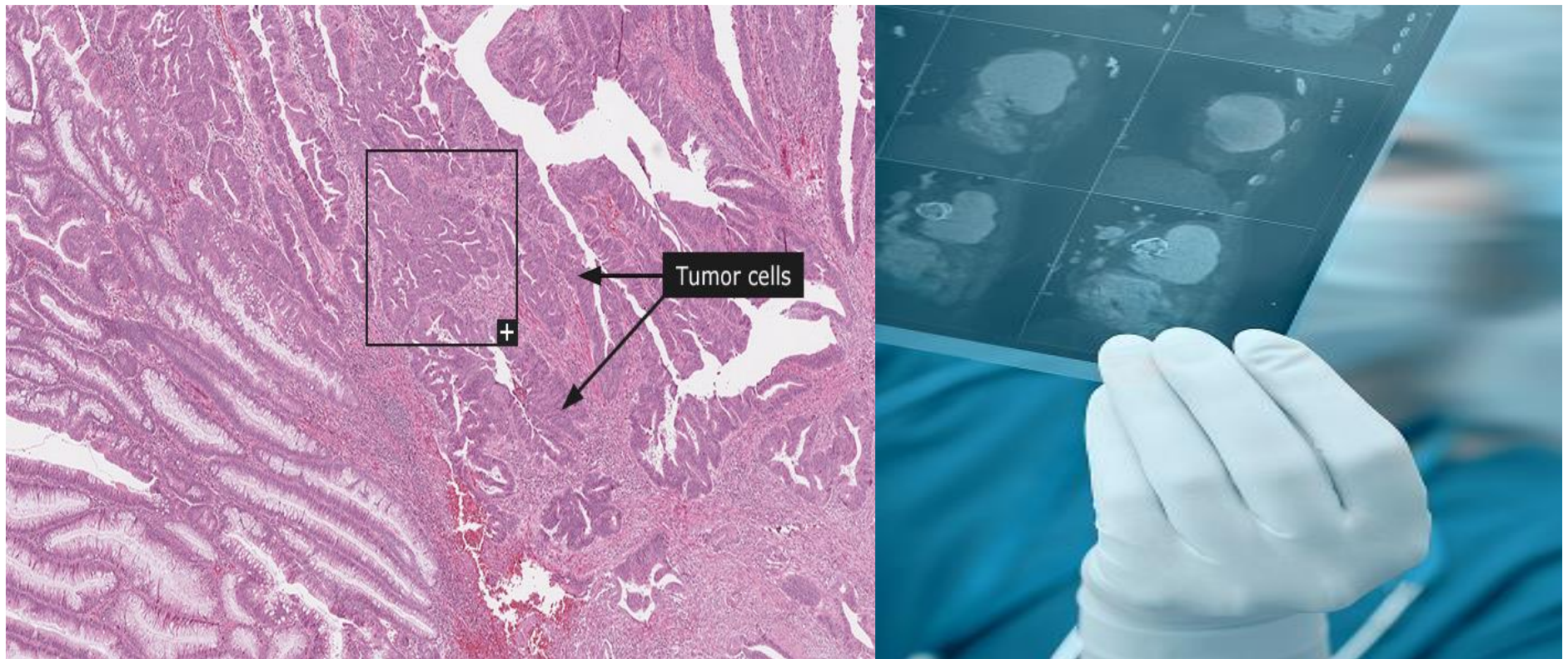


## RÉSUMÉ

# PRISE EN CHARGE DU CANCER DU RECTUM: UNE MISE À JOUR SÉLECTIVE





## RÉSUMÉ

# PRISE EN CHARGE DU CANCER DU RECTUM: UNE MISE À JOUR SÉLÉCTIVE

MARC PEETERS, ERIC VAN CUTSEM, DIDIER BIELEN, ALAIN BOLS, PIETER DEMETTER, ANDRÉ D'HOORE, KARIN HAUSTERMANS, ALAIN HENDLISZ, ARNAUD LEMMERS, DANIEL LEONARD, FREDDY PENNINGCKX, NICOLAS FAIRON, JO ROBAYS, KIRSTEN HOLDT HENNINGSEN, JOAN VLAYEN, GENEVIÈVE VEEREMAN





## ■ PRÉFACE

La première recommandation nationale du KCE relative au cancer du rectum date de 2007. Elle avait été développée en collaboration avec – et en soutien de – l’initiative PROCARE, lancée par un groupe de cliniciens dynamiques résolus à améliorer la qualité des soins pour le cancer du rectum. Dans leur préface, nos prédécesseurs écrivaient : « L’initiative PROCARE est innovante et unique en son genre en Belgique. Le Centre d’Expertise, en collaboration avec le Registre du Cancer et l’INAMI, est fier de pouvoir la soutenir. *In fine*, ce sont les patients eux-mêmes qui en bénéficieront, ce qui est bien sûr l’objectif essentiel des soins. »

Depuis lors, des indicateurs de qualité ont été mis en place, ainsi qu’un système d’enregistrement et de feedback. Huit ans plus tard, la question d’une remise à jour de la recommandation de 2007 s’est naturellement imposée. Une révision complète, bien qu’ouvertement souhaitée, semblait irréalisable vu les moyens disponibles et il a finalement été décidé de nous focaliser sur trois questions de recherche pour lesquelles il était urgent de formuler des recommandations actualisées.

Les deux premières questions – l’une portant sur la stadification optimale et l’autre sur les possibilités de traitement local des stades précoces – sont d’autant plus actuelles que le dépistage systématique est proposé dans toutes les régions du pays. De plus en plus de stades précoces seront en effet dépistés, pour lesquels l’enjeu du traitement sera d’être aussi peu mutilant que possible sans compromettre les chances de survie des patients. La troisième question, qui portait sur l’intérêt de la chimiothérapie adjuvante, n’a malheureusement pas trouvé de réponse concluante, par manque de preuves disponibles dans la littérature.

Nous avons pu compter sur la collaboration inestimable du groupe d’experts cliniciens qui ont accompagné ce projet d’un bout à l’autre. Grâce à leurs conseils judicieux et réalistes, nos recommandations ont indéniablement gagné en force de persuasion. Nous tenons à leur exprimer nos plus sincères remerciements pour ces apports féconds. Car un guide de pratique clinique n’atteint sa pleine valeur que lorsqu’il est accepté et appliqué sur le terrain.

Christian LÉONARD  
Directeur Général Adjoint

Raf MERTENS  
Directeur Général



## ■ RÉSUMÉ

### TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE.....	1
■	RÉSUMÉ .....	2
1.	INTRODUCTION ET PORTÉE DE LA RECOMMANDATION .....	4
2.	UTILISATEURS CIBLES .....	5
3.	MÉTHODES .....	5
3.1.	REVUE SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE.....	5
3.2.	PRÉFÉRENCES DES PATIENTS .....	5
3.3.	FORMULATION DE RECOMMANDATIONS.....	6
4.	RECOMMANDATIONS CLINIQUES .....	8
4.1.	QUELLE TECHNIQUE D'IMAGERIE MÉDICALE DOIT ÊTRE UTILISÉE EN VUE D'UNE STADIFICATION OPTIMALE ? .....	8
4.2.	L'EXÉRÈSE LOCALE OU L'EXÉRÈSE TRANSANALE PAR MICROCHIRURGIE ENDOSCOPIQUE PEUT-ELLE ÊTRE PRATIQUÉE PLUTÔT QU'UNE EXÉRÈSE RADICALE SANS COMPROMETTRE LES RÉSULTATS CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS D'UN CANCER DU RECTUM (T1, T2) ? .....	9
4.3.	QUAND UNE CHIMIOTHÉRAPIE ADJUVANTE DOIT-ELLE ÊTRE ENVISAGÉE CHEZ LES PATIENTS QUI REÇOIVENT UNE CHIMIO(RADIO)THÉRAPIE NÉOADJUVANTE ? .....	10
5.	PRÉFÉRENCES DES PATIENTS .....	11
6.	IMPLÉMENTATION ET MISE À JOUR DE LA RECOMMANDATION.....	11
6.1.	IMPLÉMENTATION.....	11
6.1.1.	Approche multidisciplinaire et soins centrés sur le patient .....	11
6.1.2.	Obstacles et éléments facilitant l'implémentation .....	11
6.1.3.	Acteurs de l'implémentation de cette recommandation .....	11
6.2.	SURVEILLANCE DE LA QUALITÉ DES SOINS .....	12
6.3.	MISE À JOUR DE LA RECOMMANDATION .....	12
■	RECOMMANDATION POLITIQUE.....	13
■	RÉFÉRENCES .....	14



## ABRÉVIATIONS

### ABRÉVIATION

CT

ERUS

GDG

GRADE

HTA

IRM

KCE

PROCARE

QR

RCT

RS

TAE

TEM(S)

### DÉFINITION

Tomographie assistée par ordinateur

Échographie endorectale

Groupe d'élaboration des recommandations

Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation

Evaluation des technologies de santé (Health Technology Assessment)

Imagerie par résonance magnétique

Centre Fédéral d'Expertise des Soins de santé

Project on Cancer of the Rectum

Question de recherche

Essai clinique contrôlé randomisé (randomized controlled trial)

Revue systématique de la littérature

Résection transanale

Exérèse transanale par microchirurgie endoscopique



## 1. INTRODUCTION ET PORTÉE DE LA RECOMMANDATION

Malgré une diminution de l'incidence du cancer colorectal grâce aux programmes de dépistage et de détection, ce cancer demeure le troisième cancer le plus fréquent chez les hommes et le deuxième chez les femmes.<sup>1</sup> La base de données américaine Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) rapporte une incidence annuelle de 42,4 cas par 100 000 hommes et femmes, sur la base des cas et décès survenus en 2008-2012 ajustés pour l'âge. Le nombre annuel de décès était de 15,5 par 100 000 hommes et femmes au cours de la même période.<sup>2</sup>

Selon la Fondation Belge Registre du Cancer, 970 femmes et 1 494 hommes étaient atteints d'un cancer du rectum en 2012.<sup>3</sup>

En 2007, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE) a publié un guide de pratique clinique pour la prise en charge du cancer rectal,<sup>4</sup> suivie de deux rapports sur les indicateurs de qualité en 2008<sup>5</sup> et 2011.<sup>6</sup> La publication du guide du KCE relatif au cancer du rectum (2007)<sup>4</sup> coïncidait avec la mise en œuvre d'un Projet sur le Cancer du Rectum (PROCARE). Ce projet incluait un registre des cas et les indicateurs de qualité, géré par la Fondation Registre du Cancer<sup>a</sup>.

Étant donné que la recherche de littérature conduite pour élaborer le guide datait de 2006, il était nécessaire de mettre à jour les recommandations pour la pratique clinique.<sup>4</sup> Le 10 février 2015, le Groupe d'élaboration des recommandations (GDG) s'est réuni afin d'identifier les thématiques à actualiser. En raison de contraintes en matière de ressources, le groupe a décidé de limiter la mise à jour à trois questions de recherche (QR). Les QR ont été sélectionnées de commun accord par les membres du Groupe d'élaboration des recommandations (GDG), des représentants d'associations professionnelles et des représentants des patients (*scoping group*).

Trois QR ont été retenues :

1. QR1 : Quelle technique d'imagerie médicale doit être utilisée en vue d'une stadification optimale ?
2. QR2 : L'exérèse locale ou l'exérèse transanale par microchirurgie endoscopique peut-elle être pratiquée plutôt qu'une exérèse radicale sans compromettre les résultats chez les patients atteints d'un cancer du rectum (T1, T2) ?
3. QR3 : Quand une chimiothérapie adjuvante doit-elle être envisagée chez les patients qui reçoivent une chimio(-radio)thérapie néoadjuvante ?

---

<sup>a</sup> [http://procare.kankerregister.be/procare.aspx?url=Procare\\_statistics](http://procare.kankerregister.be/procare.aspx?url=Procare_statistics)





## 2. UTILISATEURS CIBLES

Ce guide de pratique clinique est destiné à être utilisé par tous les prestataires de soins impliqués dans la prise en charge des patients atteints d'un cancer du rectum, y compris les médecins généralistes, les oncologues, les gastro-entérologues, les chirurgiens, les radiologues, les pathologistes et les infirmiers. Il devrait également présenter un intérêt pour les patients et leurs proches, pour les gestionnaires hospitaliers et pour les décideurs politiques.

## 3. MÉTHODES

### 3.1. Revue systématique de la littérature

Pour chaque QR, une recherche de revues systématiques (RS) a été menée dans MEDLINE, Embase et la bibliothèque Cochrane (base de données Cochrane de revues systématiques, DARE et base de données HTA). Si une RS récente de qualité était disponible, une recherche des études primaires publiées après la date de recherche de la revue a été réalisée dans MEDLINE, Embase et CENTRAL. Si aucune RS n'était disponible, des études primaires ont été recherchées dans les bases de données, et ce, en prenant l'année 2006 comme point de départ. Les membres du GDG ont également été consultés afin d'identifier des données probantes pertinentes supplémentaires que la recherche aurait pu manquer. Seuls des articles publiés en anglais, en allemand, en néerlandais ou en français ont été inclus.

Pour la question relative au diagnostic, des RS, les études de précision diagnostique et les essais randomisés et contrôlés (RCT) ont été recherchés. Pour les autres questions de recherche, des RS, des RCT ou des études observationnelles comparatives ont été recherchés. La qualité des publications a été évaluée à l'aide de la grille AMSTAR pour les revues systématiques, de l'outil d'évaluation du risque de biais de la Cochrane Collaboration pour les RCT et les études observationnelles comparatives et de la grille QUADAS-2 pour les études de précision diagnostique. Pour les études observationnelles, les limitations de l'étude ont été rapportées selon les critères GRADE.

### 3.2. Préférences des patients

La pratique clinique basée sur les données de la littérature implique la prise de décisions basées non seulement sur l'efficacité d'une procédure ou d'une intervention, mais aussi sur les caractéristiques et les préférences des patients. Un patient atteint d'un cancer du rectum est confronté à des décisions difficiles et complexes qui auront un impact majeur sur sa qualité de vie liée à la santé ainsi que sur sa survie. Des études témoignent que les professionnels de la santé et les patients accordent souvent une importance différente aux effets du traitement, y compris aux effets indésirables, et mettent en évidence un décalage entre ce que chaque partie considère comme le plus important.<sup>7</sup>



Pour traiter cette thématique, une recherche systématique de revues systématiques de la littérature et de méta-analyses relatives aux préférences des patients a été réalisée, portant sur tous les cancers colorectaux. En effet, ce sujet est relativement nouveau et une recherche sur les préférences des patients atteints d'un cancer limité au rectum risquait de n'être pas exhaustive. Les recherches ont été réalisées le 27 mars 2015, dans les bases de données suivantes : Medline (via Ovid), Embase et la base de données Cochrane de revues systématiques. Les conclusions des études identifiées ont été utilisées afin de compléter l'évaluation GRADE pour chaque QR, lorsque cela s'avérait pertinent.

### 3.3. Formulation de recommandations

Sur la base des données probantes récoltées, l'équipe de recherche du KCE a préparé une première mouture des recommandations, qui a été diffusée au sein du GDG, avec les tableaux de données probantes, avant les réunions en face-à-face. Sur la base des discussions avec le GDG, une seconde version des recommandations a été préparée, puis diffusée au sein du GDG pour approbation finale.

La méthodologie GRADE a été utilisée afin de déterminer le niveau de preuve et la force de chacune des recommandations (tableaux 1 et 2). La force d'une recommandation dépend du rapport entre tous les effets désirables et tous les effets indésirables d'une intervention (c.-à-d. le bénéfice clinique net), de la qualité des données probantes disponibles, des valeurs et préférences et du coût estimé (utilisation des ressources). Aucune étude formelle du rapport coût-efficacité n'a été réalisée dans le cadre du présent guide de pratique clinique. Compte tenu des limitations méthodologiques actuelles du système GRADE en ce qui concerne les tests diagnostiques, la méthodologie GRADE n'a pas été appliquée aux recommandations relatives au diagnostic (QR1).

Les recommandations préparées par le GDG ont été soumises à des représentants clés des parties prenantes (voir colophon), qui ont fait office de réviseurs externes du projet de guide de pratique.

Enfin, dans le cadre des procédures standard du KCE, le guide de pratique a été revu par deux validateurs indépendants avant sa publication (voir colophon). Les déclarations d'intérêts des membres du GDG, des validateurs et des parties prenantes ont été formellement consignées et sont reprises dans le colophon.


**Tableau 1 – Niveaux de preuve suivant le système GRADE**

Niveau de qualité	Définition	Qualité méthodologique des données probantes
<b>Élevé</b>	Nous avons une confiance élevée dans l'estimation de l'effet, qui doit être très proche de l'effet réel	RCT sans limitations majeures, preuves irréfutables issues d'études observationnelles
<b>Modéré</b>	Nous avons une confiance modérée dans l'estimation de l'effet : il est probable que l'effet réel soit proche de l'estimation, mais il existe une possibilité qu'il soit sensiblement différent	RCT présentant des limitations importantes (manque de consistance dans les résultats, lacunes méthodologiques, approche indirecte, manque de précision) ou données probantes exceptionnellement convaincantes issues d'études observationnelles
<b>Bas</b>	Nous avons une confiance limitée dans l'estimation de l'effet : l'effet réel pourrait être sensiblement différent de l'effet estimé	RCT présentant des limitations très importantes ou études observationnelles ou séries de cas
<b>Très bas</b>	Nous avons très peu confiance dans l'estimation de l'effet : il est probable que l'effet réel diffère de façon substantielle de l'estimation	

Source : 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.

**Tableau 2 – Force des recommandations suivant le système GRADE**

Grade	Définition
<b>Forté</b>	Les effets bénéfiques de l'intervention l'emportent clairement sur les risques (l'intervention doit être mise en pratique) ou ses effets indésirables l'emportent clairement sur ses bénéfices (l'intervention est à éviter).
<b>Faible</b>	Il est probable que les effets bénéfiques de l'intervention l'emportent sur ses effets indésirables (l'intervention devrait probablement être mise en pratique) ou que ses effets indésirables l'emportent sur ses effets bénéfiques (l'intervention devrait probablement être évitée).

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.



## 4. RECOMMANDATIONS CLINIQUES

Les détails des données probantes utilisées afin de formuler les recommandations ci-dessous sont disponibles dans le rapport scientifique et ses suppléments. Les tableaux suivent le même ordre que les chapitres du rapport scientifique.

### 4.1. Quelle technique d'imagerie médicale doit être utilisée en vue d'une stadification optimale ?

Cette section traite du rôle de l'imagerie par résonance magnétique (IRM), de la tomographie assistée par ordinateur (CT) et de l'échographie endorectale (ERUS) dans la stadification T et la stadification N du cancer du rectum. La stadification M n'a pas été incluse parce que les études primaires considèrent généralement conjointement le cancer du côlon et le cancer du rectum et qu'une large revue de littérature sur ce thème a été présentée dans le rapport du KCE sur le cancer du côlon.<sup>8</sup>

Étant donné qu'il est important que l'IRM soit pratiquée de manière correcte, des normes consensuelles sur la manière de pratiquer une IRM ont également été formulées par le GDG. Un protocole de stadification à l'aide de l'IRM a été proposé par un groupe restreint de cliniciens, spécialisés dans l'IRM, et peut être consulté dans le rapport scientifique.

#### Recommandations

- **Pratiquez une IRM afin d'évaluer le risque de récurrence locale, déterminé par la marge de résection circonférentielle attendue, la stadification tumorale et ganglionnaire et l'extension vasculaire extramurale, chez tous les patients atteints d'un cancer du rectum, sous réserve de contre-indications.**
- **Proposez une échographie endorectale aux patients atteints d'un cancer du rectum lorsque l'IRM montre une tumeur pouvant faire l'objet d'une exérèse locale, lorsque des informations cliniques supplémentaires sont nécessaires ou si une IRM est contre-indiquée.**



#### 4.2. L'exérèse locale ou l'exérèse transanale par microchirurgie endoscopique peut-elle être pratiquée plutôt qu'une exérèse radicale sans compromettre les résultats chez les patients atteints d'un cancer du rectum (T1, T2) ?

Les tumeurs du rectum de stade I s'étendent soit dans la sous-muqueuse (T1) ou dans la musculuse, mais pas au-delà (T2), sans preuve d'extension aux ganglions lymphatiques (N0) ni de métastases (M0). L'exérèse radicale, qui inclut le mésorectum et, par conséquent, l'ablation de tissu ganglionnaire, est considérée comme curative car une survie spécifique à cinq ans de plus de 95 % a été observée.<sup>9</sup> Le sujet est controversé mais les directives récentes ne recommandent pas une exérèse locale, une résection transanale (TAE) ou une exérèse transanale par microchirurgie endoscopique (TEMS) plutôt qu'une exérèse radicale chez les patients atteints d'un cancer du rectum de stade I. Dans la pratique actuelle, toutefois, l'indication de l'exérèse locale repose sur la stratification du risque.

Les prédictors indépendants les plus forts sont une invasion ganglionnaire, une invasion de la sous-muqueuse  $\geq 1$  mm, un bourgeonnement tumoral et une différenciation histologique médiocre.<sup>10</sup>

Le risque global d'atteinte ganglionnaire dans le cancer du rectum de stade pT1 est d'environ 15 %<sup>11</sup> et a été observé dans 3 % des lésions pT1Sm1, 8 % des lésions pT1Sm2 et 23 % des lésions pT1Sm3.<sup>12</sup>

Il va de soi que tout type d'exérèse locale comporte un risque oncologique inhérent puisque les ganglions ne sont pas retirés. Par conséquent, la question subsiste de savoir si une exérèse radicale doit être conseillée, et pour quels cas. Afin d'apporter une réponse à cette incertitude, nous avons entrepris une recherche systématique des études cliniques, dans le but de savoir si l'exérèse locale (de tout type, TAE ou TEMS) peut être pratiquée plutôt qu'une exérèse radicale sans compromettre les résultats. Les résultats critiques étaient la survie sans maladie, la survie sans métastases, la survie sans récurrence locale, la survie globale et la qualité de vie.

Recommandations	Niveau de preuve	Force de la recommandation
<b>Chez les patients atteints d'un cancer du rectum de stade T2, une exérèse radicale doit être pratiquée.</b>	Très bas	Forte
<b>Chez les patients atteints d'un cancer du rectum de stade pT1 sm1, confirmé par le rapport de pathologie et la stadification, une exérèse locale complète en bloc est considérée comme suffisante. La discussion par une équipe multidisciplinaire et une surveillance adéquate sont indispensables.</b>	Consensus d'experts	Forte
<b>Chez les patients atteints d'un cancer du rectum de stade pT1 sm2 sm3, une discussion multidisciplinaire est indispensable et, en l'absence de contre-indication, une exérèse radicale est recommandée.</b>	Consensus d'experts	Forte



### 4.3. Quand une chimiothérapie adjuvante doit-elle être envisagée chez les patients qui reçoivent une chimio(radio)thérapie néoadjuvante ?

Le but de cette QR est d'évaluer l'effet de la chimiothérapie adjuvante chez les patients atteints d'un cancer du rectum ayant précédemment été traités au moyen d'une chimio-radiothérapie néoadjuvante et d'une intervention chirurgicale, par rapport à l'absence de chimiothérapie adjuvante, en termes de survie globale, de survie sans maladie et de qualité de vie.

#### Recommandation

- **Sur la base des données probantes actuellement disponibles, aucune recommandation ne peut être formulée en faveur ou en défaveur de la chimiothérapie adjuvante chez les patients atteints d'un cancer du rectum qui ont reçu une chimio(radio)thérapie néoadjuvante.**



## 5. PRÉFÉRENCES DES PATIENTS

Une revue récente de la littérature a conclu qu'en ce qui concerne le traitement adjuvant, « la plupart des patients estiment qu'un avantage modéré en termes de survie est suffisant pour que la thérapie adjuvante en vaille la peine ». En revanche, la revue conclut que les patients « sont disposés à céder une réduction potentielle de leur espérance de la vie et de leur survie afin d'éviter des séquelles chirurgicales indésirables ».<sup>13</sup> Une autre revue a conclu que « bien que les patients atteints d'un cancer colorectal n'aient pas de préférences en ce qui concerne les différentes options thérapeutiques et les résultats, ces opinions ne sont pas homogènes et semblent dépendre de facteurs personnels, notamment l'âge et le sexe ». En outre, la revue conclut que « en dépit de l'existence de préférences, la majorité des patients préfère adopter un rôle passif dans la prise de décision, ce qui peut s'expliquer en partie par la sévérité de la maladie ».<sup>14</sup> Le choix d'un traitement doit tenir compte non seulement des aspects médicaux, mais aussi des préférences du patient. Les patients doivent toujours recevoir des informations complètes, en temps utile, en ce qui concerne les options de traitement, leurs avantages et inconvénients respectifs.

## 6. IMPLÉMENTATION ET MISE À JOUR DE LA RECOMMANDATION

### 6.1. Implémentation

#### 6.1.1. *Approche multidisciplinaire et soins centrés sur le patient*

Dans ce rapport, nous nous sommes concentrés sur l'efficacité d'interventions médicales spécifiques, sans tenir compte de l'organisation des services de santé. Dans la pratique clinique, une approche multidisciplinaire, par différents professionnels des soins de santé, doit être encouragée. Cette approche doit couvrir les besoins à la fois médicaux et psychosociaux du patient.

Le choix d'un traitement doit tenir compte non seulement des aspects médicaux, mais aussi des préférences individuelles du patient. Les patients doivent toujours recevoir des informations complètes, en temps utile, en ce qui concerne les options de traitement, leurs avantages et inconvénients respectifs.

#### 6.1.2. *Obstacles et éléments facilitant l'implémentation*

Lors de la réunion des parties prenantes, les éventuels obstacles et éléments facilitant l'utilisation de cette recommandation ont été abordés. Dans ce cas particulier, un obstacle majeur est l'interruption du programme PROCARE en décembre 2014. Toutefois, le Collège d'oncologie mettra en œuvre un nouveau plan PROCARE et poursuivra l'enregistrement des données auprès du registre national du cancer. En outre, la Société Belge de Radiologie (<http://www.bsr-web.be/>) publiera le protocole relatif à l'IRM et organisera des formations ad hoc.

#### 6.1.3. *Acteurs de l'implémentation de cette recommandation*

L'implémentation de cette recommandation sera facilitée/réalisée par le Collège d'oncologie ainsi que par les associations professionnelles impliquées. La diffusion de cette recommandation sera assurée par des organisations scientifiques et professionnelles.



### 6.2. Surveillance de la qualité des soins

Cette recommandation se veut un point de départ pour le développement de programmes d'amélioration de la qualité ciblant tous les soignants concernés. Elle peut être utilisée comme un outil de soutien des politiques de santé ayant pour but d'améliorer la qualité des soins, par exemple par le biais de mesures visant à accroître la prise de conscience et à améliorer la pratique médicale parmi les prestataires de soins, ou encore au travers du développement (ou de la révision) d'ensembles d'indicateurs de qualité axés sur les processus et les résultats. Le KCE a déjà recommandé dans le passé la mise en place d'un système de qualité intégré dans le domaine de l'oncologie, qui recouvrirait le développement et la mise en œuvre de guides de bonne pratique clinique, la surveillance de la qualité des soins au moyen d'indicateurs, le feedback aux prestataires et structures de soins de santé et des actions ciblées afin d'améliorer la qualité si nécessaire. Dans le cas présent, le GDG a élaboré un protocole relatif à l'IRM.

### 6.3. Mise à jour de la recommandation

Eu égard à l'évolution rapide des données probantes, les recommandations doivent être mises à jour tous les cinq ans. Si de nouvelles données probantes importantes devenaient disponibles entretemps, elles seraient prises en considération. L'intérêt potentiel pour certains groupes de professionnels de la santé doit également être pris en considération dans la décision de mettre à jour une ou plusieurs recommandations afin qu'elles restent conformes aux développements scientifiques les plus récents.





## ■ RECOMMANDATION POLITIQUE<sup>b</sup>

### *A l'attention du corps médical*

- Un protocole relatif à l'utilisation appropriée de l'IRM lors de l'évaluation initiale des patients atteints d'un cancer du rectum devrait être élaboré.

---

<sup>b</sup> Le KCE est seul responsable des recommandations.



## ■ RÉFÉRENCES

1. National Guideline Clearinghouse. SAGES evidence-based guidelines for the laparoscopic resection of curable colon and rectal cancer [Web page]. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) [cited 10/5/2015]. Available from: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=37690&search=rectal+cancer>
2. SEER Stat Fact Sheets: Colon and Rectum Cancer [Web page].2015. Available from: <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/colorect.html>
3. Belgian Cancer Registry [Web page].2015. Available from: [http://www.kankerregister.org/default.aspx?url=Statistieken\\_tabellen\\_jaarbasis](http://www.kankerregister.org/default.aspx?url=Statistieken_tabellen_jaarbasis)
4. Penninckx F, Roels S, Leonard D, Laurent S, Decaestecker J, De Vleeschouwer C, et al. Quality of care for rectal cancer – Phase 1: a clinical practice guideline for rectal cancer. Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2007. KCE Reports 69 Available from: <https://kce.fgov.be/publication/report/quality-of-care-for-rectal-cancer-%E2%80%93-phase-1-a-clinical-practice-guideline-for-rec>
5. Vlayen J, Verstreken M, Mertens C, Van Eycken E, Penninckx F. Quality insurance for rectal cancer - phase 2: development and testing of a set of quality indicators. Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2008 03/07/2008. KCE Reports 81 Available from: <https://kce.fgov.be/publication/report/quality-insurance-for-rectal-cancer-phase-2-development-and-testing-of-a-set-of-q>
6. Goetghebeur E, Van Rossem R, Baert K, Vanhoutte K, Boterberg T, Demetter P, et al. Quality Insurance of rectal cancer – phase 3 : statistical methods to benchmark centers on a set of quality indicators. Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2011. KCE Reports 161C (D/2011/10.273/40) Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/kce\\_161c\\_rectal\\_cancer\\_phase%203.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/kce_161c_rectal_cancer_phase%203.pdf)
7. Pieterse AH, Baas-Thijssen MCM, Marijnen CAM, Stiggelbout AM. Clinician and cancer patient views on patient participation in treatment



- decision-making: A quantitative and qualitative exploration. *British Journal of Cancer*. 2008;99(6):875-82.
8. Peeters M, Leroy R, Robays J, Veereman G, Bielen D, Ceelen W, et al. Colon Cancer: Diagnosis, Treatment and Follow-Up. Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2014. KCE Reports 218 (D/2014/10.273/15) Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_218\\_Colon\\_cancer.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_218_Colon_cancer.pdf)
  9. NICE. Colorectal cancer: The diagnosis and management of colorectal cancer. 2014.
  10. Bosch SL, Teerenstra S, de Wilt JH, Cunningham C, Nagtegaal ID. Predicting lymph node metastasis in pT1 colorectal cancer: a systematic review of risk factors providing rationale for therapy decisions. *Endoscopy*. 2013;45(10):827-34.
  11. Okabe S, Shia J, Nash G, Wong WD, Guillem JG, Weiser MR, et al. Lymph node metastasis in T1 adenocarcinoma of the colon and rectum. *J Gastrointest Surg*. 2004;8(8):1032-9; discussion 9-40.
  12. Nascimbeni R, Burgart LJ, Nivatvongs S, Larson DR. Risk of lymph node metastasis in T1 carcinoma of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum*. 2002;45(2):200-6.
  13. Currie A, Askari A, Nachiappan S, Sevdalis N, Faiz O, Kennedy R. A systematic review of patient preference elicitation methods in the treatment of colorectal cancer. *Colorectal Dis*. 2015;17(1):17-25.
  14. Damm K, Vogel A, Prenzler A. Preferences of colorectal cancer patients for treatment and decision-making: a systematic literature review. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2014;23(6):762-72.



## COLOPHON

- Titre : Prise en charge du cancer du rectum: une mise à jour sélective – Résumé
- Auteurs : Marc Peeters (President GDG; UZA), Eric Van Cutsem (Vice-president GDG; UZ Leuven), Didier Bielen (UZ Leuven), Alain Bols (AZ Brugge), Pieter Demetter (Hôpital Erasme ULB), André D’Hoore (UZ Leuven), Karin Haustermans (UZ Leuven), Alain Hendlisz (Institut Jules Bordet), Arnaud Lemmers (Hôpital Erasme ULB), Daniel Leonard (UCL), Freddy Penninckx (UZ Leuven), Nicolas Fairon (KCE), Jo Robays (KCE), Kirsten Holdt Henningsen (KCE), Joan Vlayen (KCE), Geneviève Veereman (KCE)
- Coordinateur de projet : Marijke Eyssen (KCE)
- Superviseur senior : Sabine Stordeur (KCE)
- Relecture : Frank Hulstaert (KCE), Pascale Jonckheer (KCE)
- Scoping group : Didier Bielen (UZ Leuven), Alain Bols (AZ Brugge), Wim Ceelen (Universiteit Gent), An Claes (Kom op tegen Kanker vzw), Donald Claeys (AZ Maria Middelaes), Jean-Charles Coche (Clinique St Pierre Ottignies), Carla Coimbra Marques (CHU de Liège), Joelle Collignon (CHU de Liège), Thierry De Grez (CHR de Namur), Pieter Demetter (Hôpital Erasme ULB), Christophe Deroose (UZ Leuven), André D’Hoore (UZ Leuven), Ann Driessen (UZA), Karin Haustermans (UZ Leuven), Alain Hendlisz (Institut Jules Bordet), Jos Janssens (AZ Turnhout), Jean-Luc Jourdan (The Belgian Group for Endoscopic Surgery), Bieke Lambert (Belgische Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde), Arnaud Lemmers (Hôpital Erasme ULB), Benoit Monami (Belgian Society of Surgical Oncology (BSSO)), Tom Moreels (Cliniques universitaires Saint-Luc), Anne Mourin (Cliniques universitaires Saint-Luc), Paul Pattyn (The Belgian Group for Endoscopic Surgery), Freddy Penninckx (KU Leuven), Brahim Ramdani (Belgian Group of Digestive Oncology), Pierre Scalliet (Association Belge de Radiothérapie-Oncologie), Daniel Vandaele (Société Royale Belge de Gastroentérologie), Elisabeth Van Eycken (Stichting Kankerregister), Yves Vannieuwenhove (The Belgian Group for Endoscopic Surgery), Peter Vuylsteke (The Belgian Society of Medical Oncology)
- Experts externes et Stakeholders : Marc Brosens (Belgische Vereniging voor Radiotherapie-Oncologie), An Claes (Kom op tegen Kanker vzw), Donald Claeys (Royal Belgian Society of Surgery), Jean-Charles Coche (The Belgian Society of Gastrointestinal Endoscopy), Claude Cuvelier (Belgian Society of Pathology), Thierry De Grez (Société Royale Belge de Gastroentérologie), Ann Driessen (Belgian Society of Pathology), Jos Janssens (Belgian Group of Digestive Oncology), Jean-Luc Jourdan (The Belgian Group for Endoscopic Surgery), Bieke Lambert (Belgische Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde), Max Lonneux (Belgische Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde), Benoit Monami (Belgian Society of Surgical Oncology), Nathalie Nagy (Belgian Society of Pathology), Alberto Parada (SSMG), Brahim Ramdani (Belgian Group of Digestive Oncology), Katlijn Sanctorum (Stichting tegen Kanker), Pierre Scalliet (Association Belge de Radiothérapie-Oncologie), Pol Specenier (Belgian Society of Medical Oncology), Daniel Van Daele (Société Royale Belge de Gastroentérologie), Elisabeth Van Eycken (Stichting Kankerregister), Yves Van Nieuwenhove (The Belgian Group for Endoscopic Surgery), Peter Vuylsteke (Belgian Society of Medical Oncology), Joseph Weerts (Royal Belgian Society of Surgery), Paul Willemsen (Belgian Society of Surgical Oncology)



Validateurs externes :	Veerle Casneuf (Vlaamse Vereniging voor Gastro-Enterologie), Harm Rutten (Catharina Kanker Instituut, The Netherlands)
Autres intérêts déclarés :	<p>Appartenance à un groupe de parties prenantes pour lequel les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Christophe Deroose (BELNUC – Belgisch Genootschap Nucleaire Geneeskunde), Jean-Charles Coche (BGDO member, BSGIE member), Elisabeth Van Eycken (BVRO-ABRO; VBS membership), Tom Moreels (Vlaamse Vereniging voor Gastro-enterologie), Alain Bols (BSMO)</p> <p>Propriétaire de parts de capital, d'options, d'actions ou d'autres instruments financiers : Pierre Scalliet (IBA group), Marc Peeters (LF consult)</p> <p>Bourse, honoraire ou fonds pour un membre du personnel ou toute autre forme de compensation pour la conduite d'une recherche : Pierre Scalliet (FRSM; Fondation contre le Cancer), Elisabeth Van Eycken (involved in Procare studies and analyses), Karin Haustermans (Kom op tegen Kanker; IWT, FWO, EU, Stichting tegen kanker), Alain Hendliz (National Cancer Plan funding of the PePiTA trial – adjuvant treatment colon cancer)</p> <p>Consultance ou emploi dans une société, association ou organisation à laquelle les résultats de ce rapport peuvent apporter des gains ou des pertes : Alain Bols (Advisory board meetings for Merck, Amgen)</p> <p>Rémunération pour une communication, subside de formation, prise en charge de frais de voyage ou paiement pour participation à un symposium : Christophe Deroose (lectures about nuclear medicine), Karin Haustermans (ESTRO, WCGIC, ECCO), Peter Vuylsteke (travel payments from ESMO, ASCO), Alain Bols (Amgen, Merck)</p> <p>Présidence ou fonction de responsable au sein d'une institution, d'une association, d'un département ou d'une autre entité pour lequel/laquelle les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Christophe Deroose (secretary elect BELNUC), Jean-Luc Jourdan (BGES), Jean-Charles Coche (responsible of the multidisciplinary digestive oncology consult at Clinique St Pierre), Freddy Penninckx (chairman Procare)</p> <p>Participation à une étude scientifique ou expérimentale en qualité d'initiateur, de chercheur principal ('principal investigator') ou de chercheur : Christophe Deroose (Academical clinical studies about rectum cancer and metastatic colorectal cancer), Brahim Ramdani (SULA study IPSEN; PANIB study AZ Antwerpen and AMGEN), Elisabeth Van Eycken (involved in Procare studies and analyses), Yves Van Nieuwenhove (Lifeseal study), Peter Vuylsteke (Non-rectal cancer studies), Freddy Penninckx (Procare study)</p>
Layout:	Ine Verhulst, Joyce Grijseels
Photo de couverture:	Image provenant de Human Protein Atlas, <a href="http://www.proteinatlas.org">http://www.proteinatlas.org</a>



**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 (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise>).
- Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.

Date de publication :	18 janvier 2016
Domaine :	Good Clinical Practice (GCP)
MeSH:	Rectal Neoplasms; Practice Guideline; Magnetic resonance imaging; Natural Orifice Endoscopic Surgery; Chemotherapy, Adjuvant
NLM Classification:	WI 610
Langue :	Français
Format :	Adobe® PDF™ (A4)
Dépot légal :	D/2016/10.273/07
ISSN :	2466-6440
Copyright :	Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd » <a href="http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-rapports-kce">http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-rapports-kce</a> .



**Comment citer ce rapport ?**

Peeters M, Van Cutsem E, Bielen D, Bols A, Demetter P, D'Hoore A, Haustermans K, Hendlisz A, Lemmers A, Leonard D, Penninckx F, Fairon N, Robays J, Holdt Henningsen K, Vlayen J, Veereman G. Prise en charge du cancer du rectum: une mise à jour sélective – Résumé. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2016. KCE Reports 260Bs. D/2016/10.273/07.

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

