



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



Les nouveaux parcours en oncologie thoracique en 2017

The new clinical management in thoracic oncology in 2017

**D. Moro-Sibilot^{1,*}, C. Audigier-Valette², M. Gaj Levra¹,
L. Ferrer¹, H. Flesch¹, A.C. Toffart¹**

¹Unité d'oncologie thoracique, Service de pneumologie, PTV CHU Grenoble Alpes, CS 10217 38043 Grenoble cedex, France

²Service de pneumologie, Hôpital Sainte Musse, 54 Rue Henri Sainte-Claire Deville, 83100 Toulon, France

MOTS-CLÉS

Cancer bronchique ;
Concertation
multidisciplinaire ;
Médecine
personnalisée ;
Traitements ciblés

KEYWORDS

Lung cancer;
Molecular tumor
board;
Personalized
medicine;
Targeted therapies

Résumé

Le traitement des cancers non à petites cellules métastatiques a évolué de la chimiothérapie vers des approches nouvelles basées sur le profil moléculaire de la tumeur pour certains patients et le renforcement de l'immunité pour les autres. Ainsi cette complexité croissante et cette multidisciplinarité ont été une des justifications des RCP. De plus, l'obtention de profils moléculaires a introduit des données complexes dans le processus décisionnel des stratégies de routine clinique. L'organisation des soins a été adaptée dans les centres de traitement du cancer à ces nouvelles thérapeutiques. Cet article revoit certains des aspects nouveaux de ces organisations.

© 2017 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Treatment for metastatic non-small-cell lung cancer is evolving from the use of cytotoxic chemotherapy to personalized treatment based on molecular alterations in some patients and to the harnessing of the immune system in the others. Therefore, due to its complexity and multidisciplinarity, cancer care is increasingly being delivered by multidisciplinary tumor boards. Furthermore, it is now possible to study complex genomic alterations in cancer using next-generation sequencing and this has led to the incorporation of these complex data into routine clinical practice. Within many major cancer centers, molecular tumor boards and clinics dedicated to the new approaches are organized. We review in the current article some of the important changes that took part in the improvement of the care of lung cancer patients.

© 2017 SPLF. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : dmoro-sibilot@chu-grenoble.fr (D. Moro-Sibilot).

Introduction

Depuis 2003, plusieurs plans cancer se sont succédés. Le premier de 2003 à 2007 a mis en place les bases d'une première stratégie globale de lutte contre le cancer, le plan 2009-2013 a introduit la notion de prise en charge personnalisée. Le plan cancer 2014-2019 a pour ambition de donner à chacun, partout en France, les mêmes chances de guérir et de mettre plus rapidement encore les innovations au service des malades. Les acquis de ces plans cancer sont incontestables, ils ont par leurs points forts permis une meilleure structuration et organisation de la cancérologie en France. La recherche clinique, les collections biologiques et tumorothèques, les plateformes de biologie moléculaires du cancer ont été dynamisées ou favorisées par ces plans et sont maintenant une vitrine de la cancérologie française. D'autres objectifs souhaitables des plans cancer intéressant l'annonce ou le parcours du patient ont été mis en place mais ont souffert d'un contexte économique ne permettant pas leur plein essor et la situation en termes d'infirmières d'annonce ou d'infirmières de parcours et de coordination reste très hétérogène d'un établissement de santé à l'autre et parfois même d'un service à l'autre du même établissement. Dans cet article et au-delà d'un bilan global plutôt positif de ces plans successifs, nous ferons une analyse de certains aspects tels que l'analyse des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) en France et dans le monde et leur évolution, l'organisation des plateformes de biologie moléculaire, la médecine génomique et les RCP moléculaires et enfin le domaine peu connu des tumorothèques et collections tumorales.

Les réunions de concertation pluridisciplinaire

Les RCP (mesure 31 du plan cancer I) ont été définies comme « un lieu d'échanges entre spécialistes de plusieurs disciplines sur les stratégies diagnostiques et thérapeutiques en cancérologie ». Cette mesure précisait que 100 % des nouveaux patients atteints de cancer puissent bénéficier d'une concertation pluridisciplinaire autour de leur dossier, non seulement au début de leur maladie mais aussi lors des rechutes et changement de traitements. Pour la haute autorité de santé (HAS), la RCP s'impose pour la prise de décision de tous les malades atteints d'un cancer. Les tutelles ont de leur côté, choisi une approche incitative pour favoriser les RCP et seule une circulaire ministérielle à caractère non contraignant a initié l'organisation des RCP dans les structures et établissement de soins.

Un certain nombre de recommandations ont permis d'organiser les RCP de façon assez homogène sur le territoire avec des indications assez précises sur les participants, leur nombre, la traçabilité de toutes les décisions, le nom du médecin référent qui doit assurer le suivi de la décision (explication au patient et organisation de la prise en charge).

Au fur et à mesure des années, le dogme imposant la présentation de tous les dossiers s'est émoussé devant le principe de réalité imposé par le très grand nombre de patients. Ainsi il est maintenant souhaité que 100 % des

nouveaux patients atteints de cancer soient enregistrés, introduisant ainsi la notion de situations « habituelles » dans le cadre d'un référentiel établi (ce référentiel doit être connu et son nom indiqué dans la fiche de RCP), et de situations complexes ou de prise en charge multidisciplinaire ou la discussion du dossier s'impose. En cas de situation clinique faisant l'objet d'une prise en charge standard de validité incontestable, celle-ci peut être mise en route sans attendre une réunion de concertation, mais le dossier devra être ultérieurement présenté pour être entériné et cette prise en charge enregistrée et archivée.

En janvier 2016, l'INCA et l'agence des systèmes d'informations partagés de santé (ASIP Santé) ont publié un document informatisé réunissant les données minimales médicales, administratives, et organisationnelles requises lors des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) en cancérologie. L'INCA et l'ASIP Santé mettent à disposition la version 2.0 du volet « fiche de réunion de concertation pluridisciplinaire » (FRCP) de cancérologie, qui formalise les éléments minimaux requis à l'établissement de la proposition thérapeutique émise à l'issue d'une RCP.

L'intérêt des RCP est l'objet de nombreuses études et publications de valeur variable (Tableau 1). L'étude de Keating [1] discutée dans un éditorial du même numéro du Journal of the National Cancer Institute [2] remet en cause l'intérêt des RCP et leur impact sur la qualité des soins, la mortalité et la survie dans des structures très spécialisées dédiées exclusivement à la prise en charge des cancers. L'éditorial associé critique l'étude de Keating et suggère plutôt que l'abandon pur et simple des RCP, leur amélioration. Dans une revue, l'équipe de M Riquet [3] revoit les indications de présentation en RCP et identifie certaines des difficultés et des risques des RCP.

Clairement l'impact positif d'une RCP sur les soins dépend de la bonne préparation de celle-ci, de la présence réelle d'une expertise médicale et d'une gouvernance adéquate de la réunion et d'une organisation laissant le temps de l'interaction entre les participants. Une mention est particulièrement faite sur la sélection des dossiers ce qui va à l'appui de certaines recommandations actuelles. L'aide de dispositifs de vidéoconférence peut être proposé pour les structures plus modestes où toutes les compétences et expériences dans la prise en charge des cancers ne sont pas disponibles. Les RCP sont un lieu adapté pour le partage des connaissances, la diffusion des référentiels de bonne pratique, le partage d'information sur les essais cliniques en cours [4]. L'impact de la RCP est bien entendu à contrebalancer avec ses coûts et ses critiques potentielles. Pour le CHU de Grenoble qui est un établissement de taille moyenne, le temps médical dédié aux RCP représentait en 2008 l'équivalent de 3 équivalents temps plein de praticien hospitalier, ce chiffre est important si on le place en parallèle des délais de consultation ou de mise en place des traitements [5]. L'impact de la RCP sur le délai du traitement est controversé dans la littérature. Abbo [6] met en évidence un retard statistiquement significatif au traitement alors que Freeman [7] note une réduction du délai diagnostic/traitement lié à la RCP. L'impact sur les paramètres de survie et le pronostic est variable selon les études qui sont toutes observationnelles et en majorité rétrospectives (Tableau 1). Si les aspects positifs des RCP sur la formation médicale continue et le partage de connaissance

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8820671>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8820671>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)