


LE COMITÉ DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DU CANCER:

Une approche régionale,
multidisciplinaire et sans
restriction de site tumoral


*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Mauricie-et-
du-Centre-du-Québec*

Québec 

Francois Vincent,
B.Sc, MD, LMCC, CSPQ, FRCPC

Radio oncologue
CIUSSS Mauricie-Centre-Du-Québec
Secrétaire du comité des thérapies du cancer

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Mauricie-et-
du-Centre-du-Québec*

Québec 


Conflit d'intérêts

- AUCUN CONFLIT À DÉCLARER

Objectifs d'apprentissage

- Comprendre les dangers d'un comité multidisciplinaire
- Reconnaître les facteurs qui indisposent un référant pour la présentation d'un cas
- Élaborer les avantages de l'approche concertée
- Mesurer l'importance de la préparation des cas

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Mauricie-et-
du-Centre-du-Québec*

Québec 

Cas Clinique

- Patiente de 73 ans
- Carcinome sein gauche 1.9 cm, grade 2/3
- Récepteurs E+++ , HER2 -
- 1+ ganglion sentinelle sur 2
- Besoin de dissection axillaire?

Membres Réguliers

- Président
- Secrétaire
- Radio-Oncologues
- Hémato-Oncologues
- Chirurgiens
- Pathologistes
- Nucléistes
- Radiologistes
- Pharmaciens
- Infirmières cliniciennes
- Infirmières pivot
- Registraires
- Résidents
- Étudiants


Membres Invités (selon la pathologie à présenter)

- Pneumologues
- Urologues
- Microbiologistes
- Gynécologues

Fonctionnement visioconférence

- Animation au site CHAUR Trois-Rivières
- Membres en ligne:
 - Drummondville
 - La Tuque
 - Shawinigan
 - Victoriaville
- Réservation des salles 1 an à l'avance
- Organisation informatique prévue
- Visionnement des images radiologiques et pathologie disponibles à tous les sites

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Mauricie-et-
du-Centre-du-Québec*

Québec 

Accréditation

- L'activité est accréditée par le CPASS de l'Université de Montréal depuis 2012

Raisons de présentation

- A) Pathologie rare:
 - Par le site: ex. carcinome neuro endocrinien de la vessie ou du rectum
 - Par le type: hémangiopéricytome
 - Carcinome adénoïde kystique du sein
 - Plasmocytome du cervelet
 - Sarcome du cordon spermatique


Raisons de présentation

- B) Comorbidité
 - Mutations génétiques
 - Autre condition médicale qui a des répercussions sur le choix de traitement (ex. MPOC sévère)
 - Double néoplasie: sein + ORL

Raisons de présentation

- C) Questions fréquentes mais controversées
 - Rectum « short course » vs « long course »
 - Dissection axillaire
 - Métastase hépatique et néoplasie rectale: par quel bout commencer ?
 - Faisabilité d'un traitement combiné radical pour néoplasie pulmonaire

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Mauricie-et-
du-Centre-du-Québec*

Québec 

Statistiques

- Nombre de participants total: 60
- Nombre de participants par séance: 20
- Nombre des cas par année: 110 cas
- Nombre de cas par séance: 2 – 8 cas
- Nombre de séances: q 2 semaines (21 par année)
- Couverture d' un bassin de population + 500 000

Transparence

- Tous les cas présentés font l'objet d'un rapport consigné au dossier du patient. (pour le meilleur ou pour le pire)
- Parfois la décision du comité fait consensus, parfois pas...
- Il doit rester une place pour le MD traitant et le choix du patient.

Avantages

- Partager l'expérience de ceux qui en ont déjà vu.
- Mieux comprendre la complexité d'un cas en partageant les défis propres à chaque spécialité. (ex: RAB pour un homme)
- Collaborer à la mise à jour des connaissances du groupe (nouvelle ligne directrice, nouvelle publication)

Avantages

- Eviter des épreuves diagnostiques inutiles et/ou compléter le bilan sans omettre un item important (ex. lésion pulmonaire bénigne).
- Faire un vrai plan de traitement concerté et organisé.
- Offrir une rétroaction sur les décisions prises par le passé pour favoriser l'apprentissage de tous.

Danger

- A) Audio-visuel
- B) Participation (qualité et quantité)
- C) Omettre la revue de littérature et la préparation lorsque pertinent
- D) Se substituer aux vrais experts (ex. œsophage, sarcome)

Danger

- E) Leadership : La raison du plus fort n'est pas toujours la meilleure...

Danger

- F) Omission de présenter un cas
 - Trop urgent
 - Trop banal
 - Relié au médecin traitant


Ce qui indispose à présenter un cas

- Décision qui ne va pas dans la même direction que le présentateur voudrait
- Décisions prévisibles
- Ouverture réelle aux discussions
- Travail non rémunéré
- Heure de réunion non appropriée
- Préférence d'un autre réseau pour partager les cas (CHUM, CHUQ)

Conclusion

- Fait partie intégrale et essentielle du travail en oncologie.
- Forme de contrôle de qualité (mais pas une assurance!).
- Demande un travail constant pour favoriser la discussion et la préparation.

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Mauricie-et-
du-Centre-du-Québec*

Québec 


Conclusion

- Finalement, c'est la place où on doit penser au **PATIENT** pour optimiser ses soins et respecter

QUESTIONS

20 novembre 2015

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Mauricie-et-
du-Centre-du-Québec*

Québec 

LE COMITÉ DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DU CANCER

ATELIER de Discussion

**Francois Vincent,
B.Sc,MD, LMCC, CSPQ, FRCPC**

Cas no 1

- Madame A: 65 ans
- Co-morbidité importante
- Carcinome sein droit 2 cm
- Marge + in situ sur quelques cellules
- Reprise de marge? Ou pas?

Question cas no1

- Disponibilité chirurgien?
- Changement ou pas du pronostic avec chirurgie supplémentaire?
- Surdose en radiothérapie ferait-elle le même résultat qu'une chirurgie supplémentaire?
- Qui doit avoir le dernier mot?
- La patiente comprend vraiment l'enjeu?

Cas no 2

- Patient 72 ans fumeur
- NSCLC masse poumon gauche 6 cm (LSG), ganglions hilaires à gauche et paratrachéale. 1 ganglion sus-claviculaire gauche au TEP
- Plan de traitement?

Question cas no 2

- Qu'avez-vous besoin de savoir pour établir le plan de traitement?

Cas no 3

- Jeune dame de 26 ans
- Hodgkin médiastinal
- Réponse complète après ABVD
- Besoin de Radiothérapie?
- Risques vs avantages?

Cas no 4

- Femme de 84 ans
- Lésion pulmonaire 2 cm
- Pathologie: Carcinome Lepidique
- Traitement ou pas?

Cas no 5

- Patient de 65 ans
- Résection macroscopiquement complète pour glioblastome
- Post radiothérapie + Temozolamide
- IRM: région rehaussante au site de primaire entre le traitement combiné et le début du temozolamide 5j/mois...

20 novembre 2015