

---

**Structuration d'un parcours de soins régional  
pour les patients avec récurrence locale de cancer du rectum.  
Etude de type Delphi**

**ETAT DES LIEUX**

Le cancer du rectum représente en Europe 35% de l'ensemble des cancers colorectaux, soit 15–25/100 000 cancer du rectum par an<sup>1</sup>. En dépit de l'amélioration du contrôle local de ces cancers, grâce à l'exérèse totale du méso rectum<sup>2</sup> et à la radio chimiothérapie préopératoire<sup>3</sup>, le taux de récurrence locale est évalué entre 5 et 10% dans la littérature<sup>4,5</sup>. A l'échelle de notre région (Aquitaine, Poitou-Charentes, Limousin) qui compte 6 millions d'habitants, l'incidence des récurrences locales du cancer du rectum peut donc être estimée entre 60 et 120 nouveaux cas/an. Seule une résection curative (R0), rapportée dans 60% des procédures, permet d'obtenir un taux de survie globale à 5 ans de 40%. Cependant, les prises en charges chirurgicales requièrent dans la majorité des cas des résections multi-viscérales complexes, expliquant la grande variabilité du taux de chirurgie curative et les taux de morbidité et de mortalité post-opératoires, respectivement de 60% et 2%<sup>6</sup>.

Malgré la combinaison du faible nombre de patients, de la potentielle guérison en cas de résection R0 et de la difficulté de prise de décision opératoire d'une part et de management des complications post-opératoires d'autre part, seule une faible proportion de patients est adressée vers un centre de recours spécialisé dans la prise en charge spécifique des patients avec récurrence locale de cancer du rectum en France<sup>7</sup> et en Grande-Bretagne<sup>8</sup>. En effet, il n'existe pas à l'heure actuelle de structuration du parcours de soins de ces patients au niveau national ou régional, expliquant une grande variabilité de prise en charge.

Une structuration du parcours de soins de ces patients atteints de récurrence de cancer du rectum semble nécessaire pour optimiser la prise en charge des patients et améliorer à terme leur espérance de vie. Elle doit ainsi permettre de proposer à chaque patient de bénéficier d'une prise en charge pré-opératoire standardisée et d'une potentielle résection curative. La définition de ce parcours de soins doit intégrer l'ensemble des déterminants influençant l'implémentation de nouvelles pratiques dans une organisation de santé<sup>9</sup>. Ces nouvelles pratiques ne seront efficaces que si elles sont partagées par le plus grand nombre ; nous souhaitons donc que ce parcours régional soit défini par un consensus professionnel entre praticiens prenant en charge ces patients.

---

## **METHODE**

Ce consensus régional sur le parcours de soins des patients avec récurrence locale de cancer du rectum sera établi à l'aide d'une méthode de type Delphi<sup>10</sup>, incorporant des « tours » consécutifs de votes anonymes, de « feedback » ou retour et de discussions ouvertes. Ce type d'étude est reconnu pour obtenir une convergence d'opinion sur un sujet spécifique, ce qui permettra dans le cas présent d'obtenir une convergence du maximum de praticiens sur le parcours de soins optimal à définir dans notre région pour la prise en charge des patients avec récurrence locale de cancer du rectum.

### **Echantillon**

Cette étude Delphi sera conduite à partir d'un panel régional de praticiens de structures de santé publiques et privées comprenant 4 catégories de spécialistes : chirurgiens digestifs, oncologues médicaux, radiothérapeutes et gastro-entérologues. Afin d'obtenir un retour du plus grand nombre en accord avec les pratiques « locales », la liste des participants aux RCP digestives de la zone géographique concernée sera fournie par les Réseaux Régionaux de Cancérologie. Un email d'invitation sera adressé à l'ensemble des praticiens identifiés afin de les solliciter à répondre au questionnaire.

### **Questionnaire de l'étude**

Les critères d'évaluation ont été définis par les membres de la RCP digestive et un méthodologiste du CHU de Bordeaux puis validés par un comité de pilotage composé des membres des RCP d'oncologie digestive des CHU de Limoges et Poitiers, ainsi que de l'Institut Bergonié. L'importance de chaque critère pour la structuration du parcours de soins des patients avec récurrence locale de cancer du rectum sera établie par l'utilisation d'une échelle de Likert à 10 points (de "1" indiquant "très utile" à "10" indiquant "complètement inutile" avec "5" signifiant "non-décidé").

Durant le 1<sup>er</sup> tour, les membres du panel devront répondre sur l'utilité de chaque critère et seront encouragés à proposer d'autres critères ou à modifier ceux existants. Un email de rappel sera adressé aux praticiens n'ayant pas répondu dans les 3 semaines. Un critère sera retenu comme utile pour la structuration du parcours de soins si au moins 80% des praticiens le cote  $\leq 3/10$  sur l'échelle de Likert. Inversement un critère sera retenu comme inutile à la structuration si au moins 80% le cote  $\geq 8/10$  sur l'échelle de Likert.

Un 2<sup>nd</sup> questionnaire, prenant en considération les résultats et les propositions faites par les praticiens lors du 1<sup>er</sup> tour, sera édité et soumis au panel ayant répondu au 1<sup>er</sup> tour. Ce 2<sup>nd</sup> questionnaire ne sera consacré qu'à la cotation des critères n'ayant pas obtenu de consensus (utile ou inutile) au 1<sup>er</sup> tour. De la même façon qu'au 1<sup>er</sup> tour, un critère sera retenu comme utile ou

---

inutile pour la structuration du parcours de soins si au moins 80% des praticiens le cote respectivement  $\leq 3/10$  ou  $\geq 8/10$  sur l'échelle de Likert.

Le 3<sup>ème</sup> et dernier tour consistera en une réunion finale à laquelle seront conviés tous les représentants de RCP ayant répondu au 2 premiers tours. L'organigramme du parcours de soins des patients atteint de récurrence locale de cancer du rectum leur sera alors soumis au cours de cette réunion. Le panel pourra choisir trois types de réponse : Accord, Désaccord et Neutre. Le consensus sera obtenu si au moins 80% du panel est en accord avec la structuration proposée.

Les 2 premiers tours seront ouverts pendant 4 semaines. La réunion finale sera réalisée au plus tard 8 semaines après la fin du 2<sup>ème</sup> tour. Le consensus sera édité et présenté comme recommandation pour le parcours de soins régional des patients avec récurrence locale de cancer du rectum et diffusé par les Réseaux de Cancérologie Régionaux.

---

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

1. Glimelius B, Tiret E, Cervantes A, Arnold D, on behalf of the ESMO Guidelines Working Group. Rectal cancer: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology* 2013;24(Suppl6):vi81-vi88.
2. Heald RJ, Moran BJ, Ryall RD, Sexton R, MacFarlane JK. Rectal cancer: the Basingstoke experience of total mesorectal excision, 1978-1997. *Arch Surg.* 1998;133:894-899.
3. Gerard JP, Conroy T, Bonnetain F, Bouche O, Chapet O, Closon-Dejardin MT, et al. Preoperative radiotherapy with or without concurrent fluorouracil and leucovorin in T3-4 rectal cancers : results of FFCD 9203. *J Clin Oncol* 2006;24:4620-4625.
4. Van Gijn W, Dutch colorectal cancer group. Preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision for resectable rectal cancer: 12-year follow-up of the multicenter, randomized controlled TME trial. *Lancet Oncol* 2011;12(6):575-82.
5. Jayne DG, Thorpe HC, Copeland J, Quirke P, Brown JM, Guillou PJ. Five-year follow-up of the Medical Research Council CLASICC trial of laparoscopically assisted versus open surgery for colorectal cancer. *Br J Surg* 2010;97:1638-1645.
6. Yang TX, Morris DL, Chua TC. Pelvic exenteration for rectal cancer: a systematic review. *Dis Colon Rectum.* 2013;56(4):519-31.
7. Denost Q, Faucheron JL, Lefevre J, Panis Y, Cotte E, Rouanet P, Jafari M, Capdepon M, Rullier E. French current management and oncological results of locally recurrent rectal cancer. *Eur J Surg Oncol.* 2015 Dec;41(12):1645-52.
8. Harji DP, Griffiths B, McArthur DR, Sagar PM. Current UK management of locally recurrent rectal cancer. *Colorectal Dis* 2012;14:1479-82.
9. Fleuren M, Wiefferink K, Paulussen T. Determinants of innovation within health care organizations: literature review and Delphi study. *Int J Qual Health Care.* 2004;16(2):107-23.
10. Linstone H.A, Turoff M. *The Delphi Method: Techniques and Application.* Boston, MA: Addison-Wesley Publishing Co, Advanced Book Program: 2002.