

Prise en charge des gliomes en Aquitaine : vers une amélioration des pratiques ?

Résultats comparatifs de 2 audits

Hélène Demeaux

22 novembre 2013

4^{ème} Congrès National des Réseaux de Cancérologie
Paris



Réseau de Cancérologie d'Aquitaine

Principes

Audits cliniques sur la prise en charge initiale des gliomes intracrâniens infiltrants

- 2 audits réalisés à 3 ans d'intervalle
 - 1^{er} : en 2009 sur des patients pris en charge en 2008
 - 2^{ème} : en 2012 sur des patients pris en charge en 2011
- Objectifs
 - Mesure des éventuels écarts entre les pratiques et les recommandations du référentiel régional
 - Evaluation des actions d'amélioration mises en place
- Constitution d'un **groupe de travail pluridisciplinaire** : neurochirurgiens, oncologues médicaux et radiothérapeutes, oncopédiatre (pour le 1^{er} audit), anatomopathologiste, radiologues, infirmière d'annonce, méthodologistes du RCA



Méthode (1)

- Audits rétrospectifs de 49 dossiers consécutifs de patients opérés ou biopsiés pour gliomes infiltrants de tous grades dans les 3 centres neurochirurgicaux d'Aquitaine (Services de Neurochirurgie A et B du CHU, CH de Bayonne, Polyclinique de Navarre à Pau)
 - à partir du 1^{er} janvier 2008 pour le 1^{er} audit
 - à partir du 1^{er} janvier 2011 pour le 2^{ème} audit
- **Référentiels**
 - Référentiel régional de prise en charge des gliomes intracrâniens infiltrants de l'adulte et de l'enfant
 - version 1, décembre 2007, pour le 1^{er} audit
 - version 2, MAJ juillet 2010, pour le 2^{ème} audit
 - Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé (mesure 40 du 1^{er} Plan Cancer), novembre 2005. Institut National du Cancer



Méthode (2)

- **Grilles d'audit** établies par le groupe de travail à partir des standards et options du référentiel régional et des recommandations du Plan Cancer, comportant **46 critères** regroupés en 8 parties
 - Informations générales sur le patient
 - Période pré-opératoire
 - Période opératoire
 - Consultation d'annonce et Temps Accompagnement Soignant
 - Anatomopathologie et biologie moléculaire
 - RCP
 - Radiothérapie
 - Chimiothérapie



Méthode (3)

- Critères d'inclusion : Patients pris en charge en neurochirurgie pour un **gliome infiltrant** confirmé histologiquement quel que soit le grade
 - adultes et enfants pour le 1^{er} audit
 - adultes seulement pour le 2^{ème} audit
- Patients sélectionnés à partir de la **base PMSI** des établissements
- Recueil des données
 - à partir des dossiers médicaux et infirmiers des patients, de la base de données régionale des fiches RCP du RCA, de la base de données de la tumorothèque régionale
 - par deux **auditeurs du RCA**



Résultats 1^{er} audit : points forts, points faibles

- **Points positifs** : délais de prise en charge chirurgicale, réalisation d'une IRM diagnostique, CROP conformes, discussion du dossier en RCP après chirurgie, technique de radiothérapie, chimiothérapie
- **Points à améliorer** : désignation d'une personne de confiance, tumorothèque et consentement, réalisation d'une IRM post-opératoire, traçabilité de l'information (annonce, TAS, SOS), classification OMS pour diagnostic et grading, quorum de la RCP, CR RCP dans dossier patient, remise d'un PPS, inclusion dans un essai, délai de traitement par radiothérapie



Actions mises en place en 2010

- Mise à jour du référentiel par le groupe de travail (ajouts ou précisions) sur
 - Personne de confiance
 - Imagerie post-opératoire
 - Délai entre 1^{er} examen neuro-radiologique diagnostique et exérèse chirurgicale
 - Classification OMS
 - Délai entre chirurgie et 1^{ère} séance de radiothérapie
 - Surveillance du patient en cours de radiothérapie
- Diffusion du référentiel au niveau régional
- Décision par le GTR de réaliser un 2^{ème} audit
- Modification de la grille de recueil



Description des patients

- 2008
 - Sex-ratio = 1,1 (26 hommes et 23 femmes)
 - Moyenne d'âge = 60 ans (médiane = 61)
- 2011
 - Sex-ratio = 1,7 (31 hommes et 18 femmes)
 - Moyenne d'âge = 66 ans (médiane = 69)

Type de gliome	2008		2011	
	Nombre	(%)	Nombre	(%)
Astrocytome	7	(14)	4	(8)
Glioblastome	37	(76)	40	(82)
Oligoastrocytome	3	(6)	4	(8)
Oligodendrogliome	1	(2)	1	(2)
DM	1	(2)	0	(0)
Total	49	(100)	49	(100)



Période préopératoire

- **Délai imagerie diagnostique – chirurgie** : 94% des patients ont eu la chirurgie dans les 21 jours suivant le diagnostic en 2011 (88% en 2008)
- 96% des patients ont eu une **IRM diagnostique** en 2011 (88% en 2008)
- Désignation de la **personne de confiance** tracée dans 2/3 des cas en 2011 (1/3 en 2008)



Période opératoire

- 96% des CR opératoires précisent si l'**exérèse** a été totale, subtotale ou incomplète en 2011 (85% en 2008)
- 73% des échantillons tissulaires sont conservés en **tumorothèque** en 2011 (61% en 2008), mais seulement 14% de **consentements** retrouvés dans les dossiers patients en 2011 (27% en 2008)
- 83% des patients de grade 3 ou 4 ont eu une **IRM ou un scanner post-opératoire** en 2011 (7% ont eu une IRM post-opératoire en 2008 (données sur le scanner non recueillies))
- Imagerie post-opératoire dans un **délai $\leq 48h$** dans 60% des cas en 2011



Dispositif d'annonce et soins de support

- **Annonce par le neurochirurgien** tracée dans **55%** des cas en 2011 (39% en 2008)
- **Annonce par l'onco-radiothérapeute** tracée dans **63%** des cas en 2011 (18% en 2008)
- **Temps accompagnement soignant** après la consultation d'annonce tracé pour **45%** des patients en 2011 (17% en 2008)
- Proposition et/ou mise en œuvre de **soins de support** tracée pour **31%** des patients en 2011 (24% en 2008)



Anatomopathologie

- 86% des comptes rendus mentionnent l'utilisation de la **classification OMS** en 2011 (58% en 2008)



Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

- 84% des dossiers **discutés après chirurgie** en 2011 et 2008
- **Quorum de la RCP** atteint dans **63%** des cas en 2011 (59% en 2008)
- **Radiologue** présent dans 12% des cas en 2011 (10% en 2008)
- **93%** des fiches RCP **envoyées au RCA** en 2011 (74% en 2008)
- **Compte rendu de RCP** présent dans **90%** des dossiers en 2011 (59% en 2008)
- Trace d'un **PPS remis** pour **16%** des patients en 2011 (2% en 2008)
- **12%** des patients inclus dans un **essai** (6% en 2008)



Radiothérapie

- **Délai chirurgie – 1^{ère} séance de radiothérapie**
 - Le seul patient avec un **astrocytome de grade 2** n'a pas eu sa 1^{ère} séance dans les 8 semaines suivant la chirurgie en 2011 (75% des cas étaient conformes en 2008)
 - **45%** des patients avec un **gliome de grade 3 ou 4 opéré** ont eu leur 1^{ère} séance dans les 6 semaines suivant la chirurgie en 2011 (63% en 2008)
 - **27%** des patients avec un **gliome de grade 3 ou 4 non opéré** ont eu leur 1^{ère} séance dans les 4 semaines suivant la chirurgie en 2011 (50% en 2008)
- **Surveillance** du patient tracée dans **91%** des cas en 2011 (82% en 2008)
- **71%** des comptes rendus de radiothérapie **complets** en 2011 (61% en 2008)



Synthèse

- **Points forts mis en évidence en 2008**
 - délais de prise en charge chirurgicale, réalisation d'une IRM diagnostique, CROP conformes, discussion du dossier en RCP après chirurgie, technique de radiothérapie, chimiothérapie → **amélioration ou résultats identiques** lors du 2^{ème} audit **en 2011**
- **Points faibles mis en évidence en 2008**
 - désignation d'une personne de confiance, échantillon envoyé en tumorothèque, réalisation d'une imagerie post-opératoire, traçabilité de l'information (annonce, TAS, SOS), classification OMS pour diagnostic et grading, quorum de la RCP, CR de RCP dans dossier patient, remise d'un PPS, inclusion dans un essai → **amélioration des résultats** lors du 2^{ème} audit **en 2011**
 - présence du consentement pour la tumorothèque, délai de traitement par radiothérapie → **baisse des résultats** lors du 2^{ème} audit **en 2011**



Conclusion

- Amélioration globale des résultats pouvant être liée
 - aux actions mises en place (modifications du référentiel insistant sur la traçabilité des informations, l'imagerie post-opératoire)
 - au déploiement du Dispositif d'Annonce (dont la mise en place débutait en 2008)
 - à l'évolution des pratiques
- Mais augmentation du délai d'accès à la radiothérapie (malgré la modification du référentiel différenciant les délais en fonction des types de tumeurs) à relier en partie aux contraintes de fonctionnement des services/centres de radiothérapie

