



Parcours de prise en charge des patients atteints de récidive locale du cancer du rectum – consensus régional en Nouvelle-Aquitaine

Rapport final

Mars 2017

Responsable

Dr Quentin Denost – CHU de Bordeaux

Comité de pilotage

Le comité de pilotage était composé des médecins des RCP de cancérologie digestive des CHU de Bordeaux, Poitiers et Limoges, ainsi que de celle de l'institut Bergonié.

Comité de coordination

Dr Florence Saillour-Glénisson – CHU de Bordeaux

Dr Véronique Bousser – Réseau de Cancérologie d'Aquitaine

Elodie Pinon – Réseau de Cancérologie d'Aquitaine

Aurélie Martin et Kevin Ouazzani-Touhami – Internes CHU de Bordeaux

Pr A Ravaud – CHU de Bordeaux

Dr F Colombani – CHU de Bordeaux

Dr L Digue - Réseau de Cancérologie d'Aquitaine

Dr C Morin-Porchet – Réseau Onco-Poitou-Charentes

C Vincent – Réseau ROHLim

Experts ayant participé à la cotation

ALEBA	Albert	CH Niort
BARTHES	Thierry	Polycl Poitiers
BARUSSAUD	Marie-Line	CHU Poitiers
BAZIN	Thomas	CH Périgueux
BECOARN	Yves	Institut Bergonié Bordeaux
BENHAMI	Ali	CH St Junien
BERNARD	Anne	CH La Rochelle
BLANC	Benjamin	CH Dax
BLONDEAU	Vincent	CH Périgueux
BOUET	Cédric	Polycl Les Chênes Aire sur l'Adour
BOUTILLIER	Patrick	Cabinet libéral Cenon
BURGEVIN-TROPET	Anne-Laure	Cabinet libéral Brive la Gaillarde
CANY	Laurent	Cl Francheville Périgueux
CLAVERE	Pierre	CHU Limoges
DE LUSTRAC	Mercédes	CH Angoulême
DENOST	Quentin	CHU Bordeaux
DESOLNEUX	Grégoire	Institut Bergonié Bordeaux
DURAND-FONTANIER	Sylvaine	CHU Limoges

EL KHOURGE	Georges	CH Nord Deux-Sèvres Thouars
ETCHECHOURY	Laura	CH Bayonne
FORESTIER	Damien	Cl Tivoli Bordeaux
FREDON	Fabien	CHU Limoges
GAINANT	Alain	CHU Limoges
GARCIA-RAMIREZ	Muriel	CH Libourne
GONTIER	Renaud	CH Bayonne
GUARNIERI	Séverine	CROMG Agen
GUICHARD	François	Polycl Bordeaux Nord
HENRIQUES	Bénédicte	Institut Bergonié Bordeaux
KIKOLSKI	Florence	CH Libourne
LAHARIE MINEUR	Hortense	Cl Tivoli Bordeaux
LANGLOIS	Denis	CH La Rochelle
LOURY LARIVIERE	Isabelle	CH Pau
MANOUVRIER	Jean Luc	CH Agen
MARTENOT	Mathieu	CH Libourne
MATHE	Nicolas	Centre clinical Angoulême
MATHE BESSALEM	Véronique	Centre clinical Angoulême
MATHIEU	Anne	CH Angoulême
MATHONNET	Muriel	CHU Limoges
MAURIAC	Etienne	Polycl Côte Basque Sud St Jean de Luz
MOULIN	Valérie	CH La Rochelle
OFRIM	Otilia	CH Marmande
OPSAHL	Silja	CH St Jean d'Angely
PALUMBO	Barbara	CH Libourne
PARENT	Sophie	Cabinet libéral Niort
PIGOT	François	MSP Bagatelle Talence
PINEL	Baptiste	CHU Poitiers
RICHER	Jean-Pierre	CHU Poitiers
SEILLAN	Sébastien	Cl Esquirol-St Hilaire Agen
SMITH	Denis	CHU Bordeaux
SZERZYNA	Noella	Cl Mutualiste Lesparre Medoc
TARDAT	Eric	Cl Arcachon
TEBOUL	Frédéric	CH Brive la Gaillarde
THAURY	Juliette	CH Pau
TOUGERON	David	CHU Poitiers
VAYRE	Laure	CH Brive la Gaillarde
VIGNAL	Jean Charles	Polycl Bordeaux Rive droite Lormont
VILLAR	Frédéric	Cl Pasteur Royan
ZARANIS	Constantin	Capio cl du Mail La Rochelle
ZASADNY	Xavier	Cl Chenieux Limoges

Sommaire

I Introduction	p 5
II Objectifs	p 5
III Méthode	p 6
1) Schéma d'étude	p 6
2) Sélection des critères de cotation	p 6
3) Sélection des experts	p 7
4) Cotation des critères	p 7
5) Niveau de consensus	p 8
6) Coordination du Delphi	p 8
7) Modalités de relance des non répondants entre les tours	p 9
8) Calendrier	p 9
9) Réunion de concertation	p 9
IV Résultats	p 9
1) Participation des experts	p 9
2) Résultats par tour	p 10
3) Synthèse – définition du parcours	p 13
V Discussion	p 15
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	p 17
ANNEXES	p 18

I. Introduction

Le cancer du rectum représente en Europe 35% de l'ensemble des cancers colorectaux, soit 15–25/100 000 cancers du rectum par an¹. En dépit de l'amélioration du contrôle local de ces cancers, grâce à l'exérèse totale du mésorectum² et à la radiochimiothérapie préopératoire³, le taux de récurrence locale est évalué entre 5 et 10% dans la littérature^{4,5}. A l'échelle de notre région Nouvelle-Aquitaine (Aquitaine, Poitou-Charentes, Limousin) qui compte 6 millions d'habitants, l'incidence des récurrences locales du cancer du rectum peut donc être estimée entre 60 et 120 nouveaux cas par an. Seule une résection curative (R0), rapportée dans 60% des procédures, permet d'obtenir un taux de survie globale à 5 ans de 40%. Cependant, les prises en charges chirurgicales requièrent dans la majorité des cas des résections multi-viscérales complexes, expliquant la grande variabilité du taux de chirurgie curative et les taux de morbidité et de mortalité post-opératoires, respectivement de 60% et 2%⁶.

Malgré la combinaison du faible nombre de patients, de la potentielle guérison en cas de résection R0 et de la difficulté de prise de décision opératoire d'une part et de management des complications post-opératoires d'autre part, seule une faible proportion de patients est adressée vers un centre de recours spécialisé dans la prise en charge spécifique des patients avec récurrence locale de cancer du rectum en France⁷ et en Grande-Bretagne⁸. En effet, il n'existe pas à l'heure actuelle de structuration du parcours de soins de ces patients au niveau national ou régional, expliquant une grande variabilité de prise en charge.

Une structuration du parcours de soins de ces patients atteints de récurrence de cancer du rectum semble nécessaire pour optimiser la prise en charge des patients et améliorer à terme leur espérance de vie. Elle doit ainsi permettre de proposer à chaque patient de bénéficier d'une prise en charge pré-opératoire standardisée et d'une potentielle résection curative. La définition de ce parcours de soins doit intégrer l'ensemble des déterminants influençant l'implémentation de nouvelles pratiques dans une organisation de santé⁹. Ces nouvelles pratiques ne seront efficaces que si elles sont partagées par le plus grand nombre ; il est donc nécessaire que ce parcours régional soit défini par un consensus professionnel entre praticiens prenant en charge ces patients.

II. Objectifs

L'objectif de cette étude était de définir, au travers d'un consensus régional, le parcours de recours des patients atteints de récurrence locale de cancer du rectum en Nouvelle-Aquitaine.

Le consensus recherché couvrait à la fois les indications cliniques d'entrée dans le parcours et les éléments organisationnels et structurels constitutifs du parcours. Ils seront appelés dans le reste du document « éléments constitutifs du parcours ».

III. Méthode

1) Schéma d'étude

La méthode DELPHI¹⁰ en trois tours a été appliquée. Après identification d'éléments potentiellement constitutifs d'un parcours de recours des patients atteints de récurrence de cancer du rectum (critères de cotation du Delphi), un panel d'experts impliqués dans la prise en charge du cancer du rectum a, dans un premier temps, jugé de l'utilité de chacun de ces critères. A deux reprises, les experts ont ensuite coté l'utilité des critères n'ayant obtenu de consensus au tour précédent. A l'issue du troisième tour, un consensus a été obtenu.

2) Sélection des critères de cotation

Les éléments potentiellement constitutifs du parcours ont été identifiés après revue de la littérature des facteurs impactant la prise en charge des patients atteints de récurrence du cancer du rectum¹¹ mais aussi après intégration de l'ensemble des déterminants influençant l'implémentation de nouvelles pratiques dans une organisation de santé⁹. Ces éléments ont été soumis à validation du comité de coordination du projet et du comité de pilotage. Ces critères devaient être déterminants pour la prise en charge des récurrences locales des cancers du rectum, et pouvaient être des critères liés au patient, à la pathologie et/ou à l'organisation.

Vingt critères de cotation, déterminant pour le parcours de soin ont ainsi été retenus :

Critères liés au patient :

- Âge du patient,
- Etat général du patient,
- Espérance de vie du patient,
- Comorbidités du patient,
- Inconfort psychologique ou physique du patient,
- Attitude coopérante du patient,
- Conscience de son état de santé par le patient.

Critères liés à la récurrence locale :

- Localisation de la récurrence (centrale, latéro-pelvienne, antérieure, postérieure),
- Présence de localisation(s) à distance,
- Traitement en intention curative ou palliative.

Critères liés à l'organisation :

- Distance entre le centre demandeur et le centre de recours,
- RCP préalable au recours dans le centre demandeur,
- Spécialité du médecin du centre demandeur.

Critères liés à la structuration du réseau :

- Lieu de réalisation de l'IRM,
- Lieu de réalisation du scanner,
- Lieu de réalisation du TEPscan,
- Lieu de réalisation du traitement pré opératoire,
- Lieu de réalisation du traitement post opératoire,
- Délai de consultation/discussion en RCP,
- RCP de recours pour chirurgie complexe avec examens exigés pour avis.

3) Sélection des experts

Les experts sollicités pour participer au Delphi (appelés experts désignés) étaient l'ensemble des praticiens travaillant en établissements de santé publiques ou privés, impliqués dans la prise en charge du cancer du rectum et participant à une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) de type digestif au sein de la région Nouvelle-Aquitaine. Ils pouvaient appartenir à l'une des quatre spécialités suivantes : Chirurgie digestive, Oncologie médicale, Radiothérapie, Gastro-entérologie.

Après identification, par les Réseaux Régionaux de Cancérologie (RRC) d'Aquitaine (RCA), du Limousin (ROHLim) et de Poitou-Charentes (Onco-Poitou-Charentes), de l'ensemble des praticiens répondant aux critères d'inclusion, à partir de la liste des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) de cancérologie digestives de Nouvelle-Aquitaine, un mail de sollicitation à participer, contenant une lettre d'explication (annexe 1) ainsi que le protocole de l'étude, a été envoyé à l'ensemble des praticiens identifiés. Les praticiens ayant répondu favorablement étaient considérés comme **volontaires** pour participer. Ils recevaient sous 15 jours, par l'intermédiaire du mail de lancement du 1er tour (annexe 2), le premier questionnaire (annexe 3). Les experts ayant effectivement répondu au premier questionnaire ont été considérés comme **participants** au Delphi.

4) Cotation des critères

Aux deux premiers tours, il était demandé aux participants d'évaluer l'utilité de chaque critère dans la constitution d'un parcours de recours de prise en charge des patients atteints de récurrence de cancer du rectum, au moyen d'une note sur l'échelle de Likert, allant de 1 « le plus utile » à 10 « le plus inutile ».

Pour les aider dans leur cotation, les deux questions suivantes étaient posées, pour chacun des critères :

- « Est-ce que ce critère est utile pour la création d'un parcours efficient ? »
- « Est-ce que ce critère peut aider à prioriser une stratégie de prise en charge efficace des récidives locales des cancers du rectum ? »

Au troisième tour, les experts ont coté chaque critère n'ayant pas obtenu de consensus aux deux tours précédents sur une échelle binaire (utile/inutile). Cette modification de l'échelle de cotation a été mise en place pour favoriser l'obtention d'un consensus final.

5) Niveau de consensus

Un consensus favorable était obtenu, pour un critère donné, si au moins 80% des participants apportaient une cotation $\leq 3/10$ sur l'échelle de Likert aux deux premiers tours ou la réponse « utile » au troisième tour. Cette situation correspondait à un critère jugé utile pour le parcours de soin.

Inversement, un consensus défavorable était obtenu, pour un critère donné, si au moins 80% des participants apportaient la cotation $\geq 7/10$ sur l'échelle de Likert aux deux premiers tours ou la réponse « inutile » au troisième tour. Cette situation correspondait à un critère jugé inutile pour le parcours de soin.

Si, pour un critère donné, les cotations ne permettaient pas de dégager de consensus, ni favorable, ni défavorable, la situation était considérée comme non consensuelle ; le critère était reproposé au tour suivant pour nouvelle cotation.

Les règles d'obtention du consensus étaient présentées dans le courrier de sollicitation.

6) Coordination du Delphi

Les experts disposaient de 4 semaines à chaque tour pour répondre et envoyer leur questionnaire complété par mail aux RRC de chaque ex-région (RCA, ROHLim et Onco-Poitou-Charentes).

Premier tour

Le premier questionnaire proposait aux praticiens de coter les 20 critères sélectionnés, avec des espaces dédiés aux commentaires. Le temps de remplissage était estimé à 10 min. Les règles de cotation étaient rappelées sur le questionnaire.

Deuxième tour

Au deuxième tour, et après analyse des résultats du premier tour, seuls les critères n'ayant pas fait l'objet d'un consensus au premier tour (ni favorable, ni défavorable) ont été soumis à nouvelle

cotation. Chaque expert recevait un questionnaire contenant la liste des critères n'ayant pas eu de consensus au premier tour, et pour chacun d'entre eux les résultats de l'ensemble des participants du premier tour, ainsi qu'un rappel de la réponse donnée au premier tour par l'expert.

Troisième tour

Seuls les critères n'ayant pas fait l'objet d'un consensus au deuxième tour ont été soumis à cotation. Chaque expert recevait un questionnaire contenant la liste des critères n'ayant pas eu de consensus au deuxième tour, et pour chacun d'entre eux, les résultats de l'ensemble des participants du deuxième tour, ainsi qu'un rappel de la réponse donnée au deuxième tour par l'expert.

7) Modalités de relance des non répondants entre les tours

Des relances successives par email étaient organisées pour les praticiens ne répondant pas dans le mois suivant l'envoi des questionnaires. Lorsque ces relances n'obtenaient pas de réponse, une dernière relance téléphonique était réalisée.

8) Calendrier

Chaque étape devait durer 4 semaines.

Le premier tour s'est déroulé du 5 avril au 18 mai 2016.

Le second tour s'est déroulé du 6 juin au 8 septembre 2016.

Le troisième tour s'est déroulé du 4 octobre au 28 novembre 2016.

9) Réunion finale de consensus informel

Une réunion du comité de coordination a été organisée afin de définir, par consensus informel, les seuils des éléments du parcours et le parcours de recours et préparer la présentation des résultats auprès des praticiens concernés.

IV. Résultats

1) Participation des experts

Au total, 423 participants aux 29 RCP digestives de la région Nouvelle-Aquitaine ont été sollicités pour participer au Delphi.

Sur ces 423 médecins contactés, 79 (tableaux 1,2), soit 19%, ont répondu favorablement pour participer à l'étude (volontaires). Parmi eux, 59 ont effectivement participé aux trois tours de l'étude (tableaux 1, 2). Vingt-six RCP étaient représentées au travers des participants aux trois tours ; seules trois RCP (deux de la région ex-Aquitaine et une de la région ex-Limousin) n'étaient pas représentées.

Cinq spécialités étaient représentées au sein des 423 experts sollicités (chirurgie digestive, gastro-entérologie, oncologie médicale, oncologie radiothérapie). Toutes ces spécialités ont été représentées parmi les 59 participants aux 3 tours.

Il n'y a pas eu de variation de participation au cours de l'étude : tous les praticiens ayant répondu au premier tour ont participé aux deux tours suivants.

Tableau 1. Répartition par spécialité des experts sollicités, volontaires et participants, au sein de la région Nouvelle-Aquitaine

	Experts sollicités N (%)	Volontaires N (%)	Participants aux 3 tours N (%)
Chirurgien	151 (36)	37 (47)	28 (47)
Gastro-Entérologue	181 (43)	20 (25)	13 (22)
Oncologue radiothérapeute	53 (12)	14 (18)	11 (19)
Oncologue médical	38 (9)	8 (10)	7 (12)
Total	423 (100)	79 (100)	59 (100)

Tableau 2. Répartition par zone géographique (ex régions) des experts sollicités, volontaires et participants au consensus régional, dans la région Nouvelle-Aquitaine

	Experts sollicités N (%)	Volontaires N (%)	Participants aux 3 tours N (%)
Ex-Aquitaine	244 (58)	46 (58)	31 (52)
Ex-Limousin	67 (16)	14 (18)	10 (17)
Ex-Poitou-Charentes	112 (26)	19 (24)	18 (31)
Total	423 (100)	79 (100)	59 (100)

2) Résultats par tour

Premier tour (tableau 3)

A l'issue du premier tour, deux critères («Etat général du patient » et « Présence de localisation(s) à distance ») ont obtenu un consensus favorable avec respectivement 81 et 83% des participants ayant apporté une cotation inférieure ou égale à 3 sur l'échelle de Likert.

Aucun critère n'a obtenu de consensus défavorable. Les critères "Espérance de vie", "Comorbidités", "Inconfort" et "Attitude du patient" ont obtenu des cotations proches du consensus favorable, mais cependant insuffisantes pour être retenues au premier tour.

Trois relances par mail ont été réalisées et cinquante neuf praticiens ont participé au premier tour.

Deuxième tour (tableau 3)

A l'issue du deuxième tour, 6 critères font l'objet d'un consensus favorable :

- « Espérance de vie » et « Comorbidités » avec un consensus maximal, 100% des participants ayant apporté une cotation inférieure ou égale à 3 sur l'échelle de Likert.
- « Inconfort » et « attitude du patient », avec 89% des répondants ayant apporté une cotation inférieure ou égale à 3.
- « Localisation de la récurrence » et « Traitement en intention curative ou palliative », avec respectivement 94% et 97% des répondants ayant apporté une cotation en faveur de leur utilité.

Le critère "RCP préalable au recours" a obtenu des cotations en faveur de son utilité, mais de façon insuffisante pour être retenu (74% des répondants ont apporté une cotation inférieure ou égale à trois).

Au cours des deux premiers tours, aucun critère n'a obtenu un consensus défavorable.

Quatre relances par mail et une relance téléphonique ont été réalisées, et les 59 praticiens ayant participé au premier tour ont également participé au second tour.

Troisième tour (tableau 3)

A l'issue du troisième tour, sur les 12 critères restant, 5 critères ont obtenu un consensus favorable et 4 un consensus défavorable. Les 4 critères ayant obtenu un consensus favorables étaient :

- « Age » (93% des répondants ont apporté une cotation ≤ 3),
- « Conscience de son état de santé par le patient » (81% des répondants ont apporté une cotation ≤ 3),
- « Réalisation d'une RCP préalable au recours dans le centre demandeur » (85% des répondants ont apporté une cotation ≤ 3),
- « Délai de consultation ou de discussion en RCP » (93% des répondants ont apporté une cotation ≤ 3),

- « Réalisation d'une RCP de recours avec examens exigés » (91% des répondants ont apporté une cotation ≤ 3).

Les 4 critères obtenant un consensus défavorables étaient :

- « Distance entre le centre demandeur et le centre de recours » (83% des répondants ont apporté une cotation ≥ 7),
- « Spécialité du médecin » (81% des répondants ont apporté une cotation ≥ 7),
- « Lieu de réalisation du TEPscan » (83% des répondants ont apporté une cotation ≥ 7),
- « Lieu de réalisation du traitement post opératoire » (81% des répondants ont apporté une cotation ≥ 7),

Trois critères n'ont pas obtenu de consensus à l'issue des trois tours :

- « Lieu de réalisation de l'IRM »,
- « Lieu de réalisation du scanner »,
- « Lieu de réalisation du traitement pré opératoire ».

Cinq relances par mail et une relance téléphoniques ont été réalisées, et les 59 praticiens ayant participé aux premier et second tours ont également participé au troisième tour.

Tableau 3. Résumé des résultats des 3 tours avec niveau d'accord

Critères	1er tour				2e tour				3e tour			Avis
	Utile [1;3]	Intermédiaire [4;7]	Inutile [7;10]	Non renseigné	Utile [1;3]	Intermédiaire [4;7]	Inutile [7;10]	Non renseigné	Utile	Inutile	Non renseigné	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Déterminants liés au patient												
Age	58	16	9	-	71	23	6	-	93	5	1	UTILE
Etat général	81	9	10	-	-	-	-	-	-	-	-	UTILE
Espérance de vie	73	17	10	-	100	-	-	-	-	-	-	UTILE
Comorbidités	73	17	8	2	100	-	-	-	-	-	-	UTILE
Inconfort	70	22	8	-	89	11	-	-	-	-	-	UTILE
Attitude	75	15	10	-	89	11	-	-	-	-	-	UTILE
Conscience	52	34	14	-	54	34	9	3	81	17	2	UTILE
Déterminants liés à la récurrence locale												
Localisation de la récurrence	70	17	12	2	94	6	-	-	-	-	-	UTILE
Présence de localisation à distance	83	3	14	-	-	-	-	-	-	-	-	UTILE
TTT en intention curative ou palliative	78	14	8	-	97	3	-	-	-	-	-	UTILE
Déterminants liés à l'organisation												
Distance centre demandeur-recours	19	49	30	2	9	57	34	-	17	83	-	INUTILE
RCP préalable au recours	51	32	15	2	74	20	3	3	85	15	-	UTILE
Spécialité du médecin	31	39	27	3	14	66	20	-	19	81	-	INUTILE
Déterminants liés à la structuration du réseau												
LDR de l'IRM	42	34	22	2	37	49	14	-	63	35	2	Pas d'accord
LDR du scanner	25	34	41	2	-	51	49	-	25	75	-	Pas d'accord
LDR du TEPscan	24	34	40	2	3	40	51	-	14	83	3	INUTILE
LDR du traitement pré opératoire	22	44	31	3	6	60	34	-	22	78	-	Pas d'accord
LDR du traitement post opératoire	27	38	34	2	11	52	37	-	17	81	2	INUTILE
Délai de consultation/discussion en RCP	60	29	8	3	77	14	3	6	93	5	2	UTILE
RCP de recours avec examens exigés	42	26	27	5	69	23	8	-	91	9	-	UTILE

LDR = Lieu de réalisation, TTT = Traitement.

3) Synthèse – définition du parcours

Les éléments constitutifs et de définition du parcours de recours des patients atteints de récurrence de cancer du rectum, retenus à l'issue de la méthode Delphi, sont les suivants :

- Le parcours de recours a été défini comme une consultation dans le centre de recours ou la présentation du dossier en RCP de recours,
- Un âge < 75 ans engendre l'inclusion dans le parcours de recours,

- Un âge ≥ 75 ans fait pratiquer un dépistage de la fragilité gériatrique en cancérologie par l'outil G8 (test de dépistage du recours au gériatre chez un patient âgé atteint de cancer) ou le FOG (Filtre Onco-Gériatrique), et un score au G8 > 14 ou un score au FOG > 0 permet l'inclusion dans un parcours de recours,
- Concernant la localisation de la récurrence et l'intention de traitement :
 - o Un recours n'est pas obligatoirement nécessaire en cas de localisation centro-pelvienne en intention curative,
 - o Un parcours de recours est nécessaire en cas de localisation centro-pelvienne avant traitement palliatif et en cas de localisation autre que centro-pelvienne,
 - o En présence de localisation(s) à distance non résecable(s), le recours n'est pas nécessaire.
- Le dossier doit être discuté en RCP locale avant une RCP de recours, sauf si cette RCP locale doit retarder la prise en charge du patient,
- Le délai entre la demande d'avis et l'entrée dans le parcours de recours (avis, consultation ou RCP de recours) doit être inférieur à 15 jours,
- Les dossiers présentés dans le cadre du parcours de recours doivent comprendre les informations suivantes : IRM pelvienne, Scanner TAP (thoracoabdominopelvien), TEP-scan, traitements oncologiques reçus et des compte rendus opératoires et anatomopathologiques,
- L'IRM pré opératoire peut être réalisée localement à condition que les séquences réalisées respectent les paramètres suivants :
 - o 1- Séquences sagittal T2 avec coupes de 2,5 ou 3mm devant inclure en haut/ bas la marge anale jusqu'au-dessus du promontoire sacré et en droite/gauche les parois pelviennes et ailes iliaques.
 - o 2- Des séquences pondérée en T2 haute résolution dans le plan axial et coronal respectivement parallèles et perpendiculaires à l'axe de la tumeur : 2,5 mm d'épaisseur, et petit champs de vue. Par exemple : FOV 200 (Droite-Gauche) / 200 (Haut-Bas) / 97 (Antero-Postérieur) ; matrice 240*239. En cas de récurrence basse située à moins de 1 cm du bord supérieur du canal anal lorsqu'il est conservé : une séquence T2 haute résolution dans le plan du canal anal (parallèle au canal anal).

- 3- Une séquence T2 axiale « grand champs de vue » étendue de la marge anale à la bifurcation iliaque est fortement recommandée (ganglions). Les coupes doivent inclure le promontoire sacré et le canal anal dans son intégralité.
 - 4- Des séquences T2-diffusion et T1-fat-sat après injection de gadolinium (3D si possible) doivent également être réalisées. Elles doivent être étendues de la marge anale au-dessus du promontoire sacré.
- Le traitement pré-opératoire peut être réalisé localement après discussion en RCP locale,
 - Le scanner, le TEP-scan et le traitement post opératoire peuvent être réalisés localement.

V. Discussion

Les résultats du Delphi ont abouti à un niveau de consensus suffisant pour structurer et définir un parcours de recours des patients atteints de récurrence locale de cancer du rectum, pathologie lourde et complexe. Ce parcours va pouvoir être proposé à l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge de ces patients en Nouvelle-Aquitaine. Cette organisation représente pour la région une innovation organisationnelle améliorant la coordination inter professionnelle et inter établissement de santé, pour une optimisation de la qualité des soins, des résultats de soins et de la qualité de vie des patients.

L'ensemble des professionnels sollicités pour participer au Delphi étaient l'ensemble des praticiens impliqués en Nouvelle-Aquitaine dans la prise en charge des cancers du rectum, issus d'établissements publics et privés et participant à au moins une RCP digestive de Nouvelle-Aquitaine. Près de 20% des praticiens sollicités ont accepté de participer dont 75% ont réellement répondu au Delphi. Ces 59 praticiens étaient répartis sur l'ensemble de la région Nouvelle-Aquitaine, appartenaient à toutes les spécialités concernées par la prise en charge du cancer du rectum (chirurgie digestive, gastro-entérologie, oncologie médicale, radiothérapie). Seules trois RCP sur les 29 identifiées en Nouvelle-Aquitaine n'étaient pas représentées par le panel de praticiens participants. La représentativité de notre panel d'experts était satisfaisante, ce qui renforce la robustesse et la légitimité des conclusions du Delphi ; éléments favorables à la diffusion, à l'appropriation et à la mise en place effective du parcours.

Le questionnaire a été construit après une recherche bibliographique et validation du comité d'organisation et du comité de pilotage. Ces travaux de préparation et de concertation garantissent le caractère complet du questionnaire initial. Le Delphi a ainsi eu pour mécanisme de sélectionner les éléments constitutifs du parcours les plus importants et les plus consensuels, ce qui est aussi un gage d'acceptation de la proposition du parcours final.

Les déterminants liés au patient et à la récurrence locale ont tous été retenus comme utiles pour la structuration du parcours. L'âge et un score de fragilité reconnu par l'INCa (score G8 ou FOG) ont été retenus afin de donner des « bornes » objectives quant aux déterminants liés au patient pour l'entrée dans le parcours de recours. Pour les déterminants liés à la récurrence locale, il est clairement reconnu que la localisation centro-pelvienne des récurrences est un facteur de « succès » de la chirurgie de rattrapage avec des taux de résection curative plus importants qu'en cas de localisation latérale ou postérieure. L'accès au parcours de recours est donc privilégié en cas de localisation autre que centro-pelvienne, bien que celle-ci n'en soit pas exclue. Par ailleurs, la présence de localisations métastatiques non-résécables rend l'accès au recours inutile. Les déterminants retenus par le panel quant à l'organisation du recours révèlent que la distance par rapport au centre de recours ne doit pas être un frein à l'accès au parcours de recours. Enfin, seuls le délai de réponse et l'accès à une RCP de chirurgie pelvienne complexe sont les éléments utiles à la structuration du réseau selon le panel. Ces derniers éléments soulignent l'intérêt des praticiens pour la mise en place d'un parcours efficace en termes de coordination et de standardisation de la prise en charge de ces patients. Dans ce cadre, le Dr Denost a pris la responsabilité d'une RCP Chirurgie Pelvienne Complexe au CHU de Bordeaux, qui constitue la RCP de recours du parcours des récurrences pelviennes des cancers du rectum. Cette RCP comprend tous les spécialistes ayant une expertise en chirurgie pelvienne oncologique et reconstructrice. Une labélisation par la DGOS en tant que centre de référence constituera la future étape de la valorisation de ce consensus.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Glimelius B, Tiret E, Cervantes A, Arnold D, on behalf of the ESMO Guidelines Working Group. Rectal cancer: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology* 2013;24(Suppl6):vi81-vi88.
2. Heald RJ, Moran BJ, Ryall RD, Sexton R, MacFarlane JK. Rectal cancer: the Basingstoke experience of total mesorectal excision, 1978-1997. *Arch Surg.* 1998;133:894-899.
3. Gerard JP, Conroy T, Bonnetain F, Bouche O, Chapet O, Closon-Dejardin MT, et al. Preoperative radioterapy with or without concurrent fluorouracil and leucovirin in T3-4 rectal cancers : results of FFCD 9203. *J Clin Oncol* 2006;24:4620-4625.
4. Van Gijn W, Dutch colorectal cancer group. Preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision for resectable rectal cancer: 12-year follow-up of the multicenter, randomized controlled TME trial. *Lancet Oncol* 2011;12(6):575-82.
5. Jayne DG, Thorpe HC, Copeland J, Quirke P, Brown JM, Guillou PJ. Five-year follow-up of the Medical Research Coucil CLASICC trial of laparoscopically assisted versus open surgery for colorectal cancer. *Br J Surg* 2010;97:1638-1645.
6. Yang TX, Morris DL, Chua TC. Pelvic exenteration for rectal cancer: a systematic review. *Dis Colon Rectum.* 2013;56(4):519-31.
7. Denost Q, Faucheron JL, Lefevre J, Panis Y, Cotte E, Rouanet P, Jafari M, Capdepon M, Rullier E. French current management and oncological results of locally recurrent rectal cancer. *Eur J Surg Oncol.* 2015 Dec;41(12):1645-52.
8. Harji DP, Griffiths B, McArthur DR, Sagar PM. Current UK management of locally recurrent rectal cancer. *Colorectal Dis* 2012;14:1479-82.
9. Fleuren M, Wiefferink K, Paulussen T. Determinants of innovation within health care organizations: literature review and Delphi study. *Int J Qual Health Care.* 2004;16(2):107-23.
10. Linstone H.A, Turoff M. *The Delphi Method: Techniques and Application.* Boston, MA: Addison-Wesley Publishing Co, Advanced Book Program: 2002.
11. Beyond TME collaborative. Consensus statement on the multidisciplinary management of patients with recurrent and primary rectal cancer beyond total mesorectal excision planes. *Br J Surg.* 2013;100:1009-1014.

Annexes

Annexe 1. Lettre de sollicitation de participation au Delphi

Chère consœur, cher confrère,

Je vous informe que l'unité de chirurgie colorectale du CHU de Bordeaux, en partenariat avec les 3 Réseaux Régionaux de Cancérologie (RRC) d'Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes, s'investit dans la prise en charge des patients avec récurrence locale, ou pelvienne, de cancer du rectum. Après avoir réalisé un état des lieux des pratiques françaises et les avoir comparées à d'autres pays, notre équipe souhaite à présent améliorer la prise en charge de ces patients en structurant leur parcours de soins au niveau de notre nouvelle grande région.

Nous vous proposons de **participer à une enquête de type Delphi** en 3 tours, dont la méthodologie et les critères ont été validés par un comité de pilotage composé des RCP d'oncologie digestive des CHU de Bordeaux, Limoges et Poitiers, ainsi que de l'Institut Bergonié. L'objectif est d'établir un **consensus régional (Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes) sur l'organisation du parcours de soins optimal des patients atteints de récurrence locale de cancer du rectum**. Vous trouverez le protocole de ce travail en pièce jointe. Pour information, le temps nécessaire pour répondre aux 20 critères soumis est évalué à 10 minutes.

Si vous acceptez de participer à ce travail à nos côtés, vous devez vous **engager pour les 2 premiers tours du Delphi**. Vous recevrez alors sous 15 jours le mail de lancement du 1^{er} tour.

Le calendrier de ce travail est le suivant :

-1^{er} tour : 5 avril 2016 avec réponse dans un délai de 4 semaines (3 Mai 2016)

-2^{ème} tour : 31 mai 2016 avec réponse dans un délai de 4 semaines (28 juin 2016)

Une réunion finale en septembre 2016 avec la participation d'un représentant de chacune de vos RCP constituera le 3^{ème} tour de cette étude Delphi avec validation du consensus.

Nous vous serions très reconnaissants de participer à ce travail et attendons votre accord par mail pour vous inviter au 1^{er} tour.

Confraternellement,

Dr Denost Quentin
Chirurgie digestive et endocrinienne
Unité de chirurgie colorectale
CHU de Bordeaux

Annexe 2. Lettre d'accompagnement du premier tour du Delphi

Chère consœur, cher confrère,

Nous vous remercions pour votre participation en tant qu'expert au processus de validation des critères de **structuration du parcours de soins des récidives locales des cancers du rectum dans les régions Aquitaine Limousin Poitou-Charentes**.

Ce questionnaire, validé par le comité de pilotage composé des RCP d'oncologie digestive des CHU de Bordeaux, Limoges et Poitiers, ainsi que de l'Institut Bergonié, est le **1^{er} des 3 « tours »** consécutifs de l'étude Delphi. Merci d'essayer de **répondre à toutes les questions**. Le temps nécessaire pour répondre aux 20 critères soumis est évalué à 10 minutes. Vous avez la possibilité de réviser et de proposer de nouveaux critères que vous considérez utiles à la structuration de ce parcours de soins. Nous vous assurons de la confidentialité de vos réponses et de vos propositions.

Vous trouverez ci-joint, une liste de critères qui pourraient être utilisés pour définir le parcours de soins optimal des patients avec récurrence locale de cancer du rectum. Merci de **coter chaque critère** selon votre opinion sur son utilité dans la définition de ce parcours de soins, de 1/10, très utile, à 10/10 complètement inutile. Les questions suivantes peuvent vous aider pour l'évaluation de la valeur de chaque critère :

- Est-ce que ce critère est utile pour la création d'un parcours efficace ?
- Est-ce que ce critère peut aider à prioriser une stratégie de prise en charge efficace des récidives locales des cancers du rectum ?

Nous restons disponibles pour vos questions et/ou remarques et vous remercions d'avance de renvoyer vos réponses dans un délai de 4 semaines, soit **avant le 3 mai 2016** à :

- epinon@canceraquitaine.org pour l'Aquitaine
- contact@rohlim.fr pour le Limousin
- claire.morin.porchet@onco-poitou-charentes.fr pour Poitou-Charentes

Confraternellement,

Dr Denost Quentin
Chirurgie digestive et endocrinienne
Unité de chirurgie colorectale
CHU de Bordeaux

Annexe 3 : grille de recueil

PARCOURS DE SOINS REGIONAL – Questionnaire du Delphi

Récidives locales des cancers du rectum

Délai de réponse de 4 semaines

Aquitaine : epinon@canceraquitaine.org / Limousin : contact@rohlim.fr / Poitou-Charentes : claire.morin.porchet@onco-poitou-charentes.fr

Déterminants liés au patient et à la récurrence :

Déterminants	Définition de critères d'utilité à la structuration d'un parcours de soins régional pour les récurrences locales de cancer du rectum 1 : Très utile / 10 : Complètement inutile									
Déterminants liés au patient										
Age	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- Développer si besoin:										
Etat général du patient	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- Développer si besoin:										
Espérance de vie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- Développer si besoin:										
Comorbidités	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- Développer si besoin:										
Inconfort du patient (physique ou psychologique)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- Développer si besoin:										
Attitude coopérante du patient	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- Développer si besoin:										
Conscience de son état de santé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- Développer si besoin:										
Déterminants liés à la récurrence locale										
Localisation de la récurrence (centrale, latéro-pelvienne, ant, post)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- Développer si besoin:										
Présence de localisation à distance	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- Développer si besoin:										
Traitement en intention curative ou palliative	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- Développer si besoin:										
Commentaires :										

PARCOURS DE SOINS REGIONAL – Questionnaire du Delphi

Récidives locale des cancers du rectum

Déterminants liés à l'organisation et à la structuration du parcours:

Déterminants	Définition de critères d'utilité à la structuration d'un parcours de soins régional pour les récidives locales de cancer du rectum 1 : Très utile / 10 : Complètement inutile									
Déterminants liés à l'organisation										
Distance entre le centre demandeur et le centre recours	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- Développer si besoin:										
RCP préalable au recours dans le centre demandeur	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- Développer si besoin:										
Spécialité du médecin du centre demandeur	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- Développer si besoin:										
Déterminants liés à la structuration du réseau										
Lieu de réalisation de l'IRM pelvienne	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- Développer si besoin:										
Lieu de réalisation du scanner thorax-abdomen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- Développer si besoin:										
Lieu de réalisation du TEP-scan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- Développer si besoin:										
Lieu de réalisation du traitement pré-opératoire	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- Développer si besoin:										
Lieu de réalisation du traitement post-opératoire	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- Développer si besoin:										
Délai de consultation ou de discussion en RCP dans le centre recours	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- Développer si besoin:										
Existence d'une RCP de recours avec visioconférence	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- Développer si besoin:										
Commentaires										