

RCP Expérience du service d'urologie de l'EHU d'Oran



S. TALEB ⁽¹⁾, M. HAFFAF ⁽²⁾, H. M'HAMED ⁽¹⁾, S. KERROUMI ⁽¹⁾,
C. OUANEZAR ⁽¹⁾, A. LANSARI ⁽¹⁾, A. BAZZI ⁽¹⁾; M. J. YOUSFI ⁽¹⁾

(1) EHU 1^{er} Novembre 1954 Oran

(2) EHUR de la Sûreté Nationale, d'Oran

Résumé

Le plan cancer définit le processus des démarches diagnostiques et thérapeutiques en s'appuyant sur la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), qui a lieu depuis 2015 au sein de notre service. L'organisation des RCP s'est beaucoup améliorée depuis son instauration, elle est devenue bimensuelle et voit la participation d'au moins trois spécialistes différents, dont un urologue et un oncologue. Ce travail évalue le temps de discussion accordé à chaque pathologie, à chaque stade et à chaque tranche d'âge, ainsi que la participation effective de chaque spécialiste en rapportant le nombre de leurs interventions.

>>> Mots-clés :

Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), temps de discussion, nombre d'interventions.

Introduction

Mis en place lors de l'instauration du premier plan cancer Algérie 2014-2019 dans une nouvelle politique de lutte contre le cancer, cette réunion avait pour seul objectif d'améliorer la prise en charge du malade cancéreux, son apport a été démontré dans plusieurs études. Par ailleurs, ces réunions doivent être efficaces et intelligentes, basées sur des règles précises de fonctionnement. L'organisation est basée sur la mise en place d'une coordination entre divers intervenants, avec une secrétaire dédiée pour encadrer les réunions, le rythme de leur organisation, la traçabilité des dossiers, fiches de RCP, suivi des décisions, (plan cancer).

Ces réunions sont récentes, instaurées dans le monde depuis 2002, se basant sur une multidisciplinarité, la mise en commun des compétences individuelles avec discussion de tous les nouveaux cas et surtout des cas complexes qui ne répondent pas aux recommandations. En urologie, la prise en charge du cancer est particulière comparée à d'autres spécialités chirurgicales d'une part

Abstract

The cancer plan defines the process of diagnostic and therapeutic approaches based on the multidisciplinary meeting (MDM), which has taken place since 2015 in our department. The organization of MDM has been improved a lot since its inception, it has become bimonthly and sees the participation of at least three different specialists, including a urologist and an oncologist. This work assesses the discussion time given to each pathology, at each stage and at each age group, as well as the effective participation of each specialist by reporting the number of their interventions.

>>> Key-words :

Multidisciplinary meeting (MDM), discussion time, number of interventions.

pour sa multiplicité, sa variabilité organique urinaire ou gonadique, sa diversité histologique ; de ce fait la prise en charge qui va du diagnostic au traitement doit répondre à une rigueur scientifique, des critères de qualité, afin d'ajuster un parcours thérapeutique et de claver un projet de soins personnalisé.

Historique

L'instauration systématique de la RCP d'onco-urologie à l'EHU d'Oran était le fruit de la volonté du service d'oncologie médicale et du service d'urologie. Les réunions ont débuté en 2015 par une réunion mensuelle, par la suite devenue bimensuelle, après l'augmentation du nombre de dossiers.

L'enregistrement des patients était obligatoire pour toute pathologie maligne quel qu'en soit le stade, mis à part certains cancers de vessie localisés déjà en retard diagnostique et thérapeutique.

Le quorum a été enrichi par la suite par un radiologue libéral devenu radiologue référent en urologie, par l'équipe d'anatomopathologie de l'EHU d'Oran, un radiothérapeute du centre anti-cancer d'Oran, remplacé par un radiothérapeute libéral.

La participation à une RCP implique une sélection des dossiers à la consultation, la préparation d'une présentation sur un support audiovisuel, la participation à la discussion durant la réunion, à l'enregistrement, et à l'information des patients de la proposition thérapeutique retenue.

Objectif de l'étude

L'augmentation du nombre de dossiers de patients nous a amené à établir une nouvelle organisation au service d'urologie avec création d'un secrétariat dédié à la réunion de concertation pluridisciplinaire permettant une meilleure coordination entre les participants des différentes spécialités.

L'objectif de l'étude est l'évaluation de l'expérience réellement vécue de ces réunions, par l'évaluation de la participation active des différents intervenants, ainsi que l'évaluation du temps accordé à chaque dossier.

Matériel et méthodes

Nous avons étudié le registre RCP d'onco-urologie durant une période de 13 mois, entre mai 2019 et mai 2020, qui a vu l'organisation de 26 réunions pluridisciplinaires, en relevant l'âge des patients, le sexe, la pathologie et le stade, ainsi que le nombre de médecins présents par spécialité.

Nous nous sommes intéressés également au temps de discussion de chaque dossier, ainsi que le nombre de médecins intervenants, selon leurs spécialités respectives.

Nous avons essayé de chercher les facteurs influençant le temps de discussion, et le nombre d'intervenants selon la spécialité. Toutes les données ont été traitées sur un tableau Excel avec étude des coefficients de corrélation.

Résultats

1. Médecins

La présence de différents spécialistes était la condition pour atteindre le quorum, cependant la présence d'urologues et d'oncologues seulement était acceptée pour valider 3 réunions (11%).

En moyenne : 9,12 médecins étaient présents aux réunions, avec un maximum de 14, toutes spécialités confondues. Les médecins oncologues étaient absents dans une réunion (3%) : le jour de la réorganisation du personnel hospitalier dans la lutte contre la Covid-19. Une à deux anatomopathologistes étaient présentes au cours de toutes les séances jusqu'à leur réquisition en service Covid.

Un radiologue et un radiothérapeute référents étaient présents dans 74,9% des réunions (19 réunions). Le nombre moyen d'urologues présents était de 4,68, avec un maximum de 8. Le nombre moyen d'oncologues était de 3,56 avec un maximum de 6.

Par contre, le nombre moyen d'anatomopathologistes, de radiologues, et de radiothérapeutes était respectivement de 0,84, 0,64 et de 0,6 (figures 1 et 2)

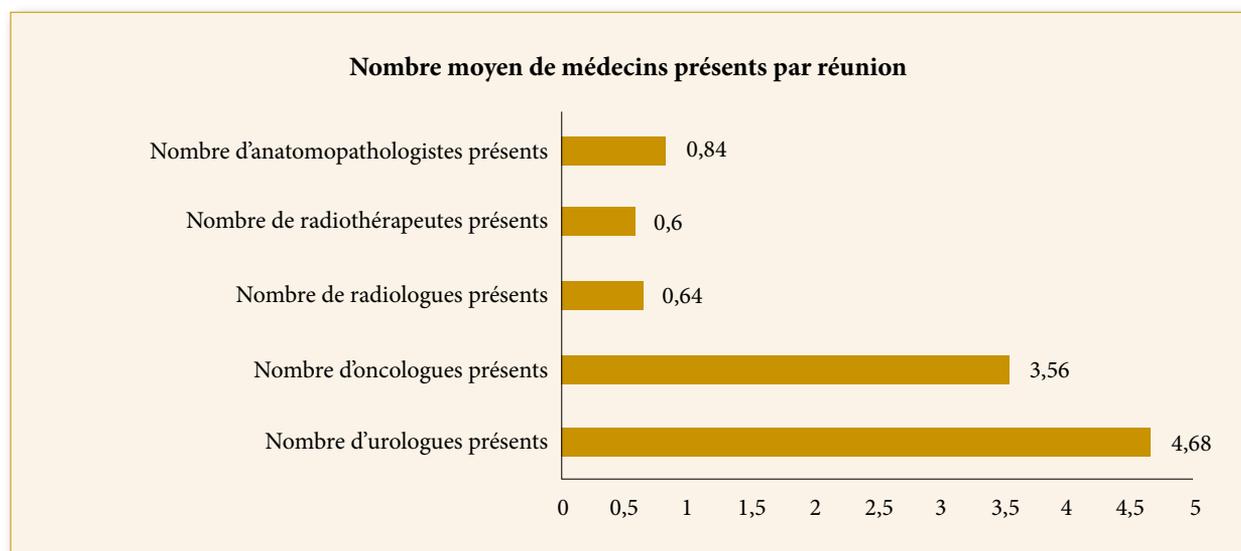


Figure 1 : Nombre moyen de médecins présents par spécialité et par réunion

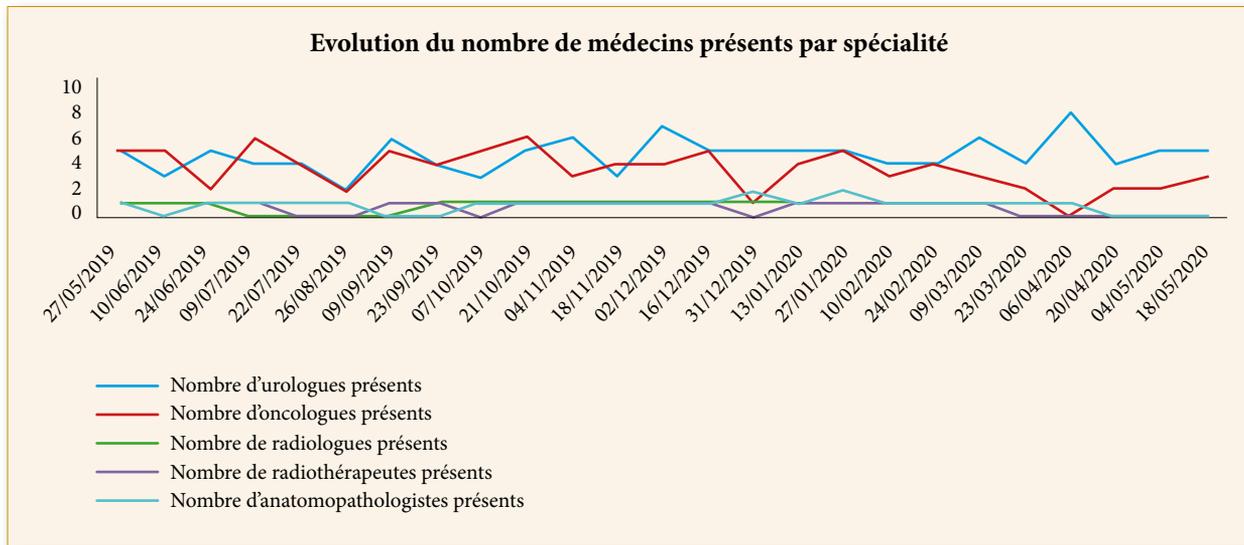


Figure 2 : Évolution du nombre de médecins par spécialité

2. Patients

Le nombre des dossiers de patients discutés au cours des RCP était très variable d'une séance à l'autre, la moyenne était de 15,5 dossiers par réunion, avec un maximum de 25 dossiers, et un minimum de 08 dossiers.

Le nombre de dossiers était fluctuant durant l'année (figure 3), avec une courbe de tendance légèrement ascendante.

Nous avons relevé une augmentation exponentielle du nombre de dossiers par mois, avec un pic au mois de décembre durant lequel nous avons eu à discuter 60 dossiers, puis une diminution progressive à partir du mois de mars, probablement suite à la propagation de l'épidémie de la Covid-19 où le nombre de consultations et d'orientations a été drastiquement réduit.

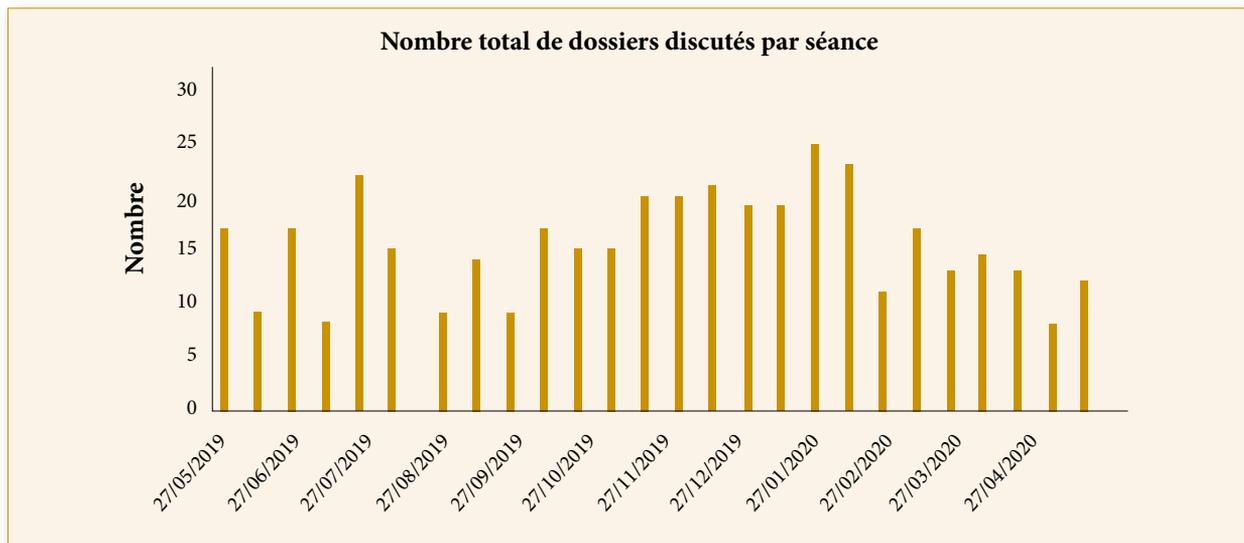


Figure 3 : Nombre total de dossiers discutés par réunion

Le sexe masculin était prédominant dans toutes les réunions avec en moyenne 13,7 hommes pour 1,7 femmes. Le nombre total de dossiers discutés dans notre série était de 403 patients répartis en 357 hommes (89%) et 45 femmes (11%).

L'âge moyen des patients de notre étude est de 64,67 ans (allant de 4 ans à 90 ans)

L'âge moyen observé chez les hommes : 65,24 ans (allant de 17 à 90 ans), est plus élevé que chez les femmes : 60,68 ans (allant de 04 à 88 ans)

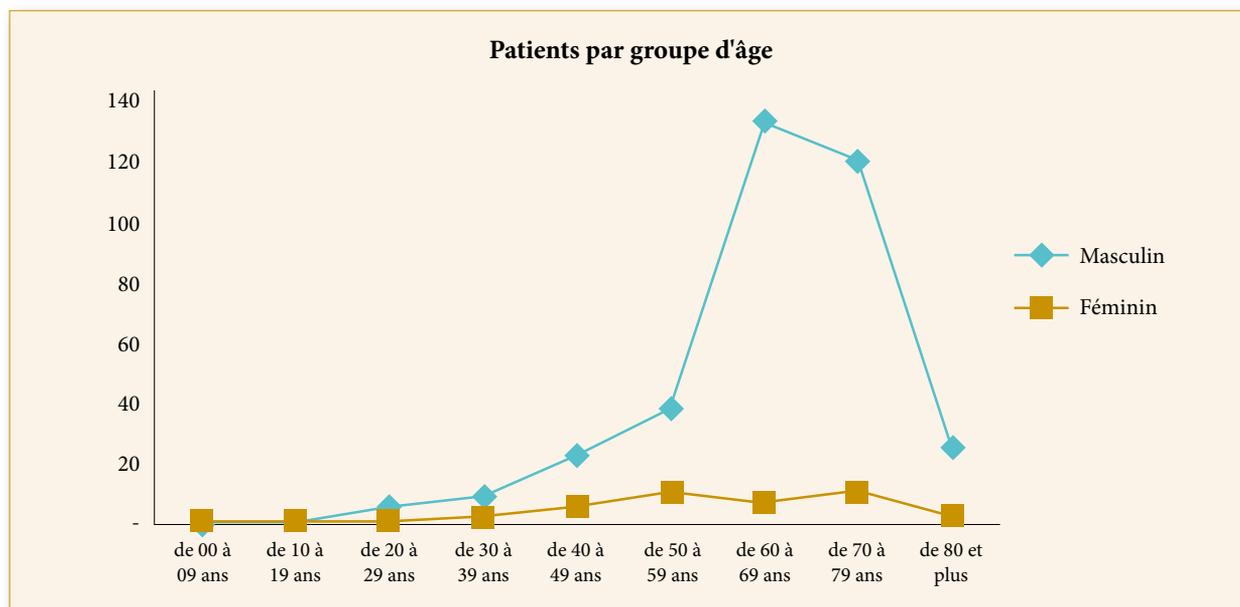


Figure 4 : Répartition des patients par groupe d'âge et par sexe

La courbe a une tendance nettement exponentielle entre 0 et 69 ans puis on observe un fléchissement à partir de 70-74 ans. Le mode se situe autour de 70 ans (figure 4).

3. Pathologies

Nous avons discuté pendant cette période 403 dossiers de malades dont la pathologie était variée et dont la fréquence dépendait du stade clinique.

Le cancer prostatique était la pathologie la plus fréquemment enregistrée et discutée (161 dossiers, 40% de l'ensemble des dossiers) répartis ainsi : 37% localisés (61), 37% métastatique (60), 17% localement avancés (28) et 9% récidivants (14).

Le cancer de vessie était la deuxième pathologie la plus discutée avec 137 dossiers (34%) répartis ainsi : 39% localisés (52), 35% métastatique (47), 20% localement avancés (27) et 7% récidivants (9).

Le cancer du rein ne représentait que 16% avec un nombre de 64 dossiers répartis en 31% localisés (20), 44% métastatique (28), 16% localement avancés (10) et 9% récidivants (6).

Enfin les tumeurs de la voie excrétrice représentaient 5% avec 21 dossiers majoritairement localisés 9 (42,85%) et métastatiques 6 (28,57%) (figure 5).

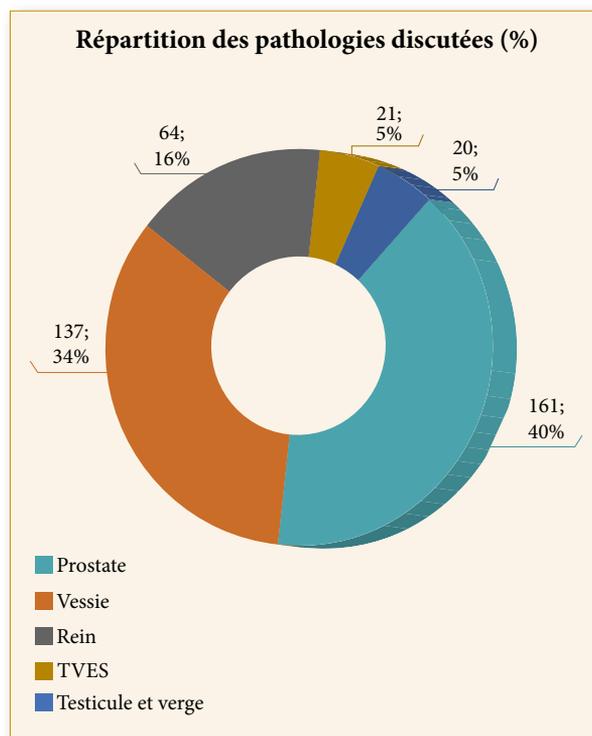


Figure 5 : Répartition du nombre total des pathologies discutées

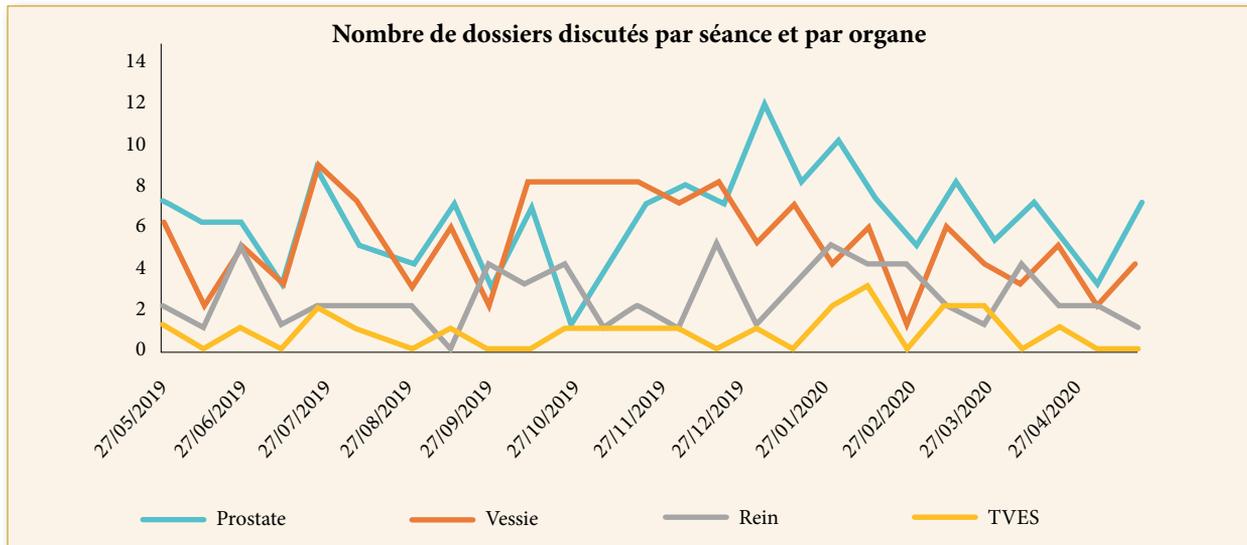


Figure 6 : Nombre de dossiers discutés par séance et par organe

4. Temps de discussion

a. Le temps total de discussion

Le temps total de discussion était reparti entre prostate 45%, vessie 29%, Rein 13%, voie excrétrice 8%, testicule 3%, Verge 2% (figure 7).

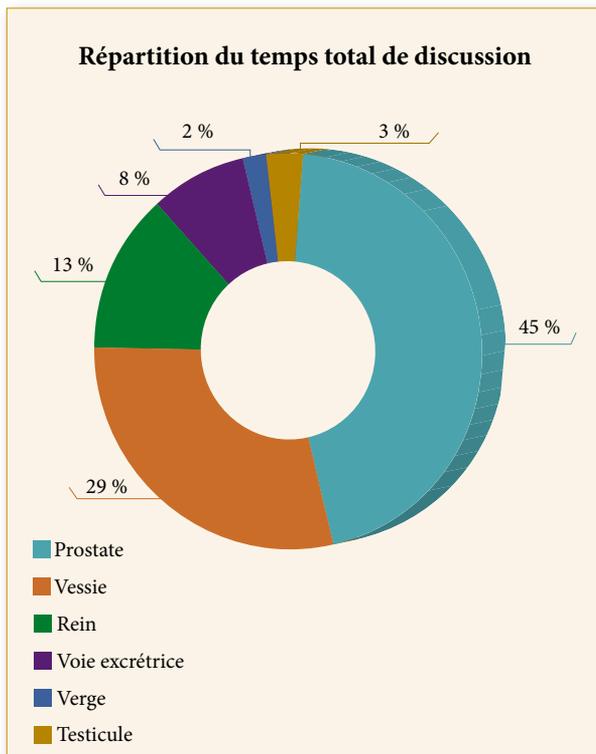


Figure 7 : Répartition du temps total de discussion par organe

b. Le temps moyen de discussion

Le temps moyen de discussion était plus court pour les trois pathologies les plus fréquentes (prostate 172,98 secondes, Vessie 154,81 sec et le Rein 127,20 sec) que pour les autres pathologies (Testicule 205 sec, Voie excrétrice 216,14 sec), cependant le temps moyen de discussion le plus long était réservé aux tumeurs de la verge (236 sec) (figure 8).

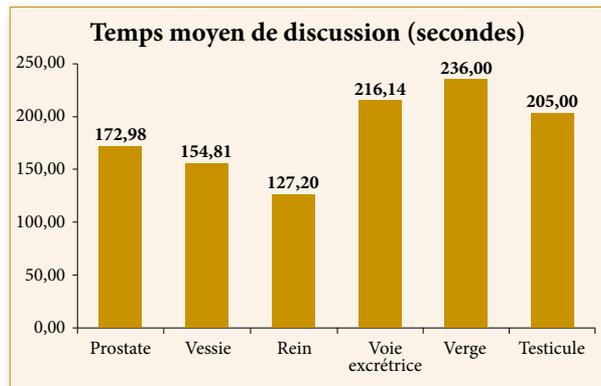


Figure 8 : Temps moyen de discussion (secondes) par organe

c. Le temps moyen de discussion par stade

Toutes pathologies confondues, le temps moyen de discussion était plus important dans les stades localement avancés, localisés puis métastatiques.

Dans le cancer de prostate, la discussion était plus longue dans les formes localement avancées, en second lieu les formes métastatiques suivies par les formes localisées dont le temps de discussion n'étaient pas différentes de

celui des formes récidivantes après chirurgie.
Pour les tumeurs de vessie, le temps de discussion était plus important dans les formes localement avancées, localisées puis métastatiques

La discussion sur les récidives après chirurgie des cancers du rein était bien plus importante que dans les formes localement avancées, métastatiques et localisées (figure 9 et 10).

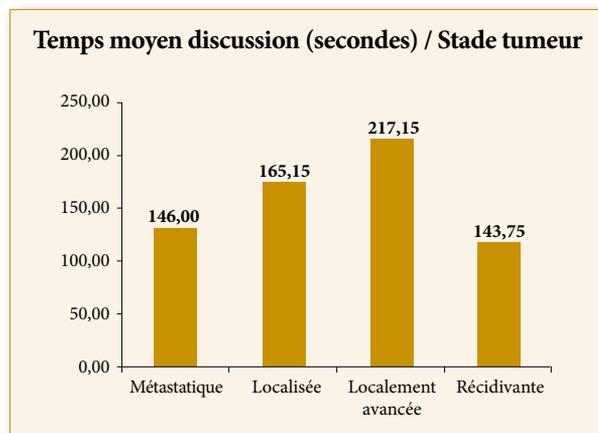


Figure 9 : Temps moyen de discussion (secondes) par stade de la tumeur

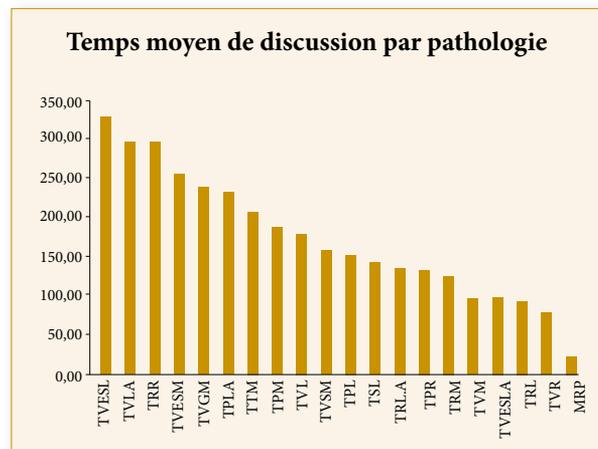


Figure 10 : Temps moyen de discussion (secondes) par pathologie

d. Temps de discussion et âge

L'analyse de ces résultats avec l'âge ne laisse entrevoir aucune corrélation entre l'âge des patients et le temps de discussion du cas concerné, l'absence de corrélation entre les deux données est confirmée par le coefficient de corrélation, lequel est plus proche de 0 (figure 11)

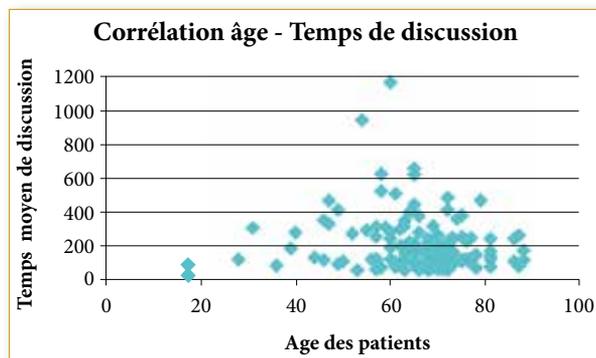


Figure 11 : Corrélation âge et temps de discussion

e. Temps de discussion et nombre de dossiers discutés

Nous n'avons pas trouvé de corrélation entre le temps moyen de discussion et le nombre de cas discuté par séances de RCP (figure 12)

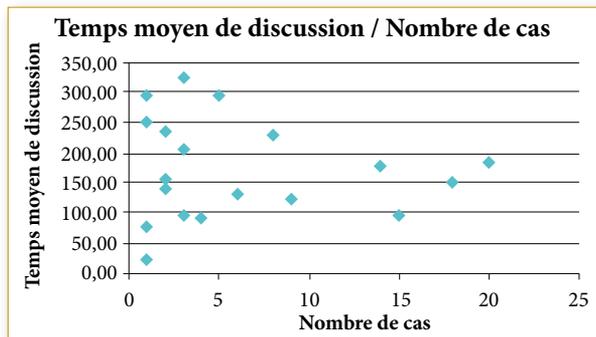


Figure 12 : Corrélation temps moyen de discussion et nombre de cas par séance

f. Temps de discussion et nombre de cas par pathologie

Nous avons retrouvé un coefficient de corrélation plutôt élevé : le temps moyen de discussion est globalement inversement proportionnel au nombre de cas par organe atteint (pour les cas les plus fréquents, la discussion est bien rodée, et donc plus courte) (figure 13).

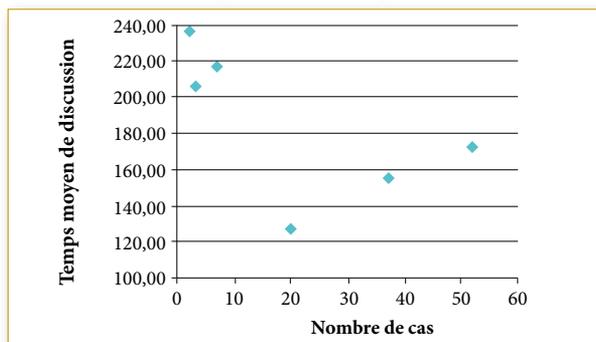


Figure 13 : Corrélation entre le temps de discussion et le nombre de cas par pathologie

le caractère positif de ces réunions mais a bien démontré l'influence du nombre de la discussion de nouveaux cas à enregistrer dans le temps de discussion, que ce temps n'était pas influencé par l'âge des patients toutes pathologies confondues.

La discussion dépend de la pathologie, de son siège, du stade, elle est plus longue dans les dossiers des stades localement avancés et récidivants après un premier traitement, que dans les formes métastatiques et localisées. La discussion est également plus étalée dans les pathologies rares.

Le nombre moyen d'intervenants montre l'intérêt de ces réunions qui ont pour objectif l'interactivité et la transversalité. Dans diverses pathologies, l'urologue intervient autant que l'oncologue avec une légère supériorité dans les pathologies fréquentes (vessie et prostate) ; cet esprit d'échange qui a une grande valeur pédagogique ⁽⁵⁾ est confirmé dans la discussion des pathologies métastatiques qui sont autant de fois autant discutées par l'urologue que l'oncologue.

Conclusion

La RCP est une réunion d'échange de pratiques et de décisions, notre étude a démontré malgré le caractère chronophage de ces réunions que les urologues sont fortement mêlés et impliqués dans l'organisation, dans la décision et dans la prise en charge des cancers urologiques quel que soit leur stade.

La diversité des pathologies et de leurs traitements exige à plusieurs cas, des traitements multimodaux et nécessite un temps de discussion plus long avec plusieurs intervenants, ceci nous oblige à structurer ces réunions,

- Établir un système informatique d'échange de dossiers à discuter avant la date de la réunion pour les rendre moins longues et afin d'augmenter le nombre de dossiers discutés.

- Utiliser une plateforme numérique de e-RCP, initiée par le service d'urologie de l'EHU en collaboration avec les différents spécialistes, afin d'élargir la participation à différents spécialistes de la région, en leur garantissant un accès à distance.

- Se limiter à l'enregistrement des dossiers qui répondent à une action standard dont la conduite à tenir ne suscite pas une discussion de prise en charge

- Discuter les dossiers complexes comme les pathologies rares, l'échec de traitement de première ligne, et les urgences thérapeutiques en priorité

- Création des réunions de recours pour les dossiers dont la décision est difficile soit en hors recommandation ou discuter un dossier régional.

Date de soumission

15 Novembre 2020.

Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Whelan, J. M., C. D. M. Griffith, and T. Archer. "Breast cancer multi-disciplinary teams in England: much achieved but still more to be done." *The Breast* 15.1 (2006): 119-122.
2. Sharma, Ricky A., Ketan Shah, and Eli Glatstein. "Multidisciplinary team meetings: what does the future hold for the flies raised in Wittgenstein's bottle?." *The Lancet. Oncology* 10.2 (2009).
3. Acher, Peter L., et al. "Improving outcomes in urological cancers: the impact of "multidisciplinary team meetings"." *International Journal of Surgery* 3.2 (2005): 121-123.
4. Descotes, J-L., et al. "Évaluation des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) en cancérologie dans la région Rhône-Alpes : une enquête de terrain." *Progrès en urologie* 20.9 (2010): 651-656.
5. Ètre, I. Quels dossiers doivent. "Présentation d'un dossier de cancérologie urologique en réunion de concertation pluridisciplinaire." *Progrès en Urologie* 14 (2004): 881-882.

Recommandations aux auteurs

Les articles soumis à publication doivent être envoyés à l'attention du directeur de la rédaction, adresse e-mail : redaction@el-hakim.net, vous trouverez sur le site web de la revue (www.el-hakim.net), le détail des recommandations aux auteurs, qui devront être observées lors de la soumission de tout article.