



Prise en charge pluridisciplinaire des Sarcomes des Tissus Mous (STM)

Décembre 04



Buts

Améliorer la prise en charge des patients

- **Optimiser le bénéfice thérapeutique**
- **Réduire les séquelles**
- **Optimiser, à chaque étape, l'utilisation des ressources**



Moyens

- **Définition de standards de prise en charge : référentiels**
 - 1^{ère} étape de la réflexion pluridisciplinaire
 - instrument de qualité des soins (Grimshaw et al, *Lancet* 93)
- **Comités de concertation dédiés**
- **Collaboration régionale**
- **Évaluation de pratiques**



Référentiels

- **SOR pour STM en 1996**
- **Mise à jour en cours de relecture
(rédacteurs, interne, externe); édition en 2005**
- **Adaptations régionales dans les réseaux de
cancérologie**



Référentiels : expériences

Conformité aux recommandations

(Ray et al. *Ann oncol.* 04)

- **Base : SOR de 96**
- **Critères de qualité de prise en charge établis rétrospectivement pour tous les temps de prise en charge**
- **Analyse rétrospective de prise en charge / critères de qualité ; patients du CLB et des Hospices civils de Lyon**
- **100 dossiers tirés au sort audités**



Référentiels : expériences

Conformité aux recommandations

(Ray et al. *Ann oncol.* 04)

R, Concertation pré-chirurgicale et conformité aux recommandations : facteurs indépendants pour rechute locale

G, Concertation post-chirurgicale, prise en charge en Réseau : facteurs indépendants pour métastases

Conformité globale aux SOR : 32%

- Biopsie (65%) 1ère chirurgie (52%) 2ème chirurgie (49%)
radiothérapie (81%), chimiothérapie (94%) surveillance (95%)

Conformité plus grande si concertation pré-biopsique, comité dédié organisé, traitement dans le cadre d'un réseau de cancérologie.



Référentiels : expériences

Conformité aux recommandations

(Ray et al. *Ann oncol.* 04)

- **Bilan pré-thérapeutique optimal : 52%**
 - **Défaut imagerie (2) ou descriptif loco-régional (32), bilan d'extension (18)**
- **Biopsie 42%. Non conformité aux standards 65% (pas de biopsie pour T>3cm, chirurgien non sénior, défaut de prélèvement)**



Référentiels : expériences

Conformité aux recommandations

(Ray et al. *Ann oncol.* 04)

- **Concertation pluridisciplinaire avant chirurgie : 39%**
- **Risque d'exérèse R2 corrélé à**
 - **Pas de concertation préopératoire**
 - **Lieu de l'exérèse**
 - **Spécialité du chirurgien**



Référentiels : expériences

Conformité aux recommandations

(Uwer et al., Oncolor, *Bull Cancer* 03)

- 118 dossiers dans un comité dédié en 2000, dont 50 premiers traitements, dont **34 STM**
- Avis de comité : 11 avant chirurgie, 20 après chirurgie, 2 après chirurgie + traitement complémentaire
- 18 exérèses sans biopsie préalable. Pas d'imagerie dans 12 cas (3 justifiés). 8 relectures anapath. demandées.
- Prise en charge finale non conforme aux proposition du comité dans 3 cas (2 justifiés)



Référentiels : expériences

Conformité aux recommandations

(Nijhuis et al. *Cancer 01*)

351 pts évalués (89-96), traités après édition de référentiels (83, 94)

- **Chirurgie « Whoops »: 100/233 tumeurs \geq 3cm**
- **Adéquation aux guidelines fonction de l'expérience : centre spécialisé >hôpital général traitant plus de 15 sarcomes/an >hôpital général traitant <15 sarcomes/an**
- **Incidence sur résultats?**



Référentiels : pour plus d'impact

Diffusion

- **SOR nationaux**
- **adaptation régionale**

Implémentation régionale au sein des Réseaux, avec :

- **validation des options et recommandations**
- **définition prospective des critères de qualité de prise en charge**
- **définition d'un recueil standardisé des données pertinentes**
- **mise en place d'une évaluation de pratique**



*Réseau de
Cancérologie
d'Aquitaine*



**RECOMMANDATIONS
POUR LA PRISE EN
CHARGE DES
SARCOMES DES
TISSUS MOUS NON
METASTATIQUES**



COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE STANDARDISE DES PRELEVEMENTS DES TISSUS MOUS

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe _____
 Nom de jeune fille : _____ N° de dossier _____
 Née le ____/____/____ N° d'examen _____
 Hôpital/clinique : _____ Préleveur : _____ Pathologiste : _____
 Date intervention ____/____/____ Date CR anatomo-pathologique ____/____/____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Siège membre tête et cou paroi du tronc intra-thoracique
 rétropéritone intra-abdominal pelvis para-testiculaire

Siège en clair :

Profondeur superficiel profond

Taille ____ cm

Antécédents aucun cancer antérieur tumeur sur tissus irradiés
 tumeur sur lymphoedème Recklinghausen autre

Motif prélèvement tumeur primaire non traitée tumeur primaire post-chimio/radiothérapie tumeur primaire post-ILP
 reprise chirurgicale récurrence locale métastase

Type prélèvement microbiopsie biopsie chirurgicale excérèse amputation

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Prélèvement(s) à l'état frais formol AFA Bouin Hollande congélation RNAlater

Prélèvement orienté oui non

Schéma communiqué oui non

Taille du prélèvement ____x____x____ cm

Encrage de la pièce oui non

Tumeur unique multiple non

Taille de la tumeur ____x____x____ cm

Tissus envahis peau hypoderme aponévrose superficielle muscles viscères

Nécrose non inférieure à 50% supérieure à 50%

Contours de la tumeur bien limités infiltrants

Aspect de la tumeur homogène hétérogène
 gélatineux adipeux charnu hémorragique kystique

Photos oui non

Tumorothèque oui non

Fixateurs utilisés formol AFA Bouin Hollande

Nombre de blocs sur le prélèvement ____

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Type et sous-type histologique _____

Commentaires

Immunohistochimie oui non

Commentaires (anticorps utilisés et résultats en clair) _____

Grade FNCLCC 1 2 3 non applicable

Différenciation 1 2 3 non applicable

Nécrose 0 1 2 non applicable

Mitoses Nombre pour 10 champs au GX400 :
 Index mitotique 0 1 2 non applicable

Tissus envahis derme hypoderme aponévrose superficielle muscles viscères vaisseaux os nerfs

Marges Encrées positives négatives Distance de la plus proche ____ mm
 Chirurgicales positives négatives

REPONSE HISTOLOGIQUE APRES TRAITEMENT NEO-ADJUVANT

Cellularité tumorale ____%

Nécrose ____%

Fibrose ____%

Nombre de mitoses/10 champs au GX400 ____

TECHNIQUES SPECIALES

Examen génomique oui non

Commentaires (technique utilisée et résultats) _____

Cytogénétique oui non

Commentaires

Microscopie électronique oui non

Commentaires

CODES

CODE ADICAP _____ **CODES ICDO TOPO** ____ **LESION** _____

COMMENTAIRES



Concertations pluridisciplinaires

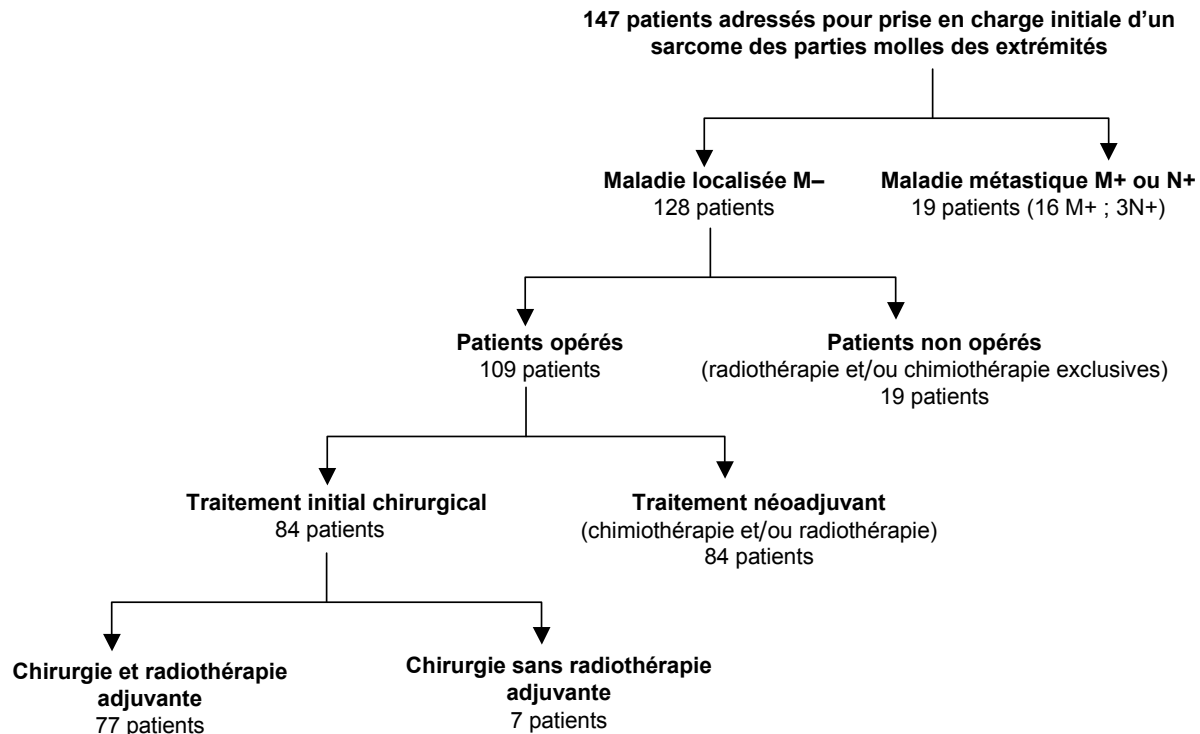
UCPs généralistes

- **Application des standards définis pour diagnostic**
- **Application des traitements standardisés ;
modalités pratiques discutées et définies avec
UCP « de référence »**
- **Organisation de la surveillance**



Concertations pluridisciplinaires

Radiothérapie post-opératoire (Milbéo et al., Cancer Radiother, in press)





Concertations pluridisciplinaires

Radiothérapie post-opératoire

(Milbéo et al., Cancer Radiother, in press)

- **Chirurgie: R0:52 pts (67,5%), R1:23 patients (30%) R2: 2 patients (2,5%).**
- **Radiothérapie: 51(66%) IB, 26 (34%) hors IB. Tous traitements discutés avec un référent IB**
- **Récidives locales à 5 a: 10%,**
 - **Corrélées à R**
 - **Non corrélées au lieu de radiothérapie, ni au délai (/5 sem.)**



Concertations pluridisciplinaires

UCP dédiée : site de référence des réseaux

- Avec une expertise « sarcomes » pour chaque spécialité (anapath, radiologie, isotopiste, chirurgie, orthopédie, radiothérapie, curithérapie, oncologie médicale...)
- Disponibilité de plateau technique complet

UCP inter-régionale



Donc...

- La concertation pluridisciplinaire est nécessaire: Elle doit :
 - être organisée dès le début de la prise en charge
 - Concerner tous les intervenants
 - Impliquer une UCP dédiée en cas d'absence de standard
- Elle doit s'appuyer:
 - Sur des référentiels déclinés au niveau régional
 - Des UCP communicantes, permettant un partage de soins
 - Sur une standardisation du recueil d'information
 - Une évaluation de pratique



Concertations pluridisciplinaires

Concertations inter-UCP

- **Visioconférences**
- **Module de concertation du site internet**
 - **Documents cliniques**
 - **Images anapath**
 - **Images radiologiques**



Référentiels : expériences

Conformité aux recommandations

(Ray et al. *Ann oncol.* 04)

Chirurgie première : 95 patients. R0 : 26% ; R1 : 27%

➤ **Exérèse R2: 43 pts (45%) corrélée à :**

- absence de concertation préalable
- lieu de l'exérèse: 61% hors CHU/CLCC vs 21%
- spécialité du chirurgien
(viscéral>général>orthopédiste> »spécialiste » sarcome)

Reprise chirurgicale discutée pour 19 (49%) R2; 7 (26%)

R1. 21 reprises faites. R0 : 62%, R1 : 29%, R2 : 2%



Référentiels : expériences

Conformité aux recommandations

(Ray et al. *Ann oncol.* 04)

Histo-pathologie

- grade: non spécifié pour 11 patients
- marges chirurgicales non spécifiées dans 5 cas

Concertation post-chirurgicale : 73 patients

- temps médian chirurgie 1er traitement post-op: 1,34 mois
- conformité/recommandations pour radiothérapie : 81%,
pour chimiothérapie : 94%