

Recommandations AROME: de la philosophie à la pratique

Joseph Gligorov



UNIVERSITE
PIERRE & MARIE CURIE
LA SCIENCE A PARIS

 **CancerEst**
HÔPITAL TENON



 **AROME**
Association of Radiotherapy and Oncology of the Mediterranean area

RPC
Saint Paul de Vence 2007

Cancers du sein

Pourquoi avons-nous besoin de référentiels ?

- Améliorer la qualité des soins ?
- Améliorer la survie des patients ?
- Promouvoir l'égalité des soins ?
- Promouvoir la recherche clinique ?

L'évidence absolue

De la littérature



L'évidence absolue

De la littérature au patient



Objectifs

- Principal
 - Établir les premières recommandations AROME



Objectifs

- Secondaire
 - Méthodologie originale



Objectifs

- Secondaire
 - Méthodologie méditerranéenne



Différentes méthodes

Sélection et analyse de la bibliographie

1- consensus

Réunion publique
et
consensus
établi
par des experts
et non experts

2- Recommandations

Référentiels écrits

Revue
par un comité
ndépendant

Niveaux de preuve

3- consensus formalisé

Opinion d'experts
à partir de
situation cliniques

Recommandations
préétablies
et validées

Différentes méthodes

Exemple du cancer du sein

1- consensus

Breast Cancer

Treatment Guidelines for Patients

Version VII/ August 2005



2- Recommandations

Oncologie (2005) 7: 342-379
© Springer 2005
DOI 10.1007/s10269-005-0243-9

« **Cancers du sein** »
Recommandations pour la pratique clinique
de Saint-Paul-de-Vence

Saint-Paul-de-Vence

Promoteur : Cours de Saint-Paul-de-Vence

Organisation : LOB Conseils

Comité d'organisation : M. Namer, J. Gligorov, E. Luporsi, D. Serin

RPC
Saint Paul de Vence, 2005



Cancers du sein



3- consensus formalisé

Review

Annals of Oncology 16: 1566-1561, 2005
doi:10.1093/annonc/mdh326
Published online 7 September 2005

Meeting Highlights: International Expert Consensus on the
Primary Therapy of Early Breast Cancer 2005

A. Goldhirsch^{1,2*}, J. H. Glick³, R. D. Gelber⁴, A. S. Coates⁵, B. Thürlimann⁶, H.-J. Senn⁷
& Panel Members⁸

¹International Breast Cancer Study Group, Oncology Institute of Southern Switzerland, Bellinzona, Switzerland; ²European Institute of Oncology, Milan, Italy; ³Albion Cancer Center of the University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, USA; ⁴Department of Biostatistics and Computational Biology, Dana-Farber Cancer Institute, Boston, MA, USA; ⁵The Cancer Council Australia and University of Sydney, Sydney, NSW, Australia; ⁶Division of Oncology, Kantonsspital, St Gallen, Switzerland; ⁷Section für Tumorentwickelung und Prävention, Silberman, Grossmatten, St Gallen, Switzerland



AROME GUIDELINES

Analyse des Guidelines existants et revue de la littérature



AROME guidelines

- Approche multidisciplinaire et internationale
- Méthodologie rigoureuse
- Approche pragmatique
 - Pour la pratique quotidienne
 - Pour la recherche clinique

AROME GUIDELINES ?

Minimum

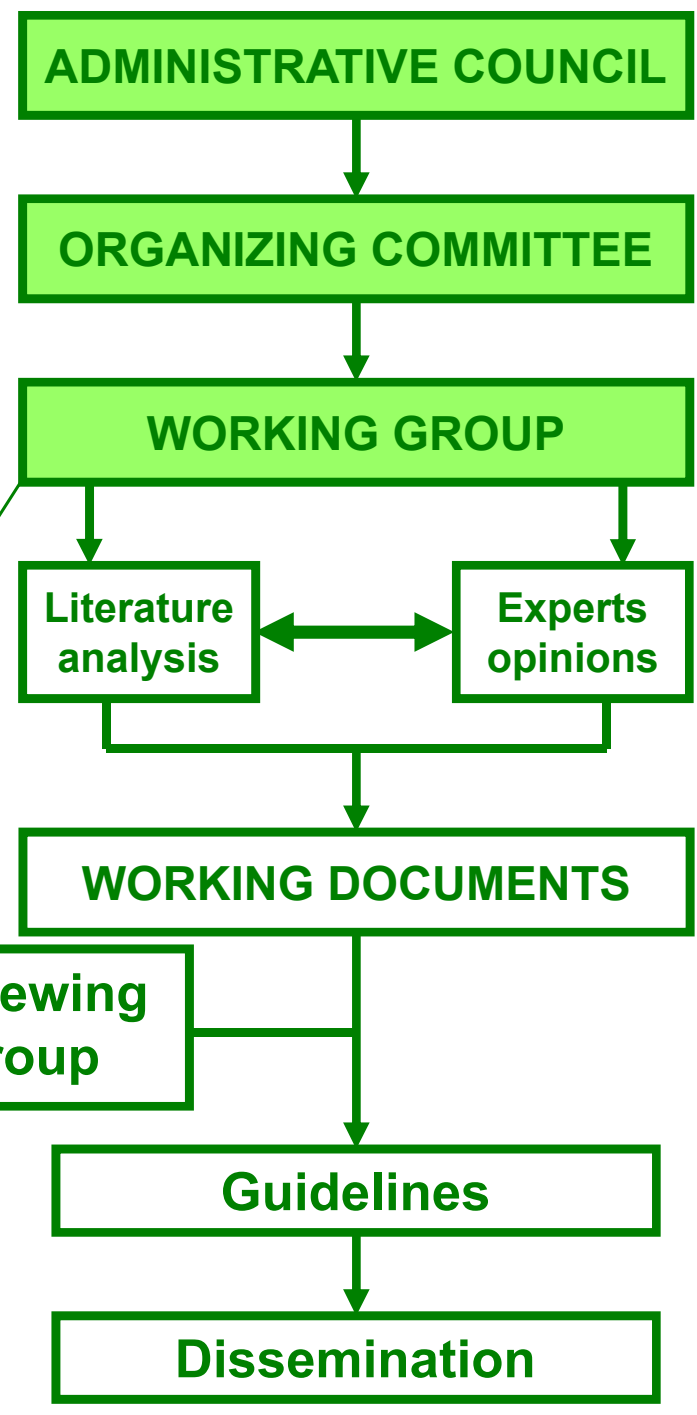
- Ne pas prendre en charge le patient en l'absence de la totalité de ces critères

Optimum et/ou standard

- Prise en charge



- BREAST CANCERS
- GENITO URINARY CANCERS
- GASTO-INTESTINAL CANCERS
- HEAD AND NECK CANCER
- GYNECOLOGICAL CANCERS
-



Breast

Chairmen:

Joseph Gligorov (France, E-mail: gligorov@orange.fr)

Sedat Turkan (Turkey, E-mail: turkan@doruk.net.tr)

Members:

Marie-Pierre Chauvet (France)

Mounir Bachouchi (Morocco)

Hugo Marsiglia (Italy-France)

Moise Namer (France)

Marc Spielmann (France)

Christos Sotiriou (Greece)

Alphonse Taghian (Egypt-USA)

Bruno Cutuli (France)

Nuran Senel-Bese (Turkey)

Rémy Salmon (France)

Maria Carla Valli (Italy)

Urology

Chairman:

Hamouda Boussen (Tunisia, E-mail: sarroura2000@rns.tn)

Members:

David Azria (France)

Alain Toledano (France)

Tamer El Nehas (Egypt)

Michel Hery (Monaco)

Agim Sallaku (Albania)

Frédérique Penault-Llorca (France)

Assem Al halabi (Syria - France)

Salvador Villà (Spain)

Gastro-intestinal

Chairman:

Marc Ychou (France, E-mail: marc.ychou@valdorel.fnclcc.fr)

Members:

Noureddine Bouaouina (Tunisia)

Wily Lescaut (Monaco)

Smickovska Snezana (Macednia)

Fady Geara (Libanon)

Laurent Cals (France)

Yoram Cohen (Israël)

Haitam Nasrallah (Israël)

Kada Boualga (Algeria)

Head and neck

Chairman:

Mahmut Ozsahin (Turkey-Switzerland, E-mail: EsatMahmut.Ozsahin@unil.ch)

Members:

Abraham Kuten (Israël)

Dhurata Koroveshi (Albania)

Khaldoun Kerrou (Tunisia-France)

Abdel Benider (Morocco)

Vladimir Todorovic (Montenegro)

Jean-Louis Lefebvre (France)

Paolo Muto (Italy)

Montisire Moufid (Libya)

Koukourakis Michael (Greece)

Arsovski Oliver (Macedonia)

Lung

Chairman:

Kamel Bouzid (Algeria, E-mail: kamelbouzidz@yahoo.fr)

Members:

Abderrahim Zouhair (Morocco-Switzerland)

Mladen Filipovic (Montenegro)

Branislav Jeremic (IAEA)

Paula Tsoutsou (Greece)

Alfredo Carrato (Spain)

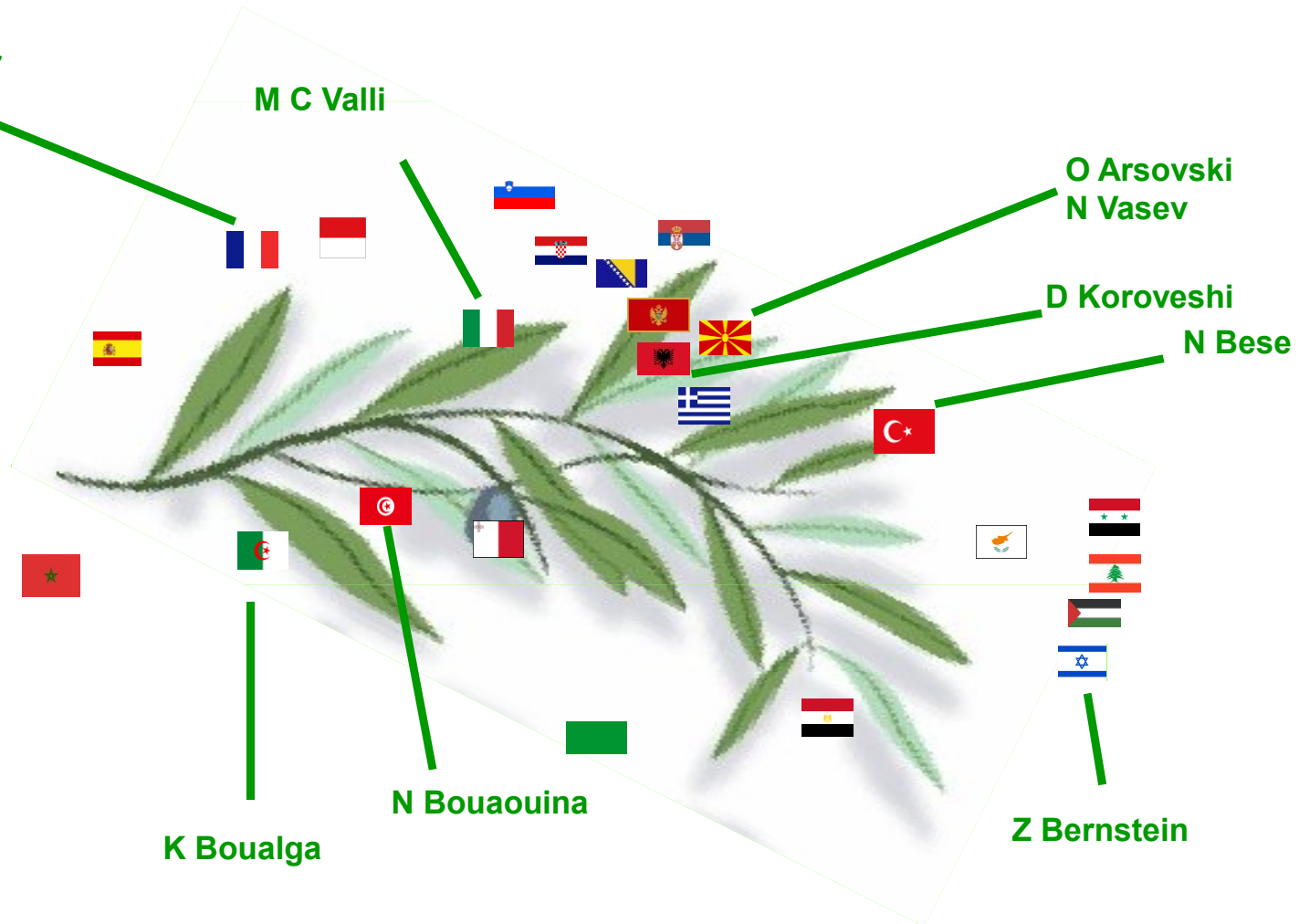
Cesare Gridelli (Italy)

Nil Molinas Mandel (Turkey)

Yanes Bashar (PA)

CANCERS INVASIFS DU SEIN NON METASTATIQUES

MP Chauvet
H Sancho-Garnier
J Gligorov



Prévention primaire pour les patientes mutées BRCA

- Minimum

Annexectomie bilatérale
en fonction de la
parité

- Optimum

Annexectomie bilatérale
en fonction de la
parité

Prévention secondaire

- **Minimum**

Prévenir les femmes du risque de cancer du sein dès l'âge de 40 ans* ou après les premières grossesses et enseigner et promouvoir l'examen clinique mammaire

*** La limite d'âge peut être différente en fonction de l'épidémiologie locale (35 ans dans certains pays).**

- **Optimum**

Mammographie de dépistage organisée après 50 ans tous les deux ans

Mammographie systématique annuelle pour les patientes aux antécédents personnels de cancer du sein

Les patientes à risque de cancer du sein (définition de St Paul de Vence) seront exclues des campagnes de dépistage organisées et suivies dans des centres spécialisés

Critères qualité de la mammographie

- **Minimum= standard**
- **Optimum**
- **2 incidences
orthogonales au moins**
- **classification ACR**
- **Comparaison
systématique en cas de
mammographie
préalable**
- **guidelines ACR**

Diagnostic

- **Minimum**
- **Diagnostic pathologique ou cytologique de cancer**
- **Examen clinique des seins**
- **Imagerie des seins par mammographie (échographie seule tolérée si les autres critères sont présents)**
- **Optimum= standard**
- **Diagnostic pathologique (biopsie ou chirurgie)**
- **Examen clinique des seins**
- **Mammographie et échographie (l'IRM n'est pas un standard)**

Stratégie initiale

- **Minimum**
- **T0 –T3 mastectomie et curage axillaire**
- **T4d et/ou N2 débiter par un traitement général**
- **T4 a, b, c débiter par un traitement local (radiothérapie ou chirurgie) et associer un curage axillaire si traitement chirurgicale**
- **Optimum = standard**
- **T0 –T3 mastectomie ou si radiothérapie 2D disponible traitement chirurgical conservateur suivi de radiothérapie**
- **Curage axillaire ou ganglion sentinelle en cas de T0-T1 et N0**
- **T4d débiter par la chimiothérapie**
- **T4 a, b, c et/ou N2 débiter par un traitement général et associer un curage axillaire si traitement chirurgicale**

Qualité de la chirurgie

- **Minimum**
- **Résection chirurgicale macroscopique complète**
- **En cas de chirurgie conservatrice résection du plan cutané au plan pectoral**
- **Pièce de tumorectomie orientée**
- **Exploration axillaire informative (min 6 ganglions dans le curage)**
- **Optimum=standard**
- **Minimum +**
- **Choix des techniques chirurgicales selon RPC St Paul de Vence**
- **Clips afin d'optimiser la prise en charge radiothérapeutique en cas de complément**
- **Etude du ganglion sentinelle selon les indications et méthodes des RPC de St Paul de Vence**
- **Chirurgien spécialisé dans la prise en charge du cancer du sein**

Compte rendu anatomopathologique

- **Minimum**
 - **Type de cancer**
 - **Invasivité**
 - **grade SBR**
 - **pT**
 - **pN**
 - **Marges (+ ou -)**
 - **Conserver la tumeur primitive au moins 10 ans**
 - **NB seul la recherche du récepteur HER2 modifie dans une sous-catégorie les modalités de prise en charge. Les patientes RH inconnues sont considérées RH+**
- **Optimum=standard**
 - **MINIMUM +**
 - **IHC pour HER2 (FISH ou CISH si besoin), RE, RPg**
 - **IHC pour étude du GS**
 - **Emboles vasculaires**

Bilan à l'issue du CR anapath

- **Minimum**
- **Examen gynécologique**
- **Explorations complémentaires en fonction de l'examen clinique**
- **Explorations cardiaques, bilan biologique hépatique, rénal et**
- **Optimum=standard**
- **Minimum +**
- **En fonction de l'anapath**
 - **Stade I: pas de bilan systématique**
 - **Stage II-III: Imagerie osseuse, thoracique et hépatique**

Stratégies de traitement adjuvant

- **Minimum**
- **Selon les recommandations**
- **Radiothérapie 2D en cas de chirurgie conservatrice ou mastectomie et pN+**
- **Tamoxifène 5 ans pour toutes les patientes RH+ ou ?**
- **Polychimiothérapie comportant du cyclophosphamide et de la doxorubicine (si absence de contre-indications cardiaques) pour pN+ ou pN0 et RH- (si information connue). Quatre cycles minimum de chimiothérapie.**
- **Trastuzumab 1 an si cancers HER2+++ ou FISH/CISH+ (si HER2 recherché)**
- **Optimum= standard**
- **Prise en charge multidisciplinaire**
- **Selon les recommandations**
- **Radiothérapie 2D en cas de chirurgie conservatrice ou mastectomie et pN+**
- **Tamoxifène 5 ans pour toutes les patientes RH+ ou ?**
- **IA quelquesoit la stratégie (d'emblée, séquentielle ou adjuvant étendu) chez les patientes ménopausées (statut ménopausal défini avant la chimiothérapie)**
- **Polychimiothérapie comportant du cyclophosphamide et de la doxorubicine (si absence de contreindications cardiaques) pour pN0, HER2- et RH- (si information connue). Quatre à six cycles de chimiothérapie.**
- **Polychimiothérapie comportant un taxane, du cyclophosphamide et de la doxorubicine (si absence de contreindications cardiaques) pour pN+ ou pN0 HER2+++ et RH- (si information connue). Six à huit cycles de chimiothérapie.**
- **Trastuzumab 1 an si cancers HER2+++ ou FISH/CISH+ (si HER2 recherché)**

Suivi après cancer

- **Minimum**
- **Examen clinique: tous les 6 mois les deux premières années puis tous les ans**
- **Mammographie annuelle**
- **Optimum=standard**
- **Examen clinique: tous les 3 mois la première années puis tous les 6 mois la seconde puis tous les ans**
- **Mammographie annuelle**

Suivi du traitement

- **Minimum**
- **Examen clinique: tous les 6 mois les deux premières années puis tous les ans**
- **Examen gynécologique annuel en cas de traitement par**
- **Optimum=standard**
- **Examen clinique: tous les 3 mois la première années puis tous les 6 mois la seconde puis tous les ans**
- **Examen gynécologique annuel en cas de traitement par tamoxifène et échographie par voie basse en cas de symptômes**
- **Ostéodensitométrie au moment de la prise en charge initiale**
- **Surveillance de la fonction cardiaque en cas de traitements par (anthracyclines, trastuzumab, radiothérapie sein ou paroi G)**

Critères de qualité de la filière de soins pour le cancer du sein

- **Minimum**
- **L'équipe oncologique doit faire l'objet d'une évaluation qualitative régulière**
- **Informé le patient du diagnostic et des modalités de traitement selon les possibilités locales et les recommandations**
- **Accessibilité aux traitements de la douleur et des soins de support**
- **Optimum=standard**
- **L'équipe oncologique (épidémiologiste, chirurgien, radiothérapeute, anatomopathologiste, radiologue, oncologue médicale, infirmières, psychologues) doit faire l'objet d'une évaluation qualitative régulière**
- **Informé le patient du diagnostic et des modalités de traitement selon les possibilités locales et les recommandations**
- **Accessibilité aux essais thérapeutiques**

...MERCI