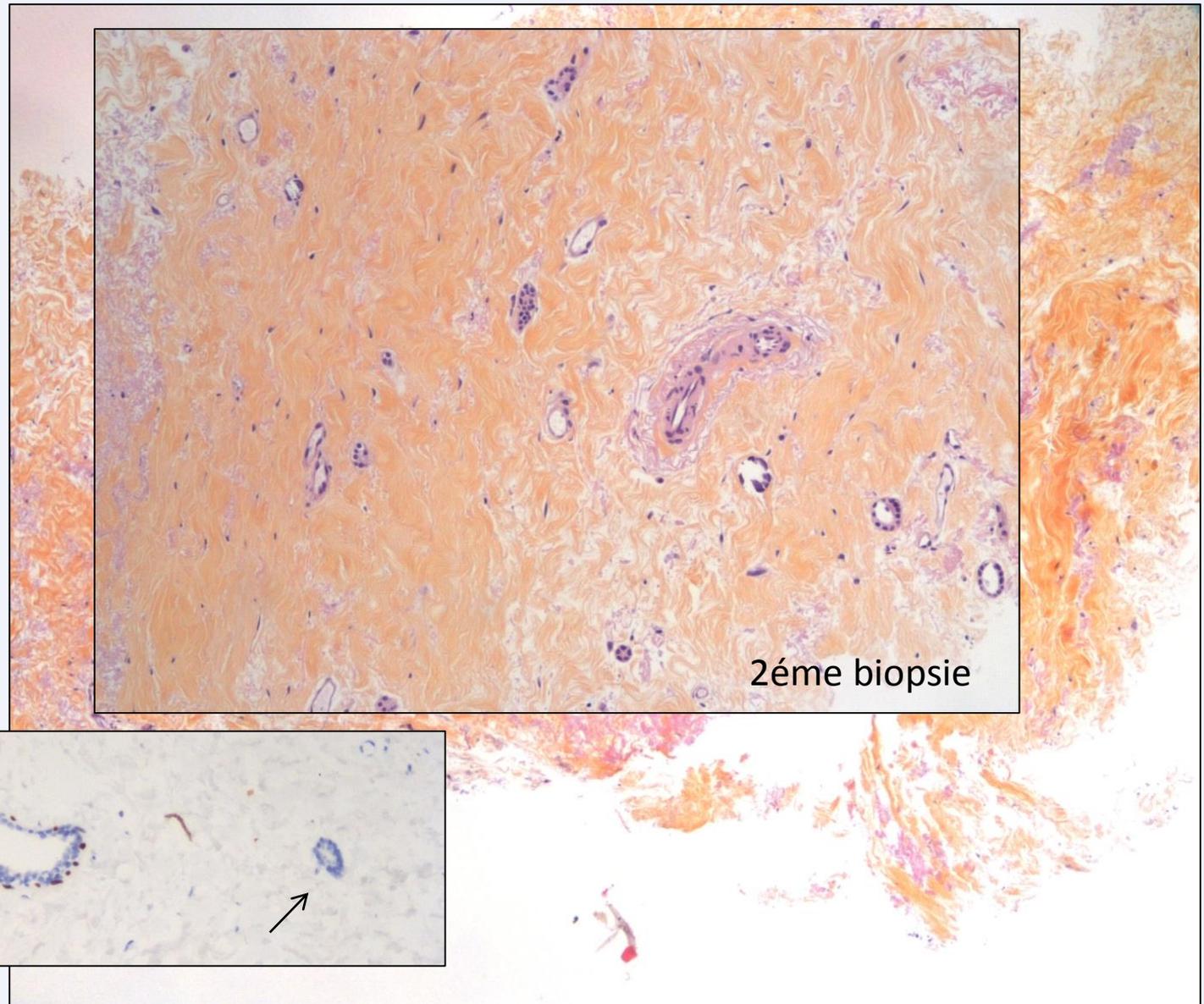
- Biopsie: adénose ou invasif?



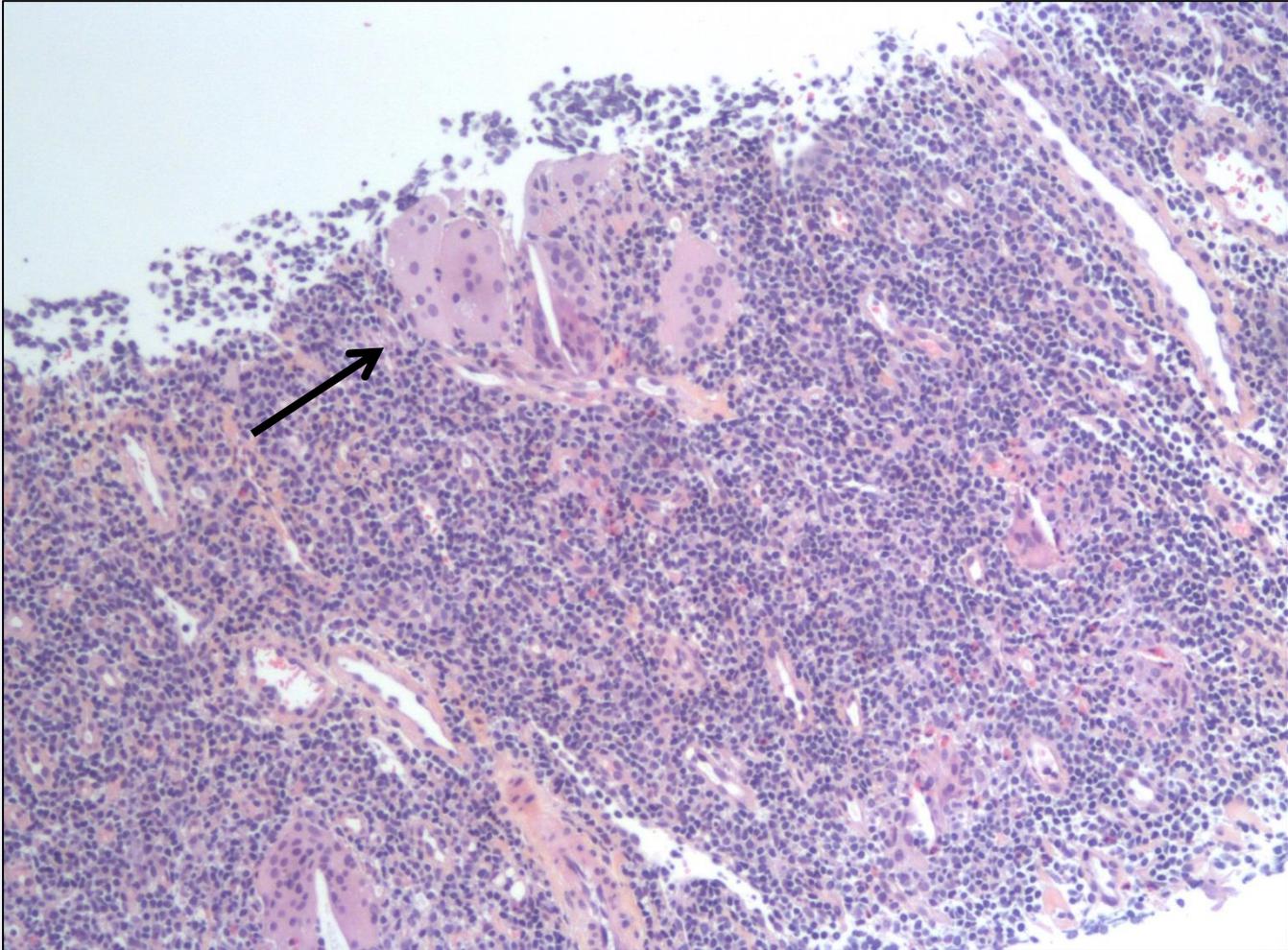
- Faux diagnostic d'adénose avec stroma élastosique ≠ carcinome invasif traité par hormonothérapie

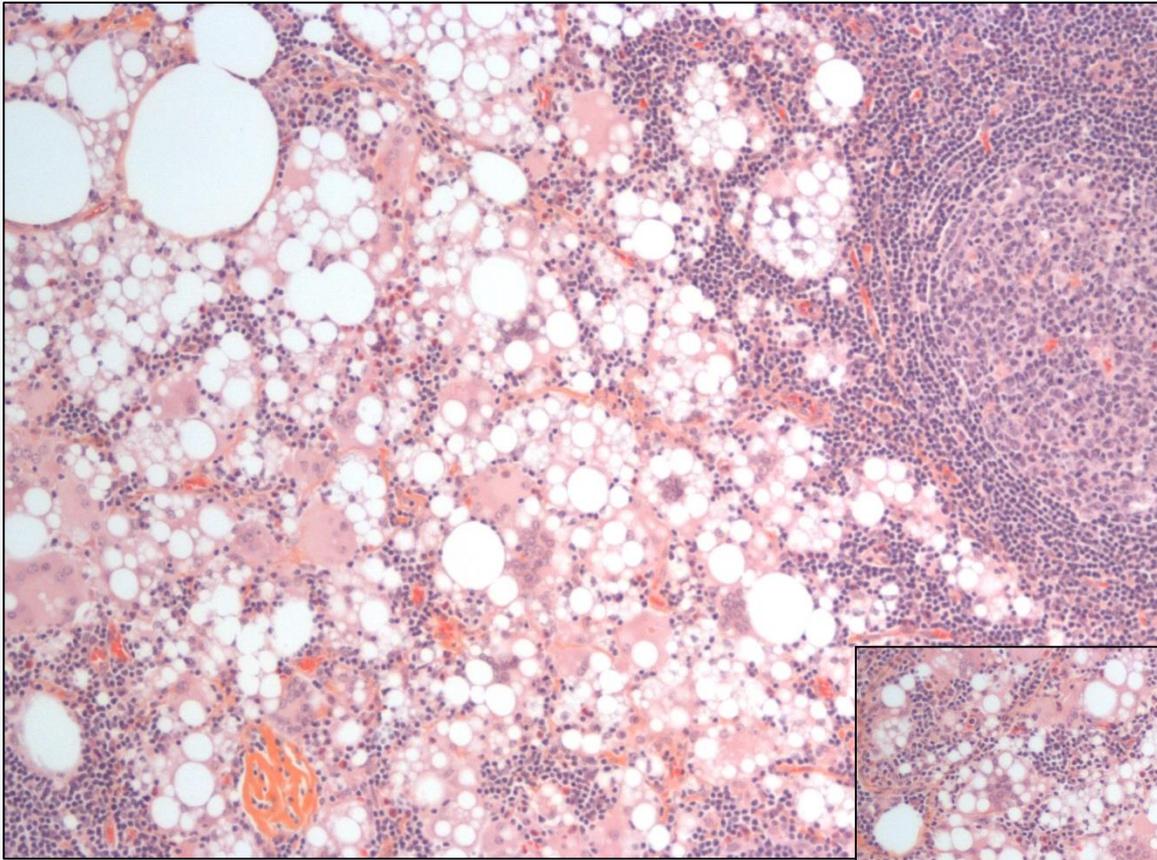
- Biopsie: adénose ou invasif?

- Carcinome invasif
- Manque de notion de ttt par hormonothérapie pour cancer controlatéral

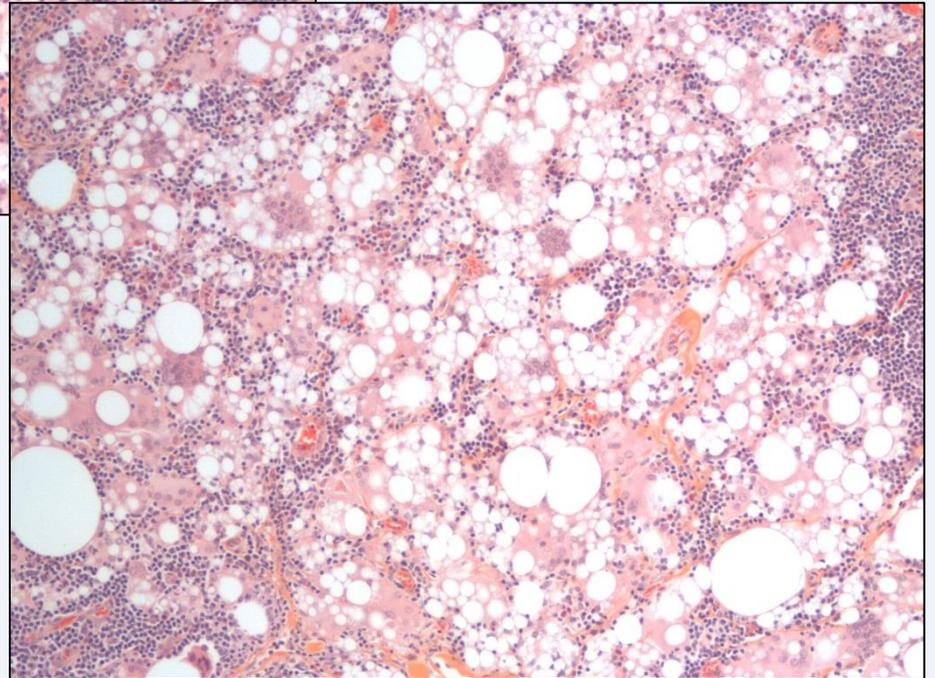


- Faux diagnostic de sarcoïdose ou de granulome tuberculeux dans un ganglion axillaire ≠ granulome à silicone lié à une rupture de prothèse mammaire
- Manque de notion de présence d'une prothèse mammaire

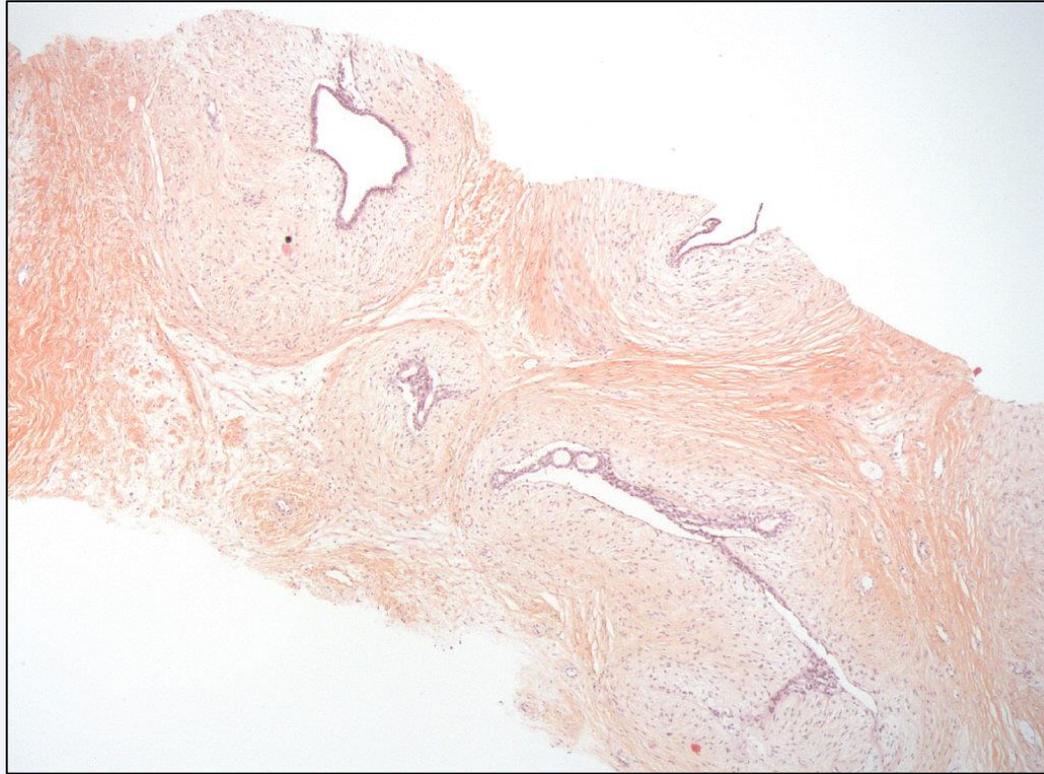




Granulome à silicone



- Erreur de diagnostic sur macrobiopsie par **manque de renseignements sur l'indication de biopsie**



Macrobiopsie : **aspect de fibro-adénome** sur certains fragments

- Diagnostic pouvant être retenu si **indication de la biopsie = nodule** → on peut s'arrêter là (pas de recoupes nécessaires)
- Mais si **indication de la biopsie = microcalcifications** (non vues sur 1ers niveaux) → recoupes, rechercher microcalcifications



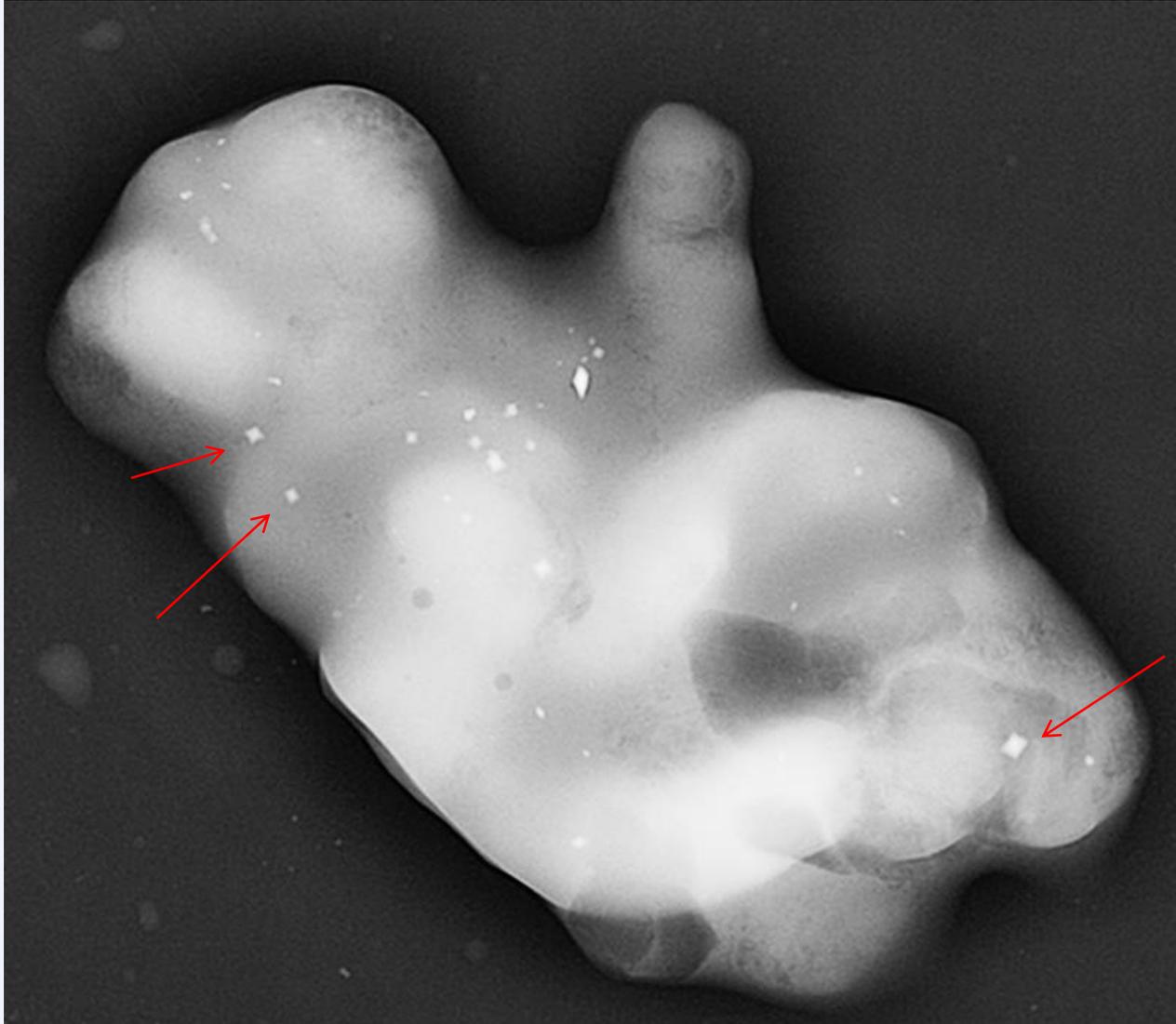
Hyperplasie
canalaire
atypique

Analyse des biopsies: différente en fonction indication

- Erreur de diagnostic sur macrobiopsie par manque de renseignements sur le type de microcalcifications observées
- Macrobiopsie: lésions de mastopathie fibrokystique refermant quelques microcalcifications

→ peut on retenir ce diagnostic?

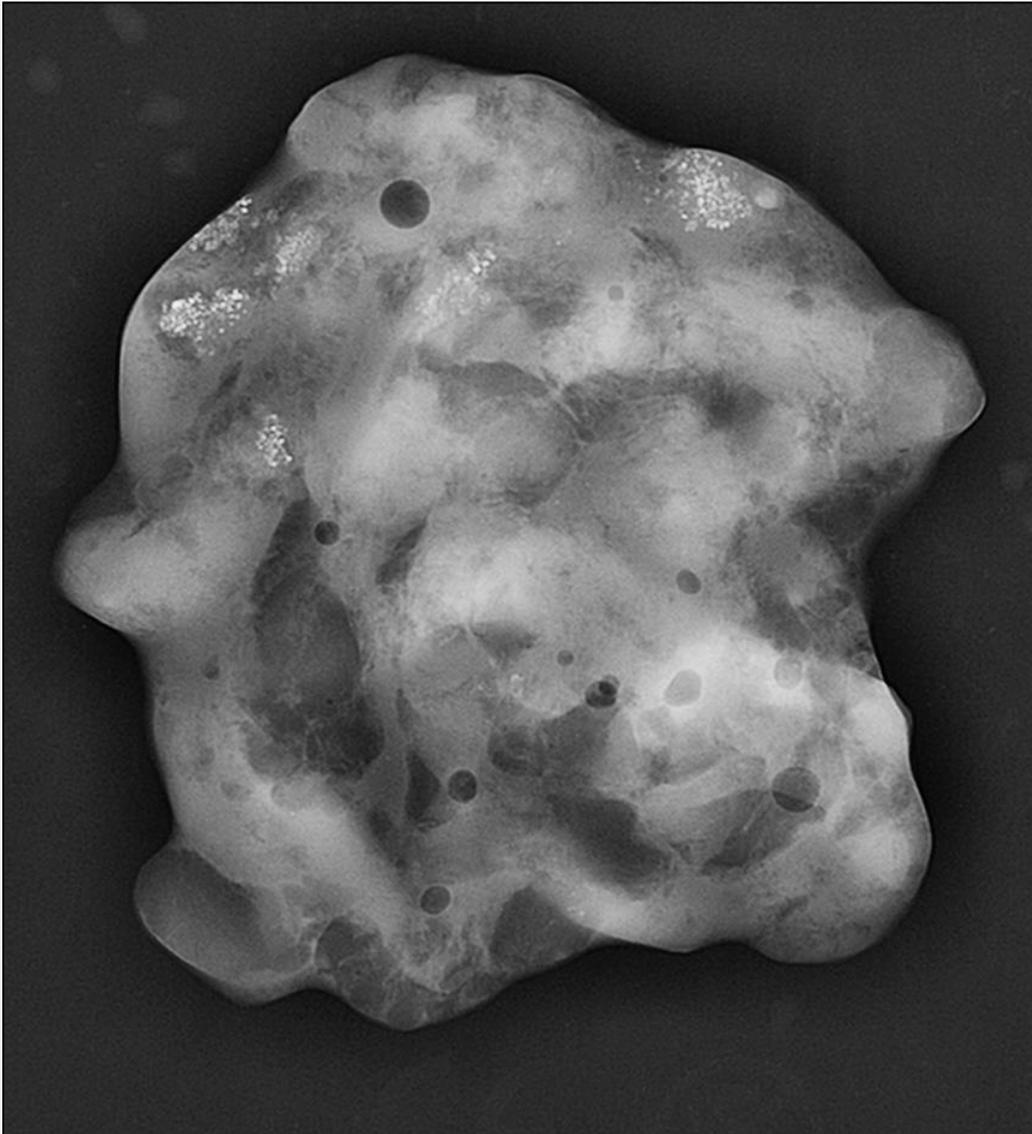
- Macrobiopsie: diagnostic de mastopathie fibrokystique?



Microcalcifications
de weddellite
(oxalate de
calcium)

↓
OK

- Macrobiopsie: diagnostic de mastopathie fibrokystique?

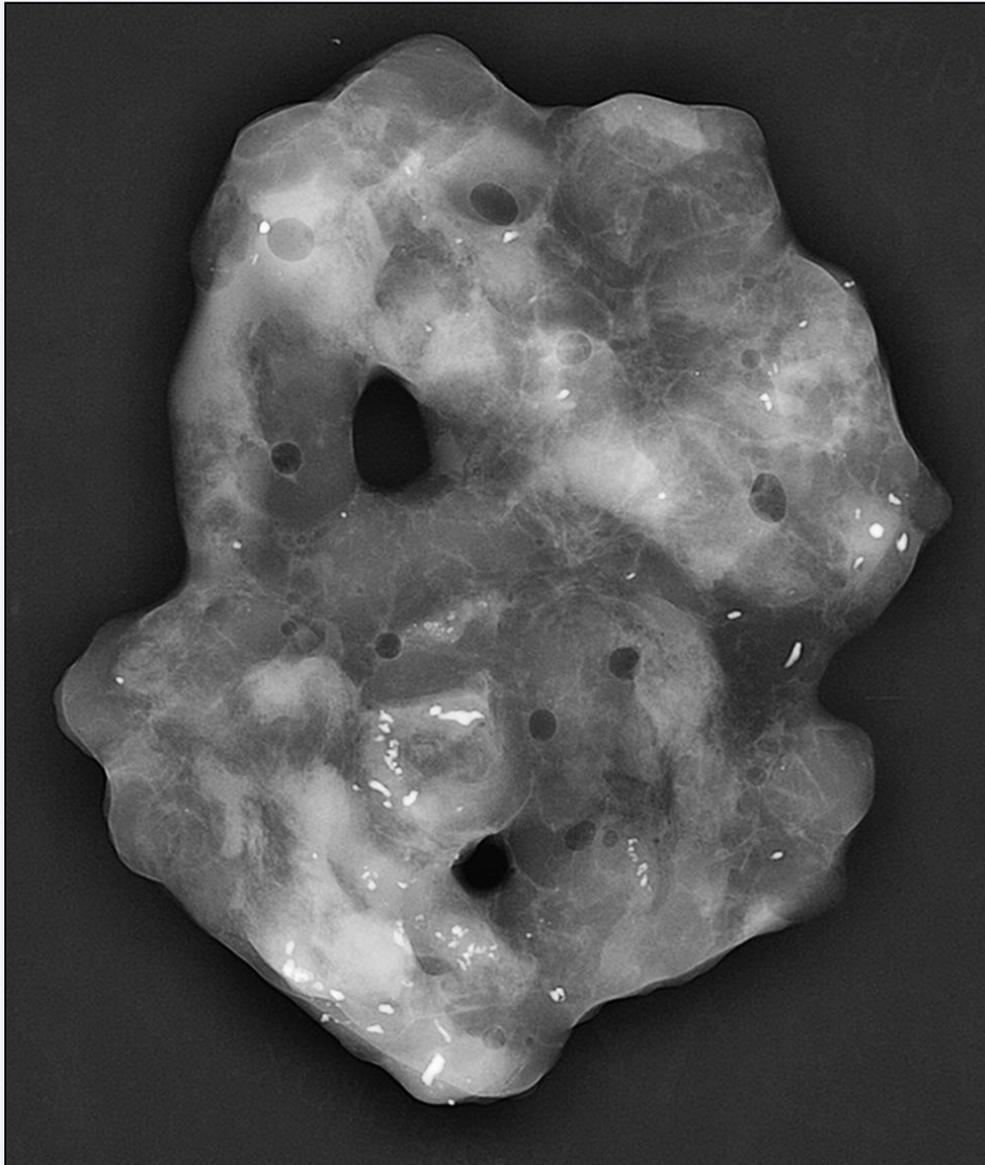


Microcalcifications
fines poussiéreuses



Possible

- Macrobiopsie: diagnostic de mastopathie fibrokystique?



Calcifications
grossières,
irrégulières



Non



Faire recoupes
Rechercher Carcinome In Situ



Biopsie

1) En amont = prévenir l'erreur

- **Barrières de prévention dans la chaîne de soins hors anapath:**
 - Renseignements cliniques +++++ (ATCDs) (+ au mieux : dossier médical informatisé)
 - Description radiologique précise (ACR, indication de biopsie (nodule, calcifications, réhaussement IRM) etc...)
 - Radiographie des biopsies réalisées pour microcalcifications
 - Biopsie d'une récurrence ou d'une métastase: caractéristiques complètes de la tumeur initiale (type histologique, RH, Her2) (cohérent?)



Biopsie

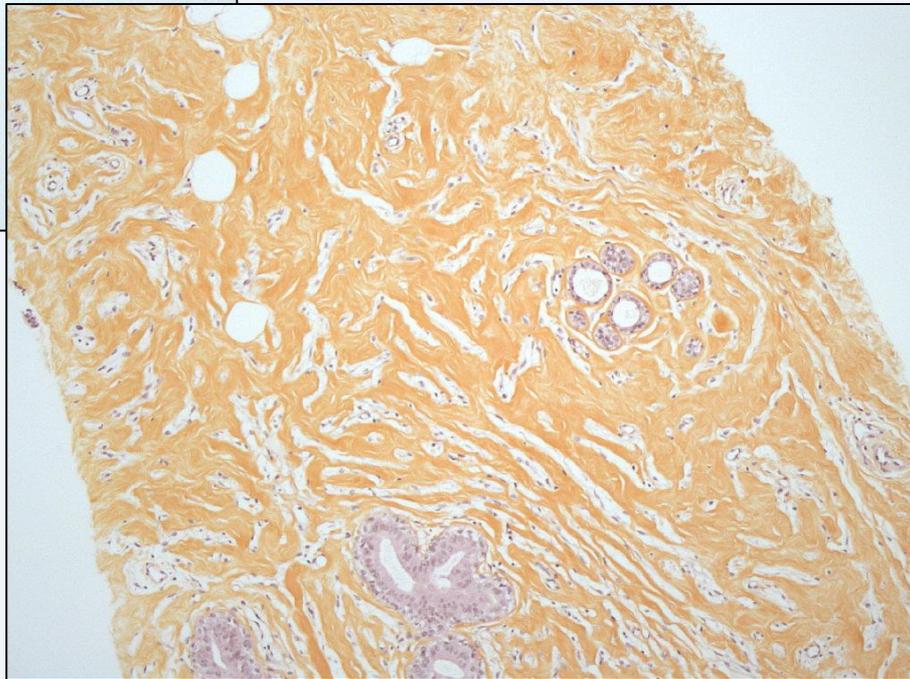
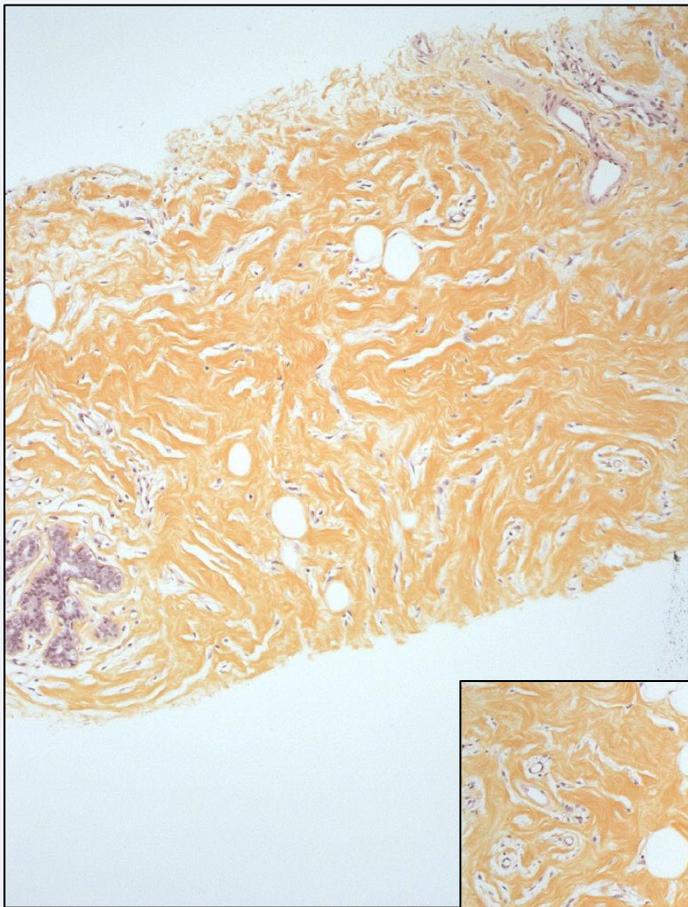
2) En aval = rattraper erreur



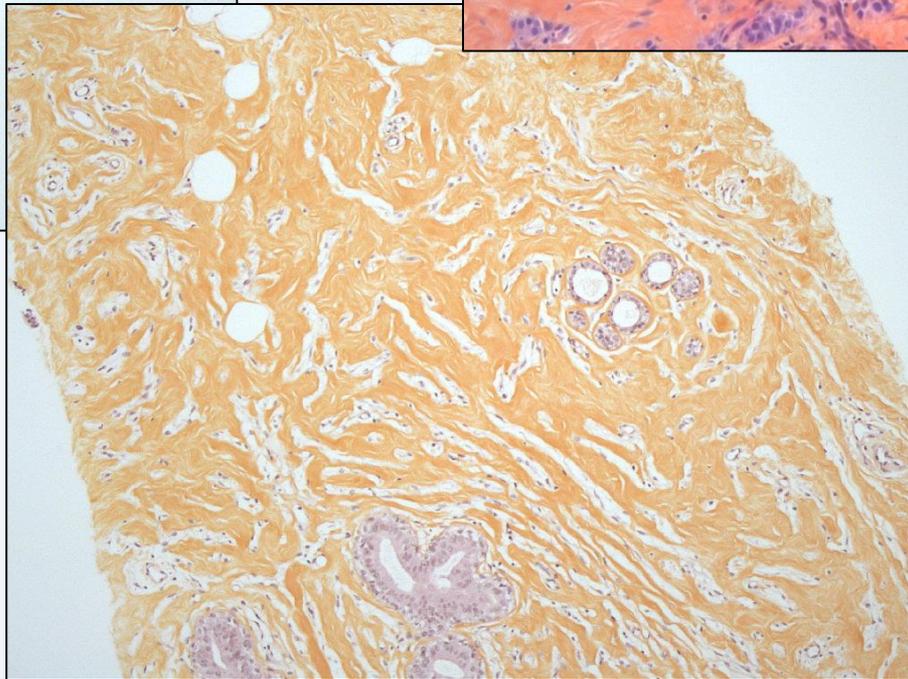
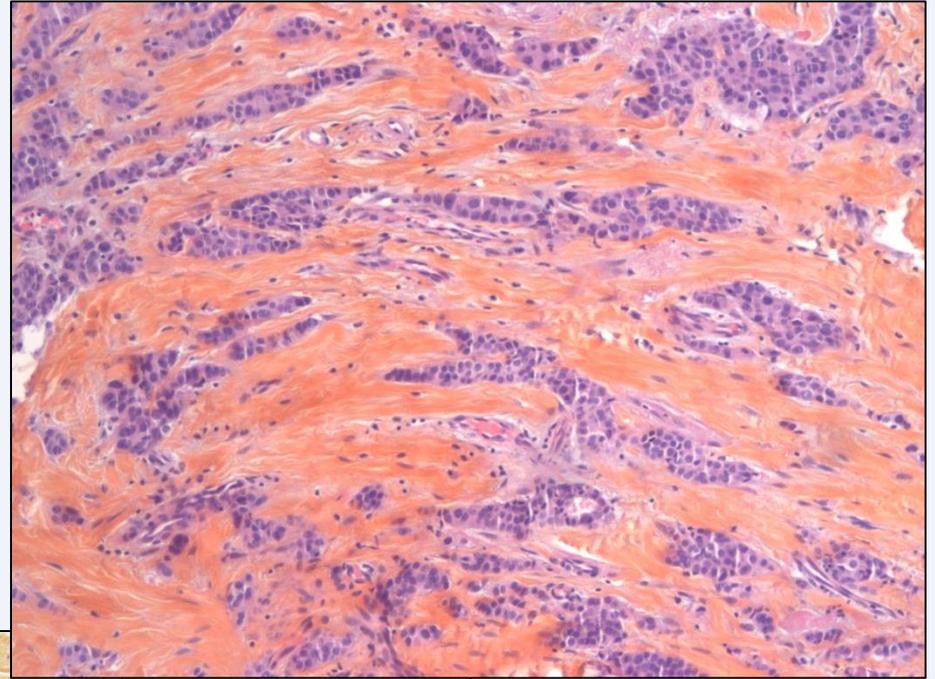
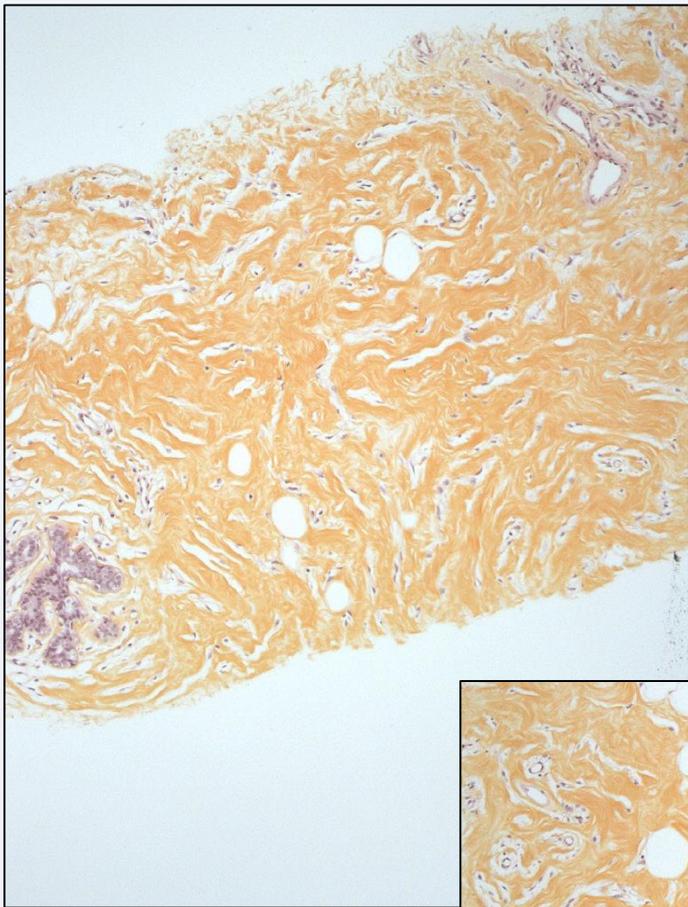
Biopsie

2) En aval = rattraper erreur

- **Chaine de soin** : communication anapath - cliniciens et autres anapath
- **Exemples d'erreurs** anapath possibles (pouvant être **rattrapées en aval**):
 - Faux négatifs / faux positifs pour les statuts RH et Her2 (problèmes techniques, problème de pré-analytique (durée de fixation, décalcification...), tumeur trop peu représentée)
 - Faux négatifs : mastopathie fibrokystique, PASH, tissu normal ≠ lésion maligne (problème de ciblage) *
 - Diagnostics erronés liés à des pièges « classiques »:
 - Tumeur à cellules fusiformes
 - Cicatrice radiaire/AS
 - Métaplasie cylindrique atypique, HCA
 - Carcinome invasif SAI SBR I triple négatif
 - Lésions papillaires



PASH
Hyperplasie
Stromale
Pseudo
Angiomateuse



PASH
Hyperplasie
Stromale
Pseudo
Angiomateuse



Biopsie

2) En aval = rattraper erreur

- **Chaine de soin** : communication anapath - cliniciens et autres anapath
- **Exemples d'erreurs** anapath possibles (pouvant être **rattrapées en aval**):
 - Faux négatifs / faux positifs pour les statuts RH et Her2 (problèmes techniques, problème de pré-analytique (durée de fixation, décalcification...), tumeur trop peu représentée)
 - Faux négatifs : mastopathie fibrokystique, PASH, tissu normal ≠ lésion maligne (problème de ciblage)
 - Diagnostics erronés liés à des pièges « classiques »:
 - Sur-diagnostic de Métaplasie cylindrique atypique, d'HCA ≠ Métaplasie cylindrique simple, Hyperplasie épithéliale (diagnostic complexe)
 - Carcinome invasif SAI SBR I triple négatif ≠ carcinome adénoïde kystique ou carcinome sécrétoire
 - Tumeur à cellules fusiformes *
 - Cicatrice radiaire/AS *
 - Lésions papillaires *



Biopsie

2) En aval = rattraper erreur

- **Chaine de soin** : communication anapath - cliniciens et autres anapath
- **Exemples d'erreurs** anapath possibles (pouvant être **rattrapées en aval**):
 - Faux négatifs / faux positifs pour les statuts RH et Her2 (problèmes techniques, problème de pré-analytique (durée de fixation, décalcification...), tumeur trop peu représentée)
 - Faux négatifs : mastopathie fibrokystique, PASH, tissu normal ≠ lésion maligne (problème de ciblage)
 - Diagnostics erronés liés à des pièges « classiques »:
 - Sur-diagnostic de **Métaplasie cylindrique atypique**, d'HCA ≠ **Métaplasie cylindrique simple, Hyperplasie épithéliale** (diagnostic complexe)
 - **Carcinome invasif SAI SBR I triple négatif** ≠ **carcinome adénoïde kystique ou carcinome sécrétoire**
 - Tumeur à cellules fusiformes *
 - Cicatrice radiaire/AS *
 - Lésions papillaires *

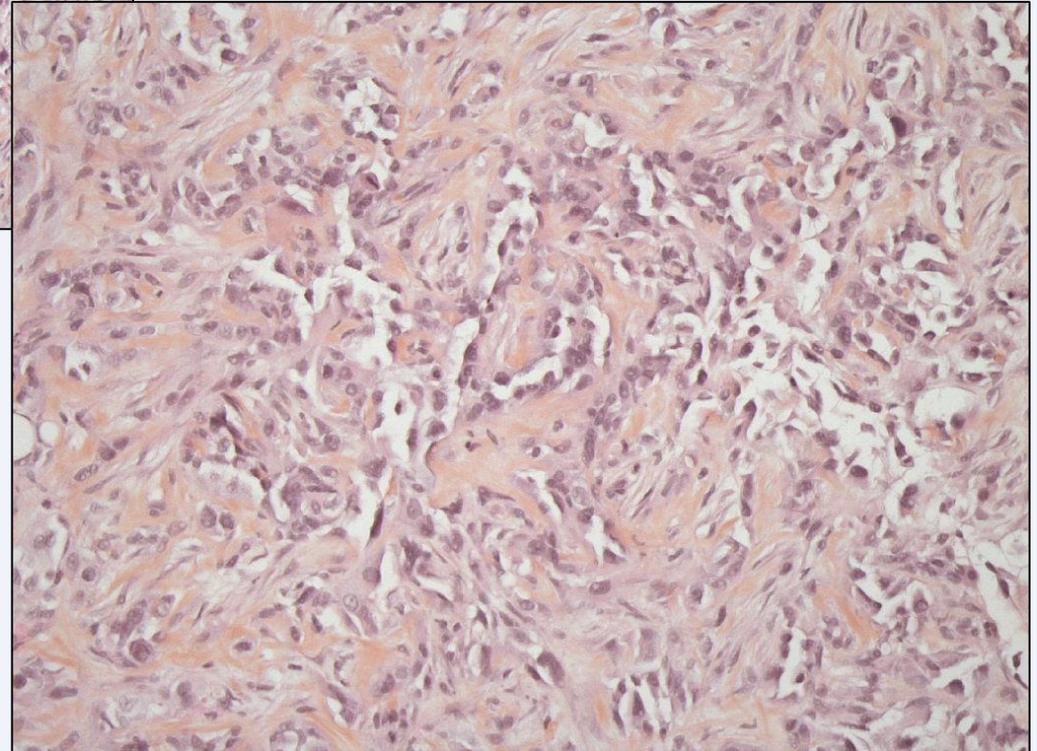
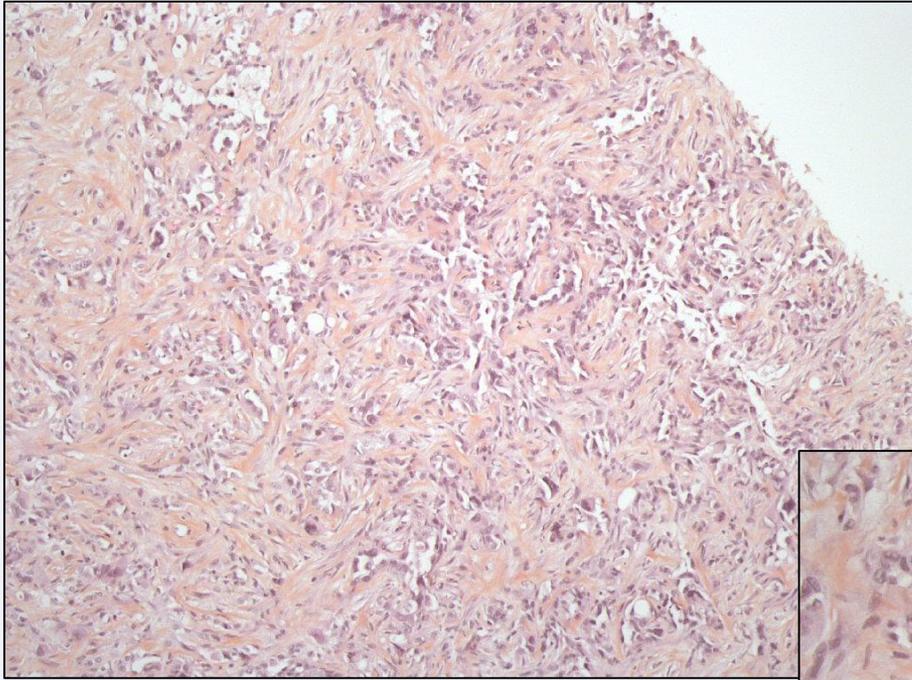


Biopsie

2) En aval = rattraper erreur

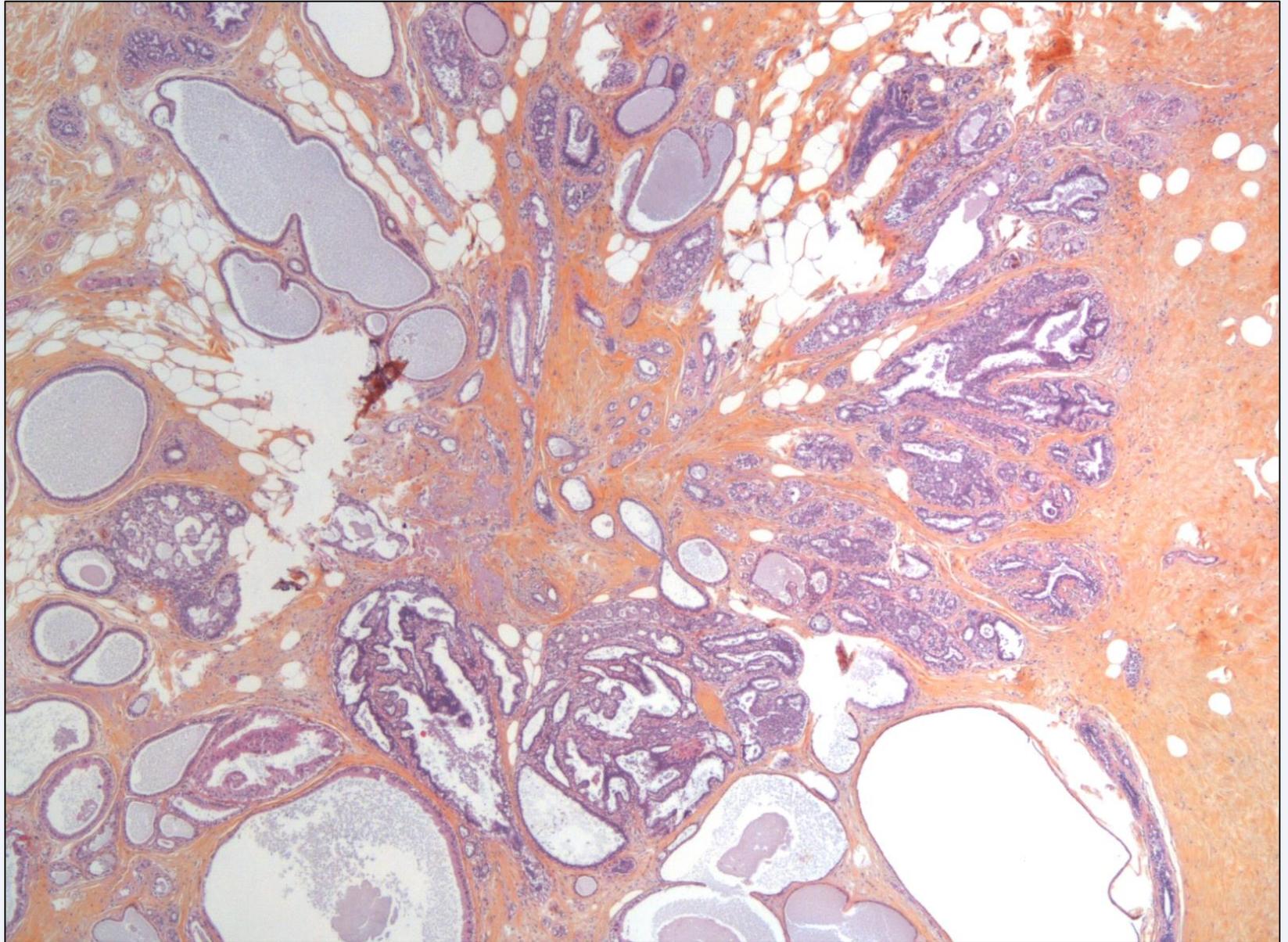
- **Chaine de soin** : communication anapath - cliniciens et autres anapath
- **Exemples d'erreurs** anapath possibles (pouvant être **rattrapées en aval**):
 - Faux négatifs / faux positifs pour les statuts RH et Her2 (problèmes techniques, problème de pré-analytique (durée de fixation, décalcification...), tumeur trop peu représentée)
 - Faux négatifs : mastopathie fibrokystique, PASH, tissu normal ≠ lésion maligne (problème de ciblage)
 - Diagnostics erronés liés à des pièges « classiques »:
 - Sur-diagnostic de **Métaplasie cylindrique atypique**, d'HCA ≠ **Métaplasie cylindrique simple, Hyperplasie épithéliale** (diagnostic complexe)
 - **Carcinome invasif SAI SBR I triple négatif** ≠ **carcinome adénoïde kystique ou carcinome sécrétoire**
 - Tumeur à cellules fusiformes *
 - Cicatrice radiaire/AS *
 - Lésions papillaires *

Tumeur à cellules fusiformes: sarcome ≠ carcinome métaplasique

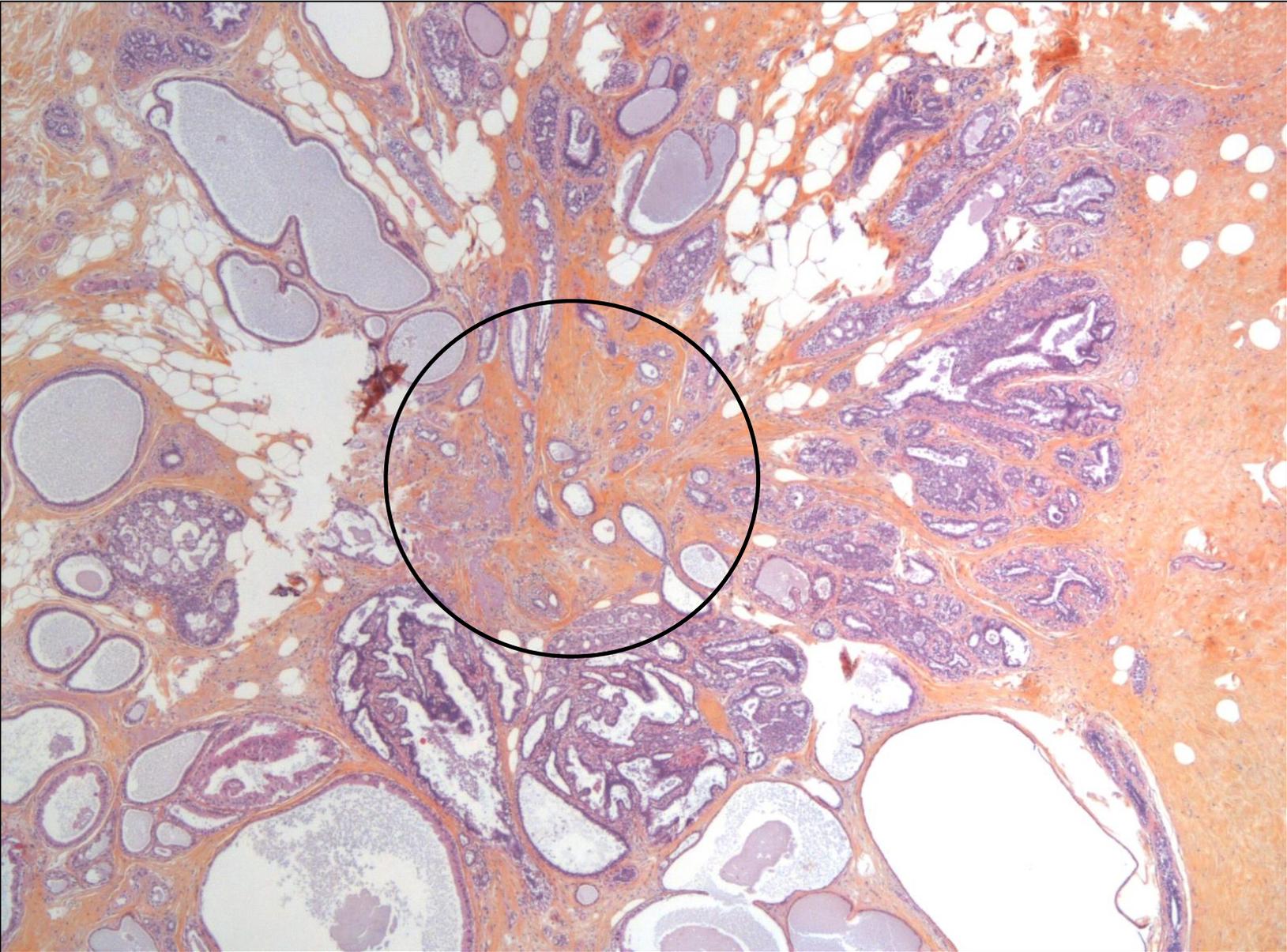


Carcinome avec aspects pseudo
angiosarcomateux

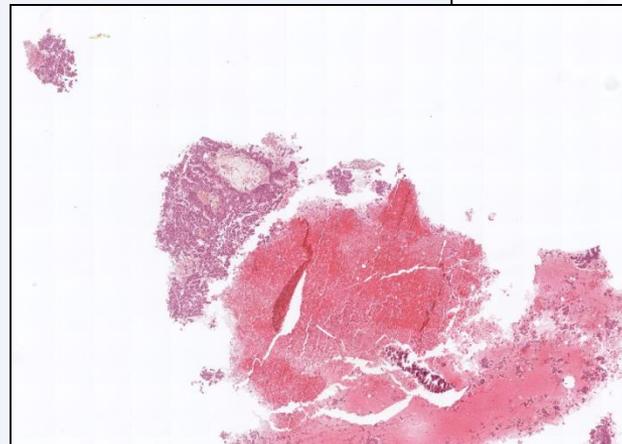
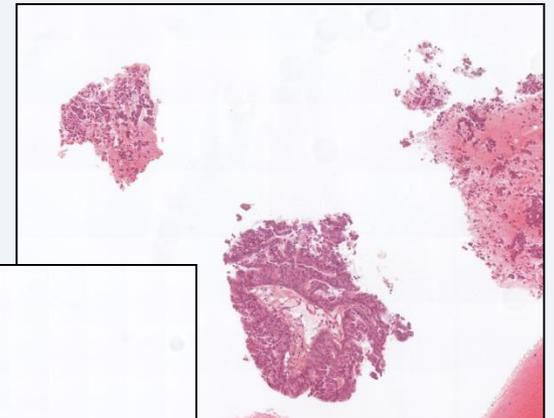
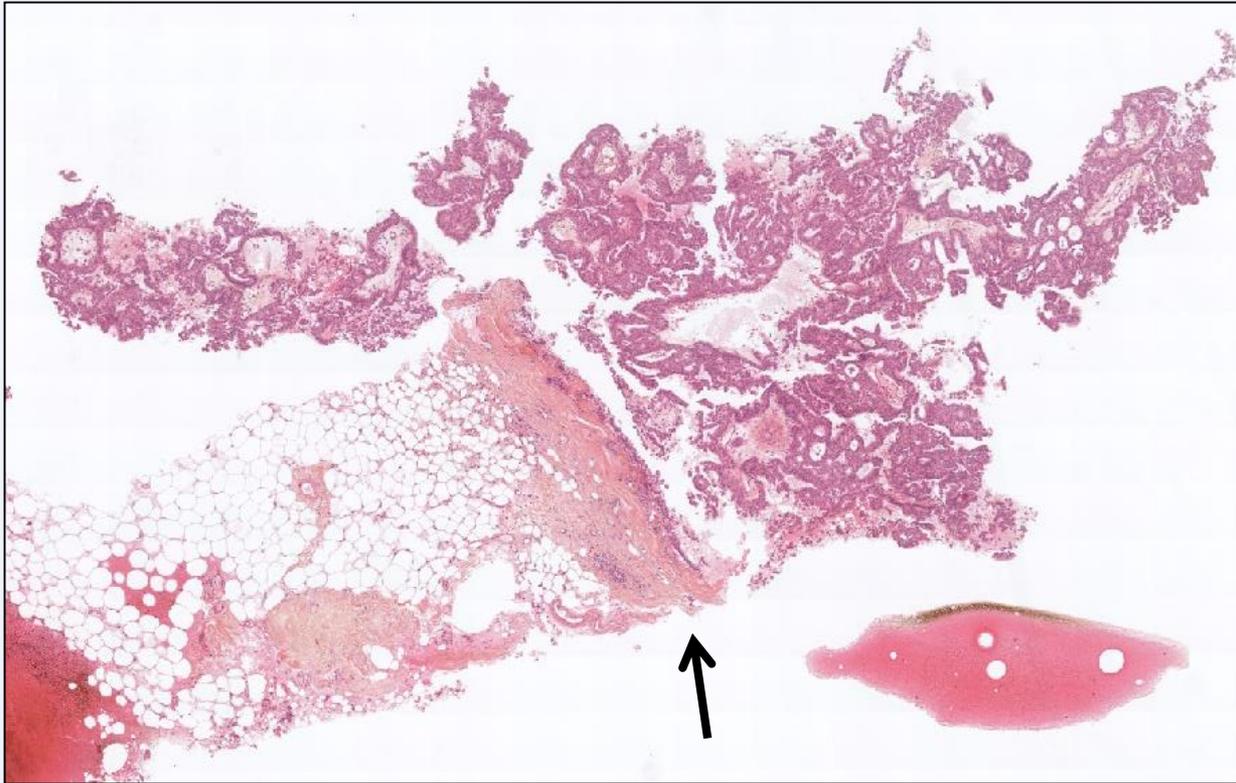
Carcinome tubuleux \neq Cicatrice radiaire/AS



Petits tubes, raréfactions des cellules myoépithéliales et donc de P63, CK5/6, CK14



Lésions papillaires: **carcinome invasif** ≠ **carcinome papillaire encapsulé**



P63 et CK14
totalement
négatives



Biopsie

2) En aval = rattraper erreur

- **Barrières de prévention** dans la chaîne de soins hors anapath:
 - Pour anapath:
 - Dans compte-rendu anapath, émettre **réserves sur qualité ou quantité** du matériel si nécessaire
 - Demander **relecture, avis d'expert** (hors structure ou intra structure) si doute diagnostique
 - Connaissance par les cliniciens des « pièges classiques » rencontrés en anapath pour pouvoir être alertés
 - Rester en alerte sur discordances anatomo-radiologiques :
 - Ex: image **ACR5** et diagnostic de mastopathie fibro-kystique
 - Ex: **calcifications typiques de CIS** et diagnostic mastopathie fibro-kystique
 - Parfois discordance réelle:
 - **Nodule très bien limité** (comme un ganglion intra mammaire)= carcinome médullaire
 - **Nodule** = CIS pseudo nodulaire, PASH
 - **Image stellaire** mimant un invasif = cicatrice radiaire / lésion sclérosante complexe



Biopsie

2) En aval = rattraper erreur

- Rester en alerte sur discordances anatomo-cliniques :
 - Ex: métastase ganglionnaire et sarcome ou tumeur phyllode (carcinome métaplasique?)
 - Ex: patiente très jeune et diagnostic de tumeur phyllode (fibroadénome juvénile?)
- Rester en alerte sur statuts RH et Her2:
 - Carcinome invasif SAI SBR I et Her2 + : faux positif ?
 - Carcinome invasif SAI SBR I et RH - : faux négatif? Autre diagnostic (carcinome adénoïde kystique, carcinome sécrétoire) ?
- RCP pré-thérapeutique



Pièce opératoire



Pièce opératoire

1) En amont = prévenir l'erreur



Pièce opératoire

1) En amont = prévenir l'erreur

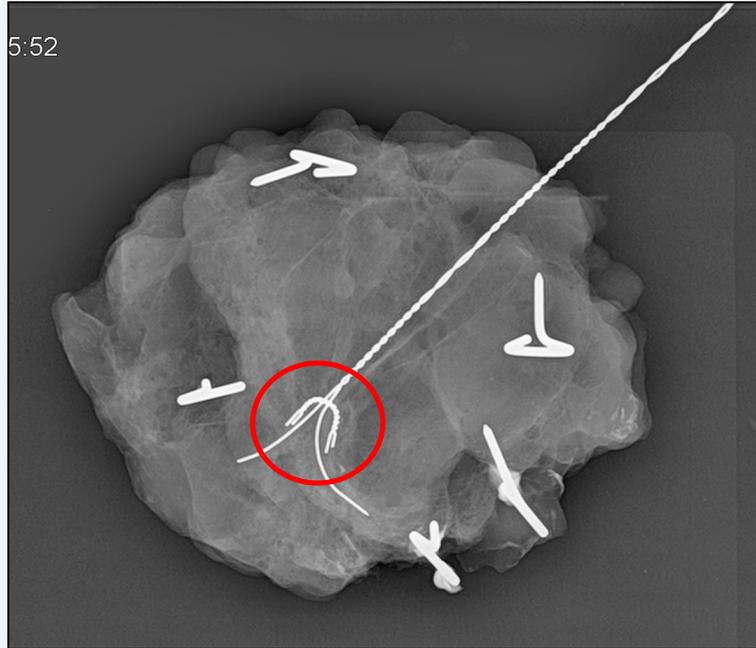
- Chaîne de soin : **anapath - cliniciens**
- **Exemples d'erreurs** anapath possibles (pouvant être **prévenues en amont**):
 - Ex: **inversion renseignements cliniques** entre deux patientes → mastectomie **post-chimiothérapie** (alors que non) → dans compte-rendu anapath: ypTNM, Sataloff, Chevallier, RCB...
 - Ex: **reliquat tumoral non retrouvé après chimiothérapie** par prélèvements mal ciblés (**clip** non retrouvé)
 - Ex: **faux négatif sur les berges chirurgicales** par échantillonnage de la pièce inapproprié au contexte (contexte de **CIS extensif** non connu)
- **Barrières de prévention**:
 - Renseignements cliniques +++ (ATCD d'autre cancer, traitement néo-adjuvant, CIS extensif sur biopsie ou sur mammographie, taille de la tumeur avant traitement néo-adjuvant...)
 - Résultats de la biopsie initiale (CIS extensif sur biopsie?)
 - Radiographie de la pièce en cas de clip, en cas de CIS avec microcalcifications *



Pièce opératoire

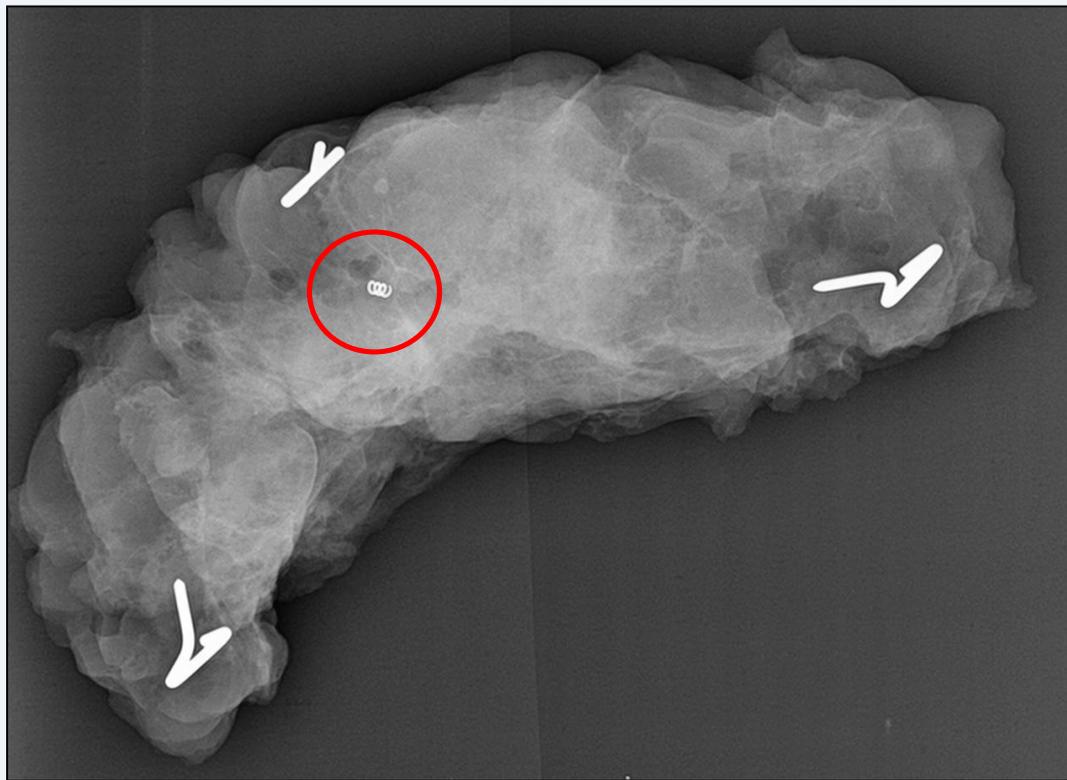
1) En amont = prévenir l'erreur

- Chaîne de soin : **anapath - cliniciens**
- **Exemples d'erreurs** anapath possibles (pouvant être **prévenues en amont**):
 - Ex: **inversion renseignements cliniques** entre deux patientes → mastectomie post-chimiothérapie (alors que non) → dans compte-rendu anapath: ypTNM, Sataloff, Chevallier, RCB...
 - Ex: **reliquat tumoral non retrouvé après chimiothérapie** par prélèvements mal ciblés (clip non vu)
 - Ex: **faux négatif sur les berges chirurgicales** par échantillonnage de la pièce inapproprié au contexte (contexte de CIS extensif non connu)
- **Barrières de prévention**:
 - Renseignements cliniques +++ (**ATCD** d'autre cancer, **traitement néo-adjuvant**, **CIS extensif** sur biopsie ou sur mammographie, **taille de la tumeur** avant traitement néo-adjuvant, présence ou non d'un **clip** de repérage etc...)
 - Résultats complets de la biopsie initiale (**CIS extensif** sur biopsie?)
 - Radiographie de la pièce en cas de clip, en cas de CIS avec microcalcifications *



Clip

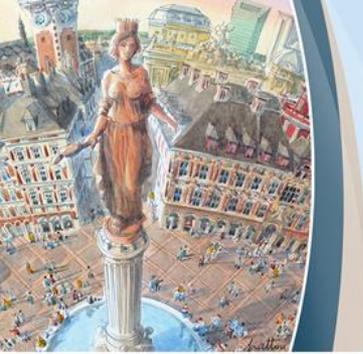
Coil





Pièce opératoire

2) En aval = rattraper erreur



Pièce opératoire

2) En aval = rattraper erreur

- Chaîne de soin : **anapath – cliniciens** et **anapath – autres anapath**
- **Exemples d'erreurs** anapath possibles (pouvant être **rattrapées en aval**):
 - Tumeur non retrouvée sur la pièce opératoire:
 - **Cas clinique** (Dr Patrick Michenet)
 - Ex: **patiente avec contexte d'abcès mammaires** récidivant depuis plusieurs années / Biopsie: carcinome invasif / Sur PO: foyers de remaniements inflammatoires sans lésion tumorale infiltrante ou in situ / En fait sur microbiopsie: lobules normaux inclus dans l'abcès, avec dystrophie
 - **Compte-rendu anapath mal interprété**
- **Barrières de prévention**:
 - **Anapath** :
 - Si cas particulier avec conséquences importantes (ex: tumeur non retrouvée sur la pièce opératoire, divergence diagnostic initial - diagnostic final): contacter directement le/les clinicien(s) pour s'assurer que l'information est bien passée
 - C/R standardisés



Pièce opératoire

2) En aval = rattraper erreur

- Chaîne de soin : **anapath – cliniciens** et **anapath – autres anapath**
- **Exemples d'erreurs anapath possibles (pouvant être rattrapées en aval):**
 - Tumeur non retrouvée sur la pièce opératoire:
 - **Cas clinique** (Dr Patrick Michenet)
 - Ex: **patiente avec contexte d'abcès mammaires** récidivant depuis plusieurs années / Biopsie: carcinome invasif / Sur PO: foyers de remaniements inflammatoires sans lésion tumorale infiltrante ou in situ / En fait sur microbiopsie: lobules normaux inclus dans l'abcès, avec dystrophie
 - **Compte-rendu anapath mal interprété**
- **Barrières de prévention:**
 - **Anapath :**
 - Si cas particulier avec conséquences importantes (ex: tumeur non retrouvée sur la pièce opératoire / divergence diagnostic initial - diagnostic final): **contacter directement le/les clinicien(s)** pour s'assurer que l'information est bien passée
 - **C/R standardisés** pour meilleure compréhension



Pièce opératoire

2) En aval = rattraper erreur

- Avant tout traitement (RT, HT, CT) et avant chaque acte:
 - récupérer compte-rendu anapath, complet (ne pas se contenter simple retranscription dans courrier) → vérifier qu'il y a bien diagnostic d'invasif + résultats RH HER2
 - vérifier conclusions de la RCP
- Attendre le résultat définitif avant traitement, en cas: de relecture, d'immunohistochimie, de biologie moléculaire (HIS)... et pas de traitement au moindre doute diagnostique.
- Rester en alerte sur discordances anatomo-cliniques :
 - Si mauvaise réponse à un traitement néo-adjuvant pour tumeur triple négative ou HER2+ par ex: refaire statuts RH, HER2? (sur la biopsie ou PO)
 - Mauvaise réponse à chimiothérapie de carcinome : lymphome ? Métastase intra-mammaire d'un autre primitif?
 - Apparition ou découverte dans second temps d'un autre primitif: s'agissait-il au départ d'une métastase intra mammaire?
- En cas de doute ou de discordance (anapath, cliniciens): revoir biopsie initiale
- RCP post-thérapeutique (avec participation d'un anapath) barrière de prévention +++++



RCP (textes)

Annexe 2 de 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

ANNEXE II

PRINCIPES GÉNÉRAUX ET MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT DES RÉUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE (MESURE 31 DU PLAN CANCER)

Les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) sont aujourd'hui considérées non seulement comme le lieu de la discussion diagnostique et thérapeutique mais aussi comme un vecteur d'échanges de grande valeur pédagogique entre les professionnels, permettant également d'effectuer une analyse du bénéfice risque et de la qualité de vie pour le patient, dont il sera informé lors de la remise de son programme personnalisé de soins (PPS).

Plusieurs termes différents sont actuellement utilisés pour désigner les modalités de cette concertation. Ils recouvrent des réalités différentes : UCP, UCPS, RCP. Le terme de réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) doit désormais être retenu pour faire référence à ce concept de pluridisciplinarité lié à la décision thérapeutique.

Principes de fonctionnement des RCP :

- tous les dossiers des patients atteints de cancer doivent être enregistrés par le secrétariat de la RCP ;
 - quel que soit le traitement initial envisagé, chirurgie, radiothérapie, ou chimiothérapie, les dossiers qui doivent être obligatoirement discutés en RCP avant mise en route du traitement sont ceux qui ne relèvent pas de référentiels validés et actualisés (standards) ou dont le réexamen s'impose chaque fois qu'il y a un changement significatif d'orientation thérapeutique.
 - les dossiers qui répondent à une procédure standard de prise en charge, ayant fait l'objet d'un accord pluridisciplinaire, traduite par un référentiel de pratique clinique validé et actualisé, peuvent, pour ne pas retarder l'acte thérapeutique, ne pas faire l'objet d'une discussion initiale en RCP ; ces dossiers sont enregistrés ; les situations qui répondent à ce standard sont définies par le réseau régional de cancérologie ;
 - 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 ;
 - les soins de support sont intégrés dans l'organisation des RCP.
- Des procédures de contrôle, interne et externe, sont obligatoirement mises en place dans le cadre du 3C pour vérifier le respect de ce processus pour chaque patient ainsi que l'adéquation des dossiers discutés en RCP. Ce taux d'adéquation et son évolution constitueront un des indicateurs qualité du rapport d'activité demandé aux centres de coordination en cancérologie.

L'organisation des RCP doit prévoir :

1. Des fiches pré-remplies pour gagner du temps (cf. fiche expérimentée sur le dossier communiquant en cancérologie) ;
2. Une fréquence de réunions préétablie ;
3. Un quorum de base pour chaque type d'organe, prévoyant au minimum 3 spécialités différentes dont un oncologue, un chirurgien et un radiologue.

Lorsque le praticien propose au patient de ne pas appliquer l'avis de la RCP mais de recourir à un autre traitement, il doit pouvoir le justifier et il est nécessaire de le mentionner dans le dossier. La portée des décisions individuelles des médecins dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire s'analyse au regard de l'article 64 du code de déontologie médicale.

« l'organisation des RCP doit prévoir un quorum de base pour chaque type d'organe, prévoyant au minimum 3 spécialités différentes dont un oncologue, un chirurgien et un radiologue. »

→ pathologiste non obligatoire



RCP

- Mais: présence de l'anapath = importante
- Anapath :
 - Correction erreurs « de frappe » (pT2 au lieu de pT1c, N0 au lieu de N1a etc...)
 - Prendre note de ce qui est demandé par cliniciens: RH, HER2, Ki67, UPA/PAI1 etc...
 - « Traduction » compte-rendu de pathologie, s'assurer que bien compris par cliniciens
 - Vision différente du cas si autre anapath que celui qui a dicté: pourra être alerté par incohérences dans C/R
 - Participer à la décision thérapeutique



Conclusion

- Connaissance du travail, des difficultés des autres spécialités
- Anapath: ne pas avoir peur de se remettre en cause
- Cliniciens: rester vigilant (avec bienveillance)
- Communication intra et inter-spécialités+++
(au mieux contact DIRECT)

- « Le travail individuel permet de gagner un match mais c'est l'esprit d'équipe et l'intelligence collective qui permet de gagner la coupe du monde » *Aimé Jacquet*
- « En travaillant ensemble et réunissant nos richesses nous pouvons accomplir de grandes choses » (By working together and bringing our wealth, we can accomplish great things) *Ronald Reagan*
- « Pour qu'un château de cartes s'écroule, il suffit d'en retirer une seule » *Dominique Muller (Les Filles prodigues)*
- « Aucun d'entre nous n'est plus intelligent que l'ensemble d'entre nous » (None of us is as smart as all of us) *Kenneth Blanchard*



Merci