Résultats d'une étude prospective sur la prise en charge multidisciplinaire des cancers des voies aérodigestives supérieures

Results of a prospective study on multidisciplinary care of head and neck cancer

Yacine AMOURACHE[1], Sadek DOUCHE[2], Taha FILALI[3], Hocine BOUNECER[4]

1. Service ORL et chirurgie cervico-faciale CHU Bab Eloued, Alger - Algérie.

2. Faculté de médecine de Annaba - Algérie.

3. Faculté de médecine de Constantine- Algérie.

4. Faculté de médecine de Batna - Algérie.

Correspondance à :
Yacine AMOURACHE
amouracheyacine@yahoo.fr

DOI:https://doi.org/10.48087/BJMSoa.2018.5115

Il s'agit d'un article en libre accès distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution International License **(CC BY 4.0)**, qui autorise une utilisation, une distribution et une reproduction sans restriction sur tout support ou format, à condition que l'auteur original et la revue soient dûment crédités.

RÉSUMÉ

Objectif : Les cancers ORL, de la face et du cou, ont fait l'objet, dans le cadre de prise en charge multidisciplinaire (PECMD), de quelques travaux notamment européens et américains. Une étude prospective sur l'approche pluridisciplinaire de ces cancers, dans notre pays (Algérie), nous a paru intéressante à réaliser afin de déterminer l'impact de la pluridisciplinarité sur la PEC des patients et sur les pratiques professionnelles. **Matériel et méthodes :** Notre structure multidisciplinaire a assuré le recrutement des patients (fiche technique préétablie), a organisé et a veillé sur le bon fonctionnement des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) afin de faire bénéficier de la qualité de PECMD, à ces patients. L'évaluation et la discussion des résultats intéressent, d'une part, le fonctionnement des RCP et leur impact sur les pratiques professionnelles et d'autre part, la qualité de PECMD des patients dans son aspect épidémiologique, diagnostique et thérapeutique. **Résultats** : Le taux de patients recrutés est de 52,80 %. Le nombre de patients traités sur les 2 ans d'étude est de 147 cas. Le délai de PEC de nos patients se révèle assez performant (de 12 à 21 jours). Sur le plan épidémiologique, notre étude fournit des données précises concernant notamment les nouveaux cas de cancer et les récidives, leur localisation et leur sous-localisation. Sur le plan diagnostique, la PECMD améliore la précision diagnostique et redresse d'éventuels erreurs. Sur le plan thérapeutique, la PEC MD est sensée améliorer le traitement et la survie des patients ainsi que les coûts des différentes thérapeutiques. **Conclusion :** Le mode de PECMD serait plus habilité à prendre en charge les patients en cancérologie, mais faute d'une bonne organisation des soins, de moyens et de support législatif, son existence et sa pérennité sont vouées à l'échec.

Mots-clés : Cancers VADS, multidisciplinarité, évaluation, moyens, démarche-qualité.

ABSTRACT

Objectives: Head and neck cancers, have been the object, within the frame of multidisciplinary support, of some work and publications notably European and American ones. A prospective study of the multidisciplinary approach to these cancers, in our country (Algeria), seemed original and interesting to be conducted in order to determine the impact of the multidisciplinary approach on quality-care of patients and on professional practice. **Material and methods**: Our multidisciplinary structure managed patients' recruitment (predatasheet-based), organized and introduced them to the multidisciplinary consultation meetings (MCM) which were run properly, and made patients benefit from the quality of multidisciplinary care. Evaluation and discussion of the results will be of interest to the functioning of multidisciplinary consultation meetings and their impact on professional practices on one hand, and the quality of the multidisciplinary support of patients in its epidemiology, diagnosis and therapy, on the other hand. **Results:** The rate of patients benefitting from the multidisciplinary mode was 52.80%. The delay to cancers care for our patients was quite efficient (12 to 21 days). Epidemiologically, our study provides accurate data especially concerning new cases of cancer and recurrence, locations and sub-locations according to the International Classification of head and neck cancers. On the diagnostic point of view, the MCM improves the accuracy of diagnosis and rectifies potential errors. Therapeutically, the MCM is supposed to improve the treatment and survival of patients and the costs of various therapies.

Keywords: Head and neck cancer, multidisciplinary care, skills assessment, resources, process-quality.

Introduction

Depuis longtemps, il était apparu que la collaboration entre professionnels de santé de spécialités différentes était une des bases de la pratique médicale en cancérologie. On reconnaît à Claudius REGAUD (1870 - 1940) d'avoir énoncé dès 1926 les bases de la pluridisciplinarité en cancérologie, en disant, qu'il ne saurait y avoir désormais d'organisation sérieuse de la thérapie du cancer, sans concentration des ressources et sans coordination des compétences, d'où le concept de pluridisciplinarité ou multidisciplinarité et cela fait partie intégrale de l'organisation des soins pour une meilleure prise en charge des patients atteints de cancer ; c'est aussi, l'un des axes principaux des différents plans de lutte contre le cancer.

À travers le monde, dans différents pays, surtout depuis les années 90 du siècle passé, on a constaté l'émergence de structures multidisciplinaires (MD) sous différentes dénominations : *Multidisciplinary management of cancer patients, Multidisciplinary Care Teams, Multidisciplinary (Interdisciplinary) clinical meeting* et *tumor boards* aux USA [1,2]. En Europe, pour la France et les pays francophones on retrouve les termes de comités, d'unités ou de centres pluridisciplinaires [3] ; en Grande Bretagne, en Allemagne, en Suisse, en Hollande et dans certains pays arabes on retrouve surtout les termes anglo-saxons.

Ces structures MD localisées dans des centres agréés pour la prise en charge (PEC) des cancers sont spécialisées par organe, organisent des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) en faisant participer des spécialistes et des experts intervenant dans le diagnostic et la décision thérapeutique des patients cancéreux ; elles permettent de disposer en conséquence d'une base de données considérable pouvant être exploitée par différentes études, institutions ou organismes [3,4]. Des structures MD, dites transdisciplinaires ou interdisciplinaires d'ordre international ou national pour des prises en charge très spécifiques telles que les essais cliniques, la thérapie des cancers rares, ont aussi émergé.

Un support législatif pour accompagner et pérenniser la pluridisciplinarité et ses structures s'est avéré indispensable. En France par exemple, depuis l'année 2005, les RCP sont devenues obligatoires par décret présidentiel [5] ; bien que d'énormes progrès aient été réalisés dans ce pays, on lance encore des appels à projets de recherche, concernant l'organisation des soins et la prise en charge qualitative, s'articulant autour des patients atteints de cancer.

Les cancers ORL, de la face et du cou ou les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), (*Head and Neck Cancer* pour les anglo-saxons) représentent 10 % de la totalité des cancers et sont classés au cinquième rang parmi les cancers pour leur incidence et au sixième rang quant à la mortalité par cancer [6]. Ces cancers ont fait l'objet, dans le cadre de la prise en charge multidisciplinaire (PEC MD) de quelques travaux et publications européennes [3,7] et américaines [1,8].

Une étude sur l'approche pluridisciplinaire des cancers des VADS, relevant de notre spécialité, nous a paru originale et intéressante à mener. C'est une étude prospective, intéressant la population du territoire hospitalier ou bassin de vie du centre hospitalo-universitaire (CHU) de Batna (Algérie).

La problématique soulève d'une part, la question de la structure multidisciplinaire et de son réseau avec la détermination des conditions de son bon fonctionnement et de sa pérennisation et d'autre part, la question de l'impact que peut avoir le mode de prise en charge multidisciplinaire des cancers des VADS, sur les pratiques professionnelles et sur la qualité de prise en charge des patients.

L'objectif principal de notre travail est de faire bénéficier à un maximum de patients présentant un cancer des VADS, provenant du bassin hospitalier du CHU de Batna, du mode de PECMD ainsi que l'évaluation et la promotion de ce type de PEC. Un des objectifs secondaires, aussi important, est celui de disposer d'une banque ou base de données informatique pour le suivi des patients, qui constituera, en outre, une source d'informations importantes pour des études épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques, socioéconomiques, pour les registres du cancer ainsi qu'à la recherche scientifique.

Nous rapportons les résultats de notre étude, soit une série de 141 cas de cancer des VADS, par PECMD, colligés par notre structure multidisciplinaire au niveau du centre anticancéreux (CAC) de Batna sur deux années. L'analyse des résultats est discutée à travers une revue de la littérature internationale.

Patients et méthodes

Patients

Le maillage géographique de la population à étudier est déterminé par le flux de patients, atteints d'un cancer des VADS (étude prospective), correspondant au territoire hospitalier du CHU de Batna (département de la ville de Batna : 1.108.000 habitants) ; c'est une population non sélectionnée. Il s'agit de patients présentant un cancer des VADS, dont les localisations et sous-localisations correspondent à la classification internationale des maladies CIM 10 : tumeurs de la cavité buccale, du pharynx comprenant : le rhinopharynx, l'oropharynx et l'hypopharynx (C00 - C14) ; tumeurs de l'œsophage cervical (C15) ; tumeurs des fosses nasales et des sinus de la face (C30 - C31) ; tumeurs du larynx (C32) ; tumeurs des glandes salivaires (C07 – C08) ; le stade de ces localisations correspond à la classification internationale des tumeurs malignes TNM.

Les patients inclus dans l'étude sont les patients présentant un cancer des VADS, à tous les stades de la maladie, de tout âge (adultes et enfants), touchant les deux sexes et provenant du bassin de vie du CHU de Batna : Patients présentant un cancer des VADS pour la première fois, Patients présentant une deuxième localisation de la même sphère des VADS, patients présentant une récidive ou une suspicion de récidive de cancer, patients en poursuite évolutive de la maladie, patients présentant un problème de diagnostic et patients nécessitant des soins palliatifs.

Les patients exclus de l'étude sont les patients présentant un cancer cutané de la face et du cou et un cancer thyroïdien, les patients au-dessus de toute thérapeutique et les patients qui refusent la PECMD.

Méthodes

C'est une étude prospective descriptive. La durée de l'étude est de deux années, du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2014. Notre structure multidisciplinaire dite unité de consultation multidisciplinaire en cancérologie des VADS (UCMC), localisée au niveau du centre anticancéreux (CAC) de Batna, comprend principalement un oncologue, un radiothérapeute, un spécialiste d'organe (ORL et chirurgie cervico-faciale), un anatomo-pathologiste, un radiologue et un Coordonnateur. L'unité fera appel éventuellement à d'autres spécialistes en cas de besoins. Pour le recrutement des patients, une campagne d'information sur l'UCMC et la PECMD des patients est faite au niveau du réseau de cette structure constituée de la clinique ORL et CCF (établissement public hospitalier), du CAC (service d'oncologie et service de radiothérapie) et du secteur libéral du territoire hospitalier du CHU de Batna, avec remise au corps médical de la fiche technique-patient (F.T) comprenant : le numéro de F.T, la date de RCP et le quorum, le nom du médecin référent, l'état civil et les coordonnées du patient, le motif de demande de RCP (décision thérapeutique ou diagnostique), les traitements antérieurs et les antécédents (pouvant influencer la prise en charge), les circonstances de découverte, le siège de la tumeur primitive, le compte rendu (CR) endoscopique, d'imagerie et anatomopathologique, le code CIM 10, la classification TNM et le stade tumoral, la décision ou la proposition thérapeutique. La F.T est récupérée lors du passage du dossier-patient en RCP, servant ainsi pour le recueil et l'analyse des données.

Organisation et fonctionnement des RCP : l'unité a organisé une RCP deux fois par mois et en cas de RCP supplémentaire, elle est dite RCP extraordinaire. Le rendez-vous d'inscription du dossier/patient à la RCP est donné par le coordonnateur. Avant la tenue de la RCP, les demandes de RCP avec les fiches des patients et leurs dossiers sont confiées au coordonnateur (secrétariat). Le nombre minimum de médecins présents à la RCP est dit quorum, le quorum pour les cancers du cavum est de 2 médecins (car la prise en charge du cancer du cavum est assez bien codifiée) par contre il est de 3 pour les autres types de cancers des VADS. Le nombre de dossiers / patients ou cas passé en RCP est comptabilisé par mois, par année et sur les deux années de l'étude. Le taux de patients passés en RCP est le taux de recrutement de patients par L'UCMC, il correspond au nombre total de cas passés en RCP Provenant de la clinique ORL, du CAC et du secteur libéral rapporté au nombre total de patients (passés en RCP et qui ne sont pas passé en RCP) de la clinique ORL, du CAC et du secteur libéral.

Au niveau de la RCP, le dossier du patient est présenté avec sa F.T (pré-remplie par le médecin référent) ; il est discuté sur le plan diagnostique et/ou thérapeutique en vue de formuler une proposition collégiale et concertée, diagnostique ou thérapeutique, en se basant essentiellement sur un référentiel établi par les sociétés savantes, les SOR (standards, options, recommandations), les niveaux de preuve et l'expérience des médecins participant à la RCP. Le référentiel qu'on a choisi, est celui de la société d'ORL et de chirurgie de la face et du cou

du Nord Pas de Calais – France [9] (modérément modifié), en l'absence d'un référentiel Algérien local. La décision thérapeutique suivant le référentiel ou non sera notifiée. La proposition thérapeutique dite aussi programme personnalisé de soins (PPS), sera transmise au médecin référent qui aura le libre choix de la suivre ou de ne pas la suivre ; il lui appartient en outre d'en informer le patient. La prise en charge du patient s'effectuera par la suite dans le service adéquat (de chirurgie ORL, d'oncologie et/ou de radiothérapie). Le délai de prise en charge, qui est le nombre de jours entre la date de la RCP et le début du traitement, est relevé.

Critères de jugement et évaluation des résultats : l'évaluation des résultats intéressera, d'une part le fonctionnement des RCP (sur des critères de jugement quantitatifs et qualitatifs) et leur impact sur les pratiques professionnelles et d'autre part la qualité de la prise en charge multidisciplinaire des patients.

Résultats

Fonctionnement des RCP

Il concerne les conditions de déroulement des RCP dans leur aspect quantitatif et qualitatif.

Aspect quantitatif des RCP (critères de jugement quantitatifs) :

- La périodicité des RCP : L'UCMC a organisé périodiquement 2 RCP par mois, elle a organisé en plus des RCP extraordinaires à la demande (pour réduire le délai de prise en charge) au nombre de 5 RCP en 2013 et 7 RCP en 2014 totalisant ainsi 11 RCP extraordinaires sur deux ans. Le nombre de RCP par année était de 29 RCP pour l'année 2013 et 32 RCP pour l'année 2014, donc un total de 61 RCP.
- Le nombre de dossiers / patients ou cas traités par RCP variait entre 1 et 4. Le nombre de dossiers traités en RCP par mois et par année est reporté sur le tableau1.
- Le taux de patients passés en RCP (taux de recrutement de patients par L'UCMC) est de 52,80%.
- Le bassin de vie ou territoire hospitalier du CHU Batna : l'étude de la provenance (origine par wilaya ou département) des patients nous a permis de déterminer le territoire hospitalier du CHU de Batna pour la PECMD de ces patients présentant un cancer VADS et qui comprend plusieurs départements.

Tableau 1. Nombre de dossiers traités par mois et par année en RCP.

Mois	Année		Total
	2013	2014	
Janvier	8	6	14
Février	10	3	13
Mars	6	7	13
Avril	4	9	13
Mai	5	10	15
Juin	6	3	9
Juillet	6	4	10
Aout	4	9	13
Septembre	8	6	14
Octobre	4	4	8
Novembre	3	8	11
Décembre	6	2	8
Total	**70**	**71**	**141**

Aspect qualitatif des RCP (critères de jugement qualitatifs) :

- La régularité, était respectée, au rythme de 2 RCP par mois.
- Le quorum, était toujours obtenu (présence minimum de médecins à la RCP).
- Le médecin référent, était toujours mentionné sur la fiche technique (100%).
- La fiche technique, était toujours présentée avec le dossier/patient et assez bien remplie.
- L'application du référentiel, était de 95,7% (135 patients), dans 4,3% des cas (6 patients) la décision thérapeutique était basée sur les SOR et l'expérience des médecins.
- Le délai de traitement des dossiers/patients par la RCP, variait de 2 à 6 jours.
- La transmission de la décision thérapeutique au médecin référent, après la RCP, les médecins référents avaient reçu systématiquement la proposition thérapeutique (le plan de traitement patient).
- Le suivi du plan de traitement, Le plan de traitement a été suivi dans 86,5 % des cas.
- Le délai de prise en charge après RCP, variait entre 10 et 15 jours, avec remise au médecin référent du rendez-vous du patient auprès du médecin et de la structure de prise en charge.

Il n'y a eu aucun refus du médecin référent pour la réalisation du plan de traitement proposé.

La prise en charge multidisciplinaire des patients

Il s'agit d'une série de patients de 141 cas (années 2013-2014). Les résultats intéressent les paramètres et les critères de jugement dans leur aspect épidémiologique, diagnostique et thérapeutique.

L'aspect épidémiologique : Pour l'âge, on retrouve une moyenne d'âge de 55,75 ans, avec des extrêmes allant de 6 à 92 ans. La répartition des patients suivant une tranche d'âge de 10 ans, retrouve le plus de cas au niveau de la tranche d'âge de 61 à 70 ans. Pour le sexe, on retrouve une prédominance masculine soit 71,6 %, le sexe féminin représente 28,4 % et le sexe-ratio est de 2,5. Pour le motif de la RCP, on retrouve la décision thérapeutique dans 100 % des cas, dont : 77,3 % de nouveaux cas (109 patients) et 22,7 % de récidives (32 patients). Pour le siège de la tumeur ou sa localisation, on retrouve en premier le cancer du rhinopharynx 48,9 % (69 patients), vient ensuite le cancer du larynx 28,4 % (40 patients). Les cancers sinusiens (maxillaire et éthmoïde) ainsi que les cancers de la cavité buccale représentent chacun 5,7 % (8 patients pour chaque localisation). Ceux de l'oropharynx représentent 4,3 % (6 patients), ceux de l'hypopharynx représentent 2,8 % (4 patients), le cancer de l'œsophage représente 2,8 % (4 patients) et celui des glandes salivaires 1,4 % (2 patients).

L'aspect diagnostique :

- Pour la classification de la tumeur selon la CIM 10, une description précise de la lésion tumorale endoscopique et radiologique permet de la faire correspondre à la CIM 10 et d'avoir les détails des sous-localisations (Tableau 2). Dans notre étude, on note que 20 % de ces comptes rendus endoscopiques sont imprécis et 25 % d'interprétations radiologiques sont imprécises.
- Pour la répartition des cas selon le résultat anatomopathologique, on retrouve dans la grande majorité des cas le carcinome épidermoïde (C.E) avec un total de 131 cas (le C.E différencié est retrouvé dans 66 cas, le C.E indifférencié dit UCNT dans 65 cas); 5 cas de lymphomes (4 LMNH et un lymphome type T) à localisation amygdalienne et rhinopharyngée; 2 cas d'adénocarcinome (des glandes salivaires); 1 cas de cylindrome du sinus maxillaire; 1 cas d'ésthésioneuroblastome (éthmoïdal) et1 cas de rhabdomyosarcome embryonnaire.
- Pour la répartition des cas selon la classification TNM, celle-ci ne s'applique qu'aux carcinomes, elle trouve son intérêt pour l'indication thérapeutique et pour le pronostic. Les tumeurs à type de lymphomes, de blastomes et les sarcomes appartiennent à d'autres classifications. Les tumeurs T1T2 représentent 32,0 % alors que les T3T4 représentent 68,0 %.
- La répartition des cas selon le regroupement par stade (S) retrouve : SI (9,9%), SII (7,1%), SIII (39,7%), SIV (30,5%) et autre classification (12,8) ; le diagnostic reste assez tardif (70,2% de stade III et IV).

Tableau 2. Répartition selon la CIM10 (localisation et sous localisation).

Localisation CIM 10	Sous localisation CIM 10	Effectifs
Tumeurs de la cavité buccale	C00.4/C03.1	1
	C02.0	2
	C02.0/C04	1
	C02.2/C04	1
	C03.1/C04	2
	C04	1
Tumeurs des Glandes Salivaires	C07.9	1
	C08.0	1
Tumeurs Rhinopharynx	C11	12
	C11.0	5
	C11.0 / C11.2	2
	C11.0/C11.1	1
	C11.0/C11.2	16
	C11.2	3
	C11.9	30
Tumeurs Oropharynx	C01	1
	C09.9	5
Tumeurs Hypopharynx	C13.9	2
	C13.9	2
Tumeurs de l'œsophage Cervical	C15.0	4
Tumeurs des Fosses nasales et des Sinus de la face	C30.0/C31.0	1
	C31	1
	C31.0	2
	C31.1	4
Tumeurs du Larynx	C32.0	6
	C32.0/C32.1	1
	C32.1	1
	C32.9	32
	Total	**141**

L'aspect thérapeutique :

La répartition des cas selon le siège de la tumeur et le traitement à réaliser permet de rendre compte du type précis d'indication thérapeutique (tableau 3).

Tableau 3. Tableau croisé Siege Tumeur Primitive * Traitement à Réaliser

	Traitement à Réaliser								Total
	Chir.	Radio-Thérapie (RT)	Chir. + RT	Chimio. néoadjuvente	Chimio. adjuvente	Chimio. palliative	Chimio. RT Concomitante	Surveill.	
Rhinopharynx	0	5	0	43	5	1	3	12	69
Oropharynx	0	1	0	5	0	0	0	0	6
hypopharynx	0	0	0	0	0	4	0	0	4
Larynx	1	4	10	14	0	7	4	0	40
Cavité buccale	0	0	1	3	0	3	0	1	8
Glandes salivaires	0	0	1	0	0	1	0	0	2
Sinus Éthmoïde	1	0	2	0	0	0	0	1	4
Sinus Maxillaire	0	0	3	1	0	0	0	0	4
Oesophage	0	0	1	1	0	1	1	0	4
Total	2	10	18	67	5	17	8	14	141

Discussion

Pour les cancers des VADS, il n'y a pas une dénomination commune à travers le monde, pour les anglo-saxons le terme le plus utilisé est celui de tumeurs ou cancers de la tête et du cou dits *Head and Neck Cancer*, pour le NCI (*National Cancer Institute*) en se basant sur la définition de l'association américaine de cancérologie, les cancers de la tête et du cou comprennent : la cavité buccale, le pharynx (le nasopharynx, l'oropharynx et l'hypopharynx), le larynx, la cavité nasale, les sinus de la face et les glandes salivaires. En France, le terme le plus utilisé est celui de cancers des VADS, mais on retrouve d'autres dénominations telles que les cancers ORL et des VADS, les cancers des VADS et des glandes salivaires, les cancers de la tête et du cou. La plupart des auteurs excluent les cancers de la glande tyroïde. Les classifications CIM et TNM regroupent ce type de cancer sous le terme de Cancer de la tête et du cou.

On a choisi Les termes de cancers O. R. L, de la face et du cou car ils comprennent, d'une part les différentes localisations suscitées et d'autre part ce sont des termes bien répandus.

La prise en charge actuelle des patients atteints de cancers ORL doit faire l'objet d'une concertation thérapeutique pluridisciplinaire, pour de nombreux auteurs [1,4,7,8,10,11]. Les études qui se sont intéressées à la prise en charge multidisciplinaire des cancers de la tête et du cou sont plutôt rares et notamment les études prospectives [8]. La plupart des études ont évalué l'impact des MCC (*multidisciplinary conference cancer*) sur la décision thérapeutique plutôt que sur les résultats des traitements, il existe des preuves que les MCC influencent de manière significative la prise de décision thérapeutique et qu'en revanche, il y a peu de preuves que les MCC améliorent les résultats thérapeutique des patients [1].

Pour les Structures multidisciplinaires, leur existence ou mise en place a été nécessaire pour la structuration et l'exercice de la pluridisciplinarité [2]. Bien que le terme de pluridisciplinarité soit le plus utilisé, celui d'interdisciplinarité devrait lui être préféré pour mieux rendre compte du besoin d'échanges entre disciplines et non de simples juxtapositions de compétences [12]. La structure MD doit être localisée (adresse, téléphone, site internet), dans un centre agréé [5]. Elle se compose de membres et doit avoir un secrétariat pour la gestion des dossiers, des fiches de patients, ainsi que des rendez-vous [13]. Elle doit avoir aussi un statut et un budget [13].Dans la terminologie de ces structures on retrouve de grandes disparités [1,5]. On a dénommée notre structure UCMC (unité de consultation multidisciplinaire en cancérologie) composée de membres permanents, considérés comme des consultants en cancérologie d'où la spécificité (unité de consultation). La composition de la structure MD est variable, elle comprend essentiellement un spécialiste d'organe, un oncologue, un radiothérapeute, un radiologue et un pathologiste, elle peut s'étendre éventuellement à d'autres spécialisations à la demande [4,5]. La composition des membres de notre structure se rapproche de ce qui est décrit au niveau de la littérature. Il est recommandé que la structure ait un coordonnateur.

Evaluation et discussion des résultats

Elles intéressent, d'une part le fonctionnement des RCP et leur impact sur les pratiques professionnelles et d'autre part la qualité PEC MD des patients.

Fonctionnement des RCP et leur impact sur les pratiques professionnelles : pour le fonctionnement des RCP, l'évaluation et la discussion portent sur les critères de jugement à la fois quantitatifs et qualitatifs.

Les critères quantitatifs sont : la périodicité des RCP : la plupart des auteurs [4,5,8,14] rapportent le rythme de RCP d'une fois par semaine. La haute autorité de santé française (HAS) recommande un rythme minimum de deux fois par mois [20]. Notre structure a organisé des RCP au rythme de deux fois par mois. Mais il s'est avéré que le temps entre deux RCP, était assez long et qu'il allait à l'encontre de la réduction

des délais de prise en charge, on a dû donc, recourir à des RCP supplémentaires (5 pour la 1ère année et 7 pour la 2ème année de l'étude). Le rythme d'une RCP par semaine avec jour et heure fixes paraît très raisonnable [4]. Le nombre de dossiers traités par RCP : le nombre de dossiers traités par RCP est variable [3,4,16], cela dépend aussi du volume de la structure (taux de recrutement de patients). Le nombre de dossiers traités par RCP dans notre structure s'avère assez réduit (1 à 4). Le nombre de dossiers traités par mois et par année est aussi important à connaître pour les rapports d'activité et l'évaluation [17,18]. Le Taux de patients passés en RCP : ce taux de patients est très important à déterminer, il devrait être de 100% selon la mesure 31 du plan cancer français 2003-2007 [14], ceci est tout à fait logique pour les pays qui ont rendu les RCP obligatoires et en mettant aussi beaucoup de moyens [5]. En France, le taux de patients passés RCP donné par la HAS dans la campagne d'évaluation de 2008 est de l'ordre de 80%, actuellement il avoisine les 100% [14]. Notre taux de patients passés en RCP (totalité de l'étude, soit deux ans) est de 52,80%. Il est à noter que les conditions sont totalement différentes (obligation de passage en RCP pour le taux en France et RCP non obligatoire pour notre taux). Le taux de patients est le reflet du succès ou de l'échec des RCP pour la prise en charge multidisciplinaire. Dans le rapport de l'inspection générale des affaires sanitaires (IGAS) de 2009, les RCP en France ont eu un succès plus qu'attendu [14].

Les critères qualitatifs sont : la fiche technique /patient : c'est un critère qualitatif de grande importance, c'est une véritable base de données-patient. Elle peut être plus ou moins élaborée selon les différentes structures multidisciplinaires [5]. La discussion en RCP se fait sur la base de cette F.T. L'enquête-évaluation sur les indicateurs de la RCP de la campagne 2010 de la HAS sur la présence des F.T dans les dossiers des patients, retrouve un taux de 70% [17]. Dans notre étude, le taux est de 100 % ; le médecin référent : Il est mentionné sur la fiche technique, sa place est très importante, c'est lui qui prépare le dossier et la FT du patient et les confie à la RCP [5,17]. Le quorum (minimum de 3 médecins) : c'est le nombre minimum de médecins pour valider une RCP, celui donné par la circulaire 22 (France) est de trois médecins [5]. Si l'on se réfère à cette définition, notre taux de présence minimum de trois médecins par RCP est de 70 %. Le taux donné par l'enquête « évaluation sur les indicateurs de la RCP de la campagne 2010 » de la HAS est de 38 %. La participation des médecins à la RCP peut s'étendre à d'autres spécialités [4] en fonction du besoin des avis de ces derniers tel qu'un médecin anesthésiste, pour discuter la faisabilité d'une chirurgie lourde et compromettante pour certains patients et un nutritionniste pour des patients souvent dénutris, nécessitant un schéma nutritif intensif et rapide. La présence du médecin référent est souhaitable mais non indispensable. Certains auteurs évoquent l'intérêt des visioconférences pour la présentation du dossier patient par le médecin référent [17]. Certains auteurs suggèrent la présence du patient [6]. La décision thérapeutique : l'utilisation des Référentiels, des SOR et des niveaux de preuve en RCP est systématique [3,19], ils soutiennent la décision thérapeutique. Les SOR et les niveaux de preuve, sont élaborés à l'échelle internationale [19]. Les référentiels sont élaborés sur le plan national et régional. On note par exemple en France qu'il ya autant de référentiels que de régions (environ 24), n'y aurait-il pas pléthore de référentiels ! d'autant plus que la plupart des référentiels se rejoignent sur l'essentiel des indications, et qu'il n ya pas autant de spécificités pour avoir autant de référentiels. En Algérie, il n ya pas encore de référentiels, notamment pour les cancers ORL et de la face et du cou. Ce qui nous a conduits à choisir un référentiel français pour notre étude [9]. L'application des référentiels en RCP est considérée comme un critère qualitatif de cette dernière [3,17]. Les cas à discuter en RCP : Pour certains auteurs [4] tous les cas sont à discuter, pour d'autres [5] les cas pour lesquels l'indication est codifiée et donnée par le référentiel, sont enregistrés et les autres seront discutés. Au niveau de nos RCP, tous les cas ont été discutés. La proposition thérapeutique : elle est faite par la RCP au médecin référent sans obligation d'application. Le médecin référent ainsi que le patient ont le choix de suivre ou non cette indication [3]. Dans notre étude, on note que l'indication a été suivie dans 86,5% des cas. Les conditions de déroulement des RCP : certains auteurs insistent sur les conditions matérielles et de confort de déroulement des RCP [14], (conditions de locaux, de convivialité, de dégagement de temps pour la RCP, de disponibilité et de gestion des fiches et des dossiers….).

L'impact des RCP sur les pratiques professionnelles : la pluridisciplinarité nécessite un apprentissage et par conséquent une formation [2]. Les RCP sont le lieu d'échange de haut niveau permettant l'amélioration du niveau de connaissance ainsi que l'amélioration des performances de l'équipe multidisciplinaire [2,3]. Tout le long de notre étude, on a constaté effectivement ces impacts sur nos pratiques ainsi que le besoin de présence de compétences aux RCP. La présence de médecins, de résidents, d'internes serait une valeur ajoutée pour la formation et l'enseignement universitaire de ces RCP [4]. La structure multidisciplinaire et son réseau nécessitent en conséquence des moyens humains et matériels pour assurer son bon fonctionnement et sa pérennité.

Sur le plan médico-légal, tous les médecins ayant contribué au processus de prise de décision, seraient personnellement responsables de cette décision relative à leur domaine d'expertise [20]; Les médecins devraient être conscients des implications juridiques de leur participation à ces réunions [20], ainsi peut-il être envisagé une responsabilité juridique de la RCP, de chacun de ses membres ou de l'institution de soins [16] ?

L'évaluation et la discussion de la prise en charge multidisciplinaire des patients : Elle permet de déterminer l'impact de la pluridisciplinarité sur la qualité de PEC des patients .Les critères recherchés sont d'une part la qualité de PEC et d'autre part le délai de prise en charge. Pour le délai de prise en charge des patients : selon l'étude française faite par le réseau Francim, l'institut de veille sanitaire (InVS) et l'institut national du cancer (INCA) sur les délais de prise en charge des cancers, le délai de PEC des patients atteints de cancers est actuellement une préoccupation des autorités sanitaires et la réduction des inégalités de cette PEC est une priorité du plan cancer 2009-2013, tel que décrit dans la mesure 19. Un des objectifs de cette mesure est de « Mieux connaître les délais de PEC afin de réduire les inégalités d'accès aux soins que constituent les retards éventuels ». Les mécanismes à l'origine de ces inégalités sont multiples et peuvent intervenir à toutes les étapes de la PEC [21]. Le délai le plus évoqué est celui du délai (date du diagnostic – date du début du traitement) [21]. L'étude sur les délais de PEC des cancers (colon et rectum) entre1999 et 2008 retrouve : un délai de PEC pour le cancer du côlon de 17,5 à 20,7 jours et celui du cancer du rectum de 27 à 30 jours. Dans notre étude ce délai de PEC est de 12 à 21 jours (délai de traitement des dossiers/patients de 02 à 06 jours et délai de PEC après RCP de 10 à 15 jours). La PEC MD permet de réduire le délai de PEC [3,8].

Pour la qualité de prise en charge multidisciplinaire des patients, celle-ci est discutée dans ses aspects épidémiologique, diagnostique et thérapeutique. L'aspect épidémiologique : l'UCMC fournit une riche base de données sur le plan épidémiologique, des patients Concernant la provenance des patients, l'âge, le sexe, nouveaux cas et récidives, la répartition selon la localisation tumorale qui détermine les cancers les plus fréquents, On relève, que le cancer du cavum occupe la 1ère place 69 cas (48,9 %). Le cancer du larynx vient en 2ème position avec 40 cas (28,4 %). Pour la France, à titre comparatif, on retrouve pour la répartition selon la localisation le cancer de l'oropharynx et de l'hypopharynx en première position avec 35 à 45 % des cas, ensuite vient le cancer du larynx avec 30 à 35% des cas et en troisième position le cancer de la cavité buccale avec 20 à 25 % des cas. Le cancer du cavum ne représente que 1 % des cas. La provenance des patients permet de réaliser une carte sanitaire des cancers des VADS par bassin de vie ou territoire hospitalier.

L'aspect diagnostique : l'évaluation des modalités de PEC du cancer, notamment pluridisciplinaire, et de l'impact de ce type de PEC sur la qualité de PEC des patients a fait l'objet de quelques publications. Une étude prospective sur l'impact clinique d'une PEC MD des tumeurs de la tête et du cou, ayant comparé la décision de PEC des patients avant et après les RCP, publiée en 2010; cette étude retrouve qu'environ

24 % des patients avaient un changement dans le diagnostic, le stade et le plan du traitement des tumeurs de la tête et du cou. Les auteurs concluent que la PEC MD a un impact positif et efficace sur la décision thérapeutique pour un nombre important de patients et elle serait plus habilité a la PEC des tumeurs de la tête et du cou [8].

Les éléments déterminants pour une PEC qualitative sont les éléments du diagnostic et doivent être les plus précis possibles, ce sont surtout le compte rendu (C.R) endoscopique, le C.R radiologique et le C.R anatomopathologique. Le C.R endoscopique avec le C.R radiologique, doivent rendre compte d'une description précise des lésions pour les faire correspondre à la CIM 10 ainsi qu'à la classification TNM. L'indication chirurgicale en est extrêmement liée. Dans notre étude, on note que 20 % des C.R endoscopiques sont imprécis, on ne retrouve pas de statistiques au niveau de la littérature. Pour les C.R radiologiques, on retrouve 25 % d'interprétations imprécises, certains auteurs en retrouvent 23 % [22]. Pour le C.R anatomopathologique, dans notre étude, on a dû recourir à des demandes de précision dans 2 cas, certaines études rapportent des erreurs d'anatomopathologie [23]. La présence, donc, d'un radiologue spécialisé (par organe) en RCP serait plus indispensable.

Pour la classification TNM et le stade tumoral, les éléments sus cités permettent de déterminer une classification TNM et un stade tumoral assez précis et de considérer les stades précoces et les stades avancés nécessaires pour les indications thérapeutiques les plus adéquats possibles [10]. Dans notre série, on retrouve : pour la classification TNM (68 % de T3T4) et Pour le stade (70,22 % de stade III et IV).Le diagnostic reste, donc, assez tardif. En France, malgré les moyens et les campagnes d'information sur ce type de cancers, le diagnostic reste aussi tardif [10].

L'aspect thérapeutique : L'état général du patient, les comorbidités, le statut OMS du patient et son état nutritionnel doivent être bien évalué en RCP pour orienter les indications thérapeutiques. L'indication thérapeutique doit aussi tenir compte de l'âge du patient, c'est souvent l'âge physiologique du patient qui est retenu [10], des particularités thérapeutiques (notamment la chimiothérapie et la radiothérapie) chez l'enfant et de certains types de tumeurs rares [24]. L'indication est basée surtout sur la localisation, le type et le stade tumoral [10]. La discussion est de haut niveau et peut porter sur un certain type de chirurgie et sa faisabilité, sur des protocoles récents de chimiothérapie, de radiothérapie et sur l'inclusion de certains patients dans des essais thérapeutiques [3,10].

- L'indication thérapeutique et la compétence : l'Indication thérapeutique est dépendante de la multidisciplinarité ainsi que de la compétence des médecins participants [3,24]. La qualité des décisions ne repose pas uniquement sur le caractère collectif des discussions mais dépend aussi des compétences individuelles et spécifiques [24].

- L'utilisation des référentiels est recommandée et constitue une référence à la décision thérapeutique [3,9,10,17].Pour notre étude on a utilisé le référentiel dans 95,7 % des cas.

- L'impact de la prise en charge multidisciplinaire sur les résultats des traitements : la PEC MD est sensée améliorer le résultat et le rapport coût–efficacité, mais l'évaluation du fonctionnement et des résultats de l'équipe multidisciplinaire est nécessaire pour que leurs traitements deviennent une base dans la prestation de soins [2,3].

- L'impact de la prise en charge multidisciplinaire sur la survie : une étude australienne sur l'impact de la PEC MD des patients présentant un cancer de la tête et du cou, a comparé deux séries, la 1ère avec R CP et la 2ème sans RCP [25]. Les auteurs rapportent d'une part que la PEC MD est meilleure en matière de gestion de patients et de diagnostic que la PEC unidisciplinaire (sans RCP) et que d'autre part, la survie est améliorée par la PEC MD, notamment pour les patients présentant un cancer de la tête et du cou de stade IV. Les protocoles de traitements (chimiothérapie et chimio-radiothérapie) confirmés par des niveaux de preuves sont discutés au niveau de la RCP et adaptés aux cas des patients. La compétence liée à la spécialisation des médecins participants semble contribuer pour beaucoup [25]. Pour certains auteurs [12] la PEC MD permet l'accès au meilleur traitement.

Conclusion

La multidisciplinarité en cancérologie intéresse le domaine médical clinique et le domaine de l'organisation des soins (*Clinical Governance* du système anglo-saxon) qui considère à la fois l'aspect médical et l'aspect organisationnel du système de santé. En conséquence toutes les réflexions, toute élaboration de projets ou de plans d'action se font en tenant compte de ces deux aspects et de leurs acteurs. L'évaluation des résultats s'appuyant sur une base de données exhaustive et précise, permet des améliorations considérables de ce système. Le mode de prise en charge multidisciplinaire en matière de cancérologie s'avère nécessaire pour une prise en charge qualitative des patients, pour l'amélioration des pratiques professionnelles, pour la formation et pour les différentes études, épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques, socioéconomiques, pour les registres du cancer ainsi que pour la recherche scientifique. Ainsi, pour pérenniser ce type de structure et ce mode de prise en charge, il faudrait les accompagner de formations, de moyens et de textes législatifs.

Déclaration d'intérêts : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

Remerciements : les auteurs remercient toute l'équipe de la clinique ORL et CCF, EPH Batna, toute l'équipe d'oncologie du CAC de Batna et toute l'équipe de radiothérapie du CAC de Batna, durant les années 2013-14-15.

Références

1. Croke J M, El-Sayed S. Multidisciplinary management of cancer patients: chasing a shadow or real value? An overview of the literature. Articles from Current Oncology. 2012 Aug; 19 (4) : 232-238.
2. Fennell M. L, Prabhu Das I, Clauser S, Petrelli N, Salner A. The Organization of Multidisciplinary Care Teams : Modeling Internal and External Influences on Cancer Care Quality. J Natl Cancer Inst Monogr. Published by Oxford University Press.2010; 40 : 72-80.

3. Nguyen T D, Legrand P, Devie I, Cauchois A, Eymard J Ch. Evaluation qualitative de la réunion de concertation pluridisciplinaire de cancérologie mammaire : Qualitative assessment of the multidisciplinary tumor board in breast cancer - Bull Cancer. 2008 Février ;95(2) : 247-51.
4. Medical College of Wisconsin. The Head & Neck Tumor Board at the University of Iowa. Tumor Boards, Cancer Registries and Clinical Trials. Medical College of Wisconsin,9200 West Wisconsin Avenue, Milwaukee, WI 53226.www.clinicaltrials.gov/info/resources
5. Circulaire n°DHOS/SDO/2005/101 du 22 février2005 relative à l'organisation des soinsen cancérologie. Ministère des solidarités de la santé et de la famille France.www.e-cancer.fr
6. Argiris A, Eng C. Epidemiology, Staging, and Screening of Head and Neck Cancer In Rosen Steven T, Cancer Treatment and Research. Head and Neck Cancer. Kluwer publishers. Edited by Bruce Brockstein and Gregory Masters.2004;16-21.©2004 Kluwer Academic Publishers New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow.
7. Nouraei S, Philipott J, Nouraei SM, Maude DCK, Sandhu GS, Sandison A et al. Reducing referral to treatment waiting times in cancer patients using a multidisciplinary database. The Royal College of Surgeons of England - SURGICAL ONCOLOGY, Ann – Coll Surg Engl. 2007; 89: 113-117.
8. Wheless S A, McKinney K A, Zanation A M. A prospective study of the clinical impact of a multidisciplinary head and neck tumor board. Otolaryngol Head Neck Surg. 2010 November ; 143(5): 650-654.
9. Réseau Régional de Cancérologie Onco Nord Pas de Calais. Cancers voies aérodigestives supérieures et glandes salivaires. Version décembre 2006. 40p.info@onco-npdc.fr
10. Poissonnet G, Benezery K, Peyrade F, Bozec A, Bensadoun R. J, Marcy P Y et al. Cancers ORL : les grands principes thérapeutiques / Upper aerodigestive tract carcinoma: therapeutic management. Elsevier La Presse Médicale. 2007 November; 36 : 11, Part 2 : 1634-1642.
11. Lefebvre JL. Laryngeal preservation in head and neck cancer: multidisciplinary approach. Lancet Oncol. 2006 September; 7: 747-55.
12. Lacoste O, Dupont J, Poirier G, Trédez G, Brosh S. Observatoire Régional de la Santé Nord Pas de Calais. Les systèmes territoriaux de prise en charge des cancers en Nord Pas-de-Calais. ORS Nord Pas de Calais. Décembre 2007 ; 57-59.www.orsnpdc.org/etudes/148674_107-7.pdf
13. ACORESCA. Aide méthodologique pour la mise en place des 3C. Association des Coordinateurs de Réseaux de Cancérologie. 16 juin 2008. 9p.
14. Inspection générale des affaires sociales RM2009-064P - France. Evaluation des mesures du plan cancer 2003-2007 relatives au dépistage et à l'organisation des soins. IGAS, RAPPORT N°RM2009-064P. Juin 2009 ; 50-60.
15. Haute Autorité de Santé - France. Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) –Fiche technique méthode. Document de travail. Janvier 2013.www.has-sante.fr
16. Orgerie M B, Duchang N, Pélicier N, Chapet S, Dorval E, Rosset P et al. La réunion de concertation pluridisciplinaire : quelle place dans la décision médicale en cancérologie ? RCP et décision médicale. Centre Henry S. Kaplan de cancérologie, CHRU Tours, Hôpital Bretonneau. 2005 ; 1-24. b.orgerie@chu-tours.fr
17. HAS - Haute Autorité de la Santé Institut national du cancer- France. Indicateur RCP -Analyse descriptive des résultats agrégés 2010 et analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats. 39p.www.has-sante.fr/
18. Institut National du Cancer - France / COLLECTION Études & Synthèses. Synthèse nationale sur les tableaux de bord 2007 des réseaux régionaux de cancérologie. Avril 2009. 80p. www.e-cancer.fr
19. Durand-Zaleski I, Philip T. SOR Project: the French context. 2001 FNCLCC British Journal of Cancer.2001 ; 84 (Suppl.2) : 4-5.
20. Sidhom M. A, Poulsen M. G. Multidisciplinary care in oncology: medico legal implications of group decisions. Lancet Oncology. 2006; 7: 951-4
21. Institut National du Cancer / COLLECTION État des lieux & des connaissances. Du diagnostic au premier traitement : délais de prise en charge des cancers enregistrés par les registres spécialisés du réseau Francim 1999-2008. Novembre 2012. 39p.www.e-cancer.fr , - http://www.plan-cancer.gouv.fr/
22. Horvath L E, Yordan E., Malhotra D., Leyva I, Bortel K, Schalk D et al. Multidisciplinary Care in the Oncology Setting: Historical Perspective and Data From Lung and Gynecology Multidisciplinary Clinics. Journal Oncology Practice. 2010 November;6: 6. jop.ascopubs.org www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21358946
23. Boxer M M, Vinod S K, Shafiq J, Duggan K J. Do Multidisciplinary Team Meetings Make a Difference in the Management of Lung Cancer? Published online Wiley Online Library (wiley online library.com).Cancer. 2011 November 15.
24. Castel P, Blay J Y, Meeus P, Sunyach M P, Ranchère-Vince D, Thiesse Ph et al. Fonctionnement et impact d'un comité pluridisciplinaire en cancérologie / Organization and impact of the multidisciplinary committee in oncology. Bull Cancer. 2004; 91 (10): 799-804.
25. Friedland P. L, Bozic B, Dewar J, Kuan R, Meyer C, Phillips M. Impact of multidisciplinary team management in head and neck cancer patients. British Journal of Cancer (2011) 104, 1246-1248.

Cet article a été publié dans le « *Batna Journal of Medical Sciences* » **BJMS**, l'organe officiel de « *l'association de la Recherche Pharmaceutique – Batna* »

Le contenu de la Revue est ouvert « Open Access » et permet au lecteur de télécharger, d'utiliser le contenu dans un but personnel ou d'enseignement, sans demander l'autorisation de l'éditeur/auteur.

Avantages à publier dans **BJMS** :

- *Open access* : une fois publié, votre article est disponible gratuitement au téléchargement
- Soumission gratuite : pas de frais de soumission, contrairement à la plupart des revues « Open Access »
- Possibilité de publier dans 3 langues : français, anglais, arabe
- Qualité de la relecture : des relecteurs/reviewers indépendants géographiquement, respectant l'anonymat, pour garantir la neutralité et la qualité des manuscrits.

Pour plus d'informations, contacter BatnaJMS@gmail.com ou connectez-vous sur le site de la revue : www.batnajms.net