KCE REPORT 253Bs

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

RÉSUMÉ

CANCER DU REIN CHEZ L'ADULTE : DIAGNOSTIC, TRAITEMENT ET SUIVI





KCE REPORT 253Bs
GOOD CLINICAL PRACTICE

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

RÉSUMÉ

CANCER DU REIN CHEZ L'ADULTE : DIAGNOSTIC, TRAITEMENT ET SUIVI

NADIA BENAHMED, JO ROBAYS, SABINE STORDEUR, THIERRY GIL, STEVEN JONIAU, NICOLAAS LUMEN, LAURETTE RENARD, SANDRINE RORIVE, DIRK SCHRIJVERS, BERTRAND TOMBAL, BART VAN DEN EYNDEN, GEERT VILLEIRS, SYLVIE ROTTEY

2015 www.kce.fgov.be

PRÉFACE

Voici un cancer discret. Pas le plus fréquent, pas le plus rare : en Belgique, 1 660 nouveaux cas rapportés en 2012, avec une préférence pour le sexe masculin. Pas le plus gentil, mais pas non plus le plus méchant : avec un taux de survie à cinq ans de plus de 70%, il ferme le top 10 des cancers ayant le meilleur pronostic vital. Discret dans sa symptomatologie aussi : indolore, il est souvent découvert de manière fortuite, sur des écho- ou radiographies réalisées pour une toute autre raison.

Ce guide de pratique clinique fait le point sur l'état des connaissances : comment aborder la mise au point diagnostique, et comment, ensuite, choisir le traitement optimal. De nouvelles techniques chirurgicales moins invasives et plus conservatrices qui permettent de réduire la lourdeur de l'intervention et les douleurs post-opératoires ont vu le jour. Mais le patient aura tout intérêt à se retrouver entre les mains de chirurgiens bien entraînés à ces techniques particulières.

Pour les patients qui ont atteint un stade métastatique, il n'est plus question d'envisager ces chirurgies curatives. Pour eux, l'arsenal thérapeutique s'élargit à un rythme élevé, avec de nombreuses avancées capitales en matière de thérapies moléculaires ciblées. À condition de les utiliser effectivement de manière ciblée… Car leur longue liste d'effets secondaires et leur prix très élevé les rendent absolument incompatibles avec une utilisation désordonnée.

Pour les patients qui aboutiront malgré tout à une prise en charge palliative, l'analyse systématique de la littérature scientifique permet de proposer avec confiance des interventions spécifiques qui augmenteront leur qualité de vie, bien mieux qu'un acharnement thérapeutique qui fait souvent plus de tort que de bien.

Tout cela sans jamais oublier que, à chaque stade, l'information des patients et la prise en compte de leurs préférences doivent être au cœur des décisions prises, si l'on veut leur assurer un traitement optimal qui corresponde à leurs choix de vie… aussi et surtout à un moment où les jours semblent comptés.

Christian LÉONARD
Directeur Général Adjoint

Raf MERTENS
Directeur Général

RÉSUMÉ

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE **1**
RÉSUMÉ **2**
1. INTRODUCTION **4**
2. OBJECTIF ET CHAMP D'APPLICATION **4**
3. METHODOLOGIE **5**
3.1. REVUE SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE 5
3.2. FORMULATION ET VALIDATION DES RECOMMANDATIONS 5
4. RECOMMANDATIONS CLINIQUES **7**
4.1. DIAGNOSTIC 7
4.1.1. Tomodensitométrie avec contraste (scanner) 7
4.1.2. Scanner osseux 7
4.1.3. Imagerie cérébrale 8
4.1.4. TEP/TDM (ou PET/CT en anglais) 8
4.1.5. Biopsie 8
4.2. PRONOSTIC ET PRÉDICTION DE L'EFFICACITÉ DU TRAITEMENT 8
4.3. TRAITEMENT DU CANCER RÉNAL LOCALISÉ 9
4.3.1. Chirurgie 9
4.3.2. Traitement du CCR aggravé par un thrombus de la veine cave 10
4.3.3. Alternative à la chirurgie 10
4.3.4. Thérapie ablative 10
4.3.5. Traitement adjuvant 10
4.4. TRAITEMENT DES RÉCIDIVES LOCALES/MÉTASTASES 11
4.4.1. Chirurgie 11
4.4.2. Traitements systémiques 11
4.5. SOINS PALLIATIFS 12
4.6. SUIVI 13

5. MISE EN ŒUVRE ET ACTUALISATION DU GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE 14
5.1. MISE EN ŒUVRE 14
5.2. SURVEILLANCE DE LA QUALITÉ DES SOINS..... 14
5.3. MISE À JOUR DU GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE 14

1. INTRODUCTION

Le carcinome à cellules rénales (CCR) représente 2 à 3% de tous les cancers et on le retrouve le plus fréquemment dans les pays occidentaux. Au cours des deux dernières décennies, l'incidence de ce cancer a augmenté chaque année d'environ 2% en Europe à l'exception du Danemark et de la Suède où une décroissance continue est observée.[1]

En 2012, la Fondation Registre du Cancer a enregistré 1060 nouveaux cas d'hommes atteints du cancer rénal ; ce qui correspond à un taux brut d'incidence de 19,6 pour 100.000 hommes par an et un taux d'incidence normalisé pour l'âge de 15,8 pour 100.000 hommes par an (sur la population européenne standard). Chez les femmes, 600 nouveaux cas ont été enregistrés, soit un taux brut d'incidence de 10,7 pour 100.000 femmes par an et un taux d'incidence normalisé pour l'âge de 7,5 pour 100.000 femmes par an (sur la population européenne standard). L'incidence augmente avec l'âge, avec un pic à 80,3 cas pour 100.000 par an pour les hommes entre 75 et 80 ans et 45,2 cas pour 100.000 par an pour les femmes entre 80 et 85 ans (Source: http://www.kankerregister.org).

Le carcinome à cellules rénales est la lésion solide du rein la plus courante et il représente à peu près 90% de toutes les tumeurs malignes du rein. Il en existe différents types avec une histopathologie et des caractères génétiques spécifiques. Les facteurs de risque, liés au mode de vie, sont le tabagisme, l'obésité et l'hypertension. Avoir un apparenté au premier degré atteint d'un cancer du rein est également associé à un risque accru de développer ce cancer. Grâce à l'amélioration de la détection des tumeurs par les techniques d'imagerie médicale telles que les ultra-sons (US) et la tomodensitométrie (TDM), le nombre de cas diagnostiqués fortuitement a largement augmenté. Ces tumeurs sont le plus souvent petites et détectées à un stade précoce.

2. OBJECTIF ET CHAMP D'APPLICATION

L'objectif de ce guide de pratique clinique est de formuler des recommandations pour les professionnels de santé basées sur la littérature scientifique récente relative au diagnostic, au traitement et au suivi des patients adultes atteints de cancer rénal.

Ce guide de pratique clinique se concentre sur le diagnostic, la stadification, le traitement et le suivi des patients atteints d'un cancer rénal confirmé. Le rapport coût-efficacité des thérapies n'est pas étudié. De plus, le dépistage et la prévention du cancer rénal sont également hors du champ d'application de ce guide.

3. METHODOLOGIE

3.1. Revue systématique de la littérature

Une recherche de guides de pratique clinique a été effectuée dans plusieurs bases de données et sur les sites internet institutionnels (OVID Medline, the National Guideline Clearinghouse et la base de données GIN). La recherche de revues systématiques, de méta-analyses et d'études primaires a été effectuée sur OVID MEDLINE, Embase et la Cochrane Library (Cochrane Database of Systematic Reviews, DARE et HTA database).

La sélection, l'évaluation de la qualité des études ainsi que l'extraction des données probantes ont été effectuées indépendamment par 2 chercheurs. L'analyse s'est déroulée suivant une approche hiérarchique :

1. Extraction des donnés des revues systématiques et méta-analyses ; lorsque les revues systématiques et les méta-analyses n'étaient pas de haute qualité, les guides de pratique clinique de haute qualité étaient considérés comme un point de départ.
2. Afin de compléter les données probantes identifiées à l'étape précédente, une recherche d'études primaires récentes (essais cliniques randomisés et comparatifs prospectifs) a été menée.

La recherche de littérature a couvert la période allant de 2009 à 2015.

3.2. Formulation et validation des recommandations

Sur base des éléments factuels collectés, une première version de recommandations a été préparée par un petit groupe de travail (experts du KCE et membres du Guideline Development Group (GDG)). Cette première version, alimentée des tableaux de résultats, a été communiquée aux membres du GDG deux semaines avant les réunions en face à face (réunions du 10 octobre 2014, 27 mars 2015 et 28 avril 2015). Les recommandations ont été modifiées lorsque de nouveaux résultats importants le justifiaient. Suite aux discussions menées lors des réunions, une seconde ébauche des recommandations a été préparée et à nouveau diffusée au sein du GDG pour approbation finale.

Afin d'évaluer le niveau de preuve et la force des recommandations, la méthodologie GRADE a été utilisée (voir tableaux 1 & 2). La force des recommandations dépend de l'équilibre entre tous les effets désirables et indésirables d'une intervention (c'est-à-dire le bénéfice clinique net, la qualité des résultats obtenus, les valeurs et les préférences des patients, et une estimation des coûts (utilisation des ressources)). Dans le cadre de ce guide de pratique clinique, aucune étude formelle du rapport coût-efficacité des traitements n'a été réalisée. Nous n'avons pas utilisé la méthodologie GRADE pour les questions de diagnostic car l'approche n'est pas encore totalement aboutie et qu'il n'existe aucun consensus sur la manière de l'utiliser pour les approches diagnostiques.

Globalement, 15 experts du GDG ont participé à l'évaluation des recommandations cliniques. Tous les participants invités ont préalablement reçu les rapports scientifiques pour chaque question de recherche. Il leur a été demandé, via une enquête en ligne, de se positionner par rapport à chacune des recommandations (l'option 'sans avis' était proposée aux participants lorsque le sujet traité par la recommandation se trouvait hors du champ de leurs compétences). Si les participants étaient en désaccord avec la recommandation, il leur était demandé de formuler une explication appuyée par des preuves scientifiques. Les arguments scientifiques de ces experts ont été utilisés afin d'adapter la formulation ou la force des recommandations cliniques. Des représentants de patients ont également joué un rôle-clé en veillant à la prise en compte, par le groupe de travail, du point de vue et des expériences des patients.

Les recommandations préparées par les membres du GDG ont été présentées aux associations professionnelles concernées. Chaque association devait assigner un ou deux représentants pour relire la version pré-finalisée du guide de pratique clinique. Chaque expert invité a complété une déclaration d'intérêts.

Enfin, le présent guide de pratique clinique a été évalué avant sa publication par 3 validateurs indépendants (voir les noms dans le colophon). Les déclarations d'intérêts ont été enregistrées officiellement.

Tableau 1 – Niveaux de preuve selon le système GRADE.[a]

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

Tableau 1 – Force des recommandations selon le système GRADE.[b]

Grade	Définition
Forte	Les effets bénéfiques de l'intervention l'emportent très certainement sur les risques (*l'intervention est à mettre en pratique) ou les effets indésirables de l'intervention l'emportent très certainement sur les bénéfices attendus (l'intervention est à éviter*).
Faible	Les effets bénéfiques de l'intervention l'emportent probablement sur les risques (*l'intervention est probablement à mettre en pratique*) ou les effets indésirables de l'intervention l'emportent probablement sur les bénéfices attendus (*l'intervention est probablement à éviter*).

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

[b] Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Vist GE, Liberati A, et al. Going from evidence to recommendations.[Erratum appears in BMJ. 2008 Jun 21;336(7658): doi:10.1136/bmj.a402]. BMJ. 2008;336(7652):1049-51.

4. RECOMMANDATIONS CLINIQUES

Les détails des éléments de preuve utilisés pour formuler les recommandations et les bonnes pratiques cliniques reprises ci-dessous sont disponibles dans le rapport scientifique et ses annexes. Les tableaux suivent la séquence des chapitres du rapport scientifique.

4.1. Diagnostic

Bonnes pratiques
L'utilisation de l'actuelle classification TNM est recommandée.
L'utilisation des systèmes de classification et de gradation des sous-types de cancer rénal est recommandée.
Le patient doit avoir l'opportunité d'être informé complètement de son état, des différentes options de traitement et de leurs conséquences. L'information doit être correcte et communiquée de manière claire, non ambigüe et ajustée au patient. Les préférences du patient doivent être prises en considération lors des prises de décisions relatives à son traitement. Une attention particulière doit être portée à la manière d'annoncer les mauvaises nouvelles et d'expliquer comment faire face aux effets secondaires.
Un soutien psychologique doit être offert à chaque patient, dès le diagnostic.

4.1.1. Tomodensitométrie avec contraste (scanner)

Recommandations
• La tomodensitométrie multi-phasique de l'abdomen avec produit de contraste est recommandée pour le diagnostic et la caractérisation des patients avec une tumeur rénale. En cas de contre-indication pour l'injection d'iode, l'IRM peut être utilisée comme alternative.
• La tomodensitométrie multi-phasique de l'abdomen avec produit de contraste ou l'IRM sont les techniques d'imagerie médicale les plus appropriées pour déterminer le stade d'un cancer rénal avant chirurgie.
• Pour une tumeur ≥ T2 ou ≥ N1 ou M1, une tomodensitométrie du thorax avec produit de contraste est recommandée.

4.1.2. Scanner osseux

Recommandation
• En l'absence de symptômes osseux ou d'un niveau élévé de phosphatase alcaline, un scanner osseux n'est pas recommandé en routine.

4.1.3. Imagerie cérébrale

Recommandation
• En l'absence de symptômes, l'imagerie cérébrale n'est pas recommandée en routine.

4.1.4. TEP/TDM (ou PET/CT en anglais)

Recommandation
• La TEP/TDM n'est pas recommandée en routine pour le diagnostic, la détermination du stade et le suivi du carcinome à cellules rénales.

4.1.5. Biopsie

Recommandation
• En l'absence de pathologies antérieures, la biopsie d'une tumeur rénale (de préférence avec une technique coaxiale) est recommandée avant le recours à la thérapie ablative et au traitement systémique.

4.2. Pronostic et prédiction de l'efficacité du traitement

Recommandations
• L'utilisation des systèmes de pronostic est recommandée afin d'évaluer la survie pour les cancers métastatiques.
• Pour les cancers localisés, l'utilisation des systèmes de pronostic intégrés ou des nomogrammes peut être envisagée pour établir le pronostic en plus de la classification TNM.
• Aucun marqueur moléculaire pour le pronostic n'est actuellement recommandé dans la pratique clinique de routine.

4.3. Traitement du cancer rénal localisé

4.3.1. Chirurgie

Recommandations	Force de la Recommandation	Niveau de preuve
• La chirurgie curative est recommandée chez les patients avec une tumeur rénale localisée.	Forte	Très bas
• Lorsque la faisabilité technique est établie, la laparoscopie est préférée à la chirurgie ouverte lorsqu'une néphrectomie totale est requise.	Faible	Moyen
• La néphrectomie partielle peut être pratiquée, soit par chirurgie ouverte soit par laparoscopie ; cette dernière approche étant pratiquée de préférence dans les centres qui en ont l'expertise.	Forte	Très bas
• La néphrectomie totale par laparoscopie ne doit pas être pratiquée chez les patients avec une tumeur T1 pour laquelle une néphrectomie partielle est indiquée.	Forte	Très bas
• La néphrectomie partielle est recommandée chez les patients avec une tumeur rénale T1a.	Forte	Très bas
• La néphrectomie partielle doit être préférée à une néphrectomie totale chez les patients avec une tumeur rénale T1b, lorque c'est techniquement réalisable.	Forte	Très bas
• Lorsqu'une néphrectomie partielle n'est pas envisageable pour les cancers rénaux T1 et T2, une néphrectomie totale doit être pratiquée.	Forte	Bas
• La néphrectomie totale par laparoscopie est recommandée pour les patients avec une tumeur T2 ou des masses rénales localisées qui ne peuvent être traitées par chirurgie conservatrice du rein.	Forte	Bas
• En l'absence de signe clinique d'invasion de la glande surrénale, l'ablation en routine de la glande surrénale lors de la néphrectomie (partielle ou totale) n'est pas recommandée.	Forte	Très bas
• L'ablation des ganglions lymphatiques (lymphadénectomie) ne doit pas être pratiquée en routine chez les patients avec une tumeur rénale localisée sans signe clinique d'une invasion des ganglions.	Forte	Bas
• Chez les patients avec des ganglions lymphatiques hypertrophiés, l'ablation des ganglions lymphatiques peut être pratiquée pour déterminer le stade de la maladie ou pour un contrôle local de celle-ci.	Faible	Bas
• L'embolisation n'est pas recommandée en routine avant une néphrectomie.	Forte	Bas

4.3.2. Traitement du CCR aggravé par un thrombus de la veine cave

Recommandations	Force de la Recommandation	Niveau de preuve
• L'excision de la tumeur rénale et du thrombus de la veine cave est recommandée chez les patients avec un carcinome à cellules rénales non métastatique.	Forte	Très bas
• Afin d'assurer un traitement optimal, les patients ayant un thrombus tumoral supra diaphragmatique doivent être traités dans un centre possédant l'expertise des protocoles techniques de chirurgie cardiopulmonaire.	Forte	Très bas

4.3.3. Alternative à la chirurgie

Recommandation	Force de la Recommandation	Niveau de preuve
• La surveillance active des petites masses rénales peut être proposée à des groupes de patients spécifiques tels que les personnes âgées et fragiles et/ou les patients avec comorbidité(s).	Faible	Bas

4.3.4. Thérapie ablative

Recommandation	Force de la Recommandation	Niveau de preuve
• L'ablation par radiofréquence et la cryoablation peuvent être une option thérapeutique pour des groupes de patients spécifiques tels que les personnes âgées et fragiles et/ou les patients avec comorbidité(s) présentant de petites masses rénales. Pour les autres groupes de patients, une néphrectomie partielle est recommandée.	Faible	Très bas

4.3.5. Traitement adjuvant

Recommandation	Force de la Recommandation	Niveau de preuve
• Un traitement adjuvant n'est pas recommandé en dehors d'un essai clinique.	Forte	Très bas

4.4. Traitement des récidives locales/métastases

4.4.1. Chirurgie

Recommandation	Force de la Recommandation	Niveau de preuve
• La néphrectomie cytoréductive peut être envisagée chez les patients avec un carcinome à cellules rénales métastatique.	Faible	Bas

4.4.2. Traitements systémiques

Recommandations	Force de la Recommandation	Niveau de preuve
• Les agents cytotoxiques ne sont pas recommandés chez les patients avec un carcinome métastatique à cellules claires du rein.	Forte	Élevé
• La monothérapie aux IFN-α (Interféron) ou à hautes doses d'IL-2 (Interleukine) n'est pas recommandée en routine comme traitement de première ligne pour un carcinome métastatique à cellules rénales mais peut être utilisée pour certains patients.	Forte	Élevé
• Le sunitinib ou le pazopanib sont recommandés comme traitement de première ligne pour un carcinome métastatique à cellules claires du rein.	Forte	Bas
• La combinaison du bevacizumab et de l'IFN-α est recommandée comme traitement de première ligne pour un carcinome métastatique à cellules rénales à risque faible et pour un carcinome à cellules claires du rein à risque intermédiaire. *Note: les conditions de remboursement par l'assurance maladie sont :* *1) au moins un effet secondaire de grade 3 ou 4 dû au sunitinib ;* *2) le traitment au sunitinib a été arrêté pendant au moins 4 semaines ;* *3) le patient n'a pas d'antécédents de maladie thromboembolique artérielle ou d'hypertension non contrôlée avec le traitement standard.* *De plus, la procédure de remboursement nécessite que le traitement soit arrêté en cas de progression de la tumeur établie par TDM ou IRM après 8 semaines de traitement*.	Forte	Moyen
• Le temsirolimus est recommandé comme traitement de première ligne chez les patients atteints d'un carcinome à cellules rénales à faible risque.	Forte	Moyen

Recommandations	Force de la Recommandation	Niveau de preuve
• Le sorafenib peut être envisagé comme traitement de deuxième ligne en cas de carcinome métastatique à cellules claires du rein.	Forte	Élevé
• Le pazopanib, le sunitinib ou le sorafenib peuvent être envisagés chez les patients atteints de carcinome métastatique à cellules rénales préalablement traités avec des cytokines (IFN-α, IL-2).	Forte	Bas
• L'everolimus peut être envisagé chez les patients atteints d'un carcinome métastatique à cellules rénales et préalablement traités par inhibiteurs du facteur de croissance endothélial vasculaire (VEGF) (c'est-à-dire bevacizumab, sunitib, sorafenib,…) ou des cytokines (IFN-α, IL-2).	Forte	Bas
• L'axitinib est recommandé chez les patients atteints d'un carcinome métastatique à cellules rénales et préalablement traités par inhibiteurs du facteur de croissance endothélial vasculaire ou des cytokines. *Note : Axitinib est uniquement remboursé après l'échec du traitement de première ligne avec Inhibiteur de la tyrosine kinase (TKI) ou cytokine*.	Forte	Bas
• L'everolimus ou le sorafenib peuvent être envisagés comme des traitements de troisième ligne.	Faible	Très bas

4.5. Soins palliatifs

Des informations complémentaires relatives aux soins palliatifs quel que soit le type de cancer figurent dans les rapports KCE 211 (Thérapies de soutien en cas de cancer - partie 3 : Traitement de la douleur : pratiques les plus courantes) et 115 (L'organisation des soins palliatifs en Belgique) du KCE.

Recommandation	Force de la Recommandation	Niveau de preuve
• L'embolisation peut être envisagée comme approche palliative pour les patients inopérables ou pour les patients atteints d'un carcinome métastatique à cellules rénales qui souffrent de graves douleurs locales ou d'hématurie massive.	Faible	Bas

4.6. Suivi

Recommandations
• Pour les patients à faible risque (pT1, N0, Nx, M0; R0), aucune imagerie médicale de routine n'est recommandée.
• Un scanner de référence (TDM ou IRM) du thorax et de l'abdomen doit être réalisé chez tous les patients à moyen et haut risque dans les 3 à 6 mois après la chirurgie. Ensuite, une imagerie de suivi (TDM ou IRM) est effectuée tous les 6 mois au moins pendant 3 ans puis annuellement jusqu'à la cinquième année.
• Les patients sous surveillance active doivent réaliser un scanner transversal de l'abdomen (TDM ou IRM) endéans les 6 mois après l'initiation de la surveillance active afin d'établir le taux de progression (croissance). L'imagerie de suivi (US, TDM ou IRM) est recommandée au moins annuellement par la suite.
• Après une thérapie ablative, les patients doivent réaliser un scanner transversal (par TDM ou IRM) avec et sans injection de produit de contraste, sauf contre-indication, à 3 et 6 mois pour valider la réussite du traitement. Ceci doit être suivi d'un scanner abdominal annuel (TDM ou IRM) pendant 5 ans.

Bonnes pratiques
Les patients avec des antécédents de néoplasme rénal accompagnés de signes ou symptômes neurologiques aigus doivent faire **rapidement** une IRM (de préférence) ou une TDM de la tête ou de la colonne vertébrale selon la localisation de la symptomatologie.

5. MISE EN ŒUVRE ET ACTUALISATION DU GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE

5.1. Mise en œuvre

Les guides de pratique clinique fournissent des outils pour les professionnels de santé à consulter aux différents stades de la prise en charge du patient : diagnostic, traitement et suivi des patients. Le KCE formule des recommandations pour des publics cibles (cliniciens, décideurs politiques, mutuelles, INAMI, organisations professionnelles, gestionnaires d'hôpitaux,…). Le KCE n'est pas impliqué dans le processus de prise de décision lui-même ni dans l'exécution des décisions.

La mise en œuvre de la présente recommandation sera soutenue par le Collège d'Oncologie et par les associations professionnelles participant à la présente recommandation. Un outil de mise en œuvre en ligne similaire aux outils déployés pour les précédentes recommandations sera élaboré (www.collegeoncologie.be). Le matériel scientifique de la présente recommandation est destiné à être diffusé par des organisations professionnelles et scientifiques qui peuvent le convertir en outils attrayants et conviviaux adaptés aux besoins spécifiques de groupes de prestataires de soins. Ils joueront aussi un rôle clé par le biais d'une diffusion par différents canaux, notamment des sites web ou des sessions de formation médicale continue.

5.2. Surveillance de la qualité des soins

La présente recommandation pourrait être considérée comme un point de départ pour l'élaboration de programmes d'amélioration de la qualité visant tous les prestataires de soins concernés.

Elle peut être utilisée comme un outil de soutien aux politiques en matière de santé afin d'améliorer la qualité des soins, p. ex. par le biais du soutien d'actions visant à augmenter la prise de conscience des prestataires de soins et à améliorer leur pratique, ou par le biais du développement (ou de la révision) d'ensembles d'indicateurs de qualité de résultats et de processus.

Le KCE a recommandé par le passé la mise en place d'un système de qualité intégré en oncologie qui porte sur l'élaboration et la mise en œuvre de recommandations de pratiques cliniques, le contrôle de la qualité des soins avec des indicateurs de qualité, le feed-back à des prestataires de soins et à des organisations, et des actions ciblées en vue d'améliorer la qualité le cas échéant.

En conséquence, compléter ce guide par un ensemble approprié d'indicateurs de qualité devrait donner l'opportunité d'évaluer la qualité des soins délivrés en Belgique dans le cadre de la prise en charge du cancer rénal. Cependant, alors que des ensembles d'indicateurs ont été développés pour couvrir les approches diagnostiques et thérapeutiques pour d'autres cancers, ce n'est pas encore le cas pour le cancer rénal.

5.3. Mise à jour du guide de pratique clinique

À la lumière de l'évolution rapide des données probantes, la présente recommandation devrait être actualisée tous les 5 ans. Si, dans l'intervalle, de nouvelles preuves déterminantes étaient disponibles, il conviendrait de les prendre en considération.

COLOPHON

Titre :	Cancer du rein chez l'adulte : diagnostic, traitement et suivi – Résumé
Auteurs :	Nadia Benahmed (KCE), Jo Robays (KCE), Sabine Stordeur (KCE), Thierry Gil (Institut Jules Bordet), Steven Joniau (UZ Leuven), Nicolaas Lumen (UZ Gent), Laurette Renard (Cliniques Universitaires Saint-Luc), Sandrine Rorive (Hôpital Erasme ULB), Dirk Schrijvers (ZNA Middelheim), Bertrand Tombal (Cliniques Universitaires Saint-Luc), Bart Van Den Eynden (Domus Medica), Geert Villeirs (UZ Gent), Sylvie Rottey (UZ Gent)
Coordinateur de projet et superviseur senior :	Sabine Stordeur (KCE)
Relecture :	Raf Mertens (KCE), Joan Vlayen (KCE), Hans Van Brabant (KCE)
Stakeholders :	An Claes (Kom op tegen Kanker vzw), Axel Feyaerts (Société Belge d'Urologie), Ward Rommel (Kom op tegen Kanker vzw), Thierry Roumeguere (Société Belge d'Urologie), Didier Vander Steichel (Fondation Contre le Cancer), Elisabeth Van Eycken (Stichting Kankerregister)
Validateurs externes :	Axel Bex (Netherlands Cancer Institute), Sebastien Hotte (Juravinski Cancer Center, Hamilton), Rob Scholten (Universitair Medisch Centrum)
Remerciements :	Nicolas Fairon (KCE): spécialiste en recherche de l'information
Autres intérêts déclarés :	Appartenance à un groupe de parties prenantes pour lequel les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Ward Rommel (Kom op tegen Kanker), Elisabeth Van Eycken (BVRO-VBS), Axel Feyaerts (Société Belge d'Urologie) Participation à une étude scientifique ou expérimentale en qualité d'initiateur, de chercheur principal ('principal investigator') ou de chercheur : Axel Bex (EORTC 30073 étude Surtime, partiellement sponsorisé par Pfizer), Sebastien Hotte (subvention de l'Etat pour un essai clinique sur le dovitinib (Novartis) pour le cancer de la tête et du cou), Bertrand Tombal (Amgen, Astellas Pharma, Bayer, Sanofi, Ferring Pharmaceuticals), Dirk Schrijvers (études concernant le carcinome à cellules rénales) Consultance ou emploi dans une société, association ou organisation à laquelle les résultats de ce rapport peuvent apporter des gains ou des pertes : Axel Bex (comité consultatif Pfizer), Bertrand Tombal (Amgen, Astellas Pharma, Bayer, Sanofi, Ferring Pharmaceuticals) Rémunération pour une communication, subside de formation, prise en charge de frais de voyage ou paiement pour participation à un symposium : Axel Bex (Pfizer symposium Octobre 2014), Nicolaas Lumen (consultance pour Ipsen, Janssen, Lilly et Bayer), Bertrand Tombal (Amgen, Astellas Pharma, Bayer, Sanofi, Ferring Pharmaceuticals), Sylvie Rottey (GSK, Pfizer, Bayer, Novartis), Dirk Schrijvers (post ESMO) Présidence ou fonction de responsable au sein d'une institution, d'une association, d'un département ou d'une autre entité pour lequel/laquelle les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Elisabeth Van Eycken

	(Kankerregister), Nicolaas Lumen (membre de la direction BAU groupe de travail oncologie), Geert Villeirs (président Belgische Vereniging voor Radiologie)
Layout :	Ine Verhulst, Joyce Grijseels
Disclaimer :	• **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.** • **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.** • **Finalement, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise).** • **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**
Date de publication :	5 octobre 2015
Domaine :	Good Clinical Practice (GCP)
MeSH :	Kidney Neoplasms, Practice guidelines
Classification NLM :	WJ 358
Langue :	Français
Format :	Adobe® PDF™ (A4)
Dépot légal :	D/2015/10.273/84
Copyright :	Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd » http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-rapports-kce.
Comment citer ce rapport ?	Benahmed N, Robays J, Stordeur S, Gil T, Joniau S, Lumen N, Renard L, Rorive S, Schrijvers D, Tombal B, Van den Eynden B, Villeirs G, Rottey S. Cancer du rein chez l'adulte : diagnostic, traitement et suivi – Résumé. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2015. KCE Reports 253Bs. D/2015/10.273/84. Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.