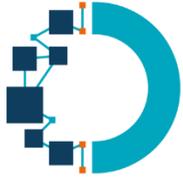


Audit clinique sur la prise en charge initiale des cancers de l'endomètre chez les patientes âgées de 70 ans et plus en Aquitaine en 2015

19 octobre 2018

Comité de pilotage

Véronique Bousser & Adeline Petit



Fusion des réseaux



➤ Aquitaine

- 5 départements
- 3,3 M habitants
- 18 000 nouveaux cas / an
- 55 établissements autorisés
- 10 CCC



➤ Limousin

- 3 départements
- 0,7 M habitants
- 4 000 nouveaux cas / an
- 13 établissements autorisés
- 4 CCC



➤ Poitou-Charentes

- 4 départements
- 1,8 M habitants
- 11 000 nouveaux cas / an
- 25 établissements autorisés
- 5 CCC



Réseau Régional de Cancérologie

➤ Nouvelle-Aquitaine

- 12 départements
- 5,8 M habitants
- 33 000 nouveaux cas / an
- 93 établissements autorisés
- 19 CCC

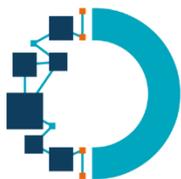
➤ Réseau

- Siège social : Bordeaux
- 3 sites géographiques : Bordeaux, Limoges, Poitiers



Depuis le 28 septembre 2018

Nouvelles adresses mail : prenom.nom@onco-na.fr



Fusion des réseaux

Onco-Nouvelle-Aquitaine

Équipe de 17 personnes réparties sur 3 sites

Nouveau site internet onco-nouvelle-aquitaine.fr

 Nouvelles adresses mail : prenom.nom@onco-na.fr

Projets en cours

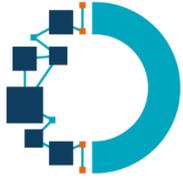
- Dossier Communicant de Cancérologie
- Thrombose et cancer
- EVAPePS
- Elaboration de référentiels régionaux (sein adjuvant) et nationaux (AFSOS, INCa)
- Réunions de professionnels
 - Oncothorax annuelle (depuis 2017)
 - Oncogériatrie (2018, puis tous les 2 ans)
 - Tête et cou, médecine nucléaire, Soins Oncologiques de Support ... (2019)
- Rencontre des 19 Centres de Coordination en Cancérologie (3C) en 2019
- Rencontres entre organisations de Nouvelle-Aquitaine (UCOG, oncopédiatrie, préservation de fertilité, PGMC ...)

The screenshot shows the homepage of the Onco-Nouvelle-Aquitaine website. At the top, there is a navigation bar with the logo and the tagline 'Ouvrir à la qualité et à la coordination en cancérologie en Nouvelle-Aquitaine'. Below the navigation bar, there are three main content areas: 'BIENVENUE' (Welcome), 'DERNIERES ACTUALITES' (Latest News), and 'EVENEMENTS A VENIR' (Upcoming Events). The 'DERNIERES ACTUALITES' section features a pink ribbon icon and text about breast cancer awareness. The 'EVENEMENTS A VENIR' section lists several events, including the 25th National Congress of AFSOS and various regional meetings.



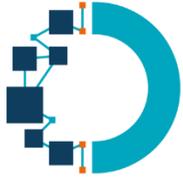
Principes

- Contexte
 - 5^{ème} cancer féminin, 2/3 chez les femmes de plus de 65 ans
 - Prise en charge des cancers de l'endomètre chez les patientes âgées hétérogène car absence de recommandations spécifiques à cette population
 - Incidence estimée : 150 nouveaux cas par an en Aquitaine
- Objectifs
 - Principal : Evaluer la prise en charge initiale des cancers de l'endomètre chez les patientes âgées de 70 ans et plus en Aquitaine en 2015
 - Secondaires : Evaluer l'accès à une évaluation gériatrique initiale, les délais de prise en charge, la qualité de la RCP et la mortalité/morbidité à un mois de la chirurgie
- Constitution du Comité de pilotage régional pluridisciplinaire
 - Appel à candidature
 - 5 gynécologues, 2 gériatres, 1 oncologue médicale, 1 oncologue radiothérapeute, 1 anatomopathologiste, 2 radiologues



Méthode

- **Audit clinique rétrospectif** sur la prise en charge initiale du cancer de l'endomètre des patientes de 70 ans et plus dont le dossier a été présenté en RCP en 2015
- Population d'étude
 - Critères d'inclusion : Patientes atteintes d'un cancer invasif de l'endomètre, âgées de 70 ans et plus au moment de la RCP, dont le dossier a été présenté en RCP en 2015 dans un des 10 CCC d'Aquitaine, pour une prise en charge initiale de cette tumeur
 - Critères d'exclusion : Stades IVB, Patientes en rechute, Sarcomes utérins (*léiomyosarcomes et sarcomes du stroma*)
- Prise en charge évaluée par des **indicateurs construits par le Copil** puis validés par 13 experts de la région par une méthode DELPHI (2016)
- Recueil des données à partir des dossiers médicaux et des fiches RCP dans les établissements d'Aquitaine par une ARC (2017)
- Fiches de recueil revues par un expert pour déterminer les stades FIGO pré-thérapeutique (données du compte rendu de l'IRM) et post-thérapeutique (données du compte rendu anatomochirurgical (chirurgie initiale ou reprise))
 - ➔ **Stades « expert » utilisés pour le calcul des indicateurs**



Indicateurs

103 indicateurs
construits à partir des
recommandations
régionales (2012) et
nationales (2010)



80 indicateurs retenus

COPII



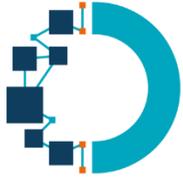
Méthode Delphi en 3 tours :
mai 2016 – février 2017

- Principe : identifier les indicateurs qui ont fait l'objet d'un consensus au sein du groupe
- Coter la pertinence/utilité de chaque indicateur sur une échelle de 1 à 9 (1 = « pas du tout pertinent » / 9 = « très pertinent ») et ajouter des remarques
- Analyse selon la méthode HAS



Panel de 13
experts
Réponses
individuelles

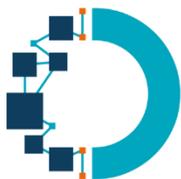
Diffusion - Analyse



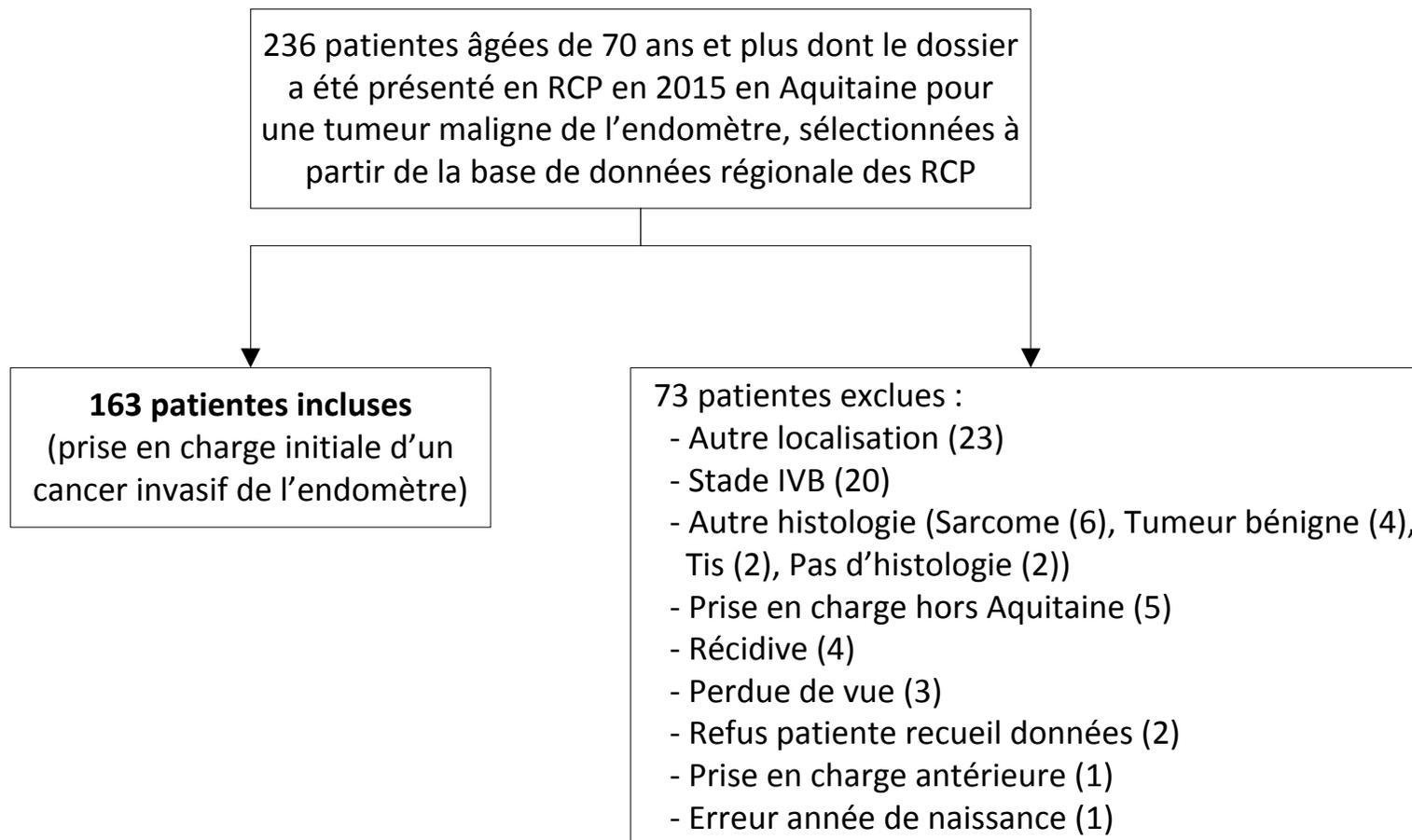
Indicateurs

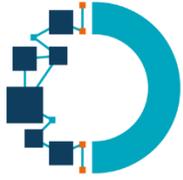
80 indicateurs retenus sur les 103 proposés

Indicateurs	Initiaux	Retenus	
		Vue globale	Complémentaires
Gériatrie	3	1	2
Diagnostic – Bilan	18	3	12
Chirurgie	12	6	5
Anatomopathologie	15	4	12
Radiothérapie/Curiethérapie	23	8	6
Chimiothérapie	11	1	2
RCP	21	3	15
Total	103	26	54



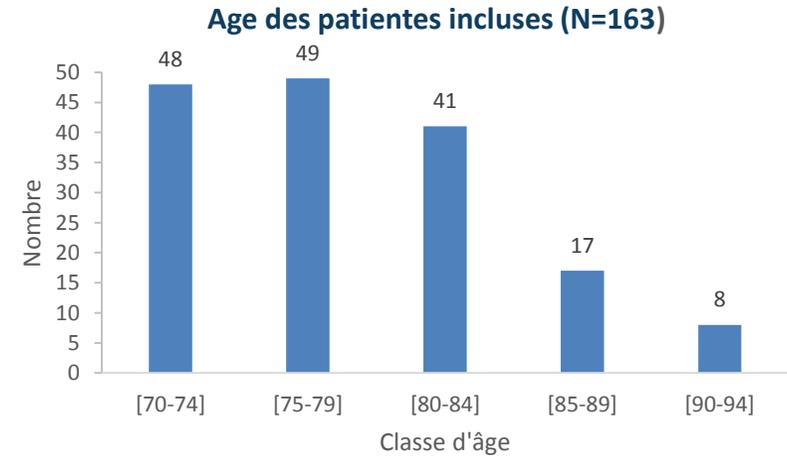
Population d'étude



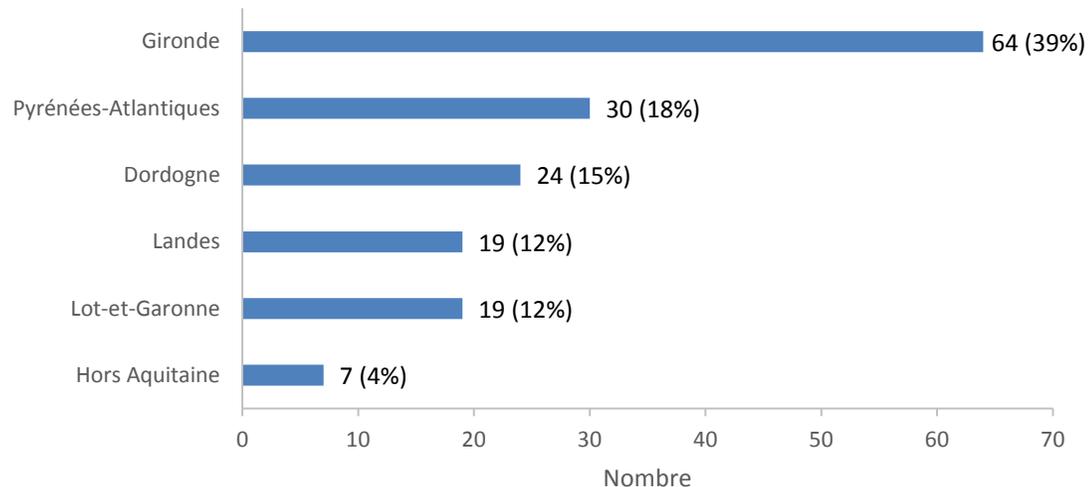


Informations générales

- **Moyenne d'âge** des patientes : 78 ans (médiane = 77 ; écart-type = 6)
- Plus jeune : 70 ans, plus âgée : 93 ans

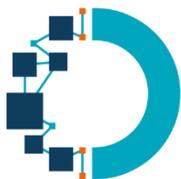


Département de résidence des patientes (N=163)



3C de prise en charge	Nb patientes	%
Pluri-3C	33	20,2
Institut Bergonié	25	15,3
Tivoli	24	14,7
Béarn et Soule	19	11,7
CHU	16	9,8
Dordogne	10	6,1
Bayonne	9	5,5
Landes	8	4,9
Lot et Garonne	8	4,9
Bordeaux Nord	6	3,7
Libourne	5	3,1
Total	163	100

- PPS tracé dans le dossier médical pour 12% des patientes



Stades

Stade FIGO pré-thérapeutique

	Nb patientes	%
I	2	1,2
IA	36	22,1
IB	50	30,7
II	5	3,1
IIIA	4	2,5
IIIB	0	0
IIIC1	10	6,1
IIIC2	5	3,1
Non précisé	14	8,6
Non applicable	37*	22,7
Total	163	100

89
(54,6%)

19
(11,7%)

*Absence d'IRM (2 patientes) ou de trace de réalisation d'une IRM dans le dossier (35 patientes)

Stade FIGO post-thérapeutique

	Nb patientes	%
I	1	0,6
IA	63	38,7
IB	51	31,3
II	16	9,8
IIIA	9	5,5
IIIB	2	1,2
IIIC1	6	3,7
IIIC2	3	1,8
Non précisé	1	0,6
Non applicable	11*	6,7
Total	163	100

115
(70,6%)

20
(12,3%)

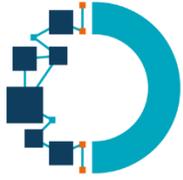
*Absence de chirurgie (6 patientes) ou pas de tumeur retrouvée à l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire (5 patientes)

Stade FIGO pré-thérapeutique

Déterminé par l'expert		Non concordant	
Nb patientes	%	Nb patientes	%
112	68,7	14	12,5

Stade FIGO post-thérapeutique

Déterminé par l'expert		Non concordant	
Nb patientes	%	Nb patientes	%
151	92,6	11	7,3



Gériatrie

	Items	Score
A	Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	0 : anorexie sévère 1 : anorexie modérée 2 : pas d'anorexie
B	Perte récente de poids (< 3 mois)	0 : perte de poids > 3 kilos 1 : ne sait pas 2 : perte de poids entre 1 et 3 kilos 3 : pas de perte de poids
C	Motricité	0 : du lit au fauteuil 1 : autonome à l'intérieur 2 : sort du domicile
E	Problèmes neuropsychologiques	0 : démence ou dépression sévère 1 : démence ou dépression modérée 2 : pas de problème psychologique
F	Indice de masse corporelle	0 : IMC < 19 1 : IMC = 19 à IMC < 21 2 : IMC = 21 à IMC < 23 3 : IMC = 23 et > 23
H	Prend plus de 3 médicaments	0 : oui 1 : non
P	Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge	0 : moins bonne 0,5 : ne sait pas 1 : aussi bonne 2 : meilleure
	Âge	0 : > 85 1 : 80-85 2 : <80
	SCORE TOTAL	0 - 17

Un score \leq à 14 révèle une vulnérabilité ou une fragilité gériatriques devant conduire à une consultation adaptée.

Evaluation de la fragilité gériatrique par le questionnaire G8 tracée pour 8% des patientes

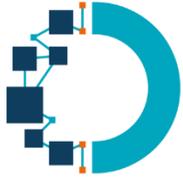
Évaluation gériatrique tracée	Nb patientes	%
G8 seul	10	6,1
Consultation gériatrique seule	8	4,9
G8 + consultation gériatrique	3	1,8
Aucune évaluation	142	87,1
Total	163	100

Pas de consultation gériatrique pour les 4 patientes avec un score G8 \leq 14

Risque de fragilité gériatrique des patientes en fonction du score ASA et du nombre de médicaments habituels

Score ASA	Nb médicaments	Risque	Nb patientes	%
1 ou 2	\leq 3	Absent	60	36,8
	$>$ 3	Modéré	33	20,2
	NP*	Modéré	1	0,6
3, 4, 5 ou NP*	\leq 3	Modéré	11	6,7
	$>$ 3	Elevé	52	31,9
	NP*	Modéré	6	3,7
Total			163	100

*Non précisé : Information non tracée dans le dossier



Bilan préopératoire

- Prélèvement anatomopathologique préopératoire
 - Réalisé pour **89%** des patientes
 - Compte rendu du prélèvement anatomopathologique préopératoire retrouvé dans le dossier de **81%** des patientes
 - **Type et grade histologiques dans le compte rendu** pour **76%** des patientes
- Imagerie

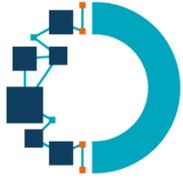
Réalisation d'une IRM tracée dans le dossier pour 126 patientes (77%) et d'un scanner pour 87 patientes (53%)

- Evaluation ganglionnaire lombo-aortique par IRM ou scanner pour **62%** des patientes

Evaluation aires ganglionnaires	Nb patientes	%
Scanner seul	69	42,3
IRM seule	20	12,3
IRM + scanner	12	7,4
Aucune évaluation tracée*	62	38,0
Total	163	100

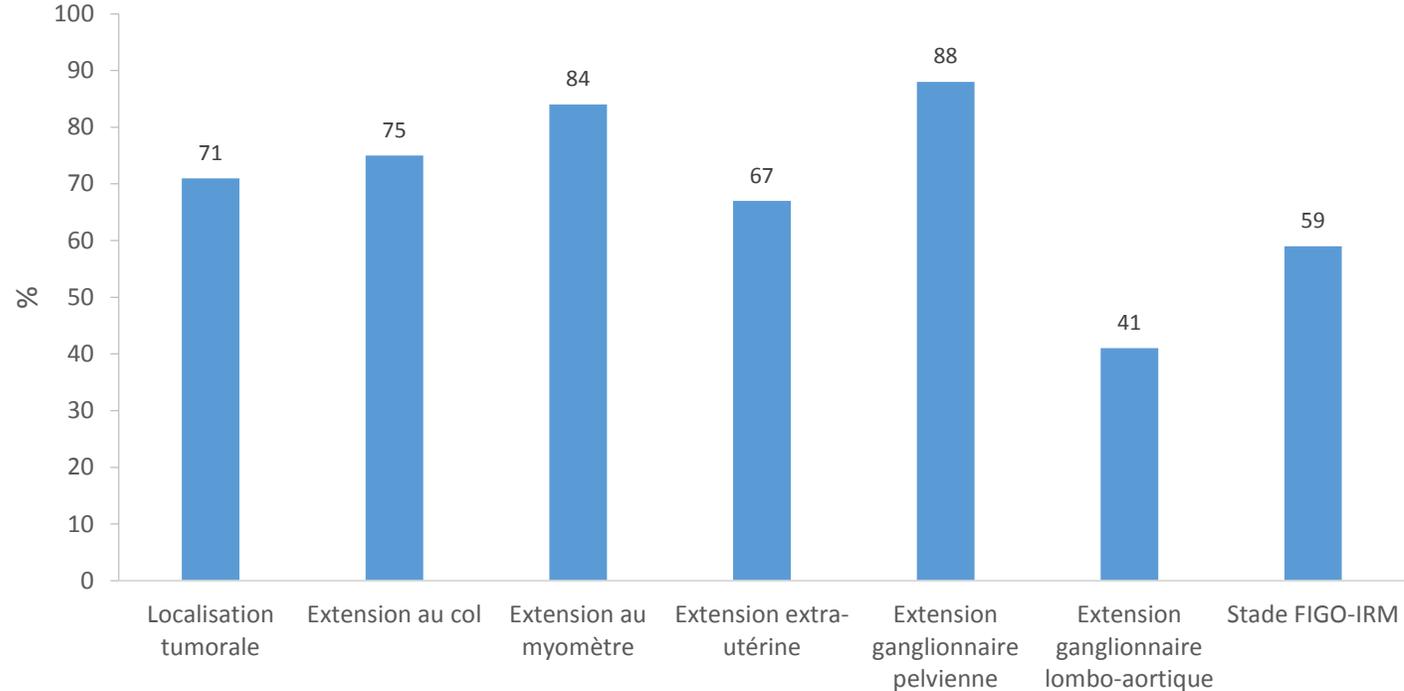
*Pour 61 patientes aucune trace de la réalisation d'une imagerie n'a été retrouvée et pour 1 patiente l'IRM n'a pas été réalisée

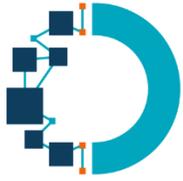
- **IRM après le prélèvement anatomopathologique préopératoire** réalisée et tracée pour **54%** des patientes
- IRM réalisée avec séquence T2 et séquence diffusion pour **54%** des patientes
- **Stade \geq III ou type 2 histologique** : Scanner thoraco-abdomino-pelvien pour **46%** des patientes
- **Stade III/T3 et/ou N1 ou IV/T4** : TEP-scanner pour **25%** des patientes



Compte rendu de l'IRM

- Le compte rendu de l'IRM mentionnait :



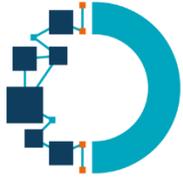


Prise en charge chirurgicale

- 157 patientes (96%) opérées
 - **99%** des patientes opérables (pas de contre-indications tracées sur la fiche RCP) ont été opérées (hystérectomie)
 - Hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale pour **89%** des patientes
 - **Stade I et risque bas ou intermédiaire** : Voie d'abord coelioscopique pour **83%** des patientes
 - **Stade I et risque élevé ou stade I ou II et type 2 histologique** : Curage lombo-aortique lors de la chirurgie initiale pour **15%** des patientes

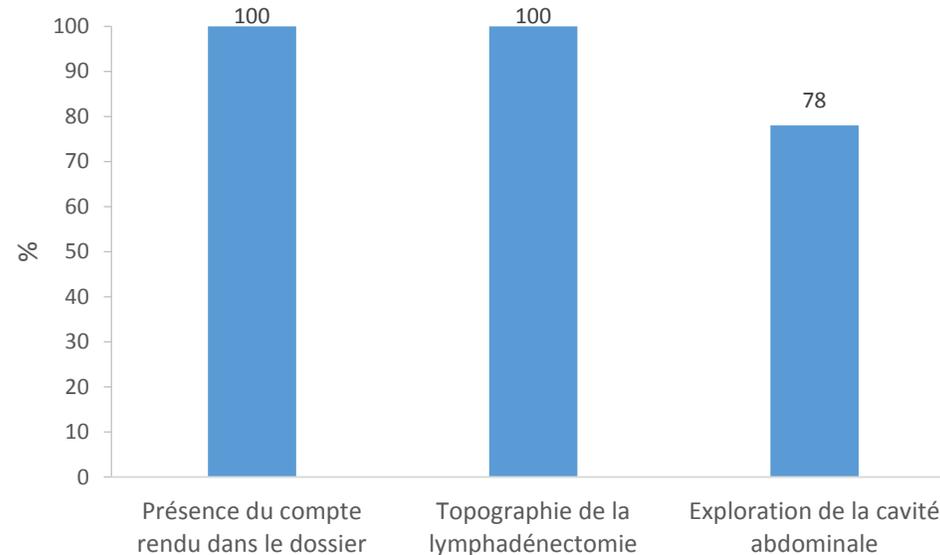
Curage lombo-aortique	Nb patientes	%
Lors de la chirurgie initiale	7	14,9
Lors de la reprise chirurgicale	4	8,5
Pas de curage lombo-aortique	36	76,6
Total	47	100

- **Stade I ou II et type 2 histologique** : Omentectomie pour **27%** des patientes
- **Risque intermédiaire surstadié** : Reprise chirurgicale pour curage pelvien pour **aucune** patiente
- **Risque élevé surstadié** : Reprise chirurgicale pour curage lombo-aortique pour **17%** des patientes

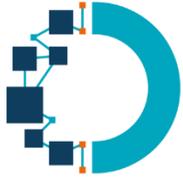


Compte rendu opératoire

- Le compte rendu opératoire mentionnait :

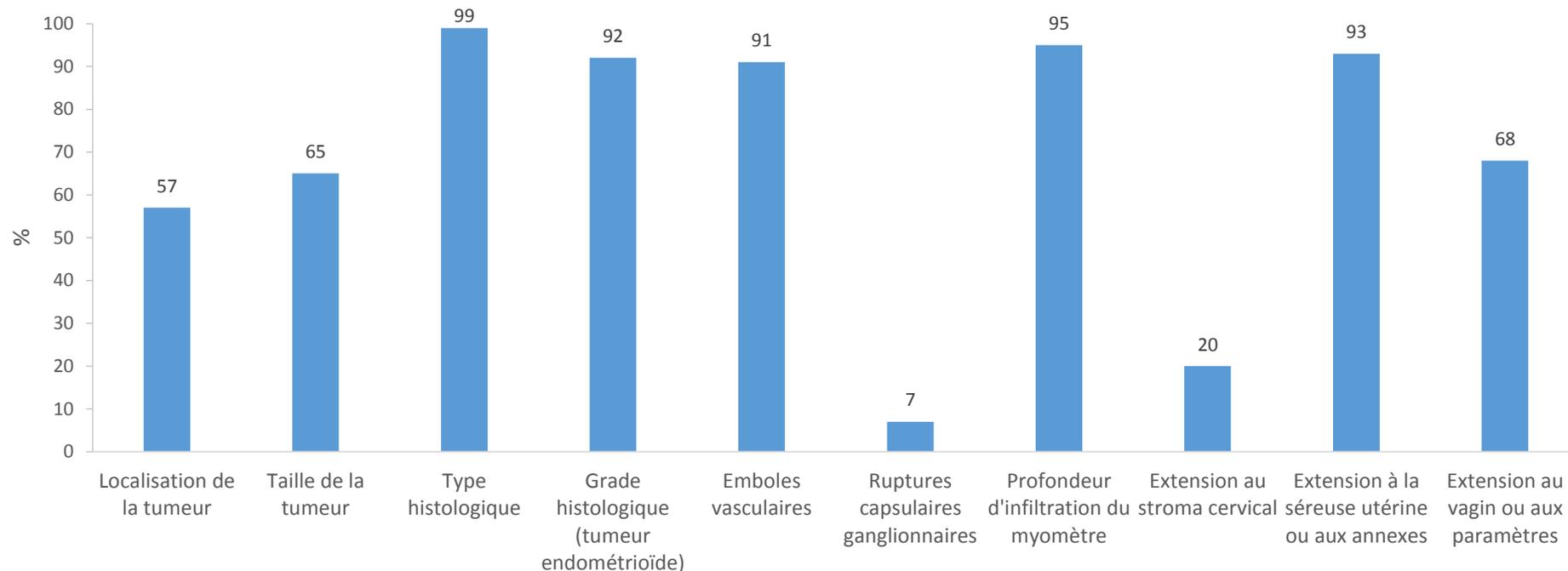


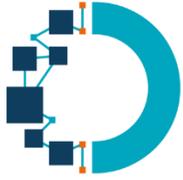
- Complications dans les 30 jours suivant la chirurgie pour 8% des patientes
- Pas de décès dans les 30 jours suivant la chirurgie
- Reprise chirurgicale pour 6% des patientes opérées



Compte rendu anatomopathologique

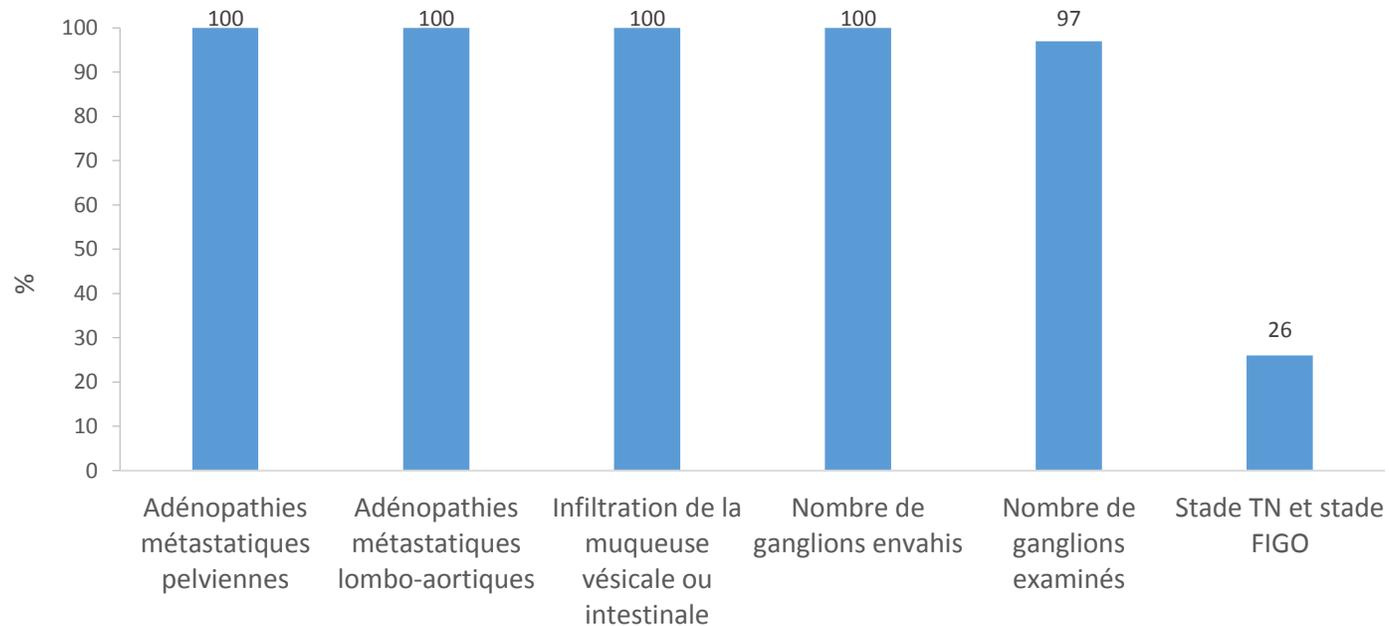
- Le compte rendu anatomopathologique de la pièce opératoire mentionnait :



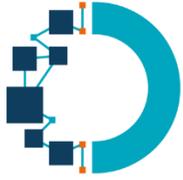


Compte rendu anatomopathologique

- Le compte rendu anatomopathologique de la pièce opératoire mentionnait :



Pour 10 patientes (6,4%), ni le stade TN ni le stade FIGO n'étaient notés dans le compte rendu anatomopathologique de la pièce opératoire



Traitements complémentaires

- 4 patientes (2%) ont eu une radiothérapie préopératoire ; 52 patientes opérées (33%) une radiothérapie post-opératoire
- 76 patientes (47%) ont eu une curiethérapie post-opératoire
- Aucune patiente n'a eu de chimiothérapie préopératoire ; 7 patientes opérées (4%) ont eu une chimiothérapie post-opératoire (dont 2 concomitamment à la radiothérapie)

- Séquences des traitements des patientes opérées

Stade I bas risque

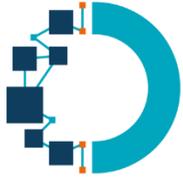
Traitement	Nb patientes	%
Chirurgie ¹	25*	58,1
Chirurgie ² Curiethérapie	18**	41,9
Total	43	100

¹Dont 4 patientes qui ont eu une lymphadénectomie (3 pelvienne, 1 pelvienne + lombo-aortique)

²Dont 7 patientes qui ont eu une lymphadénectomie pelvienne

*Dont 17 patientes avec une extension au myomètre

**Les 18 patientes avaient une extension au myomètre



Traitements complémentaires

Stade I risque intermédiaire

- Curiethérapie vaginale seule après la chirurgie pour **60%** des patientes opérées
- Radiothérapie externe pelvienne après la chirurgie pour **25%** des patientes opérées

Traitement			Nb patientes	%
Chirurgie ¹	Curiethérapie		12	60,0
Chirurgie ²	Radiothérapie	Curiethérapie	5	25,0
Chirurgie ³			3	15,0
Total			20	100

¹Dont 2 patientes qui ont eu une lymphadénectomie pelvienne

²Dont 4 patientes qui ont eu une lymphadénectomie (3 pelvienne, 1 lombo-aortique)

³Dont 1 patiente qui a eu une lymphadénectomie pelvienne

Stade I risque élevé

- Radiothérapie externe pelvienne après la chirurgie pour **55%** des patientes opérées
- Curiethérapie vaginale après la radiothérapie externe pelvienne pour **52%** des patientes opérées

Traitement				Nb patientes	%
Chirurgie ¹	Radiothérapie	Curiethérapie		22	50,0
Chirurgie ²				19	43,2
Chirurgie ³	Radiothérapie			1	2,3
Chirurgie ⁴	Curiethérapie			1	2,3
Chirurgie ⁵	Chimiothérapie	Radiothérapie	Curiethérapie	1	2,3
Total				44	100

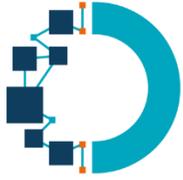
¹Dont 12 patientes qui ont eu une lymphadénectomie (7 pelvienne, 1 lombo-aortique, 4 pelvienne + lombo-aortique)

²Dont 8 patientes qui ont eu une lymphadénectomie (6 pelvienne, 1 lombo-aortique, 1 pelvienne + lombo-aortique)

³La patiente a eu une lymphadénectomie pelvienne + lombo-aortique

⁴La patiente a eu une lymphadénectomie pelvienne + lombo-aortique

⁵La patiente a eu une lymphadénectomie pelvienne + lombo-aortique



Traitements complémentaires

Stade II

- Radiothérapie externe pelvienne après la chirurgie pour **63%** des patientes opérées
- Curiethérapie vaginale après la radiothérapie externe pelvienne pour **31%** des patientes opérées

Stade III (option)

- Chimiothérapie pour **26%** des patientes
- Chimiothérapie proposée en RCP pour **100%** des patientes

Stade IIIA

- Radiothérapie externe pelvienne après la chirurgie pour **75%** des patientes opérées avec une infiltration isolée de la séreuse

Traitement			Nb patientes	%
Chirurgie ¹	Radiothérapie	Curiethérapie	5	31,2
Chirurgie ²			5	31,2
Chirurgie ³	Radiothérapie		4	25,0
Chirurgie ⁴	Curiethérapie		1	6,3
Radiothérapie	Chirurgie ⁵	Radiothérapie	1	6,3
Total			16	100

¹Dont 4 patientes qui ont eu une lymphadénectomie pelvienne

²Aucune patiente n'a eu de lymphadénectomie

³Dont 2 patientes qui ont eu une lymphadénectomie (1 pelvienne, 1 pelvienne + lombo-aortique)

⁴La patiente n'a pas eu de lymphadénectomie

⁵La patiente a eu une lymphadénectomie pelvienne

Traitement				Nb patientes	%
Chirurgie ¹				5*	55,6
Chirurgie ²	Radiothérapie	Curiethérapie		2**	22,2
Chirurgie ³	Radiothérapie			1†	11,1
Chirurgie ⁴	Chimiothérapie	Radiothérapie	Curiethérapie	1††	11,1
Total				9	100

¹Dont 1 patiente qui a eu une lymphadénectomie pelvienne

²Les 2 patientes ont eu une lymphadénectomie (1 pelvienne, 1 pelvienne + lombo-aortique)

³La patiente n'a pas eu de lymphadénectomie

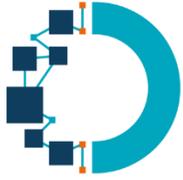
⁴La patiente a eu une lymphadénectomie pelvienne + lombo-aortique

*Dont 1 patiente avec une atteinte isolée de la séreuse et 3 avec atteinte des annexes

**Les 2 patientes avaient une atteinte isolée de la séreuse (pas d'atteinte des annexes)

†La patiente avait une atteinte isolée de la séreuse (pas d'atteinte des annexes)

††La patiente avait une atteinte des annexes (pas d'atteinte de la séreuse)



Traitements complémentaires

Stade IIIB

- Radiothérapie externe pelvienne pour **aucune** patiente

Stade IIIC1

- Radiothérapie externe pelvienne après la chirurgie pour **83%** des patientes opérées
- Curiethérapie vaginale après la radiothérapie externe pelvienne pour **67%** des patientes opérées

Stade IIIC2

- Radiothérapie externe pelvienne étendue à la région lombo-aortique après la chirurgie pour **67%** des patientes opérées
- Curiethérapie vaginale après la radiothérapie externe pelvienne pour **17%** des patientes opérées ou non

Traitement	Nb patientes	%
Chirurgie ¹	1	50,0
Chirurgie ²	1	50,0
Total	2	100

¹La patiente n'a pas eu de lymphadénectomie

²La patiente a eu une lymphadénectomie pelvienne + lombo-aortique

Traitement	Nb patientes	%
Chirurgie ¹	2	33,3
Chirurgie ²	2	33,3
Chirurgie ³	1	16,7
Chirurgie ⁴	1	16,7
Total	6	100

¹Les 2 patientes ont eu une lymphadénectomie (1 pelvienne, 1 pelvienne + lombo-aortique)

²Les 2 patientes ont eu une lymphadénectomie pelvienne

³La patiente a eu une lymphadénectomie pelvienne + lombo-aortique

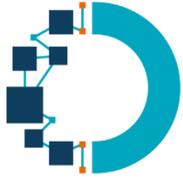
⁴La patiente a eu une lymphadénectomie pelvienne

Traitement	Nb patientes	%
Chirurgie ¹	1	33,3
Chirurgie ²	1	33,3
Chirurgie ³	1	33,3
Total	3	100

¹La patiente a eu une lymphadénectomie pelvienne + lombo-aortique

²La patiente a eu une lymphadénectomie lombo-aortique

³La patiente a eu une lymphadénectomie pelvienne + lombo-aortique



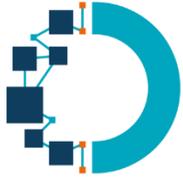
Traitements complémentaires

Stade post-thérapeutique non précisé ou non applicable

- Stade FIGO post-thérapeutique non déterminé pour 1 patiente (et stade pré-thérapeutique non précisé (IRM non tracée)) : chirurgie seule sans lymphadénectomie
- Pas de tumeur à l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire pour 5 patientes
 - 4 de stade IA pré-thérapeutique : chirurgie seule (dont 1 avec une lymphadénectomie pelvienne et 1 avec une lymphadénectomie pelvienne + lombo-aortique)
 - 1 de stade pré-thérapeutique non précisé (IRM non tracée) : chirurgie seule sans lymphadénectomie

Patientes non opérées

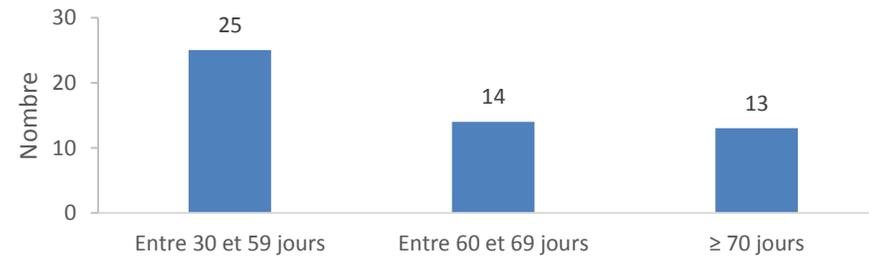
- 6 patientes non opérées
 - 2 de stade IB et 1 de stade IIIC1 : radiothérapie
 - 2 de stade IIIC2
 - pour 1 : hormonothérapie car refus de la chimiothérapie
 - 1 devait avoir de la radiothérapie mais décès avant le début du traitement
 - 1 de stade non précisé (IRM non tracée) : pas de traitement suite à une évaluation gériatrique défavorable



Délais et technique d'irradiation

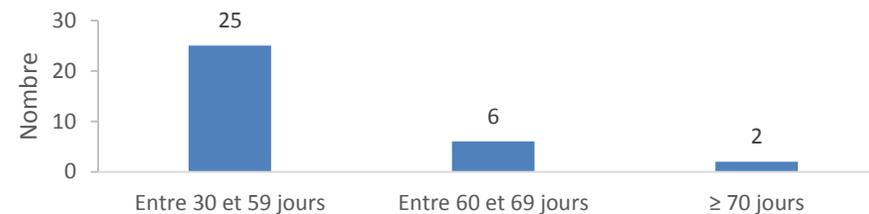
- Radiothérapie externe pelvienne dans un délai inférieur à 60 jours après la chirurgie pour **48%** des patientes opérées

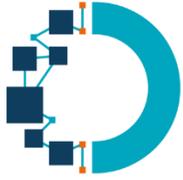
Délai de réalisation de la radiothérapie pelvienne post-opératoire



- Curiethérapie exclusive après la chirurgie avec un haut débit de dose pour **97%** des patientes opérées

Délai de réalisation de la curiethérapie post-opératoire exclusive

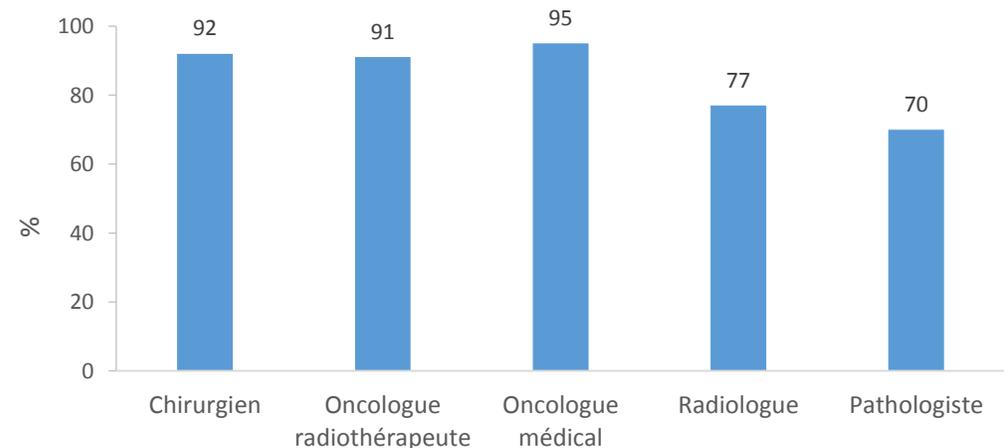


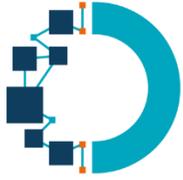


RCP préopératoire

- Dossier discuté en RCP avant la chirurgie pour **51%** des patientes opérées (pour **81%** des patientes opérées avec un cancer de stade \geq II)
- Dossier discuté en RCP avant la chirurgie ou en absence de chirurgie avec au minimum trois des cinq spécialistes suivants : chirurgien, oncologue radiothérapeute, oncologue médical, radiologue, pathologiste pour **100%** des patientes
- Présence des spécialistes à au moins 1 des RCP préopératoires
- Score OMS noté sur la fiche RC préopératoire pour **35%** des patientes

Nb de RCP préopératoires	Nb patientes	%
0	77	49,0
1	62	39,5
2	16	10,2
3	2	1,3
Total	157	100

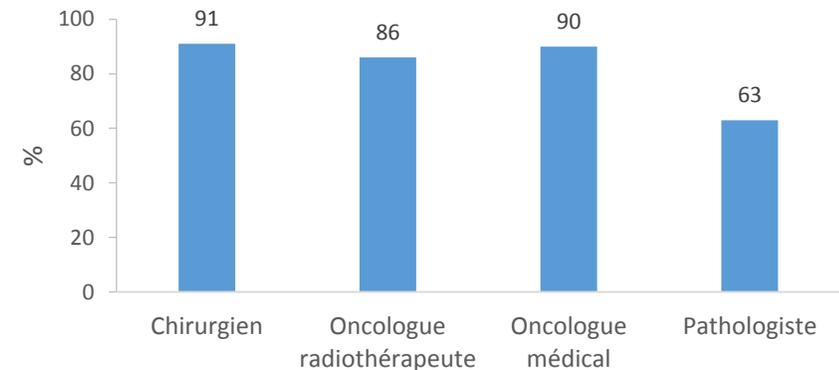




RCP post-opératoire

- Dossier discuté en RCP après la chirurgie pour **99%** des patientes opérées
- Dossier discuté en RCP après la chirurgie avec au minimum trois des cinq spécialistes suivants : chirurgien, oncologue radiothérapeute, oncologue médical, radiologue, pathologiste pour **93%** des patientes
- Présence des spécialistes à au moins 1 des RCP post-opératoires
- Score OMS noté sur la fiche RCP post-opératoire pour **47%** des patientes
- Stade FIGO noté sur la fiche RCP post-opératoire pour **15%** des patientes

Nb de RCP post-opératoires	Nb patientes	%
0	1	0,6
1	128	81,5
2	24	15,3
3	4	2,5
Total	157	100

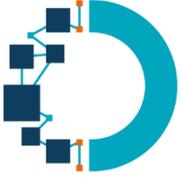


Classification	Nb patientes	%
TN seul	91	60,7
FIGO seul	11	7,3
TN + FIGO	12	8,0
TN et FIGO non précisés	36	24,0
Total	150	100



Conclusion

- 1^{ers} constats
 - Questionnaire G8 d'évaluation de la fragilité gériatrique très peu utilisé
 - IRM pas toujours systématique et/ou informative
 - Stade FIGO peu utilisé par rapport au TNM par les pathologists
 - Problème de stadification des tumeurs → restadification par un expert
 - Patientes quasiment toutes opérées
 - Lymphadénectomie pas toujours réalisée que ce soit lors de la chirurgie initiale ou par une reprise
 - Radiothérapie et curiethérapie pas systématiques dans les cas où elles sont indiquées et inversement
- Perspectives
 - Discussion des résultats, analyses complémentaires à réaliser ?
 - Actions d'amélioration à déterminer et à mettre en oeuvre
 - Mise en perspective avec le nouveau référentiel fin 2017



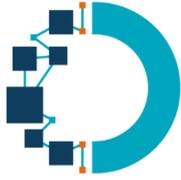
Quels points d'amélioration retenir ?

- **Choix des points à améliorer et priorisation ?**
 - ...
 - ...
 - ...
 - ...
- **Situation à atteindre pour chaque point d'amélioration ?
(QUOI-QUI-OU-QUAND-COMMENT)**
 - ...
 - ...
 - ...
 - ...



Quels points d'amélioration retenir ?

- Cause des écarts pour chaque point d'amélioration ?
(organisationnelle – professionnelle – institutionnelle)
 - ...
 - ...
 - ...
 - ...
- Quelles actions pour chaque point d'amélioration ?
 - ...
 - ...
 - ...
 - ...



Comité de coordination

BOUSSER	Véronique	Médecin coordonnateur	RCA
CIRILO CASSAIGNE	Isabelle	Chargée études	RCA
MERTENS	Cécile	Oncogériatre	CHU Bordeaux Institut Bergonié
PETIT	Adeline	Radiothérapeute	Institut Bergonié

Comité de pilotage

BECERRO-HALLARD	Maité	Gériatre	CH Mont-de-Marsan
BRUN	Jean-Luc	Gynécologue	CHU Bordeaux
CONRI	Vanessa	Gynécologue	CHU Bordeaux
CROCE	Sabrina	Anatomopathologiste	Institut Bergonié
KIND	Michèle	Radiologue	Institut Bergonié
MERLOT	Benjamin	Gynécologue	CHU Bordeaux
MONCEAU-THIBURCE	Anne-Caroline	Radiologue	CHU Bordeaux
SAINT-SUPERY	Romain	Gynécologue	MSP Bagatelle
SENECHAL-DAVIN	Claire	Gynécologue	Institut Bergonié
TRUFLANDIER	Nathalie	Oncologue médicale	CHU Bordeaux

Experts ayant participé à la cotation

ASAD-SYED	Maryam	Radiologue	Cabinet radiologie Bordeaux
BENJAMIN	Alice	Radiologue	CHU Bordeaux
BOULE	Jérôme	Gériatre	CH Pau
BOURDARIAS	Lionnel	Gynécologue	CH Bayonne
FLOQUET	Anne	Oncologue médicale	Institut Bergonié
GUYON	Frédéric	Gynécologue	Institut Bergonié
MOREAUX	Grégoire	Gynécologue	CMC Arès
PERIE	Jean-Luc	Gériatre	CH Dax
QUERLEU	Denis	Chirurgien	Institut Bergonié
ROCHE COMET	Isabelle	Anatomopathologiste	IHCP Le Bouscat
SIRE	Marie	Oncologue médicale	CH Libourne
THOMAS	Laurence	Radiothérapeute	Institut Bergonié
ZIRGANOS	Nicolas	Anatomopathologiste	CH Mont de Marsan

Le projet a reçu, pour sa réalisation, le concours financier de la Ligue contre le cancer de Gironde.



MERCI

www.onco-nouvelle-aquitaine.fr