La RCP cancer et thrombose « Qui trop embrasse mal étreint »

Cancer and thrombosis multidisciplinary meeting "He who grasps at too much loses everything"

F. Cajfinger

Service d'oncologie médicale, hôpital de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, F-75013 Paris, France

Il est incontestable que le développement récent de réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) spécialement dédiées à la problématique cancer et thrombose a apporté un plus dans la prise en charge des malades. L'intérêt scientifique apparaît évident à première vue : on sait que la qualité des pratiques est corrélée avec le pronostic de la maladie comme par exemple dans les RCP sarcomes et gynécologique où l'harmonisation des pratiques entraîne une amélioration de la survie. De plus, ces RCP sont en accord complet avec les Plans cancer 1 et 2.

Cependant, dans le cas des RCP cancer et thrombose, il n'y a pas de bénéfice démontré et il n'y a pas de recul suffisant. En outre, les cas discutés s'intéressent à une maladie thromboembolique veineuse (MTEV) avérée, facteur de mauvais pronostic connu ; ces malades ont une survie diminuée, et il n'a pas été démontré que le traitement de la MTEV dans ce cas particulier améliore la survie. En tout cas, le bénéfice possible réside dans la prévention de la MTEV, comme l'ont montré plusieurs études (CONKO, FRAGEM, PROTECT, ENOXACAN, SAVE ONCO), mais pas sur la survie globale.

Se pose également le problème du choix des malades à présenter en RCP :

- dans les cas compliqués, trop peu ont un SMR élevé ;
- dans les cas « tout-venant », trop de cas ont un SMR faible.

L'idéal serait que les recommandations soient connues de tous et que l'expertise « locale » soit consacrée aux cas difficiles.

Comment envisager la mise en pratique ?

Rappelons que le Plan cancer 1 avait souligné la nécessité de la généralisation des RCP pour la prise en charge des cancers, tandis que le Plan cancer 2 avait souligné la nécessité des soins de support, mais il n'y avait pas de recommandations spécifiques pour la prise en charge de la MTEV ni d'ailleurs vis-à-vis des maladies osseuses, infectieuses, cardiaques, etc.

Une bonne RCP est une RCP labellisée, comprenant au moins trois spécialistes, avec les problèmes de disponibilité (voire de rémunération pour le secteur libéral) que cela pose, une fréquence régulière préétablie (ce qui pose un problème de temps pour la MTEV qui est considérée comme une urgence), avec une traçabilité des dossiers et la communication des conclusions aux correspondants (d'où la nécessité de disposer d'un secrétariat suffisant et donc un problème de coût).

Et qui va présenter les dossiers ? Le cancérologue, l'angiologue, l'hématologue, le chirurgien, le spécialiste d'organes ? Et cette liste n'est pas vraiment exhaustive...

Il faut donc trouver un référent compétent dans le domaine, aussi bien en établissement de santé

public ou privé, capable d'assurer une fréquence régulière (hebdomadaire, bimensuelle, mensuelle) avec des locaux et des praticiens disponibles. Le « hic » est qu'il existe de multiples RCP déjà mises en place en France (urologie, gynécologie, sénologie, digestif, recherche clinique, pneumologie, sarcomes, thyroïde, cerveau, etc.). Ainsi, à titre d'exemple, il en existe au moins 17 dans le groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière en 2012. Un cancérologue peut donc avoir par semaine, en dehors de son activité clinique habituelle, jusqu'à quatre RCP de plusieurs heures chacune, mais les journées n'ont que 24 heures...

Quelles sont les solutions ?

- Ne rien faire : c'est souvent le cas ;
- intégration dans la RCP soins de support : c'est par exemple le cas à l'HEGP à Paris ;
- intégration dans La RCP thrombose, comme c'est le cas à Lyon ;
- une RCP spécifique thrombose et cancer, comme par exemple à l'hôpital Saint-Louis et à l'hôpital de la Salpêtrière à Paris.

En tout cas, c'est une des grandes tâches du Groupe francophone thrombose et cancer (GFTC - www.thrombose-cancer.com) et de l'Association francophone des soins oncologiques de support (AFSOS) de promouvoir la mise en place de ces structures qui sont nécessaires à la prise en charge de la deuxième cause de décès chez le malade cancéreux.