



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2020

Thèse N° 201

Impact de la RCP dans la prise en charge des malades en cancérologie digestive

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 26/10/2020

PAR

Mlle. **Rim LEMTOUNI**

Née Le 21 Décembre 1994 à Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

RCP – Cancers digestifs – Impact thérapeutique – Décision

JURY

Mme. **M. KHOUCHANI**

Professeur de Radiothérapie

PRESIDENTE

Mr. **M. LAHKIM**

Professeur agrégé de Chirurgie Générale

RAPPORTEUR

Mr. **R. INRAB LE**

Professeur de Chirurgie Générale

} JUGE

فَسُبِّحَانَ اللَّهِ حِينَ تُمْسُونَ وَحِينَ
تُصْبِحُونَ ﴿١٧﴾ وَلَهُ الْحَمْدُ فِي السَّمَوَاتِ
وَالْأَرْضِ وَعَشِيًّا وَحِينَ تُظْهِرُونَ ﴿١٨﴾

*Glorifiez Allah donc, soir et matin !
A Lui toute louange dans les cieux et la terre,
dans l'après-midi et au milieu de la journée .*

﴿Coran 30:17,18﴾



Serment d'hippocrate

*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale,
Je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.
Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.
Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades
sera mon premier but.*

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

*Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles
traditions de la profession médicale.*

Les médecins seront mes frères.

*Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération
politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

*Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales
d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





LISTE DES PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

Pr. Badie Azzaman MEHADJI : Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

Administration

Doyen : Pr Mohammed BOUSKRAOUI
 Vice doyen à la Recherche et la coopération : Pr. Mohamed AMINE Vice doyen
 aux affaires pédagogiques : Pr. Redouane EL FEZZAZI Secrétaire Général
 : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

**Liste nominative du personnel
 enseignants chercheurs permanent**

N°	Nom & Prénom	Cadre	Spécialité
01	BOUSKRAOUI Mohammed (Doyen)	P.E.S	Pédiatrie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
04	AIT ENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
05	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
06	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
07	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
08	KISSANI Najib	P.E.S	Neurologie
09	SARF Ismail	P.E.S	Urologie
10	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophtalmologie
11	FINECH Benasser	P.E.S	Chirurgie générale
12	ZOUHAIR Said	P.E.S	Microbiologie
13	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
14	MOUTAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie
15	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
16	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
17	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie
18	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
19	BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
20	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne
21	MOUDOUNI Said Mohammed	P.E.S	Urologie
22	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
23	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
24	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	P.E.S	Anesthésie-réanimation
25	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
26	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
27	SAIDI Halim	P.E.S	Traumato-orthopédie

28	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
29	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
30	ABOULFALAH Abderrahim	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
31	NAJEB Youssef	P.E.S	Traumato-orthopédie
32	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
33	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
34	EL FEZZAZI Redouane (Vice Doyen aux affaires pédagogiques)	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
35	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
36	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
37	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
38	AMINE Mohamed (Vice Doyen de la recherche et de la coopération)	P.E.S	Epidémiologie clinique
39	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
40	EL HOUDZI Jamila	P.E.S	Pédiatrie
41	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
42	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
43	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie
44	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
45	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
46	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation
47	ADERDOUR Lahcen	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
48	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
49	FOURAJI Karima	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
50	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie-virologie
51	KOULALI IDRISSE Khalid	P.E.S	Traumato-orthopédie
52	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie-chimie
53	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie-réanimation
54	ABOUSSAIR Nisrine	P.E.S	Génétique
55	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
56	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
57	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
58	HAJJI Ibtissam	P.E.S	Ophtalmologie
59	EL HAOURY Hanane	P.E.S	Traumato-orthopédie
60	MADHAR Si Mohamed	P.E.S	Traumato-orthopédie
61	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
62	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie
63	LAKMICHI Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
64	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
65	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
66	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
67	ABOU EL HASSAN Taoufik	P.E.S	Anesthésie-réanimation

68	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métabolique
69	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie
70	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie
71	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
72	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
73	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
74	KHOUCHANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
75	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
76	AIT BENKADDOUR Yassir	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
77	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
78	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie-virologie
79	NARJISS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
80	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
81	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
82	ALAOUI Mustapha	P.E.S	Chirurgie-Vasculaire périphérique
83	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
84	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
85	QAMOUSS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
86	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
87	GHOUNDALE Omar	P.E.S	Urologie
88	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
89	MOUFID Kamal M	P.E.S	Urologie
90	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
91	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
92	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophtalmologie
93	AIT AMEUR Mustapha	P.E.S	Hématologie biologique
94	BASSIR Ahlam	P.E.S	Gynécologie obstétrique
95	BENZAROUEL Dounia	P.E.S	Cardiologie
96	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
97	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie obstétrique
98	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
99	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
100	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
101	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
102	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
103	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
104	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
105	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
106	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
107	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
108	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
109	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale

110	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
111	EL IDRISSE SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
112	TAZI Mohamed Illias	P.E.S	Hématologie clinique
113	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
114	BELKHOUS Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
115	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
116	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
117	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
118	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
119	BOURRAHOUCHE Aicha	P.E.S	Pédiatrie
120	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
121	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
122	RADA Nouredine	P.E.S	Pédiatrie
123	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
124	AISSAOUI Yunes	P.E.S	Anesthésie-réanimation
125	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
126	BSISS Mohammed Aziz	Pr Ag	Biophysique
127	EL OMRANI Abdelhamid	Pr Ag	Radiothérapie
128	ALJ Soumaya	Pr Ag	Radiologie
129	BELBARAKA Rhizlane	Pr Ag	Oncologie médicale
130	OUBAHA Sofia	Pr Ag	Physiologie
131	EL AMRANI Moulay Driss	Pr Ag	Anatomie
132	BENALI Abdeslam	Pr Ag	Psychiatrie
133	RBAIBI Aziz	Pr Ag	Cardiologie
134	EL HAOUATI Rachid	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
135	FAKHRI Anass	Pr Ag	Histologie-embryologiecytogénétique
136	SAJIAI Hafsa	Pr Ag	Pneumo-phtisiologie
137	LAKOUICHMI Mohammed	Pr Ag	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
138	EL KHADER Ahmed	Pr Ag	Chirurgie générale
139	DAROUASSI Youssef	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
140	SEDDIKI Rachid	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
141	BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pr Ag	Pneumo-phtisiologie
142	ZEMRAOUI Nadir	Pr Ag	Néphrologie
143	SALAMA Tarik	Pr Ag	Chirurgie pédiatrique
144	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Histologie-embryologie cytogénétique
145	IHBIBANE Fatima	Pr Ag	Maladies infectieuses
146	AIT BATAHAR Salma	Pr Ag	Pneumo-phtisiologie
147	BELBACHIR Anass	Pr Ag	Anatomie pathologique
148	CHRAA Mohamed	Pr Ag	Physiologie
149	ZARROUKI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
150	ADARMOUCH Latifa	Pr Ag	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)

151	SERGHINI Issam	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
152	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Pr Ag	Chirurgie thoracique
153	EL MEZOUARI El Mostafa	Pr Ag	Parasitologie mycologie
154	TOURABI Khalid	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
155	LAHKIM Mohammed	Pr Ag	Chirurgie générale
156	ABIR Badreddine	Pr Ag	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
157	GHAZI Mirieme	Pr Ag	Rhumatologie
158	MOUHSINE Abdelilah	Pr Ag	Radiologie
159	KADDOURI Said	Pr Ag	Médecine interne
160	MARGAD Omar	Pr Ag	Traumatologie-orthopédie
161	NADER Youssef	Pr Ag	Traumatologie-orthopédie
162	MLIHA TOUATI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
163	EL KAMOUNI Youssef	Pr Ag	Microbiologie-virologie
164	ARABI Hafid	Pr Ag	Médecine physique et réadaptation Fonctionnelle
165	BELHADJ Ayoub	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
166	ARSALANE Adil	Pr Ag	Chirurgie thoracique
167	BOUZERDA Abdelmajid	Pr Ag	Cardiologie
168	ABDELFETTAH Youness	Pr Ass	Rééducation et réhabilitation Fonctionnelle
169	ZOUIZRA Zahira	Pr Ass	Chirurgie Cardio-vasculaire
170	REBAHI Houssam	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
171	BENNAOUI Fatiha	Pr Ass	Pédiatrie
172	LAFFINTI Mahmoud Amine	Pr Ass	Psychiatrie
173	LOQMAN Souad	Pr Ass	Microbiologie et toxicologie Environnementale
174	FDIL Naima	Pr Ass	Chimie de coordination bio-organique
175	ASSERRAJI Mohammed	Pr Ass	Néphrologie
176	JANAH Hicham	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
177	ALAOUI Hassan	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
178	ESSADI Ismail	Pr Ass	Oncologie médicale
179	NASSIM SABAH Taoufik	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
180	RHARRASSI Issam	Pr Ass	Anatomie-patologique
181	LALYA Issam	Pr Ass	Radiothérapie
182	FENANE Hicham	Pr Ass	Chirurgie thoracique
183	HAMMOUNE Nabil	Pr Ass	Radiologie
184	AMINE Abdellah	Pr Ass	Cardiologie
185	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ass	Cardiologie
186	ABDOU Abdessamad	Pr Ass	Chirurgie Cardio-vasculaire
187	SEBBANI Majda	Pr Ass	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
188	ELBAZ Meriem	Pr Ass	Pédiatrie

189	HAMMI Salah Eddine	Pr Ass	Médecine interne
190	MILOUDI Mohcine	Pr Ass	Microbiologie-virologie
191	BELARBI Marouane	Pr Ass	Néphrologie
192	AKKA Rachid	Pr Ass	Gastro-entérologie
193	BAALLAL Hassan	Pr Ass	Neurochirurgie
194	BELFQUIH Hatim	Pr Ass	Neurochirurgie
195	BABA Hicham	Pr Ass	Chirurgie générale
196	JALLAL Hamid	Pr Ass	Cardiologie
197	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ass	Ophthalmologie
198	WARDA Karima	Pr Ass	Microbiologie
199	EL AMIRI My Ahmed	Pr Ass	Chimie de Coordination bio-organnique
200	CHETTATI Mariam	Pr Ass	Néphrologie
201	BELLASRI Salah	Pr Ass	Radiologie
202	OUMERZOUK Jawad	Pr Ass	Neurologie
203	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ass	Cardiologie
204	RAISSI Abderrahim	Pr Ass	Hématologie clinique
205	HAJJI Fouad	Pr Ass	Urologie
206	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
207	EL FAKIRI Karima	Pr Ass	Pédiatrie
208	NASSIH Houda	Pr Ass	Pédiatrie
209	AIT ERRAMI Adil	Pr Ass	Gastro-entérologie
210	SAYAGH Sanae	Pr Ass	Hématologie
211	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ass	Radiologie
212	ELOUARDI Youssef	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
213	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ass	Parasitologie mycologie
214	AZIZ Zakaria	Pr Ass	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
215	DOUIREK Fouzia	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
216	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ass	Hématologie clinique
217	DAMI Abdallah	Pr Ass	Médecine Légale
218	EL HAMZAOUI Hamza	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
219	BENANTAR Lamia	Pr Ass	Neurochirurgie
220	LAHMINE Widad	Pr Ass	Pédiatrie
221	EL FADLI Mohammed	Pr Ass	Oncologie médicale
222	CHAHBI Zakaria	Pr Ass	Maladies infectieuses
223	RAGGABI Amine	Pr Ass	Neurologie
224	MEFTAH Azzelarab	Pr Ass	Endocrinologie et maladies Métaboliques
225	ROUKHSI Redouane	Pr Ass	Radiologie
226	EL GAMRANI Younes	Pr Ass	Gastro-entérologie
227	SALLAHI Hicham	Pr Ass	Traumatologie-orthopédie
228	ARROB Adil	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
229	SBAAI Mohammed	Pr Ass	Parasitologie-mycologie

230	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ass	Anatomie
231	DARFAOUI Mouna	Pr Ass	Radiothérapie
232	EL-QADIRY Rabiy	Pr Ass	Pédiatrie
233	ELJAMILI Mohammed	Pr Ass	Cardiologie
234	HAMRI Asma	Pr Ass	Chirurgie Générale
235	ELATIQUI Oumkeltoum	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
236	BENZALIM Meriam	Pr Ass	Radiologie
237	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ass	Biochimie
238	LAMRANI HANCH Asmae	Pr Ass	Microbiologie-virologie
239	HAJHOUI Farouk	Pr Ass	Neurochirurgie
240	EL KHAASSOUI Amine	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
241	MAOUJOURD Omar	Pr Ass	Néphrologie
242	SIRBOU Rachid	Pr Ass	Médecine d'urgence et de catastrophe

**Liste nominative du personnel
enseignants chercheurs permanant civils**

N°	Nom & Prénom	Cadre	Spécialité
01	BOUSKRAOUI Mohammed (Doyen)	P.E.S	Pédiatrie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	AIT ENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
04	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
05	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
06	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
07	KISSANI Najib	P.E.S	Neurologie
08	SARF Ismail	P.E.S	Urologie
09	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophtalmologie
10	FINECH Benasser	P.E.S	Chirurgie générale
11	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie
12	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
13	BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
14	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne
15	MOUDOUNI Said Mohammed	P.E.S	Urologie
16	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
17	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
18	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	P.E.S	Anesthésie-réanimation
19	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
20	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
21	SAIDI Halim	P.E.S	Traumato-orthopédie
22	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
23	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
24	ABOULFALAH Abderrahim	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
25	NAJEB Youssef	P.E.S	Traumato-orthopédie

26	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
27	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
28	EL FEZZAZI Redouane (Vice Doyen aux affaires pédagogiques)	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
29	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
30	AMINE Mohamed (Vice Doyen de la recherche et de la coopération)	P.E.S	Epidémiologie clinique
31	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
32	EL HOUDZI Jamila	P.E.S	Pédiatrie
33	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
34	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
35	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie
36	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
37	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
38	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation
39	ADERDOUR Lahcen	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
40	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
41	FOURAJI Karima	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
42	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie-réanimation
43	ABOUSSAIR Nisrine	P.E.S	Génétique
44	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
45	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
46	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
47	HAJJI Ibtissam	P.E.S	Ophthalmologie
48	EL HAOURY Hanane	P.E.S	Traumato-orthopédie
49	MADHAR Si Mohamed	P.E.S	Traumato-orthopédie
50	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
51	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie
52	LAKMICHI Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
53	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
54	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
55	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
56	ABOU EL HASSAN Taoufik	P.E.S	Anesthésie-réanimation
57	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métabolique
58	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie
59	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie
60	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
61	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
62	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
63	KHOUCHANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
64	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
65	AIT BENKADDOUR Yassir	P.E.S	Gynécologie-obstétrique

66	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
67	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie-virologie
68	NARJISS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
69	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
70	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
71	BASSIR Ahlam	P.E.S	Gynécologie obstétrique
72	BENZAROUEL Dounia	P.E.S	Cardiologie
73	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
74	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie obstétrique
75	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
76	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
77	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
78	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
79	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
80	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
81	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
82	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
83	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
84	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
85	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
86	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
87	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
88	EL IDRISSE SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
89	TAZI Mohamed Illias	P.E.S	Hématologie clinique
90	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
91	BELKHOUS Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
92	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
93	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
94	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
95	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
96	BOURRAHOUCHE Aicha	P.E.S	Pédiatrie
97	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
98	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
99	RADA Nouredine	P.E.S	Pédiatrie
100	BSISS Mohammed Aziz	Pr Ag	Biophysique
101	EL OMRANI Abdelhamid	Pr Ag	Radiothérapie
102	ALJ Soumaya	Pr Ag	Radiologie
103	BELBARAKA Rhizlane	Pr Ag	Oncologie médicale
104	OUBAHA Sofia	Pr Ag	Physiologie
105	EL AMRANI Moulay Driss	Pr Ag	Anatomie
106	EL HAOUATI Rachid	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
107	FAKHRI Anass	Pr Ag	Histologie-embryologiecytogénétique

108	SAJIAI Hafsa	Pr Ag	Pneumo-phtisiologie
109	SALAMA Tarik	Pr Ag	Chirurgie pédiatrique
110	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Histologie-embyologie cytogénétique
111	IHBIBANE Fatima	Pr Ag	Maladies infectieuses
112	AIT BATAHAR Salma	Pr Ag	Pneumo-phtisiologie
113	BELBACHIR Anass	Pr Ag	Anatomie pathologique
114	CHRAA Mohamed	Pr Ag	Physiologie
115	ZARROUKI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
116	ADARMOUCH Latifa	Pr Ag	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
117	ABDELFETTAH Youness	Pr Ass	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
118	ZOUIZRA Zahira	Pr Ass	Chirurgie Cardio-vasculaire
119	REBAHI Houssam	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
120	BENNAOUI Fatiha	Pr Ass	Pédiatrie
121	LOQMAN Souad	Pr Ass	Microbiologie et toxicologie environnementale
122	FDIL Naima	Pr Ass	Chimie de coordination bio-organique
123	FENANE Hicham	Pr Ass	Chirurgie thoracique
124	SEBBANI Majda	Pr Ass	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
125	ELBAZ Meriem	Pr Ass	Pédiatrie
126	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ass	Ophthalmologie
127	WARDA Karima	Pr Ass	Microbiologie
128	EL AMIRI My Ahmed	Pr Ass	Chimie de Coordination bio-organnique
129	CHETTATI Mariam	Pr Ass	Néphrologie
130	EL FAKIRI Karima	Pr Ass	Pédiatrie
131	NASSIH Houda	Pr Ass	Pédiatrie
132	AIT ERRAMI Adil	Pr Ass	Gastro-entérologie
133	SAYAGH Sanae	Pr Ass	Hématologie
134	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ass	Radiologie
135	ELOUARDI Youssef	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
136	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ass	Parasitologie mycologie
137	AZIZ Zakaria	Pr Ass	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
138	DOUIREK Fouzia	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
139	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ass	Hématologie clinique
140	DAMI Abdallah	Pr Ass	Médecine Légale
141	EL HAMZAOUI Hamza	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
142	BENANTAR Lamia	Pr Ass	Neurochirurgie
143	LAHMINI Widad	Pr Ass	Pédiatrie
144	EL FADLI Mohammed	Pr Ass	Oncologie médicale
145	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ass	Anatomie
146	DARFAOUI Mouna	Pr Ass	Radiothérapie
147	EL-QADIRY Rabiyy	Pr Ass	Pédiatrie

148	ELJAMILI Mohammed	Pr Ass	Cardiologie
149	HAMRI Asma	Pr Ass	Chirurgie Générale
150	ELATIQUI Oumkeltoum	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
151	BENZALIM Meriam	Pr Ass	Radiologie
152	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ass	Biochimie
153	LAMRANI HANCH Asmae	Pr Ass	Microbiologie-virologie
154	HAJHOUI Farouk	Pr Ass	Neurochirurgie
155	EL KHAASSOUI Amine	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique

**Liste nominative du personnel
enseignants chercheurs permanents militaires**

N°	Nom & Prénom	Cadre	Spécialité
01	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
02	ZOUHAIR Said	P.E.S	Microbiologie
03	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
04	MOUTAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie
05	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
06	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
07	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
08	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
09	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie-virologie
10	KOULALI IDRISSE Khalid	P.E.S	Traumato-orthopédie
11	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie-chimie
12	ALAOUI Mustapha	P.E.S	Chirurgie-Vasculaire périphérique
13	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
14	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
15	QAMOUISS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
16	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
17	GHOUNDALE Omar	P.E.S	Urologie
18	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
19	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
20	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
21	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
22	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophtalmologie
23	AIT AMEUR Mustapha	P.E.S	Hématologie biologique
24	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
25	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation
26	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
27	RBAIBI Aziz	Pr Ag	Cardiologie
28	BENALI Abdeslam	Pr Ag	Psychiatrie
29	LAKOUICHMI Mohammed	Pr Ag	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
30	EL KHADER Ahmed	Pr Ag	Chirurgie générale

31	DAROUASSI Youssef	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
32	SEDDIKI Rachid	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
33	BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pr Ag	Pneumo-phtisiologie
34	ZEMRAOUI Nadir	Pr Ag	Néphrologie
35	SERGHINI Issam	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
36	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Pr Ag	Chirurgie thoracique
37	EL MEZOUARI El Mostafa	Pr Ag	Parasitologie mycologie
38	TOURABI Khalid	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
39	LAHKIM Mohammed	Pr Ag	Chirurgie générale
40	ABIR Badreddine	Pr Ag	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
41	GHAZI Mirieme	Pr Ag	Rhumatologie
42	MOUHSINE Abdelilah	Pr Ag	Radiologie
43	KADDOURI Said	Pr Ag	Médecine interne
44	MARGAD Omar	Pr Ag	Traumatologie-orthopédie
45	NADER Youssef	Pr Ag	Traumatologie-orthopédie
46	MLIHA TOUATI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
47	EL KAMOUNI Youssef	Pr Ag	Microbiologie-virologie
48	ARABI Hafid	Pr Ag	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
49	BELHADJ Ayoub	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
50	ARSALANE Adil	Pr Ag	Chirurgie thoracique
51	BOUZERDA Abdelmajid	Pr Ag	Cardiologie
52	LAFFINTI Mahmoud Amine	Pr Ass	Psychiatrie
53	ASSERRAJI Mohammed	Pr Ass	Néphrologie
54	JANAH Hicham	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
55	ALAOUI Hassan	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
56	ESSADI Ismail	Pr Ass	Oncologie médicale
57	NASSIM SABAH Taoufik	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
58	RHARRASSI Issam	Pr Ass	Anatomie-pathologique
59	LALYA Issam	Pr Ass	Radiothérapie
60	HAMMOUNE Nabil	Pr Ass	Radiologie
61	AMINE Abdellah	Pr Ass	Cardiologie
62	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ass	Cardiologie
63	ABDOU Abdessamad	Pr Ass	Chirurgie Cardio-vasculaire
64	HAMMI Salah Eddine	Pr Ass	Médecine interne
65	MILOUDI Mohcine	Pr Ass	Microbiologie-virologie
66	BELARBI Marouane	Pr Ass	Néphrologie
67	AKKA Rachid	Pr Ass	Gastro-entérologie
68	BAALLAL Hassan	Pr Ass	Neurochirurgie
69	BELFQUIH Hatim	Pr Ass	Neurochirurgie
70	BABA Hicham	Pr Ass	Chirurgie générale
71	JALLAL Hamid	Pr Ass	Cardiologie
72	BELLASRI Salah	Pr Ass	Radiologie

73	OUMERZOUK Jawad	Pr Ass	Neurologie
74	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ass	Cardiologie
75	RAISSI Abderrahim	Pr Ass	Hématologie clinique
76	HAJJI Fouad	Pr Ass	Urologie
77	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
78	CHAHBI Zakaria	Pr Ass	Maladies infectieuses
79	RAGGABI Amine	Pr Ass	Neurologie
80	MEFTAH Azzelarab	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
81	ROUKHSI Redouane	Pr Ass	Radiologie
82	EL GAMRANI Younes	Pr Ass	Gastro-entérologie
83	SALLAHI Hicham	Pr Ass	Traumatologie-orthopédie
84	ARROB Adil	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
85	SBAAI Mohammed	Pr Ass	Parasitologie-mycologie
86	MAOUJOURD Omar	Pr Ass	Néphrologie
87	SIRBOU Rachid	Pr Ass	Médecine d'urgence et de catastrophe

LISTE ARRETEE LE 01/10/2020



DÉDICACES



Au nom d'Allah, le Clément, le Miséricordieux. Louange à Allah, Maître des univers; que le salut et la prière soient sur le plus noble des messagers, le Prophète Mohammad, celui qui a scellé le cycle de la prophétie, sur sa famille, sur ceux qui ont appelé à son message et ont suivi sa tradition et ce, jusqu'au jour de la résurrection.

Seigneur, fais que mon cœur s'ouvre à Ta lumière, fais que ma mission me soit plus aisée à remplir, délie ma langue de tout embarras, afin qu'on puisse comprendre ce que je dis. Louange à Toi, nous ignorons toute science, hormis l'enseignement reçu de Toi, car Tu es l'Omniscient, le Sage.

Nul sentiment n'est aussi beau que la gratitude. Elle fait de nous des êtres de lumière dans la pénombre de la vie, elle ravive la flamme de l'existence et elle nous emplit d'une félicité, un bien-être inouï.

Alors Merci...

Je dédie cette thèse à :

À la mémoire de mon père, Feu Dr Younous LEMTOUNI ;

J'avais tant de choses à te dire mais au moment d'écrire, mes pensées se bousculent. Aucun mot, aucune tournure de phrase aussi limpide et élégante soit-elle ne saurait exprimer mon ressenti. Cela fait 8 ans et quelques jours. Tu n'es plus et tu me manques terriblement. Sache que je ne vis qu'à travers toi, qu'à travers les préceptes que tu m'as inculquée et les sacrifices que tu as fait. Sache que je n'oublierai pas, je n'oublierai jamais l'homme que tu as été, le géniteur de génie, le père aimant, l'ami et le confident. Ceci est mon ultime déclaration d'amour.

À toi mon père, mon papa d'amour, un homme parmi les hommes, un grand parmi les grands, l'étoile qui a longtemps illuminé le firmament de ma jeunesse.

« Cette thèse est avant tout la tienne ».

À ma maman chérie Laïla EL GHOZAIL ;

Sache que ma reconnaissance t'est éternelle. Tu m'as soutenue, portée et supportée. Tu as toujours voulu ce qu'il y avait de meilleur pour moi et tu as toujours fais en sorte que je puisse l'obtenir.

Je n'ai pas souvent l'occasion de te le dire mais tu es une maman extraordinaire et je t'aime énormément. Tu es la lumière qui m'a longtemps permis d'avancer.

Telle l'étoile polaire, tu m'as guidée à travers les nuits noires et dans les eaux tumultueuses.

Puisse Dieu tout puissant t'accorder santé et longévité.

À la mémoire de mon grand-père paternel Mohammed LEMTOUNI ;

Homme de talent et d'esprit, parti trop tôt.

Homme de caractère et de lettres.

Homme généreux et à l'amour inconditionnel.

Je te dédie ce travail en espérant être à la hauteur de tes attentes.

Puisses-tu reposer en paix.

À la mémoire de mon grand-père maternel Abdelkader EL GHOZAIL ;

Je te dédie cette thèse en souvenir du grand-père merveilleux que tu as été et du soutien indéfectible dont tu nous as entourées. Je me souviendrai toujours de ton sourire, je me remémore sans cesse la bonté émanant de tes yeux.

Puisse Dieu t'entourer de sa sainte miséricorde et puisses-tu reposer en paix.

À ma grand-mère paternelle Khadija LEMTOUNI ;

Femme aimante et de fort caractère, j'ai toujours admiré en toi ta patience et ta persévérance. Tes prières ont toujours été pour moi source de force et d'encouragement.

Accepte ce travail comme témoignage de mon amour et de mon respect.

À ma grand-mère maternelle Amina EL YANBOUAI ;

Aucun mot n'est assez fort pour exprimer l'amour que je te porte. Ta tendresse, ton soutien et tes encouragements ont été une bouée de sauvetage dans les moments où j'ai failli sombrer.

Ce travail est un témoignage de ma reconnaissance.

Alla mia sorellina Batoul LEMTOUNI ;

Tu es bien plus qu'une petite sœur, tu es également une amie, la plus ancienne que je connaisse (Profite de ces compliments, ce n'est pas pour tous les jours). Tu as bercé mon enfance de ton flot incessant de bavardages. Tantôt pour raconter des anecdotes, tantôt pour te plaindre, parfois pour hurler. Ta petite voix aux inflexions aiguës a toujours été comme un léger bruit de fond auquel j'ai fini par m'habituer. In ogni caso, j'aurai aimé que tu puisses assister. Je te dédie ce travail dans un geste d'amitié fraternelle.

À Aïcha EDDIB ;

À ma deuxième maman. Ton sourire bienveillant, ton rire communicatif et tes commentaires espiègles ont fait de toi la femme charmante que j'ai connu il y a 25 ans. Tu t'es toujours pliée en quatre pour moi et aujourd'hui je profite de cette occasion pour te déclarer à quel point tu es importante pour et à quel point je t'aime.

À mon oncle Youssef LEMTOUNI, à tati Zohour, à mes cousines Khalissa et Rhita LEMTOUNI ;

Merci de votre soutien indéfectible et infaillible au cours de toutes années.

*À Kenza LEMTOUNI, à son époux Saïd ZOUHAIK et à leurs enfants ;
Merci d'avoir été là durant toutes ces années.*

À mes oncles et tantes ;

Ali, Toufik, Tarik, Karima,

Salma, Aïcha, Tarik, Khalid

Ainsi qu'à leurs conjoints et leurs enfants.

À mes cousines ;

Zineb et Rokaya

A Hbibí My Abdessalam EL YANBOUAI et Hayat ;

Mon enfance a été ponctuée par ces interludes merveilleux où vous nous receviez. Tant de moments de joie on été vécus à vos cotés.

A la mémoire de mon grand oncle Omar LEMTOUNI

*À toute la famille LEMTOUNI, la famille EL GHOZAIL et EL
YANBOUAI*

À mes amis qui ont été une deuxième famille ;

À Salma SOUSSI ;

Ta compagnie est parfois comme un bol d'air frais, parfois comme un coup de poing en plein visage. Tes élucubrations tantôt m'amuse et tantôt m'agacent. Mais sache que je suis fière d'être ta cousine et amie.

À Najwa IMAD ;

Tu es plus qu'une amie tu es une sœur. Tu as ce don de me rendre la foi même dans les moments les plus sombres, toujours avec le sourire et une pointe sarcasme.

À Nidale LAGHFIRI ;

Mon amie de toujours, mon compagnon d'arme dans les longues nuits d'étude. Tes encouragements répétitifs et ton engouement toujours mesuré m'ont été d'une grande aide.

À Hasna LOULLIDA ;

Amie de toujours, amie à jamais. Ma complice, ma compère et ma camarade.

À Asmae LAHOUAOU ;

Amie de longue date qui m'a accompagnée tout au long de ces années

À Fatza LAPARDE et à Nadia LAKHOUAJA ;

Sachez que je suis très contente de vous avoir connues. Vous êtes des amies en or et votre bienveillance est extrêmement touchante.

À ma clique de toujours ;

Zineb ; Ikram ; Fatima ezzahra ; Meryem ; Kawtar ; Soukaina ; Najoua

À mes amis de lycée ;

Sophia ; Simo et Karima

À mon amie d'enfance ;

Sara Quassimi

Au reste de mes amis ;

Sara Haddouga ; Asmaa Lahrougui ; Fatima-Zahra Messaoudi ; Loubna Mekhichoune ; Siham El ghozaïl ; Hamza Lag ; Othmane Lamoïhi ; Badr Nacer ; Hamza Lagtarna ; Ilyass Lachgar ; Ilham Lemkadimi

*À mon professeur de lycée Mr El Abbes Semlali ;
Il est certains enseignants qui vous marquent à jamais ; de ces
enseignants qui vous permettent de voir la lumière en vous. Vous en
faites partie et je vous en suis extrêmement reconnaissante.*

*À tous ceux que j'ai omis de citer par inadvertance ;
Merci d'avoir été là.*

À notre maître Monsieur Ismaïl ESSADI
Professeur assistant d'Oncologie médicale
Hôpital Militaire Avicenne Marrakech

*Nous tenons à vous remercier pour votre implication dans ce travail et
l'aide apportée tout au long de sa réalisation.*

*Veillez accepter l'expression de notre gratitude ainsi que notre
reconnaissance à tous ceux qui ont participé à ce travail.*



REMERCIEMENTS



À notre maître et présidente de thèse
Madame Mouna KHOUCHANI
Professeur de Radiothérapie à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de
Marrakech ;

Chef de service d'oncologie au Centre d'Oncologie et Hématologie au CHU
Mohamed VI de Marrakech

*Nous vous sommes extrêmement reconnaissants d'avoir accepté de
présider notre travail de thèse. Vous nous faites un grand honneur de
par votre présence.*

*Vos compétences professionnelles et vos qualités humaines forcent le
respect et l'admiration. À nos yeux vous avez valeur d'exemple car vous
tracez le chemin.*

*Puissent de nombreuses générations de médecins vous croiser et avoir la
chance de profiter de votre immense savoir.*

*Veillez cher maître trouver dans ce travail l'expression de mon
immense considération et de mon profond respect.*

À notre maître et rapporteur de thèse
Monsieur Mohammed LAHKIM
Professeur agrégé de Chirurgie Générale
Hôpital Militaire Avicenne Marrakech

*Vous nous avez accordé un immense honneur en acceptant de nous
confier ce travail.*

*Travailler sous votre égide a été un bonheur immense et nous sommes très
fières d'avoir appris à vos côtés.*

*Permettez nous d'exprimer notre gratitude quant à votre encadrement
tout au long de cette thèse.*

*Veillez y trouver l'expression de notre reconnaissance et de notre
respect.*

À notre maître et jury de thèse
Monsieur Rachid EL BARNI
Professeur de Chirurgie générale à la Faculté de Médecine et de
Pharmacie de Marrakech ;
Chef de service de Chirurgie Générale
Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech

Nous sommes extrêmement honorés que vous ayez accepté de juger ce travail. Nous sommes également reconnaissants que vous ayez agréé de nous faire bénéficier de vos connaissances ainsi que de votre expérience. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre gratitude et de notre respect.



TABLEAUX & FIGURES



Liste des tableaux

Tableau I : Comparaison des localisations tumorales et profil épidémiologique

Tableau II : Comparaison des localisations tumorales en RCP

Liste des Figures

- Figure 1.** Répartition des participants selon leur spécialité
- Figure 2.** Répartition des participants selon leur statut
- Figure 3.** Intérêt porté à la RCP
- Figure 4.** Participation à la RCP
- Figure 5.** Fréquence de participation à la RCP
- Figure 6.** Priorité de la présentation des dossiers à la RCP
- Figure 7.** Gestion des dossiers non présentés à la RCP
- Figure 8.** Référentiels et cas non complexes
- Figure 9.** Raisons de soumission d'un dossier à la RCP
- Figure 10.** Proportion de dossiers présentés à la RCP
- Figure 11.** Fréquence de présentation des dossiers à la RCP par soi-même
- Figure 12.** Fréquence de présentation des dossiers par un collègue
- Figure 13.** Support de présentation des dossiers
- Figure 14.** Attitude adoptée lors de la présentation des dossiers
- Figure 15.** RCP et son implication dans le changement de diagnostic
- Figure 16.** Manifestations du changement diagnostique
- Figure 17.** RCP et examens paracliniques supplémentaires
- Figure 18.** RCP et son implication dans le changement de PEC initiale
- Figure 19.** Fréquence de rediscussion des dossiers en RCP
- Figure 20.** Satisfaction après délibération en RCP
- Figure 21.** Raisons de satisfaction vis-à-vis de la RCP
- Figure 22.** Causes d'insatisfaction vis-à-vis de la RCP
- Figure 23.** Fréquence de désaccord avec la RCP
- Figure 24.** Attitude en cas de désaccord avec la RCP
- Figure 25.** La décision appliquée suite à une RCP
- Figure 26.** Information du patient d'une décision de la RCP
- Figure 27.** Délai entre RCP et instauration du traitement

- Figure 28.** Répartition selon l'âge
- Figure 29.** Répartition selon le sexe
- Figure 30.** Antécédents notables
- Figure 31.** Antécédents toxiques
- Figure 32.** Antécédents familiaux de cancer
- Figure 33.** Répartition des localisations tumorales
- Figure 34.** Répartition selon le type histopathologique
- Figure 35.** La présence de ganglions métastatiques
- Figure 36.** La présence de métastases à distance
- Figure 37.** La fréquence des localisations métastatiques
- Figure 38.** Présence d'une classification TNM
- Figure 39.** Répartition selon l'extension tumorale
- Figure 40.** Marqueurs tumoraux
- Figure 41.** Présence de polypes à la fibroscopie
- Figure 42.** Modalités thérapeutiques curatives
- Figure 43.** Présence d'une stomie
- Figure 44.** Type de stomie réalisée
- Figure 45.** Passage au traitement palliatif
- Figure 46.** Type de traitement palliatif
- Figure 47.** Objectifs de la soumission du dossier à la RCP
- Figure 48.** Nombre de discussions
- Figure 49.** Types de décisions prises en RCP



ABBREVIATIONS



Listes d'abréviations

ACE	: Antigène Carcino Embryonnaire
ADK	: Adénocarcinome
AFP	: Alpha FoetoProtéine
AJCC	: American Joint Committee on Cancer
AMM	: Autorisation de Mise sur le Marché
ATCD	: Antécédent
CA 19-9	: Carbohydrate Antigen 19_9
CE	: Carcinome Epidermoide
CHC	: Carcinome Hépatocellulaire
Chimiottt	: Chimiothérapie
CPI	: Carcinome à Primitif Inconnu
ESMO	: European Society for Medical Oncology
Ex	: Exploration
GIST	: Tumeur Stromale GastroIntestinale
HMA	: Hôpital Militaire Avicenne
IA	: Insuffisance Anastomotique
LAMN	: Low Grade Appendiceal Mucinous Neoplasm
MSI	: Microsattelite Instability
NCCN	: National Comprehensive Cancer Network
ND	: Non Disponible
NM	: Non Mentionné
PEC	: Prise En Charge
PNPCC	: Plan National de Prévention et du Contrôle du cancer
POMR	: Problem Oriented Medical Record
Radiottt	: Radiothérapie
RCC	: Radio Chimiothérapie Concomittante
RCP	: Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
TNE	: Tumeur Neuroendocrine
TNM	: Tumor Node Metastasis
Ttt	: Traitement



PLAN



INTRODUCTION	1
CADRE CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE	5
MATÉRIEL ET MÉTHODES	7
I. La recherche bibliographique.....	8
II. Type de l'étude.....	8
III. Population de l'étude.....	8
IV. Déroulement de l'étude.....	9
V. L'analyse statistique.....	10
RÉSULTATS	11
I. Étude qualitative.....	12
1. Généralités.....	12
2. Présentation des dossiers.....	15
3. Déroulement de la RCP.....	20
4. Délibération, décision et information du patient.....	23
5. Propositions afin d'améliorer la RCP d'oncologie digestive.....	29
II. Étude quantitative.....	30
1. Le volet épidémiologique.....	31
2. Le volet diagnostique.....	33
3. Le volet thérapeutique.....	40
4. Le volet organisationnel.....	43
DISCUSSION	46
I. Discussion qualitative.....	49
1. Qui intervient dans une RCP ?.....	49
2. Qui participe à la RCP ?.....	51
3. Quels dossiers sont présentés à la RCP ?.....	51
4. Pourquoi soumettre un dossier à la RCP ?.....	52
5. Qui présente les dossiers à la RCP ?.....	53
6. RCP et changement diagnostique et thérapeutique.....	54
7. RCP, relation médecin-patient et dispositif d'annonce.....	54
8. RCP, source de satisfaction.....	56
9. RCP et application de la décision.....	57
10. RCP, référentiels et exhaustivité.....	58
11. RCP et besoin de collégialité.....	59
12. RCP : une légitimation médico-économique.....	60
13. RCP : Lieu de responsabilité.....	60
II. Discussion quantitative.....	61
1. Volet épidémiologique.....	61
2. Volet diagnostique.....	63
3. Le volet thérapeutique.....	68
4. Le volet organisationnel.....	71

RECOMMANDATIONS.....	73
CONCLUSION.....	75
ANNEXES.....	77
RÉSUMÉS.....	83
BIBLIOGRAPHIE.....	87



INTRODUCTION



La RCP ou réunion de concertation pluridisciplinaire est un concept développé à des fins d'organisation et de validation de certaines prises de décisions notamment diagnostiques et thérapeutiques jugées comme complexes et surtout contraignantes pour un praticien unique.

La RCP est définie comme une rencontre permettant aux professionnels de diverses disciplines de travailler ensemble pour offrir des soins complets qui répondent autant que possible aux besoins du patient. Cela peut être assuré par un éventail de professionnels fonctionnant en équipe sous un même parapluie organisationnel ou par des professionnels d'un éventail d'organisations... À mesure que l'état d'un patient change au fil du temps, la composition de l'équipe peut changer pour refléter l'évolution des besoins cliniques et psychosociaux du patient [1]. La RCP permet également de prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge selon la science [2].

L'historique de la RCP peut être retracé jusqu'au milieu des années 70 du siècle dernier. En 1975 on discutait l'introduction du POMR (Problem Oriented Medical Record) en psychiatrie et son évaluation hebdomadaire par une équipe multidisciplinaire [3], en 1987 on s'essayait à l'appréciation de la prise en charge gériatrique multidisciplinaire [4] et en 1998 on évaluait l'impact des RCP sur la diminution de la prescription de psychotropes en Suède [5]. Durant les années 80 les conférences téléphoniques faisant office de réunions multidisciplinaires ont également été évaluées [6]. Les utilisations de la RCP sont donc multiples et applicables à un nombre incalculable de pathologies, toutefois la pathologie cancéreuse demeure sans équivoque une des plus discutées. Dès 1975, la RCP s'est vue attribuée une place de choix en oncologie quand elle a été désignée 4^{ème} modalité de prise en charge après la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie [7].

De nos jours, les cancers continuent d'être un problème majeur de santé publique et l'intérêt des réunions pluridisciplinaires est plus que jamais avéré. Dans notre contexte marocain plus qu'ailleurs, la pathologie cancéreuse se caractérise par sa complexité du fait du retard de consultation et donc de prise en charge. Ces RCP font office de consultations pluridisciplinaires régulières évitant au patient les errances autant administratives que médicales et instaurant un

équivalent de « guichet unique » centralisant à la fois la décision ainsi que la prise en charge. L'itinéraire du patient à son admission se voit dès lors raccourci. La RCP sert de plateforme pour la prestation coordonnée de soins grâce à la consultation entre différents professionnels dans un cadre unique [8]. Différents spécialistes impliqués dans la prise en charge du cancer sont appelés à converser : chirurgiens, oncologues, radiothérapeutes, pathologistes... [8] constituant un quorum dont les membres doivent être présélectionnés. La discussion se doit être globale et multiparamétrique et la décision collégiale pour régler les problématiques souvent diagnostiques et thérapeutiques [2].

En occident la RCP est actuellement considérée comme une véritable institution. Elle a été implémentée dans la prise en charge oncologique un peu partout en Europe, aux États-Unis et en Australie [9]. En 2003, les pouvoirs publics français ont institutionnalisé la tenue de la RCP dans le cadre du plan cancer 2003 arguant une amélioration de la qualité de la prise en charge et un accès facilité aux innovations thérapeutiques [2]. Ainsi toute prescription d'un traitement anti cancéreux hors AMM fera l'objet d'une validation préalable de la RCP.

Au Maroc, le cadre législatif pouvant règlementer la tenue de ce genre de réunions est inexistant et les lignes directrices nationales mises en place lors de l'établissement du Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC) demeurent floues. Cependant la majorité des centres de lutte contre le cancer, et les services d'oncologie des centres hospitalo-universitaires s'attèlent à des expérimentations locales parfois individuelles dans l'espoir d'une tenue régulière et effective des RCP. Ces tentatives bien que souffrant d'un défaut logistique et institutionnel, constituent un véritable vecteur permettant de canaliser les prises en charge des patients vers les recommandations des sociétés savantes en l'absence de référentiel thérapeutique national.

Les études ont généralement indiqué que les équipes multidisciplinaires étaient associées à des changements de stadification ou de diagnostic, des changements de plans de prise en charge initiaux, à des taux de traitement plus élevés, des délais de traitement plus courts après le diagnostic, à une meilleure survie et au respect des recommandations cliniques [8].

Ce travail a l'ambition de dresser une évaluation ponctuelle de la RCP en oncologie digestive à l'hôpital militaire Avicenne (HMA), à travers l'appréciation des participants à cette réunion, et un aperçu de l'activité de cette RCP sur une période de 2 années, allant de Décembre 2017 à Novembre 2019.



*CADRE CONCEPTUEL
DE L'ÉTUDE*



La prise en charge des cancers dans les structures de soins requiert une approche pluri professionnelle et multidisciplinaire [10]. La cancérologie est une discipline complexe nécessitant une prise en charge codifiée dans le respect de référentiels thérapeutiques clairs. L'oncologie digestive est encore plus compliquée du fait de la prise en charge lourde et psychologiquement contraignante qu'elle génère. L'organisation des soins en oncologie doit être primordiale et la RCP constitue l'un des garants de leur qualité et une pierre angulaire assurant la conformité aux normes de prise en charge internationales. Malgré le vide législatif marocain, un nombre considérable de structures hospitalières s'essaie à formaliser ces réunions dans le cadre de tentatives jeunes et prometteuses. Leurs décisions sont basées sur l'application adaptée de référentiels internationaux notamment (National Comprehensive Cancer Network, NCCN et European Society for Medical Oncology, ESMO) et sur la concertation du quorum [11].

La RCP de cancérologie à l'hôpital militaire Avicenne a été instituée en Janvier 2016. Elle est organisée de façon hebdomadaire chaque jeudi à 13 heures dans les locaux de l'HMA. Ce comité pluridisciplinaire est ouvert à la totalité des services de l'établissement jugeant le cas d'un patient nécessitant entretien. Certains intervenants sont cependant constants notamment les chirurgiens viscéraux, les oncologues, les radiothérapeutes et les pathologistes. Le coordinateur de la séance joue à lui seul un rôle clé dans le maintien et l'organisation de ces réunions tout en assurant la traçabilité de la décision et sa diffusion. Différentes spécialités siègent à cette RCP. On notera la présence de dossiers d'urologie et d'ORL, avec une prépondérance remarquable des dossiers de chirurgie viscérale.

Les critères de sélection des dossiers relèvent souvent d'une problématique diagnostique et plus fréquemment d'une problématique thérapeutique requérant soit une décision ou un complément de traitement. Les médecins seniors présents chaperonnent les médecins internes et résidents toujours aux abonnés présents à la RCP.



*MATÉRIEL
ET MÉTHODES*



I. La recherche bibliographique

Dans un premier temps, nous avons entamé une recherche bibliographique, étape incontournable afin de maîtriser les multiples paramètres de cette étude.

Les plateformes « Pub Med » et « Science direct » ont été largement utilisées. Plusieurs mots clés ont été employés notamment « MDT meeting », « case review meeting », « MD tumorboard »...

II. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive visant à évaluer la RCP dans le cadre de la gestion des cancers digestifs à l'HMA.

On s'intéressera à deux volets : qualitatif puis quantitatif.

- Le volet qualitatif en étude transversale vise à évaluer l'appréciation des différents participants à ces réunions via un questionnaire électronique. **(Annexe 1)**
- Le volet quantitatif étayé au travers d'une évaluation analytique rétrospective couvre les dossiers de la RCP présentés sur 24 mois s'étalant de Décembre 2017 à Novembre 2019. **(Annexe 2)**

III. Population de l'étude

- Le volet qualitatif de notre étude cherche à mettre en évidence l'appréciation des participants, tous médecins, et leur implication dans la tenue de la RCP. Tout praticien, toute spécialité comprise, ayant assisté au moins une fois à une réunion pluridisciplinaire organisée au sein de l'HMA a reçu un questionnaire anonyme via son adresse mail.

- Le volet quantitatif quant à lui explore les données relatives aux dossiers relevant de l'oncologie viscérale présentés à la RCP. Un même patient peut être présenté plusieurs fois selon les besoins de sa prise en charge et la décision de son médecin référent. Une fiche d'exploitation a été mise en place pour recouvrer ces données à partir du registre informatisé de la RCP. Sur un total de 210 patients, seuls 153 ont été retenus.
- Critères d'inclusion :
 - Patient âgé d'au moins 18 ans
 - Preuve histologique de malignité
 - Localisation digestive du cancer
 - Présenté au moins une fois à la RCP
 - Accessible sur le registre informatisé de la RCP
 - CHC diagnostiqué radiologiquement
- Critères d'exclusion :
 - Absence de preuve anatomopathologique de malignité
 - Dossiers non présentés à la RCP
 - Localisation tumorale autre que digestive

IV. Déroulement de l'étude

Le questionnaire qualitatif a été rédigé sur le site Askabox .fr. Le lien généré par le site a été envoyé par mail aux participants le 16 Janvier 2020. Ces derniers ont été avisés des objectifs de l'étude et du caractère volontaire et anonyme de leur participation . Le temps de réponse moyen était de 05 minutes. Nous avons procédé à un rappel unique . Le recueil des réponses a été clôturé le 16 Mars 2020 soit 2 mois après le premier envoi. L'exploitation s'est intéressée d'abord aux généralités, puis à la participation, présentation des dossiers en RCP et au déroulement de cette dernière. Ensuite la délibération, la prise de décision et l'information du

patient ont été explorées. Finalement les participants ont eu une tribune pour exprimer leurs propositions via un commentaire libre.

Concernant la deuxième partie de l'étude , nous avons procédé à une analyse rétrospective des dossiers présentés lors de la RCP d'oncologie digestive sur une période de 24 mois allant de Décembre 2017 et Novembre 2019. La fiche d'exploitation recherche les données épidémiologiques, les aspects diagnostiques et thérapeutiques des patients puis la décision de la RCP.

V. L'analyse statistique

Pour l'étude qualitative : L'analyse des données recueillies sur les questionnaires a été réalisée par l'intermédiaire du site Askabox.fr. Les résultats sont exprimés en nombres et en pourcentages et illustrés par des graphes.

Concernant l'étude quantitative : Les données ont été recueillies de manière rétrospective sur les fiches d'exploitation. Par la suite nous avons utilisé le logiciel Microsoft Excel sous forme de tableau, regroupant les données contenues sur registre informatisé de la RCP . Les résultats sont là aussi exprimés en nombres et en pourcentages.



RÉSULTATS



I. Étude qualitative

Le questionnaire a été envoyé à 40 médecins dont les adresses mail ont été relevées sur le registre de la RCP géré par le secrétariat du service d'oncologie médicale à l'HMA.

Le taux de réponse était de 55% avec 22 répondants au questionnaire.

1. Généralités

1.1. Répartition selon la spécialité

Les 22 médecins participants se répartissent comme suit :

- 8 médecins oncologues soit 36.4% des répondants
- 6 chirurgiens viscéraux soit 27.3%
- 1 radiothérapeute soit 4.5%
- 1 urologue soit 4.5%
- 1 anatomo-pathologiste soit 4.5%
- Aucun radiologue
- 5 médecins de spécialité autre soit 22.7% : on y note la présence de la chirurgie plastique et réparatrice et de l'oto-rhino-laryngologie

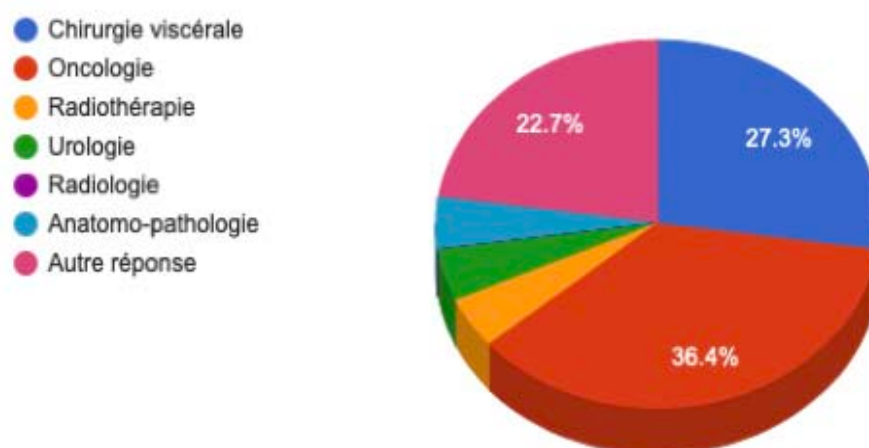


Figure 1. Répartition des participants selon leur spécialité

1.2. Répartition selon le statut des répondants

La répartition selon le statut se fait comme suit :

- 8 enseignants soit 36.4% des participants.
- 8 médecins résidents soit 36.4% des répondants.
- 4 médecins internes soit 18.2%.
- 2 médecins spécialistes : 9.1%.

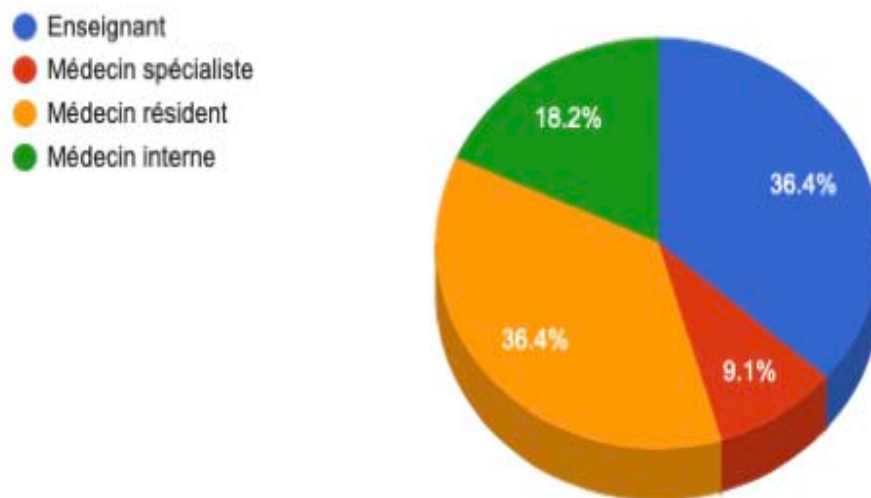


Figure 2. Répartition des participants selon leur statut

1.3. L'intérêt porté à la RCP

La totalité des 22 participants sont convaincus de l'intérêt de la RCP.

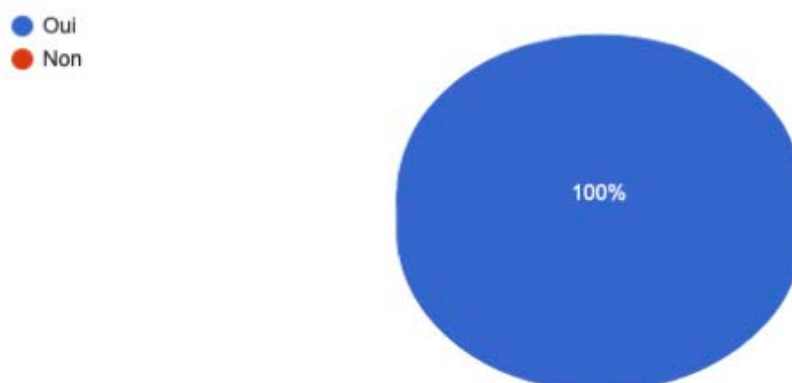


Figure 3. Intérêt porté à la RCP

1.4. Participation à la RCP

100% des répondants affirment participer aux réunions de concertation pluridisciplinaires

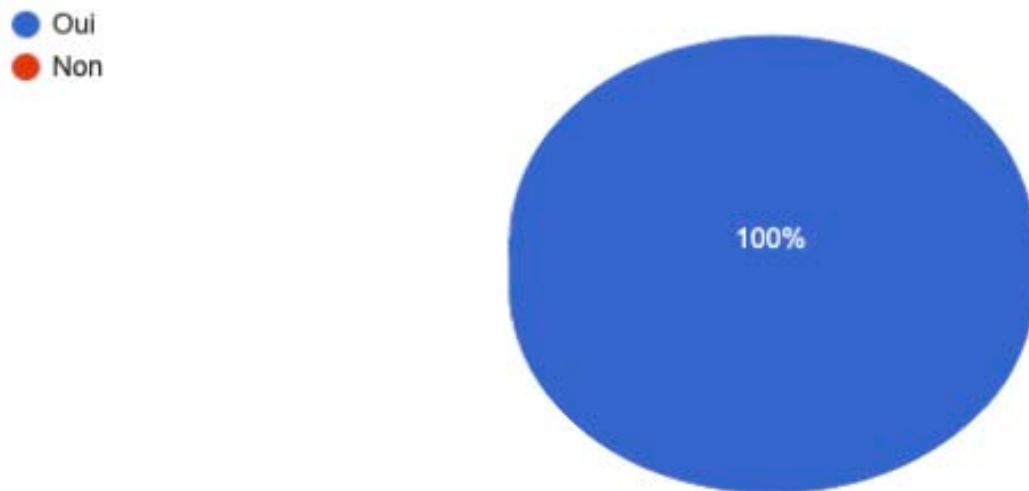


Figure 4. Participation à la RCP

1.5. La fréquence de participation à la RCP

- 11 participants affirment assister chaque semaine à la RCP soit 50%
- 7 médecins assistent uniquement s'ils ont un patient à présenter : 31.8%
- 4 participants assistent parfois : 18.2%

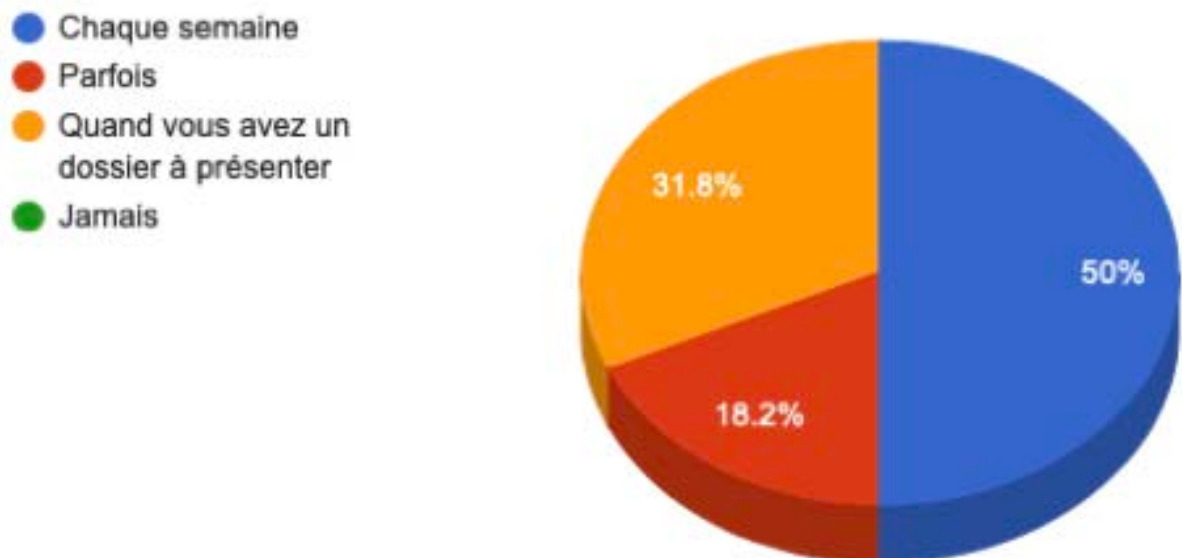


Figure 5. Fréquence de participation à la RCP

2. Présentation des dossiers

2.1. La priorité des dossiers de la RCP

- 5 participants affirment que la localisation priorise la présentation d'un dossier soit 22.7%.
- 4 répondants soutiennent la priorité en fonction du type tumoral : 18.2%.
- 3 participants affirment la priorisation selon le stade avancé : 13.6%.
- 10 médecins ont opté pour une autre réponse soit 45.5% : tout en précisant dans leur majorité l'absence de priorisation d'un dossier par rapport à un autre.

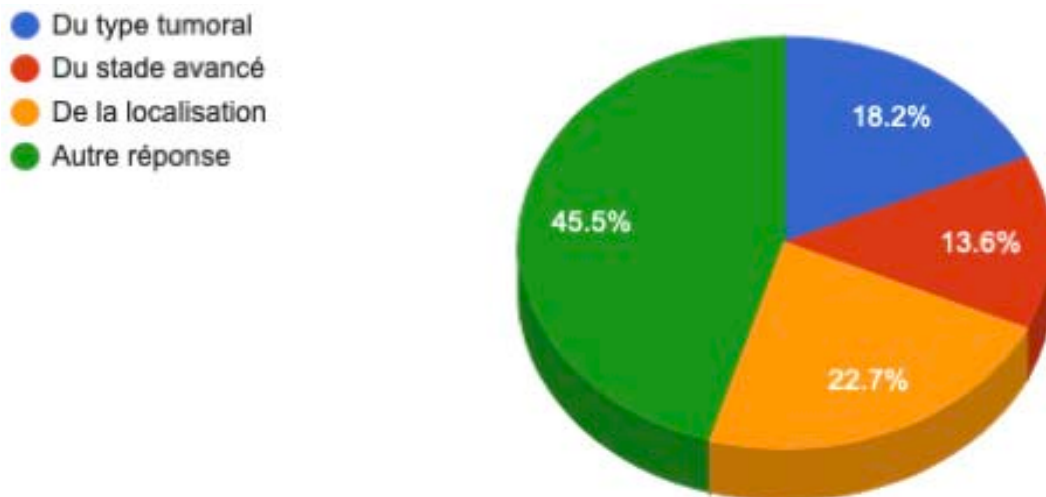


Figure 6. Priorité de la présentation des dossiers à la RCP

2.2. Dossiers non présentés à la RCP

- 17 répondants affirment discuter ces dossiers avec l'équipe du service soit 77.3%
- 2 répondants préfèrent discuter avec un collègue : 9.1%
- 1 répondant en parle au patient et à sa famille : 4.5%
- 2 participants optent pour une réponse autre : 9.1%
- Aucun participant ne prend la décision seul



Figure 7. Gestion des dossiers non présentés à la RCP

2.3. Les référentiels et la discussion de cas non complexes

- 14 répondants ne soutiennent pas l'instauration de référentiels dans le but d'éviter la discussion de cas jugés non complexes soit 63.6%
- 8 participants défendent l'utilisation de référentiels dans cette optique soit 36.4%

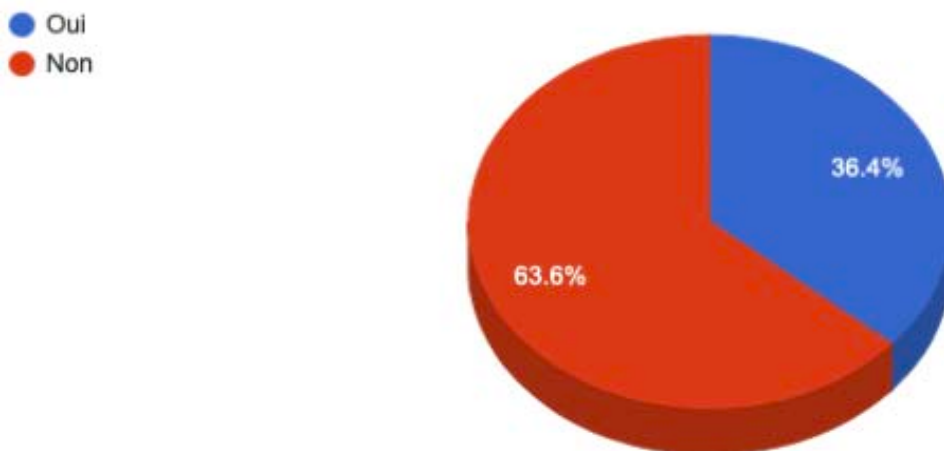


Figure 8. Référentiels et cas non complexes

2.4. Les raisons de soumission d'un dossier à la RCP

- 13 participants (59.1%) affirment recourir à la RCP pour établir un projet thérapeutique.
- 5 médecins (22.7%) y présentent leurs dossiers avant chaque décision thérapeutique.

- 2 répondants participent à la RCP pour valider une PEC initiale soit 9.1%.
- 1 participant (4.5%) y participe si absence de référentiel clair.
- 1 participant (4.5%) présente ses dossiers pour confier ses patients à un collègue d'une autre spécialité.

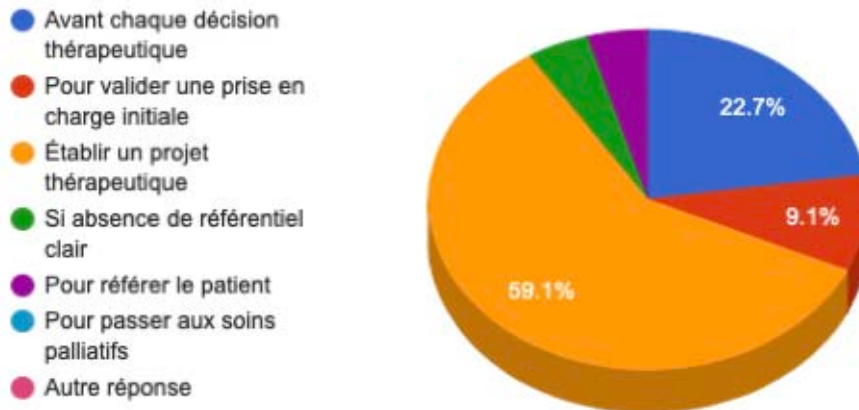


Figure 9. Raisons de soumission d'un dossier à la RCP

2.5. Proportion de dossiers présentés à la RCP

- 11 participants soit 50% affirment présenter les 2/3 de leurs dossiers sur l'ensemble des décisions prises
- 6 répondants (27.3%) présentent environ le 1/3 de leurs patients à la RCP
- 4 répondants (18.2%) affirment présenter la totalité de leurs dossiers
- 1 participant (4.5%) soumet la moitié de ses dossiers à la RCP

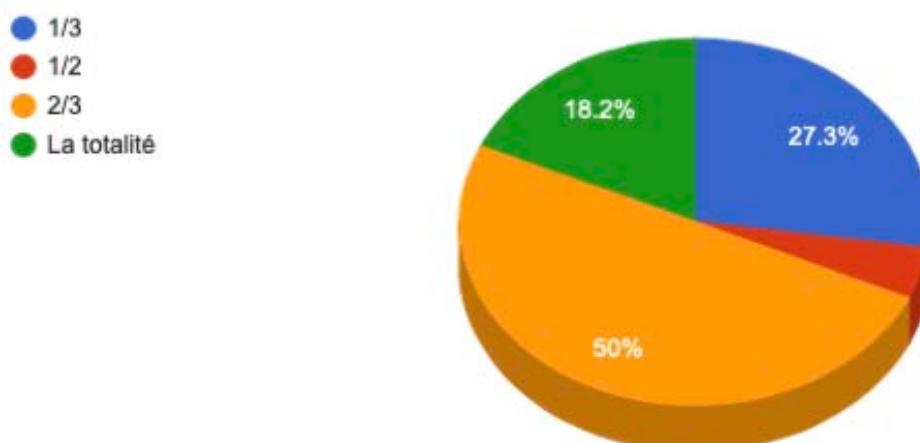


Figure 10. Proportion de dossiers présentés à la RCP

2.6. La fréquence de présentation des dossiers par soi-même

- 8 participants (36.4%) affirment présenter **souvent** leurs dossiers eux-mêmes
- 7 participants (31.8%) affirment présenter **toujours** leurs dossiers eux-mêmes
- 5 participants (22.7%) affirment présenter **parfois** leurs dossiers eux-mêmes
- 2 participants (9.2%) affirment ne **jamais** présenter leurs dossiers eux-mêmes

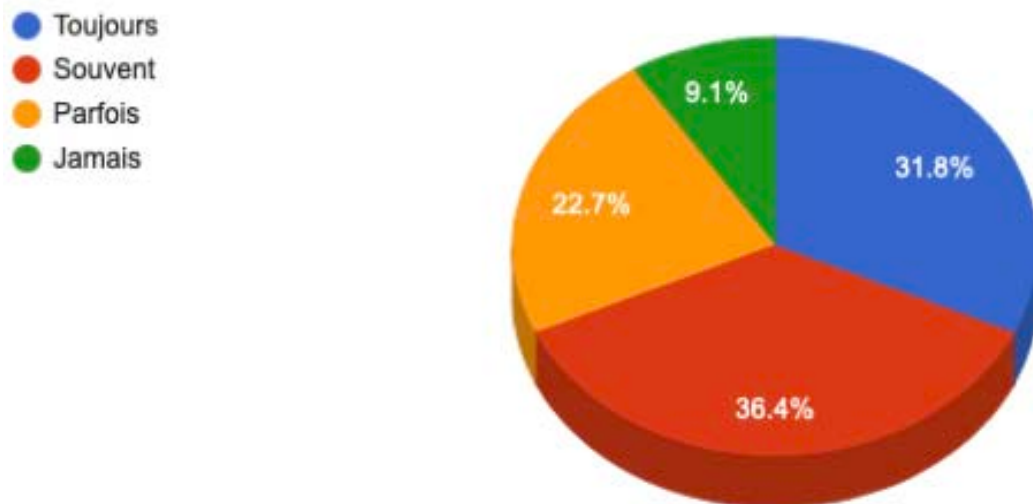


Figure 11. Fréquence de présentation des dossiers à la RCP par soi-même

2.7. Fréquence de présentation des dossiers à la RCP par un collègue

- 16 participants (72.7%) demandent **parfois** à un collègue de présenter leurs dossiers
- 3 participants (13.6%) ne demandent **jamais** à un collègue de présenter leurs dossiers
- 2 participants (9.2%) demandent **souvent** à un collègue de présenter leurs dossiers
- 1 participant (4.5%) demande **toujours** à un collègue de présenter ses dossiers

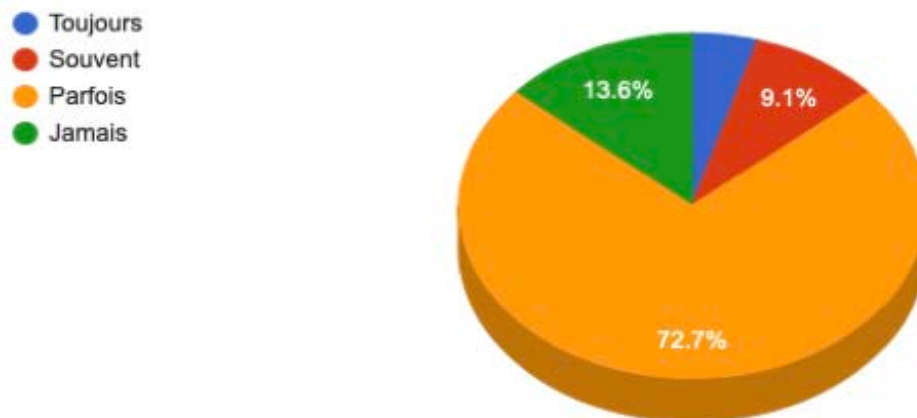


Figure 12. Fréquence de présentation des dossiers par un collègue

2.8. Support de présentation des dossiers

- 19 répondants soit 86.4% utilisent Microsoft Powerpoint comme support de présentation
- 2 participants soit 9.1% affirment présenter oralement
- 1 participant (4.5%) présente sur dossier clinique

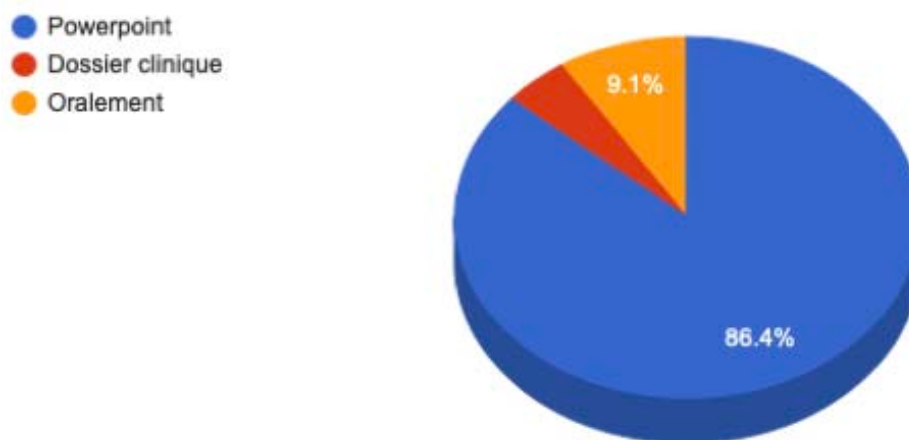


Figure 13. Support de présentation des dossiers

2.9. Attitude adoptée lors de la présentation des dossiers

- 19 participants soit 86.4% défendent leur proposition de prise en charge à la RCP.
- 3 participants soit 13.6% défendent le souhait du patient.
- Aucun praticien ne défend le souhait de la famille.

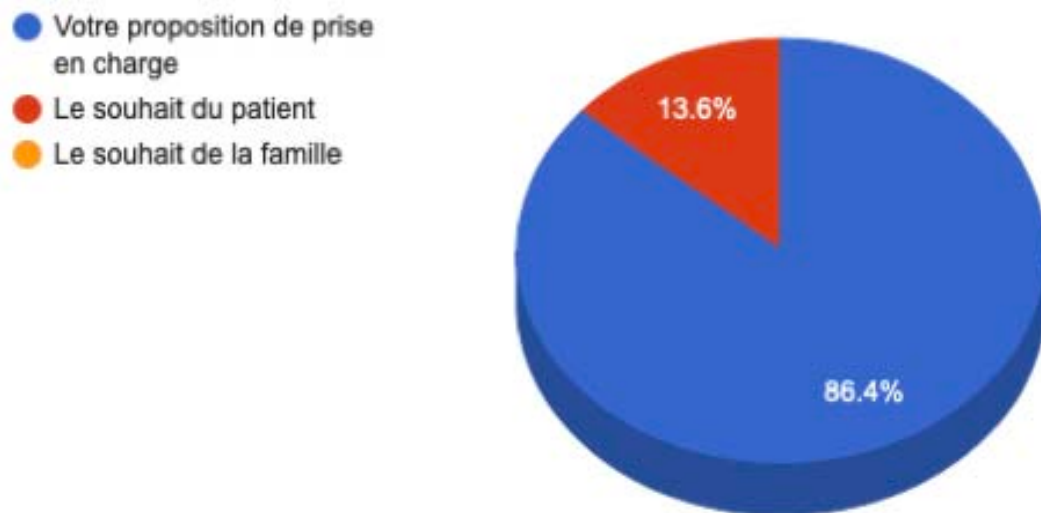


Figure 14. Attitude adoptée lors de la présentation des dossiers

3. Déroulement de la RCP

3.1. RCP et changement de diagnostic

- 19 participants soit 86.4% affirment que la RCP a parfois été à l'origine d'un changement de diagnostic.

- 3 répondants (13.6%) nient l'implication de la RCP dans un quelconque changement de diagnostic.

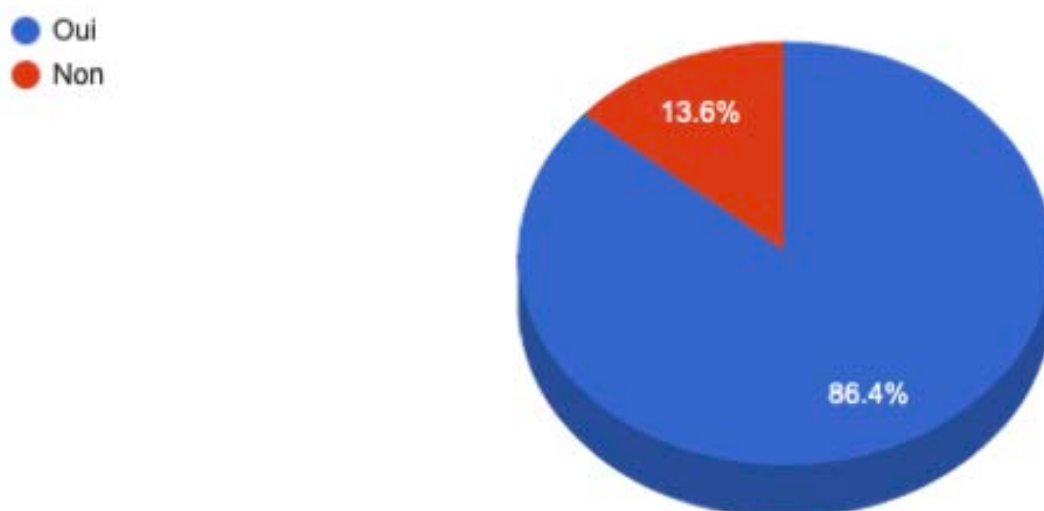


Figure 15. RCP et son implication dans le changement de diagnostic

3.2. Manifestations du changement de diagnostic à la RCP

Les participants ayant affirmé l'implication de la RCP dans le changement de diagnostic ont eu à disposition une multitude de choix pour exprimer les manifestations de ce changement.

- Le point de départ tumoral représente 30% des réponses et a été cité 12 fois.
- Le grade histopathologique représente 25% des réponses et a été cité 10 fois.
- La classification TNM citée 9 fois représente 22.5% des réponses.
- La classification radiologique citée 5 fois représente 12.5% des réponses.
- 10% des réponses optent pour un choix autre.

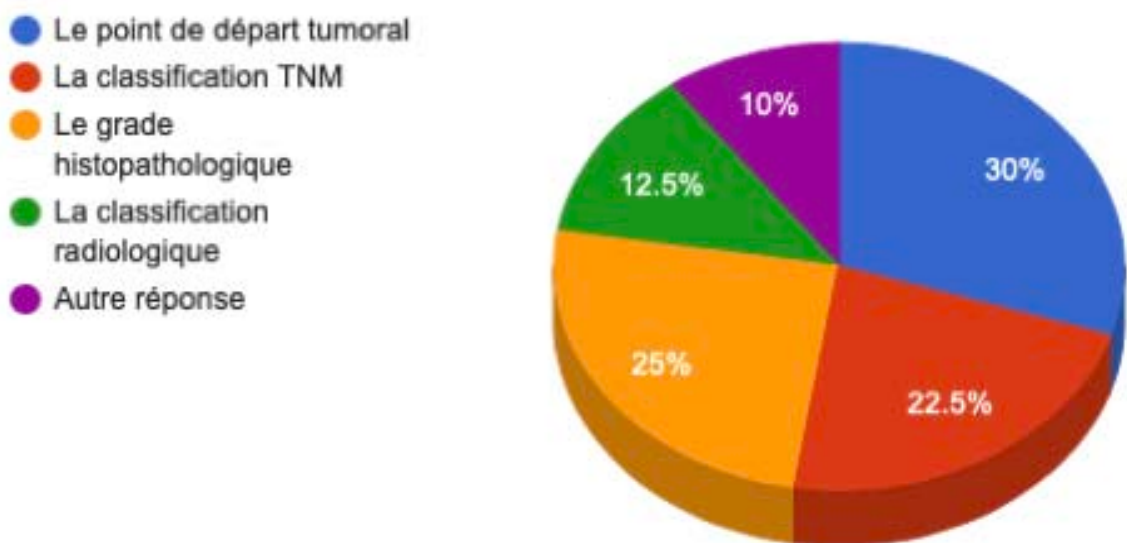


Figure 16. Manifestations du changement diagnostique

3.3. Examens paracliniques supplémentaires en prévision de la RCP

- 15 participants soit 68.2% affirment **souvent** demander des examens paracliniques supplémentaires en prévision d'une RCP.
- 6 participants soit 27.3% affirment **parfois** demander des examens paracliniques supplémentaires en prévision d'une RCP.
- 1 participant soit 4.5% affirme **toujours** demander des examens paracliniques supplémentaires en prévision d'une RCP.
- Aucun participant ne nie avoir recours à cette démarche.

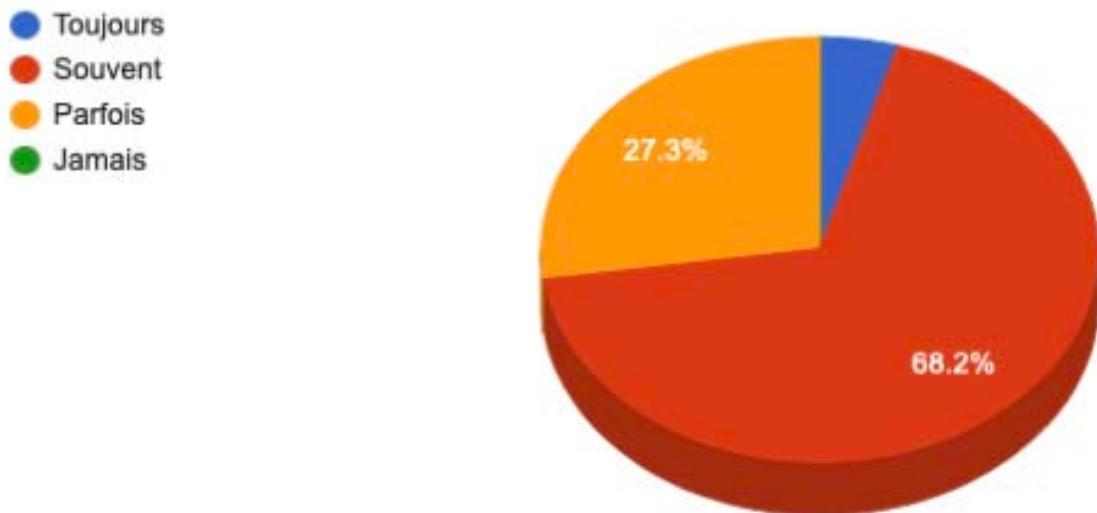


Figure 17. RCP et examens paracliniques supplémentaires

3.4. RCP et changement de PEC initiale

- 16 répondants (72.7%) affirment que la RCP a **parfois** été à l'origine d'un changement de PEC.
- 5 répondants (22.7%) affirment que la RCP a **souvent** été à l'origine d'un changement de PEC.
- 1 répondant (4.5%) affirme que la RCP a **toujours** été à l'origine d'un changement de PEC.

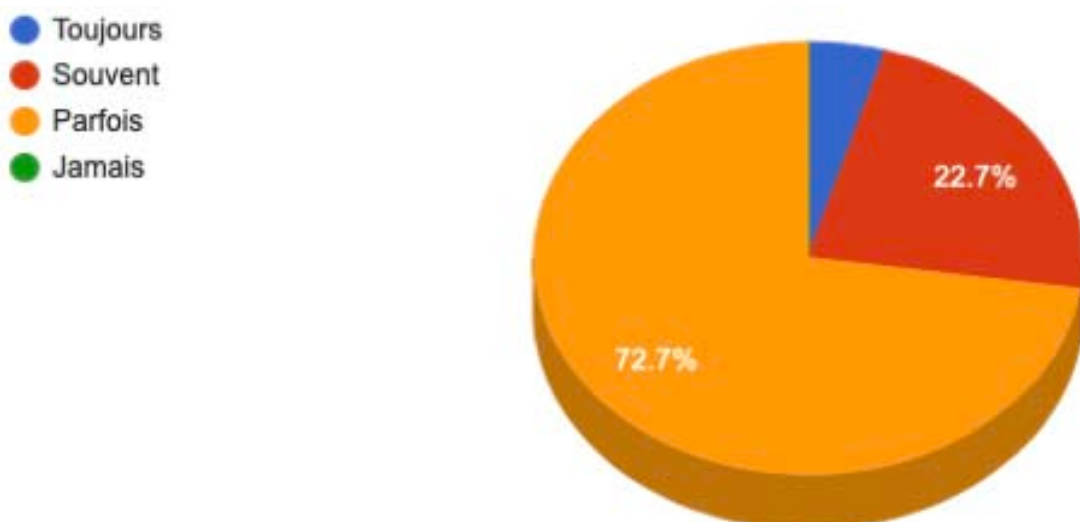


Figure 18. RCP et son implication dans le changement de PEC initiale

3.5. Rediscussion de cas au niveau de la RCP

- 12 participants soit 54.5% affirment que les dossiers sont **parfois** rediscutés au niveau de la RCP.
- 9 participants soit 40.9% affirment que les dossiers sont **souvent** rediscutés au niveau de la RCP.
- 1 participant (4.5%) affirme que les dossiers sont **toujours** rediscutés au niveau de la RCP.

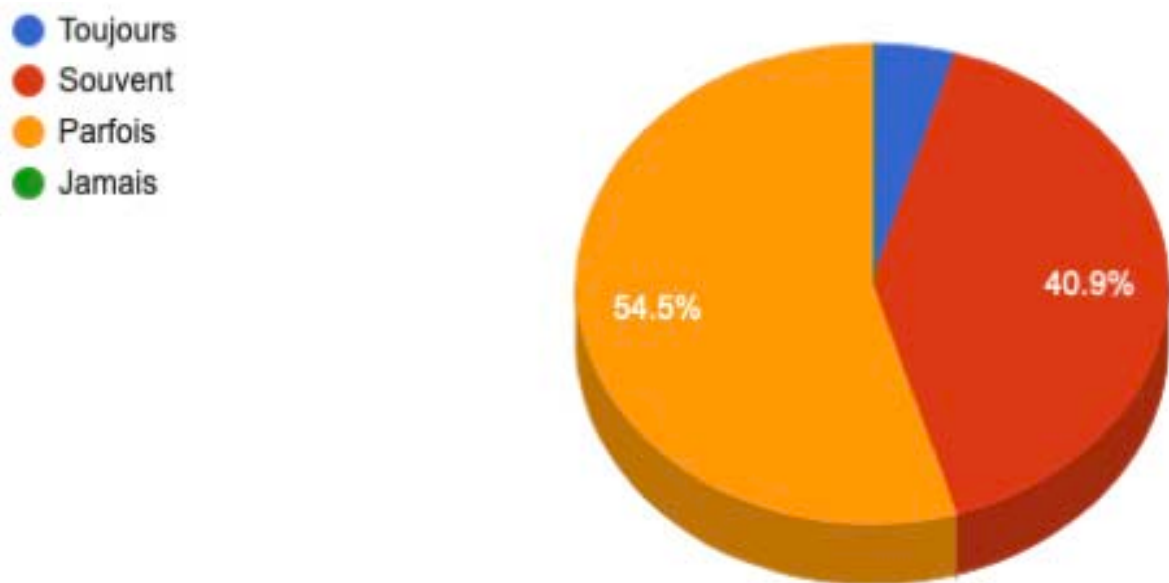


Figure 19. Fréquence de rediscussion des dossiers en RCP

4. Délibération, décision et information du patient

4.1. Satisfaction après la délibération en RCP

- 12 répondants (54.5%) affirment être **souvent** satisfaits de la délibération.
- 9 répondants (40.9%) affirment être **toujours** satisfaits de la délibération.
- 1 répondant (4.5%) affirme être **parfois** satisfait de la délibération.
- Aucun participant ne déclare la RCP **jamais** satisfaisante.

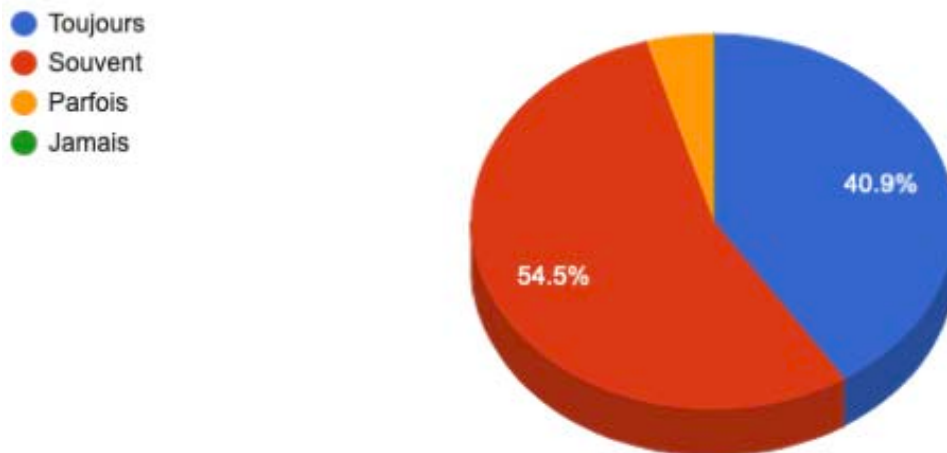


Figure 20. Satisfaction après délibération en RCP

4.2. Raisons de satisfaction vis-à-vis de la RCP

Les participants donnent plusieurs raisons à la satisfaction qu'ils peuvent avoir vis-à-vis de la RCP et ont eu à disposition une multitude de choix pour les exprimer.

- « La discussion et son aptitude à trouver la meilleure solution » représente 42.9% des réponses et a été citée par 18 participants.
- « La vérification de l'ensemble du dossier en RCP » représente 23.8% des réponses et a été citée 10 fois.
- « La possibilité d'exprimer ses difficultés par rapport à un patient » citée 8 fois représente 19% des réponses.
- « Le gain de temps » cité 6 fois représente 14.3% des réponses.

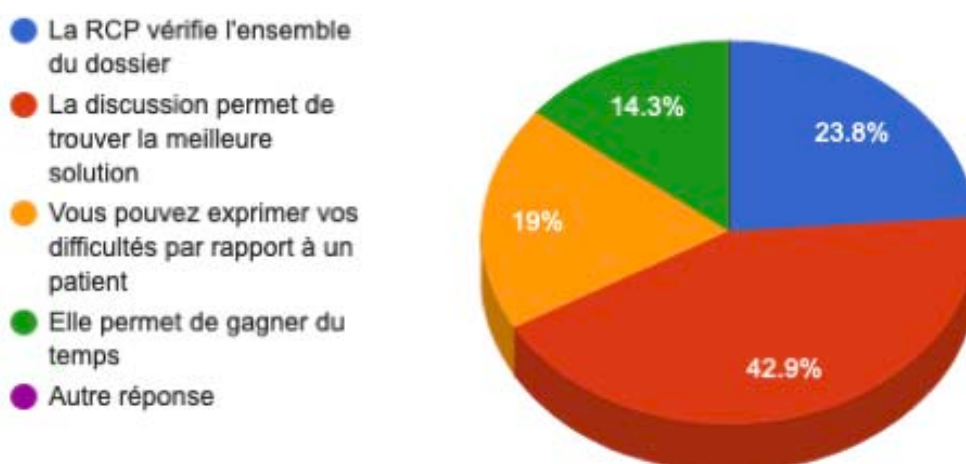


Figure 21. Raisons de satisfaction vis-à-vis de la RCP

4.3. Raisons d'insatisfaction par rapport à la RCP

Les participants donnent plusieurs causes à leur insatisfaction vis-à-vis de la RCP. Ils ont eu à disposition une multitude de choix pour exprimer ces causes.

- 34.8% des réponses soit 8 participants ont opté pour une autre réponse ; 3 d'entre eux ont tenu à souligner l'absence d'insatisfaction, un autre répondant a souligné l'absence de PEC pour les malades nécessitant des soins palliatifs.
- 26.1% des réponses soit 6 participants estiment que les locaux ne se prêtent pas à la discussion.
- 21.7% des réponses soit 5 participants affirment que seuls les aspects techniques sont discutés.
- 13% des réponses soit 3 médecins lient cette insatisfaction au retard de la mise en place du traitement.
- 1 participant (4.3%) affirme que les décisions sont prévisibles.

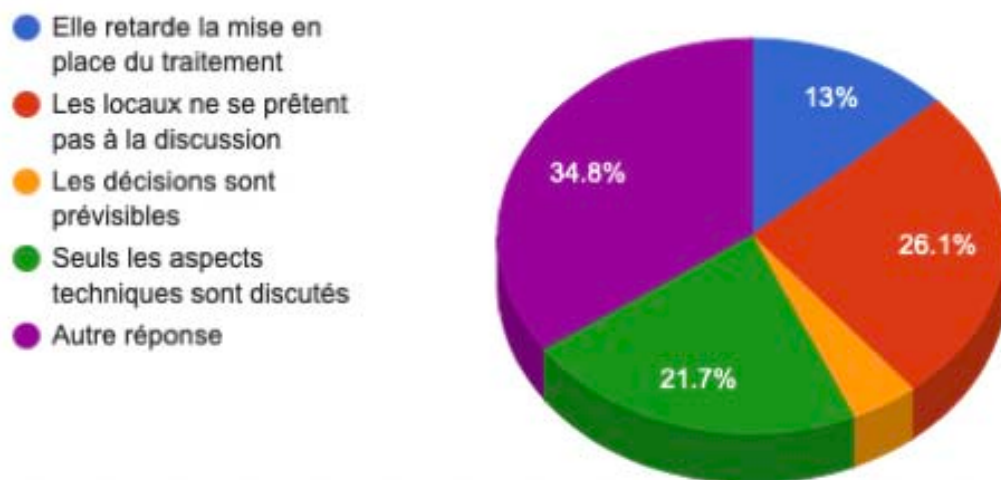


Figure 22. Causes d'insatisfaction vis-à-vis de la RCP

4.4. Fréquence de désaccord avec les décisions de la RCP

- 16 répondants soit 72.7% soutiennent être **parfois** en désaccord avec une décision de la RCP.
- 6 participants (27.3%) affirment n'être **jamais** en désaccord avec la RCP.
- Aucun participant n'affirme être **toujours** ou **souvent** en désaccord avec la RCP.

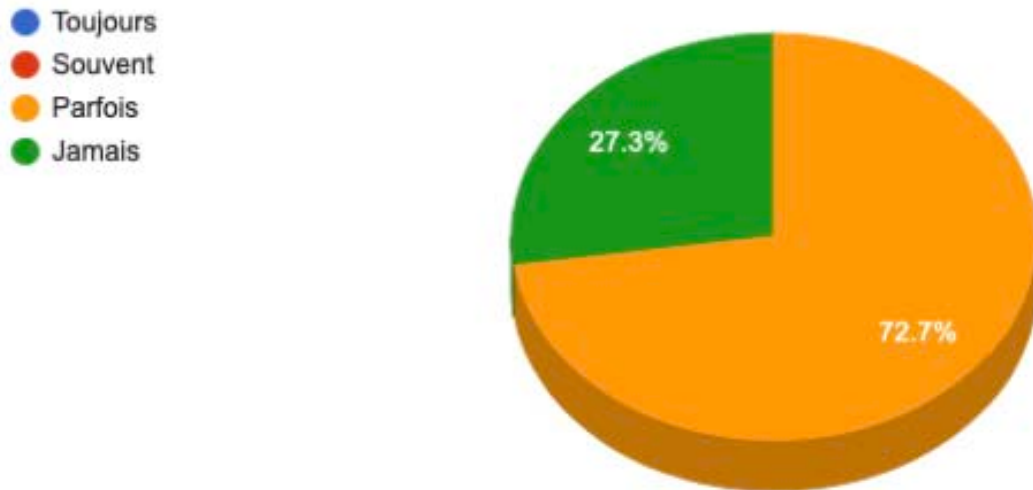


Figure 23.Fréquence de désaccord avec la RCP

4.5. Attitude en cas de désaccord avec la RCP

- 11 participants soit 50% affirment présenter le dossier avec de nouveaux éléments ou arguments.
- 5 répondants (22.7%) discutent la décision avec un collègue.
- 4 répondants (18.2%) ont opté pour une réponse autre, un participant affirme toujours se soumettre à la décision de la RCP quelle qu'elle soit.
- 2 participants (9.1%) en discutent avec le patient.

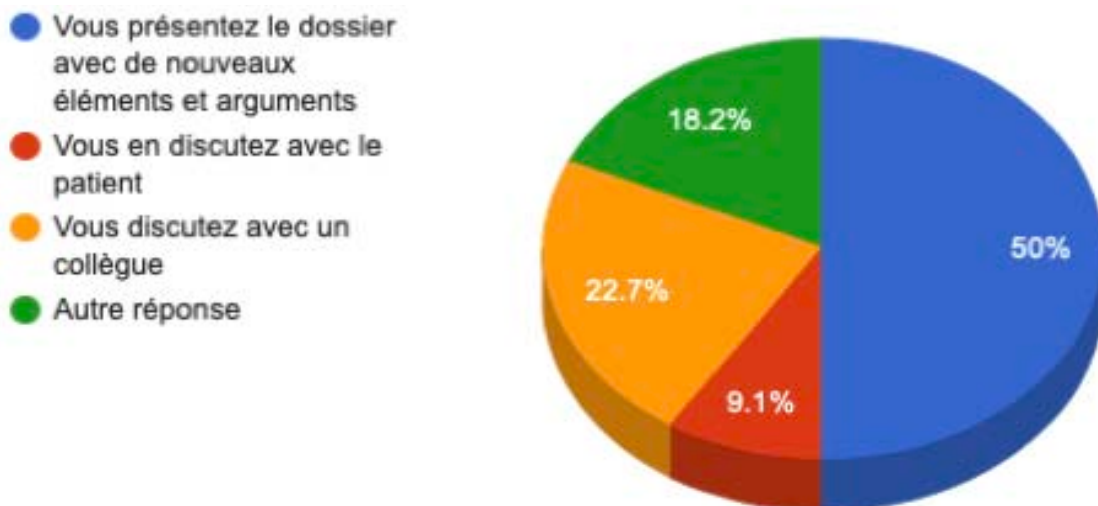


Figure 24.Attitude en cas de désaccord avec la RCP

4.6. La décision appliquée faisant suite à une RCP

- La totalité des répondants affirment appliquer la décision de la RCP.
- Aucun médecin n'affirme appliquer une décision autre soit prise par ses soins soit en accord avec le souhait du patient.

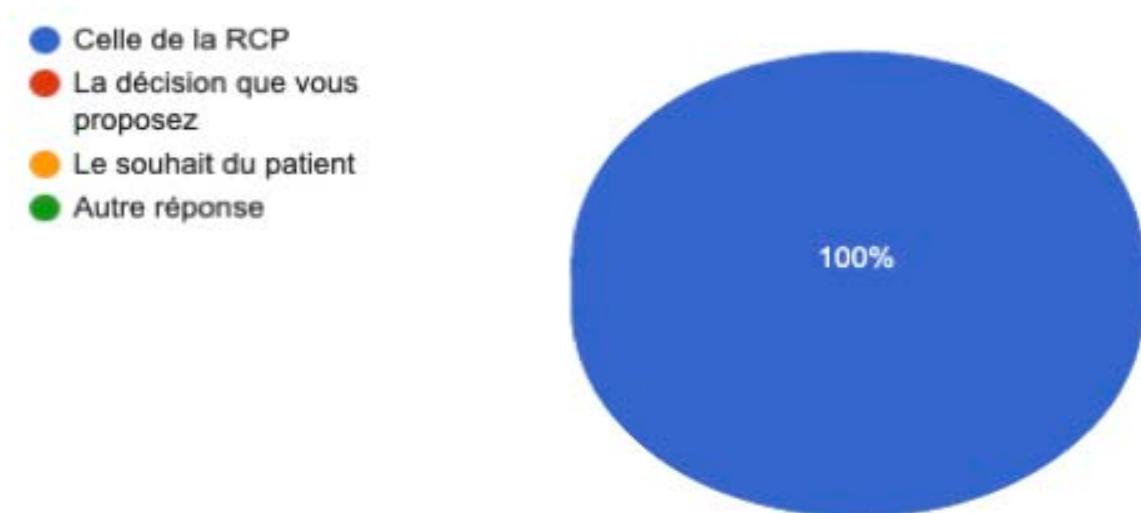


Figure 25. La décision appliquée suite à une RCP

4.7. L'information du patient

L'information du patient d'une décision pluridisciplinaire se fait de plusieurs manières en fonction des participants et de la disponibilité des patients. Dans ce cadre, nos participants ont eu une multitude de choix à leur disposition.

- Dans 56.7% des réponses soit 17 participants, elle se fait par le praticien lui-même.
- 16.7% des réponses (5 praticiens) affirment qu'elle se fait par l'intermédiaire du résident ou de l'interne.
- 16.7% des réponses affirment qu'elle se fait en consultation.
- 10% des réponses (3 répondants) soutiennent qu'elle se fait par téléphone.

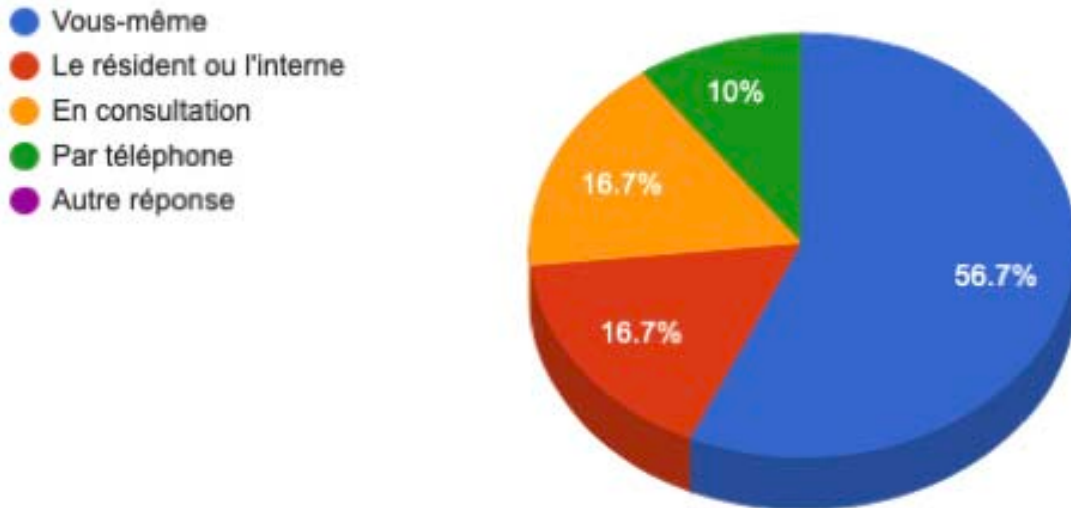


Figure 26. Information du patient d'une décision de la RCP

4.8. Délai entre la tenue de la RCP et l'instauration du traitement

- 19 participants soit 86.4% déterminent ce délai comme inférieur à un mois.
- 3 participants soit 13.6% placent ce délai entre 1 et 3 mois.
- Aucun participant n'affirme que le délai peut être entre 3 et 6 mois ou supérieur à 6 mois.

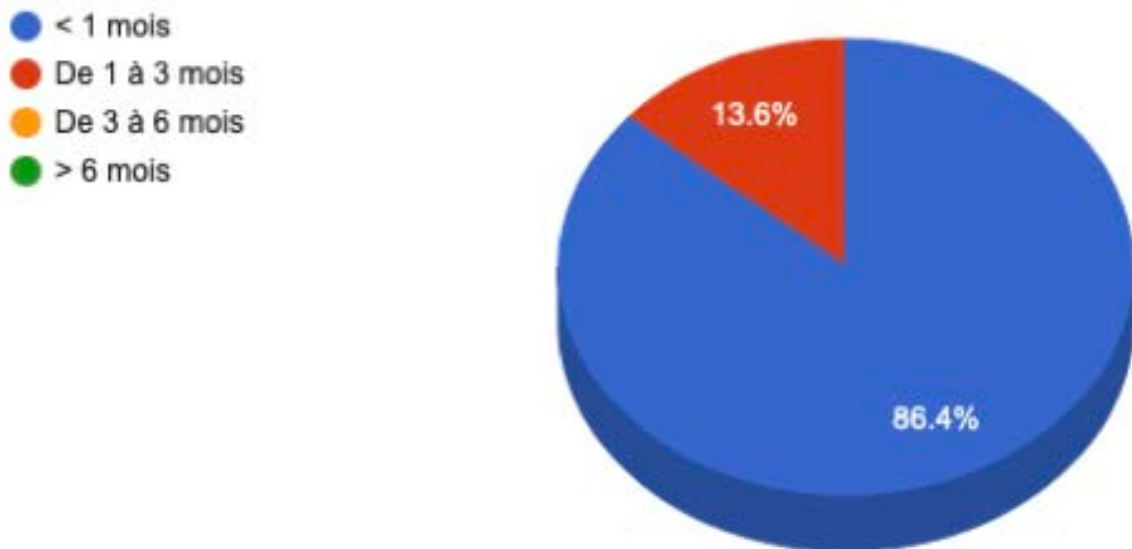


Figure 27. Délai entre RCP et instauration du traitement

5. Propositions afin d'améliorer la RCP d'oncologie digestive

Les participants ont eu l'opportunité en fin du questionnaire d'exprimer leur grief vis-à-vis de la RCP et de soumettre leurs propositions visant à améliorer cette dernière. Seuls 14 répondants soit 63.6% ont transcrit leur opinion. « Les guillemets reprennent certains propos des participants ».

- 5 participants ont souligné la nécessité de la présence d'intervenants de spécialités variées pour une discussion « exhaustive et ample ». On notera l'insistance sur la présence d'un gastroentérologue « qui manque toujours ». La présence d'un réanimateur a aussi été requise du fait de son implication tout sauf moindre dans la PEC des patients en oncologie digestive, dans un premier temps en les préparant pour l'anesthésie, puis en prévoyant une réanimation post opératoire « c'est-à-dire réserver un lit pour le patient en réanimation ».
- 4 répondants discutent la fréquence d'organisation de la RCP. Tandis que l'un propose une RCP hebdomadaire par spécialité et une RCP mensuelle commune, deux autres proposent une RCP bihebdomadaire. Un dernier souligne le besoin de régularité.
- 2 participants discutent l'organisation des données présentées dans les dossiers patients. Le premier réclame une « synthèse claire qui respecte l'ordre chronologique des examens et gestes réalisés ». Le second quant-à-lui propose d'établir une base de données afin de pouvoir « se référer aux anciens dossiers ».
- 1 participant souligne l'importance de l'adoption de « références pour chaque type de cancer ».
- 1 répondant exprime l'importance du changement de locaux de la tenue de la RCP.

II. Étude quantitative

Il s'agit d'un travail rétrospectif fait sur une série de patients présentant des localisations tumorales digestives et discutés à la RCP tenue dans les locaux de l'HMA.

Ces résultats sont ponctuels dans le temps et représentent les informations telles que reçues par les intervenants participant à la RCP. Aussi la non disponibilité (ND) de certaines variables sera rencontrée fréquemment dans nos résultats.

Il est à noter dans un premier temps que la chirurgie viscérale représente à elle seule 53.5% de l'activité de la RCP sur les deux dernières années, avec une moyenne de 3 dossiers présentés par séance et une fourchette allant de 1 à 10 dossiers par séance.

Notre étude porte sur 153 cas. Nous commençons par discuter l'aspect épidémiologique des cancers. La majorité sont des hommes (61%) avec un pic d'âge entre 55 et 64 ans. Les ATCDs présentés par nos patients sont variables. On désignera la cholécystectomie comme ATCD notable (6%). La présence de polypes à l'endoscopie a été recherchée.

Le diagnostic tumoral est tout aussi important. Deux localisations se sont imposées : l'estomac avec 25% des atteintes puis le colon avec 24%. L'adénocarcinome demeure l'aspect histopathologique le plus fréquemment rencontré (68%) indépendamment des localisations tumorales. La présence ou l'absence des ganglions métastatiques et des métastases à distance ont été également explorées tout en mettant l'accent sur la localisation de ces métastases. La mise à disposition d'une classification TNM lors de la discussion en RCP a été recherchée.

La décision thérapeutique dépend d'une multitude de variables. Elle se base sur les caractéristiques de la tumeur et les caractéristiques du patient. Elle tient néanmoins compte du souhait de ce dernier, et reste sujette à la subjectivité du médecin.

Nous déplorons 2 décès dans notre série, l'un dû à un choc septique post opératoire après pneumopathie d'inhalation en réanimation.

Finalement, nous avons exploré l'aspect organisationnel de ces RCP. Nous avons recherché les objectifs de présentation des dossiers, le nombre de discussion par patient puis le type de décision prise par les intervenants.

1. Le volet épidémiologique

1.1. L'âge des patients

- L'âge de nos patients est réparti entre 26 et 86 ans avec un pic de fréquence estimé à 37% entre 55 et 64 ans. La moyenne d'âge est de 60.9 ans.

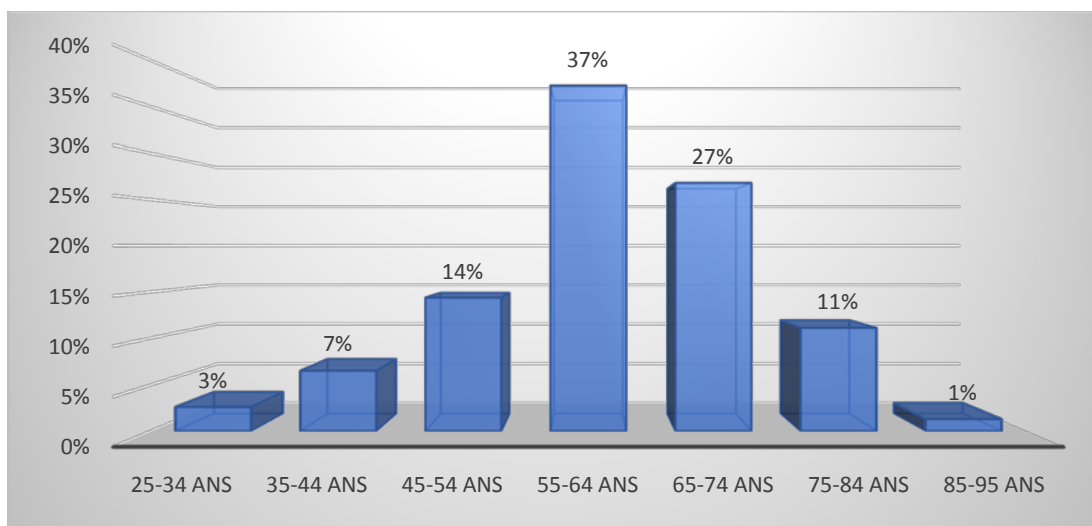


Figure 28. Répartition selon l'âge

1.2. Le sexe des patients

- Dans notre série, on retrouve 93 hommes soit 61% et 60 femmes soit 39%.
- Le sexe ratio est de 3 :2.

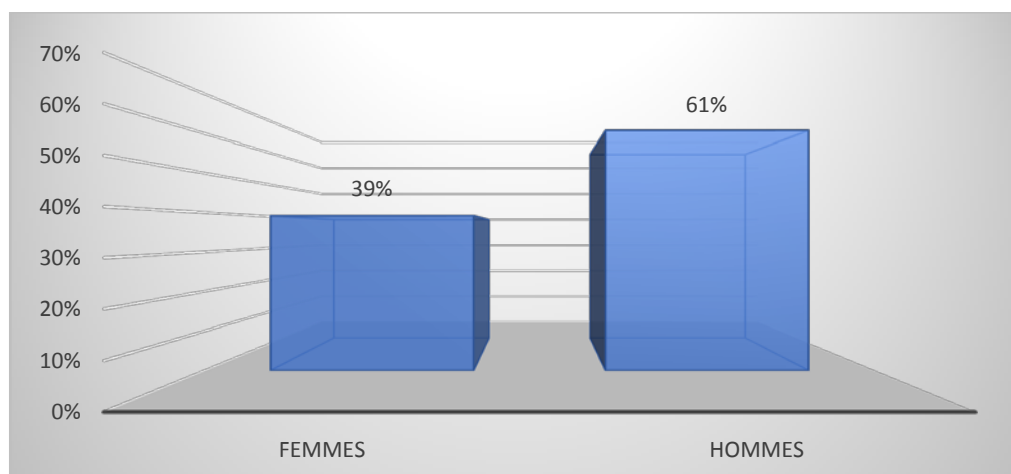


Figure 29. Répartition selon le sexe

1.3. Antécédents personnels

- 9 patients soit 6% ont bénéficié d'une cholécystectomie. 5 d'entre eux ont présenté une tumeur du colon.

- 18% des patients présentent un diabète et 13% sont hypertendus.

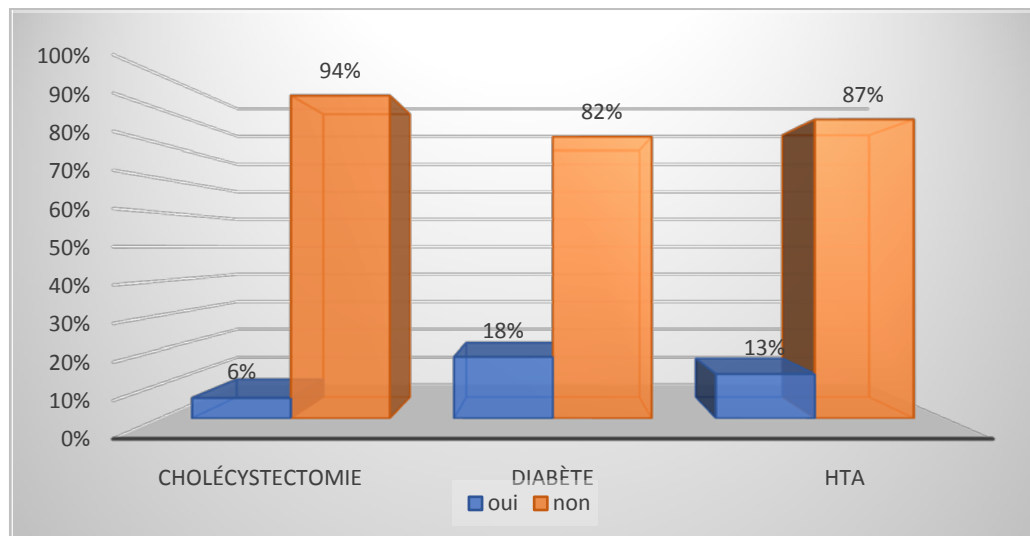


Figure 30. Antécédents notables

1.4. Antécédents toxiques

- 25 patients soit 16% sont tabagiques.

- 4 patients soit 3% consomment de l'alcool.

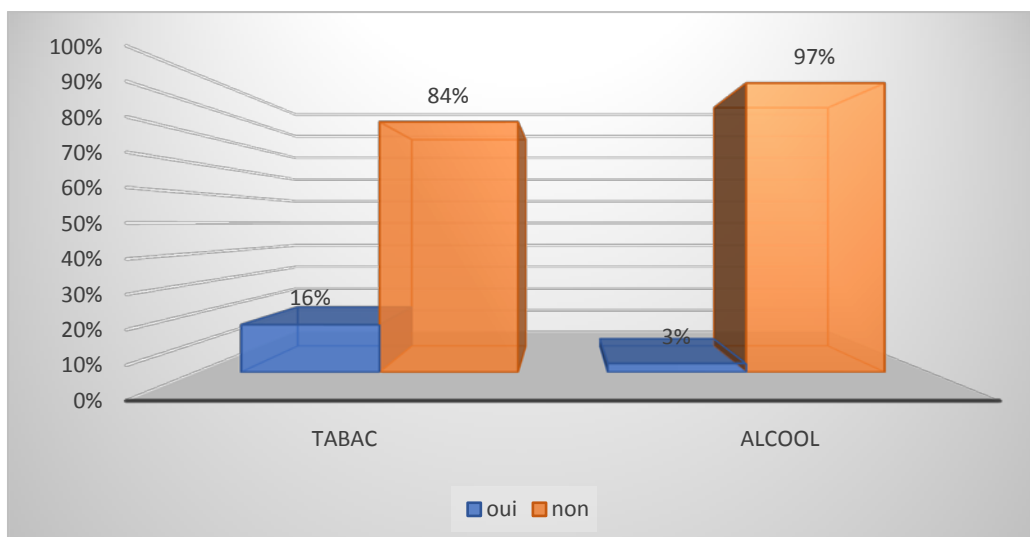


Figure 31. Antécédents toxiques

1.5. Antécédents familiaux

- 3 patients de notre série (2%) ont des ATCDs familiaux de cancer, 2 d'entre eux ont présenté un cancer colique.

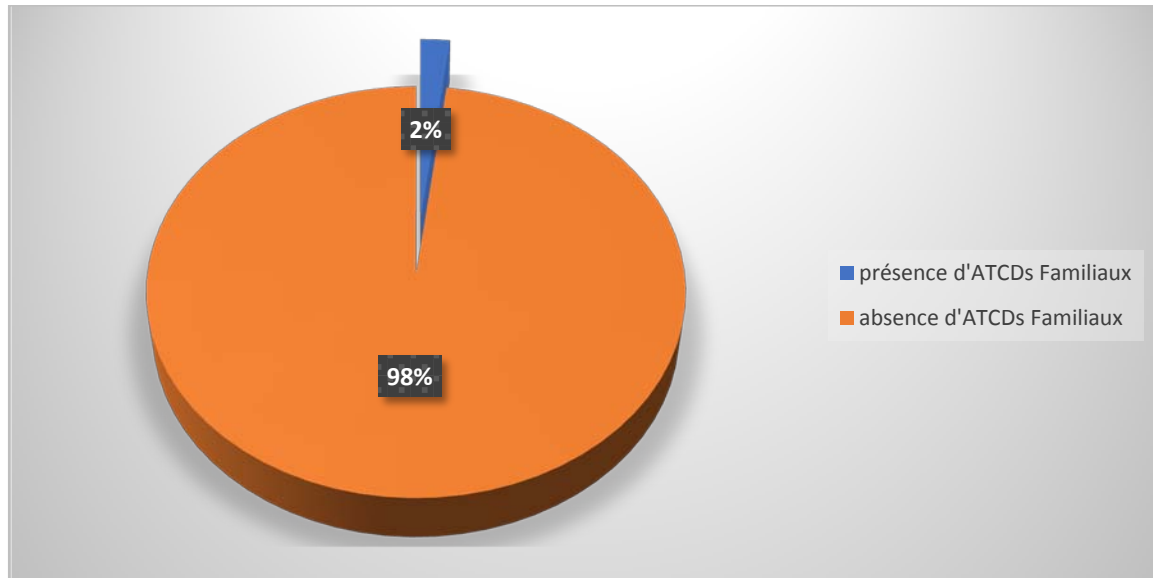


Figure 32. Antécédents familiaux de cancer

2. Le volet diagnostique

2.1. Localisation tumorale

- Dans notre série, l'estomac représente la localisation la plus fréquente, on la retrouve chez 39 malades (25%). Le colon s'impose comme deuxième localisation retrouvée chez 36 patients (24%) suivi par le pancréas chez 20 malades (13%), le rectum chez 18 malades (12%). Ensuite les tumeurs des voies biliaires sont retrouvées chez 10 patients (7%). La localisation œsophagienne est de 5%. Chacune des localisations intestinale, hépatique et appendiculaire représente 4% (6 malades). 1 patient présente une localisation anale (1%).

- On n'a pas pu retrouver de primitif chez 4 patients (3%) qui s'étaient présentés avec des lésions hépatiques secondaires aussi les classe-t-on carcinome à primitif inconnu.

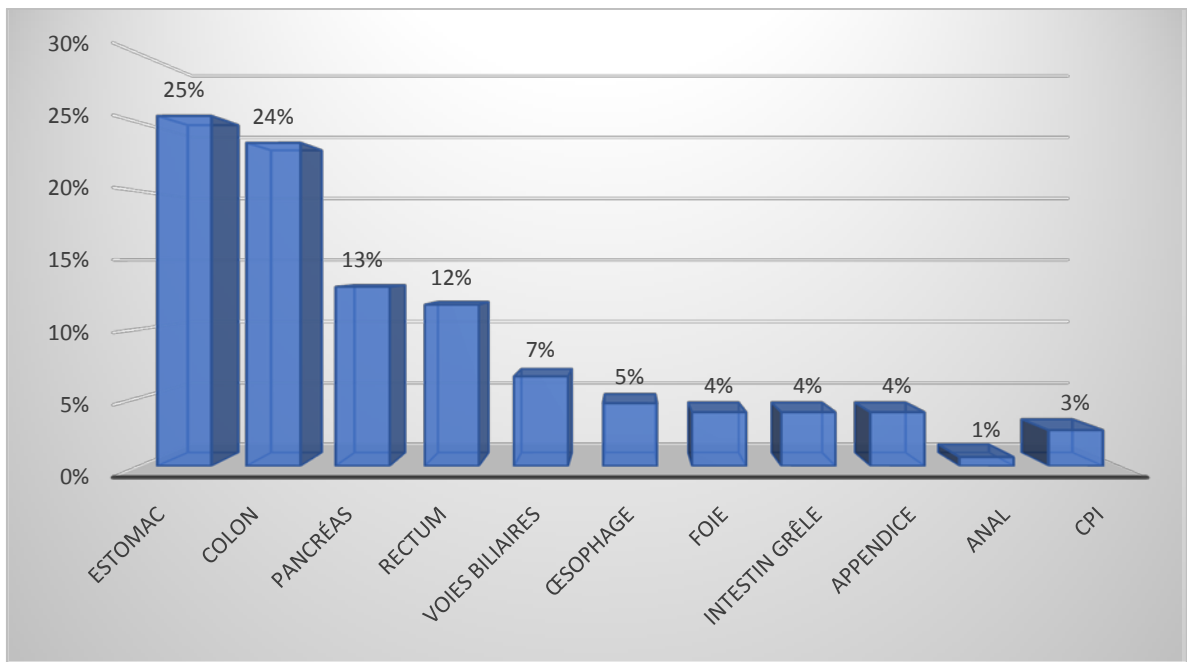


Figure 33. Répartition des localisations tumorales

2.2. Le type histopathologique

- Au cours de notre étude, nous avons pu déterminer les types histopathologiques les plus fréquemment rencontrés en oncologie digestive.
- L'ADK reste de loin le plus prépondérant indépendamment de la localisation tumorale. On le détecte chez 104 patients soit 68%.
- Les TNE représentent 6% suivies par les GIST et les CE représentant respectivement 4%.
- Les CHC et les cholangiocarcinomes représentent chacun 3% de la totalité des patients.
- D'autres tumeurs de par leur rareté ne peuvent être listées (pseudomyxome péritonéal, carcinome sarcomatoïde, sarcome pleomyomateux) ; elles représentent 4%.

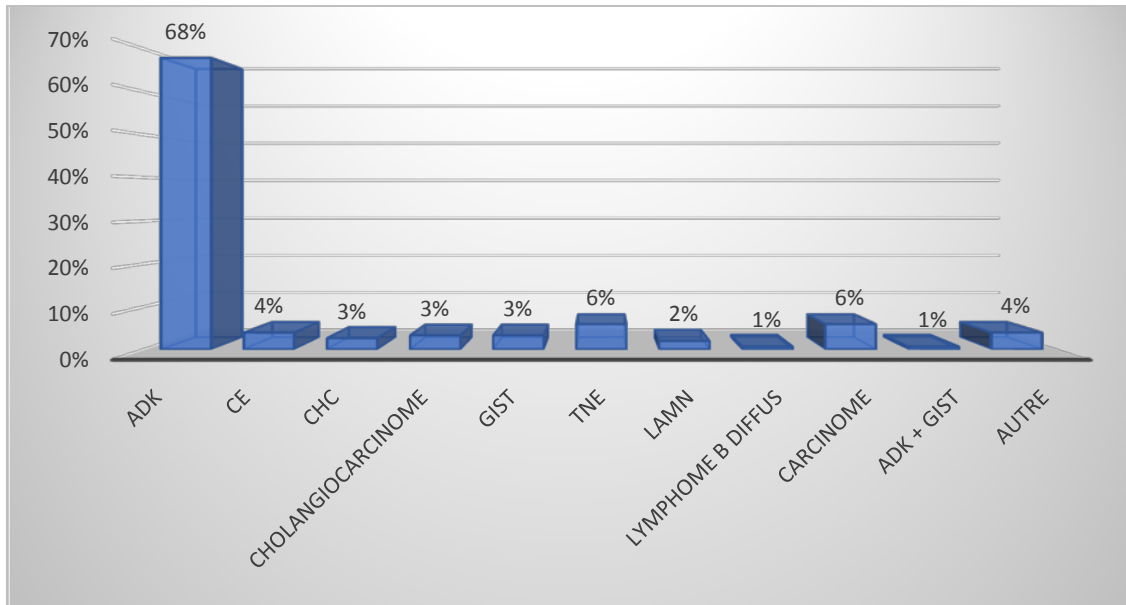


Figure 34. Répartition selon le type histopathologique

2.3. Les ganglions métastatiques

- Chez 12 patients (8%), la présence de ganglions métastatiques est avérée.
- Chez 40 patients (26%), les ganglions sont négatifs.
- Pour le reste des malades les données sont non disponibles au moment de la présentation en RCP.

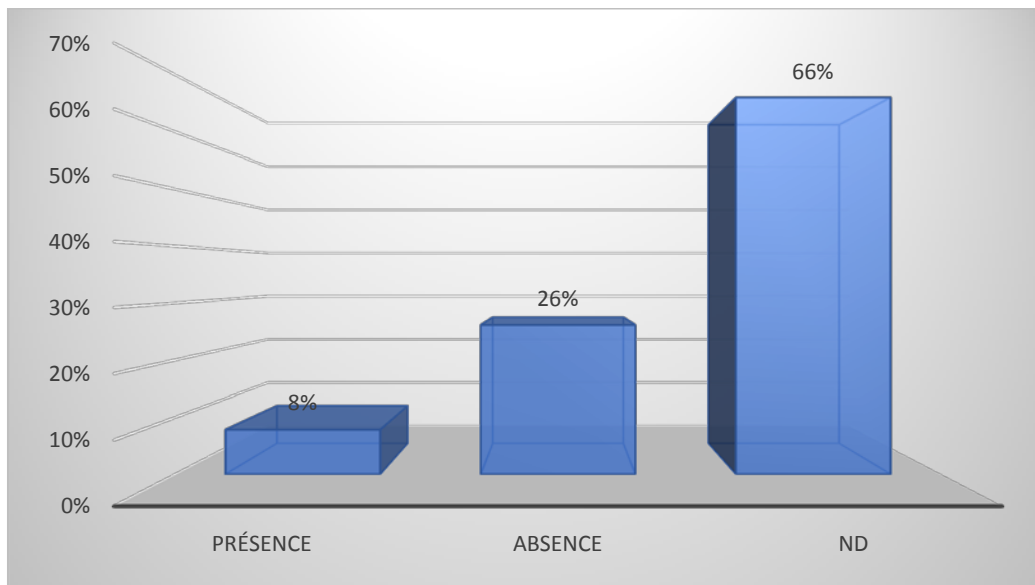


Figure 35. La présence de ganglions métastatiques

2.4. Les métastases à distance

- Les métastases à distance sont retrouvées chez 60 patients soit 39%.
- Elles sont inexistantes chez 49 patients soit 32%.
- Le reste des données est non disponible au moment de la présentation en RCP.

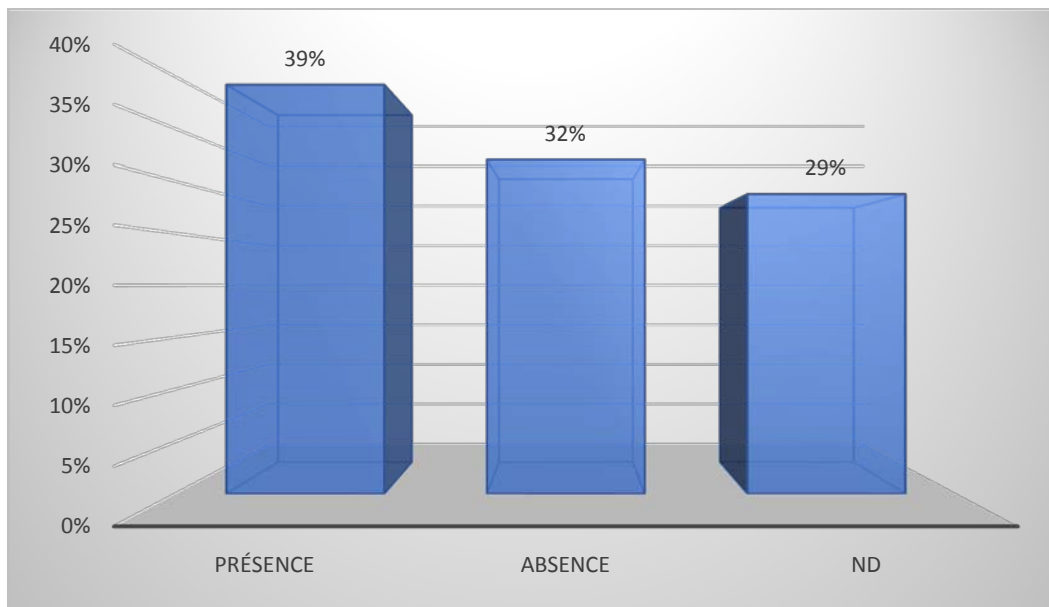


Figure 36. La présence de métastases à distance

2.5. Les localisations métastatiques

- La localisation hépatique est prépondérante. Elle est retrouvée chez 32 patients et représente 38% des localisations secondaires.
- Les métastases pulmonaires viennent ensuite, elles sont retrouvées chez 23 patients et représentent 27% des localisations secondaires.
- Les carcinomes péritonéaux représentent 11% et sont retrouvées chez 9 patients.
- Les métastases osseuses sont de l'ordre de 7% et sont retrouvées chez 6 malades.
- On retrouve d'autres localisations dans 17% des cas.

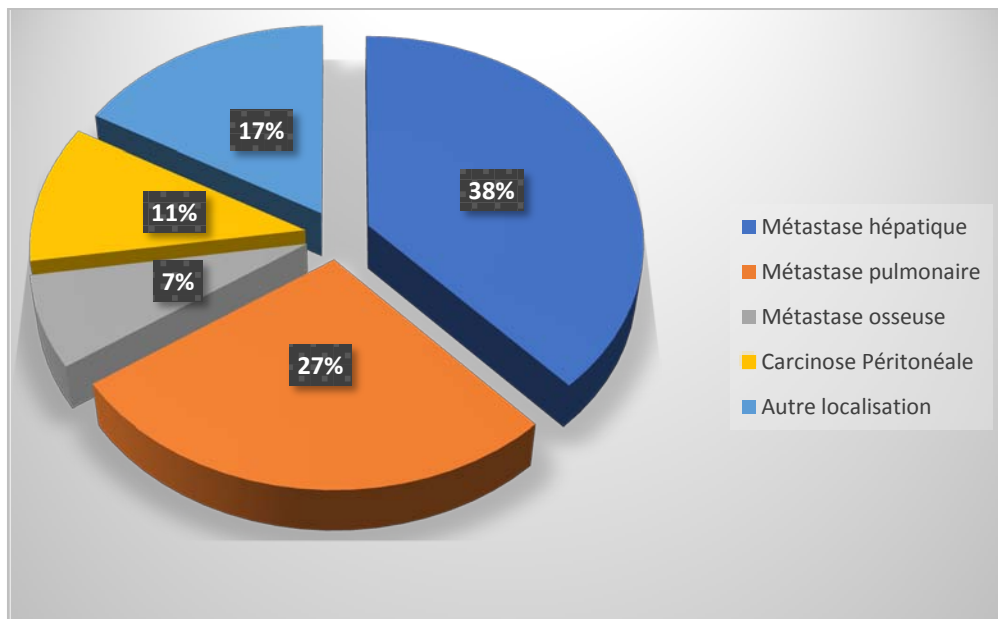


Figure 37. La fréquence des localisations métastatiques

2.6. La classification TNM

- 58 patients soit 38% disposaient d'une classification TNM au moment où leurs dossiers ont été présentés à la RCP.
- 95 patients soit 62% ne disposaient pas de la classification TNM à ce moment-là.

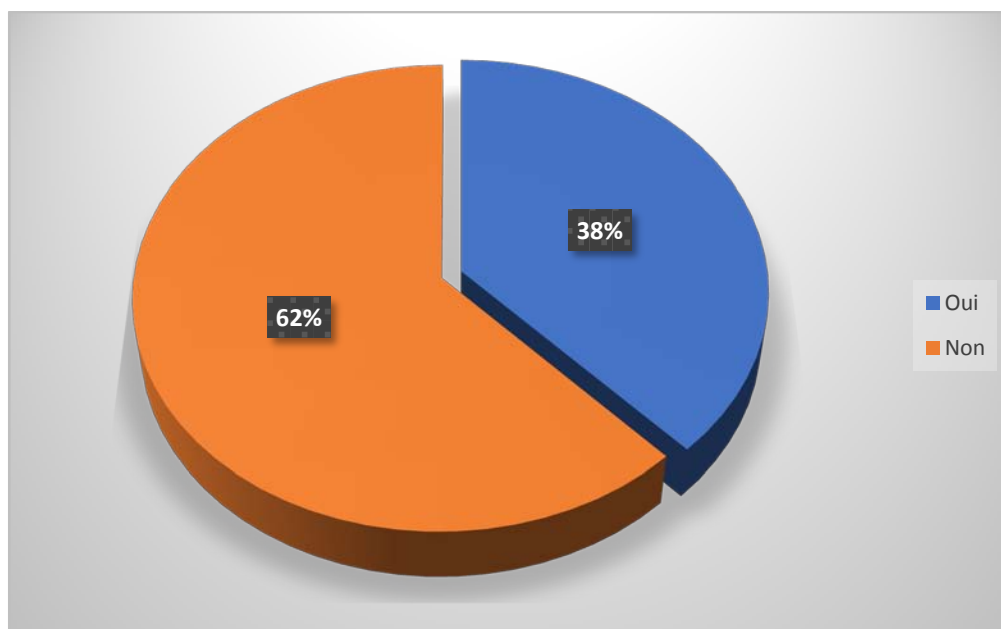


Figure 38. Présence d'une classification TNM

2.7. L'extension tumorale selon la classification TNM

- 68% des tumeurs disposant d'une classification TNM sont localisées.
- 5% de ces tumeurs soit 3 patients sont localement avancées.
- 26% des tumeurs disposant d'une classification TNM sont métastatiques.

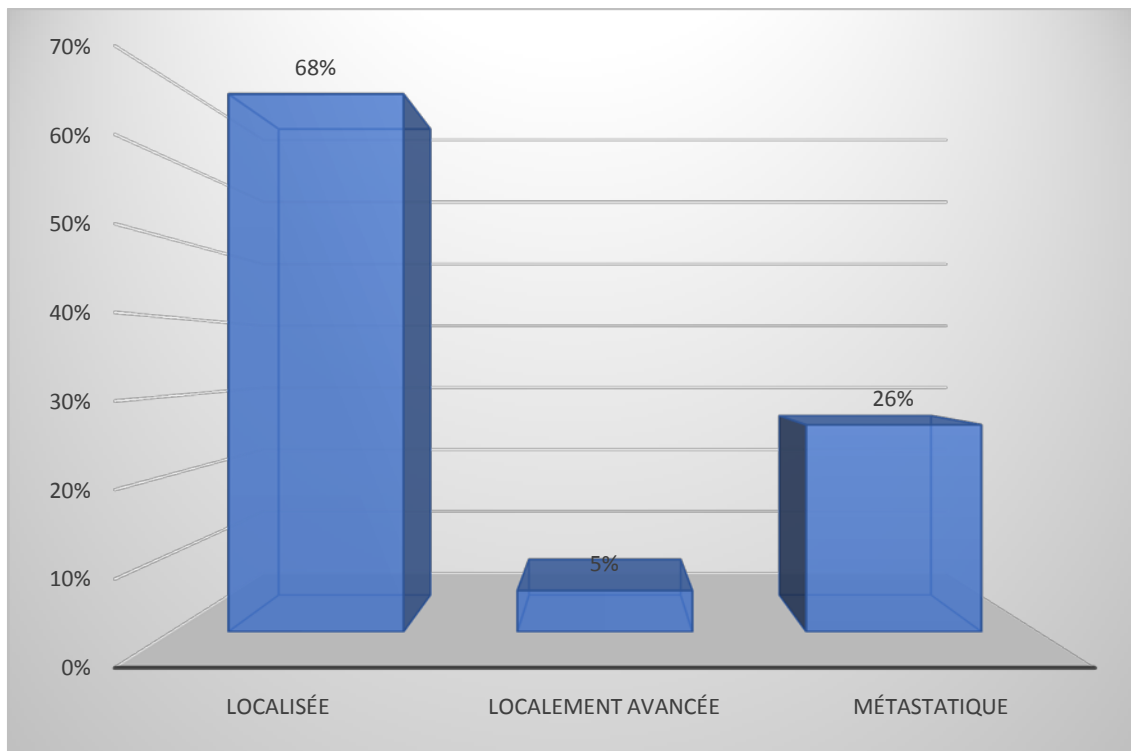


Figure 39. Répartition de l'extension tumorale selon la classification TNM

2.8. Marqueurs tumoraux

- 17% de nos patients présentent une élévation du CA19-9 soit 26 malades.
- 23% présentent une élévation de l'ACE soit 35 patients.
- 2% seulement soit 3 patients présentent une élévation des AFP.
- Les taux de CA 19-9 et ACE sont non disponibles chez 56% des patients
- L'AFP est non disponible chez 87%.

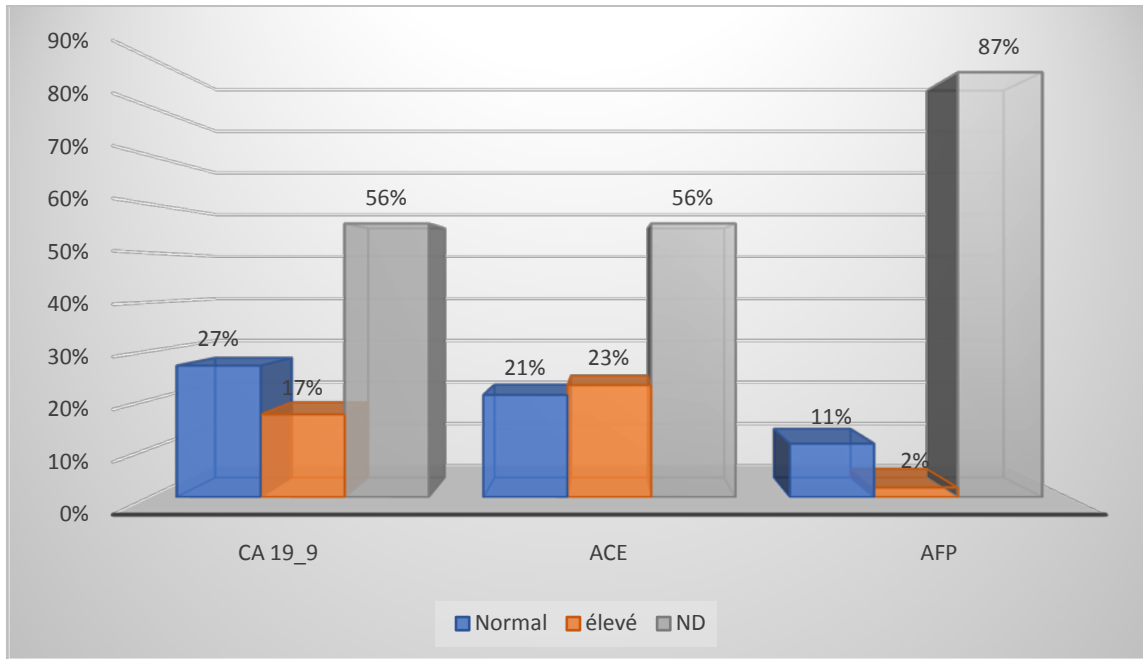


Figure 40. Marqueurs tumoraux

2.9. Endoscopie et présence de polypes

- Dans notre série, l'endoscopie retrouve des polypes chez 16 malades soit 10%.

Un patient présente une polyposse rectale.

- 137 patients (90%) ne présentent pas de polypes.

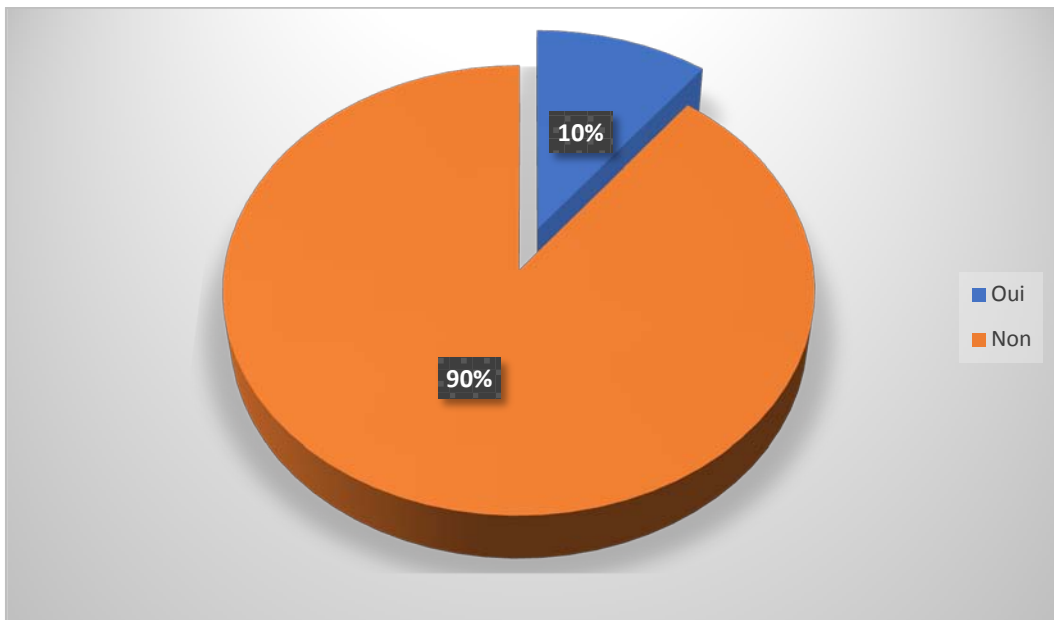


Figure 41. Présence de polypes à l'endoscopie

3. Le volet thérapeutique

3.1. Le choix du traitement curatif

- La chirurgie constitue le traitement le plus indiqué dans la PEC des patients. Elle constitue 46% de la totalité des décisions de traitement soit 112 patients ont en bénéficié.
- La chimiothérapie (adjuvante/néoadjuvante) est en deuxième place avec 34% des décisions soit 84 patients.
- La radiothérapie et la RCC occupent respectivement la 3^{ème} et la 4^{ème} place avec 10% et 9% de décisions les concernant.
- 3 patients ont reçu une thérapie ciblée à base d'Imatinib soit 1%.

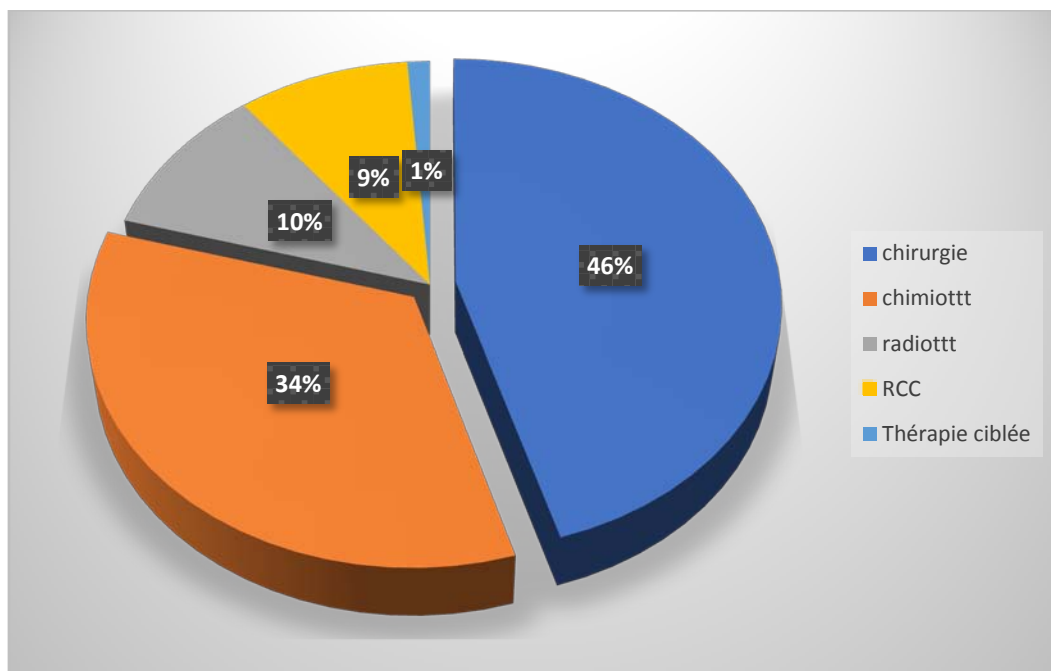


Figure 42. Modalités thérapeutiques curatives

3.2. La confection d'une stomie

- Dans notre série, 15 patients ont bénéficié d'une stomie soit 10%.

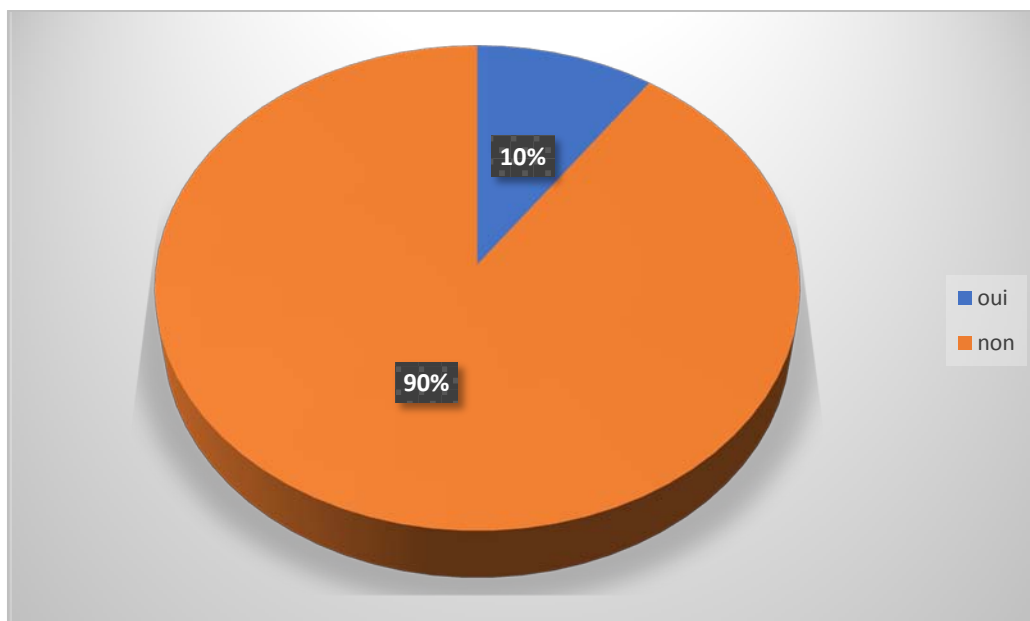


Figure 43. Présence d'une stomie

3.3. Type de stomie

- 5 patients soit 33% ont bénéficié d'une iléostomie de protection.
- 4 malades (27%) ont eu une jéjunostomie d'alimentation.
- 2 malades (13%) ont bénéficié d'une double stomie.

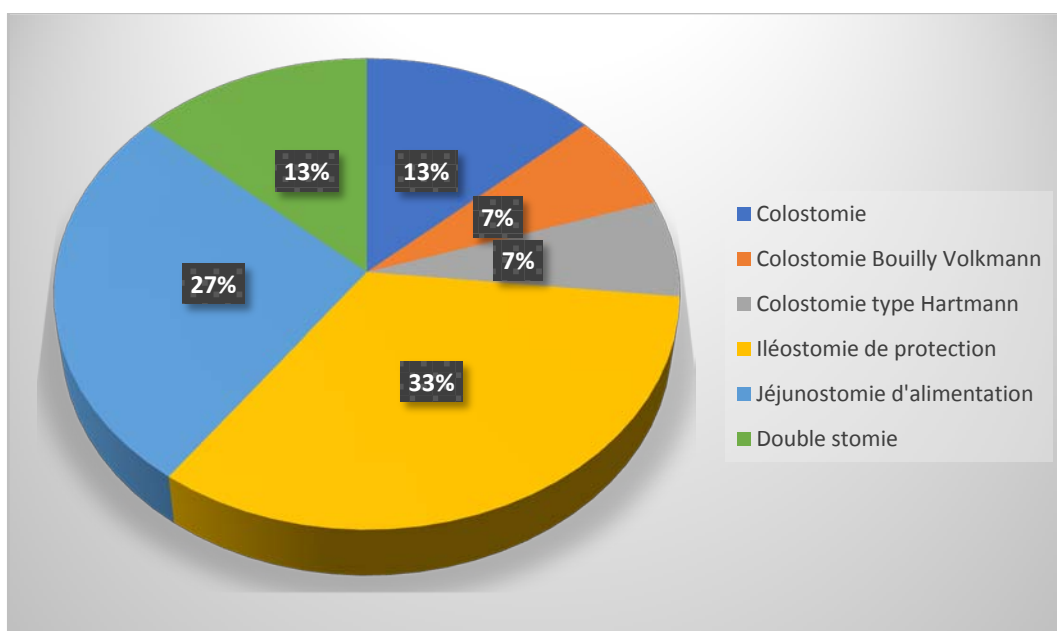


Figure 44. Type de stomie réalisée

3.4. Le traitement palliatif

- Il a été décidé de passer à un traitement palliatif pour 27 patients soit 18%.
- Le reste des patients soit 82% n'est pas passé au traitement palliatif.

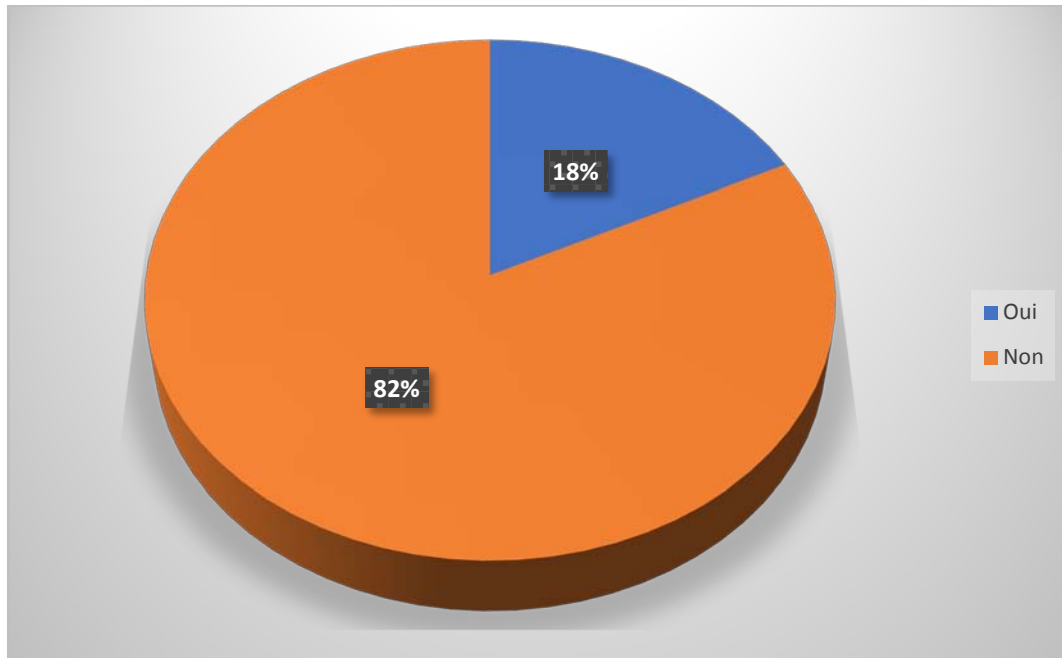


Figure 45. Passage au traitement palliatif

3.5. Le type de traitement palliatif

- Dans notre série, 15 patients passés au traitement palliatif (52%) ont bénéficié d'une chimiothérapie à visée palliative.
- 10 patients (34%) ont bénéficié de chirurgie à visée palliative à type de dérivation bilio digestive, dérivation hépato jéjunale, double dérivation bilio digestive et gastro jéjunale, etc.
- 4 patients soit 14% ont bénéficié d'un traitement endoscopique à type de prothèse pour des tumeurs œsophagiennes et pancréatiques.

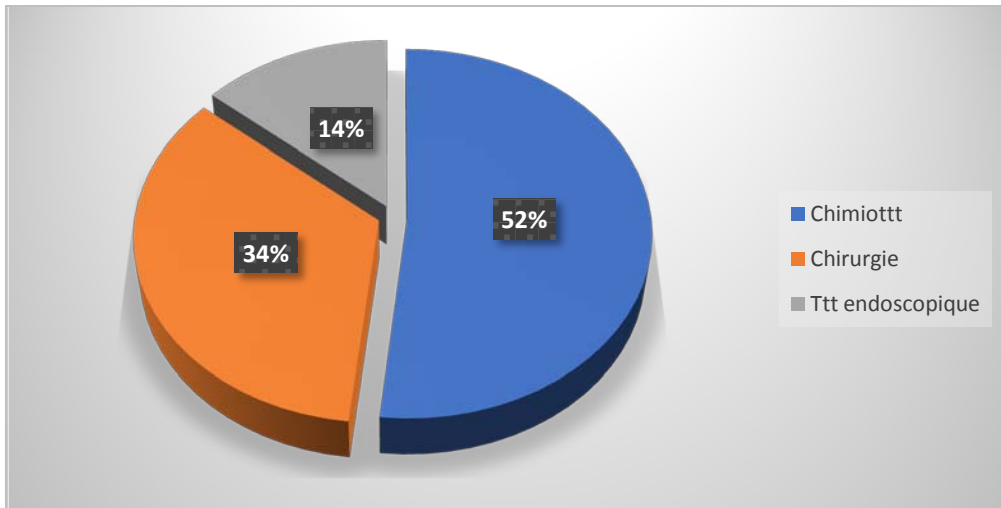


Figure 46. Type de traitement palliatif

4. Le volet organisationnel

4.1. L'objectif de la RCP

- Dans notre étude, 45 patients soit 29% ont été présentés à la RCP dans le but d'établir une décision thérapeutique.
- 6 patients (4%) ont été discutés dans l'optique d'avoir un avis diagnostique.
- Pour le reste des patients soit 66%, l'objectif est non mentionné.

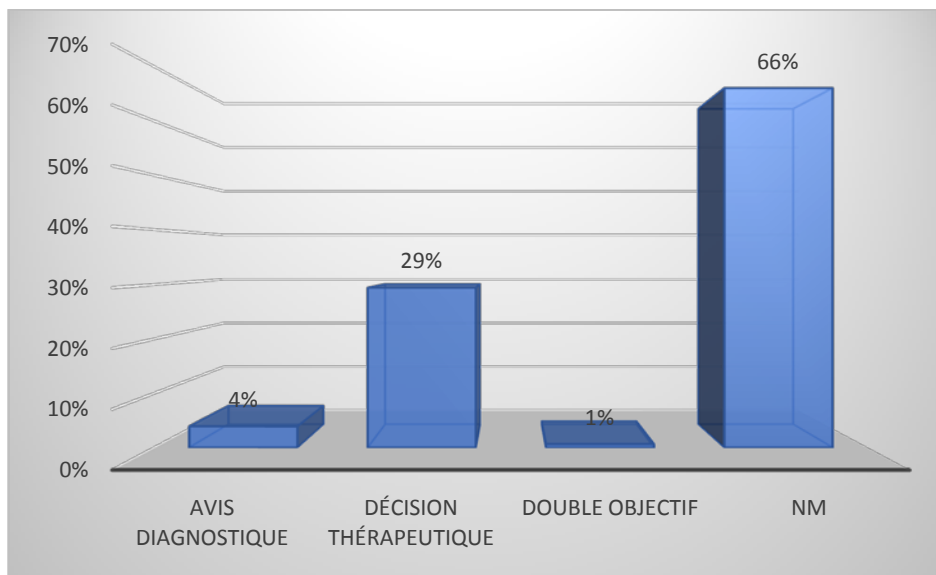


Figure 47. Objectifs de la soumission du dossier à la RCP

4.2. Le nombre de discussion en RCP

- 67% de nos patients soit 103 individus ont vu leur dossier discuté une seule fois à la RCP.
- Les dossiers de 38 patients (25%) ont été discutés 2 fois.
- Les dossiers de 8 patients (5%) ont été discutés 3 fois à la RCP.
- 4 dossiers (3%) ont été discutés plus de 3 fois avec un maximum de 7 discussions.

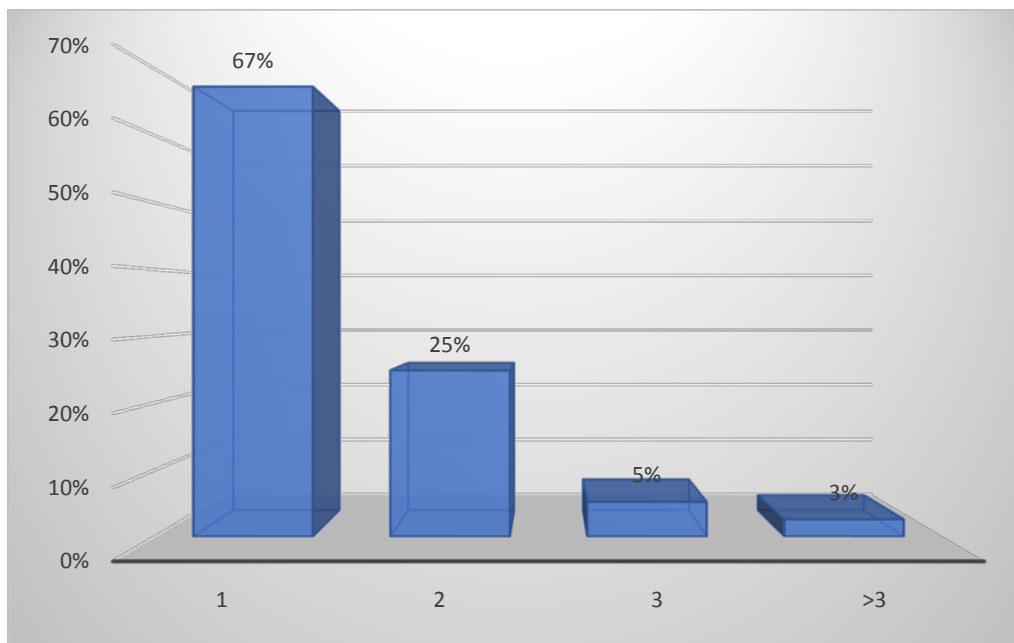


Figure 48. Nombre de discussions

4.3. La décision de la RCP

- 46% des décisions de la RCP concernent le traitement quel qu'il soit.
- 14% des décisions se font dans le sens d'explorations radiologiques, notamment les compléments de bilan d'extension.
- 11% des décisions intéressent la surveillance et 8% citent les explorations biologiques certaines spécialisées comme le statut MSI.
- 5% des décisions concernent les explorations chirurgicales.

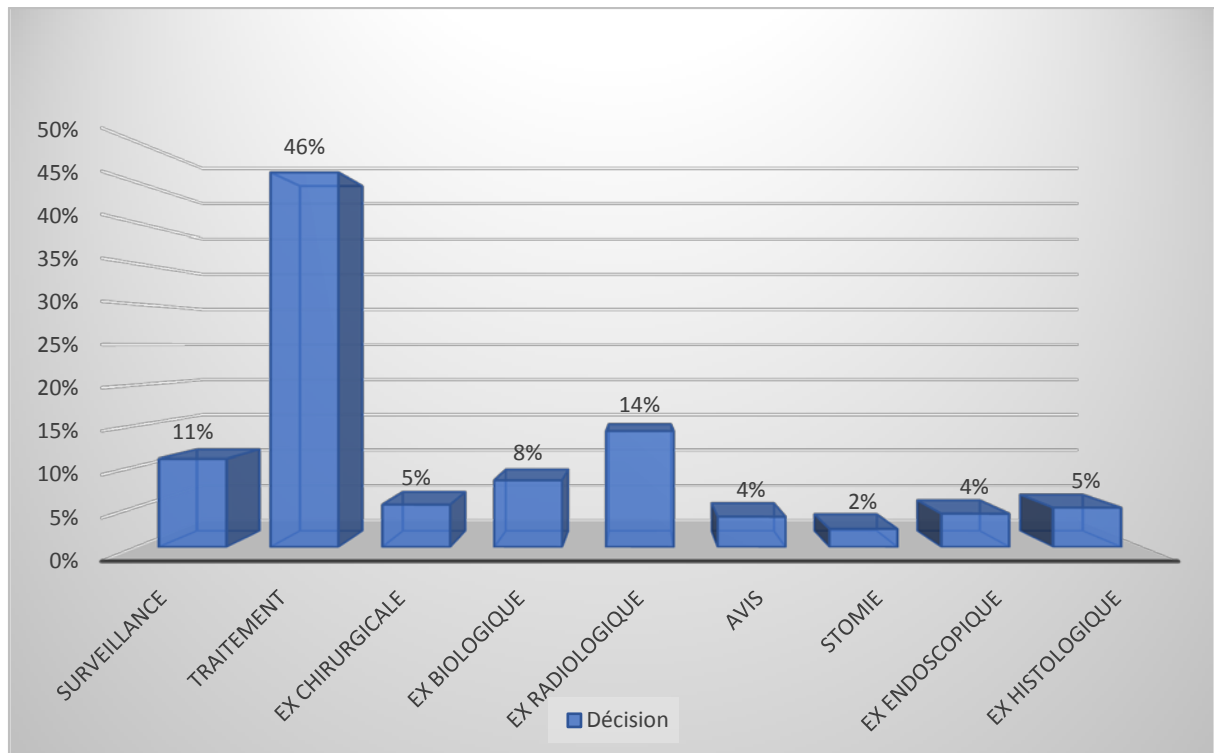


Figure 49. Types de décisions prises en RCP



DISCUSSION



Le concept de travail au sein d'une équipe multidisciplinaire est considéré comme le « gold standard » de la prestation des soins contre le cancer à travers le monde [12]. Les RCP regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines [2]. Elles représentent une entité dans laquelle les professionnels médicaux et paramédicaux examinent toutes les options de traitement pertinentes et élaborent en collaboration des plans de soins individuels pour tous les patients [13]. Aussi préconise-t-on que tout nouveau patient atteint de cancer doit bénéficier d'un avis émis lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire avant la mise en route du primo-traitement [11]. Les soins axés sur la RCP dépendent d'une multitude d'intrants (individus, équipe, environnement, patients) et de procédés (interactions, tests, résultats). Ils aboutissent à une gamme d'extrants (expérience du patient, résultats et résultats organisationnels) [12]. L'organisation de ce genre de réunions ainsi que leur pérennité dépendent de l'établissement d'une charte [2]. Donc il faut impérativement donner un titre à ce comité, tracer son périmètre, nommer les différents intervenants, déterminer la périodicité et la durée de ces réunions mais aussi préciser les critères de sélection des dossiers [2].

La pathologie cancéreuse constitue un problème majeur de santé publique dont l'ampleur mondiale n'épargne pas les pays en voie de développement. Ce n'est plus une maladie propre aux pays riches. Ainsi selon les données du Registre des Cancers de la Région du Grand Casablanca un total de 24 231 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués durant la période 2008 – 2012 soit un taux d'incidence brute de 120,4 pour 100 000 habitants et standardisée sur la population Mondiale de 137,3 pour 100 000 habitants. L'incidence standardisée sur la population Marocaine était de 115,4 pour 100 000 habitants [14]. Le cancer constitue la deuxième cause de mortalité dans notre pays après les maladies cardiovasculaires soit 11,3% [15].

L'instauration du Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC) dont le coup d'envoi a été donné le 24 Mars 2010 a été une réponse à ce fléau grandissant. Ce plan est basé sur 6 grands axes : la prévention, la détection précoce, la prise en charge et le traitement, les soins palliatifs, la communication et enfin la législation [16]. Des études relatives à cette dernière ainsi qu'à la réglementation en matière de cancer au Maroc ont été entreprises [16].

Quand bien même, aucune législation réglementant la tenue continue de RCP n'a été adoptée. Et si certaines des 78 mesures semblent lancer des ébauches d'idées concernant ces comités pluridisciplinaires, aucune n'a le mérite d'être claire à leur sujet. Les mesures 51 et 52 à titre d'exemple discutent l'une le développement d'une législation relative à l'accès aux médicaments anticancéreux ; l'autre le développement de référentiels nationaux des bonnes pratiques diagnostiques et thérapeutiques. La mesure 55 suggère d'assurer la coordination entre les différents niveaux de PEC. La mesure 61 quant à elle discute l'instauration d'un système d'information des activités de cette PEC [16]. Ces différentes approches mises en place sont ce qui se rapporte le plus aux principes des réunions de concertation pluridisciplinaire. Ces dispositifs gérant la coordination, l'information, la décision et l'accès aux thérapeutiques anticancéreuses sont toutes importantes à la tenue de la RCP.

La RCP revêt une consonance globalement positive et ses détracteurs sont nettement moins nombreux que ses adeptes. La littérature indique que toutes les RCP améliorent effectivement le processus de soins, et la plus grande étude connue à ce jour sur les patients atteints de cancer du sein indique également une amélioration de la survie [17], [18]. Certaines équipes se sont intéressées de très près à la RCP de par son organisation et l'appréciation de ses intervenants mais aussi de par ses résultats. Il a été démontré que les points forts du travail de la RCP comprennent une meilleure prise de décision clinique, de meilleurs résultats de survie pour plusieurs types de cancer, un recrutement supérieur pour les essais cliniques, une évaluation rapide des nouvelles avancées et la satisfaction des professionnels de la santé [19]. Ces réunions peuvent revêtir plusieurs formes. Elles peuvent concerner un pôle ou un établissement unique tout comme elles peuvent former des comités regroupant des spécialistes de différentes institutions qu'on mande afin de donner un avis sur un cancer rare ou une maladie orpheline. Les intervenants, en fonction du cancer ou de la pathologie discutée, sont variables. Les décisions doivent en général s'accorder avec des référentiels préétablis. La RCP peut améliorer les soins cliniques grâce à l'adhérence à des directives de bonne pratique clinique [20]. Elle représente un socle sur lequel peut se reposer le médecin pour valider une décision jugée

difficile. Ces conseils multidisciplinaires permettent de rompre la solitude du praticien face à une caisse de Sécurité Sociale qui ne veut pas entendre parler d'un traitement hors AMM ou innovant [2]. Aussi tout désaccord de PEC est généralement discuté à la RCP ; certaines écoles prônent même l'exhaustivité. Le médecin référent a une responsabilité l'engageant vis -à-vis du patient. Il a le devoir de rapporter la décision de la RCP et d'en informer son patient. Le type de relation qu'entretient le médecin avec son malade va conditionner ce processus et en sera aussi dépendant. La traçabilité de la décision est donc capitale [2].

Dans un premier temps, la discussion présente a pour but de sonder la qualité des intervenants à la RCP, leur appréciation de cette dernière mais aussi le choix des dossiers et de leur présentation et le processus de prise de décision.

Dans un deuxième temps, nous discuterons les données quantitatives relevées à partir des dossiers patients présentés à la RCP.

I. Discussion qualitative

1. Qui intervient dans une RCP ?

Dans notre étude, 55% des praticiens sollicités ont répondu à notre questionnaire. En notant que ces médecins ont tous déjà participé à ces réunions, ce taux témoigne que l'intérêt porté à la RCP demeure moindre malgré son institutionnalisation au sein de l'HMA. Cependant l'étude de Lamb et al (2014) basé au Royaume-Uni trouve un pourcentage similaire de 54%. Il est à signaler que la RCP y est non seulement institutionnalisée, mais soumise à une législation stricte et obligatoire chez tout patient présentant un cancer [17], [21]. Kehl et al (2015) enregistrent un taux de participation de 61% [22].

Les oncologues (36.4%) et les chirurgiens viscéraux (27.3%) ont été les spécialistes les plus présents parmi nos répondants. Cela peut-être expliqué par l'intérêt majeur porté à la RCP par ces praticiens en particulier. Le service d'oncologie est à l'origine de l'organisation de la RCP

tenue à l'HMA ; le service de chirurgie viscérale quant à lui est à l'origine de 53.5% des dossiers qui y sont présentés. Il est toutefois important de noter que notre travail s'est fait au niveau de ces 2 services ce qui pourrait donner lieu à un biais d'interprétation. Pour Lamb et al (2011) en ce qui concerne la contribution des membres de la RCP à la discussion des cas, il a été constaté que les chirurgiens et les oncologues apportent la plus grande contribution [23].

Aucun radiologue n'a répondu à notre questionnaire. Dans l'étude de Lamb et al (2014), ils étaient également minoritaires faisant partie des 6.9% de répondants appartenant à d'autres spécialités [17]. Dans un article de Nasir et al (2017) dédié au sujet, on nous explique que la radiologie est un service traitant un flux de patients provenant à la fois des services ambulatoires et des services hospitaliers. Aussi, du fait de l'augmentation de la charge de travail de ce département en termes d'augmentation du nombre de patients, il est difficile de participer à toutes les réunions clinico-pathologiques, et il est encore plus délicat de les préparer [24].

La présence de personnel infirmier spécialisé à la RCP est une norme au royaume uni, 31.2% des répondants de l'étude menée par Lamb et al (2014) sont des infirmiers spécialistes [17].

Le statut des intervenants est également important. Les médecins résidents (36.4%) et médecins internes (18.2%) constituent à eux seuls 54.6% des répondants. Cela pourrait être expliqué par l'intérêt d'enseignement à la communauté endossé par la RCP [2] sous forme de plateforme d'apprentissage [24]. Les résidents ont dans plusieurs études été la tranche la plus impliquée dans la tenue des RCP. Dans l'étude de Jalil et al (2014) par exemple, ils ont été chargés d'appliquer l'instrument "Multidisciplinary Tumor Board Metric for the Observation of Decision-Making" (MTB-MODE) qui évalue les courbes d'apprentissage des participants [21].

L'intérêt porté par les enseignants (36.4%) à ces réunions est sans doute en rapport avec la collégialité de ces dernières et la discussion de cas rares qui peut en découler. On peut aussi l'expliquer du fait qu'ils en sont les principaux organisateurs.

Les médecins spécialistes avec un pourcentage de 9.1% sont minoritaires dans notre étude. Cela peut-être expliqué par leur détachement des processus d'apprentissage universitaires qui sont une prolongation des RCP.

2. Qui participe à la RCP ?

À l'addition d'être convaincus de l'intérêt porté à la RCP, tous les répondants à notre étude affirment y participer. Ceci rejoint l'idée que les 55% qui ont répondu sont ceux qui portent le plus d'attention à ce procédé. Il est possible que, la participation étant de nature facultative, ceux qui ont répondu soient plus disposés à s'engager dans le travail de la RCP – ce risque de biais d'auto-sélection est présent dans toutes les enquêtes de cette nature [17].

La fréquence de participation fait moins l'unanimité. Si 50% affirment assister de façon hebdomadaire, 31.8% ne sont présents que s'ils ont un dossier à présenter. Ceci peut-être expliqué par la non spécificité de notre RCP à la pathologie oncologique. Aussi d'autres spécialistes viennent y prendre part de façon irrégulière.

3. Quels dossiers sont présentés à la RCP ?

La priorité des dossiers en RCP représente une question d'une importance extrême. Les répondants sont partagés, si certains priorisent en fonction de la localisation (22.7%) ou en fonction du type tumoral (18.2%), d'autres donnent la priorité aux stades tumoraux avancés (13.6%). Au Royaume-Uni, bien que les cas de récurrence et les cas sans intention curative (avancés) ne nécessitent pas de discussion lors d'une réunion de spécialistes, ce sont les cas qui pourraient bénéficier le plus d'une approche RCP afin d'améliorer le partage d'informations, accroître l'expertise et rationaliser la coopération entre les spécialités [17]. Lamb et al (2014) trouvent que la majorité des répondants ont convenu que les cas lors de la RCP pourraient être classés par ordre de priorité selon le type de tumeur (Oui = 80%), la complexité du cas (Oui = 69,1%), ou la disponibilité des membres de la RCP (Oui = 61,5%)[17].

La priorité peut-être perçue de manière différente. En effet, les dossiers présentés au début de la RCP attirent plus l'attention des intervenants et la discussion y est plus prolifique.

La majorité de nos répondants ont tenu à préciser qu'ils ne priorisaient aucun dossier, ceci peut sans doute être expliqué par le souci d'exhaustivité prônée au sein de l'institution.

L'exhaustivité toutefois peine à être assurée. Aussi les dossiers non présentés à la RCP sont gérés dans 77.3% des cas lors d'une discussion avec l'équipe du service. Aucun participant ne prend la décision seul. Ceci est sans doute dû à la complexité des dossiers et à l'appréhension qu'a le praticien à être le décisionnaire unique. D'ailleurs l'un des principes clés qui sous-tendent les RCP est qu'elles offrent l'avantage de combiner des avis d'experts basés sur les meilleures preuves disponibles au moment de la prise de décision – réduisant ainsi au minimum les approches "idiosyncrasiques" du traitement du cancer[21].

4. Pourquoi soumettre un dossier à la RCP ?

Chaque praticien a ses raisons pour présenter un malade à la RCP. Dans notre étude, la question recherchait la raison la plus fréquente et la majorité (59.1%) des praticiens le font afin d'établir un projet thérapeutique. D'autres (22.7%) le font avant chaque décision thérapeutique. Certains tentent de valider une PEC initiale (9.1%). D'après Kehl et al (2015), parmi les participants à la RCP, une fonction de planification du prétraitement a été décrite par 82,4% des médecins, l'évaluation des décisions de traitement par 92,3%, l'examen de dossiers uniquement de cas de patients difficiles par 58,7%, la discussion d'une grande variété de localisations tumorales par 87,1% et une fonction éducative par 12,1%[22].

La notion de gain de temps est très importante en RCP. Il est à noter que cette dernière facilite énormément le parcours des patients. Elle permet une orientation appropriée et directe [17]. Ceci explique que parfois, on soumet un dossier pour référer un patient (4.5%). Selon Kwon et al (2014) les obstacles à l'orientation des patients cancéreux vers des spécialistes peuvent frustrer les médecins qui s'occupent de ces patients [25]. Ces barrières peuvent retarder le traitement des patients cancéreux et altérer le pronostic.

La proportion de dossiers présentés par les participants diffère. On remarque toutefois que 18.2% des répondants présentent la totalité de leurs dossiers. Ceci peut-être expliqué par le souci d'exhaustivité précédemment cité. On peut aussi l'expliquer par le besoin du médecin

réfèrent de présenter à son patient une décision soutenue par un comité d'experts. Il y a aussi l'appréhension de gérer seul des dossiers lourds générant des décisions tout aussi lourdes. Le reste des participants présente également une proportion importante de ses dossiers.

5. Qui présente les dossiers à la RCP ?

L'importance du médecin réfèrent au cours du processus de soumission d'un dossier patient à la RCP est indiscutable. Sa présence n'est cependant pas obligatoire. Le praticien en charge « connaît normalement son malade mieux que personne ». Non seulement il a connaissance de l'état clinique de son patient et des examens paracliniques qu'il a effectué ; il est aussi au courant des différents événements qui ont ponctué le processus de soins. Donc le médecin réfèrent est normalement le mieux placé pour parler du cas. Dans notre étude, 36.8% des praticiens affirment présenter toujours leurs dossiers eux-mêmes.

Selon Goldwasser et al (2018) dans son étude portant sur la RCP onco palliative, la présence du cancérologue réfèrent est requise car la réunion doit permettre d'échanger des informations actualisées sur la situation clinique , elle doit conduire à des interrogations partagées et à unecodécision [26].

Être médecin c'est pratiquer un métier noble et gratifiant, c'est également être très occupé et potentiellement indisponible. Aussi est-t-il possible qu'un praticien désiste à la dernière minute et que ses dossiers soient repris par un collègue.72.7% des participants dans notre étude affirment parfois confier la présentation d'un dossier à un collègue. Ces dossiers sont généralement confiés par un sénior à un médecin plus jeune résident ou interne. Malgré les apports de la RCP en matière de formation, il est essentiel de s'assurer lors de la passation des dossiers de la fidélité lors de la transmission afin de ne pas dénaturer la qualité de ces réunions. La sensibilisation aux facteurs humains doit être primordiale [27].

6. RCP et changement diagnostique et thérapeutique

La RCP est un lieu de rencontre et de discussion. L'échange entre spécialistes aboutit nécessairement à des changements particulièrement de diagnostic et de PEC.

Le clinicien doit être conscient de l'intérêt et ouvert à accueillir un avis extérieur au sien pour réfléchir aux décisions thérapeutiques et aux meilleures conditions facilitant ainsi une prise en charge conjointe [26].

Thenappan et al (2016) ont trouvé que le changement le plus fréquent concerne l'interprétation radiologique (19%). Le contact direct entre le radiologue et les cliniciens a permis une discussion plus nuancée du niveau de suspicion pour une lésion donnée par rapport à un rapport écrit. De plus, la familiarité entre les équipes cliniques et les radiologues a permis une meilleure communication qui a amélioré les soins aux patients [28].

Le changement au niveau du grade histopathologique a été démontré lors de plusieurs études [8]. L'interprétation change à la suite de la discussion en équipe et présentation des données cliniques et radiologiques par des experts, les caractéristiques histologiques observées dans les biopsies changent beaucoup moins [29].

Les avantages de la RCP ne sont pas surprenants car le pathologiste est limité par le prélèvement et les informations sur la distribution, le radiologue par la résolution et les deux par l'accès limité à l'historique clinique et à la progression de la maladie [29].

7. RCP, relation médecin-patient et dispositif d'annonce

La relation médecin malade constitue le socle de la RCP. C'est une relation inégale car le patient est tributaire du médecin et se retrouve donc en position inférieure de par sa vulnérabilité. Le médecin, quant à lui, est en position de pouvoir. Ce dernier lui est conféré de par son savoir scientifique.

- Il existe 4 types de relations médecin-patient :

- La relation actif/passif où le patient n'est aucunement impliqué.

- La relation consensuelle où le patient est déjà convaincu de la nécessité de la PEC médicale.
- La relation coopérative où le médecin doit convaincre le patient de la nécessité de sa coopération.
- La relation participative où le patient est l'acteur privilégié et doit changer ses habitudes.

Il est important de déterminer où se situe cette relation dans notre contexte. Elle sera déterminante dans la prise de décision en RCP.

Quand questionnés sur l'attitude adoptée lors de la présentation des dossiers, seul 13.6% des participants ont affirmé défendre le souhait du patient. Le reste soit 86.4% affirment défendre leur proposition de PEC. Cette approche majoritairement paternaliste n'est pas peu particulière dans notre contexte. Elle est encore moins étonnante dans le cadre d'une RCP traitant d'oncologie digestive. Orgerie et al (2007) avait trouvé que 3 médecins sur 4 défendaient leurs propositions de PEC [30]. Ceci peut s'inscrire dans le sens de l'engagement du médecin vis-à-vis de son patient. Le choix de la proposition à défendre reste toutefois source de questionnement.

Orgerie et al (2012) trouvent que 34% des patients souhaitent être totalement associés au choix. Certains estiment cependant ne pas être compétents pour participer à la décision ou ne souhaitent pas y être associés. Sur la totalité des patients souhaitant participer, 84% ont vu leur souhait pris en compte [31]. Kraetschmer et al (2004) affirment qu'autonomie du patient et confiance ne s'accordent pas [32]. Orgerie et al (2012) pensent que la volonté du patient de participer n'est pas un élément de défiance, mais un élément de construction de la confiance [31].

Un autre aspect important de la relation médecin-patient reste l'information et le dispositif d'annonce. Dans notre série 56.7% des praticiens informent leur patient en personne, 16.7% par le résident ou l'interne. Orgerie et al (2012) trouvent que 69% des dispositifs d'annonce se font par le médecin référent et 13% par un autre médecin [31].

-Lamb et al (2012) trouvent que les opinions des personnes interrogées étaient consensuelles quant au membre de l'équipe qui devrait communiquer la recommandation de l'équipe au patient : le médecin consultant / médecin traitant responsable et l'infirmière clinicienne spécialisée sont apparus comme les membres clés pour mener à bien cette tâche [20].

8. RCP, source de satisfaction

La RCP est comme prévu source de satisfaction pour ses intervenants qui sont souvent (54.4%) voire toujours (40.9%) satisfaits de la délibération.

Les raisons de leur satisfaction ont été étayées tout au long de notre discussion.

Les raisons de leur insatisfaction sont plus d'ordre organisationnel. Ceci est dû au fait que la tenue de la RCP au sein de l'HMA reste une tentative jeune et volontaire. Elle dépend uniquement du bon vouloir de ses organisateurs. Certains, contre toute attente, trouvent qu'elle retarde la mise en place du traitement. La notion de temps a toujours été importante dans la PEC oncologique. Il est légitime de se demander si un patient admis le jeudi à 15 heures devra attendre une semaine pour voir son dossier passer en RCP. Il est aussi utile de préciser que dans l'attente d'un passage en RCP, les actions nécessaires à une bonne gestion des cas seront entreprises (explorations biologiques, histologiques, radiologiques voire chirurgicales). L'attente de la RCP demeure en accord avec les bases des bonnes pratiques cliniques.

La question qui se pose reste : la prise de décision dans l'attente d'une RCP peut-elle priver le patient de certains bénéfices ?

Certains des participants ont tenu à préciser leur absence totale d'insatisfaction : Grands convaincus, porte-étendards de la RCP ou tout simplement témoins des grands bénéficiaires de cette dernière ?

9. RCP et application de la décision

La prise de décision est capitale avant toute application. Lanceley et al (2008) trouvent que le degré de participation à la prise de décision tend à suivre les hiérarchies professionnelles traditionnelles avec, par exemple, les oncologues et les chirurgiens qui participent le plus [33].

Dans notre série, 100% des participants affirment appliquer les décisions de la RCP. Ces résultats concordent avec les résultats d'Orgerie et al (2012) qui trouvent une application de 91% des avis de la RCP [31].

En ce qui concerne l'absence de mise en œuvre des décisions relatives à la RCP, le manque d'information découlant d'un contact étroit avec les patients a été signalé comme la principale raison de la non-application des décisions [20].

L'absence d'implémentation d'une décision requiert une justification écrite et signée de la part du médecin traitant. Même si la RCP n'a pas valeur légale dans notre contexte, son autorité reste avérée et sa légitimation établie par l'institution mère.

Selon Hollunder et al (2018) le taux de mise en œuvre était de 80,1 %. Dans 8,3 % des cas, le traitement effectivement reçu s'écartait de la recommandation [34].

On parle alors de déviance. Cette dernière peut avoir une multitude de raisons. D'abord la volonté du patient qui est maîtresse quelque soit la situation. À titre d'exemple un patient à qui on propose une amputation abdominopérinéale avec colostomie peut très bien refuser la décision en arguant une qualité de vie moindre. Une autre raison serait la détérioration de l'état du patient après son passage en RCP. Par exemple un patient avec tumeur colique qui présentera une occlusion après passage en RCP pourrait voir sa PEC révisée. Cela pourrait être dû aux données manquantes non présentées en RCP. À titre d'exemple la prescription d'une chimiothérapie péri opératoire chez un patient chez qui on trouvera un statut MSI positif par la suite. Parfois le médicament recommandé est indisponible. D'autre fois le décès du patient vient interrompre le processus.

10. RCP, référentiels et exhaustivité

Un référentiel est, de manière générale, un ensemble structuré d'information ou encore un système de référence liée à un champ de connaissance, notamment en vue d'une pratique ou d'une étude, et dans lequel se trouvent des éléments de définitions, de solutions et de pratiques.

Dans le cadre de la RCP, ces référentiels font office de manuel de bord. Leur application promet une sécurité des pratiques cliniques. Ils permettent de gagner un temps précieux qui peut être utilisé pour discuter de cas plus complexes. Toutefois, il ne faut pas les considérer comme une recette miracle, chaque patient présente ses particularités. Ce qui rejoint un peu le principe de l' « Evidence Based Medicine ».

La fondation Lalla Salma de lutte contre le cancer dans le cadre du PNPCC a intégré le développement de référentiels nationaux comme objectif majeur [16]. Dans notre contexte, on se réfère aux consensus internationaux notamment le National Comprehensive Cancer Network, NCCN et la European Society for Medical Oncology, ESMO [11].

Selon Elsaghir et al (2014), les RCP permettent la mise en œuvre de directives de pratique clinique ainsi que de directives adaptées aux conditions locales et aux ressources, et peuvent aider à saisir des cas en vue d'essais cliniques [35].

L'utilisation de guides de pratique clinique de haute qualité pour identifier les options de soins habituelles sert également à contrebalancer toute personnalité ou spécialité dominante et prépondérante au sein d'une RCP [35].

Dans notre série seuls 36.4% défendent l'utilisation de référentiels dans la gestion de cas non complexes. Les 63.6% restants ne soutiennent pas leur instauration dans ce but. Ici se pose la question de l'exhaustivité. Pour Field et al (2010) les réponses sont mitigées quant à savoir quels patients devraient être discutés. 56% pensent que seuls les patients ayant une prise en charge complexe devraient être discutés ; 44% pensent que tous les patients devraient être discutés. Une approche sélective plutôt qu'une approche « couverture » serait selon lui mieux adaptée [36].

Au cours de la RCP, les référentiels ne sont ni sacrés ni inviolables. Il est normal de s'en écarter occasionnellement dans le but de gérer des cas complexes non listés dans les consensus. Les écarts de routine sont moins tolérés.

11. RCP et besoin de collégialité

La collégialité est le principe guidant les actions d'un groupe de personnes (le collègue) ayant le même statut et assumant les décisions prises par la majorité de ses membres. Le pouvoir de décision n'est pas exercé par un chef unique, mais par un conseil généralement restreint dont les membres possèdent des pouvoirs égaux.

L'adoption des principes de la collégialité se rapporte avant tout à une éthique professionnelle. Kangasniemi et al (2016) affirment que la collégialité comprend la communication confidentielle, le dialogue et la collaboration non hiérarchique et mutuelle entre collègues [37].

Dans la RCP, le principe de la collégialité s'intègre dans la décision. La construction d'une codécision améliore la qualité de la PEC thérapeutique dans un contexte rendu particulièrement difficile par l'incertitude [26].

La prise de cette décision sous-entend en premier lieu l'application des connaissances et leur translation. Ce partage de savoir permet aux décideurs (par exemple, les patients, les prestataires de soins de santé...) d'avoir accès aux résultats de la recherche et de les utiliser [38]. Cette pratique peut s'inscrire dans le cadre du « knowledge brokering ».

Le principe est de pourvoir un poste de courtier « broker » qui fera le lien entre les preneurs de décisions et les détenteurs de savoir (chercheurs). Ce schéma peut être applicable à petite échelle à la RCP, avec le patient dans le rôle du décideur, le médecin référent dans celui du courtier et les intervenants dans le rôle des chercheurs.

12. RCP : une légitimation médico-économique

Le cancer est une pathologie complexe, sa PEC est tout aussi compliquée et le coût du traitement reste onéreux. Dans les pays en voie de développement la PEC oncologique est plus problématique de par le manque de couverture médicale. Le Maroc n'est pas une exception. L'Assurance Maladie Obligatoire couvre environ 12 millions de personnes, dont les employés des secteurs public et privé et les étudiants universitaires. Le Régime d'Assistance Médicale couvre 9.2 millions de personnes et est financé par le Ministère de la Santé et par une contribution annuelle des participants de 12 dollars US par personne ou 60 dollars par ménage. Enfin, un autre régime d'assurance obligatoire (INAYA) a été introduit en 2007 pour couvrir le diagnostic et le traitement des catégories de la population exerçant une activité indépendante et des artisans [39]. Cependant le Maroc doit encore relever le défi de l'universalisation des soins de santé, avec environ 11 millions de personnes non assurées, soit environ un tiers de la population [39].

Au cours de la discussion en RCP, les dimensions économiques sont beaucoup moins considérées. L'intérêt thérapeutique, le bien-être du patient et le respect des référentiels priment. Aussi une décision collégiale peut se prononcer en faveur d'un traitement coûteux tout comme elle peut éviter les surenchères thérapeutiques. La RCP permet une réduction des coûts par la réduction des situations de crise et leur cortège de transports et mobilisations de moyens non planifiés [26].

13. RCP : Lieu de responsabilité

Qui est légalement responsable de l'application d'une décision prise en RCP ? Question récurrente qui dans notre contexte marocain n'a pas lieu d'être au vu de l'inexistence légale de ces réunions.

En occident, certains auteurs se sont demandés si les équipes multidisciplinaires étaient un bouclier juridique ou une simple couverture de confort clinique [40]. Dans ces sociétés où le

patient est particulièrement procédurier et où les litiges médicaux sont fréquents, il est légitime de se poser la question.

Au Royaume-Uni, en droit médical, la responsabilité est confiée à des individus et non à des groupes, ce qui est pratique et évidemment plus facile à établir. De même, on trouve peu de choses sur les procédures de négligence qui impliquent des équipes multidisciplinaires plutôt que des cliniciens individuels [40].

Au Maroc, le patient demeure généralement beaucoup plus complaisant et sa relation au médecin traitant est plus conciliante. Cette idée n'est pas une généralité.

Ce genre d'étude nous pousse à réflexion quant à la proportion de dossiers présentés à la RCP, la précision de la décision et le risque de négligence. Est-ce que les patients présentés en fin de RCP après 2 heures de discussion assidue bénéficieront du même intérêt ?

II. Discussion quantitative

Après une analyse ponctuelle des dossiers d'oncologie digestive présentés à la RCP tenue à l'HMA sur la période s'étalant de Décembre 2017 à Novembre 2019 ; nous nous attelons à l'analyse de ces données en les comparant à la littérature. La gestion des cancers digestifs varie considérablement en fonction du site primaire, l'âge et les comorbidités pouvant avoir des répercussions sur le traitement [41]. Dans un premier temps, il paraît essentiel de signaler que notre étude traite de la totalité des cancers digestifs, aussi est-il difficile d'établir des comparaisons globales car chaque cancer présente ses spécificités.

1. Volet épidémiologique

1.1. L'âge des patients

Dans notre série, la moyenne d'âge de nos patients tous cancers confondus est de 60.1 ans.

Elle est comparable aux résultats retrouvés par Obayo et al (2018) en Ouganda qui déterminent une moyenne d'âge de 54.1 ans pour le sexe masculin et 53.6 ans pour le sexe féminin [42].

Le pic de fréquence dans notre série est estimé à 37% chez les patients entre 55 et 64 ans. Pour Wo et al (2012) les malignités gastro-intestinales sont généralement considérées comme des maladies qui touchent les patients âgés, avec une incidence maximale au cours des sixième et septième décennies [41].

Dans notre étude, le plus jeune patient présente une tumeur pseudo papillaire du pancréas. La nature de la tumeur peut expliquer l'âge jeune (26 ans).

1.2. Le sexe des patients

La majorité de nos patients sont de sexe masculin (61%) contre 39% de sexe féminin ; le sexe ratio est de 3 :2. Obayo trouve également une majorité masculine sans en préciser le sexe ratio [42].

Dans une étude menée en Suède sur une période s'étalant de 1970 à 2006, Rutegård et al (2010) trouvent que le rapport global hommes/femmes pour l'incidence des adénocarcinomes était de 5,1:1 ; pour l'œsophage, de 3,7:1 ; pour l'estomac avec atteinte cardiaque, de 1,6:1 ; pour l'estomac hors atteinte cardiaque, de 1,0:1 ; pour le côlon et de 1,1:1 pour le pancréas [43].

Dans notre étude la prédominance des cancers de l'estomac et la présence assez significative des cancers de l'œsophage peuvent expliquer notre sexe ratio.

1.3. Antécédents personnels

Dans notre série, un des antécédents notables est la cholécystectomie qu'on retrouve chez 6% de nos patients. Sur les 9 patients, 5 présentent une tumeur colique et un patient une tumeur pancréatique. Pour Kapoor (2013), il est intéressant de noter que la cholécystectomie peut augmenter le risque d'un certain nombre de malignités gastro-intestinales [44].

Schernhammer et al (2003) affirment qu'après ajustement en fonction de l'âge et d'autres facteurs de risque connus ou suspectés, ils ont constaté une association significative et positive entre la cholécystectomie et le risque de cancer colorectal (risque relatif de 1.34) [45].

Une récente méta-analyse a révélé un risque accru de 23 % de développer un carcinome du pancréas après une cholécystectomie [46].

16% des patients de notre série sont tabagiques soit actifs soit sevrés. Le tabac est incriminé en tant que facteur de risque dans la survenue de nombreux cancers digestifs notamment les CE de l'œsophage, les cancers de l'estomac et du colon. Pour Sonnenberg (2017) les consommateurs de tabac noir et d'alcool peuvent avoir un risque de développer un cancer de l'œsophage 100 fois plus élevé [47]. Toujours selon Sonnenberg, fumer 30 cigarettes par jour augmente le risque de développer un cancer de l'estomac et les gros fumeurs ont un risque deux à trois fois plus élevé que les non-fumeurs de développer un adénocarcinome du colon [47].

1.4. Antécédents familiaux

Dans notre série 3 patients ont signalé la présence d'ATCD familiaux. 2 présentent une tumeur colique, un patient présente une tumeur gastrique.

Probablement 90% des cancers gastriques sont sporadiques et environnementaux, mais environ 10% semblent impliquer une hérédité ; des antécédents familiaux de cancer du côlon peuvent conduire à recommander de commencer le dépistage à un âge plus précoce [47].

Ces deux localisations tumorales peuvent être associées à un syndrome de Lynch ce qui peut expliquer la décision de la RCP de demander l'établissement d'un statut MSI à l'un des patients.

2. Volet diagnostique

2.1. Localisation tumorale

Nous avons comparé les résultats de notre série à celle d'Obayo réalisée en 2018 en Ouganda.

Tableau III. Comparaison des localisations tumorales et profil épidémiologique

	Notre série	Obayo et al (2018)
Œsophage	5%	28.8%
Estomac	25%	18.4%
Intestin Grêle	4%	0.5%
Colorectal	36%	14.3%
Canal Anal	1%	6.2%
Foie	4%	25.8%
Voies biliaires	7%	1.8%
Pancréas	13%	4.2%

Nous remarquons une grande disparité entre notre série et les résultats retrouvés par Obayo et al [42]. Ceci peut être expliqué par le fait que notre série ne représente que les patients ayant bénéficié d'un passage en RCP. L'étude ougandaise a plus essayé de dresser un profil épidémiologique des différents cancers diagnostiqués.

Tableau IV. Comparaison des localisations tumorales en RCP

	Notre série	Basta et al (2017)
Œsogastrique	30%	48.5%
Colorectal	36%	25.6%
Foie	4%	9.1%
Pancréatobiliaire	20%	16.3%

La comparaison de notre série avec celle de Basta (2017) montre des résultats plus concordants [48]. Basta et al (2017) dressent également un profil des cancers discutés au sein d'une RCP. Dans notre série, 3% des tumeurs sont des localisations secondaires notamment hépatiques issues de primitifs non déterminés. Certaines études peuvent les classer en cancer du foie. Ce qui peut expliquer les différences de pourcentages.

2.2. Le type histologique

Après exploitation de nos résultats, l'ADK s'est déclaré comme le type histologique le plus fréquent à 68%. Sa prédominance dans certains types tumoraux est de notoriété publique. Sonnenberg affirme qu'histologiquement, 90 à 95 % des cancers gastriques sont des

adénocarcinomes. Il soutient également que dans le cas du cancer de l'œsophage, l'ADK a remplacé le carcinome épidermoïde en tant que cancer le plus fréquent aux États-Unis et en Europe occidentale [47]. Dans notre série les patients atteints d'un cancer de l'œsophage sont tantôt porteurs d'ADK tantôt de CE. Pour Juan et al (2008) l'ADK canalaire pancréatique est la tumeur maligne primitive du pancréas la plus courante, observée dans environ 80 % des cas [49]. Selon Munro et al (2017) l'ADK qui provient de l'épithélium colique et rectal représente 90% des cas de cancers colorectaux [50].

À la lumière de la littérature, on peut facilement expliquer les résultats de notre étude au vu de la prépondérance de l'ADK notamment au sein de localisations tumorales extrêmement fréquentes.

Le CE ne représente que 4% des types histologiques dans notre étude. Un seul patient présente une tumeur du canal anal. Le reste est fait de CE œsophagiens. Le cancer du canal anal est somme toute très rare [51].

Les TNE représentent 6% de l'ensemble des types histologiques retrouvés. Dans notre étude, elles n'ont pas de localisation préférentielle. Selon Cives et al (2018) les tumeurs neuroendocrines (TNE) sont des tumeurs malignes hétérogènes provenant du système neuroendocrinien diffus. Elles prennent souvent naissance dans le tractus gastro-entéro-pancréatique (GEP) et l'arbre broncho-pulmonaire [52]. Cela s'est vérifié dans notre série.

Dans notre étude les GIST représentent uniquement 3% de nos patients. Comme la plupart des GIST sont asymptomatiques, elles ne sont pas communément reconnues de leur vivant. Par conséquent, l'incidence mondiale des GIST est estimée à une à deux personnes pour 100 000 et la prévalence à 13 personnes pour 100 000. Des études par autopsie suggèrent cependant que des GIST (<1 cm) peuvent être identifiées chez 25% des individus lorsque le tractus gastro-intestinal est examiné avec soin [53].

Ces tumeurs se répartissent entre localisations gastriques et intestinales. Pour Mantese (2019) environ 60% des GIST se trouvent dans l'estomac et 30% dans l'intestin grêle [53].

En général, les GIST coexistent avec d'autres tumeurs primaires qui peuvent impliquer soit le tractus gastro-intestinal, soit d'autres sites extra-gastro-intestinaux [54]. Dans notre étude, nous retrouvons un seul patient présentant cette association. Diamantis et al (2018) retrouvent que la présence de malignités abdominales synchrones représentent 18% de tous les patients atteints de GIST étudiés [54].

Dans notre série, 3% des patients ont présenté un CHC. Le diagnostic de certains a été uniquement radiologique.

2.3. Les métastases à distance

Dans notre série, 39% des patients toute localisation tumorale comprise présentent des métastases. Pour Brodt (2016) les métastases du cancer restent le principal défi à relever pour gérer avec succès les maladies malignes. Le foie est le principal site de la maladie métastatique et une cause majeure de mortalité due à des malignités gastro-intestinales, telles que les cancers du côlon et de l'estomac [55]. Dans notre étude 38% des localisations secondaires sont représentées par les métastases hépatiques suivies de près par les métastases pulmonaires à 27%.

2.4. La classification TNM

Dans notre étude, seuls 38% des patients possèdent une classification TNM au moment de leur présentation à la RCP. Des informations précises sur l'étendue de la tumeur au moment du diagnostic sont un élément important des soins du cancer, pour définir le pronostic de la maladie et évaluer les politiques nationales et internationales de lutte contre le cancer [56].

La classification TNM est donc un outil majeur dans la prise de décision en oncologie. Cette classification subit des révisions continues de la part de l'AJCC afin de mieux cerner l'extension, l'atteinte ganglionnaire et métastatique. La 8^{ème} édition a été déposée en 2018.

68% des patients possédant cette classification présentent des tumeurs localisées la plupart classées T3. Ceci peut être expliqué soit par le retard de consultation après apparition

des symptômes soit par le choix de présentation de dossiers plus complexes à la RCP. Nous avons signalé ultérieurement l'absence d'exhaustivité.

2.5. Les marqueurs tumoraux

Dans notre série, 17% de nos patients présentent une élévation du CA 19-9 ; ces patients présentent en grande partie des tumeurs pancréatiques. Le CA19-9 est le marqueur tumoral sérique le plus couramment utilisé et le mieux validé pour le diagnostic du cancer du pancréas chez les patients symptomatiques et pour le suivi du traitement des patients atteints d'adénocarcinome du pancréas. Cependant il peut être exprimé dans d'autres pathologies bénignes du tube digestif et sa sensibilité (80%) reste problématique [57].

23% des patients de notre étude présentent une élévation de l'ACE. Ce dernier représente un des marqueurs tumoraux les plus anciens et les premières études le concernant remontent à 1965. Dans notre série, l'élévation de l'ACE n'est spécifique à aucune localisation tumorale. Une légère prédominance des cancers coliques et gastriques peut être relevée. La mesure de l'ACE est recommandée depuis longtemps comme indicateur de pronostic du cancer colorectal et comme outil de surveillance pour la détection précoce de récurrences potentiellement curables après une résection primaire [58]. La temporalité de la réalisation des prélèvements par rapport à une chirurgie dans notre étude n'a pas été explorée.

L'AFP n'est élevée que dans 3% des cas dans notre étude. 2 des patients avec une ascension de l'AFP présentent des CHC. Un patient présente une localisation gastrique. Ceci peut être expliqué par une possible tumeur gastrique sécrétant l'AFP. Les cancers gastriques sécrétant de l'AFP sont une entité rare mais bien définie. La majorité des rapports sont issus de la littérature japonaise, avec seulement quelques rapports chez des patients non japonais. Cette tumeur a tendance à être agressive avec un mauvais pronostic. L'identification de ce groupe de patients et la différenciation des tumeurs gastriques à AFP négative et du carcinome hépatocellulaire sont importantes pour influencer le pronostic, les options de traitement et la poursuite des recherches sur cette entité [59].

2.6. La présence de polypes

10% de nos patients présentent des polypes à l'endoscopie, parmi eux un patient présente une polypose rectale. Les localisations tumorales prédominantes chez ces patients ont été coliques et rectales, un patient a présenté une tumeur gastrique. Ceci peut être expliqué par les syndromes de prédisposition héréditaire aux cancers comme les polyposes adénomateuses colorectales. Le cancer de l'estomac peut également être associé à ces syndromes.

3. Le volet thérapeutique

3.1. Le choix du traitement curatif

Dans notre série, la chirurgie reste le traitement de choix dans 46% des cas. Sur les 153 patients de notre étude, 112 ont en bénéficié soit 73%. Ceci peut être expliqué par le caractère expéditif de la chirurgie. Elle demeure un moyen invasif mais prompt dont les résultats sont plus concrets. La chirurgie a constitué historiquement l'un des premiers traitements des tumeurs surtout après l'avènement de l'anesthésie [61]. Dans le cas des tumeurs gastriques par exemple, Johnston et al (2019) affirment que la résection chirurgicale complète reste la seule possibilité de guérison du cancer gastrique [62]. Pour Strobel et al (2018), la résection chirurgicale, associée à une chimiothérapie systémique, offre le seul espoir de guérison ou de survie à long terme pour les patients atteints d'un cancer du pancréas [63]. Ceci pourrait contribuer à expliquer la prédominance de la chirurgie dans notre série.

La chimiothérapie représente 34% des décisions de traitement dans notre étude. Elle constitue le cheval de bataille contre le cancer. Elle a permis des avancées même en ce qui concerne les indications chirurgicales en permettant la résection de tumeurs localement avancées. Son utilisation en cas de tumeur métastatique si passage au traitement palliatif font d'elle une option thérapeutique très commune.

La radiothérapie a été effectuée chez 10% de nos patients. Pour Minniti et al (2012) la radiothérapie est essentielle car les tumeurs sont plus susceptibles d'être endommagées par les radiations que les tissus normaux, ce qui est favorisé par l'utilisation d'un traitement fractionné,

qui épargne de préférence les tissus normaux en permettant la récupération des dommages causés par les radiations entre les fractions de radiothérapie [64]. Dans notre série, 3 localisations ont reçu préférentiellement la radiothérapie : le rectum, l'estomac puis l'œsophage. Les ADK rectaux sont réputés modérément radiosensibles aussi la radiothérapie et la RCC constituent un traitement de choix [65].

La thérapie ciblée constitue 1% de l'ensemble des traitements assignés à nos patients : 2 patients avec un cancer gastrique, un seul avec une tumeur intestinale ; tous les 3 présentant une GIST . L'efficacité de l'Imatinib a été établie dans les GIST localement avancées ou métastatiques, puis en situation adjuvante à la chirurgie . L'Imatinib est en effet le traitement adjuvant standard après résection R 0 d'une GIST à haut risque de récurrence , et une option en cas de risque intermédiaire [66]. Ces dernières années, nous avons assisté à l'introduction de thérapies ciblées telles que l'Imatinib pour la leucémie myéloïde chronique et les tumeurs stromales gastro-intestinales. L'association de nouvelles thérapies ciblées et la chimiothérapie existante a permis d'améliorer considérablement les résultats [67].

3.2. La confection d'une stomie

La confection d'une stomie est un événement majeur dans la vie d'un patient. Sa qualité de vie sera bouleversée à jamais si la stomie est définitive. Aussi cela reste une décision lourde de conséquences pour le chirurgien et un geste lourd de sens pour le patient. Dans notre étude, 10% des patients ont bénéficié d'une stomie. La plupart sont porteurs de tumeurs d'abord coliques puis rectales. De nos jours, l'indication la plus courante pour la création d'une stomie intestinale est le cancer colorectal. L'insuffisance anastomotique (IA) après résection oncologique du rectum est associée à un risque de mortalité de 6 à 22 % et représente donc la complication la plus grave de la chirurgie colorectale. Le risque d'IA après une résection rectale profonde serait de 10 à 15 %. Une stomie protectrice est systématiquement pratiquée pour améliorer les conséquences de l'IA [68].

3.3. Le traitement palliatif

Le passage au traitement palliatif constitue un tournant dans la maladie d'un patient atteint de cancer. Il la perçoit comme une fin en soi. C'est aussi une décision complexe pour le médecin car elle représente une sorte d'étiquette qu'on colle au patient.

Dans notre série, 18% de nos patients discutés au cours de la RCP sont passés aux soins palliatifs. Okafor et al (2015), ont observé que les patients atteints de maladies métastatiques avaient un recours 2,7 fois plus élevé aux soins palliatifs en milieu hospitalier que les patients atteints de maladies non métastatiques [69]. Dans notre série 21 des 27 patients passés au traitement palliatif sont porteurs de métastases avérées soit 77%.

Le traitement palliatif a plusieurs modalités. Dans notre série, la chimiothérapie représente 52% du traitement palliatif. Près de la moitié des personnes atteintes d'un cancer de l'œsophage ou de la jonction gastro-œsophagienne présentent une maladie métastatique au moment du diagnostic. La chimiothérapie et les thérapies ciblées sont de plus en plus utilisées dans un but palliatif pour contrôler la croissance de la tumeur, améliorer la qualité de vie et prolonger la survie [70].

34% des patients ont bénéficié d'une chirurgie dans un but palliatif notamment à des fins de lever d'obstacle potentiellement dû à la tumeur primitive.

Finalement le traitement endoscopique a été vu chez 14% des patients présentant notamment des tumeurs pancréatiques ou œsophagiennes. Pour Lee et al (2019) bien que la prise en charge du cancer du pancréas ait généralement été axée sur la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie, l'absence de résultats novateurs a repoussé les limites vers d'autres modalités, tant pour le diagnostic que pour la prise en charge. En conséquence, le rôle toujours plus important de l'endoscopie et la pléthore de nouveaux outils disponibles ont conduit à mettre à nouveau l'accent sur sa capacité à améliorer les soins du cancer du pancréas [71]. L'usage de techniques endoscopiques dans la PEC des tumeurs œsophagiennes est de plus en plus courant notamment dans les pays occidentaux et certains pays d'Asie. Ces techniques endoscopiques ne sont pas utilisées pour les tumeurs localement avancées ; le but est d'éviter l'œsophagectomie et de garder un semblant d'œsophage fonctionnel [72].

4. Le volet organisationnel

4.1. L'objectif de la RCP

Dans notre étude la décision thérapeutique constitue la principale raison de soumission d'un dossier à la RCP (29%). Seuls 4% des dossiers sont présentés pour avis diagnostique. Ces 2 objectifs sont corroborés par la littérature [2].

C'est à ce niveau d'ailleurs qu'on signale le plus de changement dans un dossier patient après passage en RCP.

4.2. Le nombre de discussion en RCP

La majorité de nos patients (67%) ont été discutés une seule et unique fois à la RCP. On peut déduire qu'il s'agit là de dossiers moins complexes et que la décision de la RCP a été suffisante pour engager une PEC sans entraves. Aussi le besoin de rediscuter ces patients ne s'est pas manifesté.

25% des patients ont été discutés 2 fois. Après l'application de la décision primaire de la RCP, le médecin référent peut solliciter un second avis multidisciplinaire tout en rendant compte des nouveautés du dossier. Parfois c'est pour apporter un résultat histologique ou radiologique tant attendu et qui conditionnera tout le cheminement du patient par la suite.

Le reste des patients a été discuté de nombreuses fois. En général il s'agit de tumeurs avancées potentiellement métastatiques chez des patients altérés, parfois nécessitant des PEC palliatives.

4.3. La décision de la RCP

La décision représente une finalité en RCP. C'est le moment le plus attendu après délibération. Dans notre série 46% des décisions portent sur le traitement quel qu'il soit. Ceci est en parfait accord avec les objectifs de la RCP sus cités.

Ces verdicts concernent tantôt l'instauration d'une chimiothérapie, radiothérapie, RCC... tantôt le passage aux soins palliatifs. Parfois ils suggèrent des reprises chirurgicales.

L'exploration radiologique (14%) vient en second lieu. Ceci peut être dû à la demande des bilans d'extension qui parfois sont incomplets au moment de la présentation des dossiers ; notamment les scintigraphies, bili IRM...

La surveillance est une décision récurrente dans notre RCP (11%). En général, ce sont des patients dont le traitement a déjà été entrepris ou est en cours.

Les explorations biologiques (8%) concernent tantôt les marqueurs tumoraux, tantôt les statuts MSI, tantôt des examens biologiques plus communs.

Les décisions peuvent se scinder en 2 catégories, des décisions préparatoires dont le but est de collecter le maximum de données utiles à une prise de décision ultérieure. Les explorations radiologiques, biologiques, chirurgicales, histologique, endoscopiques et les avis en font partie.

Puis les décisions applicatoires à mettre en pratique dans l'immédiat et dans une attente de résultats. Le traitement curatif ou palliatif, la surveillance et les stomies en font partie.



RECOMMANDATIONS



Au terme de notre travail, quelques recommandations semblent de rigueur ; ces propositions ne seront applicables qu'à petite échelle dans l'attente d'une législation salvatrice qui institutionnalisera la tenue des RCP. Cette législation permettra également la prise en charge du coût des RCP et ainsi la possibilité de faire évoluer la recherche scientifique et la participation aux essais cliniques.

- 1- L'établissement d'une charte afin de formaliser ces réunions et de les différencier « des staffs » dont la traçabilité laisse à désirer.
- 2- Établir un quorum sans lequel la RCP ne peut fonctionner. Il serait inapproprié de tenir une réunion type RCP sans la présence d'un oncologue par exemple. Le nom et la qualité de chaque intervenant doivent être notés.
- 3- Assigner la saisie des décisions à un tiers qui ne participe pas à la discussion dans un souci de pragmatisme.
- 4- Informatiser les dossiers présentés en RCP à l'aide de logiciels. Certains sont déjà présents sur le marché. Ils permettent la recherche d'un patient ; la planification des séances de RCP ; l'inscription du patient à une séance ; le pré-remplissage de la fiche RCP ; le déroulement de la RCP ; la saisie des conclusions ; la diffusion du compte rendu et l'export des données médicales des fiches au format Excel.
- 5- Alléger la charge de travail des résidents en préparant des formats de présentation préétablis spécifiques à chaque spécialité. Ceci permettra de gagner un temps précieux, d'assurer des présentations de qualité et d'encourager les jeunes médecins à percevoir la RCP comme un outil de formation médicale continue plutôt qu'un fardeau.



CONCLUSION



Les réunions de concertation pluridisciplinaires ou RCP sont une modalité de la prise en charge oncologique, au même titre que la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie ou la thérapie ciblée. Elles s'inscrivent dans un processus décisionnel régi par des principes de rationalisation. La RCP est avant tout un outil permettant l'accès à la meilleure proposition de soin possible selon la science pour un patient donné. La notion de multidisciplinarité en fait une sorte de « guichet unique » évitant au patient les errances administratives et les consultations multiples.

De nombreux concepts se sont profilés. L'importance des notions de collégialité, de légitimation et de responsabilité a été démontrée. L'intérêt de la relation médecin-malade dans l'implémentation des décisions est tout aussi capital et conditionne l'adhérence du malade.

Notre travail est une évaluation ponctuelle de la RCP en oncologie digestive tenue dans les locaux de l'HMA. Nous avons apprécié l'importance de la RCP du point de vue des praticiens qui y siègent ; nous avons également évalué les dossiers d'oncologie digestive dans un souci d'étalage de données.

L'expérience de l'Hôpital Militaire Avicenne demeure néanmoins une tentative jeune et volontaire. Elle donne un avant-goût de ce que pourrait être une RCP institutionnalisée et surtout répondant à un cadre législatif précis. En attendant il est nécessaire de déployer les moyens humains et matériels possibles pour faire évoluer les stratégies thérapeutiques.

L'adhérence aux référentiels est une nécessité ; on déplore toutefois l'absence de référentiels nationaux qui peuvent prendre en compte la situation sociodémographique du pays. Ceci pourrait aider les praticiens à faire face aux situations de blocage plus d'ordre organisationnelles que médicales (absence d'AMM, absence de remboursement, rupture de médicaments...). Le développement de la recherche clinique et la prolifération des essais cliniques doivent être encouragés afin d'éliminer certaines situations de blocage thérapeutique.

Pour finir, il faut mentionner le rôle capital de la RCP dans l'apprentissage des jeunes médecins. Elle représente un outil pédagogique important qui permet d'assurer une formation médicale continue.



ANNEXES



Annexe 1

Généralités

1) Quelle est votre spécialité ?

- Chirurgie viscérale
- Oncologie
- Radiothérapie
- Urologie
- radiologie
- Anatomie pathologie
- Autres :

2) Quel est votre statut ?

- Enseignant
- Médecin spécialiste
- Médecin résident
- Médecin interne

3) Êtes-vous convaincu par l'intérêt de cette réunion de concertation pluridisciplinaire ?

- Oui Non

Participation à la RCP

4) Participez-vous à des réunions de concertation pluridisciplinaire en oncologie ?

- Oui Non

5) A quelle fréquence participez-vous à la RCP ?

- Chaque semaine
- Parfois
- Quand vous avez un dossier à présenter
- Jamais

Présentation des dossiers à la RCP

6) Les dossiers sont présentés de façon prioritaire en fonction :

- Du type tumoral
- Du stade avancé
- De la localisation
- Autre :

7) Les dossiers que vous ne présentez pas :

- Vous prenez la décision seul
- Vous les discutez avec l'équipe du service
- Vous les discutez avec un collègue
- Vous en parlez au patient et à la famille
- Autre :

- 8) Préconisez-vous l'utilisation de certains référentiels à la RCP pour éviter la discussion des cas non complexes ? Oui Non
- Si oui lesquels :
- 9) Pourquoi présenter un dossier à la RCP ?
- Avant chaque décision
 - Valider une PEC initiale
 - Établir un projet thérapeutique
 - Si absence de référentiel clair
 - Référer le patient
 - Passer aux soins palliatifs
 - Autre :
- 10) Dans votre pratique quelle est la proportion de dossiers que vous présentez à la RCP sur l'ensemble des décisions que vous prenez ?
- 1/3 1/2 2/3 la totalité
- 11) Vous présentez vous-même les dossiers de vos patients :
- Toujours Souvent Parfois Jamais
- 12) Vous demandez à un collègue de présenter vos dossiers :
- Toujours Souvent Parfois Jamais
- 13) Sur quel support :
- Powerpoint Dossier clinique Oralement

Déroulement de la RCP

- 14) Quand vous présentez le dossier vous défendez :
- Votre proposition de prise en charge
 - Le souhait du patient
 - Le souhait de la famille
- 15) La RCP a-t-elle été à l'origine parfois de changement de diagnostic ?
- Oui Non
- Si oui quel changement :
- Point de départ tumoral
 - Classification TNM
 - Grade histopathologique
 - Radiologique
 - Autre
- 16) Demandez-vous des examens paracliniques supplémentaires en prévision d'une RCP ?
- Toujours Souvent Parfois Jamais
- 17) La RCP a-t-elle été à l'origine parfois de changement de la PEC initiale ?
- Toujours Souvent Parfois Jamais
- 18) Certains cas sont-ils rediscutés au niveau de la RCP ?
- Toujours Souvent Parfois Jamais

Décision, délibération et information du patient

- 19) La délibération est-elle satisfaisante ?
Toujours Souvent Parfois Jamais
- 20) Elle vous satisfait car :
- la RCP vérifie l'ensemble du dossier
 - la discussion permet de trouver la meilleure solution
 - vous pouvez exprimer vos difficultés par rapport à un patient
 - elle permet de gagner du temps
 - Autre
- 21) elle ne vous satisfait pas car :
- elle retarde la mise en traitement
 - les locaux ne se prêtent pas à la discussion
 - les décisions sont prévisibles
 - seuls les aspects techniques sont discutés
 - Autre
- 22) Il vous arrive d'être en désaccord avec la décision de la RCP :
Toujours Souvent Parfois Jamais
- 23) Lorsque vous n'êtes pas d'accord, que faites-vous ?
- Vous présentez le dossier avec des nouveaux éléments et arguments
 - Vous en discutez avec le patient
 - Vous discutez avec un collègue
 - Autre :
- 24) La décision appliquée :
- Est celle de la RCP
 - La décision que vous proposez
 - Le souhait du patient
 - Autre :
- 25) L'information du patient se fait par :
- Vous-même
 - Le résident ou l'interne
 - En consultation
 - Au téléphone
 - Autre
- 26) Quel est le délai entre la RCP et l'instauration du traitement ?
- < 1 mois
 - De 1 à 3 mois
 - De 3 à 6 mois
 - > 6 mois
- 27) Quelles sont vos propositions pour améliorer la RCP d'oncologie digestive ?

5) **Évolution :**

- Décès post opératoire : Oui Non
- Survie à 1 an : Oui Non
- Réponse :
 - Complète Partielle Stabilité Progression
- Récidive : Oui Non
 - Si oui :
 - Délai :
 - Siège :

6) **Décision :**

- Objectif de la RCP :
- Nombre de discussion à la RCP :
- Nature de la décision :



RÉSUMÉS



Résumé

La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) représente le gold standard dans la gestion des patients en oncologie. Elle fait office d'un lieu de rassemblement de divers spécialistes impliqués dans la décision conditionnant la prise en charge d'un patient. On y retrouve des chirurgiens, des oncologues, des radiothérapeutes, des pathologistes, des radiologues... Le but ultime est de régler les problématiques d'ordre diagnostique et thérapeutique.

L'objectif de notre étude est de dresser une évaluation ponctuelle de la RCP en oncologie digestive à l'hôpital militaire Avicenne (HMA), à travers une appréciation des participants, puis en évaluant l'activité de cette RCP en ce qui concerne les dossiers d'oncologie digestive.

Il s'agit d'une étude descriptive dont le but est l'évaluation de la RCP de cancérologie digestive ayant lieu à l'HMA. Elle se penche sur 2 volets :

Une appréciation qualitative transversale des médecins participant à ces réunions par le biais d'un questionnaire électronique adressé par mail.

Une évaluation quantitative rétrospective analytique sur une période de 24 mois de Décembre 2017 à Novembre 2019 au cours de laquelle nous avons répertorié les différents dossiers traitants d'oncologie digestive.

Au terme de notre étude, nous avons déduit l'importance de la RCP dans la prise d'une décision apportant satisfaction au praticien et au patient. Nous avons évalué son ancrage dans la croyance collective des participants puis nous avons jaugé le degré de satisfaction de ses intervenants. Nous avons également observé les résultats issus des dossiers patients d'oncologie digestive.

L'appréciation continue et régulière de la RCP est capitale puisqu'elle représente une des modalités de prise en charge oncologique les plus rentables en terme de résultats et de satisfaction. De ce fait, son amélioration perpétuelle est une exigence.

Abstract

The Multidisciplinary Team Meeting (MDTM) is the gold standard in oncology patient management. It serves as a gathering place for various specialists involved in the decision to manage a patient. It includes surgeons, oncologists, radiotherapists, pathologists, radiologists... The ultimate goal is to manage diagnostic and therapeutic problems.

The objective of our study is to draw up a punctual evaluation of MDTM in digestive oncology at the Avicenne Military Hospital (HMA), through an assessment of the participants, and then by evaluating the activity of this MDTM regarding digestive oncology records.

This is a descriptive study whose aim is the evaluation of the digestive oncology MDTM taking place at the HMA. The study has two components:

A transversal qualitative assessment of the physicians participating in these meetings using an electronic questionnaire sent by e-mail.

An analytical retrospective quantitative evaluation over a period of 24 months from December 2017 to November 2019 during which we have listed the different digestive oncology treatment files.

At the end of our study, we deduced the importance of MDTM in making a decision that brings satisfaction to the practitioner and the patient. We evaluated the extent to which MDTM is rooted in the collective beliefs of the participants, and then we assessed the degree of satisfaction of its practitioners. We also processed the results from digestive oncology patient records.

Ongoing and regular evaluation of MDTM is critical because it is one of the most effective cancer management modalities in terms of outcomes and satisfaction. Therefore, its perpetual improvement is a requirement.

ملخص

يمثل الاجتماع التشاوري متعدد التخصصات المعيار الذهبي في إدارة مرضى الأورام . إنه بمثابة مكان تجمع لمختلف المتخصصين المشاركين في قرار إدارة المريض . و يضم الجراحين وأخصائيي الأورام والمعالجين بالأشعة وأخصائيي علم التشريح وأخصائيي الأشعة... الهدف النهائي هو إدارة المشكلات التشخيصية والعلاجية .

الهدف من دراستنا هو إجراء تقييم دقيق للاجتماع التشاوري متعدد التخصصات في أورام الجهاز الهضمي في المستشفى العسكري ابن سينا ، من خلال تقييم المشاركين ، ثم من خلال تقييم نشاط هذا الاجتماع الاستشاري فيما يتعلق بسجلات أورام الجهاز الهضمي .

هذه دراسة وصفية تهدف إلى تقييم الاجتماع الاستشاري متعدد التخصصات لأورام الجهاز الهضمي الذي يتم إجراؤه في المستشفى العسكري . بالنظر إلى جانبين:

تقييم نوعي مستعرض للأطباء المشاركين في هذه الاجتماعات عن طريق استبيان إلكتروني يتم إرساله عبر البريد الإلكتروني .

تقييم كمي تحليلي بأثر رجعي على مدار 24 شهراً من ديسمبر 2017 إلى نوفمبر 2019، قمنا خلاله بإدراج الملفات المختلفة التي تتناول الأورام الهضمية .

في نهاية دراستنا ، استنتجنا أهمية الاجتماع الاستشاري متعدد التخصصات في اتخاذ قرار يرضي الممارس والمريض . قمنا بتقييم ترسيخها في المعتقدات الجماعية للمشاركين ثم قمنا بقياس درجة رضا ممارسيها . قمنا أيضاً بمعالجة النتائج من سجلات مرضى أورام الجهاز الهضمي .

يعد التقييم المستمر والمنظم للاجتماع التشاوري متعدد التخصصات ضرورياً لأنه يمثل أحد أكثر طرق علاج السرطان فعالية من حيث النتائج . لذلك، فإن التحسين المستمر هو مطلب .



BIBLIOGRAPHIE



1. **Mitchell G.K., Tieman, J.J., and Shelby-James T.M. (2008),**
Multidisciplinary care planning and teamwork in primary care, *Medical Journal of Australia*, Vol. 188, No. 8, p.563.
2. **Solé G.**
Mode d'emploi des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) – Objectifs et principe de fonctionnement [Multidisciplinary Concertation Meetings (RCP): objectives and operating procedures]. *Med Sci (Paris)*. 2018;34 Hors-série n°2:23–25. doi:10.1051/medsci/201834s207
3. **Scales JE, Johnson MS.**
A psychiatric POMR for use by a multidisciplinary team. *Hosp Community Psychiatry*. 1975;26(6):371–373. doi:10.1176/ps.26.6.371
4. **Campbell LJ, Cole KD.**
Geriatric assessment teams. *Clin Geriatr Med*. 1987;3(1):99–110.
5. **Schmidt I, Claesson CB, Westerholm B, Nilsson LG, Svarstad BL.**
The impact of regular multidisciplinary team interventions on psychotropic prescribing in Swedish nursing homes. *J Am Geriatr Soc*. 1998;46(1):77–82. doi:10.1111/j.1532-5415.1998.tb01017.x
6. **Fonda D.**
Telelink: the use of telephone conferences for multidisciplinary team meetings. *Age Ageing*. 1986;15(6):374–377. doi:10.1093/ageing/15.6.374
7. **Murphy ML.**
The multidiscipline team in a cancer center. *Cancer*. 1975; 35(3 suppl):876–883. doi:10.1002/1097-0142(197503)35:3+<876::aid-cnrcr2820350705>3.0.co;2-8
8. **Pillay B, Wootten AC, Crowe H, et al.**
The impact of multidisciplinary team meetings on patient assessment, management and outcomes in oncology settings: A systematic review of the literature. *Cancer Treat Rev*. 2016;42:56–72. doi:10.1016/j.ctrv.2015.11.007
9. **Taylor C, Munro AJ, Glynne-Jones R, et al.**
Multidisciplinary team working in cancer: what is the evidence?. *BMJ*. 2010; 340:c951. Published 2010 Mar 23. doi:10.1136/bmj.c951

10. **Le Divenah Aude, David Stéphane, Bertrand Dominique et al.**
« Réunion de concertation pluridisciplinaire : comment décider d'une chimiothérapie à visée palliative ? », Santé Publique, 2013/2 (Vol. 25), p. 129–135. DOI : 10.3917/spub.132.0129. URL : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-2-page-129.htm>
11. **Chaouki W, Mimouni M, Boutayeb S, Hachi H, Errihani H, Benjaafar N.**
Évaluation des réunions de concertation pluridisciplinaire; l'exemple des cancers gynécologiques mammaires dans un centre de référence tertiaire au Maroc [Evaluation of multidisciplinary team meeting; the example of gynecological mammary cancers in a tertiary referral center in Morocco]. Bull Cancer. 2017; 104(7–8):644–651. doi:10.1016/j.bulcan.2017.04.004
12. **Soukup T, Lamb BW, Arora S, Darzi A, Sevdalis N, Green JS.**
Successful strategies in implementing a multidisciplinary team working in the care of patients with cancer: an overview and synthesis of the available literature. J Multidisc Healthc. 2018 Jan 19;11:49–61. doi: 10.2147/JMDH.S117945. Erratum in: J Multidisc Healthc. 2018 Jun 11;11:267. PMID: 29403284; PMCID: PMC5783021.
13. **Shao J, Rodrigues M, Corter AL, Baxter NN.**
Multidisciplinary care of breast cancer patients: a scoping review of multidisciplinary styles, processes, and outcomes. CurrOncol. 2019 Jun; 26(3):e385–e397. doi: 10.3747/co.26.4713. Epub 2019 Jun 1. PMID: 31285683; PMCID: PMC6588064.
14. **Registre des cancers de la Région du Grand Casablanca pour la période 2008–2012 ; 2016** https://www.contrelecancer.ma/site_media/uploaded_files/RCRGC.pdf
15. **Abdellatif, Maamri. (2015).**
Données épidémiologiques sur le cancer dans le monde et au Maroc Revue bibliographique. 1.
16. **Plan national de prévention et de contrôle du cancer 2010–2019; 2009,**
http://www.sante.gov.ma/Documents/Synthese_PNPCC_2010-1019.pdf.
17. **Lamb BW, Jalil RT, Sevdalis N, Vincent C, Green JS.**
Strategies to improve the efficiency and utility of multidisciplinary team meetings in urology cancer care: a survey study. BMC Health Serv Res. 2014 Sep 8;14:377. doi: 10.1186/1472-6963-14-377. PMID: 25196248; PMCID: PMC4162937.
18. **Kesson Eileen M, Allardice Gwen M, George W David, Burns Harry J G, Morrison David S.**
Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: retrospective, comparative, interventional cohort study of 13 722 women BMJ 2012; 344 :e2718

19. **Bate J, Wingrove J, Donkin A, Taylor R, Whelan J.**
Patient perspectives on a national multidisciplinary team meeting for a rare cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2019 Mar; 28(2):e12971. doi: 10.1111/ecc.12971. Epub 2018 Dec 3. PMID: 30507003.
20. **Lamb BW, Taylor C, Lamb JN, Strickland SL, Vincent C, Green JS et al,**
Facilitators and barriers to teamworking and patient centeredness in multidisciplinary cancer teams: findings of a national study. *Ann SurgOncol*. 2013 May;20(5):1408–16. doi: 10.1245/s10434-012-2676-9. Epub 2012 Oct 20. PMID: 23086306.
21. **Jalil R, Akhter W, Lamb BW, Taylor C, Harris J, Green JSA et al,**
Validation of team performance assessment for multidisciplinary tumor boards, *The Journal of Urology®* (2014), doi: 10.1016/j.juro.2014.03.002.
22. **Kehl KL, Landrum MB, Kahn KL, Gray SW, Chen AB, Keating NL.**
Tumor board participation among physicians caring for patients with lung or colorectal cancer. *J OncolPract*. 2015 May;11(3):e267–78. doi: 10.1200/JOP.2015.003673. Epub 2015 Apr 28. PMID: 25922221; PMCID: PMC4438111.
23. **Lamb BW, Sevdalis N, Mostafid H, Vincent C, Green JS.**
Quality improvement in multidisciplinary cancer teams: an investigation of teamwork and clinical decision-making and cross-validation of assessments. *Ann SurgOncol*. 2011 Dec;18(13):3535–43. doi: 10.1245/s10434-011-1773-5. Epub 2011 May 19. PMID: 21594706.
24. **Nasir S, Anwar S, Ahmed M.**
Multidisciplinary team (MDT) meeting and Radiologist workload: A prospective review in a tertiary care hospital. *Pak J Med Sci*. 2017;33(6):1501–1506. doi: <https://doi.org/10.12669/pjms.336.12905>
25. **Kwon DH, Tisnado DM, Keating NL, Klabunde CN, Adams JL, Rastegar A et al,**
Physician-reported barriers to referring cancer patients to specialists: prevalence, factors, and association with career satisfaction. *Cancer*. 2015 Jan 1;121(1):113–22. doi: 10.1002/cncr.29019. Epub 2014 Sep 5. PMID: 25196776; PMCID: PMC4270815.
26. **Goldwasser F, Nisenbaum N, Vinant P, Ballardur E, Dauchy S, Farota-Romejko I et al,**
groupe soins palliatifs en cancérologie de l'ARS d'Île-de-France. La réunion de concertation pluridisciplinaire onco-palliative : objectifs et préconisations pratiques [Multidisciplinary oncopalliative meeting: Aims and practical recommendations]. *Bull Cancer*. 2018 May;105(5):458–464. French. doi: 10.1016/j.bulcan.2018.01.017. Epub 2018 Mar 19. PMID: 29567281.

27. **Oeppen RS, Davidson M, Scrimgeour DS, Rahimi S, Brennan PA.**
Human factors awareness and recognition during multidisciplinary team meetings. *J Oral Pathol Med.* 2019 Sep;48(8):656–661. doi: 10.1111/jop.12853. Epub 2019 Apr 9. PMID: 30908725.
28. **Thenappan A, Halaweish I, Mody RJ, Smith EA, Geiger JD, Ehrlich PF et al,**
Review at a multidisciplinary tumor board impacts critical management decisions of pediatric patients with cancer. *Pediatr Blood Cancer.* 2017 Feb;64(2):254–258. doi: 10.1002/pbc.26201. Epub 2016 Aug 31. PMID: 27578484.
29. **Burge PS, Reynolds J, Trotter S, Burge GA, Walters G.**
Histologist's original opinion compared with multidisciplinary team in determining diagnosis in interstitial lung disease. *Thorax.* 2017 Mar;72(3):280–281. doi: 10.1136/thoraxjnl-2016-208776. Epub 2016 Nov 4. PMID: 27815523.
30. **Orgerie MB.**
La décision médicale en cancérologie Rôle de la réunion de concertation pluridisciplinaire. Thèse d'université 2007. <http://www.ethique.inserm.fr>.
31. **Orgerie MB, Duchange N, Pélicier N, Rosset P, Lemarié E, Dorval E et al,**
La réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie ne modifie pas la relation entre le médecin et son patient [Multidisciplinary meetings in oncology do not impact the physician–patient relationship]. *Presse Med.* 2012 Mar;41(3 Pt 1):e87–94. French. doi: 10.1016/j.lpm.2011.07.026. Epub 2011 Nov 12. PMID: 22079306.
32. **Kraetschmer N, Sharpe N, Urowitz S, Raisa B, Deber P.**
How does trust affect patient preferences for participation in decision–making? *Health Expect* 2004;7:317–26.
33. **Lanceley A, Savage J, Menon U, Jacobs I.**
Influences on multidisciplinary team decision–making. *Int J Gynecol Cancer.* 2008 Mar–Apr;18(2):215–22. doi: 10.1111/j.1525-1438.2007.00991.x. Epub 2007 May 19. PMID: 17511801.
34. **Hollunder S, Herrlinger U, Zipfel M, Schmolders J, Janzen V, Thiesler T et al,**
Cross–sectional increase of adherence to multidisciplinary tumor board decisions. *BMC Cancer.* 2018 Sep 29;18(1):936. doi: 10.1186/s12885-018-4841-4. PMID: 30268109; PMCID: PMC6162965.
35. **El Saghir NS, Keating NL, Carlson RW, Khoury KE, Fallowfield L.**
Tumor boards: optimizing the structure and improving efficiency of multidisciplinary management of patients with cancer worldwide. *Am Soc Clin Oncol Educ Book.* 2014:e461–6. doi: 10.14694/EdBook_AM.2014.34.e461. PMID: 24857140.

36. **Field KM, Rosenthal MA, Dimou J, Fleet M, Gibbs P, Drummond K.**
Communication in and clinician satisfaction with multidisciplinary team meetings in neuro-oncology. *J Clin Neurosci.* 2010 Sep;17(9):1130–5. doi: 10.1016/j.jocn.2010.03.001. Epub 2010 Jun 8. PMID: 20570520.
37. **Kangasniemi M, Arala K, Becker E, Suutarla A, Haapa T, Korhonen A.**
The development of ethical guidelines for nurses' collegiality using the Delphi method. *NursEthics.* 2017 Aug;24(5):538–555. doi: 10.1177/0969733015617342. Epub 2016 Jan 11. PMID: 26754970.
38. **Urquhart R, Porter GA, Grunfeld E.**
Reflections on knowledge brokering within a multidisciplinary research team. *J ContinEducHealth Prof.* 2011 Fall;31(4):283–90. doi: 10.1002/chp.20128. PMID: 22189993.
39. **Selmouni F, Zidouh A, Belakhel L, Sauvaget C, Bennani M, Khazraji YC et al,**
Tackling cancer burden in low-income and middle-income countries: Morocco as an exemplar. *Lancet Oncol.* 2018 Feb;19(2):e93–e101. doi: 10.1016/S1470–2045(17)30727–1. PMID: 29413484.
40. **Howard A, Zhong J, Scott J.**
Are multidisciplinary teams a legal shield or just a clinical comfort blanket? *Br J Hosp Med (Lond).* 2018 Apr 2;79(4):218–220. doi: 10.12968/hmed.2018.79.4.218. PMID: 29620983.
41. **Wo JY, Hong TS, Kachnic LA.**
Impact of age and comorbidities on the treatment of gastrointestinal malignancies. *Semin Radiat Oncol.* 2012 Oct;22(4):311–20. doi: 10.1016/j.semradonc.2012.05.008. PMID: 22985814.
42. **Obayo S, Lukwago L, Orem J, Faulx AL, Probert CS.**
Gastrointestinal malignancies at five regional referral hospitals in Uganda. *Afr Health Sci.* 2017 Dec;17(4):1051–1058. doi: 10.4314/ahs.v17i4.13. PMID: 29937876; PMCID: PMC5870283.
43. **Rutegård M, Shore R, Lu Y, Lagergren P, Lindblad M.**
Sex differences in the incidence of gastrointestinal adenocarcinoma in Sweden 1970–2006. *Eur J Cancer.* 2010 Apr; 46(6):1093–100. doi: 10.1016/j.ejca.2010.01.029. Epub 2010 Feb 24. PMID: 20188539.

44. **Kapoor S.**
Cholecystectomy and the risk of gastrointestinal carcinogenesis. *Scand J Gastroenterol.* 2013 Aug;48(8):991. doi: 10.3109/00365521.2013.805813. Epub 2013 Jun 19. PMID: 23782326.

45. **Schernhammer, E. S., Leitzmann, M. F., Michaud, D. S., Speizer, F. E., Giovannucci, E., Colditz, G. A. et al, (2003).**
Cholecystectomy and the risk for developing colorectal cancer and distal colorectal adenomas. *British journal of cancer*, 88(1), 79–83. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6600661>

46. **LinG, ZengZ, WangX, WuZ, WangJ, WangC, et al.**
Cholecystectomy and risk of pancreatic cancer: a meta-analysis of observational studies. *Cancer Causes Control* 2012;23:59–67.

47. **Sonnenberg WR.**
Gastrointestinal Malignancies. *Prim Care.* 2017 Dec;44(4):721–732. doi: 10.1016/j.pop.2017.07.013. PMID: 29132531.

48. **Basta YL, Bolle S, Fockens P, Tytgat KMAJ.**
The Value of Multidisciplinary Team Meetings for Patients with Gastrointestinal Malignancies: A Systematic Review. *Ann SurgOncol.* 2017 Sep;24(9):2669–2678. doi: 10.1245/s10434-017-5833-3. Epub 2017 Mar 23. PMID: 28337661; PMCID: PMC5539280.

49. **Juan C, Sanchez M, Miquel R, et al.**
Uncommon tumors and pseudotumoral lesions of the pancreas. *Current Problems in Diagnostic Radiology.* 2008 Jul–Aug;37(4):145–164. DOI: 10.1067/j.cpradiol.2007.08.004.

50. **Munro MJ, Wickremesekera SK, Peng L, Tan ST, Itinteang T.**
Cancer stem cells in colorectal cancer: areview. *J Clin Pathol.* 2018 Feb;71(2):110–116. doi: 10.1136/jclinpath-2017-204739. Epub 2017 Sep 23. PMID: 28942428.

51. **Gorez E, Staumont G.**
Carcinome épidermoïde anal [Epidermoid anal carcinoma]. *Rev Prat.* 2008 Oct 31;58(16):1783–92. French. PMID: 19143150.

52. **Cives M, Strosberg JR.**
Gastroenteropancreatic Neuroendocrine Tumors. *CA Cancer J Clin.* 2018 Nov;68(6):471–487. doi: 10.3322/caac.21493. Epub 2018 Oct 8. PMID: 30295930.

53. **Mantese G.**
Gastrointestinal stromal tumor: epidemiology, diagnosis, and treatment. *Curr Opin Gastroenterol.* 2019 Nov;35(6):555–559. doi: 10.1097/MOG.0000000000000584. PMID: 31577561.
54. **Diamantis A, Bouliaris K, Christodoulidis G, Vasdeki D, Perivoliotis K, Tepetes K.**
Gastrointestinal stromal tumors and synchronous intra-abdominal malignancies: Review of the literature. *J BUON.* 2018 Nov–Dec;23(6):1573–1579. PMID: 30610779.
55. **Brodts P.**
Role of the Microenvironment in Liver Metastasis: From Pre- to Prometastatic Niches. *Clin Cancer Res.* 2016 Dec 15; 22(24):5971–5982. doi: 10.1158/1078-0432.CCR-16-0460. Epub 2016 Oct 19. PMID: 27797969.
56. **Piñeros M, Parkin DM, Ward K, Chokunonga E, Ervik M, Farrugia H, et al,**
Essential TNM: a registry tool to reduce gaps in cancer staging information. *Lancet Oncol.* 2019 Feb;20(2):e103–e111. doi: 10.1016/S1470-2045(18)30897-0. PMID: 30712797.
57. **Scarà S, Bottoni P, Scatena R.**
CA 19-9: Biochemical and Clinical Aspects. *AdvExp Med Biol.* 2015; 867:247–60. doi: 10.1007/978-94-017-7215-0_15. PMID: 26530370.
58. **Miksad RA, Meropol NJ.**
Carcinoembryonic Antigen—Still More to Learn From the Real World. *JAMA Oncol.* 2018 Mar 1;4(3):315–316. doi: 10.1001/jamaoncol.2017.4408. PMID: 29270625.
59. **Marx GM, Boyce A, Goldstein D.**
Elevated alpha-fetoprotein and hepatic metastases—its not always what it seems! *Ann Oncol.* 2002 Jan;13(1):167–9. doi: 10.1093/annonc/mdf015. PMID: 11863100.
60. **Zaanen A, Bouché Q, Benhaim L, Buecher B, Chapelle N, Dubreuil O, et al,**
Gastric cancer: French intergroup clinical practice guidelines for diagnosis, treatments and follow-up (SNFGE, FFCD, GERCOR, UNICANCER, SFCD, SFED, SFRO). *DigLiver Dis.* 2018 Aug;50(8):768–779. doi: 10.1016/j.dld.2018.04.025
61. **Lawrence W Jr, Lopez MJ.**
Radical surgery for cancer: a historical perspective. *SurgOncol Clin N Am.* 2005 Jul; 14(3):441–6, v. doi: 10.1016/j.soc.2005.05.003. PMID: 15978422.
62. **Johnston FM, Beckman M.**
Updates on Management of Gastric Cancer. *Curr Onco lRep.* 2019 Jun 24;21(8):67. doi: 10.1007/s11912-019-0820-4. PMID: 31236716.

63. **Strobel O, Neoptolemos J, Jäger D, Büchler MW.**
Optimizing the outcomes of pancreatic cancer surgery. *Nat Rev Clin Oncol.* 2019 Jan; 16(1):11–26. doi: 10.1038/s41571-018-0112-1. PMID: 30341417.
64. **Minniti G, Goldsmith C, Brada M.**
Radiotherapy. *Handb Clin Neurol.* 2012;104:215–28. doi: 10.1016/B978-0-444-52138-5.00016-5. PMID: 22230446.
65. **Cotte E, Artru P, Christou N, Conroy T, Doyen J, Fabre J, et al,**
« Cancer du rectum ». *Thésaurus National de Cancérologie Digestive*, Mars 2019, [En ligne] [<http://www.tncd.org>]
66. **Landi B, Blay JT, Bonvalot S, Brasseur M, Coindre JM, Emile JF, et al,**
«Tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST)» *Thésaurus National de Cancérologie Digestive*, Décembre 2018, [En ligne] [<https://www.snfgc.org/tncd> et <http://www.tncd.org>]
67. **Mehrling T.**
Chemotherapy is getting 'smarter'. *Future Oncol.* 2015; 11(4):549–52. doi: 10.2217/fon.14.248. PMID: 25686110.
68. **Ambe PC, Kurz NR, Nitschke C, Odeh SF, Möslin G, Zirngibl H.**
Intestinal Ostomy. *DtschArztebl Int.* 2018 Mar 16;115(11):182–187. doi: 10.3238/arztebl.2018.0182. PMID: 29607805; PMCID: PMC5913578.
69. **Okafor PN, Stobaugh DJ, Nnadi AK, Talwalkar JA.**
Determinants of Palliative Care Utilization Among Patients Hospitalized With Metastatic Gastrointestinal Malignancies. *Am J Hosp Palliat Care.* 2017 Apr;34(3):269–274. doi: 10.1177/1049909115624373. Epub 2016 Jul 11. PMID: 26718956.
70. **Janmaat VT, Steyerberg EW, van der Gaast A, Mathijssen RH, Bruno MJ, Peppelenbosch MP, et al,**
Palliative chemotherapy and targeted therapies for esophageal and gastroesophageal junction cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Nov 28;11(11):CD004063. doi: 10.1002/14651858.CD004063.pub4. PMID: 29182797; PMCID: PMC6486200.
71. **Lee JH, Ahmed O.**
Endoscopic Management of Pancreatic Cancer. *Surg Oncol Clin N Am.* 2019 Jan; 28(1):147–159. doi: 10.1016/j.soc.2018.07.002. Epub 2018 Oct 23. PMID: 30414679.
72. **Domper Arnal MJ, Ferrández Arenas Á, Lanás Arbeloa Á.**
Esophageal cancer: Risk factors, screening and endoscopic treatment in Western and Eastern countries. *World J Gastroenterol.* 2015 Jul 14;21(26):7933–43. doi: 10.3748/wjg.v21.i26.7933. PMID: 26185366; PMCID: PMC4499337.

قسم الطب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرني، وأكون أختاً لكل زميل في المهنة

الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سرّي وعلانيتي، نقيّة مما يُشِينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا

تأثير الاجتماع التشاوري متعدد التخصصات في إدارة مرضى السرطان الهضمي

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2020/10/26

من طرف

الآنسة ريم لمتوني

المزودة في 21 دجنبر 1994 بمراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

الاجتماع التشاوري متعدد التخصصات - أورام هضمية - تأثير علاجي - قرار

اللجنة

الرئيسة

المشرف

الحكام

السيدة

السيد

السيد

م. خوشاني
أستاذة في العلاج الإشعاعي

م. الحكيم
أستاذ مبرز في الجراحة العامة

ر. البرني
أستاذ في الجراحة العامة