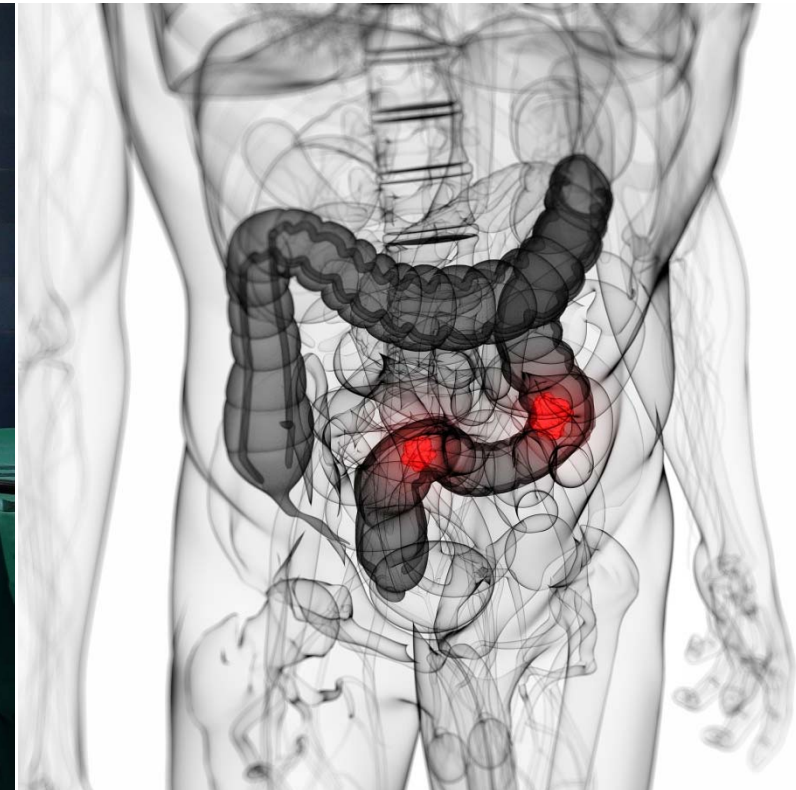


RÉSUMÉ

CANCER DU COLON : DIAGNOSTIC, TRAITEMENT ET SUIVI





Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé est un parastatal, créé par la loi-programme (1) du 24 décembre 2002 (articles 259 à 281), sous tutelle du Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales. Il est chargé de réaliser des études éclairant la décision politique dans le domaine des soins de santé et de l'assurance maladie.

Conseil d'Administration

	Membres effectifs	Membres suppléants
Président	Pierre Gillet	
Fonctionnaire dirigeant de l'INAMI (vice président)	Jo De Cock	Benoît Collin
Président du SPF Santé publique (vice président)	Dirk Cuypers	Christiaan Decoster
Président du SPF Sécurité sociale (vice président)	Frank Van Massenhove	Jan Bertels
Administrateur général de l'AFMPS	Xavier De Cuyper	Greet Musch
Représentants du ministre de la Santé publique	Bernard Lange	Brieuc Van Damme
	Bernard Vercruysse	Annick Poncé
Représentants du ministre des Affaires sociales	Lambert Stamatakis	Vinciane Quidbach
	Ri De Ridder	Koen Vandewoude
Représentants du Conseil des ministres	Jean-Noël Godin	Philippe Henry de Generet
	Daniël Devos	Wilfried Den Tandt
Agence intermutualiste	Michiel Callens	Frank De Smet
	Patrick Verertbruggen	Yolande Husden
	Xavier Brenez	Geert Messiaen
Organisations professionnelles représentatives des médecins	Marc Moens	Roland Lemye
	Jean-Pierre Baeyens	Rita Cuypers
Organisations professionnelles représentatives des infirmiers	Michel Foulon	Ludo Meyers
	Myriam Hubinon	Olivier Thonon
Fédérations hospitalières	Johan Pauwels	Katrien Kesteloot
	Jean-Claude Praet	Pierre Smiets
Partenaires sociaux	Rita Thys	Leo Neels
	Paul Palsterman	Celien Van Moerkerke
Chambre des Représentants	Lieve Wierinck	



Contrôle

Commissaire du Gouvernement

Yves Roger

Direction

Directeur Général

Raf Mertens

Directeur Général Adjoint

Christian Léonard

Directeur du programme d'études

Kristel De Gauquier

Contact

Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE)

Doorbuilding (10^e étage)

Boulevard du Jardin Botanique, 55

B-1000 Bruxelles

Belgique

T +32 [0]2 287 33 88

F +32 [0]2 287 33 85

info@kce.fgov.be

<http://www.kce.fgov.be>

RÉSUMÉ

CANCER DU COLON : DIAGNOSTIC, TRAITEMENT ET SUIVI

MARC PEETERS, ROOS LEROY, JO ROBAYS, GIGI VEEREMAN, DIDIER BIELEN, WIM CEELLEN, ETIENNE DANSE, MARC DE MAN, PIETER DEMETTER, PATRICK FLAMEN, ALAIN HENDLISZ, ISABELLE SINAPI, DIRK VANBECKEVOORT, ERIC VAN CUTSEM, DIRK YSEBAERT, PAUL VAN GILS, LAETITIA VEERBEEK, YOLBA SMIT, LEEN VERLEYE



COLOPHON

Titre :	Cancer du colon : diagnostic, traitement et suivi – Résumé
Auteurs :	Marc Peeters (UZA), Roos Leroy (KCE), Jo Robays (KCE), Gigi Veereman (KCE), Didier Bielen (UZ Leuven), Wim Ceelen (UZ Gent), Etienne Danse (UCL), Marc De Man (OLV Ziekenhuis Aalst), Pieter Demetter (ULB), Patrick Flamen (Jules Bordet Instituut), Alain Hendlisz (Institut Jules Bordet), Isabelle Sinapi (Grand Hôpital de Charleroi), Dirk Vanbeckevoort (UZ Leuven), Eric Van Cutsem (UZ Leuven), Dirk Ysebaert (Universiteit Antwerpen), Paul van Gils (IKNL), Laetitia Veerbeek (IKNL), Yolba Smit (IKNL), Leen Verleye (KCE)
Coordinateur de projet et superviseur senior :	Sabine Stordeur (KCE)
Relecture :	Marijke Eyssen, Raf Mertens, Sabine Stordeur
Stakeholders :	Donald Claeys (Belgian Section of Colorectal Surgery), André D'Hoore (Royal Belgian Radiological Society), Constant Jehaes (Belgian Section of Colorectal Surgery), Alex Kartheuser (Belgian Section of Colorectal Surgery), Daniel Léonard (Belgian Section of Colorectal Surgery), Ivo Nagels (Stichting Tegen Kanker), Bart Op De Beeck (Royal Belgian Radiological Society), Piet Pattyn (Belgian Section of Colorectal Surgery), Ward Rommel (Vlaamse Liga Tegen Kanker), Sabine Tejpar (Belgian Group of Digestive Oncology), Nancy Van Damme (Kankerregister), Vincent Vandecaveye (Royal Belgian Radiological Society), Didier Vander Steichel (Fondation Contre le Cancer)
Validateurs externes :	Bert Aertgeerts (CEBAM, KU Leuven), Daniel Van Daele (CHU de Liège), Cornelis Van de Velde (Leids Universitair Medisch Centrum)
Autres intérêts déclarés :	Honoraires ou autres compensations pour la rédaction d'une publication ou la collaboration à un tel travail : Patrick Flamen Bourse, honoraire ou fonds en tant que membre d'un staff ou autre forme de compensation pour la conduite d'une recherche : Patrick Flamen (Sirtex, Bayer, Roche), Marc Peeters (Amgen, Roche), Dirk Ysebaert Consultance ou emploi dans une société, association ou organisation à laquelle les résultats de ce rapport peuvent apporter des gains ou des pertes : Patrick Flamen, Marc Peeters (Amgen, Merck Serono, Roche, Sanofi) Rémunération pour une communication, subside de formation, prise en charge de frais de voyage ou paiement pour participation à un symposium : Marc De Man (support participation in conferences (Merck Serono, Pfizer, Roche), Advisory Board (Merck Senoro)), Patrick Flamen, Marc Peeters (Amgen, Merck Serono, Roche, Sanofi) Présidence ou fonction de responsable au sein d'une institution, d'une association, d'un département ou d'une autre entité pour lequel les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Donald Claeys (Chairman Collegium Chirurgicum), Constant Jehaes (Member of the board of the section of colorectal surgery of the



Belgian Royal Society of Surgery), Didier Vander Steichel (Medical and Scientific Director Foundation against Cancer), Dirk Ysebaert (project Translational Research National Cancer Plan)

Participation à une étude scientifique ou expérimentale en qualité d'initiateur, de chercheur principal ('principal investigator') ou de chercheur : Patrick Flamen, Alain Hendlisz (Principal Investigator PePiTA trial), Marc Peeters (Amgen, Merck Serono), Cornelis Van de Velde (différent essais colorectaux)

En outre, il convient de noter que tous les experts et les stakeholders, ainsi que les validateurs consultés dans ce rapport ont été choisis en raison de leur expertise dans le domaine de cancer du colon. Par conséquent, ils peuvent avoir des intérêts potentiels de différentes natures liés au sujet principal du rapport.

Layout :

Ine Verhulst

Disclaimer :

- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**
- **Finalement, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration.**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Date de publication :

17 janvier 2014

Domaine :

Good Clinical Practice (GCP)

MeSH :

Colonic Neoplasms; Practice guidelines

Classification NLM :

WI 529

Langue :

Français

Format :

Adobe® PDF™ (A4)

Dépôt légal :

D/2014/10.273/13

Copyright :

Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-rapports-kce>.



Comment citer ce rapport ?

Peeters M, Leroy R, Robays J, Veereman G, Bielen D, Ceelen W, Danse E, De Man M, Demetter P, Flamen P,



Hendlisz A, Sinapi I, Vanbeckevoort D, Van Cutsem E, Ysebaert D, van Gils P, Veerbeek L, Smit Y, Verleye L. Cancer du colon : diagnostic, traitement et suivi – Résumé. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2014. KCE Reports 218Bs. D/2014/10.273/13.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.



■ PRÉFACE

Dans le top trois des cancers les plus fréquents, le cancer du côlon occupe la troisième place chez les hommes et la deuxième chez les femmes. Bien que le taux de survie à cinq ans atteigne maintenant 60 à 70%, il reste l'une des principales causes de décès par cancer. Compte tenu de son impact, le cancer du côlon a également été l'un des premiers types de cancer pour lesquels le KCE, conjointement avec le Collège d'Oncologie, a élaboré un guide de pratique clinique (rapport KCE 26, 2006).

Depuis lors, beaucoup de choses ont évolué - non seulement dans la prise en charge optimale des patients, incluant le diagnostic et le traitement - mais aussi dans notre propre approche de l'élaboration des recommandations de pratique clinique. Le moment était venu de produire une nouvelle version de ces recommandations. D'autant plus que le paysage des soins est en pleine mutation. D'une part, le vieillissement croissant de la population va particulièrement influencer l'incidence d'une pathologie qui affecte prioritairement les personnes plus âgées. Et par ailleurs, un programme de dépistage systématique de la population se déploie progressivement dans les différentes parties du pays.

Comme d'habitude, ces recommandations sont colligées dans un document très technique, destiné à un public de prestataires de soins très spécialisé. Cette fois-ci, pas de recommandation pour centraliser la prise en charge. Le cancer du côlon est un cancer fréquent, qui devrait pouvoir être pris en charge de manière appropriée dans tout hôpital qui dispose d'un programme de soins en oncologie. Un petit bémol toutefois. Comme pour de nombreux autres types de tumeurs, des traitements «personnalisés» ont été récemment mis au point pour le cancer du côlon, en particulier pour les patients dont la tumeur porte des récepteurs spécifiques. L'évaluation appropriée de ces marqueurs nécessite une expertise particulière, et qui n'est actuellement pas nécessairement à la portée de chaque laboratoire. Mutatis mutandis, le même constat peut être posé pour des techniques thérapeutiques innovantes, telle que la radiothérapie stéréotaxique, qui est indiquée dans des situations bien spécifiques.

En bref, des soins de haute qualité en oncologie, version 2014, nécessitent plus que jamais un travail d'équipe multidisciplinaire. Les hôpitaux ne peuvent y répondre de manière adéquate qu'en s'engageant dans une logique de complémentarité, en réseau. Des recommandations cliniques de qualité, version 2014, nécessitent tout aussi bien un travail en équipe multidisciplinaire, et ne peuvent pas être élaborées sans l'expertise des spécialistes cliniques et l'implication des représentants des patients. Pour preuve, la longue liste des intervenants, reprise dans le colophon. Nous remercions chacun et chacune d'entre eux très sincèrement pour leur contribution essentielle.

Christian LÉONARD
Directeur Général Adjoint

Raf MERTENS
Directeur Général



■ RÉSUMÉ

TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE	1
■	RÉSUMÉ	2
	TABLE DES MATIÈRES.....	2
	LISTE DES ABRÉVIATIONS	4
	GLOSSAIRE.....	5
1.	INTRODUCTION.....	6
2.	COLLABORATION INTERNATIONALE.....	6
3.	OBJECTIFS ET PORTEE DES RECOMMANDATIONS	7
4.	MÉTHODES	8
4.1.	RECHERCHE DE RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE CLINIQUE	8
4.2.	MISE À JOUR.....	9
4.3.	ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS.....	9
5.	RECOMMANDATIONS CLINIQUES.....	12
5.1.	DIAGNOSTIC	12
5.2.	STADIFICATION DU CANCER DU CÔLON INVASIF	12
5.3.	CONCERTATION ONCOLOGIQUE MULTIDISCIPLINAIRE	12
5.4.	PATHOLOGIE	13
5.5.	TRAITEMENT CHIRURGICAL DES STADES 0-III	13
5.6.	TRAITEMENT DES OBSTRUCTIONS AIGUËS.....	14
5.7.	CHIMIOTHÉRAPIE ADJUVANTE POUR LE CANCER DU CÔLON DE STADE II-III	14
5.8.	TRAITEMENT CHIRURGICAL DES METASTASES HEPATIQUES	15
5.9.	MODALITÉS DE TRAITEMENT LOCAL DES MÉTASTASES HÉPATIQUES NON RÉSÉCABLES .	15
5.10.	TRAITEMENT LOCAL DES MÉTASTASES PULMONAIRES	16
5.11.	TRAITEMENT DES MÉTASTASES PÉRITONÉALES : CHIRURGIE CYTORÉDUCTIVE ET CHIMIOTHÉRAPIE HYPERTHERMIQUE INTRAPÉRITONÉALE (HIPEC).....	16
5.12.	TRAITEMENT DU CANCER DU CÔLON MÉTASTATIQUE : CHIMIOTHÉRAPIE DE PREMIÈRE LIGNE ET THÉRAPIE CIBLÉE	16
5.13.	CHIMIOTHÉRAPIE DE DEUXIÈME LIGNE DANS LE TRAITEMENT DU CANCER DU CÔLON	



	MÉTASTATIQUE.....	17
5.14.	SUIVI APRÈS TRAITEMENT À VISÉE CURATIVE	17
6.	MISE EN ŒUVRE ET MISE A JOUR DES RECOMMANDATIONS	18
6.1.	MISE EN ŒUVRE	18
	6.1.1. Approche multidisciplinaire	18
	6.1.2. Soins centrés sur le patient.....	18
	6.1.3. Dissémination et mise en œuvre de ces recommandations	18
6.2.	SURVEILLANCE DE LA QUALITÉ DES SOINS	19
6.3.	MISE À JOUR DES RECOMMANDATIONS	19
■	RECOMMANDATIONS POLITIQUES.....	20
■	RÉFÉRENCES	21



LISTE DES ABRÉVIATIONS

ABREVIATION	DEFINITION
5FU	5-fluorouracil
CEA	Carcinoembryonic antigen (antigène carcino-embryonnaire)
CT	Computed tomography (tomographie assistée par ordinateur)
EGFR	Epidermal growth factor receptor (récepteur du facteur de croissance épidermique)
ERAS	Enhanced recovery after surgery (réhabilitation rapide après chirurgie)
GDG	Groupe de Développement des Guidelines
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
HIPEC	Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy (chimiothérapie hyperthermique intrapéritonéale)
IKNL	Integraal Kankercentrum Nederland
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
KCE	Centre Fédéral d'Expertise des Soins de santé
COM	Consultation oncologique multidisciplinaire
MSI	Microsatellite instability (instabilité des microsatellites)
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
PET-CT	Tomographie par émission de positrons couplée à une tomographie assistée par ordinateur
RAS	Rat sarcoma viral oncogene homolog
RCT	Randomised controlled trial (essai clinique contrôlé randomisé)
TNM	Tumour, Node, Metastasis (Tumeur, ganglion, métastase)



GLOSSAIRE

Programme de récupération rapide après chirurgie

La récupération rapide des patients après chirurgie (RRAC), également appelée réhabilitation précoce (*Fast-Track-Chirurgie* ou *enhanced recovery after surgery - ERAS*), vise la reprise d'une autonomie active et complète du patient, le plus rapidement possible après sa chirurgie. Ces programmes se composent d'un certain nombre de mesures péri-opératoires qui visent à maintenir la fonction physiologique et facilitent la récupération post-opératoire, telles qu'éviter l'utilisation systématique d'une sonde naso-gastrique, le maintien de la normothermie au cours de l'intervention chirurgicale et le début d'une alimentation orale à la demande après la chirurgie.

Le récepteur du facteur de croissance épidermique (EGFR)

La protéine présente à la surface de certaines cellules, et à laquelle le facteur de croissance épidermique se lie, ce qui provoque la division cellulaire. On la trouve à des niveaux anormalement élevés à la surface de nombreux types de cellules cancéreuses, de sorte que ces cellules peuvent se diviser excessivement en présence de facteur de croissance épidermique. Aussi appelé ErbB1 et HER1.

Lynch syndrome

Une maladie héréditaire qui, pour les individus qui en sont affectés, accroît de façon élevée le risque de développer un cancer colorectal et d'autres types de cancer, souvent avant l'âge de 50 ans. Également appelé cancer du côlon héréditaire sans polyposé (HNPCC).

Métastases hépatiques métachrones

Des métastases du foie qui ne sont pas diagnostiquées en même temps que la tumeur primaire, mais à un moment distinct.

L'instabilité des microsatellites (MSI)

Un changement qui se produit dans l'ADN de certaines cellules (telles que les cellules tumorales) dans lequel le nombre de répétitions de microsatellites (courtes séquences répétées d'ADN) est différent du nombre de répétitions qui se trouvait dans l'ADN lorsqu'il a été hérité. La cause de l'instabilité microsatellite peut être un défaut dans la capacité de réparer les erreurs commises lorsque l'ADN est copié dans la cellule.

Métastases hépatiques synchrones

Des métastases du foie qui sont diagnostiquées en même temps que la tumeur primaire.

Stent comme un pont à la chirurgie

Un stent est un dispositif placé dans une structure de corps (par exemple un vaisseau sanguin ou le tractus gastro-intestinal) afin de maintenir la structure ouverte. Pour les patients avec un cancer colorectal localisé du côté gauche et résécable, qui présentent des signes d'obstruction aiguë, un stent qui soulage l'obstruction en l'attente d'une chirurgie planifiée est appelé un «stent comme un pont vers la chirurgie».



1. INTRODUCTION

Le cancer colorectal est le troisième cancer le plus fréquent chez l'homme et le deuxième chez la femme. Il représente aussi la deuxième cause de décès par cancer chez l'homme et la troisième chez la femme (Belgique, 2008). Le cancer colorectal touche plus d'hommes que de femmes (rapport hommes/femmes : 1,56 en 2008), et surtout des patients âgés de plus de 64 ans (69,5% d'hommes et 72,9% de femmes en 2008). En Flandre, l'incidence a augmenté au cours des dix dernières années. Avec le vieillissement de la population, le cancer colorectal représentera un problème sanitaire majeur pour notre société dans les prochaines décennies.¹

Les présentes recommandations mettent l'accent sur le cancer du côlon. Les cancers du côlon et de la jonction rectosigmoïdienne représentent 68,2% de l'ensemble des cancers colorectaux chez l'homme et 73,9% chez la femme. En ce qui concerne les cancers du côlon diagnostiqués en Belgique entre 2004 et 2008, les taux de survie relative à 5 ans étaient de 62,3% pour l'homme et de 64,6% pour la femme, avec des différences régionales mineures.¹

Dans le cancer du côlon, la stadification représente un facteur pronostique très important de la survie. Pour le stade pathologique, les estimations de la survie relative sont de 91,2% et 96,2% pour le stade I et de 19,1% et 19,8% pour le stade IV, chez les hommes et les femmes respectivement.¹

2. COLLABORATION INTERNATIONALE

Le centre néerlandais d'expertise et de qualité en oncologie 'Integraal Kankercentrum Nederland' (IKNL) a décidé de mettre à jour ses recommandations cliniques relatives au diagnostic et au traitement du cancer colorectal ainsi que ses directives relatives au traitement du cancer colorectal avec métastases hépatiques. Cette mise à jour a ciblé huit questions de recherche (voir plus loin), qui ont également suscité l'intérêt du KCE. Une collaboration internationale a été mise sur pied et les huit questions ont été divisées à parts égales entre les deux organisations, IKNL et KCE.

La collaboration a porté sur la recherche de données probantes (stratégie de recherche et sélection de la littérature), l'évaluation de la qualité des publications, l'élaboration de tableaux de synthèse des données, l'évaluation du niveau de la qualité des preuves sur la base du système GRADE et la rédaction du rapport scientifique. Les recommandations ont été formulées séparément par chaque organisation.



3. OBJECTIFS ET PORTEE DES RECOMMANDATIONS

L'objectif de ces recommandations est de synthétiser les données scientifiques actuelles en matière de diagnostic, de traitement et de suivi du cancer du côlon et de formuler des recommandations pour les prestataires de soins qui prennent en charge des patients souffrant d'un cancer du côlon.

Ces recommandations mettent principalement l'accent sur l'adénocarcinome primitif du côlon. Les présentes recommandations ne concernent pas les autres types histologiques rares du cancer du côlon et du rectum. Le dépistage de la population ou la surveillance des groupes à risque élevé (p. ex. les patients ayant des antécédents familiaux ou une maladie intestinale inflammatoire) ne sont pas couverts par ces recommandations.

La décision a été prise de baser ces recommandations sur les recommandations internationales récentes et de bonne qualité. Pour certaines questions de recherche prioritaires, une mise à jour complémentaire de la littérature a été nécessaire (voir chapitre suivant).

Au total, quatorze questions de recherche prioritaires ont été identifiées ; huit ont été sélectionnées par les stakeholders néerlandais et six autres par les stakeholders belges.

Les huit questions suivantes ont été choisies par les experts néerlandais :

- Le PET-CT est-il plus sensible et/ou spécifique que le CT pour détecter les métastases chez les patients atteints de métastases hépatiques (ou pulmonaires), potentiellement résécables et susceptibles d'entraîner un changement du plan de traitement ?
- Quelle est la valeur des programmes de réhabilitation rapide après colectomie laparoscopique ou ouverte liée à un cancer colorectal ?
- Un stent ou une colostomie présentent-ils un bénéfice supérieur à une résection, avec ou sans anastomose primaire, en cas d'obstruction aiguë due à un carcinome du côlon gauche ?
- La résection additionnelle (segmentaire) du côlon donne-t-elle de meilleurs résultats (survie sans progression et survie globale, qualité de vie) qu'une attente vigilante chez les patients avec un carcinome du côlon Tis/T1 qui ont subi une polypectomie endoscopique ?
- Quel groupe de patients âgés, atteints d'un carcinome colorectal primitif non métastatique, ne tirera pas avantage d'une chirurgie avec ou sans radiothérapie préopératoire ou chimiothérapie adjuvante ?
- Quelle est la meilleure séquence thérapeutique pour les patients atteints de
 - a. métastases hépatiques métachrones résécables ?
 - b. métastases hépatiques synchrones résécables ?
- Quand utiliser un traitement local pour des métastases pulmonaires ou hépatiques non résécables d'un cancer colorectal ?
- A l'heure actuelle, quel est le traitement standard de première intention pour le cancer colorectal métastatique inopérable ?

La sélection des questions de recherche par les collaborateurs belges a été effectuée lors d'une réunion initiale des experts au KCE, le 3 mai 2012, sur la base d'une liste de recommandations internationales :

- Faut-il effectuer une IRM du foie chez les patients atteints de métastases hépatiques potentiellement résécables, en plus du CT et du PET-CT, pour détecter des métastases hépatiques additionnelles et/ou déterminer leur résécabilité ?
- Quelles sont les indications cliniques (autres que l'identification du syndrome de Lynch) des tests initiaux de l'instabilité des microsatellites (MSI) ?
- Quels sont les facteurs à déterminer pour identifier les patients atteints d'un cancer du côlon de stade II à risque élevé, éligibles pour une chimiothérapie adjuvante ?



- La colectomie laparoscopique est-elle supérieure à la chirurgie ouverte en termes de morbidité, de convalescence et de résultats oncologiques avec une attention plus particulière pour les tumeurs T4 et les tumeurs du côlon transverse ? Quelle est l'efficacité clinique des 'techniques à incision unique' et de la résection mésocolique totale chez les patients atteints d'un cancer du côlon ?
- La chirurgie de réduction suivie d'une chimiothérapie intrapéritonéale hyperthermique (HIPEC) est-elle recommandée chez les patients atteints d'un cancer du côlon résécable avec métastases péritonéales ?
- Faut-il effectuer un CT de l'abdomen en routine à intervalles réguliers lors du suivi ?

4. MÉTHODES

Pour la préparation de ces recommandations, nous avons utilisé la méthode ADAPTE (<http://www.g-i-n.net/activites/adaptation/introduction-g-i-n-adaptation-wg>). Cette méthode se base sur des recommandations factuelles et récentes de haute qualité et les adapte en fonction de l'avis des experts et intervenants nationaux représentant les disciplines concernées.

En ce qui concerne les questions de recherche prioritaires, les recommandations internationales ont été mises à jour sur la base des données probantes publiées récemment. Pour d'autres thèmes de recherche, les recommandations formulées dans les guides de pratique clinique internationaux et les preuves sous-jacentes ont été examinées par le Groupe de Développement des Guidelines (GDG) et adaptées au contexte belge.

4.1. Recherche de recommandations de bonne pratique clinique

Les recommandations de bonne pratique clinique sur le cancer du côlon publiées depuis 2009 ont été identifiées en utilisant OVID Medline, the National Guideline Clearinghouse (guideline.gov) et le réseau international des recommandations (GIN; www.g-i-n.net). Les sites web d'autres agences internationales qui publient des recommandations ont également fait l'objet de recherches. Toutes les recherches ont été conduites en juillet 2012.

Sur les 32 recommandations identifiées, 21 recommandations ont été exclues pour les raisons suivantes :

- 15 recommandations ont été exclues pour absence de revue systématique des données probantes ;
- 4 recommandations ont été exclues en raison d'une méthodologie insatisfaisante ou peu claire ;
- 1 recommandation était une synthèse d'autres recommandations ;
- 1 recommandation était le rapport d'une mise à jour.

Onze recommandations factuelles ont été retenues et ont servi de point de départ à l'élaboration des présentes recommandations.



4.2. Mise à jour

Pour les questions prioritaires, la recherche de revues systématiques, revues par des pairs, plus récentes, et la recherche d'études primaires ont été menées dans OVID Medline, EMBASE, CENTRAL et la Cochrane Database of Systematic Reviews, entre le mois de novembre 2012 et le mois de juillet 2013.

Un chercheur a procédé à la sélection, à l'évaluation de la qualité des études et à l'extraction des données. Un deuxième chercheur a été consulté en cas d'incertitude.

L'analyse a suivi une approche hiérarchique en deux étapes :

1. Extraction des données des revues systématiques et méta-analyses ; en l'absence de revues systématiques de haute qualité et de méta-analyses, des recommandations cliniques de haute qualité ont servi de point de départ.
2. Recherche des études primaires les plus récentes pour compléter les données probantes apportées par l'étape précédente.

4.3. Élaboration des recommandations

Un niveau de preuve et de force de la recommandation a été attribué à chaque recommandation en utilisant le système GRADE (Tableau 1 et Tableau 2). La force des recommandations a été attribuée en tenant compte de l'équilibre entre les effets désirables et les effets indésirables, de la qualité des preuves, des valeurs et des préférences ainsi que des coûts (attribution des ressources) bien qu'aucune étude formelle du rapport coût/efficacité n'ait été réalisée dans le cadre de ce rapport.^{2,3}

En raison de limitations méthodologiques, GRADE n'a pas été appliqué aux recommandations relatives aux interventions diagnostiques. En ce qui concerne les questions de recherche non prioritaires, le niveau des preuves n'a pas été évalué. Pour ces recommandations, nous avons utilisé la méthodologie ADAPTE.⁴

Sur la base des données probantes extraites des publications sélectionnées, les experts du KCE ont rédigé un guide préliminaire de recommandations (LV, JR, GV & RL), envoyé pour révision au groupe de développement des recommandations (GDG). Les données probantes et les recommandations ont été discutées au cours de plusieurs réunions auxquelles ont participé des experts du KCE et des experts externes. Les déclarations d'intérêt des membres du GDG ont été officiellement enregistrées.

Les recommandations ont été soumises à un panel de stakeholders, regroupant des représentants d'organisations professionnelles et d'associations de patients (voir colophon), qui les ont évaluées en leur attribuant un score de 1 ('pas du tout d'accord') à 5 ('tout à fait d'accord') et en ont discuté lors d'une réunion face-à-face.

Enfin, trois validateurs externes ont évalué et validé ces recommandations en utilisant la liste de critères d'évaluation Agree II. Le processus de validation a été présidé par le CEBAM (Belgian Centre for Evidence-Based Medicine).

**Tableau 1 – Niveaux de preuve sur base du système GRADE**

Niveau de qualité	Définition	Qualité méthodologique des preuves à l'appui
Elevé	Nous sommes très confiants que l'effet réel est proche de l'estimation de l'effet.	RCTs sans limitations importantes ou preuves irréfutables provenant d'études observationnelles
Modéré	Nous sommes modérément confiants dans l'estimation de l'effet : l'effet réel est probablement proche de l'estimation, mais il y a une possibilité qu'il soit considérablement différent.	RCTs comportant des limitations importantes (résultats incohérents, faiblesses méthodologiques, méthodes indirectes ou imprécises) ou exceptionnellement des preuves solides émanant d'études observationnelles
Faible	Notre confiance en l'estimation est limitée : l'effet réel peut être considérablement différent de l'estimation.	RCTs comportant des limitations très importantes ou études observationnelles ou séries de cas
Très faible	Nous avons très peu confiance dans l'estimation de l'effet : l'effet réel est probablement considérablement différent de l'estimation.	

Source: Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol.* 2011;64(4):401-6



Tableau 2 – Interprétation des recommandations fortes et conditionnelles (faibles)*³

Implications	Recommandation forte	Recommandation faible
Pour les patients	<p>La majorité des individus dans cette situation opterait pour le plan d'action recommandé et seule, une petite minorité des patients ne le ferait pas.</p> <p>Des aides formelles à la décision ne sont probablement pas nécessaires pour aider les individus à prendre des décisions congruentes par rapport à leurs valeurs et leurs préférences.</p>	<p>Dans cette situation, la majorité des individus souhaiterait le plan d'action suggéré, mais de nombreuses personnes ne le souhaiteraient pas.</p>
Pour les cliniciens	<p>La majorité des individus devrait bénéficier de l'intervention. L'adhésion à cette recommandation conformément au guide de pratique clinique pourrait être utilisée comme critère de qualité ou indicateur de performance.</p>	<p>Il convient de reconnaître que des choix différents sont appropriés pour les patients et que vous devez aider chaque patient à prendre une décision de prise en charge congruente avec ses propres valeurs et ses préférences. Des aides à la décision peuvent s'avérer utiles pour aider les individus à prendre des décisions congruentes avec leurs valeurs et leurs préférences.</p>
Pour les décideurs	<p>La recommandation peut être adoptée comme politique dans la plupart des cas.</p>	<p>Les décisions politiques nécessitent un débat substantiel et la participation de différents intervenants.</p>

* les termes "conditionnel" et "faible » peuvent être utilisés comme synonymes

Source: Andrews JC, Schunemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JJ, Coello PA, et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation-determinants of a recommendation's direction and strength. *J Clin Epidemiol.* 2013;66(7):726-35.



5. RECOMMANDATIONS CLINIQUES

Les détails complets sur les données probantes à la base des recommandations ci-dessous sont disponibles dans le rapport scientifique et son supplément. Les recommandations suivent la séquence des chapitres du rapport scientifique.

5.1. Diagnostic

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Pour confirmer ou exclure le cancer du côlon, la coloscopie associée à une confirmation histologique est la technique de premier choix chez les patients jugés en bonne condition.	Forte	NA
Si on estime que la coloscopie n'est pas réalisable ou qu'elle est contre-indiquée, le coloscanner est préféré au lavement baryté.	Forte	NA

Note. NA = non applicable

5.2. Stadification du cancer du côlon invasif

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Un CT scan comprenant le thorax et l'abdomen est recommandé chez tous les patients ayant un diagnostic de cancer du côlon.	Forte	NA
Un PET-CT n'est pas recommandé dans le cadre de l'évaluation préopératoire de routine du cancer du côlon non métastatique.	Forte	NA
Un PET-CT est recommandé pour détecter des métastases additionnelles chez les patients atteints d'un cancer colorectal et des métastases potentiellement résécables.	Forte	NA
Une IRM du foie doit être envisagée chez les patients éligibles pour une résection des métastases hépatiques sur la base d'un CT et d'un PET-CT.	Forte	NA

Note. NA = non applicable

5.3. Concertation oncologique multidisciplinaire

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Les décisions de traitement doivent être discutées au sein d'une équipe multidisciplinaire (COM).	Forte	ADAPTE



5.4. Pathologie

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Les mutations du statut RAS devraient être évaluées chez tous les patients dès qu'un traitement anti-EGFR est envisagé.	Forte	NA
Les rapports de pathologie devraient contenir, au moins, l'ensemble minimal de données telles que définies par les organisations professionnelles (inter)nationales et, de manière systématique, la classification pathologique TNM.	Forte	ADAPTE
En ce qui concerne l'examen pathologique des échantillons de résection du cancer colorectal, il faut évaluer un nombre maximal de ganglions lymphatiques en vue d'y détecter l'éventuelle présence de cellules tumorales. Seuls des échantillons colorés à l'hématoxyline et à l'éosine doivent être utilisés.	Forte	ADAPTE

Note. NA = non applicable

5.5. Traitement chirurgical des stades 0-III

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Pour les patients chez qui on diagnostique un Tis après polypectomie, aucun traitement supplémentaire n'est indiqué à condition que les exigences suivantes soient rencontrées : (1) il y a une marge d'excision claire (1 à 2 mm), (2) la tumeur est bien ou moyennement différenciée, et (3) il n'y a pas d'envahissement lymphatique ou veineux.	Forte	Très faible
Pour les patients ayant cancer au stade T1 après polypectomie, il faut envisager une résection chirurgicale.	Forte	Très faible
En l'absence de contre-indications, la chirurgie par laparoscopie constitue une option chirurgicale valide pour les patients atteints d'un cancer du côlon de stade I-III résécable.	Faible	Faible
Une laparoscopie par incision unique peut être envisagée à la place d'une laparoscopie multi-incisions.	Faible	Très faible
Étant donné son coût élevé et l'absence de preuve relative à sa valeur ajoutée, la colectomie assistée par robot n'est pas recommandée chez les patients souffrant d'un cancer du côlon.	Forte	Très faible
On ne dispose pas de preuves suffisantes pour formuler une quelconque recommandation concernant le recours à l'excision mésocolique complète pour traiter le cancer du côlon.	NA	NA
Un programme de récupération rapide est recommandé suite au traitement chirurgical du cancer du côlon.	Forte	Très faible

Note. NA = non applicable



5.6. Traitement des obstructions aiguës

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
L'utilisation d'un stent intraluminal, comme stratégie "pont" adoptée en l'attente d'une chirurgie, chez les patients souffrant d'obstruction aiguë due à un cancer colorectal curable n'est pas recommandée.	Forte	Très faible
Pour le traitement des patients souffrant d'obstruction aiguë due à un cancer colorectal incurable, la pose d'un stent intraluminal peut être envisagée chez certains patients.	Faible	Très faible

5.7. Chimiothérapie adjuvante pour le cancer du côlon de stade II-III

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Une chimiothérapie adjuvante peut être envisagée pour le cancer du côlon de stade II en tenant compte de la présence de caractéristiques à haut risque au niveau de la tumeur, des comorbidités et des préférences des patients.	Faible	Faible
Une chimiothérapie adjuvante est recommandée pour le cancer du côlon de stade III. Chez les patients en bonne condition, la combinaison de premier choix est celle de la fluoropyrimidine et de l'oxaliplatine.	Forte	ADAPTE
Lorsqu'une monothérapie au 5FU est envisagée, un test MSI doit être réalisé. Si la tumeur présente un MSI élevé, le 5FU ne doit pas être administré en monothérapie.	Forte	NA
Une chimiothérapie adjuvante pour le cancer du côlon de stade II ou III ne doit pas être écartée chez les patients âgés uniquement en raison de leur âge.	Faible	Faible

Note. NA = non applicable



5.8. Traitement chirurgical des métastases hépatiques

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Les métastases hépatiques doivent être réséquées lorsque les techniques d'imagerie indiquent que la chirurgie constitue une option.	Forte	ADAPTE
L'ablation par radiofréquence (RFA) doit être envisagée en plus d'une chirurgie chez les patients présentant des métastases hépatiques afin d'obtenir une réponse complète et de conserver une fonction hépatique résiduelle suffisante.	Forte	ADAPTE
La résection simultanée d'une tumeur primitive du côlon et de métastases hépatiques peut être envisagée si le patient est jugé en bonne condition et qu'une opération simultanée est jugée techniquement faisable.	Faible	Moyen
Une chimiothérapie systémique périopératoire ou adjuvante peut être envisagée chez les patients qui ont des métastases hépatiques colorectales résécables.	Faible	Moyen
Une chimiothérapie (néo)adjuvante par perfusion dans l'artère hépatique n'est pas recommandée chez les patients présentant des métastases hépatiques colorectales résécables.	Forte	Très faible

5.9. Modalités de traitement local des métastases hépatiques non résécables

Lorsque les métastases hépatiques ne sont pas résécables, la thérapie systémique constitue le traitement de choix. Plusieurs modalités de traitement local ont été évaluées en addition à la thérapie systémique ou comme traitement de recours pour les cancers devenus réfractaires à la thérapie systémique.

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
L'ablation par radiofréquence (RFA) n'est pas recommandée chez les patients atteints de métastases hépatiques non résécables.	Forte	Faible
La chimiothérapie dans l'artère hépatique (HAI) n'est pas recommandée en traitement des métastases hépatiques liées à un cancer colorectal.	Forte	Très faible
La chimio-embolisation des métastases hépatiques liées à un cancer colorectal n'est pas recommandée en dehors du cadre de la recherche clinique.	Faible	Très faible
Ajouter une radio-embolisation à une chimiothérapie systémique chez des patients qui ont des métastases hépatiques non résécables n'est pas recommandé.	Faible	Très faible
La radio-embolisation peut être envisagée chez les patients qui ont des métastases hépatiques non résécables réfractaires à une chimiothérapie systémique.	Faible	Faible
Le recours à un traitement par radiothérapie stéréotaxique dans le cadre du traitement des métastases hépatiques liées à un cancer colorectal n'est pas recommandé en dehors du cadre de la recherche clinique.	Forte	Très faible



5.10. Traitement local des métastases pulmonaires

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
La résection des métastases pulmonaires doit être envisagée si une résection complète est réalisable.	Forte	Très faible
Le recours à la radiothérapie stéréotaxique peut être envisagé dans les cas de métastases pulmonaires limitées non résécables ou inopérables liées à un cancer colorectal	Faible	Très faible

5.11. Traitement des métastases péritonéales : chirurgie cytoréductive et chimiothérapie hyperthermique intrapéritonéale (HIPEC)

Recommandation	Force de la recommandation	Niveau de preuve
La chirurgie cytoréductive et l'HIPEC doivent être proposées à des patients strictement sélectionnés, en bonne condition, qui présentent des métastases limitées à la cavité abdominale, à condition que le nombre de sites métastatiques soit limité et que les métastases puissent être excisées de manière radicale par la chirurgie. L'HIPEC ne doit être utilisée que moyennant des arrangements spéciaux en matière de consentement et de gouvernance clinique, incluant un audit, ou devrait être pratiquée dans le cadre de la recherche clinique, étant donné le risque significatif de morbidité et de mortalité auquel est associé ce traitement, ce qui nécessite de bien évaluer le rapport risque/bénéfice (c.-à-d. l'amélioration de la survie du patient atteint d'un cancer colorectal).	Forte	Très faible

5.12. Traitement du cancer du côlon métastatique : chimiothérapie de première ligne et thérapie ciblée

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Une chimiothérapie combinée basée sur des fluoropyrimidines orales ou intraveineuses et de l'oxaliplatine ou de l'irinotécan est considérée comme la stratégie de premier choix pour le traitement de première ligne du cancer colorectal métastatique.	Forte	Très faible
En cas de chimiothérapie combinée à base de fluoropyrimidines et d'irinotécan, les fluoropyrimidines doivent être administrées par voie intraveineuse.	Faible	Très faible
La chimiothérapie séquentielle ou combinée de première ligne peut être envisagée chez les patients souffrant d'un cancer du côlon métastatique.	Faible	Élevé
Chez les patients ayant un RAS de type sauvage, l'ajout d'un traitement anti-EGFR (cetuximab ou panitumumab) ou de bevacizumab à la chimiothérapie de première ligne doit être envisagé.	Forte	Faible
Chez les patients présentant une mutation RAS, l'ajout de bevacizumab à la chimiothérapie de première ligne doit être envisagé.	Forte	Moyen



5.13. Chimiothérapie de deuxième ligne dans le traitement du cancer du côlon métastatique

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Une chimiothérapie de deuxième ligne doit être envisagée chez les patients atteints d'un cancer colorectal métastatique ayant un bon score de performance et des fonctions organiques adéquates.	Forte	ADAPTE
Chez les patients en bonne condition qui souffrent d'une maladie progressive après une chimiothérapie de première ligne avec de l'oxaliplatine ou de l'irinotécan, un changement de régime cytotoxique doit être envisagé, i.e. de l'oxaliplatine vers l'irinotécan ou de l'irinotécan vers l'oxaliplatine.	Forte	ADAPTE

5.14. Suivi après traitement à visée curative

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Il convient de désigner un coordinateur qui communique un plan de suivi au patient après une résection curative.	NA	NA
Lorsque la coloscopie totale a été impossible en phase préopératoire, une coloscopie complète doit être effectuée dès que possible et certainement pas au-delà de 6 mois après une chirurgie curative.	NA	NA
Une coloscopie de surveillance est recommandée un an et cinq ans après le traitement curatif.	NA	NA
Après un traitement curatif, il est recommandé de proposer :	NA	NA
<ul style="list-style-type: none"> • Une première visite clinique (y compris un CT de base et un prélèvement sanguin pour dosage CEA) 4-6 semaines après le traitement ; ces données serviront de base pour le reste du suivi • Pendant les 2 premières années, examens cliniques et dosage CEA tous les 3 mois et CT tous les 6 mois • De la 3^{ème} à la 5^{ème} année de suivi : examens cliniques et dosage CEA tous les 6 mois et CT annuel 		
L'analyse de dépistage de sang occulte n'a pas de place dans le suivi du cancer du côlon traité.	NA	NA

Note. NA = non applicable



6. MISE EN ŒUVRE ET MISE A JOUR DES RECOMMANDATIONS

6.1. Mise en œuvre

6.1.1. Approche multidisciplinaire

Dans ce rapport, nous avons mis l'accent sur l'efficacité de certaines interventions (médicales) spécifiques, sans tenir compte de l'organisation des services de santé. Dans la pratique clinique, une approche multidisciplinaire coordonnée par différents professionnels de la santé doit être encouragée. Cette approche doit couvrir non seulement les besoins médicaux des patients mais doit aussi tenir compte de leurs besoins psychosociaux.

6.1.2. Soins centrés sur le patient

Le choix d'un traitement ne doit pas seulement tenir compte des aspects médicaux mais doit aussi tenir compte des préférences du patient. Les patients doivent être informés en temps utile des différentes options de traitement et des avantages et inconvénients liés à ces traitements. En effet, les patients et les représentants des patients impliqués dans le développement de ce rapport ont souligné le besoin d'information du patient. Cette information doit être claire et, idéalement, répétée dans le temps, et doit souligner les effets indésirables potentiels liés à chaque traitement.

6.1.3. Dissémination et mise en œuvre de ces recommandations

Les recommandations cliniques fournissent aux médecins un outil de soutien à consulter lors des différentes étapes de la prise en charge des patients : dépistage, diagnostic, traitement et suivi. Elles sont élaborées en fonction de principes hautement codifiés basés sur des informations scientifiques régulièrement mises à jour à partir de la littérature internationale. Le KCE formule des recommandations qui s'adressent à différents groupes cibles spécifiques (cliniciens, décideurs, mutualités, INAMI, organisations professionnelles, gestionnaires des hôpitaux,...). Le KCE n'est pas impliqué dans le processus décisionnel à proprement parler, pas plus que dans l'exécution des décisions.

La mise en œuvre de ces recommandations sera facilitée par le Collège d'Oncologie. Un outil de mise en œuvre en ligne similaire aux outils qui accompagnaient les précédentes recommandations sera développé (www.collegeoncologie.be).

De plus, les membres du groupe de développement des recommandations et les organisations professionnelles consultées ont marqué leur accord pour faciliter la diffusion et la mise en œuvre de ces recommandations, p.ex. dans le cadre des futurs congrès scientifiques ou des programmes de formation des médecins.

Barrières et facilitateurs

Au moment de la révision externe, les représentants des organisations professionnelles ont été interrogés sur les facteurs qui, selon eux, pourraient faciliter ou entraver la mise en œuvre de ces recommandations. Au cours des réunions avec les stakeholders, les barrières et les facilitateurs potentiels liés à l'utilisation des présentes recommandations ont été discutés.

Une barrière potentielle à la mise en œuvre de ces recommandations est leur manque de visibilité auprès des professionnels de la santé concernés par les soins aux patients ayant un cancer du côlon. Les stakeholders ont souligné l'importance d'une large diffusion des recommandations par le biais de différents sites web et sociétés professionnelles. Des informations supplémentaires sur l'identification des barrières et des facilitateurs dans le domaine des recommandations sont disponibles dans le rapport KCE 212 "Dissémination et mise en œuvre des guides de pratique clinique en Belgique" (voir sur le site web du KCE).⁵



6.2. Surveillance de la qualité des soins

Finalement, l'amélioration de la qualité des soins en oncologie doit être envisagée dans le cadre d'un système de qualité intégrée, couvrant le développement et la mise en œuvre des recommandations de pratique clinique, le suivi de la qualité des soins au moyen d'indicateurs, le feedback aux prestataires de soins de santé et organisations de soins, et des mesures ciblées pour améliorer la qualité si cela s'avère nécessaire (voir rapport KCE 152).⁶

Selon cette vision intégrée, compléter les recommandations par un ensemble approprié d'indicateurs de qualité permettrait d'évaluer la qualité des soins aux patients ayant un cancer du côlon en Belgique. Toutefois, bien qu'un ensemble d'indicateurs de qualité couvrant les options diagnostiques et thérapeutiques ait déjà été développé pour d'autres types de cancer,⁷⁻⁹ ce n'est pas encore le cas pour le cancer du côlon. D'autres pays tels que la Norvège et les Pays-Bas ont illustré l'impact des audits et des feedbacks sur l'amélioration de la qualité des soins aux patients ayant un cancer du côlon et sur les résultats de santé. Les résultats et une proposition pour un ensemble harmonisé de données sont disponibles sur le site internet du projet d'enregistrement européen des soins aux cancers (EURECCA; www.canceraudit.eu).

Les tests moléculaires utilisés pour guider la thérapie méritent une attention particulière en termes de qualité de l'échantillon et du test à proprement parler. Une centralisation des tests peut s'avérer nécessaire pour garantir des résultats solides et précis, et veiller à ce que les traitements ciblés très coûteux soient adressés aux bons patients. Une accréditation ISO obligatoire pour les tests et la participation du laboratoire à l'assurance qualité externe ont été recommandées dans un précédent rapport du KCE sur le diagnostic moléculaire. Les décisions de remboursement des traitements ciblés au niveau de l'INAMI devraient inclure une évaluation commune et coordonnée du médicament et du test.¹⁰

6.3. Mise à jour des recommandations

Dans les cinq prochaines années, une pré-évaluation de la littérature devrait être menée afin d'identifier les parties de ces recommandations qui doivent être mises à jour. En attendant la mise à jour des recommandations, les nouvelles preuves importantes seront publiées sur le site web du Collège d'Oncologie (<http://www.collegeoncologie.be>).



■ RECOMMANDATIONS POLITIQUES^a

Au Collège d'Oncologie

- Des outils et des canaux de communication doivent être développés et utilisés pour soutenir la mise en œuvre des recommandations. Cela peut comprendre des présentations des recommandations à des réunions auxquelles participent les disciplines concernées.
- Une mise à jour des recommandations tous les cinq ans est recommandée. En attendant la mise à jour des recommandations, il est recommandé de reprendre les nouvelles données probantes importantes sur le site web du Collège d'Oncologie.

Aux associations scientifiques et professionnelles

- La mise en œuvre de ces recommandations doit être stimulée par la création d'outils conviviaux adaptés aux besoins des prestataires de soins spécifiques. Différents canaux de communication doivent être envisagés, notamment les sites web et les séminaires de formation permanente.

Agenda de recherche

- Il faut élaborer un ensemble d'indicateurs de qualité pour la prise en charge du cancer du côlon en Belgique.
- La radiothérapie stéréotaxique ne doit être utilisée que dans un cadre de recherche clinique, et le remboursement devrait rester limité aux centres avec une convention avec l'INAMI avec enregistrement obligatoire.

^a Le KCE reste seul responsable des recommandations.



■ RÉFÉRENCES

1. Belgian Cancer Registry. Cancer Survival in Belgium. 2012.
2. Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):401-6.
3. Andrews JC, Schunemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JJ, Coello PA, et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation-determinants of a recommendation's direction and strength. *J Clin Epidemiol*. 2013;66(7):726-35.
4. ADAPTE collaboration. Available from: <http://www.adapte.org/www/>
5. Desomer A, Dilles T, Steckel S, Duchesnes C, Vanmeerbeek M, Peremans L, et al. Dissemination and implementation of clinical practice guidelines in Belgium. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2013. KCE Reports 212 (D/2013/10.273/89) Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_212_Clinical_practice_guideline_no%20quotes.pdf
6. Vlayen J, Stordeur S, Vrijens F, Van Eycken E. Quality indicators in oncology: prerequisites for the set-up of a quality system. Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2011. KCE Reports 152 Available from: <https://kce.fgov.be/publication/report/quality-indicators-in-oncology-prerequisites-for-the-set%E2%80%93up-of-a-quality-system>
7. Stordeur S, Vrijens F, Beirens K, Vlayen J, Devriese S, Van Eycken E. Quality indicators in oncology: breast cancer. Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2010. KCE Reports 150C (D/2010/10.273/101) Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/kce_150c_breast_cancer_1.pdf



8. Vluyen J, De Gendt C, Stordeur S, Schillemans V, Camberlin C, Vrijens F, et al. Quality indicators for the management of upper gastrointestinal cancer. Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2013. KCE Reports 200 (D/2013/10.273/15) Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_200_Quality_indicators_for_the_management_of_upper_gastrointestinal_cancer.pdf
9. Vluyen J, Vrijens F, Beirens K, Stordeur S, Devriese S, Van Eycken E. Quality indicators in oncology: testis cancer. Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2010. KCE Reports 149 Available from: <https://kce.fgov.be/publication/report/quality-indicators-in-oncology-testis-cancer>
10. Hulstaert F, Huybrechts M, Van Den Bruel A, Cleemput I, Bonneux L, Vernelen K, et al. Molecular Diagnostics in Belgium. Health Technology Assessment (HTA). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2005 22/11/2005. KCE Reports 20 Available from: <https://kce.fgov.be/publication/report/molecular-diagnostics-in-belgium>

