



Réseau de Cancérologie d'Aquitaine

Situations nécessitant une discussion en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) (extraits des référentiels régionaux)

- Mise à jour mars 2013 -

Ce document, extrait des référentiels régionaux de pratiques, présente par localisation cancéreuse :

- ✓ les situations et moments de la prise en charge où le dossier du patient doit être discuté en RCP,
- ✓ les quorums des RCP.

Les référentiels régionaux sont consultables sur le site internet du RCA : <http://www.canceraquitaine.org>, dans l'onglet « Informations – Professionnels / Référentiels et recommandations de pratiques ».

Sommaire

CANCERS DU REIN (mars 2013)	4
CANCERS DE L'ENDOMETRE (janvier 2012)	5
MELANOMES CUTANES (MAJ novembre 2011)	8
CANCERS DU SEIN NON METASTATIQUES (MAJ septembre 2010)	9
CARCINOMES DE L'HYPOPHARYNX ET DU LARYNX (juillet 2010)	11
GLIOMES INTRACRANIENS INFILTRANTS DE L'ADULTE ET DE L'ENFANT (MAJ juillet 2010)	13
MYELOME MULTIPLE (juillet 2010)	15
SYNDROMES MYELOYDYSPLASIQUES (juin 2010)	15
CANCERS DE L'OVAIRE NON METASTATIQUES (TUMEURS EPITHELIALES) (mars 2010)	16
CHIRURGIE DES CANCERS DE LA TETE ET DU COU (février 2010)	17
CARCINOMES CUTANES (décembre 2009)	18
LYMPHOMES CUTANES (novembre 2009)	19
CARCINOMES DE L'OROPHARYNX (août 2009)	20
CANCERS DU POU MON NON A PETITES CELLULES (avril 2009)	21
SARCOMES DES TISSUS MOUS NON METASTATIQUES (janvier 2006)	23
CANCERS DU COL DE L'UTERUS NON METASTATIQUES (septembre 2005)	25
CANCERS DU COLON (mai 2003)	27
CANCERS DU RECTUM (mai 2003)	27



Le dossier de tout nouveau patient atteint de cancer doit être présenté à un comité pluridisciplinaire. Il peut s'agir d'un **enregistrement simple** ou d'une **discussion pluridisciplinaire**. Après la concertation, le plan de traitement qui sera mis en place doit être soumis de manière détaillée au patient et placé dans son dossier.

Si un traitement standard est proposé, le dossier sera simplement **enregistré** en RCP.

S'il y a différentes alternatives thérapeutiques, notamment dans les situations suivantes, le dossier du patient doit être **discuté** en RCP :

- pour décider de la stratégie thérapeutique globale et particulière,
- pour proposer éventuellement l'inclusion dans les essais ouverts selon les critères d'inclusion,
- en cas de progression de la maladie, dans le cadre d'un essai ou hors essai thérapeutique,
- en cas de rechute.

Selon la HAS, la pluridisciplinarité correspond à la présence d'au moins trois spécialités différentes qui doivent être adaptées au type de la RCP.

Pour chaque localisation cancéreuse, les situations et moments de la prise en charge où le dossier du patient doit être discuté en RCP, ainsi que le quorum, sont présentés ci-après.



CANCERS DU REIN (mars 2013)

Quorum de la RCP

La RCP devrait comprendre au minimum les spécialistes suivants :

- un chirurgien,
- un oncologue médical,
- un oncologue radiothérapeute.

La présence d'un pathologiste et d'un spécialiste en imagerie est souhaitable.



CANCERS DE L'ENDOMETRE (janvier 2012)

Situations nécessitant une discussion pluridisciplinaire

Bilan d'extension locorégionale

Dans l'idéal une IRM abdomino-pelvienne doit être réalisée ; si ce n'est pas possible, une IRM pelvienne peut être couplée à un scanner abdominal (consensus régional).

En cas de suspicion de stades III/T3 et/ou N1 (FIGO 2009/TNM 2009) ou IV/T4 et/ou M1 (FIGO 2009/TNM 2009), la réalisation d'une TEP-FDG/TDM peut être discutée pour la recherche de métastases à distance (fonction de l'analyse anatomopathologique et du stade).

Le dosage du CA 125 ne fait pas partie du bilan d'extension systématique mais peut être discuté en cas de suspicion d'extension régionale (stade III/T3 et/ou N1 (FIGO 2009/TNM 2009) ou plus), d'atteinte ovarienne ou de type 2 histologique.

Modalités thérapeutiques

En situation métastatique, l'hormonothérapie peut être indiquée lorsque la chimiothérapie n'est pas applicable ou en cas de maladie lentement évolutive **avec récepteurs hormonaux positifs**. Le traitement repose alors principalement sur l'acétate de médroxyprogestérone par voie orale à la dose de 500 mg/j. En cas de contre-indication, des anti-oestrogènes peuvent être utilisés.

Tumeur limitée au corps utérin – Stades I/T1

Type 1 histologique – Risque bas

Situations exceptionnelles :

- Le traitement conservateur de l'utérus n'est pas recommandé mais peut être discuté pour des patientes désirant une grossesse, présentant des tumeurs supposées de stade I, grade 1 sans envahissement myométrial, au mieux après exploration coelioscopique des ovaires pour éliminer une extension extra-utérine ou de la séreuse.
- Sous les mêmes réserves, le traitement conservateur des ovaires associé à une hystérectomie totale avec salpingectomie bilatérale peut être discuté pour les patientes de moins de 40 ans désirant le maintien des fonctions ovariennes.

Type 1 histologique – Risque élevé

La lymphadénectomie pelvienne peut être discutée. Son intérêt thérapeutique chez des patientes qui n'ont pas d'adénomégalies suspectes à l'imagerie et qui vont recevoir une irradiation externe pelvienne n'est pas démontré.

Type 2 histologique

Une chimiothérapie intraveineuse adjuvante séquentielle peut être discutée.



Tumeur envahissant le stroma cervical mais ne s'étendant pas au-delà de l'utérus (tous types histologiques) – Stades II/T2

Une lymphadénectomie lomboaortique d'emblée ou à la suite d'une lymphadénectomie pelvienne en cas de ganglions pelviens positifs peut être discutée en cas de type 1 histologique.

En cas de type 2 histologique, une chimiothérapie intraveineuse adjuvante séquentielle peut être discutée en complément de la radiothérapie.

En cas de non-opérabilité d'emblée par une atteinte de gros volume du col de l'utérus, une radiothérapie préopératoire externe pelvienne conformationnelle (45 à 50 Gy) avec ou sans curiethérapie préopératoire (15 Gy) peuvent être discutées (consensus régional).

Extensions locales et/ou régionales (tous types histologiques) – Stades III/T3 et/ou N1

Envahissement vaginal et/ou paramétrial – Stade IIIB/T3B

Une stadification ganglionnaire lomboaortique préthérapeutique peut être discutée.

Une chimiothérapie intraveineuse concomitante peut être discutée par analogie au cancer du col de l'utérus.

Une chirurgie de la tumeur primaire peut être discutée en cas de réponse incomplète.

Atteinte des ganglions lymphatiques régionaux diagnostiquée lors de l'analyse anatomopathologique – Stade IIIC/N1

Une chimiothérapie intraveineuse adjuvante séquentielle doit être discutée.

Atteinte des ganglions pelviens diagnostiquée à l'imagerie – Stade IIIC1/N1

Une chimiothérapie intraveineuse adjuvante séquentielle peut être discutée.

Atteinte des ganglions lomboaortiques ± ganglions pelviens diagnostiquée à l'imagerie – Stade IIIC2/N1

Une chimiothérapie intraveineuse séquentielle doit être discutée.

Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale et/ou métastases à distance (tous types histologiques) – Stades IV/T4 et/ou M1

Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale – Stade IVA/T4

Une chimiothérapie intraveineuse concomitante peut être discutée par analogie au cancer du col de l'utérus.

Une exentération pelvienne à visée curative peut être discutée en cas d'échec de l'irradiation.

Métastases à distance incluant les métastases intra-abdominales et/ou ganglions inguinaux – Stade IVB/M1

Une chimiothérapie intraveineuse est recommandée ; le moment de la chimiothérapie est à discuter.



Quorum de la RCP

La RCP devrait comprendre au minimum les spécialistes suivants :

- un chirurgien,
- un oncologue médical,
- un oncologue radiothérapeute.

La présence d'un pathologiste et d'un spécialiste en imagerie est souhaitable.



MELANOMES CUTANES (MAJ novembre 2011)

Situations nécessitant une discussion pluridisciplinaire

Bilan d'extension

L'utilisation de la technique du ganglion sentinelle doit être discutée en RCP.

Stades I et II, mélanome localisé

Les alternatives à la chirurgie (radiothérapie, imiquimod local, photothérapie dynamique ou abstention) devront être discutées au cas par cas en RCP.

Les alternatives au traitement chirurgical standard, la proposition d'une technique du ganglion sentinelle, la proposition d'un traitement adjuvant par interféron alpha, doivent relever d'une discussion en RCP.

Stade III, mélanome avec atteinte ganglionnaire ou cutanée

Le dossier de tout patient se présentant en stade III doit être discuté en RCP.

Tout traitement alternatif à la chirurgie par évidement de l'aire ganglionnaire atteinte doit relever d'une discussion en RCP.

La radiothérapie du site ganglionnaire doit obligatoirement être discutée en RCP.

Tout traitement alternatif à la chirurgie des métastases cutanées doit relever d'une discussion en RCP.

Stade IV, mélanome généralisé

Le traitement d'un mélanome métastatique doit s'appuyer sur une proposition de RCP.

De nouveaux traitements disponibles depuis 2011 doivent être discutés en 1^{ère} ou 2^{nde} intention, en fonction du statut mutationnel du mélanome, de la vitesse évolutive du mélanome en stade métastatique, de la présence ou non de métastases cérébrales actives ou symptomatiques.

La chirurgie et ses alternatives pour des métastases opérables doivent être discutées et proposées par la RCP.

Quorum de la RCP

La RCP devrait comprendre au minimum les spécialistes suivants :

- un dermatologue,
- un chirurgien,
- un oncologue radiothérapeute.

La présence d'un pathologiste et d'un spécialiste en imagerie est souhaitable.



CANCERS DU SEIN NON METASTATIQUES (MAJ septembre 2010)

Situations nécessitant une discussion pluridisciplinaire

Diagnostic

Après le bilan clinique et par imagerie lors du diagnostic :

- si lésion infra-clinique : une biopsie préthérapeutique sera faite chaque fois que possible par micro ou macrobiopsie ; en cas de macrobiopsie, la décision est prise en RCP,
- si lésion localement avancée ou ne permettant pas un traitement conservateur : une RCP est à réaliser avant tout geste biopsique invasif.

Carcinomes intra-canalaires

La prise en charge chirurgicale doit être décidée en RCP afin d'optimiser la qualité des stratégies thérapeutiques.

Le traitement adjuvant doit être décidé en RCP.

En cas de traitement conservateur, il n'y a pas de consensus ; toute prescription de tamoxifène devra faire l'objet d'une décision multidisciplinaire et se situer dans les limites de l'AMM.

Cancers invasifs localement limités (T1-T2, N0-N1)

Dans certaines localisations centrales ou rétro-aréolaires, la proposition d'une chirurgie conservatrice doit être faite à la patiente après discussion en RCP.

Lorsqu'une mastectomie est nécessaire, une reconstruction immédiate peut être proposée (sauf si une irradiation complémentaire est envisagée ou si cette reconstruction risque de gêner le déroulement du traitement médical adjuvant) ; discussion en RCP pour valider la décision de reconstruction mammaire immédiate.

La décision de traitement locorégional après chirurgie conservatrice sera prise en RCP en fonction de la qualité des berges d'exérèse, du siège de la tumeur et de l'envahissement ou non des ganglions axillaires.

Après chirurgie conservatrice, l'absence d'irradiation complémentaire dans le lit tumoral pour une patiente d'âge < 70 ans relève d'une discussion en RCP prenant en compte les risques de récurrence locale.

En cas d'envahissement ganglionnaire massif la décision d'irradier ou non le creux axillaire doit être discutée en RCP.

Le traitement adjuvant doit être décidé en RCP.

La catégorie de tumeurs HER- à risque métastatique intermédiaire peut être traitée soit par chimiothérapie puis hormonothérapie soit par hormonothérapie seule ; le choix peut être fait en fonction de l'évaluation du risque et des facteurs de résistance à l'hormonothérapie ou à la chimiothérapie, décision prise en RCP et validée par l'oncologue référent en présence de la patiente.

Cancers étendus (T3, N2 ou tout T4 ou tout N3) et cancers opérables d'emblée avec tumeur > 3 cm



En cas de refus de la patiente d'un traitement néo-adjuvant, la décision sera prise en RCP entre une mastectomie radicale et un traitement conservateur avec irradiation du sein et des aires ganglionnaires.

Le traitement néo-adjuvant doit être décidé en RCP.

La décision de traitement locorégional après traitement néo-adjuvant sera prise après RCP en prenant en compte les résultats mammographiques, échographiques et si besoin d'IRM.

Après chirurgie conservatrice, l'absence d'irradiation complémentaire dans le lit tumoral pour une patiente d'âge < 70 ans relève d'une discussion en RCP prenant en compte les risques de récurrence locale.

En cas d'envahissement ganglionnaire massif la décision d'irradier ou non le creux axillaire doit être discutée en RCP.

La décision de traitement adjuvant après traitement médical néo-adjuvant sera prise en RCP (abstention, poursuite de la chimiothérapie, changement de chimiothérapie).

Cancer du sein inflammatoire

La prise en charge doit être décidée en RCP.

Bien qu'il n'y ait pas d'étude évaluant l'intérêt d'un traitement médical complémentaire, une chimiothérapie post-opératoire peut être proposée au cas par cas, après discussion en RCP.

Quorum de la RCP

La RCP devrait comprendre au minimum les spécialistes suivants :

- un chirurgien,
- un oncologue médical,
- un oncologue radiothérapeute.

La présence d'un pathologiste et d'un spécialiste en imagerie est souhaitable.



CARCINOMES DE L'HYPOPHARYNX ET DU LARYNX (juillet 2010)

Situations nécessitant une discussion pluridisciplinaire

Carcinomes de l'hypopharynx

Bilan d'extension à distance

Une imagerie pulmonaire est nécessaire à la recherche de métastases. En général, une TDM thoracique aura été réalisée en même temps que la TDM cervicale. Elle est indispensable si le risque métastatique à distance est élevé (stade évolué). Dans ce cas l'utilisation d'une ¹⁸F DG TEP-TDM sera discutée en RCP.

Cancers du sinus piriforme T1-T2

Traitement de référence :

- chirurgie partielle pharyngo-laryngée,
- traitement chirurgical de principe des aires ganglionnaires cervicales,
- ± radiothérapie (avec ou sans potentialisation) postopératoire, à discuter en RCP.

Cancers du sinus piriforme T3

Chez les patients accessibles à un traitement chirurgical, pour éviter une pharyngo-laryngectomie totale, on pourra proposer en RCP une chimiothérapie néoadjuvante avec réévaluation à l'issue de 2 ou 3 cycles.

A l'issue de 2 ou 3 cycles, une nouvelle évaluation clinique, endoscopique et radiologique sera réalisée. On vérifiera entre chaque cycle de chimiothérapie l'absence de progression tumorale par un examen nasofibroscopique : en cas de réponse partielle, il n'y a pas de consensus. Il n'y a pas d'indication à une chirurgie partielle. Le choix entre pharyngo-laryngectomie totale ou radiothérapie potentialisée sera discuté en RCP.

Alternatives chirurgicales à discuter en RCP :

- dans certains cas de tumeurs classées T3, une chirurgie partielle pourra être réalisée (en respectant les contre-indications médicales habituelles : âge, état respiratoire...),
- dans certains cas, une pharyngo-laryngectomie presque totale de Pearson pourra être réalisée (shunt phonatoire musculo-muqueux avec trachéostome définitif).

Carcinomes du larynx

Bilan d'extension à distance

Une imagerie pulmonaire est nécessaire à la recherche de métastases. En général, une TDM thoracique aura été réalisée en même temps que la TDM cervicale. Elle est indispensable si le risque métastatique à distance est élevé (stade évolué). Dans ce cas l'utilisation d'une ¹⁸F DG TEP-TDM sera discutée en RCP.

Cancers glottiques, supra-glottiques et sous-glottiques T3

Chez les patients accessibles à un traitement chirurgical, pour éviter une laryngectomie totale, on



pourra proposer en RCP une chimiothérapie néoadjuvante avec réévaluation à l'issue de 2 ou 3 cycles. A l'issue de 2 ou 3 cycles, une nouvelle évaluation clinique, endoscopique et radiologique sera réalisée. On vérifiera entre chaque cycle de chimiothérapie l'absence de progression tumorale par un examen nasofibroscopique : en cas de réponse partielle, il n'y a pas de consensus. Il n'y a pas d'indication à une chirurgie partielle. Le choix entre laryngectomie totale ou radiothérapie potentialisée sera discuté en RCP.

Alternative chirurgicale à discuter en RCP :

- dans certains cas de tumeurs classées T3, une chirurgie partielle pourra être réalisée (en respectant les contre-indications médicales habituelles : âge, état respiratoire...).
-

Quorum de la RCP

La RCP devrait comprendre au minimum les spécialistes suivants :

- un chirurgien,
- un oncologue médical et/ou un oncologue radiothérapeute.

La présence d'un pathologiste et d'un spécialiste en imagerie est souhaitable.



GLIOMES INTRACRANIENS INFILTRANTS DE L'ADULTE ET DE L'ENFANT (MAJ juillet 2010)

Situations nécessitant une discussion pluridisciplinaire

En dehors des cas d'urgence chirurgicale, il est recommandé que toute stratégie thérapeutique soit discutée par un comité pluridisciplinaire.

Chirurgie

En cas de suspicion d'astrocytome de grade 2, la stratégie thérapeutique doit être discutée en RCP avant tout geste chirurgical ou biopsique.

L'indication d'un traitement antitumoral sans diagnostic histologique doit rester une situation exceptionnelle validée en RCP.

Le dossier de tout patient qui a été opéré d'une tumeur gliale doit être discuté en RCP.

Radiothérapie

Traitement par radiothérapie sans biopsie seulement si indication formelle en RCP.

Avis de la RCP post-opératoire mentionnant notamment l'âge, l'état général et fonctionnel du patient pour le traitement par radiothérapie (index OMS) (standard).

Pour des motifs liés au patient (état général, âge) ou à la tumeur (volume), la radiothérapie peut être refusée : cette décision doit être validée en RCP (standard).

Pour les sujets âgés de plus de 70 ans (essentiellement glioblastomes), un traitement raccourci ou un traitement hypofractionné est à discuter en RCP.

Chimiothérapie

La décision d'une chimiothérapie doit se faire de façon pluridisciplinaire.

Gliomes malins à la rechute :

- chimiothérapie locale par Gliadel si réintervention pour résection optimale (option). Un 2^{ème} implant est possible (après primo-implantation), à discuter en RCP.
- *en attente d'un PTT ou d'une AMM la prescription d'AVASTIN doit être discutée et proposée en RCP de recours, en cas d'absence d'alternative thérapeutique, en l'argumentant dans le dossier patient à l'aide des travaux des sociétés savantes et des publications des revues internationales avec comité de lecture. La réponse thérapeutique doit être régulièrement évaluée et la poursuite du traitement rediscutée en RCP.*

Gliomes chez l'enfant

Pour les enfants, quel que soit le type de tumeur, les traitements doivent être décidés dans des centres de référence de Cancérologie Pédiatrique et discutés en RCP du réseau RESILIAENCE.



Quorum de la RCP

La RCP devrait comprendre au minimum les spécialistes suivants :

- un chirurgien,
- un oncologue médical et/ou un oncologue radiothérapeute.

La présence d'un pathologiste, d'un spécialiste en imagerie et d'un médecin de soins palliatifs est souhaitable.



MYELOME MULTIPLE (juillet 2010)

Situations nécessitant une discussion pluridisciplinaire

Bilan au diagnostic

Le TEP-Scan ne fait pas partie du bilan standard, il est à discuter au cas par cas en RCP.

Rechutes

Chaque dossier devra être discuté en RCP pour adapter au mieux le traitement.

SYNDROMES MYELODYSPLASIQUES (juin 2010)

Situations nécessitant une discussion pluridisciplinaire

Dans tous les cas, il est fortement recommandé de proposer au patient de participer à un essai thérapeutique prospectif s'il en existe un d'ouvert et si les critères de sélection le permettent. Dans le même esprit, la discussion de chaque patient avec SMD au sein d'une RCP permet à la fois d'élaborer une décision thérapeutique collégiale basée sur un référentiel ou une inclusion protocolaire et en même temps de recenser ces patients dans un registre régional (registre de la Gironde) et national (registre du GFM).

Les SMD de risque élevé (IPSS $\geq 1,5$)

La chimiothérapie conventionnelle garde encore une place chez les patients jeunes pour lesquels un traitement par agents hypométhylants n'est pas possible ou inefficace. Il s'agit alors d'essayer d'obtenir la meilleure réponse possible avant intensification thérapeutique et allogreffe en cas de donneur compatible. Dans tous les cas, la prise de décision doit se faire après discussion du dossier en RCP.

Quorum de la RCP

La RCP devrait comprendre au minimum les spécialités suivantes :

- hématologie clinique,
- hématologie biologique (cytologie, cytogénétique).



CANCERS DE L'OVAIRE NON METASTATIQUES (TUMEURS EPITHELIALES) (mars 2010)

Situations nécessitant une discussion pluridisciplinaire

Chirurgie

La stratégie de prise en charge chirurgicale doit être décidée en RCP.

Concernant les stades IA grade 2, cancers non à cellules claires, les données de la littérature ne permettent pas actuellement de conclure de manière définitive sur la prise de risque carcinologique du traitement conservateur ; à discuter au cas par cas en RCP.

Classification

Le stade doit être confirmé en RCP.

Traitement complémentaire

La décision d'un traitement complémentaire après chirurgie sera prise en RCP.

Surveillance

Surveillance des femmes avec mutation BRCA1/2 (recommandations INCa 2009) :

- examen clinique tous les 6 mois,
- échographie pelvienne annuelle à partir de l'âge de 35 ans.

Compte tenu de l'incertitude de l'efficacité en termes de morbidité et de mortalité d'une surveillance simple par échographie pour le cancer de l'ovaire, une annexectomie prophylactique est recommandée à partir de l'âge de 40 ans après validation en RCP.

Quorum de la RCP

La RCP devrait comprendre au minimum les spécialistes suivants :

- un chirurgien,
- un oncologue médical et/ou un oncologue radiothérapeute.

La présence d'un pathologiste et d'un spécialiste en imagerie est souhaitable.



CHIRURGIE DES CANCERS DE LA TÊTE ET DU COU (février 2010)

Situations nécessitant une discussion pluridisciplinaire

La chirurgie d'exérèse des cancers des voies aéro-digestives supérieures ne peut être envisagée que dans des structures médico-chirurgicales adaptées (équipe anesthésique, équipe chirurgicale, équipes paramédicales, plateau technique, RCP, dispositif d'annonce...).

Chirurgie de rattrapage

En raison de ses complexités techniques, des risques majorés de complications, du caractère aléatoire de ses résultats, son indication est particulièrement difficile, et relève d'une décision collégiale prise en RCP, et avec une implication nette du patient.

Chirurgie des aires ganglionnaires cervicales

Pour les tumeurs classées T1-T2 N0 M0 de la cavité buccale et de l'oropharynx, la technique du ganglion sentinelle peut-être discutée en RCP. Il est fortement recommandé une période d'apprentissage et de validation pour chaque centre avant application.

Quorum de la RCP

La RCP devrait comprendre au minimum les spécialistes suivants :

- un chirurgien,
- un oncologue médical et/ou un oncologue radiothérapeute.

La présence d'un pathologiste et d'un spécialiste en imagerie est souhaitable.



CARCINOMES CUTANES (décembre 2009)

Situations nécessitant une discussion pluridisciplinaire

Carcinomes basocellulaires

Discussion de la conduite à tenir en RCP pour la chirurgie des carcinomes basocellulaires de mauvais pronostic.

Alternative au traitement chirurgical : discussion en RCP d'une radiothérapie première.

En cas de récurrence : discussion de la prise en charge en RCP.

Carcinomes épidermoïdes

Pour les carcinomes épidermoïdes à risque élevé de récurrence ou de métastase : discussion de la prise en charge en RCP.

Si patient N1 : curage ganglionnaire à effectuer sur le 1^{er} relais puis le groupe II, III, IV, V.

L'association d'une radiothérapie adjuvante est à envisager en RCP après analyse des comptes rendus anatomopathologiques du curage.

Carcinomes cutanés rares

Prise en charge à discuter en RCP régionale voire en RCP nationale de recours.

Quorum de la RCP

La RCP devrait comprendre les spécialistes suivants :

- un dermatologue,
- un chirurgien,
- un oncologue radiothérapeute.

En fonction des situations, la présence d'un pathologiste et d'un radiologue peut être requise.



LYMPHOMES CUTANES (novembre 2009)

Situations nécessitant une discussion pluridisciplinaire

Il est recommandé que tout nouveau cas de lymphome cutané primitif soit présenté au moins une fois en RCP régionale pour valider le diagnostic et la prise en charge.

Les stades avancés ou les lymphomes cutanés agressifs doivent impérativement faire l'objet d'une discussion en RCP régionale et/ou RCP nationale de recours.

Pour les lymphomes non épidermotropes N+, M+, le dossier sera discuté en RCP Hématologie.

Mycosis fongoïde

Pour les tumeurs sans atteinte ganglionnaire (stade IIB ; T3 N0-1) : en cas d'échappement ou de non réponse aux 1^{ers} traitements, le dossier doit être discuté en RCP régionale et/ou RCP nationale de recours.

Pour les érythrodermies avec ou sans atteinte ganglionnaire, avec ou sans cellules de Sézary circulantes (stades III et IVA ; T4 N0-3 B0-1) : en cas d'échappement ou de non réponse aux 1^{ers} traitements, le dossier doit être discuté en RCP régionale et/ou RCP nationale de recours.

Lymphomes cutanés à grandes cellules CD30+ (bilan d'extension négatif)

Pour les lésions non régressives, en cas d'échec ou de contre-indication aux 1^{ers} traitements, d'autres traitements peuvent être discutés en RCP.

Si atteinte ganglionnaire : discussion en RCP Hématologie.

Lymphomes cutanés B centrofolliculaires

Si lésions multiples (> T2a) : discussion en RCP régionale.

Lymphomes cutanés zone marginale

Si lésions multiples : discussion en RCP régionale.

Quorum de la RCP

La RCP devrait comprendre les spécialistes suivants :

- un dermatologue,
- un pathologiste,
- un biologiste moléculaire,
- un oncologue.



CARCINOMES DE L'OROPHARYNX (août 2009)

Situations nécessitant une discussion pluridisciplinaire

Chimiothérapie

En cas de N+/R- et embols vasculaires, la chimiothérapie post-opératoire doit être discutée en RCP.

Patients porteurs d'une deuxième localisation tumorale

Si les 2 localisations sont proches : chirurgie ; sinon, discussion de la prise en charge en RCP en fonction du siège de la 2^{ème} localisation.

Patients porteurs de métastases

Pour les patients porteurs d'une métastase synchrone unique et opérable : le traitement tumoral et de la métastase doit être discuté en RCP selon le siège de la métastase.

Pour les patients porteurs d'une métastase métachrone unique : la chirurgie doit être discutée en RCP si la tumeur primitive est contrôlée.

Quorum de la RCP

La RCP devrait comprendre au minimum les spécialistes suivants :

- un chirurgien,
- un oncologue médical et/ou un oncologue radiothérapeute.

La présence d'un pathologiste et d'un spécialiste en imagerie est souhaitable.



CANCERS DU POU MON NON A PETITES CELLULES (avril 2009)

Situations nécessitant une discussion pluridisciplinaire

Stades I et II

Discussion en RCP d'une chirurgie de résection atypique (chirurgie intralobaire) en cas de contre-indication à une résection anatomique.

Pour les stades IB (pT2 N0 M0 R0), la chimiothérapie est à discuter en RCP (option).

Pour les pN2 R0, la radiothérapie est à décider en RCP (option).

Cas particulier des CIS sur la recoupe (R1) : surveillance endoscopique avec biopsies et discussion en RCP.

Pour les patients non opérables pour raison fonctionnelle et si absence de preuve histologique du cancer : discussion du traitement en RCP.

Stades III

Stades IIIA

Pour les stades IIIA résécables ne nécessitant pas une pneumonectomie et non « bulky » : discussion en RCP du traitement adjuvant selon pTN (option).

Pour les stades IIIA résécables par pneumonectomie ou « bulky » : discussion en RCP du traitement.

Stades IIIA non résécables, stades IIIB (sans épanchement pleural)

Si pas de réponse après chimiothérapie d'induction par bithérapie avec sels de platine : discussion en RCP.

Après radio-chimiothérapie concomitante : discussion de l'intérêt d'une chirurgie en RCP (option).

Pour les patients T4 N0-N1 trachée, vertèbre, veine cave : discussion d'une chirurgie d'emblée en RCP (option).

Stades IV

Stades IV avec métastase cérébrale ou surrénalienne synchrone unique

Discussion du traitement au cas par cas en RCP.

Stades IV sans métastase cérébrale ou surrénalienne synchrone unique

Pour les patients de moins de 75 ans et PS = 0,1 : discussion intégration bevacizumab en RCP (option).

Pour les patients de moins de 75 ans et PS = 0,1, si progression symptomatique après 2^{ème} ligne de chimiothérapie : lignes suivantes possibles à discuter en RCP (option).

Pour les patients de plus de 75 ans ou de moins de 75 ans avec PS = 2,3 : discussion du traitement au cas par cas en RCP.



Cancers de l'apex pulmonaire T3-T4

Pour tous les cancers de l'apex : discussion du traitement en RCP.

Chez les patients opérables : discussion en RCP d'une chirurgie d'emblée (option).

Chez les patients opérables à la limite de la résécabilité : discussion en RCP d'une radio-chimiothérapie concomitante pré-opératoire (option).

Quorum de la RCP

La RCP devrait comprendre au minimum les spécialistes suivants :

- un oncologue radiothérapeute,
- un pneumologue ou oncologue médical si le pneumologue n'a pas cette qualification,
- un chirurgien,

La présence d'un pathologiste et d'un spécialiste en imagerie est souhaitable.



SARCOMES DES TISSUS MOUS NON METASTATIQUES (janvier 2006)

Situations nécessitant une discussion pluridisciplinaire

Diagnostic

Toute tumeur des tissus mous sous-aponévrotique (profonde) et/ou > 5 cm et/ou évolutive doit être considérée comme suspecte de sarcome. Elle doit faire l'objet d'une exploration radiologique rapide, discutée en RCP en préalable à tout geste chirurgical, même à visée diagnostique.

Le typage du sarcome peut être impossible en cas de prélèvement au trocart ; dans ce cas, le grade peut être sous-estimé. Il faut donc interpréter une microbiopsie seulement dans le cadre d'une RCP (accord d'experts).

Chirurgie

Qualité de l'exérèse déterminée en RCP par confrontation des données chirurgicales et anatomopathologiques, et non par le seul chirurgien ou le seul anatomopathologiste (consensus régional).

Si R1 ou R2 après exérèse : discussion en RCP d'une éventuelle reprise d'exérèse.

Discussion en RCP de la notion de non-opérabilité qui concerne les tumeurs :

- pour lesquelles un résultat R2 est considéré comme possible,
- requérant une chirurgie délabrante pour la fonction ou du point de vue esthétique.

Radiothérapie

Discussion en RCP de la décision de radiothérapie et de ses modalités.

Dose : - 50 Gy minimum dans l'ensemble du volume irradié (standard),
- 60 Gy en cas de tumeur de grade 3 (option) (niveau de preuve B2).
Cette dose pourra être modulée en fonction des cas en RCP.

Si absence de loge anatomique tumorale : définition des limites de champ en RCP en fonction des constatations per-opératoires et de la situation anatomique.

Chimiothérapie

Discussion en RCP d'une chimiothérapie néo-adjuvante (accord d'experts).

Discussion en RCP d'une chimiothérapie adjuvante (accord d'experts).

Pour les patients métastatiques, si impossibilité d'inclusion dans un essai thérapeutique : décision de traitement à prendre en RCP.

Discussion en RCP des patients qui relèvent de la technique du membre isolé perfusé avec TNF, melphalan et hyperthermie.



Surveillance

Si lésion suspecte lors de la surveillance : discussion en RCP de la recherche d'une confirmation cytologique, en fonction du délai du diagnostic et de la présentation clinique.

Quorum de la RCP

La RCP devrait comprendre au minimum les spécialistes suivants :

- un chirurgien,
- un oncologue médical,
- un oncologue radiothérapeute.

La présence d'un pathologiste et d'un spécialiste en imagerie est souhaitable.



CANCERS DU COL DE L'UTERUS NON METASTATIQUES

(septembre 2005)

Situations nécessitant une discussion pluridisciplinaire

Formes localisées de stade IA

Cancers micro-invasifs, pénétration dans le stroma entre 1 et 3 mm

Si souhait de grossesse ultérieure et si emboles lymphatiques : lymphadénectomie par coelioscopie + discussion en RCP (option).

Si atteinte lymphatique pelvienne N+ : radiochimiothérapie concomitante pelvienne + curiethérapie à discuter en RCP (consensus régional).

Si N+ bilatérale : radiothérapie pelvienne et lombo-aortique + chimiothérapie concomitante ; curiethérapie à discuter en RCP (consensus régional).

Cancers micro-invasifs, pénétration dans le stroma entre 3 et 5 mm

Cas particuliers discutés en RCP (option) :

- si désir de grossesse chez une nullipare : conisation in-sano (option),
- amputation du col, trachélectomie élargie et lymphadénectomie complémentaire,
- lésions retrouvées sur pièces d'hystérectomie pour pathologies autres : discussion en RCP d'une lymphadénectomie complémentaire.

Cancers infiltrants de stade IB à IV

Lésions limitées : stade IB1 ≤ 20 mm

Décision de stratégie thérapeutique à prendre en RCP.

Si N+ après curage pelvien sous coelioscopie initiale : radiochimiothérapie concomitante + curiethérapie utérovaginale ± chirurgie. Décision de chirurgie complémentaire de clôture argumentée en RCP puisqu'il ne s'agit pas d'un standard, ou dans le cadre d'un essai thérapeutique.

Si N+ ou facteurs pronostiques histologiques péjoratifs (gros volume tumoral et emboles lymphatiques) : traitement complémentaire par radiothérapie externe 45 Gy associée à une chimiothérapie concomitante + curiethérapie de surimpression sur la cicatrice vaginale et le tiers supérieur du vagin restant (la décision doit être prise en RCP).

Lésions IB > 20 mm, IIA, IIB

Chirurgie de clôture (option) à discuter en RCP ou dans le cadre d'un essai thérapeutique.

Lésions de stade III et IV

Stade IVA centro-pelvien : essai de phase I II : chimiothérapie concomitante + discussion de la chirurgie en RCP.



Cas particuliers

Si envahissement ganglionnaire prouvé : radiothérapie externe + chimiothérapie concomitante + curiethérapie utérovaginale (standard) ± chirurgie complémentaire (essai thérapeutique, discussion en RCP).

Si N+ pelvien : radiothérapie externe pelvienne + lombo-aortique + chimiothérapie concomitante (discussion en RCP).



CANCERS DU COLON (mai 2003)

Situations nécessitant une discussion pluridisciplinaire

Pour tous les cas particuliers suivants : cancers coliques multiples (2 ou +) ou HNPCC, cancer colique sur recto-colite hémorragique, polype adénomateux avec adénocarcinome intra-muqueux (Tis), polype adénomateux dégénéré en adénocarcinome invasif (T1), métastases hépatiques ou pulmonaires synchrones : RCP pour élaborer la stratégie chirurgicale en fonction des bénéfices, risques et effets secondaires pour le patient (consensus régional).

RCP après chirurgie pour élaborer la stratégie thérapeutique en fonction des bénéfices, risques et effets secondaires pour le patient (consensus régional).

CANCERS DU RECTUM (mai 2003)

Situations nécessitant une discussion pluridisciplinaire

RCP avant chirurgie pour élaborer la stratégie chirurgicale en fonction des bénéfices, risques et effets secondaires pour le patient (consensus régional).

RCP après chirurgie pour élaborer la stratégie thérapeutique en fonction des bénéfices, risques et effets secondaires pour le patient (consensus régional).

