

## Améliorer le parcours du patient et la qualité des soins : Résumé de la deuxième réunion consensuelle de Cancer de la vessie Canada, de l'Association des urologues du Canada et du Groupe canadien d'urologie oncologique (CVC-AUC-CUOG) sur la qualité des soins liés au cancer de la vessie

*D<sup>r</sup> Wassim Kassouf<sup>1</sup>; D<sup>r</sup> Armen Aprikian<sup>1</sup>; D<sup>r</sup> Fred Saad<sup>2</sup>; D<sup>r</sup> Rodney H. Breau<sup>3</sup>; D<sup>r</sup> Girish Kulkarni<sup>4</sup>; David M. Guttman<sup>5</sup>; Ken Bagshaw<sup>5</sup>; D<sup>r</sup> Jonathan Izawa<sup>6</sup>; D<sup>r</sup> Libni Eapen<sup>7</sup>; D<sup>r</sup> Adrian Fairey<sup>8</sup>; D<sup>r</sup> Alan So<sup>9</sup>; D<sup>r</sup> Scott North<sup>10</sup>; D<sup>r</sup> Ricardo Rendon<sup>11</sup>; D<sup>r</sup> Srikala S. Sridhar<sup>12</sup>; D<sup>r</sup> Fadi Brimo<sup>13</sup>; D<sup>r</sup> Peter Chung<sup>14</sup>; D<sup>r</sup> Darrel Drachenberg<sup>15</sup>; D<sup>r</sup> Yves Fradet<sup>16</sup>; D<sup>r</sup> Niels Jacobsen<sup>8</sup>; D<sup>r</sup> Chris Morash<sup>3</sup>; D<sup>r</sup> Bobby Shayegan<sup>17</sup>; D<sup>r</sup> Geoffrey Gotto<sup>18</sup>; D<sup>r</sup> Alex Zlotta<sup>4</sup>; D<sup>r</sup> Neil Fleshner<sup>4</sup>; D<sup>r</sup> D. Robert Siemens<sup>19</sup>; D<sup>r</sup> Peter C. Black<sup>9</sup>*

<sup>1</sup>Département d'urologie, Centre universitaire de santé McGill, Montréal, Qc; <sup>2</sup>Division d'urologie, Université de Montréal, Montréal, Qc; <sup>3</sup>Division d'urologie, Université d'Ottawa, Ottawa, Ont.; <sup>4</sup>Départements de chirurgie (urologie), Princess Margaret Cancer Centre et University Health Network, Université de Toronto, Toronto, Ont.; <sup>5</sup>Représentants des patients, Cancer de la vessie Canada; <sup>6</sup>Division d'urologie, Université Western, London, Ont.; <sup>7</sup>Division de radio-oncologie, Université d'Ottawa, Ottawa, Ont.; <sup>8</sup>Division d'urologie, Université de l'Alberta, Edmonton, Alb.; <sup>9</sup>Département des sciences urologiques, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, C.-B.; <sup>10</sup>Division d'oncologie médicale, Université de l'Alberta, Edmonton, Alb.; <sup>11</sup>Division d'urologie, Université Dalhousie, Halifax, N.-É.; <sup>12</sup>Départements d'oncologie médicale, Princess Margaret Cancer Centre et University Health Network, Université de Toronto, Toronto, Ont.; <sup>13</sup>Département de pathologie, Centre universitaire de santé McGill, Montréal, Qc; <sup>14</sup>Départements de radio-oncologie, Princess Margaret Cancer Centre et University Health Network, Université de Toronto, Toronto, Ont.; <sup>15</sup>Division d'urologie, Université du Manitoba, Winnipeg, Man.; <sup>16</sup>Division d'urologie, Université Laval, Québec, Qc; <sup>17</sup>Division d'urologie, Université McMaster, Hamilton, Ont.; <sup>18</sup>Division d'urologie, Université de Calgary, Calgary, Alb.; <sup>19</sup>Département d'urologie, Université Queen's, Kingston, Ont.; Canada

Tiré à part

Citer comme suit à l'origine : *Can Urol Assoc J* 2018;12(7):E281-97. <http://dx.doi.org/10.5489/cuaj.5246>

Publication en ligne le 19 mars 2018

Dans le numéro de janvier/février 2016 du *Journal de l'Association des urologues du Canada*, un comité multidisciplinaire a publié un livre blanc intitulé *Recommandations pour l'amélioration de la qualité des soins liés au cancer de la vessie au Canada : Document de consensus revu et approuvé par Cancer de la vessie Canada (CVC), le Groupe canadien d'oncologie urologique (CUOG) et l'Association des urologues du Canada (AUC), décembre 2015*<sup>1</sup>. Ce livre blanc a été produit en réaction à des préoccupations concernant la variabilité dans la prise en charge et les résultats des patients atteints de cancer de la vessie dans différents centres et différentes régions géographiques du Canada. Le contenu du livre final était la résultante de délibérations consensuelles pendant une réunion de deux jours tenue vers la fin de 2014. En novembre 2016, un autre comité multidisciplinaire formé *grosso modo* des mêmes membres s'est réuni lors de la deuxième Réunion CVC-AUC-CUOG sur la qualité des soins liés au cancer de la vessie (2016). Le point de mire

de la réunion était le parcours du patient et l'optimisation de la prise en charge. Le présent document est un résumé des actes de cette réunion, dont les objectifs étaient les suivants :

1. Parcours du patient
  - Discuter des besoins non comblés dans les soins liés au cancer de la vessie du point de vue du patient.
2. Optimisation de la prise en charge
  - Sélectionner les 10 à 15 principaux indicateurs de qualité des soins liés au cancer de la vessie et établir des valeurs de référence;
  - Créer une carte de pointage pour la mesure de la qualité des soins liés au cancer de la vessie;
  - Discuter de la prise en charge des cas complexes de cancer de la vessie du point de vue de la formation;
  - Cerner les centres d'expertise en cancer de la vessie au Canada à l'aide de critères affinés;
  - Discuter de la formation d'un réseau d'excellence pour la recherche sur le cancer de la vessie.

### 1. Besoins non comblés en lien avec le cancer de la vessie : Point de vue du patient

Des représentants de patients œuvrant auprès de Cancer de la vessie Canada (CVC) ont présenté leur point de vue

sur les besoins non comblés en matière de soins liés au cancer de la vessie. Ces points de vue ont été rassemblés par des patients membres de CVC par le biais du site Web et du forum de discussion de CVC, de courriels et d'appels échangés entre patients membres de CVC ainsi que d'un sondage sur les besoins des patients menés par le Princess Margaret Hospital à Toronto.

Les besoins des patients ont été répartis en fonction de quatre périodes dans le parcours du patient : au début, lors de l'apparition des signes et symptômes (avant le diagnostic), du diagnostic au traitement, pendant le traitement et après le traitement : la « nouvelle vie normale ».

### A. Avant le diagnostic

Le principal besoin non comblé de la phase précédant le diagnostic est le désir d'un meilleur soutien pour faire face aux répercussions émotionnelles de l'incertitude présente pendant la période d'attente des examens ou des résultats des examens. Une longue période d'attente augmente grandement le stress de nombreux patients.

### B. Moment du diagnostic/avant le traitement

Pour cette période, les patients ont signalé plusieurs sujets de préoccupation, dont la capacité de faire face aux répercussions émotionnelles du diagnostic, la confusion et la crainte concernant les traitements futurs et le pronostic, et le manque de clarté sur les sources d'information et les ressources à la disposition des patients pour obtenir information et soutien. En outre, le manque d'empathie des médecins et de connexion personnelle avec ceux-ci est perçu comme un problème du point de vue des patients. Ces derniers ont exprimé de la frustration liée au fait que les médecins sont souvent pressés, ne prennent pas le temps de bien expliquer le diagnostic ou le plan de traitement complet et le pronostic, et se concentrent sur la maladie plutôt que sur le patient. Pour aider à surmonter la lacune dans le transfert des connaissances, on a suggéré entre autres de créer une version vulgarisée du rapport de pathologie (y compris l'explication du stade, du grade et des résultats histologiques) à utiliser lors des discussions au cabinet du médecin, et dont le patient pourra ramener une copie à la maison. Les participants à la réunion ont proposé qu'une version vulgarisée du rapport soit créée et ajoutée aux ressources offertes sur le site Web de CVC. Parmi les autres suggestions formulées, mentionnons la création d'un modèle de vessie ou d'un autre support visuel de ce genre que les médecins pourraient utiliser pour illustrer la profondeur de l'envahissement tumoral, les différentes couches de tissus de la vessie et les autres caractéristiques anatomiques. Ces outils visuels pourraient aussi permettre de montrer aux patients où ils se situent dans le spectre de la maladie, quels traite-

ments pourraient être requis et quel est le parcours potentiel d'évolution de la maladie.

Les patients atteints de cancer de la vessie sans envahissement musculaire (CVSEM) ont signalé qu'à l'occasion, les équipes de soins semblent peu se soucier de la crainte et de l'appréhension exprimées par les patients. Les patients ont reçu un diagnostic de cancer et ne sont pas nécessairement en mesure de faire la distinction entre un CVSEM et un CVEM (cancer de la vessie avec envahissement musculaire), et de saisir les ramifications de cette distinction. Peu importe l'ampleur de la maladie, les répercussions émotionnelles d'un diagnostic de cancer peuvent être les mêmes.

En ce qui a trait aux examens, les patients (en particulier les femmes) ont soulevé le problème des atteintes à la dignité personnelle et à la modestie et du stress vécu pendant les rendez-vous pour la cystoscopie. Les femmes en particulier ont signalé un malaise personnel lié aux jaquettes d'hôpital et à la surface corporelle exposée par ces jaquettes pendant le temps passé en salle d'attente avant la cystoscopie. Elles ont mentionné que les médecins devraient être plus sensibles à ce problème, surtout si on considère que la majorité des patients dans ces salles d'attente sont des hommes.

Finalement, les patients ont exprimé de la frustration quant au manque d'uniformité dans les traitements d'un centre à l'autre pour la prise en charge du CVSEM de haut grade. Les patients de CVEM ont aussi signalé de la confusion et de l'incertitude quant au plan de traitement et au plan de dérivation à suivre. Les professionnels de la santé doivent être conscients que les patients échangent entre eux — dans les forums en ligne et par d'autres voies de communication. Le fait que les centres utilisent des démarches thérapeutiques différentes peut donc susciter confusion et appréhension.

### C. Pendant le traitement

En ce qui concerne le traitement, les patients aiment qu'on leur explique dès le départ le plan de suivi de leur traitement, y compris ce qu'ils doivent surveiller avant leur rendez-vous suivant. Les patients ont également formulé le souhait que leur équipe de traitement soit en mesure de comprendre les répercussions du plan de traitement sur leur vie professionnelle et familiale, dont les conséquences financières des déplacements et des dépenses liés au traitement, ainsi que les arrêts de travail. Cet aspect inquiète particulièrement les patients vivant en région rurale, qui vivent plus loin du centre où ils reçoivent leur traitement. Le fait que le système de santé ne soit pas structuré de manière à fournir et coordonner tous les services nécessaires et tous les éléments liés aux soins des patients au début du traitement est source de frustration pour les patients, qui sont trop souvent laissés à eux-mêmes.

En général, les patients aimeraient aussi échanger davantage avec leur médecin pendant les examens mêmes. Par exemple, ils aimeraient discuter des solutions et gels appli-

qués pendant l'utilisation de la sonde et de l'interprétation des images (c.-à-d. ce qui peut être inquiétant et pourquoi).

#### D. Vivre avec le cancer de la vessie (la « nouvelle vie normale »)

Les besoins non comblés perçus dans cette phase de la maladie sont surtout propres à des situations particulières du patient. Pour ceux qui subissent une cystectomie radicale, les sources d'inquiétudes incluent le soutien émotionnel pendant l'ajustement à la nouvelle réalité, y compris la valeur potentielle des soins par un psychologue, une discussion autour de l'exercice physique, de la fonction sexuelle (question soulevée plus souvent par les femmes que par les hommes) et de l'alimentation. Comprendre l'obstruction de l'uretère et la réduction du débit a aussi été mentionné comme un besoin non comblé. Parmi les femmes qui subissent une ovariectomie et une hystérectomie, il faut aussi discuter de l'adaptation aux fluctuations hormonales et émotionnelles. Il est important d'assurer un soutien aux aidants, y compris concernant la façon de mieux vivre avec le patient et de lui offrir du soutien.

Pour les patients qui reçoivent une néovessie, les principaux points ont trait aux informations sur la maîtrise vésicale, les problèmes intestinaux, la douleur, la fréquence des mictions, la fonction sexuelle et l'alimentation, tout comme le souhait de recevoir des conseils sur la façon de freiner l'accumulation de mucus et de gérer la situation. Des patients ayant subi une dérivation incontinente ont exprimé le besoin d'une meilleure formation sur la façon de gérer les problèmes fréquents, comme changer le sac de stomie et maintenir une peau saine autour de l'ouverture stomique. Ici encore, dans cette situation, un bon counselling sur les enjeux liés à la qualité de vie, comme la fonction intestinale, l'activité sexuelle, l'alimentation et l'exercice, a été mentionné parmi les besoins non comblés.

Les patients ayant subi une dérivation urinaire continente font état de préoccupations similaires, soit un manque d'information concernant les problèmes fréquents comme les fuites, les soins à apporter à la stomie, les problèmes intestinaux, la douleur, le manque de sommeil pendant la phase d'expansion du sac et la prise en charge de l'accumulation de mucus. Les patients aimeraient recevoir des directives sur la façon de trouver et utiliser les bonnes fournitures médicales. De plus, ils ont demandé que les professionnels de la santé les rassurent concernant un retour à une vie normale et leur fournissent une approximation de la durée de la période de retour vers leurs activités normales.

Certains patients, en particulier ceux atteints de CVEM qui ont été traités dans de plus petites cliniques, ont signalé qu'on ne leur avait pas offert les mêmes options thérapeutiques que les patients traités dans les plus grands centres de cancérologie. Les petits centres, dans bien des cas, n'orientent pas les patients vers les plus grands centres où on mène

des essais cliniques ou offre des traitements plus récemment arrivés sur le marché. De plus, les patients ont signalé ne pas être au courant de l'existence de ces options dans les grands centres de cancérologie. Ce problème peut devenir plus manifeste avec l'augmentation du nombre d'essais cliniques, comme nous avons pu le constater depuis l'arrivée des essais sur les traitements immuno-oncologiques, qui sont/ont été menés dans les grands centres de cancérologie.

Finalement, trois difficultés courantes ont été soulignées par les patients atteints de cancer métastatique : 1) un manque d'information sur les options d'immunothérapie et sur les essais cliniques; 2) la difficulté à naviguer le processus d'admission aux essais en cours de recrutement, et la déception de ne pas être inclus dans ces essais pour ceux qui ne répondent pas aux critères d'inclusion; et 3) les dépenses liées à certains traitements.

#### E. Ressources fournies par CVC

Les fournisseurs de soins de santé sont encouragés à diriger leurs patients atteints de cancer de la vessie vers les ressources offertes par CVC, notamment le site Web (dont le forum de discussion), le programme de soutien par des pairs, les réunions d'information, les vidéos et les guides pour les patients. Les participants ont proposé d'élargir la liste de ressources afin d'inclure des renseignements sur le processus décisionnel concernant les néovessies et les conduits, les répercussions des stomies sur les activités et les ajustements au style de vie qu'elles requièrent, des renseignements comparant les options d'épargne vésicale et les interventions chirurgicales, plus de renseignements sur la radiothérapie en tant que traitement de rechange, sur la nouvelle « vague » d'agents immuno-oncologiques, et plus de renseignements sur l'alimentation et l'abandon du tabac. Parmi les autres sources d'information importantes, mentionnons BCAN (É.-U.) et FightBladderCancer (R.-U.).

## 2. Revue et sélection des indicateurs de qualité liés au cancer de la vessie

Les observations du groupe consensuel, ainsi que des données tirées des publications, ont fait ressortir le besoin de créer une liste d'indicateurs pertinents pour la qualité des soins liés au cancer de la vessie au Canada. Jusqu'à présent, aucune liste de cette sorte n'a été créée dans ce domaine.

Lors de la première Réunion CVC-AUC-CUOG sur la qualité des soins liés au cancer de la vessie en 2014, on a demandé aux participants de préparer une liste d'indicateurs potentiels. Au cours des deux années qui ont suivi, les membres du groupe ont suivi un processus Delphi pour monter une liste consensuelle des 60 plus importants indicateurs<sup>2</sup>. Lors de la deuxième réunion, les résultats de ce

processus Delphi ont été présentés, et on a demandé aux participants de réduire le nombre d'éléments sur la liste de manière à pouvoir créer pour les centres canadiens une carte de pointage de la qualité des soins contenant un nombre acceptable d'éléments.

### A. Mise en contexte : Cerner le besoin d'indicateurs de qualité dans le cancer de la vessie

Les chercheurs ont publié de nombreux rapports soulignant le besoin de meilleurs soins pour le cancer de la vessie au Canada. Ainsi, une évaluation de la pratique et des tendances en matière d'aiguillage des patients atteints d'hématurie microscopique ou macroscopique a rapporté des données provenant de 599 médecins de soins primaires au Québec<sup>3</sup>. Parmi les principaux résultats de ce sondage figurait le fait que l'évaluation des patients atteints d'hématurie était sous-optimale. L'importance de ces résultats est illustrée par une autre étude canadienne portant sur les répercussions d'un délai dans l'aiguillage par le médecin de soins primaires sur la survie après une cystectomie radicale pour traiter un cancer de la vessie<sup>4</sup>. On y a observé un effet néfaste significatif sur la survie associé à ce délai (rapport des risques instantanés [RRI] ajusté en fonction de l'âge : 1,29; intervalle de confiance [IC] : 1,10–1,52).

Le délai dans l'aiguillage n'est pas le seul délai dans le parcours thérapeutique lié au cancer de la vessie pouvant avoir des répercussions sur l'issue du traitement. En effet, des délais peuvent survenir à toutes les étapes du parcours. La recherche porte aussi à croire que ces délais ont augmenté avec le temps dans certains domaines<sup>5</sup> : délai entre la première visite chez le généraliste et la première visite chez l'urologue, 32 jours; délai entre la première visite chez l'urologue et la cystoscopie, 22 jours; délai entre la cystoscopie et la résection transurétrale de tumeur de la vessie (RTUTV), 18 jours; délai entre la RTUTV et la tomodensitométrie (TDM) : 17 jours; délai entre la TDM et la cystectomie radicale : 34 jours; délai total entre la première visite chez le généraliste et la cystectomie radicale; 116 jours<sup>6,7</sup>.

Le délai entre la RTUTV et la cystectomie a également été associé à un risque accru de mortalité chez les patients qui ne reçoivent pas de traitement néoadjuvant. À partir des données de 2535 patients qui ont subi une cystectomie pour traiter un cancer de la vessie en Ontario entre 1992 et 2004, les chercheurs ont évalué le risque de mortalité en fonction de la durée du délai<sup>8</sup>. Des observations semblables ont été faites chez les patients du Québec<sup>9</sup>. En fonction de ces observations, raccourcir les temps d'attente est devenu un objectif important dans l'amélioration de la qualité des soins et la prolongation de la survie globale chez les patients atteints de cancer de la vessie au Canada.

Les informations ci-dessus soulignent l'impact des délais dans le diagnostic et le traitement du cancer de la vessie au

sein du système de soins de santé. Cela dit, les problèmes pouvant sous-tendre la prise en charge sous-optimale des patients atteints de cancer de la vessie sont multifactoriels, et incluent un nombre insuffisant d'établissements de soins, la non-observance des lignes directrices publiées, les délais avant le diagnostic et le traitement, le traitement sous-optimal ou l'absence de traitement, et la sous-utilisation des équipes multidisciplinaires de prise en charge.

### B. Élaboration des indicateurs de qualité des soins liés au cancer de la vessie au Canada

Les objectifs de l'initiative d'évaluation normalisée de la qualité des soins sont de faire le suivi du rendement et de l'impact subséquent sur les résultats cliniques dans l'ensemble du système de santé et de quantifier la conformité aux meilleures pratiques et fournir des données pour l'établissement de valeurs de référence et l'amélioration de la qualité. Nous anticipons que la mesure du rendement pour les indicateurs courants de la qualité des soins liés au cancer de la vessie favorisera l'avancement des normes de pratique et la comparaison du rendement entre provinces dans une optique d'amélioration des soins, et incitera au partage des meilleures pratiques. Notre groupe a eu recours au processus Delphi pour produire une liste factuelle et consensuelle d'indicateurs de qualité couvrant le continuum des soins liés au cancer de la vessie, avec l'apport d'un groupe multidisciplinaire d'experts. Nous recommandons de consulter la récente publication pour plus de détails sur le processus et les résultats<sup>2</sup>. En bref, chaque indicateur a été évalué à l'aide d'une échelle de Likert allant de 0 (extrêmement inapproprié) à 4 (extrêmement approprié) en fonction des critères suivants : 1) l'indicateur est-il pertinent et important pour la qualité des soins?; 2) l'indicateur est-il éprouvé sur le plan scientifique (valide et fiable)?; 3) l'indicateur permet-il une comparaison entre provinces?; et 4) l'indicateur peut-il se traduire par des actions (sa modification est-elle sous votre contrôle)? Finalement, l'évaluation de la faisabilité a permis d'établir si les indicateurs favorisaient la collecte de données.

La liste finale incluait 60 indicateurs potentiels, couvrant toutes les phases des soins (tableau 1, d'après la référence 2). Les indicateurs de qualité créés couvrent les disciplines médicales (chirurgie, pathologie, oncologie médicale, radio-oncologie et thérapie entérostomique), ainsi que les phases du continuum des soins cancérologiques. Certains indicateurs, comme ceux liés au traitement par voie générale en présence de métastases (y compris les effets toxiques de la chimiothérapie) et au programme ERAS® (Enhanced Recovery After Surgery), ont été évalués, mais n'ont pas satisfait les critères de sélection. L'une des limites de la liste présentée lors de la réunion était le fait qu'aucun des indicateurs n'a trait aux soins psychosociaux ou palliatifs. Cela dit, des indicateurs de qualité couvrant ces deux domaines

**Tableau 1. Indicateurs de qualité factuels et consensuels pour le cancer de la vessie**

Phase de soins	Indicateur	Données à l'appui
Diagnostic	Pour les patients présentant une hématurie macroscopique, pourcentage d'individus qui ont consulté en urologie dans les deux semaines suivant la date de la demande de consultation	Rétrospectives
	Pour les patients atteints de microhématurie et âgés de plus de 40 ans, pourcentage de ceux qui ont consulté en urologie dans les 6 semaines suivant la date de la demande de consultation	Rétrospectives
	Pour les patients présentant une hématurie macroscopique, pourcentage ayant eu un bilan complet dans les 4 semaines suivant la consultation en urologie	Opinion d'experts
	Pour les patients présentant une microhématurie asymptomatique et âgés de plus de 40 ans, pourcentage qui ont eu un bilan complet dans les 12 semaines suivant la consultation en urologie	Opinion d'experts
Stadification	Pourcentage de patients ayant un indice fonctionnel documenté et des comorbidités au moment du diagnostic de cancer de la vessie	Proposé par le groupe d'experts
	Pourcentage de cas nouvellement diagnostiqués ayant subi une RTUTV dans les 3 semaines suivant le diagnostic	Opinion d'experts
	Pourcentage de cas nouvellement diagnostiqués qui ont subi un examen par imagerie des voies supérieures moins d'un mois avant ou après la RTUTV	Rétrospectives / lignes directrices
	Pourcentage de patients pour lesquels les documents accompagnant le rapport de chirurgie montrent entièrement la RTU, la profondeur de la RTU et les résultats de l'ESA	Recommandation/ lignes directrices
	Pourcentage de rapports de pathologie disponibles moins d'une semaine après la RTUTV	Opinion d'experts
	Pourcentage de cas nouvellement diagnostiqués et à haut risque pour lesquels le rapport de pathologie a été produit dans les 2 semaines suivant la RTUTV	Opinion d'experts
	Pourcentage de patients atteints de tumeurs T1-2 pour lesquelles le rapport de pathologie a été revu par un pathologiste spécialisé en génito-urinaire	Rétrospectives
	Pourcentage de rapports de pathologie notant le muscle détroisor dans l'échantillon pathologique (indiquant que la résection était complète)	Méta-analyse
	Pour les patients atteints de cancer de stade T1 et dont le rapport de pathologie a noté l'absence du muscle détroisor, pourcentage de restadification de la tumeur par RTU dans les 6 semaines suivant la résection initiale	ECRA
	Pourcentage de cas de CVEM subissant une imagerie thoracique (radiographie thoracique/TDM thoracique) dans le cadre de la stadification	Proposé par le groupe d'experts
Traitement	Pour la CR, pourcentage de patients dont le dossier fait état d'une tumeur cTNM avant l'opération	Proposé par le groupe d'experts
	Pour la CR, pourcentage de patients dont le dossier fait état d'une tumeur pTNM après l'opération	Proposé par le groupe d'experts
	Pour les patients qui ont été aiguillés vers une consultation en oncologie médicale ou en radio-oncologie, pourcentage de ceux qui ont eu cette consultation dans les deux semaines suivant la date de la demande	Opinion d'experts
	Pourcentage de patients recevant une chimioradiothérapie concomitante et ayant subi une RTUTV complète avant le traitement	Proposé par le groupe d'experts
	Pourcentage de patients chez qui on a instauré une TTM dans les six semaines suivant la dernière RTUTV	Opinion d'experts
	Pourcentage de patients subissant une radiothérapie guidée par imagerie	Proposé par le groupe d'experts
	Pour les patients chez qui une radiothérapie est indiquée, pourcentage ayant reçu un agent chimiosensibilisant avec la radiothérapie	ECRA
	Pourcentage de patients qui ont commencé le premier cycle de CTNA dans les 4 semaines suivant la date de la demande de consultation en oncologie médicale	Recommandation
	Pourcentage de patients sans CTNA qui ont subi une CR dans les 6 semaines suivant la dernière RTUTV	Rétrospectives
	Pourcentage de patients sous CTNA qui ont subi une CR dans les 16 semaines suivant le début de la CTNA	Rétrospectives
Pour les patients qui ont subi une cystectomie, pourcentage ayant eu une consultation préopératoire avec le thérapeute spécialisé en entérostomie	Recommandation/ lignes directrices	

D'après Khare SR et al. Urol Oncol 2017;35:328-34. Reproduit sous permission. BCG : bacille de Calmette-Guérin; ECOG : Eastern Cooperative Oncology Group; ESA : examen sous anesthésie; CVEM : cancer de la vessie avec envahissement musculaire; CTNA : chimiothérapie néoadjuvante; CVSEM : cancer de la vessie sans envahissement musculaire; CR : cystectomie radicale; ECRA : essai clinique avec répartition aléatoire; RTOG : Radiation Therapy Oncology Group; RTUTV : résection transurétrale de la tumeur vésicale; TTM : thérapie trimodale.



**Tableau 1 (suite). Indicateurs de qualité factuels et consensuels pour le cancer de la vessie**

Phase de soins	Indicateur	Données à l'appui
Traitement	Pourcentage de patients ayant subi une lymphadénectomie adéquate, définie comme l'ablation de >16 ganglions	Revue systématique
	Pour les patients ayant subi une cystectomie et âgés de moins de 70 ans, pourcentage ayant bénéficié d'une dérivation continente	Rétrospectives
	Pourcentage de patients ayant des marges positives dans les tissus mous à la cystectomie	Rétrospectives
	Pour les patients avec CVEM, pourcentage ayant reçu un traitement définitif (CR ou TTM)	ECRA
	Pourcentage de patients avec CVEM chez qui on a instauré un traitement à visée curative (CTNA, TTM ou CR) dans les 6 semaines suivant la RTUTV	Proposé par le groupe d'experts
	Pourcentage de patients éligibles ayant CVEM objectivé par RTUTV et ayant été dirigés en oncologie médicale avant l'intervention pour évaluer le recours possible à une CTNA	Proposé par le groupe d'experts
	Pour les patients avec CVEM et un taux de filtration glomérulaire estimé normal, IF ECOG de 0-1 et âgés de moins de 80 ans, pourcentage ayant reçu une CTNA	ECRA
	Pour les patients avec CVEM et recevant une CTNA, pourcentage ayant reçu 3 cycles complets de traitement d'association comprenant du cisplatine	ECRA
	Pour les patients avec CVEM et tumeur de stade pT3-4 ou pN+, pourcentage ayant eu une consultation en oncologie médicale en postopératoire	ECRA
	Pour les patients avec CVEM, pourcentage qui étaient pris en charge par une équipe multidisciplinaire (clinique multidisciplinaire de traitement du cancer de la vessie, présentation à un conseil sur le traitement de tumeurs génito-urinaires, consultations organisées avec l'oncologie médicale et la radio-oncologie, le cas échéant)	Opinion d'experts
	Pour les patients avec CVSEM, pourcentage ayant reçu une instillation postopératoire de chimiothérapie intravésicale	Méta-analyse d'ECRA
	Pourcentage de patients avec CVSEM à risque élevé recevant le BCG	ECRA
	Pourcentage de patients avec CVSEM à risque élevé chez qui on a instauré un traitement intravésical par BCG dans les 4 semaines suivant la RTUTV	Proposé par le groupe d'experts
	Mesures prophylactiques	Pour les patients avec CVSEM à risque élevé, pourcentage ayant reçu un cycle d'induction de traitement intravésical par BCG avec traitement d'entretien pendant au moins un an
Pourcentage de patients atteints d'un cancer de la vessie métastatique ou non résecable recevant une chimiothérapie par voie générale à base de cisplatine		Proposé par le groupe d'experts
Pourcentage de patients ayant reçu des antibiotiques par voie i.v. dans les 60 minutes précédant l'incision		ECRA
Pourcentage de patients ayant reçu un traitement pharmacologique prophylactique contre la thrombose en périopératoire		Recommandation/lignes directrices
Processus organisationnels et résultats	Pourcentage de patients chez qui un dispositif de compression pneumatique a été utilisé pendant l'intervention chirurgicale	Recommandation/lignes directrices
	Pourcentage de patients ayant reçu une prophylaxie pharmacologique contre la thrombose sur une période de 4 semaines après le congé de l'hôpital	Recommandation/lignes directrices
	Présence de rondes d'assurance de la qualité pour discuter des complications survenues après la cystectomie	Proposé par le groupe d'experts
	Pour les patients recevant une TTM, pourcentage de cas: A) d'effets toxiques aigus de grade $\geq 3$ selon la classification du RTOG B) d'effets toxiques tardifs (3 mois ou plus) de grade $\geq 3$ selon la classification du RTOG	Recommandation/lignes directrices
	Pourcentage de patients dont le séjour à l'hôpital après la cystectomie était $\leq 10$ jours	Rétrospectives
	Taux de transfusion pendant le séjour à l'hôpital pour les patients ayant subi une CR qui : A) ont reçu une CTNA B) n'ont pas reçu une CTNA	Proposé par le groupe d'experts
	Pourcentage de patients ayant eu une complication postopératoire grave (grade III/IV selon la classification de Clavien) dans les 90 jours suivant l'opération (par exemple nécessitant une intervention chirurgicale, endoscopique ou radiologique OU nécessitant une prise en charge aux soins intensifs en raison de complications menaçant le pronostic vital)	Recommandation
	Pourcentage de patients réadmis dans les 90 jours suivant une cystectomie	Études prospectives

D'après Khare SR et al. Urol Oncol 2017;35:328-34. Reproduit sous permission. BCG : bacille de Calmette-Guérin; ECOG : Eastern Cooperative Oncology Group; ESA : examen sous anesthésie; CVEM : cancer de la vessie avec envahissement musculaire; CTNA : chimiothérapie néoadjuvante; CVSEM : cancer de la vessie sans envahissement musculaire; CR : cystectomie radicale; ECRA : essai clinique avec répartition aléatoire; RTOG : Radiation Therapy Oncology Group; RTUTV : résection transurétrale de la tumeur vésicale; TTM : thérapie trimodale.

**Tableau 1 (suite). Indicateurs de qualité factuels et consensuels pour le cancer de la vessie**

Phase de soins	Indicateur	Données à l'appui
Processus organisationnels et résultats	Pourcentage de patients décédés dans les 90 jours suivant la cystectomie	Études prospectives
	Pourcentage de patients présentant une sténose anastomotique urétéro-entérique dans l'année suivant la CR	Proposé par le groupe d'experts
	Survie spécifique au stade (au moment du diagnostic) à 5 ans sans récurrence, survie spécifique à la maladie et survie globale après CR ou TTM	Proposé par le groupe d'experts
Suivi	Pourcentage de patients ayant eu une cystoscopie 3 mois après la RTUTV	Études prospectives
	Pour les patients qui ont subi une cystectomie avec un conduit iléal, pourcentage de suivi par le thérapeute en entérostomie moins d'un mois après le congé de l'hôpital	Opinion d'experts
	Pour les patients avec CVEM, pourcentage avec imagerie des voies supérieures et bilan métastatique dans l'année suivant le traitement définitif	Proposé par le groupe d'experts
Volume de cas	Volume annuel de TTM de l'hôpital	Opinion d'experts
	Volume annuel de CR de l'hôpital	Méta-analyse
	Volume chirurgical annuel de CR par chirurgien effectuant cette intervention	Rétrospectives
	Volume annuel de néovessies de l'hôpital	Rétrospectives

D'après Khare SR et al. *Urol Oncol* 2017;35:328-34. Reproduit sous permission. BCG : bacille de Calmette-Guérin; ECOG : Eastern Cooperative Oncology Group; ESA : examen sous anesthésie; CVEM : cancer de la vessie avec envahissement musculaire; CTNA : chimiothérapie néoadjuvante; CVSEM : cancer de la vessie sans envahissement musculaire; CR : cystectomie radicale; ECRA : essai clinique avec répartition aléatoire; RTOG : Radiation Therapy Oncology Group; RTUTV : résection transurétrale de la tumeur vésicale; TTM : thérapie trimodale.

ont été décrits antérieurement pour les patients atteints de cancer en général et pourraient être ajoutés à la liste si les participants décidaient plus tard de les mesurer.

### C. Justification et élaboration d'une carte de pointage pour la qualité des soins

Le concept de la carte de pointage pour mesurer le rendement et favoriser un changement positif a été mis de l'avant par Kaplan et Norton en 1992<sup>10</sup> et représente un système de gestion que les organismes utilisent pour : communiquer ce qu'elles tentent d'accomplir; harmoniser avec leur stratégie le travail quotidien de tous les intervenants; établir la priorité des projets, produits et services et mesurer les progrès dans l'atteinte des cibles stratégiques<sup>11,12</sup>. La citation suivante résume bien les objectifs de la mise en application d'une carte de pointage : « Mieux vaut avoir un plan stratégique médiocre mais bien exécuté et mesuré qu'un plan stratégique extraordinaire qui échoue en raison d'une mauvaise exécution ». Le concept de la carte de pointage a récemment été adapté au milieu de la santé. Les cartes de pointage évaluent le rendement des professionnels de la santé et des centres de soins et sont actuellement utilisées dans d'autres disciplines, mais il n'en existe aucune à l'heure actuelle dans le domaine des cancers génito-urinaires au Canada.

On a tiré bien des leçons concernant la mise en application fructueuse d'une carte de pointage<sup>11,12</sup>, dont en voici quelques-unes :

- Être flexible dans la sélection des mesures de rendement, car ces mesures doivent refléter les enjeux critiques du moment, qui peuvent changer avec le temps;
- Certains compromis liés aux indicateurs en raison d'un manque de données sont inévitables pendant

que des mesures sont prises pour arriver à recueillir de meilleures données;

- La qualité des données est un problème important qui doit être abordé afin d'assurer la crédibilité;
- La forme — la façon de présenter les données — est toute aussi importante que la substance;
- Les comparaisons sont importantes lorsque les données sont fiables, et mènent souvent à reconnaître les changements à apporter;
- Obtenir des conseils d'experts n'est pas facultatif — la mobilisation des experts est essentielle;
- Il faut établir des corrélations avec les données dès le départ, car il est beaucoup plus difficile de le faire plus tard;
- L'information joue un rôle politique — par exemple, quand les médias locaux mettent la main sur des renseignements sans comprendre comment ceux-ci doivent être interprétés;
- Il existe de réelles variations entre hôpitaux et entre fournisseurs, même après qu'on apporte des ajustements aux types de cas et d'autres types d'ajustements; et
- Il peut y avoir chevauchement entre les mesures « opérationnelles » et les mesures « stratégiques », mais il est important que les mesures visées par la carte de pointage soient limitées et stratégiques, car il est facile de tomber dans le piège des mesures excessives.

Aux fins de l'élaboration d'une carte de pointage spécifique au cancer de la vessie, les participants ont convenu que la liste des indicateurs devait être aussi courte que possible, de préférence de 10 à 15 éléments, avec des valeurs de référence établies pour chaque élément. Les centres sont notés selon le niveau d'atteinte de ces valeurs (p. ex. égal,

meilleur ou pire que la cible) et la direction du progrès (c'est-à-dire, se rapproche de la cible ou s'en éloigne). Les mesures devraient refléter les enjeux importants liés au rendement du moment. Étant donné que ceux-ci peuvent changer au fil du temps, la carte de pointage doit être un outil souple et dynamique. Il a été reconnu que certains indicateurs souhaitables devraient être éliminés de la carte de pointage en raison du manque de données fiables et de grande qualité.

Les indicateurs de qualité sélectionnés, en particulier quand il s'agit d'une tâche structurée pour améliorer les soins prodigués aux patients atteints de cancer de la vessie, devraient être strictement définis, de manière à ce qu'il n'y ait aucune ambiguïté ni mauvaise interprétation quant à ce qui est mesuré. En outre, on a longuement discuté de la possibilité de faciliter l'acceptation d'indicateurs potentiels afin de refléter les concepts tirés du cadre de Donabedian pour l'examen des services de santé et l'évaluation de la qualité des soins<sup>13</sup>. Selon le modèle de Donabedian, les renseignements sur la qualité des soins tombent dans trois catégories : structure, processus et résultats. La structure décrit le contexte dans lequel les soins sont prodigués, y compris les édifices hospitaliers, le personnel et l'équipement. Le processus inclut les transactions entre patients et fournisseurs par la prestation de soins de santé. Les résultats font référence aux effets des soins de santé sur l'état de santé des patients et des populations.

Une fois les indicateurs de qualité acceptés, des valeurs de référence correspondantes peuvent être établies de différentes façons, notamment en fonction de l'opinion d'experts et de données probantes, à partir de comparaisons avec les meilleurs rendements ou d'autres processus axés sur les données. Si on prend comme exemple l'indicateur lié au volume annuel de cystectomies radicales dans un hôpital, des données ont montré que les patients traités aux centres comptant plus de 20 cas par année affichent de meilleurs résultats que ceux qui sont traités dans des centres à plus faible volume<sup>14</sup>, ce qui représente une valeur de référence factuelle potentielle pour une carte de pointage sur la qualité des soins.

En ce qui concerne les centres cibles pour la carte de pointage, les participants ont convenu qu'ils devraient inclure tous les hôpitaux traitant des cas de cancer de la vessie. Pour ce qui est du public cible avec qui partager les résultats de la carte de pointage, il y a eu un débat quant à savoir si les résultats devraient être immédiatement disponibles et partagés en premier lieu avec les intervenants liés au traitement des cancers génito-urinaires, y compris l'AUC et le CUOG, pour permettre une amélioration du processus.

#### D. Sélection consensuelle des indicateurs de qualité à inclure sur la carte de pointage

Les participants ont discuté de la liste d'indicateurs potentiels à inclure sur la carte de pointage pour le cancer de la vessie. Ils ont réduit la liste à un groupe de 13 éléments centraux :

- 1) Volume annuel de cystectomies radicales par chirurgien effectuant cette intervention (structure);
- 2) Délai entre la cystoscopie et la RTUTV (processus);
- 3) Délai entre la RTUTV et le rapport du pathologiste (processus);
- 4) Pourcentage de patients n'ayant pas reçu de chimiothérapie néoadjuvante qui ont subi une cystectomie radicale dans les six mois suivant la dernière RTUTV (processus);
- 5) Chez les patients atteints de CVSEM à risque élevé, pourcentage ayant reçu un traitement d'induction intravésicale par le bacille de Calmette-Guérin (BCG) et au moins un an d'injections d'entretien (processus);
- 6) Chez les patients atteints de CVEM, pourcentage qui ont reçu un traitement définitif à visée curative (cystectomie radicale ou radiothérapie) (processus);
- 7) Pourcentage de patients ayant subi une lymphadénectomie suffisante, définie comme l'ablation d'au moins 14 ganglions (processus);
- 8) Pourcentage de patients atteints de CVEM aiguillés vers un oncologue médical avant toute intervention chirurgicale, afin d'évaluer la possibilité d'une chimiothérapie néoadjuvante (processus);
- 9) Pour les patients atteints de CVEM qui reçoivent une chimiothérapie néoadjuvante, pourcentage qui ont suivi un minimum de trois cycles de traitement d'association à base de cisplatine (processus);
- 10) Pourcentage de patients porteurs de métastases à qui on a offert un traitement par voie générale de deuxième intention après la chimiothérapie de première intention (processus);
- 11) Pourcentage de patients atteints de CVEM qui ont subi une RTUTV et qu'on a aiguillé vers un radio-oncologue avant toute intervention chirurgicale, afin d'évaluer la possibilité d'une radiothérapie (processus);
- 12) Pourcentage de patients avec marges positives dans les tissus mous lors de la cystectomie radicale (résultats); et
- 13) Pourcentage de patients décédés dans les 90 jours après la cystectomie (résultats).

En ce qui a trait aux valeurs de référence pour ces 13 éléments, il y a eu débat entre les participants, mais le consensus concernant la définition de chaque valeur de référence sera atteint plus tard.

Les autres éléments qui ont reçu un soutien parmi les participants à la réunion mais qui n'ont finalement pas été inclus dans la liste étaient : le volume annuel de cystectomies radicales par hôpital; le pourcentage de rapports de pathologie notant la présence du muscle détrusor dans l'échantillon (indiquant une résection complète); le pourcentage de patients atteints d'un cancer de la vessie métastatique ou non résecable recevant une chimiothérapie par voie générale; et le délai entre la RTUV et l'évaluation par le médecin.



### 3. Mise à jour concernant le système canadien d'information sur le cancer de la vessie (SCICV)

Le SCICV est un système prospectif d'information et une base de données qui recueille de l'information anonymisée sur les tendances actuelles en matière de traitement du cancer de la vessie et de résultats pour les patients dans 14 centres de santé universitaires au Canada. Il fournira des informations à jour sur tous les aspects des soins aux patients, des données démographiques, histologiques et de stadification au traitement, aux complications et à la survie. Le SCICV est une coentreprise sans but lucratif entre CVC (commanditaire fondateur) et l'Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill (IR-CUSM, établissement coordonnateur).

#### A. Objectifs

Le SCICV a pour objectif, entre autres, de saisir des données complètes et prospectives sur tous les patients atteints de cancer de la vessie de haut grade aux fins suivantes :

- 1) Évaluer les résultats des patients atteints de cancer de la vessie au Canada;
- 2) Cerner les différences dans le traitement du cancer de la vessie dans les différentes régions canadiennes;
- 3) Repérer les forces et les faiblesses dans la prise en charge du cancer de la vessie au Canada dans le but de créer des programmes d'amélioration de la qualité;
- 4) Comprendre les besoins régionaux à combler en vue de fournir des soins appropriés aux patients atteints de cancer de la vessie;
- 5) Appuyer la création de centres d'excellence pour la recherche sur le cancer de la vessie; et
- 6) Comprendre l'impact des stratégies thérapeutiques novatrices sur les résultats des patients atteints de cancer de la vessie.

#### B. Critères d'inclusion

Les patients seront inclus dans le SCICV s'ils ont reçu un diagnostic de cancer de la vessie de haut grade au cours des 12 derniers mois, sans égard aux antécédents de cancer. Un nouveau diagnostic peut inclure une nouvelle tumeur chez un patient ayant des antécédents de cancer, un nouveau diagnostic de métastases ou un tout nouveau diagnostic.

#### C. Gouvernance

Le SCICV est mené par un comité de direction formé de trois urologues, un oncologue médical, un radio-oncologue et jusqu'à deux membres de CVC qui agissent à titre de représentants des patients. Un comité des opérations est composé de deux chercheurs principaux provenant de différentes disciplines pour chaque site participant, ainsi que

du gestionnaire de projet du SCICV, d'un spécialiste de la mise en œuvre du SCICV, d'un spécialiste des résultats et d'un conseiller en matière de vie privée. Un représentant de chaque commanditaire est autorisé à rejoindre le comité des opérations à titre de membre non votant s'il est approuvé par le comité de direction.

Les données sont saisies dans un portail Web sécurisé spécialement conçu à partir de la plateforme logicielle REDCap hébergée à l'Université McGill. Le logiciel REDCap est utilisé par des établissements médicaux du monde entier. Chaque centre participant aura accès à ses propres données mais pas aux données d'autres centres. Tous les participants pourront consulter les données par l'entremise du coordinateur central de données en fonction de règles prédéfinies.

#### D. Renseignements consignés sur les patients

Le SCICV consignera les caractéristiques suivantes: origine ethnique, date du diagnostic, date du rendez-vous ou de l'intervention chirurgicale, antécédents familiaux de cancers des voies urinaires, renseignements sur le stade de la tumeur, y compris les résultats de la biopsie et des épreuves d'imagerie médicale, médicaments utilisés pour traiter le cancer, autres traitements utilisés pour traiter le cancer, y compris la chirurgie et la radiothérapie, et des informations sur les échantillons de tissus ou de liquides recueillis pendant le traitement.

#### E. Évaluations continues de l'état de santé

Le SCICV saisira la date de la visite initiale et des visites de suivi auprès du médecin traitant, les mesures des signes vitaux effectuées à chaque visite, les résultats de tests sanguins, les médicaments pris ou changements apportés à la posologie, l'état de santé général, y compris d'autres affections dont le patient pourrait être atteint, et les changements à l'état de santé, y compris tout nouveau diagnostic ou accident, ou tout changement les concernant.

#### F. Résultats d'intérêt

Parmi les résultats pris en compte pour l'analyse à l'aide de la base de données du SCICV, on retrouve : la survie globale, la survie sans maladie et la survie sans récurrence stratifiée par stade; les traitements pour le cancer de la vessie localisé et métastatique; l'impact de la lymphadénectomie et de la dérivation urinaire; le rôle de la thérapie néoadjuvante; l'impact de la chirurgie sur une maladie métastatique ou localement récurrente; l'issue liée à des variantes histologiques rares; le résultat et les effets toxiques des thérapies de première, deuxième et troisième intention et la surveillance et les complications.

Dans le contexte de la discussion sur les indicateurs de la qualité des soins, les participants à la réunion ont convenu

que le SCICV pourrait être utile pour aider à dégager et mesurer certains des indicateurs de qualité qui seront utilisés avec la carte de pointage.

#### 4. Mise à jour sur les soins prodigués aux patients atteints de cancer de la vessie

##### Du point de vue de la formation

La recherche a démontré une grande variabilité dans les résultats des patients atteints de cancer de la vessie, ce qui semble indiquer une variabilité considérable dans la qualité des soins prodigués à ces patients. La perception, soutenue par la documentation, est que les programmes de résidence d'où sont issus des urologues généraux ne fournissent peut-être pas une formation suffisante, de sorte qu'ils ne sont pas outillés pour traiter tous les cas complexes en oncologie. Une revue de la littérature révèle certains des principaux sujets de préoccupation.

##### i. Variabilité des soins

Le taux de récurrence lors de la première cystoscopie de suivi après une RTUTV est un marqueur de la qualité de cette intervention. Une analyse menée auprès de 2410 patients ayant participé à sept essais de phase III de l'EORTC a montré une variabilité considérable entre établissements, le taux de détection d'une tumeur lors de la première cystoscopie de suivi variant entre 3 et 46 %<sup>15</sup>.

Les études ont aussi montré qu'on n'envisage pas le recours à une cystectomie radicale rapidement après l'échec d'un traitement intravésical. Dans un rapport du Réseau canadien du cancer de la vessie, environ 50 % des 306 patients atteints d'un cancer de stade cT1G3 étaient porteur d'un cancer non confiné à la vessie lors de la cystectomie et 26 % étaient de stade pN+.

D'autres études canadiennes semblent indiquer l'existence de taux élevés à un niveau inacceptable d'interventions chirurgicales non appropriées. Dans une étude de population reposant sur les dossiers de facturation pour toutes les cystectomies partielles et radicales effectuées pour traiter un cancer de la vessie au Québec entre 1983 et 2005, on a repéré au total 714 patients ayant subi une cystectomie partielle<sup>16</sup>. Plus de 25 % des patients atteints d'un cancer de la vessie invasif ont subi une cystectomie partielle plutôt qu'une cystectomie radicale; la majorité (65 %) de ces cas ont été traités dans des établissements non universitaires; 13 % des patients qui ont subi une cystectomie partielle ont dû subir une réimplantation urétérale, et seulement 23 % ont subi une lymphadénectomie pelvienne. Une étude menée en Ontario auprès de 2802 patients a également montré une variabilité considérable dans la proportion de patients subissant une lymphadénectomie;

globalement 30 % des patients n'ont pas subi cette intervention<sup>17</sup>. Les dérivations continentales sont sous-utilisées. Le Réseau canadien du cancer de la vessie rapporte que même dans les centres universitaires, seulement 20 % des patients ayant subi une cystectomie radicale entre 1998 et 2008 ont subi une dérivation continente<sup>18</sup>.

Chez les patients atteints de cancer de la vessie au Canada, une intervention chirurgicale sous-optimale a fort probablement eu des répercussions sur les taux de survie globaux. On estime les taux de survie à 5 ans en Ontario (1994–2008) et au Québec (2000–2009) à 36 % et 45 %, respectivement<sup>19,20</sup>. De plus, les données concernant plus de 8000 patients décédés des suites d'un cancer de la vessie en Ontario montrent que la majorité (61 %) des patients n'ont jamais reçu de traitement définitif ciblant la vessie<sup>21</sup>.

L'analyse des taux de mortalité après cystectomie radicale au Québec a montré une grande variabilité des taux de mortalité à 90 jours entre les centres, allant de 2,6 % à 18,5 %<sup>20</sup>. Dans cette analyse, les taux de mortalité étaient plus élevés dans les hôpitaux où on effectuait moins de cystectomies. Les chercheurs examinant des données ontariennes ont également observé des taux de mortalité plus élevés parmi les hôpitaux et les chirurgiens effectuant des volumes plus faibles d'interventions chirurgicales que chez ceux effectuant des volumes plus élevés<sup>22</sup>. Un examen plus minutieux des données sur les chirurgiens révèle que les taux de mortalité sont significativement plus bas lorsque le chirurgien est spécialisé en traitement du cancer de la vessie, par rapport aux chirurgiens qui n'ont pas cette spécialité (RRI ajusté pour la survie globale de 0,68, IC à 95 %, 0,55-0,85, survie spécifique au cancer de la vessie de 0,63, IC à 95 %, 0,41-0,96)<sup>23</sup>.

Un autre domaine clé de sous-traitement possible des patients atteints de cancer de la vessie est la proportion de patients avec CVEM qui reçoivent soit une chimiothérapie néoadjuvante, pour laquelle il existe des preuves de niveau 1, soit une chimiothérapie adjuvante. Dans une étude réalisée en Ontario auprès de 2 044 patients atteints de CVEM ayant subi une cystectomie radicale<sup>24</sup>, la proportion de patients recevant une chimiothérapie adjuvante a augmenté au fil du temps (16 % de 1994 à 1998, 18 % de 1999 à 2003 et 22 % de 2004 à 2008), mais cette option est demeurée sous-utilisée jusqu'à ce moment. Plus récemment, cependant, une étude rétrospective monocentrique de patients traités à l'Alberta Urology Institute a montré une utilisation beaucoup plus élevée de la chimiothérapie néoadjuvante pour traiter le CVEM (57 %)<sup>25</sup>. La chimiothérapie néoadjuvante a été considérée comme la norme de soins pour le CVEM par 96 % des oncologues médicaux et 88 % des urologues<sup>26</sup>.

##### A. Perspectives sur la formation en urologie

L'adéquation de la résidence en urologie peut contribuer au traitement variable du cancer de la vessie au Canada. Un

sondage par courriel rempli par 100 % des résidents canadiens diplômés en 2012 a démontré une formation insuffisante dans toutes les catégories d'interventions (classification A/B/C du Collège royal où A est le plus compétent et C le moins compétent)<sup>27</sup>. Sur les 42 interventions de catégorie A mentionnées dans le sondage, 100 % des répondants croyaient qu'ils n'étaient pas suffisamment compétents concernant au moins une intervention. De plus, 53,6 % des répondants croyaient ne pas être assez compétents avec au moins 10 des 42 interventions. Une lacune perçue a été indiquée par un tiers des répondants dans le cas de la cystoprostatectomie radicale et dans deux tiers des cas pour l'exentération pelvienne antérieure.

Un sondage distinct mené auprès des professeurs d'urologie canadiens, à laquelle 95 des 217 membres du corps professoral ont répondu, demandait dans une question quelles interventions devaient être classées dans les catégories A, B ou C<sup>28</sup>. Seulement 25 %, 32 % et 44 % des professeurs ont indiqué que les résidents en fin d'études n'avaient pas obtenu la maîtrise de catégorie A concernant la cystectomie radicale, la lymphadénectomie pelvienne étendue et l'exentération antérieure, respectivement.

D'autres exemples de divergences entre urologues canadiens en ce qui concerne les interventions chirurgicales de base ont été relevés lors d'un sondage mené auprès des membres de l'AUC d'août à octobre 2014<sup>29</sup>. Parmi les 536 membres qui ont reçu le sondage, 138 ont répondu (40,6 % d'urologues en pratique privée et 59,4 % d'urologues en milieu universitaire). La question clé était la suivante : « Après l'achèvement de la résidence au Canada, un urologue devrait maîtriser ... » Seize interventions ont été énumérées avec un accord de 90 à 100 % et un total de 30 interventions de base avec un accord  $\geq$  75 %. Cependant, il y avait un écart important entre les urologues en pratique privée et en milieu universitaire pour 27 interventions (y compris 11 interventions de base). La cystectomie, par exemple, a été évaluée comme une intervention de base par 88,5 % des urologues en pratique privée et seulement 67,1 % des urologues en milieu universitaire (= 0,002).

Les participants ont discuté des types de cancers de la vessie qui nécessitaient une expérience spécifique ou une formation supplémentaire. Ceux-ci incluent :

1. Le CVSEM à risque élevé, si l'un des éléments suivants est noté : tumeur initiale de stade T1HG (avec ou sans variante histologique), présence d'une tumeur de haut grade dans un diverticule, ou récurrence de haut grade;
2. Le cancer urétral (cancer urétral et prostatique primaire ou concomitant); et
3. Le CVEM

Le traitement de ces patients nécessite une expertise précise en cancer de la vessie, qui peut être définie comme soit des travaux de recherche supervisés en oncologie urologique

(comme chercheur boursier), soit un cabinet spécialisé en cancer de la vessie.

## B. Perspective de la formation en oncologie médicale

Les oncologues médicaux font partie intégrante de l'équipe multidisciplinaire de prise en charge du cancer de la vessie. À ce jour, il n'y a pas de données sur la corrélation entre l'expérience des praticiens en oncologie médicale et les résultats du traitement du cancer de la vessie. Pour traiter correctement les patients atteints de CVEM et de métastases, les oncologues médicaux ont besoin d'une formation dans plusieurs domaines clés.

### i. CVEM

Des données probantes de niveau 1 étayent l'utilisation de schémas thérapeutiques à base de cisplatine pour le traitement du CVEM<sup>30</sup>. Les patients avec atteinte ganglionnaire doivent également être traités par chimiothérapie d'induction en tenant compte de la consolidation si la réponse est bonne.

Les oncologues médicaux doivent être disponibles pour consultation et pour entreprendre la chimiothérapie en temps opportun. Le moment de la consultation avec un oncologue médical est l'un des nombreux goulots d'étranglement potentiels dans les soins d'un patient atteint d'un cancer de la vessie qui peut retarder l'instauration d'un traitement approprié. Autant que possible, les patients atteints d'un CVEM devraient consulter un oncologue médical spécialisé en cancers génito-urinaires (opinion d'experts).

Les oncologues médicaux traitant le cancer de la vessie doivent également être conscients des effets secondaires courants et moins courants de la chimiothérapie (p. ex. embolie pulmonaire, thrombose veineuse profonde) et être en mesure de les prendre en charge pendant la chimiothérapie.

L'oncologue médical doit également être conscient du risque de progression de la maladie pendant la chimiothérapie néoadjuvante et savoir quand diriger le patient vers l'uro-oncologue ou le radio-oncologue pour une prise en charge locale.

Puisque les approches d'épargne vésicale sont une solution de rechange bien établie à la cystectomie radicale, l'oncologue médical devrait également être formé sur la façon d'administrer les schémas concomitants, y compris les schémas standard et de rechange à envisager chez les patients atteints d'insuffisance rénale. Il faut envisager de diriger le patient vers un oncologue médical spécialisé en cancers génito-urinaires, en particulier dans le cas des patients dont la clairance de la créatinine est inférieure à 60 mL/min.

### ii. Cancer métastatique

Avec ce type de cancer, la formation des oncologues médicaux doit inclure la capacité de reconnaître le bon moment pour

entreprendre un traitement par voie générale et pour faire un suivi étroit de la maladie. La connaissance et la compréhension des schémas thérapeutiques standard en première ligne et en deuxième intention sont essentielles, et à cet égard, les oncologues médicaux doivent également être conscients des essais en cours et à venir et inciter leurs patients à participer à des essais cliniques dans la mesure du possible. Enfin, l'oncologue médical doit aussi savoir reconnaître le moment approprié pour diriger le patient vers des soins palliatifs.

## C. Perspective de la formation en radio-oncologie – cancers génito-urinaires

### i. Évaluation clinique

Il faut prendre note particulièrement des symptômes de la vessie irritable qui affectent la capacité et la fonction vésicale de base. Les radio-oncologues devraient être formés à l'interprétation des examens et autres évaluations, y compris les résultats de la cystoscopie, de l'examen sous anesthésie et de la RTUTV avec cartographie de la vessie et biopsies « aléatoires ». L'étendue du carcinome et la présence d'hydronéphrose doivent aussi être évaluées.

### ii. Sélection des patients

Il est essentiel que le radio-oncologue soit formé à la sélection appropriée des patients pour une thérapie d'épargne vésicale; il faut également faire preuve de circonspection au moment de recommander la cystectomie lorsque la préservation des organes est inappropriée. La prise en charge compétente du patient nécessite une compréhension des effets toxiques de la radiothérapie dans le cancer de la vessie, en particulier en ce qui concerne le rectum, l'intestin grêle, la moelle osseuse et la vessie même. Le radio-oncologue devrait également connaître les autres modalités utilisées dans le traitement du cancer de la vessie, y compris les options chirurgicales et par voie générale, et leur rôle par rapport à la radiothérapie.

### iii. Problèmes techniques

L'un des principaux domaines d'intérêt des radio-oncologues est l'interprétation de l'imagerie diagnostique, en particulier quand il s'agit de planifier un traitement radiologique. Ceci inclut l'évaluation du volume tumoral (VT) brut, qui est dérivé d'informations glanées à la cystoscopie et à la cartographie de la vessie et complété par diverses techniques d'imagerie (p. ex. TDM, imagerie par résonance magnétique [IRM]). Le volume cible clinique (VCC) comprend le VT brut, plus une marge pour la maladie infraclinique, non visible sur les clichés d'imagerie. Enfin, un volume cible planifié est obtenu en combinant le VT brut et le VCC pertinent, et tient

également compte de la variabilité de la position anatomique et du remplissage vésical. La radiothérapie contemporaine peut nécessiter la modification des plans de traitement en vue de s'adapter aux changements anatomiques quotidiens en utilisant la radiothérapie guidée par imagerie. Le stagiaire doit être conscient du rôle de l'irradiation partielle de la vessie, soit seule, soit en tant que potentialisation après le traitement initial de la vessie entière. Dans l'arsenal clinique permettant au radio-oncologue d'offrir au patient atteint de cancer de la vessie l'utilisation la plus appropriée de la radiothérapie, il doit connaître 1) les controverses associées à l'irradiation pelvienne élective des ganglions lymphatiques; 2) le rôle en évolution de la radiothérapie dans le traitement du cancer de la vessie de haut grade de stade T1; 3) les données antérieures concernant l'utilisation de la radiothérapie dans les contextes pré et postopératoires; 4) l'intégration cruciale avec le traitement par voie générale; et 4) la reconnaissance des avantages palliatifs importants de la radiothérapie à l'aide de différents fractionnements.

### iv. Répercussions de la formation en radio-oncologie sur les résultats

À ce jour, il n'existe aucune donnée corrélant l'expérience du praticien en radio-oncologie avec les résultats du traitement des patients atteints d'un cancer de la vessie, que ce soit le contrôle de la tumeur ou les effets toxiques. Cependant, des études portant sur d'autres sièges tumoraux ont montré que l'augmentation des volumes d'interventions des praticiens en radiothérapie est corrélée avec de meilleurs résultats. Par exemple, dans les cancers de la tête et du cou, une étude de population menée aux États-Unis a évalué l'influence de l'expérience du radio-oncologue sur les résultats chez les patients atteints de ce cancer traités par radiothérapie avec modulation d'intensité (IMRT) comparativement aux patients traités par radiothérapie classique<sup>31</sup>. On n'a noté aucune corrélation significative entre le volume du fournisseur de soins et la survie du patient chez les patients traités par radiothérapie classique, plus simple et moins sophistiquée. Cependant, parmi les patients recevant une IMRT, ceux qui avaient été traités par des radio-oncologues effectuant un volume plus élevé d'interventions avaient un meilleur taux de survie par rapport à ceux traités par des fournisseurs effectuant un plus faible volume d'interventions (RRI, 0,79; IC à 95 %, 0,67-0,94). Dans le cas de la mortalité spécifique au cancer de la tête et du cou, la réduction du risque était encore plus importante (RRI, 0,68; IC à 95 %, 0,50-0,91). En matière d'effets toxiques, les taux de pneumonie par aspiration étaient aussi significativement plus faibles avec les radio-oncologues plus expérimentés (RRI, 0,72, IC à 95 %, 0,52-0,99). Il est plausible que non seulement la prise de décision clinique solide, mais aussi la prestation technique de la radiothérapie contre le cancer de la vessie soient améliorées avec l'augmentation du volume de patients.



## D. Perspective de la formation en pathologie génito-urinaire

### i. Nouvelles recommandations

Depuis la première Réunion sur la qualité des soins liés au cancer de la vessie en 2014, trois importants travaux liés à la pathologie ont été entrepris : la huitième édition du manuel de stadification de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC)<sup>32</sup>; la quatrième édition de la classification de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) des tumeurs du système urinaire et des organes génitaux de l'homme<sup>33</sup>; et la publication continue des corpus de données de pathologie de l'International Collaboration on Cancer Reporting (ICCR)<sup>34</sup>. L'ICCR a été fondée par les plus importants organismes de pathologie dans le monde, y compris le College of American Pathologists et l'Association canadienne des pathologistes, en vue de produire des corpus de données normalisés et factuels à l'échelle internationale pour les rapports de pathologie de cas de cancer. À partir des ensembles de données produits par l'ICCR, les éléments liés à la pathologie sont divisés en éléments obligatoires/essentiels, éléments validés et importants pour la prise en charge clinique, la stadification et le pronostic, et éléments recommandés/non essentiels, qui peuvent s'avérer importants sur le plan clinique et sont recommandés à titre de bonnes pratiques mais n'ont pas encore été validés ou régulièrement utilisés dans la prise en charge des patients. Bien que seules des différences mineures soient prévues entre l'ensemble de données de l'ICCR en cours d'élaboration et l'ensemble de données sur la RTUV de la Réunion CVC-AUC-CUOG 2014, un alignement potentiel de ces dernières sur les recommandations de l'ICCR pourrait être nécessaire, notamment en ce qui trait aux points de controverse historiques, comme les rapports sur le pourcentage de variante histologique, la définition du carcinome en présence d'un cancer papillaire de haut grade concomitant, et la méthode optimale pour la détermination des sous-stades des tumeurs de stade T1.

### ii. Rôle du pathologiste avec surspécialisation

Les données existantes montrent qu'obtenir un deuxième avis sur les résultats d'une RTUTV auprès d'un pathologiste spécialisé en cancers génito-urinaires mène à des changements de traitement chez une proportion non négligeable de patients atteints de cancer de la vessie<sup>35</sup>. Dans une étude, on a procédé à une deuxième évaluation de 1191 biopsies transurétrales de la vessie par un pathologiste spécialisé en génito-urologie. Sur les 1191 biopsies examinées, le deuxième avis a amené un changement de l'évaluation pathologique chez 27,4% des patients, y compris un changement quant au grade, au stade, à la présence de la couche musculaire, d'un carcinome, d'un envahissement lymphovasculaire, d'une variante histologique ou d'un type de tumeur non uro-

théliale (tableau 2). Les modifications au traitement basées sur les résultats étaient également relativement fréquentes, se produisant chez 182 des 1191 patients (tableau 2). Une étude similaire récente a montré un changement de prise en charge chez 35 % des patients atteints de cancer de la vessie après réévaluation des résultats de la RTUTV, certains de ces changements étant importants (instauration ou évitement de la cystectomie radicale) et principalement basés sur des différences dans l'évaluation du stade<sup>36</sup>. En fait, le regroupement des résultats de sept études portant sur la valeur d'un deuxième avis en pathologie concernant des patients atteints de cancer de la vessie montre une hausse importante du stade (de T1 à T2) dans 4,8 % des cas et une baisse importante du stade (de T2 à <T2) chez 14 % des patients<sup>37-43</sup>.

Lors de la deuxième Réunion sur la qualité des soins liés au cancer de la vessie, les participants ont discuté de la possibilité de faire examiner tous les échantillons par un pathologiste spécialisé en génito-urologie. Il a été décidé que cela prendrait trop de temps, entraînerait de nouveaux délais et serait trop coûteux. Au lieu de cela, on a dégagé un ensemble de scénarios dans lesquels il faut demander l'avis d'un pathologiste expert, certains scénarios étant liés au type de tumeur, et d'autres, au grade et au stade.

Parmi les scénarios liés au type de tumeur qui ont été discutés, il y a la confirmation de la présence de variantes histologiques, en particulier celles ayant des répercussions sur le pronostic (p. ex. micropapillaire, plasmacytoïde). Puisque les variantes histologiques sont plus susceptibles d'être repérées par les pathologistes spécialisés en génito-urologie que les pathologistes généraux, ces derniers sont encouragés à demander un deuxième avis chaque fois que cette possibilité est soulevée<sup>35,44</sup>. De plus, de nouvelles variantes telles que

**Tableau 2. Changement dans les rapports de pathologie et le traitement fondé sur le deuxième avis obtenu d'un pathologiste spécialisé en génito-urinaire**

	n (%)
Changements au rapport de pathologie après revue	
Stade	115/1191 (9,7)
Grade	62/1191 (5,2)
Présence ou absence d'un carcinome in situ	34/1191 (2,9)
Présence d'un envahissement lymphovasculaire	35/620 (5,6)
Histologie mixte, avec variante ou non urothéliale	114/212 (53,8)
Modification du traitement	
Toute modification	182/1191 (15,3)
Modification importante	141/1191 (11,8)
Passage à une cystectomie radicale	82/1191 (6,8)
Changement du type de la tumeur primaire	38/1191 (3,2)
Change de schéma chimiothérapeutique par voie générale	21/1191 (1,8)
Modification mineure	41/1191 (3,4)



la variante à type de nids du carcinome urothélial invasif, ont été décrites. Cette variante trompeuse, qui se comporte comme un carcinome urothélial invasif classique, peut facilement être confondue avec un carcinome de faible grade de stade Ta avec un schéma de croissance inversé en raison de la grande taille des nids, de son apparence bénigne et de l'absence de réaction stromale environnante<sup>33,45</sup>. Par conséquent, les pathologistes et les urologues sont encouragés à demander un deuxième avis chaque fois qu'une tumeur de stade Ta montre un schéma de croissance inversé important ou si la présence de cette variante est soupçonnée. Une autre distinction importante qui peut justifier l'opinion d'un expert, car elle a un impact sur la prise en charge préopératoire, est celle à faire entre carcinome urothélial avec différenciation épidermoïde importante et un carcinome épidermoïde primaire pur de la vessie - une distinction qui n'est pas toujours possible dans un échantillon prélevé par RTUTV.

Un rapport de pathologiste spécialisé en génito-urologie peut être utile pour répondre à des questions spécifiques concernant le grade de la tumeur. L'AJCC, l'OMS et l'ICCR recommandent la déclaration obligatoire du grade selon le système modifié de l'OMS (2004) pour toute tumeur Ta. L'inclusion d'autres systèmes pour l'établissement du grade, tels que le système de l'OMS de 1973, est jugée facultative<sup>32-34</sup>. Le système à trois niveaux de 1973 est valable et toujours utilisé à l'échelon des établissements ou des régions, notamment en Europe, où une étude de 2011 a montré que 43,4 % des pathologistes utilisaient encore les critères de 1973<sup>46</sup>. Cependant, comme les deux systèmes (2004 et 1973) ne se chevauchent pas parfaitement sur le plan morphologique, et comme la plupart des lignes directrices de prise en charge suivies au Canada reposent sur la classification de 2004 (Ta de bas grade Ta de haut grade), on a estimé que les cas de stade Ta où le grade n'est établi qu'en fonction des critères de 1973 devraient faire l'objet d'un examen par un expert.

Il arrive que le pathologiste ne soit pas certain quant au grade approprié d'une tumeur Ta parce que les zones de haut grade sont focales ou parce que les caractéristiques cytologiques sont à la limite entre le bas grade et le haut grade. En raison des données limitées à notre disposition, la démarche actuellement préconisée par l'OMS est de classer une lésion en fonction du grade le plus élevé, quel que soit son pourcentage, mais de mentionner le pourcentage de la composante de haut grade, surtout si elle est focale<sup>33</sup>. En ce qui concerne la stadification, en plus de l'examen de routine de toutes les tumeurs de stade T1 et T2 préconisé précédemment par notre groupe, on a estimé que tous les cas devaient être examinés s'il y a quelque doute quant à la stadification histologique (p. ex. Ta T1 lors de la RTUTV, ou T2 T3 lors de la cystectomie radicale).

La complexité croissante des champs diagnostiques et thérapeutiques dans le cancer de la vessie couplée à l'af-

finage continu des entités connues sur plan histologique, ainsi qu'à l'émergence de nouvelles entités et classifications, rendent nécessaire l'intégration des dernières connaissances dans la formation des pathologistes spécialisés en génito-urologie. Autre question importante qui doit être abordée - indépendamment des recommandations liées à la valeur du deuxième avis d'un pathologiste spécialisé en génito-urologie - est la définition de ce qu'est un expert en pathologie génito-urinaire. Compte tenu de l'absence d'examen et de diplômes de certification de pathologie chirurgicale avec surspécialisation, à tout le moins au Canada et aux États-Unis, ce qui constitue un pathologiste spécialisé en génito-urologie devient une question complexe dans laquelle plusieurs éléments doivent être pris en compte. Ces éléments comprennent l'achèvement d'une formation à titre de chercheur boursier, l'étendue et la durée de l'exposition au matériel pathologique surspécialisé, la reconnaissance au sein de la communauté des pathologistes en tant qu'expert ou consultant, ainsi que les réalisations académiques et la contribution au domaine.

## 5. Mise à jour sur les centres d'expertise sur le cancer de la vessie

Le concept des centres d'excellence sur le cancer de la vessie a été abordé pour la première fois lors de la première réunion sur la qualité des soins liés au cancer de la vessie<sup>1</sup>. Avant et pendant cette réunion, les participants ont élaboré et proposé les caractéristiques définissant un centre d'excellence<sup>1</sup>.

Depuis cette première réunion, les critères convenus ont été distribués sous la forme d'un bref sondage en ligne aux membres du groupe de travail représentant la plupart des centres universitaires du Canada afin d'évaluer la faisabilité des définitions proposées. Les résultats du sondage ont été présentés et discutés lors de la deuxième Réunion sur la qualité des soins liés au cancer de la vessie en novembre 2016.

Le sondage a mis en évidence plusieurs points de discussion concernant les définitions, les seuils et la subjectivité de certains critères. Il a été convenu que les centres d'excellence seraient remplacés par des centres d'expertise. En outre, il a été suggéré de distinguer deux catégories de tels centres, à savoir ceux ayant à la fois une expertise clinique et académique avec un personnel dédié aux soins, à l'innovation clinique et à la recherche liées au cancer de la vessie (centre d'expertise complète sur le cancer de la vessie) et ceux ayant une expertise surtout clinique (centre d'expertise clinique sur le cancer de la vessie). En ce qui concerne le critère important des soins cliniques interdisciplinaires, les participants ont observé que de véritables soins interdisciplinaires intégrés dans un milieu clinique commun sont chose rare au Canada. Il a donc été recommandé que ce critère soit plus inclusif

pour tout type d'activité interdisciplinaire centrée sur les soins cliniques, y compris les groupes d'évaluation tumorale, par exemple. Des ensembles affinés de critères pour les deux types de centres sont illustrés au tableau 3.

La prochaine étape de cette initiative consiste à valider chacun des critères et à élaborer une approche à deux niveaux pour les centres d'expertise. De plus, les indicateurs de qualité actuellement en développement (voir la section 2 ci-dessus) devraient être liés à cette initiative pour évaluer le rendement des centres à travers le Canada. Les participants ont suggéré que chacun des centres au Canada soit invité à participer à un sondage plus élaboré et formel évaluant la conformité aux critères en vue d'obtenir leur appellation.

## 6. Réseau d'excellence en recherche sur le cancer de la vessie

Un autre sujet abordé lors de la Réunion de 2016 sur la qualité des soins liés au cancer de la vessie était la désirabilité et la faisabilité de la mise au point et l'implantation d'un réseau canadien sur le cancer de la vessie (figure 1). Il a été mentionné que l'environnement actuel est mûr pour cette initiative, car le cancer de la vessie évolue rapidement, il y a une masse importante d'expertise et de recherche sur le cancer de la vessie partout au Canada, et grâce à CVC, la défense des intérêts des patients est forte et en croissance. L'industrie pharmaceutique a aussi manifesté de l'intérêt pour cette initiative (avec possibilité de financement indépendant d'organismes de recherche translationnelle et clinique, ainsi que d'essais initiés par des chercheurs).

La possibilité que le réseau de recherche élabore une stratégie de collaboration pour maximiser la contribution du Canada aux principaux essais sur le cancer de la vessie a été présentée. Cela comprendrait notamment des essais sur des thérapies mises au point au Canada et des essais initiés par des chercheurs canadiens, suivis par ceux du Groupe canadien des essais sur le cancer (CCTG), et enfin des essais appuyés par l'industrie.

Les projets de recherche clinique et translationnelle du réseau consisteraient en des efforts de collaboration dans l'ensemble des centres canadiens, en tirant parti des points forts et des infrastructures de base propres à chaque centre. Les initiatives translationnelles pourraient inclure des études sur l'immunologie du cancer de la vessie, une collaboration nationale pour étudier le sous-typage moléculaire du CVEM afin de prédire la réponse à la chimiothérapie néoadjuvante, des études corrélatives liées aux essais cliniques et l'établissement d'une biobanque virtuelle. Le réseau permettrait également d'attirer des chercheurs de niveau doctoral vers le domaine du cancer de la vessie.

De nombreuses possibilités de subventions pourraient être accessibles par le biais du réseau, y compris celles offer-

tes par l'Institut de recherche Terry Fox (p. ex. programme Nouvelles frontières et programme translationnel), le programme de recherche médicale dirigé par le Congrès américain (Congressionally Directed Medical Research Program) et Génome Canada, qui pourraient financer des projets de recherche appliquée de grande envergure.

La voie vers l'établissement du réseau de recherche impliquera : la formalisation de la structure (p. ex. en utilisant d'autres réseaux de recherche comme modèle); l'établissement de la mission, des objectifs, de la gouvernance et du comité de direction; la détermination du moment pour entreprendre la mise en œuvre du réseau, l'obtention d'un financement et la détermination du ou des domaines sur lesquels axer les activités.

Pendant les délibérations de la réunion de 2016, les participants ont suggéré que l'initiative soit immédiatement lancée, et que les membres du CUOG et de l'AUC réalisent leurs projets de recherche sous un nom commun (soit le Réseau canadien sur le cancer de la vessie).

## 7. Prochaines étapes

Les membres du comité ont conclu la séance en discutant des prochaines étapes vers la mise en œuvre de l'initiative sur la qualité des soins liés au cancer de la vessie.

La première étape consiste à établir des valeurs de référence et à mesurer les 13 indicateurs de qualité des soins sélectionnés, ce qui, selon les estimations, pourrait prendre jusqu'à deux ans. Les experts ont convenu que ce processus devrait être aussi inclusif que possible, ciblant tous les centres qui traitent le cancer de la vessie au Canada, mais de façon progressive, en commençant par les grands établissements et en allant vers les plus petits.

En ce qui concerne la direction de cette initiative, les participants ont recommandé une démarche multiorganisationnelle, les membres de ce groupe de travail sollicitant et obtenant l'approbation de l'AUC, du CUOG, du GUROC (Radiooncologues génito-urinaires du Canada) et du GUMOC (Oncologues médicaux génito-urinaires du Canada). Il a été suggéré que le CUOG soit au centre de ce groupe.

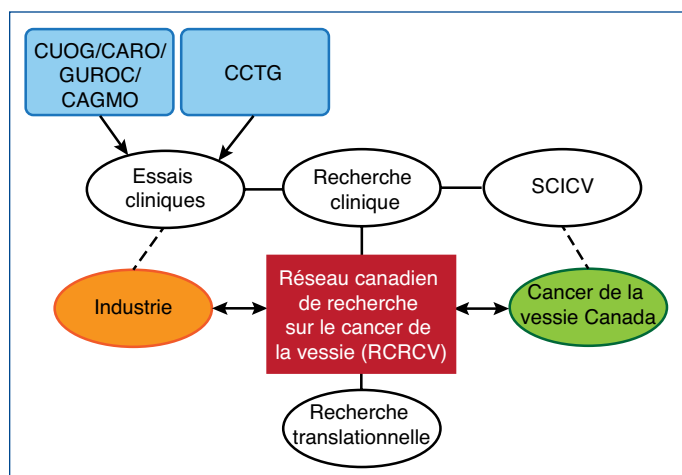
En ce qui concerne l'acquisition des données, les experts ont discuté de l'utilisation de l'infrastructure du SCICV pour recueillir certaines des informations sur les indicateurs de qualité sélectionnés. Le financement de cette initiative pourrait être obtenu dans le cadre de la structure de financement actuelle du SCICV, mais les experts ont également pensé qu'il serait utile de s'adresser au gouvernement pour obtenir du financement supplémentaire. Cependant, il a été reconnu que les niveaux de financement varieraient probablement beaucoup d'une province à l'autre. En faisant des demandes de financement, les participants ont convenu qu'il fallait qu'un budget spécifique soit demandé d'un front uni. Il a été suggéré qu'une lettre soit préparée à l'appui de l'initiative du

**Tableau 3. Définition des centres d'expertise en cancer de la vessie**

A. Centre d'expertise complet	Méthode d'évaluation
Critères	Méthode d'évaluation
A. Un centre d'expertise en cancer de la vessie de niveau 1 au Canada est défini comme un établissement de soins de santé qui offre des soins cliniques complets aux patients qui ont reçu un diagnostic de cancer de la vessie à tous les stades de la maladie, incluant :	CV
i. Disponibilité d'une équipe de professionnels de la santé vouée au cancer de la vessie (définie comme une formation postdoctorale, la majorité de la pratique ou une concentration universitaire), incluant un ou plusieurs des éléments suivants :	CV
a. Uro-oncologue b. Radio-oncologue c. Oncologue médical d. Pathologiste en génito-urologie e. Radiologue en génito-urologie f. Infirmière praticienne, navigatrice ou infirmière pivot	CV
Avec disponibilité des services professionnels suivants	Lettres d'attestation
g. Chirurgie plastique, colorectale, vasculaire et gynécologique avec expertise en reconstruction h. Soins intensifs i. Radiologie interventionnelle j. Imagerie avancée (IRM, TEP) k. Traitement de la stomie l. Psychologie clinique/sexologie m. Travail social n. Soins de soutien et soins palliatifs	Lettres d'attestation
ii. Fournit des conseils et un soutien à un réseau régional d'urologues de soins primaires et secondaires et d'autres médecins	Documents, lettres d'attestations
iii. Sert de centre de référence pour les soins prodigués aux cas complexes de cancer génito-urinaire	Lettres d'attestation, horaire de la clinique, procès-verbal des réunions de l'équipe interdisciplinaire
iv. Fournit des soins dans un cadre interdisciplinaire	Lettres d'attestation, horaire de la clinique, procès-verbal des réunions de l'équipe interdisciplinaire
v. Établit ou adopte les normes factuelles et s'y conforme	Lignes directrices, règles de l'établissement
vi. Mène des réunions multidisciplinaires de conseil ou des conférences sur les tumeurs de façon régulière où sont présents au moins un ou des urologues, un ou des oncologues médicaux, un ou des radio-oncologues, un radiologiste et un pathologiste spécialisé en génito-urologie	Procès-verbaux, horaires
vii. Mène des études cliniques sur le cancer de la vessie	Documentation sur les essais cliniques menés au cours des 3 dernières années
viii. Publie des articles sur des études cliniques ou menées en laboratoire sur le cancer de la vessie	Liste des articles publiés au cours des 3 dernières années
ix. Mesure plusieurs indicateurs de rendement clinique, y compris les résultats et la conformité aux lignes directrices, et produit des rapports à ce sujet	Vérification de la qualité des soins par rapport aux valeurs de référence au cours des 2 dernières années
x. Fournit de la formation aux stagiaires et infirmières et de la formation médicale continue	Documentation
xi. Programme de formation accrédité par le Collège royal en urologie, en radio-oncologie et en oncologie médicale en règle	Lettres d'attestation
xii. Favorise la sensibilisation du public au cancer de la vessie, préconise le diagnostic précoce et la prévention	Documentation

**Tableau 3 (suite). Définition des centres d'expertise en cancer de la vessie**

<b>A. Centre d'expertise complet</b>	
<b>Critères</b>	<b>Méthode d'évaluation</b>
xiii. Participe activement à un réseau national de centres d'expertise sur le cancer de la vessie ou le cancer génito-urinaire et à des groupes de patients	Documentation
xiv. Le centre gère plus que la charge de cas annuelle minimale dans les cas suivants : a. Cystectomie radicale : 25 b. Dérivation urinaire continente : 5 c. Radiothérapie définitive : 5	Dossiers sur les cas ou l'équivalent au cours des 3 dernières années
<b>B. Centres cliniques d'expertise</b>	
<b>Critères</b>	<b>Méthode d'évaluation</b>
B. Un Centre d'expertise sur le cancer de la vessie de niveau 2 au Canada est défini comme un établissement de soins de santé qui fournit des soins cliniques complets aux patients atteints de cancer de la vessie à tous les stades de la maladie, incluant :	
i. Disponibilité d'une équipe de professionnels de la santé vouée à l'oncologie urologique (définie comme une formation postdoctorale, la majorité de la pratique ou une concentration universitaire), incluant un ou plusieurs des éléments suivants : a. Uro-oncologue b. Radio-oncologue c. Oncologue médical d. Pathologiste spécialisé en génito-urologie e. Infirmière praticienne, navigatrice ou infirmière pivot Avec disponibilité des services professionnels suivants : f. Chirurgie plastique, colorectale, vasculaire et gynécologique avec expertise en reconstruction g. Soins intensifs h. Radiologie interventionnelle i. Imagerie avancée (IRM, TEP) j. Traitement de la stomie k. Psychologie clinique/sexologie l. Travail social m. Soins de soutien et soins palliatifs	CV
ii. Fournit des soins dans un cadre interdisciplinaire	Lettres d'attestation
iii. Adhère aux normes de pratique factuelles et aux lignes directrices	Lettres d'attestation, horaire de la clinique, procès-verbal des réunions de l'équipe interdisciplinaire Lignes directrices
iv. Mène des réunions multidisciplinaires de conseil ou des conférences sur les tumeurs de façon régulière où sont présents au moins un ou des urologues, un ou des oncologues médicaux, un ou des radio-oncologues, un radiologiste et un pathologiste spécialisé en génito-urologie	Procès-verbaux, horaires
v. Mesure plusieurs indicateurs de rendement clinique, y compris les résultats et la conformité aux lignes directrices, et produit des rapports à ce sujet	Vérification de la qualité des soins par rapport aux valeurs de référence au cours des 2 dernières années
vi. Fournit de la formation aux stagiaires et infirmières et de la formation médicale continue	Documentation
vii. Favorise la sensibilisation du public au cancer de la vessie, préconise le diagnostic précoce et la prévention	Documentation
viii. Participe activement à un réseau national de centres d'expertise sur le cancer de la vessie ou le cancer génito-urinaire et à des groupes de patients	Documentation
ix. Le centre gère plus que la charge de cas annuelle minimale dans les cas suivants : a. Cystectomie radicale : 25 b. Dérivation urinaire continente : 5 c. Radiothérapie définitive : 5	Dossiers sur les cas ou l'équivalent au cours des 3 dernières années



**Fig. 1.** Cadre conceptuel d'un réseau canadien de recherche sur le cancer de la vessie. CAGMO : Association canadienne d'oncologie médicale génito-urinaire; CARO : Association canadienne de radio-oncologie; SCICV : Système canadien d'information sur le cancer de la vessie; CCTG : Groupe canadien des essais cliniques sur le cancer; CUOG : Groupe canadien d'oncologie urologique; GUROC : Groupe de radio-oncologie génito-urinaire du Canada.

SCICV et de l'initiative de la qualité des soins et signée par le conseil exécutif du CUOG. La désirabilité de s'adresser aux partenaires de l'industrie pharmaceutique a également été discutée, et certains experts ont estimé que cela pourrait conduire à une solution de financement durable pour les cinq à sept prochaines années.

Les experts ont également discuté de ce qu'il fallait faire une fois les indicateurs mesurés. Ils ont débattu de la façon de passer d'un modèle de soins comprenant de nombreux petits centres avec de petits volumes de patients atteints d'un cancer de la vessie à un modèle de soins centralisés dans des établissements moins nombreux mais à volume plus élevé. Certains participants ont cru que cela se produirait de manière organique, les professionnels de certains centres à faible volume abandonnant volontairement leur plus petit nombre de cas au profit des grands centres. D'autres participants ont souligné que cela a déjà été fait dans certaines régions, en particulier pour les patients atteints de CVEM. Même dans ces domaines, cependant, la centralisation de la prise en charge des cas complexes de CVEM demeure à faire.

Il a été convenu qu'un effort éducatif doit faire partie du processus, indiquant clairement que l'évolution du modèle de soins vers un modèle plus centralisé est dans le meilleur intérêt des patients. Une partie de cet effort d'éducation consisterait à diffuser aux professionnels de la santé canadiens les données discutées dans ce résumé, qui montrent que le traitement dans des centres d'expertise traitant de plus grands volumes de patients avec des soins multidisciplinaires mène à de meilleurs résultats.

Il a été souligné que le processus d'amélioration des soins liés au cancer de la vessie ne se limiterait pas à aiguiller les patients vers des centres d'expertise à grand volume,

mais pourrait également inclure la création de nouveaux réseaux locaux et l'amélioration des soins dans un centre de faible volume existant ou l'établissement d'un nouveau centre d'expertise à grand volume.

Des discussions ont également eu lieu sur la faisabilité et la désirabilité de changer la formation en urologie, de sorte que la prise en charge de cas complexes de cancer de la vessie soit retirée de la formation générale et restreinte à la formation liée à une surspécialisation. L'opinion des différents experts à ce sujet variait grandement, et aucun consensus n'a été atteint.

**Conflits d'intérêts :** Le Dr Kassouf a reçu des subventions et honoraires d'Amgen, Astellas et Janssen.

Le Dr Aprikian a reçu des subventions et honoraires d'AbbVie, Amgen, Astellas et Janssen, et a participé à des essais cliniques parrainés par Astellas. Le Dr Saad a participé à des conseils consultatifs pour AbbVie, Amgen, Astellas, Bayer, Janssen et Sanofi, et a été rémunéré pour des présentations lors de ces conseils consultatifs; il a participé à des essais cliniques parrainés par Amgen, Astellas, Bayer, Janssen et Sanofi. Le Dr Izawa a reçu des subventions et honoraires d'Abbott, AstraZeneca, Astellas, Janssen, Sanofi et Pfizer. Le Dr Eapen a reçu des subventions et honoraires d'Abbott et AstraZeneca; et a participé à de nombreux essais cliniques. Le Dr Fairey a reçu des honoraires de conférencier de J&J et Roche. Le Dr So a été conférencier pour Amgen, Astellas et Janssen. Le Dr North a participé à des conseils consultatifs pour Astellas; a reçu des subventions et honoraires d'Astellas, Janssen et Sanofi; et a participé à des essais cliniques parrainés par Astellas, Janssen et Sanofi. Le Dr Rendon a participé à des conseils consultatifs et a agi à titre de conférencier pour Amgen, Astellas, Ferring et Janssen. Le Dr Sridhar a participé à des conseils consultatifs pour Astellas; a reçu des subventions et honoraires d'Astellas, Janssen et Sanofi; et a participé à des essais cliniques parrainés par Agenisys, Imclone, OGX, Roche et Sanofi Aventis. Le Dr Chung a reçu des subventions et honoraires de Sanofi. Le Dr Fradet a participé à des conseils consultatifs pour Amgen, Astellas, AstraZeneca, Diagnostics et Janssen; a reçu des subventions et honoraires d'Amgen, Astellas, AstraZeneca, GammaDynaCare et Janssen; et a participé à des essais cliniques parrainés par Abbott. Le Dr Morash a participé à des conseils consultatifs pour AbbVie, Astellas, Ferring, Janssen et Sanofi. Le Dr Shayegan a reçu des subventions et honoraires d'AbbVie, Astellas, Janssen et Sanofi; et a participé à des essais cliniques parrainés par Astellas et Janssen. Le Dr Gotto a participé à des essais cliniques parrainés par Amgen, Astellas et Janssen; a reçu des subventions et honoraires d'Amgen, Astellas, Janssen et Novartis; et a participé aux essais cliniques SPARTAN, ENZAMET et COSMiC. Le Dr Siemens a participé à des essais cliniques parrainés par Amgen, Astellas, Ferring et Janssen. Le Dr Black a participé à des conseils consultatifs pour AbbVie, Amgen, Astellas, Biocancell, Cubist, Janssen, Novartis et Sitka; a agi à titre de conférencier pour AbbVie, Janssen, Ferring, Novartis et Red Leaf Medical; a reçu des subventions et honoraires de Pendopharm; a participé à des essais cliniques parrainés par Amgen, Astellas, Ferring, Janssen et Roche; et a reçu des fonds de recherche de GenomeDx, iProgen, Lilly et New B Innovation. Les autres auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts personnels ou financiers à déclarer relativement au présent document.

**Remerciements :** Le Dr Kassouf s'est vu décerner une bourse de recherche du FRSQ. Le soutien financier pour la réunion consensuelle a été fourni par CVC, le CUOG et l'AUC.

Cet article a été révisé par un comité de lecture.

## Références

1. Kassouf W, Aprikian A, Black P, et al. Recommendations for the improvement of bladder cancer quality of care in Canada: A consensus document reviewed and endorsed by Bladder Cancer Canada (BCC), Canadian Urologic Oncology Group (CUOG), and Canadian Urological Association (CUA), December 2015. *Can Urol Assoc J* 2016;10:E46-80. <https://doi.org/10.5489/auaj.3583>



2. Khare SR, Aprikian A, Black P, et al. Quality indicators in the management of bladder cancer: A modified Delphi study. *Urol Oncol* 2017;35:328-34. <https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2016.12.003>
3. Yafi FA, Aprikian AG, Tanguay S, et al. Patients with microscopic and gross hematuria: Practice and referral patterns among primary care physicians in a universal healthcare system. *Can Urol Assoc J* 2011;5:97-101. <https://doi.org/10.5489/auaj.10059>
4. Santos F, Dragomir A, Kassouf W, et al. Urologist referral delay and its impact on survival after radical cystectomy for bladder cancer. *Curr Oncol* 2015;22:e20-6. <https://doi.org/10.3747/co.22.2052>
5. Santos F, Dragomir A, Kassouf W, et al. Predictors of preoperative delays before radical cystectomy for bladder cancer in Quebec, Canada: A population-based study. *BJU Int* 2015;115:389-96. <https://doi.org/10.1111/bju.12742>
6. Mahmud SM, Fong B, Fahmy N, et al. Effect of preoperative delay on survival in patients with bladder cancer undergoing cystectomy in Quebec: A population-based study. *J Urol* 2006;175:78-83. [https://doi.org/10.1016/S0022-5347\(05\)00070-4](https://doi.org/10.1016/S0022-5347(05)00070-4)
7. Fahmy NM, Mahmud S, Aprikian AG. Delay in the surgical treatment of bladder cancer and survival: Systematic review of the literature. *Eur Urol* 2006;50:1176-82. <https://doi.org/10.1016/j.euro.2006.05.046>
8. Kulkarni GS, Urbach DR, Austin PC, et al. Longer wait times increase overall mortality in patients with bladder cancer. *J Urol* 2009;182:1318-24. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2009.06.041>
9. Fahmy N, Kassouf W, Jeyaganth S, et al. An analysis of preoperative delays prior to radical cystectomy for bladder cancer in Quebec. *Can Urol Assoc J* 2008;2:102-8. <https://doi.org/10.5489/auaj.482>
10. Kaplan RS, Norton DP. The balanced scorecard — measures that drive performance. *Harv Bus Rev* 1992;70:71-9.
11. Kaplan RS, Norton DP. Using the Balanced Scorecard as a strategic management system. *Harv Bus Rev* 1996;74:75-85.
12. Kaplan RS, Norton DP. The balanced scorecard: Translating strategy into action. Harvard Business School Press, Boston, MA; 1996.
13. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA* 1988;260:1743-8. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
14. Siemens DR, Mackillop WJ, Peng Y, et al. Processes of care and the impact of surgical volumes on cancer-specific survival: A population-based study in bladder cancer. *Urology* 2014;84:1049-57. <https://doi.org/10.1016/j.urol.2014.06.070>
15. Brausi M, Collette L, Kurth K, et al. Variability in the recurrence rate at first followup cystoscopy after TUR in stage Ta T1 transitional cell carcinoma of the bladder: A combined analysis of seven EORTC studies. *Eur Urol* 2002;41:523-31. [https://doi.org/10.1016/S0302-2838\(02\)00068-4](https://doi.org/10.1016/S0302-2838(02)00068-4)
16. Fahmy N, Aprikian A, Tanguay S, et al. Practice patterns and recurrence after partial cystectomy for bladder cancer. *World J Urol* 2010;28:419-23. <https://doi.org/10.1007/s00345-009-0478-x>
17. Siemens DR, Mackillop WJ, Peng Y, et al. Lymph node counts are valid indicators of the quality of surgical care in bladder cancer: A population-based study. *Urol Oncol* 2015;33:425.e15-23. <https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2015.06.005>
18. Yafi FA, Aprikian AG, Chin JL, et al. Contemporary outcomes of 2287 patients with bladder cancer who were treated with radical cystectomy: A Canadian multicentre experience. *BJU Int* 2011;108:539-45. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2010.09912.x>
19. Booth CM, Siemens DR, Li G, et al. Curative therapy for bladder cancer in routine clinical practice: A population-based outcomes study. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2014;26:506-14. <https://doi.org/10.1016/j.clon.2014.05.007>
20. Zakaria AS, Santos F, Dragomir A, et al. Postoperative mortality and complications after radical cystectomy for bladder cancer in Quebec: A population-based analysis during the years 2000–2009. *Can Urol Assoc J* 2014;8:259-67. <https://doi.org/10.5489/auaj.1997>
21. Personal communication from Dr. Chris Booth, January 2016.
22. Kulkarni GS, Urbach DR, Austin PC, et al. Higher surgeon and hospital volume improves long-term survival after radical cystectomy. *Cancer* 2013;119:3546-54. <https://doi.org/10.1002/cncr.28235>
23. Bhandi B, Yu J, Kuk C, et al. The importance of surgeon characteristics on impacting oncological outcomes for patients undergoing radical cystectomy. *J Urol* 2014;192:714-9. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2014.02.093>
24. Booth CM, Siemens DR, Li G, et al. Perioperative chemotherapy for muscle-invasive bladder cancer: A population-based outcomes study. *Cancer* 2014;120:1630-8. <https://doi.org/10.1002/cncr.28510>
25. El-Gehani F, North S, Ghosh S, et al. Improving the outcome of patients with muscle-invasive urothelial carcinoma of the bladder with neoadjuvant gemcitabine/cisplatin chemotherapy: A single institution experience. *Can Urol Assoc J* 2014;8:e287-93. <https://doi.org/10.5489/auaj.1643>
26. Hsu T, Black PC, Chi KN, et al. Treatment of muscle-invasive bladder cancer in Canada: A survey of genitourinary medical oncologists and urologists. *Can Urol Assoc J* 2014;8:309-16. <https://doi.org/10.5489/auaj.2111>
27. Bachir BG, Aprikian AG, Kassouf W. Are Canadian urology residency programs fulfilling the Royal College expectations?: A survey of graduated chief residents. *Can Urol Assoc J* 2014;8:109-15. <https://doi.org/10.5489/auaj.1339>
28. Zakaria AS, Haddad R, Dragomir A, et al. Royal College surgical objectives of urological training: A survey of faculty members from Canadian training programs. *Can Urol Assoc J* 2014;8:167-72. <https://doi.org/10.5489/auaj.1720>
29. Rourke KF, MacNeily AE. Mapping a competency-based surgical curriculum in urology: Agreement (and discrepancies) in the Canadian national opinion. *Can Urol Assoc J* 2016;10:161-6. <https://doi.org/10.5489/auaj.3699>
30. Seah J, Sridhar S, Blais N, et al. Neoadjuvant chemotherapy should be administered to fit patients with newly diagnosed, potentially resectable muscle-invasive urothelial cancer of the bladder: A 2013 CAGMO consensus statement and call for a streamlined referral process. *Can Urol Assoc J* 2013;7:312-8. <https://doi.org/10.5489/auaj.1506>
31. Boero IJ, Paravati AJ, Xu B, et al. Importance of radiation oncologist experience among patients with head-and-neck cancer treated with intensity-modulated radiation therapy. *J Clin Oncol* 2016;34:684-90. <https://doi.org/10.1200/JCO.2015.63.9898>
32. Amin MB, Edge S, Greene F, et al (eds.). AJCC Cancer Staging Manual. 8th ed. Springer International Publishing, 2017. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-40618-3>
33. Moch H, Humphrey PA, Ulbright TM, et al (eds.). WHO Classification of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs. 4th ed. 2016.
34. International Collaboration on Cancer Reporting. Updated recommendations, 2016. <http://www.iccr-cancer.org/>. Accessed November 2016.
35. Luchey AM, Manimala NJ, Dickinson S, et al. Change in management based on pathological second opinion among bladder cancer patients presenting to a comprehensive cancer centre: Implications for clinical practice. *Urology* 2016;93:130-4. <https://doi.org/10.1016/j.urol.2016.01.048>
36. Traboulsi SL, Brimo F, Yang Y, et al. Pathology review impacts clinical management of patients with T1-T2 bladder cancer. *Can Urol Assoc J* 2017;11:188-93. <https://doi.org/10.5489/auaj.4126>
37. Van Der Meijden A, Sylvester R, Collette L, et al. The role and impact of pathology review on stage and grade assessment of stages Ta and T1 bladder tumours: A combined analysis of 5 European Organization for Research and Treatment of Cancer trials. *J Urol* 2000;164:1533-7. [https://doi.org/10.1016/S0022-5347\(05\)67022-X](https://doi.org/10.1016/S0022-5347(05)67022-X)
38. Coblenz TR, Mills SE, Theodorescu D. Impact of second opinion pathology in the definitive management of patients with bladder carcinoma. *Cancer* 2001;91:1284-90. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(20010401\)91:7<1284::AID-CNCR1130>3.0.CO;2-E](https://doi.org/10.1002/1097-0142(20010401)91:7<1284::AID-CNCR1130>3.0.CO;2-E)
39. Witjes JA, Moonen PM, van der Heijden AG. Review pathology in a diagnostic bladder cancer trial: Effect of patient risk category. *Urology* 2006;67:751-5. <https://doi.org/10.1016/j.urol.2005.10.028>
40. Lee MC, Levin HS, Jones JS. The role of pathology review of transurethral bladder tumour resection specimens in the modern era. *J Urol* 2010;183:921-7. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2009.11.049>
41. Wayment RO, Bourne A, Kay P, et al. Second opinion pathology in tertiary care of patients with urological malignancies. *Urol Oncol* 2011;29:194-8. <https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2009.03.025>
42. Giunchi F, Panzacchi R, Capizzi E, et al. Role of inter-observer variability and quantification of muscularis propria in the pathological staging of bladder cancer. *Clin Genitourin Cancer* 2016;14:e307-12. <https://doi.org/10.1016/j.clgc.2016.01.002>
43. van Rhijn BW, van der Kwast TH, Kakiashvili DM, et al. Pathological stage review is indicated in primary pT1 bladder cancer. *BJU Int* 2010;106:206-11. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2009.09100.x>
44. Shah RB, Montgomery JS, Montie JE, et al. Variant (divergent) histologic differentiation in urothelial carcinoma is under-recognized in community practice: Impact of mandatory central pathology review at a large referral hospital. *Urol Oncol* 2013;31:1650-5. <https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2012.04.009>
45. Cox R, Epstein JI. Large nested variant of urothelial carcinoma: 23 cases mimicking von Brunn nests and inverted growth pattern of non-invasive papillary urothelial carcinoma. *Am J Surg Pathol* 2011;35:1337-42. <https://doi.org/10.1097/PAS.0b013e318222a653>
46. Lopez-Beltran A, Algaba F, Berney DM, et al. Handling and reporting of transurethral resection specimens of the bladder in Europe: A web-based survey by the European Network of Uropathology (ENUP). *Histopathology* 2011;58:579-85. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2559.2011.03784.x>

**Correspondence** : Dr Wassim Kassouf, Département d'urologie, Centre universitaire de santé McGill, Montréal, Qc, Canada; [wassim.kassouf@muhc.mcgill.ca](mailto:wassim.kassouf@muhc.mcgill.ca)