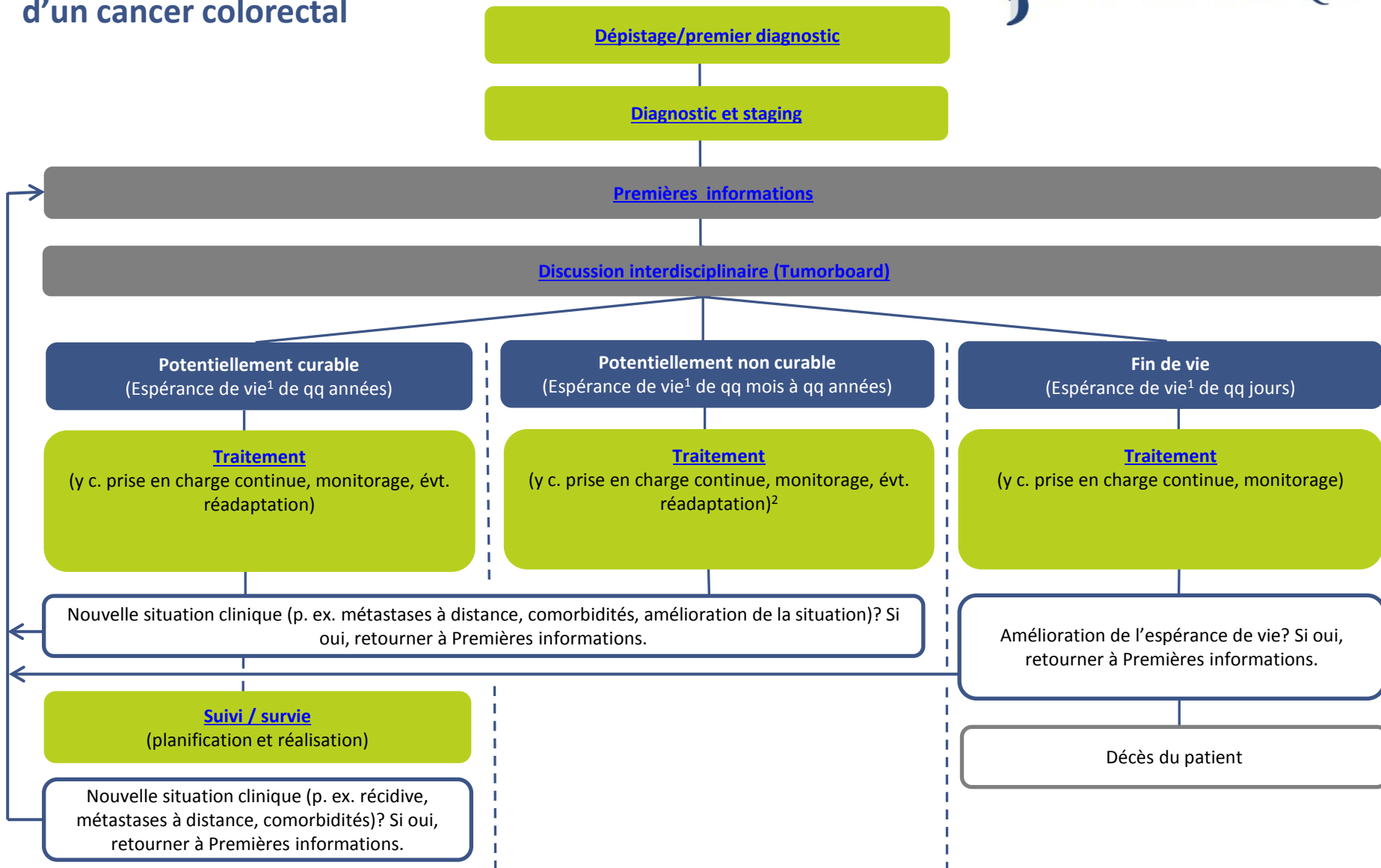


Recommandations

Schéma de l'itinéraire clinique des patients atteints d'un cancer colorectal



¹ L'espérance de vie se réfère aussi bien à la tumeur qu'aux maladies associées

² Pour les patients opérés avec une espérance de vie limitée (p. ex. en raison de maladies associées), selon la situation clinique également application des recommandations consensuelles pour le suivi des cancers colorectaux après opération curative de la Société suisse de gastroentérologie

Recommandations

Schéma de l'itinéraire clinique des patients atteints d'un cancer colorectal



Les organisations suivantes recommandent l'application de «l'itinéraire clinique des patients atteints d'un cancer colorectal»

Oncoreha	Société suisse de médecine nucléaire (SSMN)
Soins en oncologie Suisse	Société suisse de médecine et de soins palliatifs
Physioswiss	Société suisse de pathologie (SSPath)
Société suisse de travail social dans les hôpitaux	Société suisse de psycho-oncologie (SSPO)
Société suisse de chirurgie générale et de traumatologie (SSCGT)	Société suisse de radiologie (SSR)
Société suisse de médecine interne générale (SSMIG)	Société suisse de radio-oncologie (SSRO)
Société suisse de chirurgie (SSC)	Société suisse de chirurgie viscérale (SSCV)
Société suisse de gastroentérologie (SSG)	Association suisse des diététicien-ne-s (ASDD)
Société suisse de génétique médicale (SSGM)	Association suisse des stomathérapeutes (ASS)
Société suisse d'oncologie médicale (SSOM)	Association pour les sciences infirmières (APSI)

L'application de l'itinéraire clinique est facultative et vise, en tant qu'instrument d'assurance-qualité et de développement, à encourager une prise en charge des patients multiprofessionnelle basée sur les faits.

L'itinéraire clinique fournit des instructions générales. Il ne constitue en aucun cas des recommandations adaptées à chaque cas particulier. C'est au médecin de décider en fonction de la situation individuelle du patient (polymorbidité éventuelle) et de la complexité de la maladie s'il l'applique. En revanche, il doit être en mesure de justifier les divergences entre l'acte médical pratiqué et les recommandations de l'itinéraire clinique.

Projet-pilote «Itinéraire clinique des patients atteints du cancer colorectal»

Tableau des interventions clés «Dépistage/premier diagnostic»



Dépistage/premier diagnostic

Intervention clé	Justification/évidence
<p>Population asymptomatique avec risque moyen (50-69 ans, aucun antécédent d'adénome ou de cancer de l'intestin, aucune maladie inflammatoire de l'intestin, anamnèse de la famille négative):</p> <ul style="list-style-type: none"> • tous les 10 ans ou test ROSF tous les 2 ans (Fecal Occult Blood Test (FOBT)) • Si test positif: colonoscopie <p>Dispositions légales actuellement en vigueur en Suisse pour l'indemnisation (Lien vers l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire (OPAS))</p> <p>Remarque: le test OC Sensor a actuellement la sensibilité la plus élevée des tests ROSF: avec un seul examen des selles tous les deux ans, on obtient une sensibilité d'au moins 73% (<i>cut off 100</i>). Ce test n'est pas encore utilisable dans toute la Suisse.</p>	<p>NCCN Guideline Colorectal Cancer Screening (Lien)</p> <p>TF Imperiale: N Engl J Med 2014; 370:1287-1297 (Lien)</p> <p>Quintero NEJM 366:697-706, 2012 (Lien)</p> <p>Brenner European Journal of Cancer (2013) 49, 3049– 3054 (Lien)</p>



Si nécessaire
<p>Si présence de polypes: Contrôles de suivi conformément au nouveau guide de pratique de la Société suisse de gastroentérologie (publication 2015)</p> <p>Les coloscopies doivent être exécutées selon le document «Guide pour la coloscopie SSG/SGG» de la Société suisse de gastroentérologie.</p>

Tableau des interventions clés «Dépistage/premier diagnostic»

<p>Groupes à risque:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Colite ulcéreuse</u>: début 8 ans après le début de la <u>colite ulcéreuse</u>, ensuite: <ul style="list-style-type: none"> ○ Risque élevé: colonoscopie 1x par an ○ Risque moyen: colonoscopie tous les 2-3 ans ○ Risque faible: colonoscopie tous les 5 ans • <u>Syndrome de Lynch</u>: les patients avec cancer du côlon héréditaire sans polypose (patients HNPCC) et les personnes à risque doivent en règle générale faire une colonoscopie annuelle à partir de l'âge de 25 ans • <u>Polypose recto-colique familiale (PRCF)</u>: coloscopie annuelle à partir de l'âge de 10 ans • <u>Anamnèse familiale positive</u>: coloscopie tous les 5 ans. <p>Consultation génétique en cas de prédisposition aux tumeurs (syndrome de Lynch, PRCF, etc.) connue dans la famille</p> <p>Evaluation de la nécessité d'une consultation psychologique et sociale pour les personnes avec des dispositions génétiques, en présence d'angoisses, d'inquiétude ou de difficulté de décision, etc.</p>	<p>NCCN Guideline Colorectal Cancer Screening (Lien)</p> <p>NCCN Guideline Colorectal Cancer Screening (Lien)</p> <p>NCCN Guideline Colorectal Cancer Screening (Lien)</p> <p>NCCN Guideline Genetic/Familial High-Risk Assessment: Colorectal (Lien)</p> <p>Directives de la Société suisse de psychoncologie, n° 15 (Lien)</p>	 	<p>Si besoin de soutien: préparer le transfert/consilium (bases légales: Lien)</p> <p>Si besoin de soutien: préparer le transfert/consilium en tenant compte de la prise en charge des coûts.</p>
<p>Diagnostic de lésions précédentes dans le cadre du dépistage par colonoscopie</p>	<p>Directives qualité de la Société suisse de pathologie (Lien)</p> <p>Classification des tumeurs de l'OMS (Lien)</p>		

Projet-pilote «Itinéraire clinique des patients atteints du cancer colorectal»

Tableau des interventions clés «Diagnostic & staging»

Diagnostic & staging

Intervention clé	Justification/évidence
Procéder à l'anamnèse familiale	NCCN Guideline Genetic/Familial High-Risk Assessment: Colorectal (Lien)
Diagnostic et staging préopératoires coordonnés conformément au NCCN Guideline Colon Cancer et/ou NCCN Guideline Rectal Cancer	NCCN Guideline Colon Cancer (Lien) NCCN Guideline Rectal Cancer (Lien) Pour les examens des tissus: directives qualité de la Société suisse de pathologie (Lien)



Si nécessaire
Recommander/proposer un conseil génétique si antécédents de tumeurs (bases légales: Lien)

Projet-pilote «Itinéraire clinique des patients atteints du cancer colorectal»

Tableau des interventions clés «Premières informations»

Premières informations

Intervention clé	Justification/évidence	Si nécessaire
Analyse du risque d'une éventuelle malnutrition (application du Nutritional Risk Screening NRS)	Breitenstein, 2012: Immunonutrition périopératoire en chirurgie abdominale (Lien vers la publication (en allemand)) Stanga et al., 2009: Malnutrition: quel outil de dépistage est approprié? (Lien vers la publication (en allemand))	Offrir un conseil en cas de risque de malnutrition ou de malnutrition avérée Recommandations pour que le patient autogère sa capacité d'évaluer une situation à risque concernant la nutrition (p. ex. perte d'appétit, diarrhée, perte de poids, etc.)
Identifier le besoin d'information et la compréhension de la maladie du patient et des proches		Garantir/mettre à disposition des informations approfondies, complémentaires et explicatives concernant la manière de procéder, par ex. examens, résultats, etc.
Etablir la situation psychique et sociale <ul style="list-style-type: none"> Identifier la situation psychosociale, y c. l'environnement familial avec facteurs pénalisants et ressources (questions sur l'assurance sociale incluses) Clarifier le besoin d'un soutien psychoncologique et/ou social (aussi pour les proches) 	Directives de la Société suisse de psychoncologie, n° 8-13 (Lien) NCCN Practice Guidelines Distress Management (Lien)	Si besoin de soutien: préparer le transfert/consilium en tenant compte de la prise en charge des coûts.

Anamnèse/examen (y c. continence, fonction intestinale, stomie, plancher pelvien)		<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des exercices de gymnastique pour le plancher pelvien • Mettre en place une rééducation du plancher pelvien • Organiser un conseil en matière de stomie conformément aux standards (lien Hôpital de l'Île)
Clarifier les comorbidités		
Analyser le besoin de réadaptation (aussi la question des appareils nécessaires)	<p>NHS, National Cancer Action Team, Review of Evidence 2009 (Lien)</p> <p>Update 2012 (Lien)</p> <p>Les deux articles résument la situation actuelle. Il n'existe d'évidence pour le cancer colorectal que dans le domaine «Combined physical activity and nutritional advice» et en partie dans les domaines «Nutritional supplementation» et «Nutritional advice ».</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre à disposition les appareils appropriés • Transfert à la clinique de réadaptation • Commencer les mesures de réadaptation ambulatoire <p>⇒ Important: toujours une coordination ciblée des prestations (standards de SwissReha: Critères généraux et Critères de réadaptation interniste-oncologique (en allemand))</p>
Clarifier si des directives anticipées existent	Texte de loi (Lien , Art. 372)	
Clarifier / déterminer le diagnostic infirmier	Diagnostic infirmier ANADI (Lien)	

Projet-pilote «Itinéraire clinique des patients atteints du cancer colorectal»

Discussion interdisciplinaire (Tumorboard)

Discussion interdisciplinaire (Tumorboard)

Définition

Dans cet itinéraire clinique, on entend par Tumorboard un groupe interdisciplinaire de spécialistes qui développe un plan de traitement individualisé pour les patients atteints d'une maladie maligne (dans ce cas un cancer colorectal).

Critères de qualité¹

Les critères minimaux suivants doivent être respectés pour que la discussion interdisciplinaire (Tumorboard) puisse être la plus efficace possible:

- Le Tumorboard se compose de décideurs spécialisés dans leur discipline au bénéfice d'un titre fédéral de spécialiste (ou d'une attestation de formation post-grade équivalente reconnue en Suisse) ou d'une formation équivalente reconnue pour la discipline concernée.
- Siègent au Tumorboard les experts en charge des processus de travail et les représentants des disciplines diagnostiques et thérapeutiques impliquées dans le traitement. Les experts et les décideurs peuvent participer au Tumorboard par voie électronique. Les représentants de l'oncologie médicale, de la radio-oncologie, de la radiologie, de la spécialisation chirurgicale concernée et de la pathologie participent au Tumorboard. En fonction de l'état clinique du patient, le Tumorboard est ouvert en complément aux spécialistes des professions paramédicales ou non médicales, impliqués dans le traitement. Il est bien évident que chaque Tumorboard décide in fine de sa composition en spécialistes des professions paramédicales et non médicales.
- Toute séance du Tumorboard est présidée par un spécialiste et les décisions font l'objet d'un rapport.
- Les résultats cytologiques/histologiques et diagnostiques doivent être présentés sous forme écrite et les réserves nécessaires sont à mentionner dans le rapport de séance. (Par réserve, on entend les cas où les résultats du pathologue ou d'un autre spécialiste sont d'abord présentés oralement ou sous une forme provisoire car des examens spécialisés sont encore en cours).

¹ En référence aux critères de qualité du «Certificat du Swiss Cancer Network», version du 7 décembre 2013

- Le plan de traitement individualisé est consigné par écrit dans le rapport du Tumorboard et mis à la disposition de tous les médecins (médecin de famille compris) impliqués dans le traitement, et des autres spécialistes si nécessaire.
- Les indications du document «Premières informations» (diagnostic infirmier, statut nutritionnel, comorbidité, etc.) doivent être entièrement présentées au Tumorboard.
- Le rapport du Tumorboard englobe les points suivants:
 - Date de séance et données personnelles du patient
 - Contenu de la recommandation de traitement (sans le détail des doses individuelles pour la chimiothérapie ou les rayons)
 - Référence aux guides de pratique ou à la bibliographie
 - Justification lorsque le plan dévie d'un guide de pratique
 - Informations concernant les études cliniques pour lesquelles le patient se qualifie
 - Informations concernant le dépistage du risque de dénutrition (NRS)
 - Nom de tous les représentants des disciplines responsables de la recommandation de traitement (le rapport est signé par le spécialiste qui préside le board et par le rédacteur du rapport)
 - Nom de la personne chargée d'accompagner le patient dans le processus du traitement
 - Nom de la personne chargée de la coordination médicale des traitements multimodaux. Définir le moment auquel la situation du patient, si nécessaire, doit être rediscutée par le Tumorboard ou selon des directives générales
- Après le Tumorboard, les options de traitement possibles doivent être discutées et coordonnées avec le patient et ses proches par son médecin, si possible en concertation et présence d'autre spécialistes.
- Le rapport contient une recommandation contraignante pour les membres du Tumorboard et il est discuté avec le patient. Ce dernier décide de la mise en œuvre de la recommandation de traitement proposée. La décision du patient est mentionnée par écrit dans son dossier médical. (La mention est complète si y figure le lieu, la date, le nom des personnes impliquées et les motifs de la décision. Il est souhaitable mais non obligatoire de remettre une information écrite au patient concernant le résultat et les effets secondaires du traitement pour qu'il la signe et confirme qu'il a bien reçu l'information.)

Projet-pilote «Itinéraire clinique des patients atteints du cancer colorectal»

Tableau des interventions clés «Traitement & soins de situation potentiellement curable»

Potentiellement curable
(espérance de vie de plusieurs années)

Traitement
(y c. prise en charge continue, monitoring, réévaluation des premières informations, éventuellement réadaptation)

Intervention clé	Justification/évidence	Si nécessaire
<p>Traitement conforme aux guides de pratique en fonction de l'état clinique et prise en compte des résultats cliniques pathologiques détaillés (bio-marqueur incl.):</p> <ul style="list-style-type: none"> • NCCN Guideline Colon Cancer¹ • NCCN Guideline Rectal Cancer¹ • Guideline de la Société suisse de pathologie² <p>¹ Pour la partie opératoire de la chirurgie viscérale, les guidelines de l'ESMO ont la priorité. ² A utiliser pour le domaine de la pathologie.</p>	<p>NCCN Guideline Colon Cancer (Lien)¹ NCCN Guideline Rectal Cancer (Lien)¹ Guideline de la Société suisse de pathologie (Lien)²</p> <p>¹ Pour la partie opératoire de la chirurgie viscérale, les guidelines de l'ESMO ont la priorité. ² A utiliser pour le domaine de la pathologie.</p>	
Réévaluation régulière des investigations de base		
Monitoring régulier des symptômes suivants:	Douleurs: NCCN Guideline Adult Cancer Pain (Lien)	Traitement des symptômes selon les guides de pratique NCCN



Tableau des interventions clés «Traitement & soins de situation potentiellement curable»

<ul style="list-style-type: none"> • douleurs • nausées/vomissements • fatigue • détresse respiratoire 	<p>Nausées/vomissements: NCCN Guideline Antiemesis (Lien)</p> <p>Fatigue: NCCN Guideline Cancer-Related Fatigue (Lien)</p> <p>Détresse respiratoire: NCCN Guideline Palliative Care (Lien)</p>
Information du patient et de ses proches spécifique au traitement	Aucun guide de pratique dédié au conseil, mais les guides NCCN offrent une source d'information (Colon Cancer , Rectal Cancer)
Garantie de la coordination multiprofessionnelle (si nécessaire, aussi entretiens multiprofessionnels, éventuellement en présence du patient et/ou des proches)	
Clarifier les besoins de conseil et accompagnement lors de questions relatives aux directives anticipées	
Apprentissage/encouragement de l'autogestion (p. ex. lors de traitement oral des tumeurs ou lors d'effets secondaires et symptômes)	



Conseil et accompagnement lors de questions relatives aux directives anticipées

Projet-pilote «Itinéraire clinique des patients atteints du cancer colorectal»

Tableau des interventions clés «Traitement & soins de situation potentiellement incurable»

Potentiellement incurable
(espérance de vie de quelques mois à quelques années)

Traitement
(y c. prise en charge continue, monitoring, réévaluation des premières informations, éventuellement réadaptation)

Intervention clé	Justification/évidence	Si nécessaire
<p>Traitement conforme aux guides de pratique en fonction de l'état clinique et prise en compte des résultats cliniques pathologiques détaillés (bio-marqueur incl.):</p> <ul style="list-style-type: none"> • NCCN Guideline Colon Cancer • NCCN Guideline Rectal Cancer • Guideline de la Société suisse de pathologie² <p>¹ Pour la partie opératoire de la chirurgie viscérale, les guidelines de l'ESMO ont la priorité. ² A utiliser pour le domaine de la pathologie.</p>	<p>NCCN Guideline Colon Cancer (Lien) NCCN Guideline Rectal Cancer (Lien) Guideline de la Société suisse de pathologie (Lien)²</p> <p>¹ Pour la partie opératoire de la chirurgie viscérale, les guidelines de l'ESMO ont la priorité. ² A utiliser pour le domaine de la pathologie.</p>	

Tableau des interventions clés «Traitement & soins de situation potentiellement incurable»

Réévaluation régulière des investigations de base		
<p>Monitoring régulier des symptômes suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> • douleurs • nausées/vomissements • fatigue • détresse respiratoire 	<p>Douleurs: NCCN Guideline Adult Cancer Pain (Lien)</p> <p>Nausées/vomissements: NCCN Guideline Antiemesis (Lien)</p> <p>Fatigue: NCCN Guideline Cancer-Related Fatigue (Lien)</p> <p>Détresse respiratoire: NCCN Guideline Palliative Care (Lien)</p>	<p>Traitement des symptômes selon les guides de pratique NCCN</p>
Information du patient spécifique au traitement	Aucun guide de pratique dédié au conseil, mais les guides NCCN offrent une source d'information (Palliative Care , Colon Cancer , Rectal Cancer)	
Garantie de la coordination multiprofessionnelle (si nécessaire, aussi entretiens multiprofessionnels, éventuellement en présence du patient et/ou des proches)		
Clarification du besoin de préparation/conseil et accompagnement sur les questions de fin de vie (directives anticipées, préparation concrète à la fin de vie, double effet)		<p>Entamer un conseil et accompagnement sur les questions de fin de vie</p>
Apprentissage/encouragement de l'autogestion (p. ex. lors de traitement oral des tumeurs ou lors d'effets secondaires et symptômes)		

Tableau des interventions clés «Traitement & soins de situation potentiellement incurable»

<p>Garantie de la coordination interdisciplinaire (si nécessaire, aussi entretiens interdisciplinaires, éventuellement en présence du patient et/ou des proches)</p>		
<p>Utilisation des recommandations consensuelles pour le suivi des cancers colorectaux après opération curative de la Société suisse de gastroentérologie, pour les patients ayant subi une opération curative avec une espérance de vie limitée (liée p. ex. aux comorbidités), en fonction de leur état clinique</p>	<p>Guide de pratique de la Société suisse de gastroentérologie (Lien)</p>	

Projet-pilote «Itinéraire clinique des patients atteints du cancer colorectal»

Tableau des interventions clés «Traitement & soins en fin de vie»

Fin de vie
(espérance de vie de quelques jours)

Traitement
(y c. prise en charge continue, monitoring)

Intervention clé	Justification/évidence
Traitement conforme aux guides de pratique Palliative Care	NCCN Guideline Palliative Care (Lien) Guidelines palliative.ch (Lien)
Clarifier un éventuel besoin d'aide ou d'appareil	
Information du patient et de ses proches spécifique au traitement	Aucun guide de pratique dédié au conseil, mais les guides NCCN offrent une source d'information (Palliative Care , Colon Cancer , Rectal Cancer)
Conseil et accompagnement sur les questions de fin de vie (directives anticipées, préparation concrète à la fin de vie, double effet)	NCCN-Guideline Palliative Care (Lien)



Si nécessaire
Lancer les mesures adéquates / mettre à disposition l'aide/appareil requis

Tableau des interventions clés «Traitement & soins en fin de vie»

Apprentissage/encouragement de l'autogestion et si nécessaire instructions aux proches (p. ex. lors de traitement médicamenteux des symptômes)	
Clarifier la nécessité d'une instruction / soutien en lien avec la stomie et/ou l'incontinence anale (év. avec les proches)	
Garantie de la coordination multiprofessionnelle (si nécessaire, aussi entretiens multiprofessionnels, éventuellement en présence du patient et/ou des proches)	
Accompagnement dans le deuil des proches	NCCN Guidelines Palliative Care (Lien)



Organiser un conseil en matière de stomie



Projet-pilote «Itinéraire clinique des patients atteints du cancer colorectal»

Tableau des interventions clés «Suivi / survie»

Suivi / survie
(planification et réalisation)

Intervention clé	Justification/évidence
Tumorboard pour discussion interdisciplinaire/coordination et planification du suivi Documents de base: <ul style="list-style-type: none"> • Recommandations consensuelles pour le suivi des cancers colorectaux après opération curative de la Société suisse de gastroentérologie (Lien) • NCCN Guideline Survivorship (Lien) 	
Contrôles de suivi conformément aux recommandations consensuelles pour le suivi des cancers colorectaux après opération curative de la Société suisse de gastroentérologie (en se basant sur le tumorboard pour discussion interdisciplinaire/coordination et planification du suivi)	Guide de pratique de la Société suisse de gastroentérologie (Lien)

Si nécessaire

Tableau des interventions clés «Suivi / survie»

<p>Evaluation de la survie selon NCCN (en se basant sur le tumorboard pour discussion interdisciplinaire/coordination et planification du suivi) => doit être helvétisé.</p>	<p>NCCN Guideline Survivorship (Lien)</p>	<p>➔</p>	<p>Si besoin de soutien, mettre en place des mesures supplémentaires</p>
<p>Analyser le besoin de réadaptation (aussi la question des appareils nécessaires)</p>		<p>➔</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre à disposition les appareils appropriés • Transfert à la clinique de réadaptation • Commencer les mesures de réadaptation ambulatoire <p>⇒ Important: toujours une coordination ciblée des prestations (standards de SwissReha: Critères généraux et Critères de réadaptation interniste-oncologique (en allemand))</p>
<p>Clarifier la nécessité d'un soutien supplémentaire en lien avec la stomie et/ou l'incontinence anale (év. avec les proches)</p>		<p>➔</p>	<p>Mettre sur pied une consultation de stomatologie</p>
<p>Identifier le besoin d'informations et la compréhension de la maladie</p>		<p>➔</p>	<p>Garantir/mettre à disposition des informations approfondies, complémentaires et explicatives concernant la manière de procéder, par ex. examens, résultats, etc.</p>
<p>Analyse du risque d'une éventuelle malnutrition (application du Nutritional Risk Screening NRS)</p>	<p>Breitenstein, 2012: Immunonutrition périopératoire en chirurgie abdominale (Lien vers la publication (en allemand))</p> <p>Stanga et al., 2009: Malnutrition: quel outil de dépistage est approprié? (Lien vers la publication (en allemand))</p>	<p>➔</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir un conseil en cas de risque de malnutrition ou de malnutrition avérée • Recommandations pour que le patient autogère sa capacité d'évaluer une situation à risque concernant la nutrition (p. ex. perte d'appétit, diarrhée, perte de poids, etc.)