

# APPORT DE LA CONSULTATION ONCOLOGIQUE MULTIDISCIPLINAIRE DANS LE CHOIX DES OPTIONS THÉRAPEUTIQUES

G. JERUSALEM (1), Ph. COUCKE (2)

**RESUME :** Le diagnostic et la prise en charge thérapeutique du cancer deviennent extrêmement complexes. La concertation oncologique multidisciplinaire (COM) permet d'optimiser la prise en charge du patient atteint de cancer. La COM permet de confronter les différents points de vue de chaque intervenant afin que le plan thérapeutique soit réellement l'approche la plus prometteuse et rationnelle pour traiter le cancer et, dans un contexte de maladie incurable, pour favoriser au mieux la qualité de vie. Cependant, le patient a toujours le dernier mot. Il peut évidemment refuser pour des raisons personnelles le traitement optimal.

**MOTS-CLÉS :** *Equipe multidisciplinaire - Traitement - Cancer*

THE ROLE OF MULTIDISCIPLINARY TUMOR BOARD DISCUSSIONS IN TREATMENT DECISIONS

**SUMMARY :** The diagnosis and treatment of cancer is complex. Multidisciplinary tumor board discussions optimise the care of patients suffering from cancer. The most promising and rational treatment is chosen taking into account the opinion from all participants. Quality of life is important if only a palliative approach can be offered. The final decision concerning the treatment will be taken by the patient because he/she has the right to refuse the best treatment for personal reasons.

**KEYWORDS :** *Multidisciplinary team - Treatment decisions - Cancer therapy*

Des efforts importants ont été réalisés ces dernières années en Belgique pour optimiser la prise en charge des patients atteints de cancer. Nous disposons maintenant de données épidémiologiques pour l'ensemble du pays. Le plan cancer met à notre disposition des moyens financiers supplémentaires, à la fois pour améliorer la qualité de la prise en charge en routine du patient atteint de cancer, mais également pour de nouveaux projets de recherches clinique et fondamentale. La nomenclature des prestations de santé prévoit maintenant un remboursement pour la consultation oncologique multidisciplinaire (COM) et, plus récemment également, pour une consultation d'annonce du diagnostic et du plan de traitement.

## POURQUOI FAUT-IL FAVORISER UNE PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE ?

Le diagnostic et la prise en charge thérapeutique du cancer deviennent extrêmement complexes. Nous avons ainsi, par exemple, de plus en plus de techniques à notre disposition pour le diagnostic et le bilan initial du cancer du sein: mammographie, tomosynthèse, échographie, tomodensitométrie, tomographie à émission de positons (TEP), résonance magnétique nucléaire, scintigraphie ... Il faut déterminer pour chaque

patient quels examens sont réellement indiqués. Il ne suffit pas d'additionner de l'information mais, à un moment donné, il est important d'intégrer les informations de tous les examens. Une discussion entre les cliniciens demandeurs des examens et les prestataires de ces examens complémentaires est alors indispensable. Cette discussion permet, non seulement d'optimiser la prise en charge du patient qui a subi ces examens, mais également, à partir des expériences acquises, d'optimiser les algorithmes pour le diagnostic et le bilan initial des futurs patients (1, 2). Cette discussion a lieu au cours des COM.

Dans le domaine thérapeutique, il faut d'abord définir si l'on se trouve dans un contexte curatif ou palliatif; si une guérison est possible, il faudra définir la stratégie thérapeutique pour optimiser le contrôle local mais également pour prévenir l'apparition de métastases macroscopiques qui sont habituellement indicatrices de maladies incurables. Dans un contexte de maladie palliative, on discutera de l'intérêt d'un traitement local au niveau du site primitif ou de métastases symptomatiques. On discutera également du traitement systémique en évoquant non seulement l'efficacité des traitements, mais également les effets secondaires car la qualité de vie est un élément extrêmement important dont il faudra tenir compte dans le plan thérapeutique définitif. Le plus souvent, tant pour le traitement local que pour le traitement à distance, nous disposons de plusieurs options thérapeutiques souvent pratiquées par des médecins de disciplines différentes. La COM permet de confronter les différents points de vue afin que le plan thé-

(1) Chef de Service, Oncologie Médicale, CHU de Liège.

(2) Chef de Service, Radiothérapie-Oncologie, CHU de Liège.

rapeutique proposé soit réellement l'approche thérapeutique la plus prometteuse et rationnelle pour traiter le cancer et, dans un contexte d'une maladie incurable, pour favoriser au mieux la qualité de vie (3). Dans le passé, le plan thérapeutique retenu était très souvent influencé par le premier médecin consulté. Il est cependant souhaitable qu'un patient avec une même présentation clinique reçoive la même proposition de plan thérapeutique quelle que soit la spécialité du premier médecin consulté. Si plusieurs options thérapeutiques existent, il a le droit de les connaître et de choisir de façon éclairée, après avoir obtenu des informations détaillées sur les bénéfices et inconvénients de chaque option. La COM tente de trouver un consensus pour aider le patient dans la décision. Si des options sont équivalentes, la COM décide de les proposer le plus objectivement possible au patient (4).

#### L'EXEMPLE DU TRAITEMENT NÉOADJUVANT

Une excellente illustration de l'importance d'une concertation multidisciplinaire pré-thérapeutique est la prise en charge par traitement néoadjuvant d'un cancer localement avancé du sein. Différentes questions doivent être solutionnées avant de débiter le traitement. Tout d'abord, il faut s'assurer que la localisation de la tumeur primitive soit parfaitement documentée, tant par l'imagerie que par la mise en place éventuelle de clips qui serviront de marqueurs du lit tumoral lors de l'intervention chirurgicale. L'amélioration des traitements systémiques permet, de plus en plus souvent, d'obtenir une rémission pathologique complète, ce qui peut poser problème au moment de l'opération. Le traitement local reste indiqué même en cas de réponse clinique complète. Il faudra donc prendre les précautions au moment du diagnostic pour pouvoir réaliser l'intervention chirurgicale dans les meilleures conditions, même dans le cas où une réponse clinique complète a été obtenue. Il faut également s'assurer que le bilan d'extension soit optimal. Ces tumeurs localement avancées sont à plus haut risque de donner des métastases à distance. Chez certains patients, la réalisation d'une tomodensitométrie thoraco-abdominale ou d'une TEP est indiquée. Il faut également s'assurer que l'on dispose de toutes les informations utiles pour déterminer le traitement systémique en pré- et en postopératoire. Un prélèvement histologique de qualité et en quantité suffisante est donc primordial. Certains tests peuvent éventuellement encore être en cours au moment du début du traitement systémique, mais il faut au moins s'assurer que l'on dispose de suffisamment

de matériel pour les réaliser. Par ailleurs, avec l'identification de nouvelles cibles thérapeutiques, il est prudent de disposer d'une quantité de matériel anatomopathologique supplémentaire pour pouvoir réaliser d'autres tests sur les blocs en paraffine dans le futur. Si la patiente présente une réponse pathologique complète, ce que nous espérons toujours au moment où nous débutons le traitement systémique, nous n'aurons plus accès à du tissu pathologique supplémentaire au moment de l'intervention chirurgicale. Lors de la COM, nous analysons tous ces aspects et nous confirmons que l'approche néoadjuvante est appropriée.

#### LE PATIENT A TOUJOURS LE DERNIER MOT!

Il est important que le droit du patient à une information détaillée sur les différentes options thérapeutiques, les bénéfices et les inconvénients soit respecté. La COM propose un plan thérapeutique spécifique ou plusieurs options. Dans tous les cas, le patient a le dernier mot. Si l'avis de la COM n'est pas respecté, le médecin chargé de communiquer le plan de traitement au patient doit motiver dans le dossier la raison du refus. Il doit également en informer la COM. Si ce plan de traitement n'est pas respecté car des éléments importants n'étaient pas connus au moment de la COM, une nouvelle COM doit être organisée pour valider cette modification du plan thérapeutique. Il est important de souligner que la participation des médecins à la COM peut avoir des conséquences médico-légales. Les médecins sont responsables des décisions prises dans leur domaine d'expertise (5, 6).

#### ARRÊTÉ ROYAL DU 18 AOÛT 2010 CONCERNANT LES CONCERTATIONS ONCOLOGIQUES MULTIDISCIPLINAIRES

Les différents hôpitaux n'ont pas attendu une nomenclature spécifique avant d'organiser les COM. Toutefois, pour espérer une généralisation dans tous les hôpitaux et pour toutes les disciplines oncologiques des COM, démarche garante de qualité de la prise en charge du patient atteint du cancer (7), il était indispensable de disposer d'un financement. La dernière modification des conditions à remplir pour réaliser une COM dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé a été réalisée le 18 août 2010 et publiée dans le *Moniteur belge* le 24 septembre 2010 (8). Il faut maintenant au moins que quatre médecins de spécialité différente participent à la COM. Au moins un d'entre eux dispose d'une expérience particulière en chirurgie oncologique, ou est agréé en tant que médecin spécialiste en Oncolo-

gie médicale ou en Radiothérapie oncologique, ou est titulaire d'un titre professionnel particulier en Hématologie clinique ou en Hématologie oncologique pédiatrique. Un des médecins présent à la COM fait fonction de coordinateur et rédige le rapport écrit reprenant une description du diagnostic et du plan de traitement. La réalisation d'une COM doit être demandée par écrit soit par le médecin traitant, soit par un médecin spécialiste clinicien.

Une première COM organisée dans le cadre du traitement d'une nouvelle affection oncologique ou une COM de suivi précède obligatoirement :

1. chaque traitement oncologique qui n'est pas repris ou qui déroge au protocole défini dans le manuel de qualité de l'hôpital concerné,

2. chaque chimiothérapie par un médicament qui, dans une première phase de remboursement, a été désignée par la commission de remboursement des médicaments pour faire l'objet de monitoring par la COM,

3. d'autres traitements oncologiques spécifiques détaillés dans l'arrêté royal.

La COM de suivi donne lieu à un remboursement s'il s'agit d'une nécessité objective de mise en question du diagnostic et/ou d'adaptation du plan de traitement et/ou répétition d'une série d'irradiations d'une même région cible dans les douze mois.

La nouvelle nomenclature prévoit la possibilité d'organiser une deuxième COM à la demande d'un autre hôpital (COM supplémentaire) sur renvoi attesté par le médecin coordinateur. Cette COM supplémentaire est indiquée lorsque la première COM n'a pas donné lieu à un diagnostic définitif ou un plan de traitement concret, mais un renvoi vers un autre hôpital disposant d'un programme de soins oncologiques agréés.

#### CONSULTATION D'ANNONCE DU DIAGNOSTIC ET DU PLAN THÉRAPEUTIQUE

La nouvelle nomenclature prévoit une consultation spécifique d'annonce qui peut être réalisée par le médecin généraliste ou le médecin spécialiste. La rémunération tient compte de la durée habituellement prolongée de ce type de consultation; le patient n'a pas de ticket modérateur à payer pour la consultation d'annonce. Lors de la COM, on définit quel médecin réalise la consultation d'annonce. Lorsqu'il s'agit d'un médecin spécialiste, il doit obligatoirement avoir participé à la COM. Habituellement, il s'agit du médecin qui a pris en charge la patiente initiale-

ment. Il est important que cette consultation soit planifiée dans un créneau horaire spécifique. Il faut que le médecin dispose de suffisamment de temps pour répondre à toutes les questions du patient. Ceci est plus facile si la consultation dans le carnet de rendez-vous est identifiée comme une consultation d'annonce avec une durée plus longue que celle prévue pour une consultation habituelle. La programmation dans une plage horaire spécifique permet également de mieux respecter l'heure du rendez-vous car cette consultation est particulièrement anxiogène pour le patient. Le médecin prend également plus facilement des précautions pour être le moins possible dérangé par le téléphone ou toute autre interruption lors de la consultation d'annonce si cette consultation a lieu dans un créneau horaire spécifique.

L'infirmière de liaison, également financée dans le cadre du plan cancer, joue un rôle important pour la bonne coordination de la mise au point et des soins. Elle programme également les consultations d'annonce.

#### CONCLUSION

De nombreux efforts ont été réalisés en Belgique pour optimiser la prise en charge du patient atteint de cancer ces dernières années. La COM a contribué significativement à cet objectif. La réalisation des COM est maintenant généralisée dans tous les hôpitaux belges. Il est important que le droit du patient à une information détaillée sur les différentes options thérapeutiques, les bénéfices et les effets secondaires soit respecté. La COM propose soit un traitement particulier si on arrive à obtenir un consensus sur le traitement optimal, soit les différentes options si celles-ci sont jugées équivalentes. Le patient a toujours le dernier mot. Il peut évidemment refuser pour des raisons personnelles le traitement optimal. Si l'avis de la COM n'est pas respecté, le médecin chargé de communiquer le résultat de la COM doit documenter dans le dossier les raisons du refus et en informer la COM. Si le plan de traitement doit être changé à cause d'éléments inconnus au moment de la discussion en COM, une nouvelle COM doit être organisée pour valider le nouveau plan thérapeutique. L'annonce du diagnostic et du plan de traitement se fait dans la mesure du possible dans un créneau horaire spécifique. En tout cas, le médecin fera tout pour éviter toute interruption lors de cette consultation et prévoir un temps suffisant pour répondre à toutes les questions du patient. La COM joue un rôle essentiel dans la planification de la prise en charge des patientes avec un cancer du sein.

**BIBLIOGRAPHIE**

1. Devitt B, Philip J, McLachlan SA.— Team dynamics, decision making, and attitudes toward multidisciplinary cancer meetings : health professionals' perspectives. *J Oncol Pract*, 2010, **6**, e17-e20.
2. Ruhstaller T, Roe H, Thurlimann B, Nicoll JJ.— The multidisciplinary meeting: An indispensable aid to communication between different specialities. *Eur J Cancer*, 2006, **42**, 2459-2462.
3. Lamb BW, Brown KF, Nagpal K, et al.— Quality of care management decisions by multidisciplinary cancer teams : a systematic review. *Ann Surg Oncol*, 2011, Epub ahead of print 26/3/2011.
4. Newman EA, Guest AB, Helvie MA, et al.— Changes in surgical management resulting from case review at a breast cancer multidisciplinary tumor board. *Cancer*, 2006, **107**, 2346-2351.
5. Sidhom MA, Poulsen MG.— Multidisciplinary care in oncology : medicolegal implications of group decisions. *Lancet Oncol*, 2006, **7**, 951-954.
6. Sidhom MA, Poulsen M.— Group decisions in oncology: doctors' perceptions of the legal responsibilities arising from multidisciplinary meetings. *J Med Imaging Radiat Oncol*, 2008, **52**, 287-292.
7. Bydder S, Nowak A, Marion K, et al.— The impact of case discussion at a multidisciplinary team meeting on the treatment and survival of patients with inoperable non-small cell lung cancer. *Intern Med J*, 2009, **39**, 838-841.
8. Arrêté royal modifiant les articles 11, §1er, et 19 § 5, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Moniteur belge, Service Public Fédéral. *Sécurité sociale*, 18-8-2010, 58875-58877.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr G. Jerusalem, Service d'Oncologie médicale, CHU de Liège, 4000 Liège, Belgique  
Email : g.jerusalem@chu.ulg.ac.be