



Les Comités de Thérapie du Cancer

L'expérience des sarcomes au CUSM

Robert E. Turcotte MD FRCSC

Chaire Maurice E. & Marthe Muller

Université McGill

Professeur titulaire et Directeur, Division de chirurgie orthopédique

Membre associé, Département d'oncologie

CUSM

Chef, Département de chirurgie orthopédique

Chef, Division d'oncologie chirurgicale

Directeur médical, Programme suprarégional de sarcome





Sarcomes

- Rares
 - 1-2% des cancers
- Os et tissus mous
- Tous sites anatomiques
- Tous âges
- Séquelles fonctionnelles

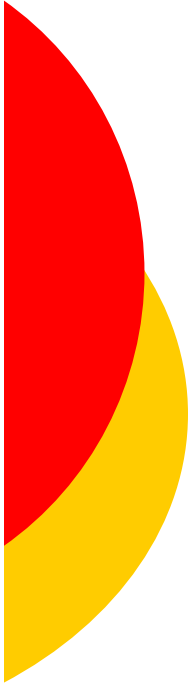




Sarcomes

- Précurseur de la chimio néoadjuvante
- Traitement multimodal
- Préservation du membre
- Modèle de collaboration multi





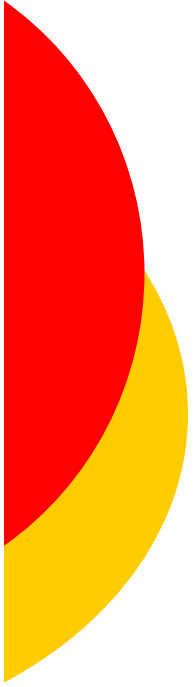
Equipe Interdisciplinaire Sarcome

- Chirurgiens
- Oncologues
- Radiothérapeutes
- Radiologistes
- Pathologistes
- Nucléistes
- Psychiatres
- Soins palliatifs
- Infirmières
 - Pivot
 - Clin spéc
 - etc
- Assistants de recherche
- Physiothérapeutes
- Ergothérapeute
- Psychologues
- Travailleur social
- Pharmaciens



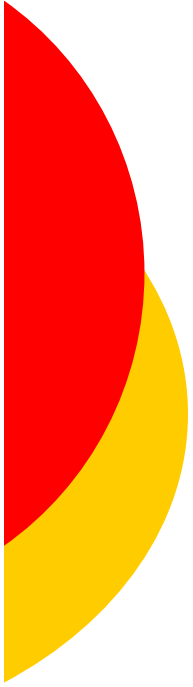
Historique des comités thérapeutiques

- Dérivé des cliniques multidisciplinaires
- ÉU depuis > 50 ans
 - Nécessaires pour l'accréditation des centres
- 1995 rapport Calman-Hine (GB)
 - Multidisciplinarité du cancer
- Intégration au système de santé
 - Australie, Belgique



Politique Canadienne

- Pas de politique officielle
- Ontario Cancer Care 2006
- BC Cancer Agency
- Manitoba
- Québec
 - Direction Québécoise de Cancérologie



Buts primaires

- S'assurer que tous les tests diagnostics appropriés et que toutes les options de traitements aient été revus
- Proposer un plan de traitement optimal pour le patient présenté



Buts secondaires

- Forum d'éducation médicale continue
- Qualité de l'acte et audit
- Protocoles de traitement standardisés
- Innovation, recherche et participation à des études cliniques
- Réseaux avec centres régionaux pour améliorer soins et faciliter références.



Bénéfices des CTC

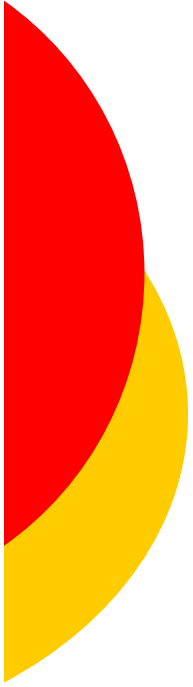
- Améliore communication entre les membres
- Influence le processus décisionnel
- Améliore les plans de traitement
- Augmente la survie ?*

*Crooke JM et El-Sayed S, Curr Oncol 2012



Existence de CTC

- Hôpitaux universitaires
 - Par site tumoral
- Hôpitaux régionaux
 - Plus généraliste



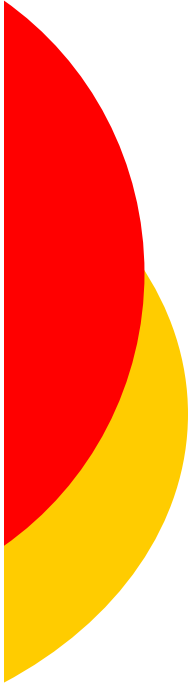
Critères

- Existence
- Fréquence
- Structure organisationnelle
- Selection des cas
- Participation
- Perception des participants



Fréquence

- Selon volume
- Selon sélection des patients
- Min 1\mois



Structure organisationnelle

- Responsable du CTC
- Coodonnateur administratif
- Documentation
 - Note au dossier
 - Rapport officiel
- Documenteur
 - Responsable du CTC
 - MD traitant



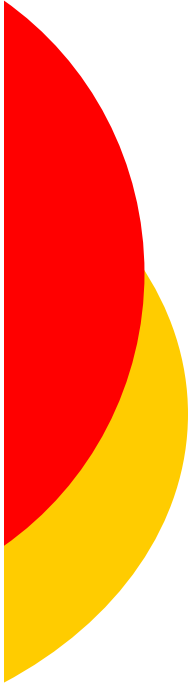
Sélection des cas

- Tous les nouveaux cas
- Tous les cas opérés
- Cas de récurrence ou de progression
- Cas rares ou difficiles



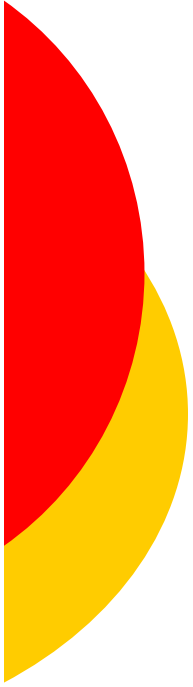
Facteurs limitants

- Intérêt
- Activités concurrentielles
 - Obligations cliniques
 - Obligations familiales
 - Absences
- Support
 - Salle, équipements, registraire, dictée centrale



Facteurs de succès

- Participation
 - Intérêt
 - Consensus
- Définitions des objectifs
- Correspondance
 - Entre membres (courriel)
 - Médecin traitant



Participation

- Soins palliatifs
- MD de famille
- Patients



Présences et Participation

- Problématique chez radiologistes
- Rémunération
 - (Australie, Belgique, Manitoba)
- Temps de préparation
- Participation à distance



Perception des participants*

- Existence justifiée
- Revue des possibilités de traitement
- Bénéfices de la discussion multidisciplinaire
- Amélioration des résultats
- Opportunité de développement professionnel
- Meilleures communications avec collègues
- Plus apprécié chez les non-universitaires

*Wright FC et al, Ann Surg Oncol 2009



CTC Sarcomes CUSM

- Depuis 2004
- Hebdomadaire
 - Vendredi matin
 - 7:30-9:00
- Téléconférence x 2009
 - RVH, HCL, CHG
- 3-15 cas\sem



CTC Sarcomes CUSM

- Indications
 - Nouveaux cas (tous sites anatomiques)
 - Progression métastatique
 - Dilemme thérapeutique en palliation
- Réunion administrative
- Présentations scientifiques
- Invités spéciaux



Participation

- Oncologie orthopédique (1)
- Oncologie chirurgicale (2)
- Chirurgie thoracique (1)
- Radiologie (3)
 - Osseuse, digestive, neuro
- Pathologie (1)
- Oncologie médicale (1)
- Radio-oncologie (2+4)
- Médecine nucléaire (1)
- Infirmière pivot
- Assistant de recherche
- Fellows, résidents, étudiants





Inscription

- Via la registraire en oncologie
- Court pré-avis possible
- RX et patho disponibles pour revision préalable



Sarcoma Tumour Board Conference
MGH - Radiology MRI Conference Room D5.926/930

Wednesday, October 24, 2012 7:30 AM

This event is an accredited group learning activity as defined by the maintenance of certification program of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.

PATIENT ID	DIAGNOSIS & MDs	Staging & Plan of treatment
Anne-Marie 17 16/06 DOB: 06-05-1956 56(yo) [F] MGH 1612424 RVH 1783600 * Discussion for management. Previously presented (Sep. 2012).	Dx.: Right Chest Tumor Ref.: Freeman, C Present.: Freeman, C	
anges 510 13/09 DOB: 09-15-1943 68(yo) [M] MGH - - - RVH - - - (Charles-LeMoine) * Outside Imaging to be reviewed.	Dx.: Chondrosarcome différencié réséqué. Ref.: Resident (Dr. A. Bourbonnais) Present.: Resident (Dr. A. Bourbonnais)	
ie 19 14/02 DOB: 02-10-1974 38(yo) [F] MGH 1050967 RVH - - - * Path & Imaging review. Previously presented (Sep. 2012).	Dx.: Abdominal Wall Desmoid Ref.: Freeman, C Present.: Freeman, C	
edka 1817 14/08 DOB: 08-18-1970 42(yo) [F] MGH 1628597 RVH - - - (HMR) * Review imaging studies from HMR.	Dx.: Giant-cell tumor of radius Ref.: Alcindor, T Present.: Alcindor, T	
arc-Antoine 1913 16/06 DOB: 06-19-1992 20(yo) [M] MGH 1627971 RVH - - - (Joliette) * Pathology & Radiology review needed.	Dx.: Sarcoma Right Distal Femur Ref.: Turcotte, R Present.: Turcotte, R	

MUHC Cancer Registry Tel.: 514-934-1934 x48030
Email: cancerregistry@muhc.mcgill.ca

Sponsored by: CITAGENIX INC.

** L'information contenue dans ce message est de nature privilégiée, confidentielle et est strictement à l'usage de son destinataire. Si vous n'êtes pas ce destinataire, prenez avis par la présente que tout usage, divulgation, distribution ou copie de ce message est formellement interdit. **

** Information contained in this message is privileged, confidential and is intended only for use of the individual named above and others who have been specially authorized to receive it. If you are not the intended recipient, you are hereby notified that any dissemination, distribution or copying of this communication is strictly prohibited **



CTC Sarcomes CUSM

- Rapport écrit
 - Dossier
 - MD traitant\référent
- Suivi
 - MD traitant
 - Infirmière pivot
- Information au pt
 - Par l'infirmière pivot



**Centre universitaire de santé McGill
Mc Gill University Health Centre
Hôpital Général de Montréal – Montreal General Hospital**

**COMITÉ DES TUMEURS
TUMOUR BOARD CONFERENCE**

S PÉCIALITÉ/SPECIALTY:	SARCOMA	DOSSIER/MRN:	
DATE PRÉSENTATION/ DATE PRESENTATION:	11-21-2012	NOM/NAME:	
MÉDECIN RÉFÉRANT/ REFERRING PHYSICIAN:	DR. TURCOTTE	N. A. M. /MEDICARE#:	
DATE RÉFÉRENCE/ DATE REFERRAL:	11-19-2012		
PRÉSENTÉ PAR/ PRESENTED BY:	DR. TURCOTTE		

RAISON POUR CONSULTATION/ REASON FOR CONSULTATION: CHONDROSARCOMA RIGHT
HEEL /GRADE II
RAPPORT DE LA CONSULTATION/CONSULTATION REPORT:

A 25-year-old healthy male presenting with longstanding right heel pain with the finding of a lytic lesion in the posterior half of this calcaneus. The cross-sectional imaging reveals likely cartilage in his tumor with no soft tissue extension. Patient was brought to the OR to perform an open biopsy likely followed by a curettage as this was thought to be either a chondromyxoid fibroma or chondroblastoma. To our great surprise, it was found to be a myxoid cartilage in this tumor and subsequently confirmed to be a grade 2 chondrosarcoma.

Patient's staging showed his chest CT to be fine but the bone scan showed some uptake over the skull and over the right fibular head. MRIs are pending for these.

Albeit unlikely to represent metastasis these need to be investigated as the risk of dying from a grade 2 chondrosarcoma is about 50 % at 10 years.

Accounting that these uptakes will not be related to the sarcoma, the plan is to proceed with a subtotal calcaneotomy and reconstruction, likely using a calcaneal allograft with Achilles tendon attached or by using liquid nitrogen or radiotherapy at a high dosage after resection of the specimen and re-implanting it afterwards.

No neoadjuvant or adjuvant treatment anticipated besides surgery for this case at this moment.

PRESENT: Drs.: Artho, Asselah, Baroudi, Chankowsky, Charlebois, Chaudhury, Cury, Hickson, Martin, Mulder, Nahal, Pandey, Tanguay, Tremblay and Turcotte.
DICT. PAR/BY: DR. TURCOTTE.

SIGNATURE

DATE

Dct: 11/21/2012

Tel: 11-23-2012/dc

RT/Transm ed

Document I.D.: 480027

cc: Dr. S. Artho

Merci de votre participation

