



Plaidoyer pour l'intégration du médecin traitant dans les décisions du tumor board

M. VANNOTTI

F.LÜTHI

3 JUIN 2021

Situation vécue récemment:

- ▶ Sympathique Monsieur H , 80 ans
- ▶ Suisse Allemand
- ▶ Ancien cadre d'une multi nationale
- ▶ Marié, sans enfant
- ▶ Suivi 1x/mois, depuis 2016
- ▶ Se décrit comme hypochondriaque

Diagnostics/antécédents

- ▶ Amygdalectomie et APP, dans l'enfance
- ▶ 1968: dépression
- ▶ 1990: début DMLA OG,
- ▶ 2002: Sigmœdectomie diverticule (Colectomie partielle 30 cm)
- ▶ 2010: exérèse kyste brachial 2ème arcade D
- ▶ 2011: BPCO
- ▶ IRA puis IRC sur néphropathie hypertensive
- ▶ 2013: circoncision
- ▶ 2014: TURP
- ▶ toux chronique sur RGO VS probable hyperactivité bronchique
- ▶ 2015: polymialgia Rheumatica pred stop mars 2019
- ▶ début DMLA OD
- ▶ 2017: bilan neuro eo pour syndrome crampes fasciculation
- ▶ OGD: hernie hiatale
- ▶ 2018: cure hernie bilat
- ▶ orchidectomie pour suspicion cancer. (pas retrouver à la patho)
- ▶ insuf testostérone
- ▶ 2019: ostéoporose T -2.7 hanche
- ▶ hypogonadisme hypergonadotrope
- ▶ 2020: OGD:HH, colono, hypertrophie prostatique...

Anamnèse familiale

- ▶ Mère: dcd 87 ans d'un AVC
- ▶ Père: dcd 54 ans d'un cancer du pancréas
- ▶ un frère aîné Cancer du colon opéré

Histoire clinique

- **En mars 2021, bilan pour douleur dorsale irradiant dans le ventre en ceinture. Découverte d'une lésion pancréas, compatible avec une tumeur neuro endocrine,**
 - 19.03.2021 : IRM abdominale : tumeur de 1.0 cm de l'uncus pancréas, ayant les caractéristiques d'une tumeur neuro-endocrine associée à une TIPMP



Mon expérience

Enjeux prise en charge effective

- ▶ Inscription patient – données transmises - Registre des tumeurs
- ▶ Éléments permettant ou ne permettant pas une prise de décision
- ▶ Prise de décision
- ▶ Communication au sein du TB
- ▶ Communication en dehors TB

But Final: Obtenir dans la plupart des situations, des propositions thérapeutiques qui se rapprochent d'un consensus (et ou Guidelines) et que ces propositions soient ensuite appliquées

FMH: participation TB est un des critères retenus pour les activités qualité pour la spécialité Oncologie médicale



Les TB sont-ils utiles?

Comment sont pris en compte les patients âgés?

Le point de vue du médecin traitant?

Le point de vue du patient?

Changes in Surgical Management Resulting From Case Review at a Breast Cancer Multidisciplinary Tumor Board

Cancer 2006;107:2346–51. © 2006 American Cancer Society.

Erika A. Newman, MD¹

TABLE 5
Changes in Recommended Surgical Management after Tumor Board Review

Change in management	No.	%
Candidate for breast conservation recommended for mastectomy	5	3.4
Recommended for breast conservation but not an appropriate candidate	2	1.3
Sentinel LN biopsy recommended rather than ALND or no axillary LN evaluation	19	12.8
ALND recommended for positive sentinel LN or clinical evidence of axillary LN disease	8	5.4
Reexcision lumpectomy recommended for close surgical margins	3	2.0
Neoadjuvant treatment recommended rather than mastectomy	11	7.4

LN indicates lymph node; ALND, axillary lymph node dissection.

149 patients inclus

77 patients ont eu
un changement
dans les
recommandations
faites

The effect of a multidisciplinary thoracic malignancy conference on the treatment of patients with lung cancer[☆]

Richard K. Freeman^{*}, Jaclyn M. Van Woerkom, Amy Vyverberg, Anthony J. Ascoti

Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery, St Vincent Hospital, Indianapolis, IN, USA

Table 2

A comparison of outcomes between the two patient groups with non-small-cell lung cancer.

	No MDCC	MDCC	<i>p</i>
<i>N</i>	535	687	
Complete staging	423 (79%)	639 (93%)	<0.0001
Multispecialty evaluation	332 (62%)	660 (96%)	<0.0001
Diagnosis to treatment (mean days)	29 ± 17	17 ± 11	<0.0001
NCCN guidelines	433 (81)	666 (97)	<0.0001
Palliative care	76 (14)%	123 (18%)	0.0862
Hospice care	37 (7%)	69 (10%)	0.0648
Research registration	40 (7%)	73 (11%)	0.0728
Surgical palliation of effusion	18 (3%)	38 (6%)	0.0747

No MDCC: patients not presented at the thoracic malignancy care clinic; MDC: patients presented at the thoracic malignancy care clinic; NCCN: National Comprehensive Cancer Network.

Table 3

A comparison of the effects of surgery between the two patient groups with non-small cell lung cancer.

	No MDCC	MDCC	<i>p</i>
<i>N</i>	535	687	
Surgical staging	179	489	<0.0001
Surgical resection			
Curative intent	330	451	0.17
IIIA only	41	89	0.0079
R ₀	312	432	0.11
Non-therapeutic	11	19	0.7
Operative mortality	7 (2.1%)	11 (2.4%)	0.8

Tumor Boards and the Quality of Cancer Care

Nancy L. Keating, Mary Beth Landrum, Elizabeth B. Lamont, Samuel R. Bozeman, Lawrence N. Shulman, Barbara J. McNeil

Table 3. Adjusted proportion of each cancer care process by availability of tumor boards

Colorectal cancer	No. patients	No tumor board, %	General tumor board, %	Colorectal cancer-specific tumor board, %	P*
Measure					
Adjuvant chemotherapy for stage III colon cancer	1738	68.7	69.3	70.4	.83
Adjuvant chemotherapy and radiation for stage II/III rectal cancer	801	74.6	73.9	74.6	.97
3-year (all-cause) survival in colon cancer patients	4995	57.5	58.2	60.2	.24
3-Year (all-cause) survival in rectal cancer patients	1389	52.5	56.2	54.6	.37
Lung cancer	No. patients	No tumor board, %	General tumor board, %	Lung cancer-specific tumor board, %	P
Curative surgery for stage I/II NSCLC	4291	53.2	56.5	61.9	.14
Radiation for unresected stage I and II NSCLC	1666	66.5	70.8	63.8	.04
Mediastinal evaluation for stage I/II NSCLC	2191	85.7	85.6	89.3	.37
Chemotherapy or radiation therapy for stage IIIA NSCLC patients who received surgery	370	79.6	74.8	65.1	.27
Chemotherapy and radiation therapy for unresected NSCLC stage IIIA patients	1305	23.9	39.5	35.6	.02
Doublet chemo for stage IV lung cancer	5853				.15
None		56.0	52.3	50.6	
Doublet chemo		37.3	42.7	42.8	
Nondoublet chemo		6.7	5.0	6.6	
Chemotherapy and radiation therapy for limited-stage small-cell lung cancer	1062	28.4	61.8	62.9	<.001 [†]
1-year (all-cause) survival, NSCLC	21 123	41.3	39.5	41.0	.22
1-year (all-cause) survival, small-cell lung cancer	3493	25.2	26.2	26.6	.88

Tumor Boards and the Quality of Cancer Care

Nancy L. Keating, Mary Beth Landrum, Elizabeth B. Lamont, Samuel R. Bozeman, Lawrence N. Shulman, Barbara J. McNeil

Lymphoma and multiple myeloma	No. patients	No tumor board, %	General tumor board, %	Hematologic cancer-specific tumor board, %	<i>P</i>
CHOP chemotherapy in diffuse large B-cell NHL patients	766	80.7	75.4	80.6	.31
Rituximab with CHOP in diffuse large B-cell NHL patients	431	89.3	74.6	87.1	.003
White blood cell growth factor with CHOP in diffuse large B-cell NHL patients	350	56.4	61.3	39.4	.002
Bisphosphonate therapy for multiple myeloma patients	899	59.6	66.4	66.2	.18

Conclusions

We observed little association of multidisciplinary tumor boards with measures of use, quality, or survival. This may reflect no effect or an effect that varies by structural and functional components and participants' expertise.

Tumor Boards (Team Huddles) Aren't Enough to Reach the Goal

Douglas W. Blayney

Correspondence to: Douglas W. Blayney, MD, Stanford Cancer Institute, Stanford School of Medicine, 875 Blake Wilbur Dr, CC 2213, MC 5827, Stanford,

Tumor boards have too long a history for them to be easily abandoned. Much like the “hurry-up” offense changed the conduct of huddles in football, tumor boards should also adapt to the changing times and technology. In the system studied by Keating et al. (1), there are only huddles and no feedback loop. Their measurement work provides a reason to change tumor board conduct

▶ OPTIMIZING MULTIDISCIPLINARY TUMOR BOARD EFFICIENCY WORLDWIDE
Educational ASCO 2014

- ▶ Améliorer la preparation
- ▶ Réflexion sur la structure et la conduite du TB
- ▶ Mettre en place une méthodologie de recherche pour monitorer la performance des TB
- ▶ Améliorer le teamworking

Remarques:

Une deviation occasionnelle par rapport au standard est tout à fait attendue dans un centre de qualité.

Une deviation régulière est le signe de decisions biaisées

Suite de l'histoire:

- **Avis chirurgie: présentation au colloque onco des voies biliaires:**
- **Endo sonographie et ponction qui confirme la suspicion**
 - 07.04.2021 : EUS + ponction : aspect de TNE de l'uncus de 14 mm de grand axe, 2ème nodule en périphérie. TIPMP d'un canal secondaire de la queue du pancréas de 5 mm sans critère d'inquiétude non ponctionné. Biopsie du nodule de l'uncus : tumeur neuro-endocrine bien différenciée de grade 1 (MIB 1.6%)
- **Les gastro proposent un PET qui montre 2 lésions pancréas, une petite sur duodénum et une plus importante sur anse iléale distale**
 - 03.05.2021 : PET-DOTATOC: Examen PET/CT au ⁶⁸Ga-DOTATOC intense hypercaptation de la TNE du processus unciné du pancréas, ainsi que du petit rehaussement nodulaire de la tête du pancréas, parlant pour une atteinte bifocale. hypercaptation focale intense d'une anse iléale distale (DD TNE synchrone vs métastase). Petite hypercaptation focale du 2ème segment duodénal à proximité de la papille de Vater, suspect.
- **Proposition** : suivi clinique, biologique et radiologique par IRM abdominale semestrielle
- **Proposition chirurgicale:** résection iléo-caecale pour prévenir d'éventuel saignement

- 
- ▶ Recommendations Situation clinique:
 - ▶ Tumeur neuroendocrine grêle grade 1 métastatique:
 - Si résection complète possible Chirurgie
 - Si faible masse tumorale asymptomatique en principe surveillance
 - Si symptômes locaux: Chirurgie locale
 - Si masse tumorale et symptômes importants traitement systémique

Noncurative debulking surgery might be considered in select cases. Resection of a small asymptomatic (relatively stable) primary in the presence of unresectable metastatic disease is not indicated. However, taking a careful history is recommended as surgery may be an option for asymptomatic patients with previous, intermittent obstructions.

Patient âgés

- ▶ Les références (Guidelines) sont basées sur la littérature en particulier les études randomisées... dont sont exclus le plus souvent les patients âgés.
- ▶ Ces recommandations sont essentiellement basées sur des end-points de survie ou de survie sans progression. Pratiquement jamais sur la qualité de vie
- ▶ L'évaluation du patient est le plus souvent effectuée après le TB.
- ▶ Oncogériatrie?

Nbre colloques / Evaluation patients au préalable?

Consideration of comorbidity in treatment decision making in multidisciplinary cancer team meetings: a systematic review

J. Stairmand¹, L. Signal^{1*}, D. Sarfati¹, C. Jackson², L. Batten³, M. Holdaway³ & C. Cunningham³

¹Cancer Control and Screening Research Group, University of Otago, Wellington; ²Department of Medicine, University of Otago, Dunedin; ³Research Centre for Māori Health and Development, Massey University, Palmerston North, New Zealand

Barthélémy et al. [28]	France	What is the impact of age, geriatric assessment and other variables on recommendations by tumour boards for adjuvant chemotherapy in elderly breast cancer patients?	Elderly patients were less likely to receive adjuvant chemotherapy even when deemed appropriate by guidelines ($P < 0.001$).
Kastner et al. [29]	UK	What is the feasibility of using the Charlson Comorbidity Index (CCI) in MDT planning of the treatment of patients with prostate cancer?	The CCI was a statistically significant predictor of survival, following radical treatment of localized prostate cancer ($P = 0.005$). The CCI was easy to calculate and therefore feasible to use in the MDT setting.

Médecin traitant: Un partenaire oublié

Participation au TB exceptionnelle

Compte rendu de la réunion souvent non transmis

Visits to general practitioners

Only one study, analysed by Coory et al., 2008 [33], highlighted the aspect pertaining to visits to General Practitioners (GPs). In this case, significantly fewer visits to GPs were reported for the TB group.

Patient: Le partenaire oublié

- ▶ «L'école des soignantes» M. Winkler. Ed. P.O.L 2019
- ▶ Les rares études publiées concernent uniquement l'impact de la prise en compte de l'avis préalable du patient ou sur la participation de groupes de patient à l'élaboration des recommandations
- ▶ Centres Allemagne avec participation de patientes au TB depuis bientôt 10 ans pour des cancers du sein:
 - ▶ Quelques publications sur la faisabilité et la satisfaction
 - ▶ Environ 10 % de patientes discutées ont eu une proposition de participation au TB et la moitié de celles-ci ont effectivement participé au TB

BMJ Open Patient participation in multidisciplinary tumour conferences in breast cancer care (PINTU): a mixed-methods study protocol

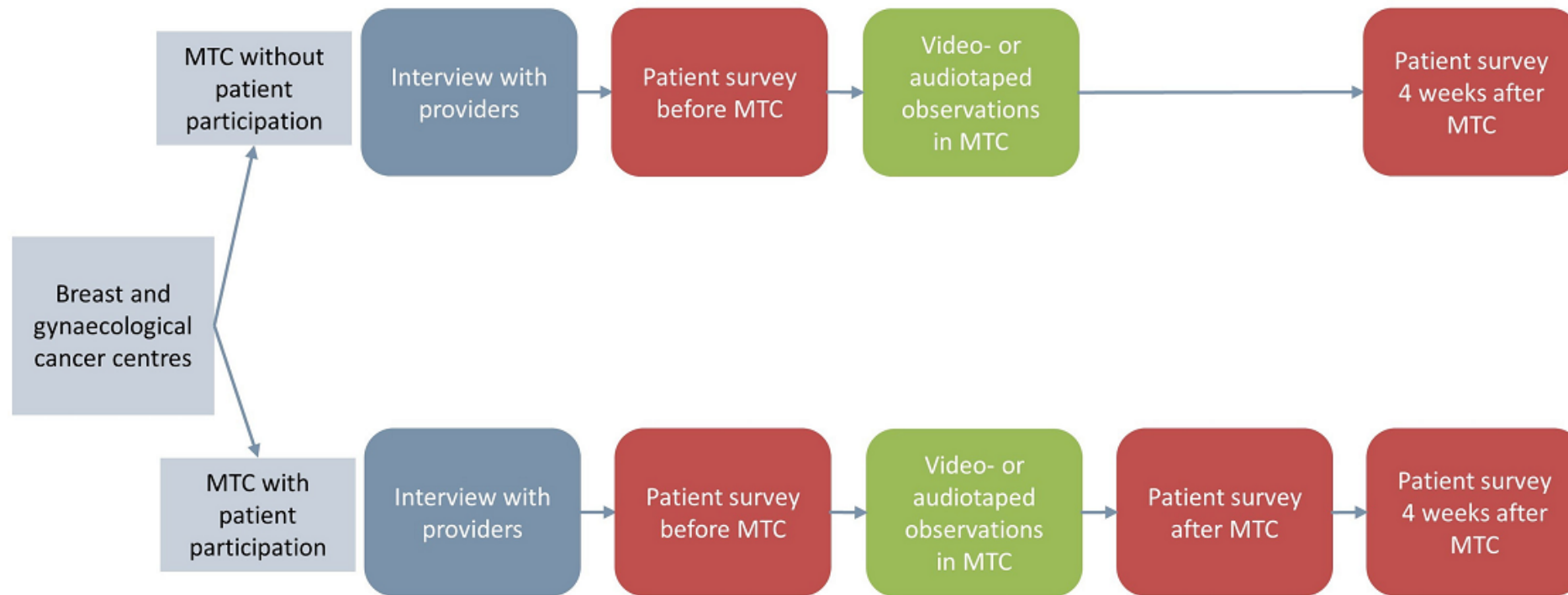


Figure 1 PINTU mixed-methods study design. MTC, multidisciplinary tumour conference; PINTU, Patient participation in multidisciplinary tumour conferences in breast cancer care - an exploratory study.

Making Tumor Boards More Patient-Centered: Let's Start With the Name

Tayana Soukup, PhD¹; Nick Sevdalis, PhD¹; James S. A. Green, LLM FRCS (Urol.)^{1,2}; Benjamin W. Lamb, PhD FRCS (Urol.)^{3,4}; Christina Chapman, MD, MS⁵; and Ted A. Skolarus, MD, MPH^{5,6}

JCO® Oncology Practice

2021

Dans la plupart des situations (66%), la proposition correspond aux évidences de la littérature

Dans 23% des situations il y a une discordance entre les soins recommandés et ceux effectivement délivrés pour des motifs multiples

Parmi ceux-ci 36% sont en relation avec l'absence de décision centrée sur le patient:
Exemple personnel: Tumorectomie / mastectomie

Propositions: Changer le nom de ces réunions (Care planning meeting for people with cancer)
Sélectionner les patients présentés pour ce focaliser sur les situations difficiles
Intégrer les aspects psychosociaux-comorbidités-préférences façon systématique

Conclusions-Améliorations

- Communications des décisions:

 - Pour qui ?

 - Proposition traitement / Guidelines

 - Si en dehors guidelines - Argumentation

 - Alternatives raisonnables de traitement (ou de non tt)

- Participation du patient?

- Participation du médecin traitant?

 - >>> Participation par vidéo au TB depuis le cabinet du médecin traitant