



Réseau de Cancérologie d'Aquitaine

## RAPPORT INTERREGIONAL

---

Evaluation de la qualité de la prise en charge initiale  
des patients atteints de cancers colorectaux en  
Aquitaine et en Midi-Pyrénées en 2010 (EvaCCoR)

V0.18 – 24 Juin 2016

# SOMMAIRE

|   |           |
|---|-----------|
| LISTE DES ABREVIATIONS .....  | 5         |
| PARTICIPANTS A L'ETUDE .....  | 6         |
| <b>CHAPITRE 1- INTRODUCTION ET OBJECTIFS .....</b>  | <b>7</b>  |
| 1.1 CONTEXTE.....   | 8         |
| 1.2 OBJECTIFS DE L'ETUDE.....   | 9         |
| <b>CHAPITRE 2- MATERIELS ET METHODES .....</b>  | <b>10</b> |
| 2.1 PILOTAGE DE L'ETUDE.....  | 11        |
| 2.2 POPULATION .....  | 11        |
| 2.3 ECHANTILLONNAGE.....  | 11        |
| 2.4 DEFINITIONS.....  | 12        |
| 2.5 RECUEIL DES DONNEES.....  | 14        |
| a) <i>Grille de recueil</i> .....   | 14        |
| b) <i>Modalités de recueil</i> .....  | 15        |
| 2.6 SAISIE DES DONNEES .....  | 15        |
| 2.7 EXPLOITATION ET ANALYSE DES DONNEES .....   | 15        |
| 2.8 PROTECTION DES DONNEES ET DECLARATION CNIL.....   | 16        |
| 2.9 CLE DE LECTURE DES ORGANIGRAMMES.....   | 16        |
| <b>CHAPITRE 3- DESCRIPTION DE LA POPULATION .....</b>                                       | <b>17</b> |
| 3.1 BILAN DU RECUEIL.....   | 18        |
| a) <i>En Aquitaine</i> .....  | 18        |
| c) <i>En Midi-Pyrénées</i> .....  | 18        |
| 3.2 ELEMENTS DEMOGRAPHIQUES.....  | 19        |
| 3.3 COMORBIDITES .....  | 20        |
| 3.4 ANTECEDENTS PERSONNELS DE CANCER.....   | 21        |
| 3.5 ANTECEDENTS FAMILIAUX DE CANCER COLORECTAL .....  | 21        |
| 3.6 ELEMENTS MEDICAUX.....  | 21        |
| a) <i>Localisation du cancer</i> .....  | 21        |
| b) <i>Stade cTNM</i> .....  | 23        |
| c) <i>Stade pTNM</i> .....  | 23        |
| d) <i>Métastases synchrones</i> .....   | 24        |
| e) <i>Traitements</i> .....   | 25        |
| f) <i>Etablissement de présentation en RCP</i> .....  | 25        |
| <b>CHAPITRE 4- QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE INITIALE : LE BILAN PRE-THERAPEUTIQUE.....</b> | <b>26</b> |
| 4.1 INDICATEUR 1 : BIOPSIE PAR ENDOSCOPIE .....   | 27        |
| 4.2 INDICATEUR 2 : COLOSCOPIE COMPLETE AVANT TRAITEMENT OPERATOIRE .....                    | 28        |
| <b>CHAPITRE 5- QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE INITIALE : LE BILAN D'EXTENSION .....</b>      | <b>30</b> |

|   |   |           |
|---|---|-----------|
| 5.1   | INDICATEUR 3 : SCANNER ABDOMINO-PELVIEN.....  | 31        |
| 5.2   | INDICATEUR 4 : SCANNER THORACIQUE .....   | 32        |
| 5.3   | INDICATEUR 5 : ECHO-ENDOSCOPIE RECTALE (EER) (CANCERS DU RECTUM).....   | 34        |
| 5.4   | INDICATEUR 6 : IRM PELVIENNE (CANCER DU RECTUM) .....   | 36        |
| <b>CHAPITRE 6- QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE INITIALE : L'ANATOMOPATHOLOGIE.....</b>          |   | <b>38</b> |
| 6.1   | INDICATEUR 7 : TRAÇABILITE DU STADE PTN ET DU TYPE HISTOLOGIQUE DANS LE COMPTE RENDU D'ANATOMOPATHOLOGIE.....       | 39        |
| 6.2   | INDICATEUR 8 : TRAÇABILITE DU NOMBRE DE GANGLIONS PRELEVES ET ENVAHIS DANS LE COMPTE RENDU D'ANATOMOPATHOLOGIE..... | 41        |
| 6.3   | INDICATEUR 9 : NOMBRE DE GANGLIONS ANALYSES $\geq 12$ .....   | 42        |
| <b>CHAPITRE 7- QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE INITIALE : LA CHIRURGIE .....</b>                |   | <b>45</b> |
| 7.1   | PATIENTS NON OPERES .....   | 46        |
|   | a) <i>Côlon</i> .....   | 46        |
|   | b) <i>Rectum</i> .....  | 46        |
| 7.2   | PATIENTS OPERES .....   | 47        |
|   | a) <i>Côlon</i> .....   | 47        |
|   | b) <i>Rectum</i> .....  | 47        |
| 7.3   | INDICATEUR 10 : TRAÇABILITE DE LA MESURE QUANTITATIVE DE LA MARGE LA PLUS PROCHE (CANCERS DU COLON)                 | 47        |
| 7.4   | INDICATEUR 11 : TRAÇABILITE DE LA MESURE QUANTITATIVE DES MARGES (CANCERS DU RECTUM).....                           | 49        |
| 7.5   | INDICATEUR 12 : RECHERCHE DE LA MUTATION DU GENE KRAS .....   | 50        |
| 7.6   | INDICATEUR 13 : EXERESE TOTALE ET INTEGRE DU MESORECTUM (CANCERS DU RECTUM).....                                    | 51        |
| 7.7   | INDICATEUR 14 : MARGE CIRCONFERENCELLIE (CANCERS DU RECTUM).....  | 53        |
| <b>CHAPITRE 8- LES TRAITEMENTS COMPLEMENTAIRES (CHIMIOThERAPIE ET RADIOThERAPIE) .....</b>    |   | <b>54</b> |
| 8.1   | INDICATEUR 15 : CHIMIOThERAPIE POST-OPERATOIRE CHEZ LES PATIENTS DE STADE II (CANCERS DU COLON) ..                  | 55        |
| 8.2   | INDICATEURS 16 ET 17 : CHIMIOThERAPIE ET DELAI CHEZ LES PATIENTS DE STADE III (CANCERS DU COLON).....               | 55        |
| 8.3   | INDICATEUR 18 : TRAITEMENT NEO-ADJUVANT CHEZ LES PATIENTS DE STADE T3 OU T4 OU N+ (CANCERS DU RECTUM)               | 56        |
| <b>CHAPITRE 9- LES COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES .....</b>                                   |   | <b>58</b> |
| 9.1   | INDICATEUR 19 : FISTULE ANASTOMOTIQUE SYMPTOMATIQUE .....   | 59        |
| 9.2   | INDICATEUR 20 : DECES POST-OPERATOIRE .....   | 59        |
| <b>CHAPITRE 10- LA REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE (RCP) : LA TEMPORALITE.....</b> |   | <b>60</b> |
| 10.1  | SYNTHESE DE LA PRESENTATION EN RCP .....  | 61        |
| 10.2  | INDICATEUR 21 : PRESENTATION DES CANCERS DU COLON EN RCP POST-OPERATOIRE .....                                      | 62        |
| 10.3  | INDICATEUR 22 : PRESENTATION DES CANCERS DU RECTUM EN RCP PREOPERATOIRE .....                                       | 62        |
| <b>CHAPITRE 11- RCP: LE QUORUM .....</b>  |   | <b>63</b> |
| 11.1  | INDICATEUR 23 : NOMBRE DE SPECIALITES DIFFERENTES EN RCP .....  | 64        |
| 11.2  | INDICATEUR 24 : PRESENCE D'UN CHIRURGIEN DIGESTIF OU A ORIENTATION DIGESTIVE .....                                  | 65        |
| 11.3  | INDICATEUR 25 : PRESENCE D'UN ONCOLOGUE .....   | 67        |

|   |  |           |
|---|--|-----------|
| 11.4  | INDICATEUR 26 : PRESENCE D'UN ONCOLOGUE RADIOTHERAPEUTE (CANCERS DU RECTUM) .....          | 68        |
| <b>CHAPITRE 12- ELEMENTS MEDICAUX PRESENTS SUR LA FICHE RCP .....</b> |  | <b>70</b> |
| 12.1  | INDICATEUR 27 : PRESENCE DU SCORE OMS .....  | 71        |
| 12.2  | INDICATEUR 28 : PRESENCE DU STADE T CLINIQUE OU PATHOLOGIQUE .....                         | 73        |
| 12.3  | INDICATEUR 29 : PRESENCE DU STADE N CLINIQUE OU PATHOLOGIQUE.....                          | 74        |
| <b>CHAPITRE 13- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>                  |  | <b>77</b> |
| <b>CHAPITRE 14- TABLES DES ILLUSTRATIONS .....</b>                    |  | <b>80</b> |
| <b>ANNEXES 87</b>   |  |           |
| ANNEXE 1 : COMITES DE PILOTAGE DES DEUX REGIONS.....                  |  | 88        |
| ANNEXE 2 : METHODE DE CONSENSUS DE TYPE DELPHI.....                   |  | 89        |
| a)  | <i>Elaboration d'une première grille soumise à validation .....</i>                        | 89        |
| c)  | <i>Sélection des experts .....</i>   | 89        |
| d)  | <i>Etapas du processus de validation par une méthode de type Delphi en deux tours.....</i> | 90        |
| e)  | <i>Analyse des résultats du processus de validation type Delphi.....</i>                   | 90        |
| ANNEXE 3 : MEMBRES EXPERTS DES DEUX REGIONS .....                     |  | 92        |
| a)  | <i>Experts en Aquitaine.....</i>   | 92        |
| b)  | <i>Experts en Midi-Pyrénées .....</i>  | 92        |
| ANNEXE 4A : NOTE D'INFORMATION AQUITAINE.....                         |  | 93        |
| ANNEXE 4B : NOTE D'INFORMATION MIDI-PYRENEES .....                    |  | 94        |
| ANNEXE 5 : REPARTITION DES PATIENTS PAR 3C EN AQUITAINE .....         |  | 95        |
| ANNEXE 6 : SYNTHESE DES INDICATEURS.....                              |  | 96        |

## LISTE DES ABREVIATIONS

|                |   |
|----------------|---|
| <b>3C/CCC</b>  | Centre de Coordination en Cancérologie  |
| <b>ARC</b>     | Attaché(e) de recherche clinique  |
| <b>CCTIRS</b>  | Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé |
| <b>CNIL</b>    | Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés  |
| <b>COFIL</b>   | Comité de pilotage  |
| <b>CR</b>      | Compte rendu  |
| <b>DCC</b>     | Dossier Communicant en Cancérologie   |
| <b>DCO</b>     | Dossier Communicant d'Oncomip   |
| <b>ET</b>      | Ecart-type  |
| <b>HAS</b>     | Haute Autorité de Santé   |
| <b>INCa</b>    | Institut National du Cancer   |
| <b>IRIS</b>    | Ilots Regroupés pour l'Information Statistique  |
| <b>Na</b>      | Nombre de patients pour l'Aquitaine   |
| <b>Nm</b>      | Nombre de patients pour Midi-Pyrénées   |
| <b>Nsp</b>     | Ne sait pas (données manquantes)  |
| <b>Oncomip</b> | Réseau de cancérologie de Midi-Pyrénées   |
| <b>PHRC</b>    | Programme Hospitalier de Recherche Clinique   |
| <b>PPS</b>     | Programme Personnalisé de Soins   |
| <b>RCA</b>     | Réseau de Cancérologie d'Aquitaine  |
| <b>RCP</b>     | Réunion de Concertation Pluridisciplinaire  |
| <b>RRC</b>     | Réseau Régional de Cancérologie   |
| <b>SAI</b>     | Sans autre indication   |

## CENTRE DE COORDINATION : Midi-Pyrénées

Réseau ONCOMIP – 1 avenue Irène Joliot Curie – 31059 Toulouse Cedex 9

## ▶ INVESTIGATEURS COORDONNATEURS

- Dr Eric BAUVIN Tel: 05 31 15 65 00 – Fax: 05 31 15 65 23  
Mail : [bauvin@oncomip.fr](mailto:bauvin@oncomip.fr)
- Dr Pascale GROSCLAUDE Tel : 05 31 15 65 00 – Fax: 05 31 15 65 23  
Mail : [pascale.grosclaude@inserm.fr](mailto:pascale.grosclaude@inserm.fr)

## ▶ CHEF DE PROJET STATISTICIEN

- Jérôme GODDARD Tel : 05 31 15 65 06 – Fax: 05 31 15 65 23  
Mail: [goddard@oncomip.fr](mailto:goddard@oncomip.fr)

## ▶ ATTACHEE DE RECHERCHE CLINIQUE COORDINATEUR

- Edvie OUM SACK Tel: 05 31 15 65 18 – Fax: 05 31 15 65 23  
Mail: [oumsack@oncomip.fr](mailto:oumsack@oncomip.fr)

## ▶ COLLABORATION AVEC L'UNITE INSERM UMR 1027 EQUIPE 5

- Sébastien LAMY Tel: 05 61 14 56 48

## CO-INVESTIGATEURS : Aquitaine

Réseau de Cancérologie d'Aquitaine (RCA) – 229 cours de l'Argonne – 33076 Bordeaux Cedex

## ▶ MEDECINS COORDONNATEURS

- Dr Hélène DEMEAUX Tel : 05 56 33 32 05 – Fax: 05 57 95 95 61  
Mail : [hdemeaux@canceraquitaine.org](mailto:hdemeaux@canceraquitaine.org)
- Dr Stéphanie HOPPE Tel : 05 56 33 32 05 – Fax: 05 57 95 95 61  
Mail : [shoppe@canceraquitaine.org](mailto:shoppe@canceraquitaine.org)
- Dr Véronique BOUSSER Tel : 05 56 33 32 05 – Fax: 05 57 95 95 61  
Mail : [vbousser@canceraquitaine.org](mailto:vbousser@canceraquitaine.org)
- Dr Laurence DIGUE Tel : 05 56 33 32 05 – Fax: 05 57 95 95 61  
Mail : [ldigue@canceraquitaine.org](mailto:ldigue@canceraquitaine.org)

## ▶ CHARGEE D'ETUDE

- Isabelle CIRILO CASSAIGNE Tel: 05 56 33 32 84 – Fax: 05 57 95 95 61  
Mail: [icirilo@canceraquitaine.org](mailto:icirilo@canceraquitaine.org)

## ▶ ATTACHEES DE RECHERCHE CLINIQUE

- Manuella SOMBO
- Bénédicte GAUCHET
- Angéline GALVIN

# Chapitre 1- INTRODUCTION ET OBJECTIFS

---

## 1.1 CONTEXTE

En France, le cancer colorectal est la troisième localisation cancéreuse la plus fréquente. Il est rare avant 50 ans (6 % des cas). C'est la deuxième cause de mortalité par cancer après celui du poumon avec plus de 17 000 décès en 2012, dont 52 % chez l'homme [1]. En 2005, les cancers colorectaux représentaient 12 % de l'ensemble des cancers incidents. La survie nette entre 1989 et 2004 à 5 et 10 ans était respectivement de 57 % et 51 % pour les cancers du côlon et de 55 % et 48 % pour les cancers du rectum [2]. En Midi-Pyrénées, l'incidence estimée en 2008-2010 était respectivement chez les hommes et les femmes de 1131 et 940 nouveaux cas par an [3]. En Aquitaine, l'incidence estimée en 2008-2010 était respectivement chez les hommes et les femmes de 1413 et 1159 nouveaux cas par an [4].

Ce projet intervient dans un contexte de généralisation du dépistage organisé du cancer colorectal au niveau national depuis l'année 2009. Destiné aux 16 millions d'individus âgés de 50 à 74 ans, le programme repose sur la réalisation tous les deux ans d'un test de recherche de sang occulte dans les selles, suivi d'une coloscopie en cas de résultat positif. Il a été démontré que ce dépistage permettait de réduire la mortalité par cancer colorectal [5]. En France, une étude contrôlée en population générale montre une réduction de 16% de la mortalité par cancer colorectal après 11 ans de suivi, sous certaines conditions d'organisation du dépistage [6].

Les missions des réseaux régionaux de cancérologie et des Centres de Coordination en Cancérologie (3C) (cellules qualité chargées de structurer et d'évaluer les activités en cancérologie d'un ou plusieurs établissement(s)) ont été précisées dans le plan cancer 2003-2007 (mesure 29 et mesure 32) [7]. Leur rôle est de contribuer à l'amélioration et l'homogénéisation de la qualité des soins, notamment grâce à la coordination des réunions de concertation pluridisciplinaires (mesure 31) : ils mettent pour cela à disposition des médecins des outils comme les référentiels régionaux de pratique (mesure 35), adaptés à partir des recommandations nationales ou rédigés par les groupes de travail du réseau régional de cancérologie.

Les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) sont aujourd'hui considérées non seulement comme le lieu de la discussion diagnostique et thérapeutique mais aussi comme un vecteur d'échanges de grande valeur pédagogique entre les professionnels. Elles permettent également d'effectuer une analyse du bénéfice risque et de la qualité de vie pour le patient, dont il sera informé lors de la remise de son programme personnalisé de soins (PPS). La concertation pluridisciplinaire dans la prise en charge initiale d'un patient atteint d'un cancer est un élément spécifique, garant de la qualité de la prise en charge ultérieure. En Aquitaine et en Midi-Pyrénées, le Dossier Communiquant en Cancérologie (DCC) est développé depuis respectivement 2002 et 2006 ; il permet l'informatisation de toutes les RCP de la région sous forme de fiche RCP par patient, permettant notamment de tracer la proposition thérapeutique faite en RCP, et la mise à disposition de ces fiches pour les médecins. Les référentiels de prise en charge des cancers digestifs sont diffusés et régulièrement mis à jour [8,9].

Conformément à la circulaire relative aux réseaux régionaux de cancérologie [10], la mission d'évaluation des pratiques des réseaux régionaux se décline suivant 2 axes :

- Le recensement, la centralisation et l'actualisation des informations relatives à la cancérologie en région (travail restitué en particulier sous forme de tableaux de bord destinés à l'INCa),



- L'évaluation de la qualité des pratiques en cancérologie afin de mesurer et analyser l'impact des actions mises en place.

Au titre de l'évaluation, le réseau régional de cancérologie établi, de façon consensuelle avec ses membres, les objectifs des évaluations à mener, leurs méthodes et le calendrier ; il développe à cet effet toutes les études nécessaires.

Un Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) sur le cancer colorectal mené de 2003 à 2007 par le Réseau de Cancérologie d'Aquitaine (RCA) et ayant pour objectif d'évaluer la prise en charge de ces cancers par rapport aux recommandations régionales, avait ainsi permis de produire des critères de qualité des soins sur 1206 patients signalés dans 38 établissements [11]. Cependant, la mise en place de ces référentiels et leur application dans la pratique courante n'est encore que trop rarement évaluée, peu de données permettant de savoir s'il existe une hétérogénéité dans la prise en charge de ce cancer en France.

C'est ainsi que les réseaux de cancérologie d'Aquitaine et de Midi-Pyrénées, en collaboration avec les 3C et les professionnels de la région, ont souhaité un partenariat entre les deux régions pour une mise en commun de leurs réflexions dans une démarche d'évaluation de la qualité des soins, démarche au service des établissements pour les accompagner dans l'évaluation de leurs pratiques.

**Ce projet a fait l'objet d'un financement par l'Institut National du Cancer (INCa) dans les deux régions, dans le cadre du développement de l'activité d'évaluation des pratiques des réseaux de cancérologie.**

## 1.2 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif principal était d'évaluer la qualité et la pluridisciplinarité de la prise en charge initiale des patients atteints d'un cancer colorectal en Aquitaine et en Midi-Pyrénées en 2010.

Plus précisément il s'agissait :

- D'évaluer l'adéquation de la prise en charge initiale avec les référentiels régionaux :
  - Description des indicateurs de qualité de prise en charge définis par les experts,
  - Analyse des éventuels écarts de prise en charge par rapport aux recommandations et les facteurs éventuels de variabilité.
- D'évaluer la pluridisciplinarité dans le cadre de la prise en charge initiale de ces cancers, notamment la qualité de la RCP (quorum, temporalité, rendu d'informations dans le compte rendu de RCP et dans le DCC...).

L'objectif *in fine* était de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins, notamment en favorisant l'application des recommandations de pratique dans les établissements de la région prenant en charge des patients atteints de cancers.

Ce projet s'intègre dans une démarche d'évaluation des pratiques et implique tous les professionnels des deux régions, dès la phase d'élaboration du projet.

## Chapitre 2- **MATERIELS ET METHODES**

---

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle rétrospective multicentrique de cohorte, menée dans deux régions, Aquitaine et Midi-Pyrénées.

## 2.1 PILOTAGE DE L'ETUDE

Un **comité de pilotage (COPI) interrégional** (Annexe 1) a été constitué en cherchant à garantir la représentativité des différents acteurs impliqués dans le projet : les cliniciens d'une part et les responsables des réseaux d'autre part (partie clinique et partie méthodologique). Il a représenté un soutien tout au long du projet en validant les points de questionnements.

Dans une perspective de publications il définira les axes que chacun pourra développer ultérieurement. Il s'est réuni dans le cadre du lancement du projet puis 3 fois au cours du projet.

Une **cellule opérationnelle** a été mise en place et était constituée des ARC des deux régions et des différents membres des réseaux impliqués dans le projet.

## 2.2 POPULATION

La population source était constituée de patients âgés de 18 ans et plus, pris en charge pour un cancer colorectal quel que soit le stade, et présentés en RCP en Aquitaine ou en Midi-Pyrénées.

**Les critères d'inclusion étaient les suivants :**

- Tout patient atteint d'un cancer colorectal présenté en RCP entre le 1<sup>er</sup> janvier 2010 et le 31 mars 2011 et diagnostiqué entre le 1<sup>er</sup> janvier 2010 et le 31 décembre 2010, en Aquitaine ou en Midi-Pyrénées,
- Pour une prise en charge initiale réalisée en Aquitaine ou en Midi-Pyrénées.

**Les critères d'exclusion étaient les suivants :**

- Tout patient enregistré pour la première fois pour une rechute ou pour un suivi après traitement,
- Tout patient présenté en RCP pour un cancer colorectal, diagnostiqué en 2010, et dont la prise en charge n'a pas été réalisée au moins en partie en Midi-Pyrénées ou en Aquitaine,
- Les cancers de stade 0 (Tis),
- Les types histologiques suivants : sarcome, GIST, tumeur endocrine de l'appendice, lymphome.

## 2.3 ECHANTILLONNAGE

En 2010, environ 2000 nouveaux cas de cancer colorectal étaient enregistrés dans le DCC de Midi-Pyrénées, dans les 31 CCC de la région (8 RCP présentant une activité importante).

De même un peu plus de 2000 nouveaux cas étaient enregistrés dans le DCC d'Aquitaine, dans les 10 CCC de la région.

La constitution de l'échantillon s'est faite en tirant au sort un patient sur deux dans chaque région, soit 1000 nouveaux patients environ par région enregistrés dans les bases du DCC de chaque réseau<sup>1</sup>, et en stratifiant selon le département de la RCP.

---

<sup>1</sup> Le nombre de centres de RCP est plus important en Midi-Pyrénées qu'en Aquitaine, certains centres ont donc de ce fait une activité annuelle limitée. Afin d'avoir des résultats intéressants sur la qualité de la prise

La sélection des patients a été la suivante :

- En Midi-Pyrénées :
  - Sélection des cancers colorectaux : C18, C19 et C20, les cancers codés C18.1 et C21.8 pouvant faire l'objet d'une erreur de codage, ils ont été exclus au cas par cas,
  - Date de présentation en RCP comprise en entre le 01/01/2010 et le 31/03/2011,
  - Sélection des nouveaux patients : délais entre la date de diagnostic et la présentation en RCP inférieur à 3 mois, 1<sup>ère</sup> fiche RCP enregistrée dans le DCO pour cette localisation, champ « Evolution » de la fiche RCP vide.
- En Aquitaine :
  - Sélection des cancers colorectaux : C18, C19 et C20 (exclusion C18.1 cancer de l'appendice dont la prise en charge n'est pas détaillée dans les référentiels de pratique),
  - Date de présentation en RCP comprise entre le 01/01/2010 et le 31/03/2011,
  - Nouvellement diagnostiqués : le caractère incident de la tumeur a été déterminé à partir de 2 variables présentes dans la fiche RCP :
    - « Statut thérapeutique » : étaient considérés comme nouveaux cancers les cas où cette variable est renseignée 'non traité antérieurement' ou 'en cours de traitement initial', les non précisés ont été gardés (soit exclusion des statuts déjà traité),
    - « Rechute » : étaient exclues les rechutes et les progressions.

## 2.4 DEFINITIONS

La mise en place du processus de validation par une méthode de type Delphi a été faite selon le guide méthodologique de la Haute Autorité de Santé (HAS) pour les « Recommandations par consensus formalisé » [12]. Ce processus de validation ainsi que la liste des experts qui ont validé les indicateurs sont figurent dans les annexes 2 et 3.

Quarante-sept indicateurs de qualité de la prise en charge ont été ainsi validés, 22 pour le côlon et 25 pour le rectum (Tableau 1), explorant différents aspects de la prise en charge :

- 10 pour la partie diagnostic, bilan d'extension,
- 12 pour les parties chirurgie, anatomopathologie,
- 4 pour la partie traitements complémentaires,
- 4 pour la partie complications post-opératoires,
- 17 pour la RCP.

---

en charge de ces centres, sans modifier les résultats de l'étude, un nombre de patients plus important a été enquêté en Midi-Pyrénées, correspondant à tous les centres dont le nombre de patients est  $\leq 25$ . Ces patients n'ont pas été pris en compte pas dans l'analyse interrégionale. Pour les centres ayant entre 25 et 50 patients annuels, le tirage au sort a été fixé à 25 dossiers.

**Tableau 1.** Indicateurs de mesure de la qualité des soins retenus.

| Cancers du côlon |   | Cancers du rectum |   |
|------------------|---|-------------------|---|
| 1.               | Tous les patients ont eu une biopsie par endoscopie tracée dans le dossier médical  | 1.                | Tous les patients ont eu une biopsie par endoscopie tracée dans le dossier médical  |
| 2.               | Tous les patients ont eu une coloscopie complète avant traitement opératoire tracée dans le dossier médical, lorsque celle-ci est réalisable  | 2.                | Tous les patients ont eu une coloscopie complète avant traitement opératoire tracée dans le dossier médical, lorsque celle-ci est réalisable  |
| 3.               | Tous les patients ont eu un scanner abdomino-pelvien tracé dans le dossier médical  | 3.                | Tous les patients ont eu un scanner abdomino-pelvien tracé dans le dossier médical  |
| 4.               | Tous les patients ont eu un scanner thoracique tracé dans le dossier médical  | 4.                | Tous les patients ont eu un scanner thoracique tracé dans le dossier médical  |
| 5.               | -   | 5.                | Tous les patients ont eu une écho-endoscopie rectale avant tout traitement tracée dans le dossier médical   |
| 6.               | -   | 6.                | Tous les patients avec une tumeur localement évoluée à partir de T3 doivent avoir une IRM pelvienne   |
| 7.               | Tous les patients ont dans leur dossier un CR anapath mentionnant le stade pathologique (pTpN) ET le type histologique  | 7.                | Tous les patients ont dans leur dossier un CR anapath mentionnant le stade pathologique (pTpN) ET le type histologique  |
| 8.               | Tous les patients ont dans leur dossier un CR anapath mentionnant les nombres de ganglions prélevés et envahis  | 8.                | Tous les patients ont dans leur dossier un CR anapath mentionnant les nombres de ganglions prélevés et envahis  |
| 9.               | Proportion de patients dont le nombre de ganglions analysés est $\geq 12$   | 9.                | Proportion de patients dont le nombre de ganglions analysés est $\geq 12$   |
| 10.              | Tous les patients ont dans leur dossier un CR anapath mentionnant la mesure quantitative de la marge la plus proche (distale ou proximale)  | 10.               | -   |
| 11.              | -   | 11.               | Tous les patients ont dans leur dossier un CR anapath mentionnant la mesure quantitative des marges distales et latérales (circonférentielles)  |
| 12.              | Tous les patients métastatique d'emblée ont une recherche d'une mutation du gène K-RAS  | 12.               | Tous les patients métastatique d'emblée ont une recherche d'une mutation du gène K-RAS  |
| 13.              | -   | 13.               | Tous les patients ont dans leur dossier un CR anapath mentionnant l'exérèse totale et intègre du mésorectum (fascia recti intègre)  |
| 14.              | -   | 14.               | Proportion de patients opérés ayant une marge circonférentielle inférieure ou égale à 1 mm  |
| 15.              | Proportion de patients de stade II ayant reçu une chimiothérapie post-opératoire  | 15.               | -   |
| 16.              | Proportion de patients de stade III ayant reçu une chimiothérapie post-opératoire   | 16.               | -   |
| 17.              | Proportion de patients de stade III ayant reçu une chimiothérapie dans les 8 semaines post-opératoires  | 17.               | -   |
| 18.              | -   | 18.               | Proportion de patients de stade T3 ou T4 ou N > 0 ayant reçu un traitement néoadjuvant préopératoire (radiothérapie $\pm$ chimiothérapie)   |
| 19.              | Proportion de patients ayant eu une fistule anastomotique symptomatique   | 19.               | Proportion de patients ayant eu une fistule anastomotique symptomatique   |
| 20.              | Proportion de patients décédés dans les 30 jours postopératoires  | 20.               | Proportion de patients décédés dans les 30 jours post-opératoires   |
| 21.              | Proportion de patients opérés d'un cancer du côlon dont le dossier a été discuté en RCP après chirurgie   | 21.               | -   |
| 22.              | -   | 22.               | Proportion de patients opérés d'un cancer du rectum dont le dossier a été discuté en RCP avant chirurgie  |
| 23.              | Tous les patients ont eu leur dossier discuté en RCP avec au moins 3 spécialités différentes  | 23.               | Tous les patients ont eu leur dossier discuté en RCP avec au moins 3 spécialités différentes  |
| 24.              | Tous les patients ont eu leur dossier discuté en RCP avec au moins un chirurgien digestif ou à orientation digestive  | 24.               | Tous les patients ont eu leur dossier discuté en RCP avec au moins un chirurgien digestif ou à orientation digestive  |
| 25.              | Tous les patients ont eu leur dossier discuté en RCP avec au moins un oncologue (médical ou radiothérapeute ou un médecin spécialiste d'organe qualifié pour prescrire une chimiothérapie | 25.               | Tous les patients ont eu leur dossier discuté en RCP avec au moins un oncologue (médical ou radiothérapeute ou un médecin spécialiste d'organe qualifié pour prescrire une chimiothérapie |
| 26.              | -   | 26.               | Tous les patients ont eu leur dossier discuté en RCP avec au moins un oncologue radiothérapeute   |
| 27.              | Le score OMS est renseigné dans toutes les fiches RCP   | 27.               | Le score OMS est renseigné dans toutes les fiches RCP   |
| 28.              | Le stade pT (pathologique après chirurgie) est renseigné dans toutes les fiches RCP   | 28.               | Le stade T (clinique ou radiologique) ou pT (pathologique après chirurgie) est renseigné dans toutes les fiches RCP   |
| 29.              | Le stade pN (pathologique après chirurgie) est renseigné dans toutes les fiches RCP   | 29.               | Le stade N (clinique ou radiologique) ou pN (pathologique après chirurgie) est renseigné dans toutes les fiches RCP   |
| 30.              | Tous les patients bénéficient d'une adéquation entre le traitement proposé en RCP et le traitement réellement effectué (si écart à la proposition, justification présente)                | 30.               | Tous les patients bénéficient d'une adéquation entre le traitement proposé en RCP et le traitement réellement effectué (si écart à la proposition, justification présente)                |

### LOCALISATION DU CANCER

Les cancers du côlon sont les cancers situés :

- entre le cæcum et le sigmoïde,
- sur la charnière recto-sigmoïdienne lorsque la tumeur n'est pas sur un des tiers du rectum.

Les cancers du rectum sont les cancers situés :

- sur le haut, moyen et / ou bas rectum,
- un cancer du rectum étendu au sigmoïde est classé dans les cancers du rectum.

### LOCALISATION DES CANCERS DU RECTUM

- Bas rectum : tumeur située de 0 à 5 cm de la marge anale,
- Moyen rectum : tumeur située de 5 à 10 cm de la marge anale,
- Haut rectum : tumeur située de 10 à 15 cm de la marge anale.

### DATE DE DIAGNOSTIC

La date de diagnostic est :

- la date de la biopsie (coloscopie),
- la date de la chirurgie si la date précédente est manquante.

## 2.5 RECUEIL DES DONNEES

### a) Grille de recueil

Le recueil de données a été réalisé par les ARC des deux régions à l'aide d'une grille de recueil qui reprenait les variables nécessaires au calcul des indicateurs. Un guide de remplissage et une formation spécifique et commune aux deux ARC ont été réalisés afin de garantir la qualité et l'homogénéité du recueil.

La grille comptait 14 parties:

- Informations générales sur le patient
- Lieux des prises en charge
- Antécédents et pathologies associées
- Diagnostic - Bilan pré-thérapeutique - Bilan d'extension
- Examen anatomopathologique de la biopsie ou de la résection endoscopique
- Chirurgie
- Examen anatomopathologique des pièces opératoires
- Autres traitements
- Tumorothèque et Recherches génétiques
- Fiche RCP
- Adéquation entre la proposition de la RCP et le traitement réellement effectué
- Traçabilité de la fiche RCP dans le dossier médical
- Dispositif d'annonce (recueilli uniquement en Midi-Pyrénées)
- Etat aux dernières nouvelles

L'adresse du domicile relevée a permis de définir les Ilots Regroupés pour l'Information Statistique (IRIS) de l'Insee des patients [14], correspondant à un découpage infra-communal du territoire en mailles, de l'ordre de 2000 habitants par maille. L'IRIS est construit à partir de critères géographiques et statistiques et, autant que possible, chaque IRIS doit être homogène du point de

vue de l'habitat. Les IRIS offrent l'outil le plus élaboré à ce jour pour décrire la structure interne d'un peu plus de 1 800 grandes communes avec un niveau plus précis que la ville quand il s'agit d'une grosse agglomération et est équivalent quand il s'agit d'une petite commune.

## b) Modalités de recueil

Les données ont été recueillies dans chaque région par les RRC, en s'appuyant sur les 3C. Le recueil a été réalisé à partir des fiches RCP, et complété par un retour au dossier médical dans les établissements (dossier d'hospitalisation et dossier de consultation). Les dossiers médicaux de cabinets extérieurs aux établissements n'ont pas été consultés.

Suite au contrôle des données après la saisie, il y a eu un doute sur la qualité du recueil des données concernant l'exérèse totale du mésorectum, l'exérèse intègre du mésorectum et le fascia recti ; une relecture par un chirurgien et un pathologiste de chaque région des comptes rendus chirurgicaux et anatomopathologiques de tous les cancers du rectum a donc été faite.

## 2.6 SAISIE DES DONNEES

La saisie des données a été réalisée sous un masque ACCESS® par les ARC des deux régions et une secrétaire en Midi-Pyrénées.

## 2.7 EXPLOITATION ET ANALYSE DES DONNEES

Dans une première étape, nous avons décrit les caractéristiques des patients atteints d'un cancer en distinguant les cancers du côlon et les cancers du rectum, les deux régions confondues. Nous nous sommes particulièrement intéressés aux caractéristiques sociodémographiques, à la localisation de la tumeur, au type de chirurgie, aux traitements associés et aux caractéristiques de la RCP.

Dans une seconde étape, les indicateurs de qualité de la prise en charge ont été calculés en pourcentage, pour chaque localisation, côlon ou rectum. L'existence d'une différence de distribution des réponses par région (effet région) a ensuite été testée pour chaque indicateur à l'aide du test exact de Fisher en comparant les réponses positives à l'ensemble des autres. Lorsque la différence statistique mise en évidence était cliniquement pertinente, les résultats ont été présentés par région sous forme d'organigrammes.

Les indicateurs de prise en charge ont été calculés en 3 catégories : conforme aux recommandations, non conforme aux recommandations et inconnu. Les pourcentages présentés tiennent ainsi compte de la proportion de données manquantes rencontrée au cours du recueil. L'éventuelle comparaison de ces résultats avec ceux du PHRC (Programme Hospitalier de Recherche Clinique) Cancer côlon-rectum réalisé en 2003-2004 en Aquitaine doit tenir compte de cette présentation ainsi que du mode de recrutement des patients différent (PHRC : signalement par les médecins des UCPO / EvaCCoR : tirage au sort dans la base de données RCP).

L'évaluation de l'adéquation de la prise en charge avec les référentiels régionaux seront présentés ultérieurement. Des analyses complémentaires seront également menées, notamment concernant l'anatomopathologie des tumeurs, les traitements adjuvants, la proximité de l'offre de soins pour le patient et l'analyse selon un proxy du niveau socio-économique (score de défavorisation (European Deprivation Index EDI)) [15] grâce à la zone IRIS d'habitation des patients ...

Le contrôle de cohérence, le traitement et l'analyse des données ont été réalisés avec le logiciel Stata® version 9.

## 2.8 PROTECTION DES DONNEES ET DECLARATION CNIL

Le protocole a fait l'objet d'une demande d'autorisation de traitement de données à caractère personnel auprès du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS) et de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) en application des articles 40-1 et suivants de la loi « Informatique et Libertés ».

Les ARC de chaque région ont intégré au moment du recueil dans le dossier médical une note d'information (Annexes 4a et 4b) afin que le médecin puisse informer le patient du recueil des données lors de la consultation. Une information des professionnels de santé a été organisée dans chaque établissement concerné par l'intermédiaire des 3C en Midi-Pyrénées et des directions des établissements en Aquitaine (par courrier).

Les données anonymisées ont circulé au sein des deux réseaux lors de l'analyse et de l'interprétation des résultats, et des 3C et des professionnels de santé lors d'une étape de restitution des résultats.

## 2.9 CLE DE LECTURE DES ORGANIGRAMMES

Les organigrammes présentent les résultats séparés pour les 2 régions et se lisent de la façon suivante :

- résultats pour le côlon à gauche et résultats pour le rectum à droite
- résultats pour l'Aquitaine (Na) sur la ligne du dessus
- résultats pour Midi-Pyrénées (Nm) sur la ligne du dessous
- numérateur en bleu
- dénominateur en vert.

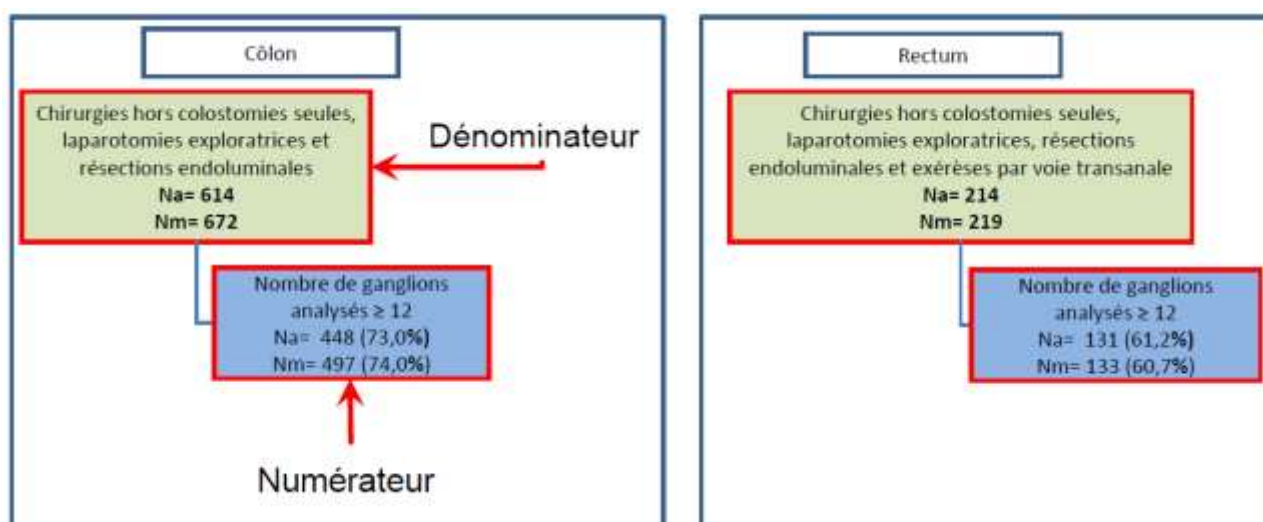


Figure 1. Exemple d'organigramme présentant les résultats des deux régions séparés.



## Chapitre 3- **DESCRIPTION DE LA POPULATION**

---

Les résultats présentés sont issus des populations incluses dans les deux régions, Aquitaine et Midi-Pyrénées.

### 3.1 BILAN DU RECUEIL

La période de recueil des données s'est étendue d'avril 2011 à avril 2013. Au total 2074 patients ont été inclus dans l'étude, 995 en Aquitaine et 1079 en Midi-Pyrénées. Il s'agissait de 1501 (72 %) patients atteints d'un cancer du côlon et de 573 (28 %) patients atteints d'un cancer du rectum.

#### a) En Aquitaine

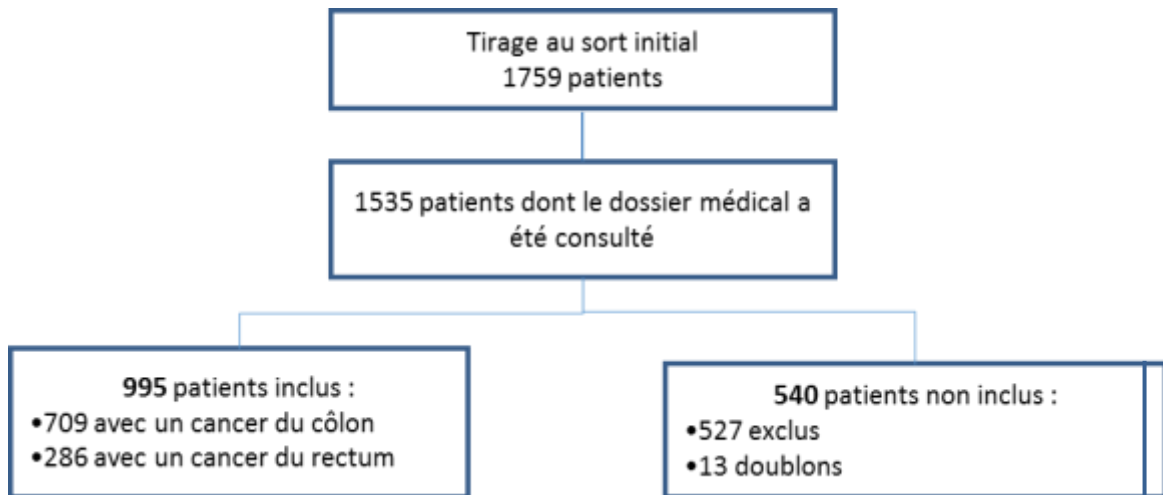


Figure 2. Diagramme de flux de la population incluse en Aquitaine.

#### c) En Midi-Pyrénées

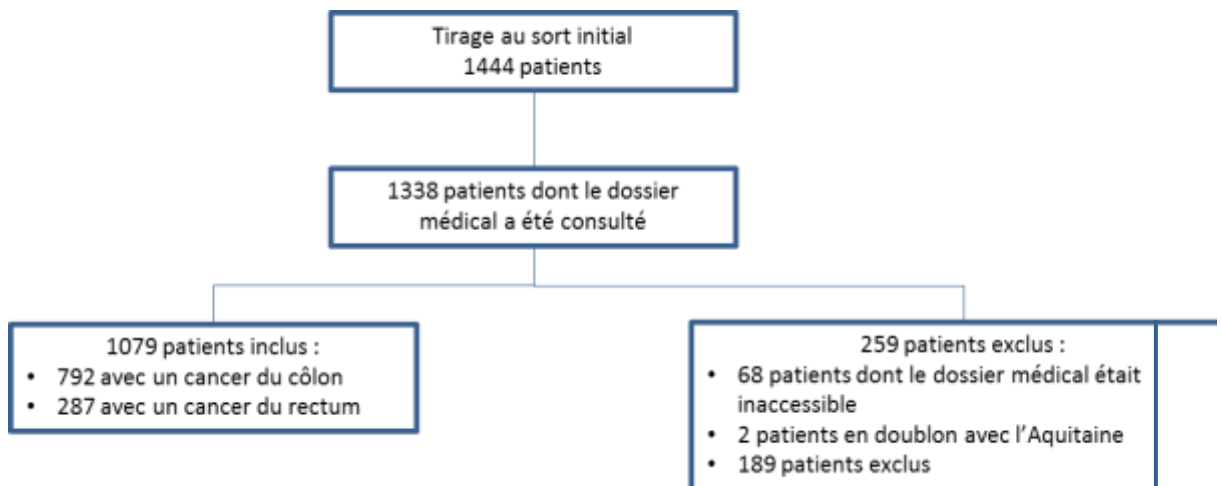


Figure 3. Diagramme de flux de la population incluse en Midi-Pyrénées.

## 3.2 ELEMENTS DEMOGRAPHIQUES

2074 patients ont été inclus (995 patients dans 42 établissements d'Aquitaine et 1079 patients dans 27 établissements de Midi-Pyrénées). Il s'agissait de 52 % d'hommes et 48 % de femmes. La moyenne d'âge était de 71 ans pour les hommes (écart-type (ET)=11 ans), et de 73 ans pour les femmes (ET=13 ans). Au moment du diagnostic, le patient le plus jeune avait 23 ans et le plus âgé 99 ans.

**Tableau 2.** Répartition des patients atteints d'un cancer colorectal diagnostiqué en 2010 selon le sexe (N=2074).

| Sexe         | Côlon       |            | Rectum     |            | Total       |
|--------------|-------------|------------|------------|------------|-------------|
|              | n           | %          | n          | %          | N           |
| Homme        | 785         | 52,3       | 348        | 60,7       | 1133        |
| Femme        | 716         | 47,7       | 225        | 39,3       | 941         |
| <b>Total</b> | <b>1501</b> | <b>100</b> | <b>573</b> | <b>100</b> | <b>2074</b> |

**Tableau 3.** Répartition des patients atteints d'un cancer colorectal diagnostiqué en 2010 par classe d'âge (N=2074).

| Age          | Côlon       |            | Rectum     |            | Total       |
|--------------|-------------|------------|------------|------------|-------------|
|              | n           | %          | n          | %          | N           |
| - de 55 ans  | 126         | 8,4        | 56         | 9,8        | 182         |
| 55 à 74 ans  | 644         | 42,9       | 283        | 49,4       | 927         |
| 75 à 84 ans  | 501         | 33,4       | 157        | 27,4       | 658         |
| 85 ans et +  | 230         | 15,3       | 77         | 13,4       | 307         |
| <b>Total</b> | <b>1501</b> | <b>100</b> | <b>573</b> | <b>100</b> | <b>2074</b> |

**Tableau 4.** Répartition des patients par département de résidence (N=2074).

|                           | N           | %          |
|---------------------------|-------------|------------|
| Haute-Garonne (31)        | 354         | 17,1       |
| Gironde (33)              | 327         | 15,8       |
| Dordogne (24)             | 197         | 9,5        |
| Pyrénées-Atlantiques (64) | 183         | 8,8        |
| Tarn (81)                 | 171         | 8,2        |
| Landes (40)               | 139         | 6,7        |
| Hautes-Pyrénées (65)      | 123         | 5,9        |
| Lot-et-Garonne (47)       | 111         | 5,4        |
| Tarn-et-Garonne (82)      | 97          | 4,7        |
| Gers (32)                 | 88          | 4,2        |
| Aveyron (12)              | 84          | 4,1        |
| Lot (46)                  | 70          | 3,4        |
| Autres                    | 31          | 1,5        |
| Inconnu                   | 99          | 4,8        |
| <b>Total</b>              | <b>2074</b> | <b>100</b> |

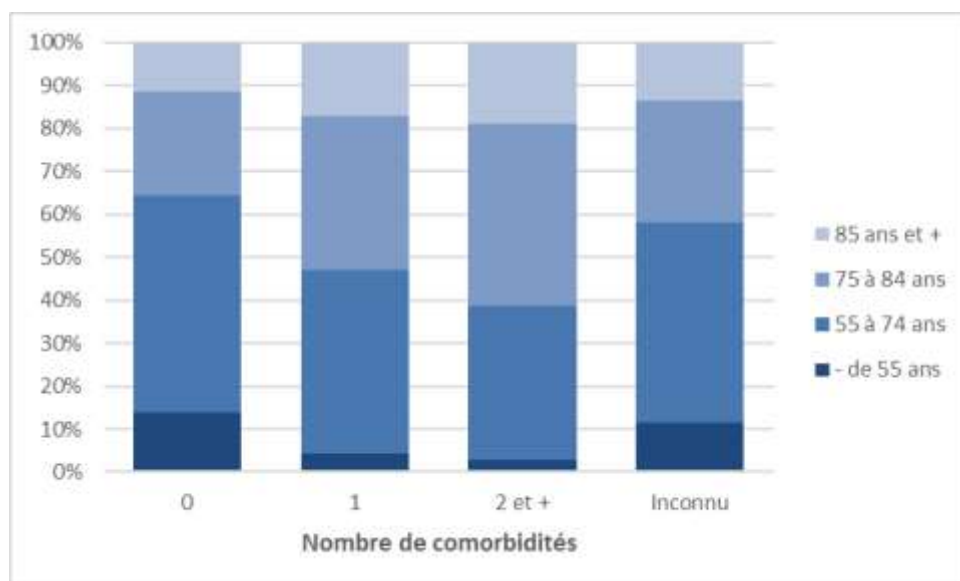
Pour la région Aquitaine, une répartition des patients par 3C d'inclusion est présentée en annexe 5.

### 3.3 COMORBIDITES

Parmi les 2074 patients atteints de cancer colorectal, 996 (48 %) avaient au moins une maladie associée.

**Tableau 5.** Répartition des patients atteints de cancer colorectal diagnostiqué en 2010 selon l'index de comorbidité de Charlson et la classe d'âge (N=2074).

|              | Inconnu   |            | 0          |            | 1          |            | 2 et +     |            | Total       |
|--------------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
|              | n         | %          | n          | %          | n          | %          | n          | %          |             |
| - de 55 ans  | 10        | 11,4       | 137        | 13,8       | 19         | 4,4        | 16         | 2,9        | 182         |
| 55 à 74 ans  | 41        | 46,6       | 499        | 50,4       | 186        | 42,8       | 201        | 35,8       | 927         |
| 75 à 84 ans  | 25        | 28,4       | 240        | 24,2       | 155        | 35,6       | 238        | 42,4       | 658         |
| 85 ans et +  | 12        | 13,6       | 114        | 11,5       | 75         | 17,2       | 106        | 18,9       | 307         |
| <b>Total</b> | <b>88</b> | <b>100</b> | <b>990</b> | <b>100</b> | <b>435</b> | <b>100</b> | <b>561</b> | <b>100</b> | <b>2074</b> |



**Figure 4.** Répartition des patients atteints de cancer colorectal diagnostiqué en 2010 selon la classe d'âge et l'index de comorbidité de Charlson.

### 3.4 ANTECEDENTS PERSONNELS DE CANCER

Parmi les 2074 patients atteints d'un cancer colorectal, 336 patients (16 %) avaient un antécédent personnel de cancer. L'information n'était pas disponible pour 1624 patients (78 %).

### 3.5 ANTECEDENTS FAMILIAUX DE CANCER COLORECTAL

Parmi les 2074 patients atteints d'un cancer colorectal, 240 (12 %) avaient des antécédents familiaux de cancer colorectal. L'information n'était pas disponible pour 1033 patients (50 %).

### 3.6 ELEMENTS MEDICAUX

#### a) Localisation du cancer

Sur les 2074 patients inclus, 1501 patients (72 %) étaient atteints d'un cancer du côlon et 573 (28 %) d'un cancer du rectum.

Parmi les 1501 patients atteints d'un cancer du côlon, 1441 avaient une lésion située sur un seul segment (cf. Tableau 6) et 29 des lésions étendues sur plusieurs segments du côlon (cf. Tableau 7). La localisation la plus fréquente était celle du côlon descendant (46 %).

Parmi les 573 patients atteints d'un cancer du rectum, 456 avaient une lésion située sur un seul segment (cf. Tableau 8), et 32 des lésions étendues sur plusieurs segments du rectum (cf. Tableau 9). La localisation la plus fréquente était celle du bas rectum (30 %).

**Tableau 6.** Répartition des patients atteints de cancer du côlon diagnostiqué en 2010 selon la localisation (N=1501).

| Localisation           | N           | %          |
|------------------------|-------------|------------|
| Cæcum                  | 250         | 16,7       |
| Côlon ascendant        | 320         | 21,3       |
| Côlon transverse       | 128         | 8,5        |
| Angle gauche           | 61          | 4,1        |
| Côlon descendant       | 682         | 45,5       |
| Côlon SAI              | 31          | 2,1        |
| Côlon lésions étendues | 29          | 1,9        |
| <b>Total Côlon</b>     | <b>1501</b> | <b>100</b> |

**Tableau 7.** Description des 29 lésions étendues des cancers du côlon.

| Localisations                                     | N         |
|---|-----------|
| Côlon ascendant / Côlon transverse                | 9         |
| Cæcum / Côlon ascendant                           | 4         |
| Côlon ascendant / Côlon descendant                | 3         |
| Côlon transverse / Angle gauche                   | 3         |
| Angle gauche / Côlon descendant                   | 3         |
| Cæcum / Côlon transverse                          | 2         |
| Cæcum / Côlon descendant                          | 2         |
| Côlon transverse / Côlon descendant               | 1         |
| Côlon ascendant / Angle gauche / Côlon descendant | 1         |
| Côlon descendant / Côlon SAI                      | 1         |
| <b>Total</b>                                      | <b>29</b> |

**Tableau 8.** Répartition des patients atteints d'un cancer du rectum diagnostiqué en 2010 selon la localisation (N=573).

|                         | N          | %          |
|-------------------------|------------|------------|
| Haut rectum             | 144        | 25,1       |
| Moyen rectum            | 140        | 24,4       |
| Bas rectum              | 172        | 30,0       |
| Rectum SAI              | 85         | 14,8       |
| Rectum lésions étendues | 32         | 5,6        |
| <b>Total rectum</b>     | <b>573</b> | <b>100</b> |

**Tableau 9.** Description des 32 lésions étendues des cancers du rectum.

| Localisations        | N         |
|----------------------|-----------|
| Haut et moyen rectum | 21        |
| Moyen et bas rectum  | 10        |
| Haut et bas rectum   | 1         |
| <b>Total</b>         | <b>32</b> |

## b) Stade cTNM

Le stade pré-thérapeutique chez les patients atteints d'un cancer du côlon n'a pas été recueilli.

Le stade pré-thérapeutique chez les patients atteints d'un cancer du rectum a été construit à partir des données uTN de l'écho-endoscopie rectale et de l'IRM pelvienne lorsque l'un ou l'autre des examens a été réalisé.

Lorsque les deux examens ont été réalisés et que le résultat du TNM était différent, c'est le résultat de l'écho-endoscopie rectale qui a été retenu.

**Tableau 10.** Stade pré-thérapeutique chez les patients atteints d'un cancer du rectum (N=573).

| Stade        | N          | %          |
|--------------|------------|------------|
| I            | 32         | 5,6        |
| II           | 47         | 8,2        |
| III          | 106        | 18,5       |
| IV           | 128        | 22,3       |
| Inconnu      | 260        | 45,4       |
| <b>Total</b> | <b>573</b> | <b>100</b> |

## c) Stade pTNM

Les informations sur le pTNM ont été regroupées par stades :

- Les stades I-II correspondent aux cancers sans envahissement ganglionnaire,
- Les stades III correspondent aux cancers avec un envahissement ganglionnaire,
- Les stades IV correspondent aux cancers métastatiques.

Le pT et le pN ont été recueillis à partir des comptes rendus anatomopathologiques. En cas de donnée manquante, les informations étaient issues du dossier médical. L'information sur le M était issue du dossier médical.

Pour les patients atteints d'un cancer du rectum ayant reçu un traitement néoadjuvant, c'est le ypTN qui a été utilisé.

**Tableau 11.** Répartition des patients atteints d'un cancer du côlon diagnostiqué en 2010 selon le stade (N=1501).

|  | N           | %          |
|--|-------------|------------|
| Stade 0                                  | 9           | 0,6        |
| Stade I                                  | 153         | 10,2       |
| Stade II                                 | 435         | 28,9       |
| Stade III                                | 365         | 24,3       |
| Stade IV                                 | 428         | 28,5       |
| Stade inconnu                            | 111         | 7,4        |
| <i>dont non traités chirurgicalement</i> | 37          |            |
| <b>Total</b>                             | <b>1501</b> | <b>100</b> |

**Tableau 12.** Répartition des patients atteints d'un cancer du rectum diagnostiqué en 2010 selon le stade (N=573).

|  | N          | %          |
|--|------------|------------|
| Stade 0                                  | 30         | 5,2        |
| Stade I                                  | 105        | 18,3       |
| Stade II                                 | 91         | 15,9       |
| Stade III                                | 121        | 21,1       |
| Stade IV                                 | 128        | 22,3       |
| Stade inconnu                            | 98         | 17,1       |
| <i>dont non traités chirurgicalement</i> | 40         |            |
| <b>Total</b>                             | <b>573</b> | <b>100</b> |

Les tumeurs *in situ* n'ont pas été incluses dans l'étude. Les stades 0 correspondaient à des tumeurs pT0 pN0 M0. Les tumeurs pT0 étaient des cas pour lesquels le compte rendu anatomopathologique de la pièce opératoire disait ne pas retrouver de tissu tumoral. Dans tous les cas, **une preuve anatomopathologique de l'existence d'une tumeur colorectale invasive avait été retrouvée à la biopsie.**

Parmi les 39 tumeurs classées stade 0 :

- Sur les 9 patients atteints d'un cancer du côlon classés stade 0 :
  - 7 ont eu une résection chirurgicale complémentaire faisant suite à une résection endoluminale. Il s'agissait de tumeurs classées pT1 sur la pièce de résection endoluminale.
  - 2 n'ont eu qu'une biopsie avant la chirurgie. Il s'agissait de tumeurs invasives à l'examen anatomopathologique de la biopsie.
- Sur les 30 patients atteints d'un cancer du rectum classés stade 0 :
  - 22 ont reçu un traitement néoadjuvant (radiothérapie ± chimiothérapie). Il s'agissait de tumeurs invasives à l'examen anatomopathologique de la biopsie.
  - 6 ont eu une résection endoluminale sans traitement néoadjuvant avant la chirurgie. Pour 5 patients, il s'agissait d'une tumeur classée pT1 sur la pièce de résection endoluminale, et pour un patient d'une tumeur de stade pT inconnu.
  - 2 n'ont eu qu'une biopsie avant la chirurgie. Il s'agissait de tumeurs invasives à l'examen anatomopathologique de la biopsie.

#### d) Métastases synchrones

Parmi les 1501 patients atteints d'un cancer du côlon, 428 (29 %) étaient porteurs de métastases synchrones. Dans 5 % des cas, l'information n'a pas été retrouvée dans le dossier médical consulté.



**Tableau 13.** Localisation des métastases synchrones chez les patients atteints d'un cancer du côlon métastatique (N=428).

| Localisation des métastases | Colon (N)  |
|-----------------------------|------------|
| Foie                        | 236        |
| Poumon                      | 21         |
| Carcinose péritonéale       | 50         |
| Autres                      | 13         |
| Localisations multiples     | 108        |
| <b>Total</b>                | <b>428</b> |

Parmi les 573 patients atteints d'un cancer du rectum, 128 (22 %) étaient porteurs de métastases synchrones. Dans 6 % des cas, l'information n'a pas été retrouvée dans le dossier médical consulté.

**Tableau 14 :** Localisation des métastases synchrones chez les patients atteints d'un cancer du rectum métastatique (N=128).

| Localisation des métastases | Rectum (N) |
|-----------------------------|------------|
| Foie                        | 64         |
| Poumon                      | 19         |
| Carcinose péritonéale       | 9          |
| Autres                      | 4          |
| Localisations multiples     | 32         |
| <b>Total</b>                | <b>128</b> |

#### e) Traitements

**Tableau 15.** Traitements des patients inclus dans l'étude (N=2074).

| Traitements    | Côlon (N=1501) |      | Rectum (N=573) |      |
|----------------|----------------|------|----------------|------|
|                | N              | %    | N              | %    |
| Chirurgie      | 1346           | 89,7 | 481            | 84,0 |
| Chimiothérapie | 691            | 46,0 | 324            | 56,5 |
| Radiothérapie  | 10             | 0,7  | 266            | 46   |

Le total est supérieur à 1501 pour le côlon et 573 pour le rectum car certains patients ont eu plusieurs traitements.

#### f) Etablissement de présentation en RCP

**Tableau 16.** Type d'établissement de présentation en RCP (N=2074).

|              | Aquitaine  |            | Midi-Pyrénées |            | Total       |            |
|--------------|------------|------------|---------------|------------|-------------|------------|
|              | N          | %          | N             | %          | N           | %          |
| Public       | 363        | 36,5       | 495           | 45,9       | 858         | 41,4       |
| Privé        | 495        | 49,7       | 576           | 53,4       | 1071        | 51,6       |
| Espic*       | 137        | 13,8       | 8             | 0,7        | 145         | 7,1        |
| <b>Total</b> | <b>995</b> | <b>100</b> | <b>1079</b>   | <b>100</b> | <b>2074</b> | <b>100</b> |

\* Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

## Chapitre 4- **QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE INITIALE : LE BILAN PRE-THERAPEUTIQUE**

---

### 4.1 INDICATEUR 1 : BIOPSIE PAR ENDOSCOPIE

**DEFINITION**

Tous les patients ont eu une biopsie par endoscopie tracée dans le dossier médical

**Numérateur** Nombre de patients avec biopsie lors de l'endoscopie tracée dans le dossier médical

**Dénominateur** Nombre total de patients hors chirurgies en urgence et découvertes opératoires

**RESULTAT DE L'INDICATEUR 1**

Tableau 17. Indicateur 1 : biopsie par endoscopie.

| Localisation | Numérateur | Dénominateur | %    | Effet région (p) |
|--------------|------------|--------------|------|------------------|
| Côlon        | 1116       | 1276         | 87,5 | < 0,001          |
| Rectum       | 519        | 552          | 94,0 | 0,101            |

Côlon : Information non trouvée pour 58 patients sur 1276 (5 %).

Rectum : Information non trouvée pour 10 patients sur 552 (2 %).

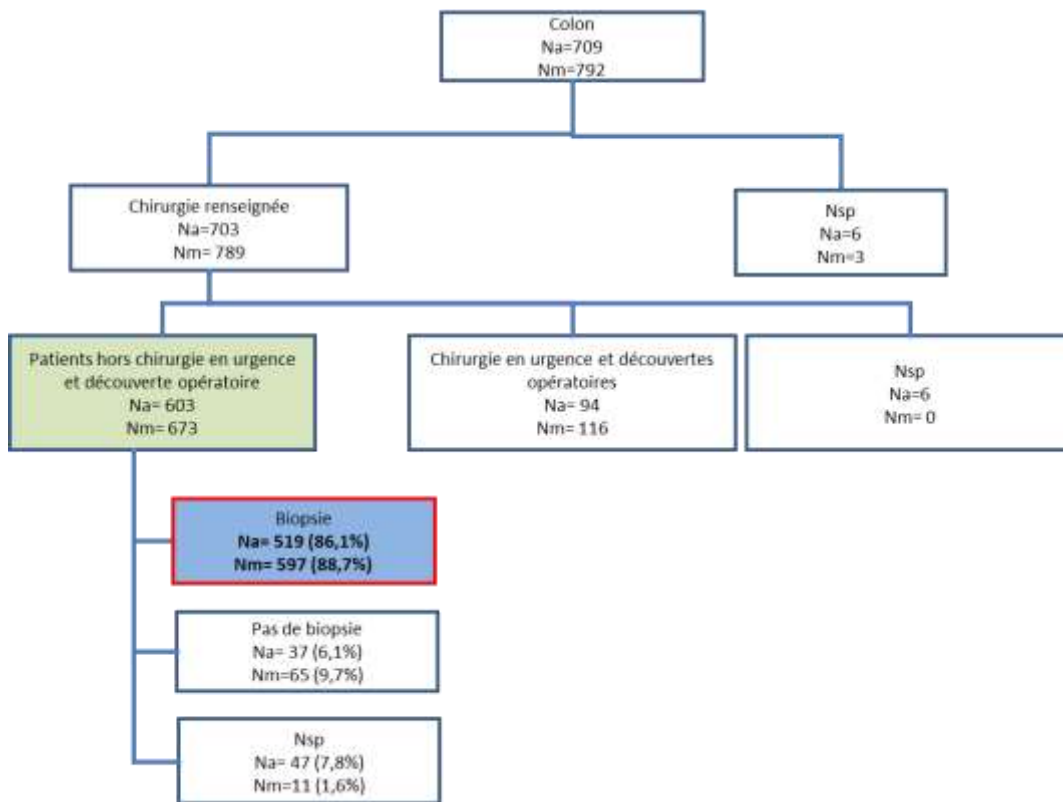


Figure 5. Réalisation d'une biopsie lors de l'endoscopie pour les cancers du côlon (indicateur 1) selon la région.

Na : Nombre de patients en Aquitaine ; Nm : Nombre de patients en Midi-Pyrénées ; Nsp : Ne sait pas (données manquantes)

► COMMENTAIRES

Une biopsie par endoscopie est réalisée dans la majorité des cas.

L'effet région observé pour le côlon n'est pas jugé cliniquement pertinent, la différence est due à un nombre de données manquantes plus important en Aquitaine.

## 4.2 INDICATEUR 2 : COLOSCOPIE COMPLETE AVANT TRAITEMENT OPERATOIRE

### DEFINITION

**Tous les patients ont eu une coloscopie complète avant traitement opératoire tracée dans le dossier médical, lorsque celle-ci est réalisable**

La notion de tumeur franchissable ou non n'ayant pas été recueillie, l'indicateur a été calculé à partir des coloscopies réalisables. Les patients ayant eu une coloscopie non réalisable ainsi que ceux pour lesquels l'information sur la réalisation d'une coloscopie n'était pas disponible ont été exclus du numérateur.

**Numérateur** *Nb de patients avec coloscopie complète renseignée avant tout traitement opératoire*

**Dénominateur** *Nb total de patients hors chirurgies en urgence et découvertes opératoires ayant eu une coloscopie réalisable*

### RESULTAT DE L'INDICATEUR 2

**Tableau 18.** Indicateur 2 : coloscopie complète avant traitement opératoire.

| Localisation  | Numérateur | Dénominateur | %    | Effet région (p) |
|---------------|------------|--------------|------|------------------|
| <b>Côlon</b>  | 554        | 1226         | 45,2 | 0,334            |
| <b>Rectum</b> | 253        | 542          | 46,7 | 0,906            |

*Côlon : Information non trouvée pour 198 patients sur 1226 (16 %).*

*Rectum : Information non trouvée pour 111 patients sur 542 (20 %).*

**Tableau 19.** Réalisation d'une coloscopie chez les patients atteints de cancer du côlon (N=1226) ou du rectum (N=542) diagnostiqué en 2010, hors chirurgies en urgence et découvertes opératoires.

|   | Côlon       |            | Rectum     |            |
|---|-------------|------------|------------|------------|
|   | N           | %          | N          | %          |
| Coloscopie complète avant traitement              | 554         | 45,2       | 253        | 46,7       |
| Coloscopie complète après traitement              | 2           | 0,2        | 0          | 0          |
| Coloscopie complète sans indication sur le moment | 70          | 5,7        | 31         | 5,7        |
| Coloscopie incomplète                             | 434         | 35,4       | 150        | 27,7       |
| Coloscopie SAI*                                   | 128         | 10,4       | 80         | 14,7       |
| Coloscopie non réalisée                           | 38          | 3,1        | 28         | 5,2        |
| <b>Total</b>                                      | <b>1226</b> | <b>100</b> | <b>542</b> | <b>100</b> |

\*SAI : Statut complet/incomplet de la coloscopie inconnu.

Au total, 1188 patients (97 %) avec un cancer du côlon (hors chirurgie en urgence et découvertes opératoires) ont eu une coloscopie (complète ou non, quel que soit le moment par rapport au traitement), et 514 patients (95 %) avec un cancer du rectum (hors chirurgie en urgence et découvertes opératoires) ont eu une coloscopie (complète ou non, quel que soit le moment par rapport au traitement).

► **COMMENTAIRES**

La majorité des patients a bénéficié d'une coloscopie. Certaines coloscopies étaient incomplètes mais la raison n'a pas été recueillie (tumeur infranchissable, mauvaise préparation...). Enfin, l'information sur le type de coloscopie n'était pas systématiquement tracé (absence du compte rendu de coloscopie ou absence de l'information à l'intérieur du compte rendu). Pour rappel, les dossiers des cabinets médicaux hors établissement n'ont pas été consultés.

## Chapitre 5- **QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE INITIALE : LE BILAN D'EXTENSION**

---

## 5.1 INDICATEUR 3 : SCANNER ABDOMINO-PELVIE

### DEFINITION

**Tous les patients ont eu un scanner abdomino-pelvien réalisé avant tout traitement, tracé dans le dossier médical**

**Numérateur** *Nb de patients avec "TDM abdomino-pelvien" ou "TDM thoraco-abdomino-pelvien" réalisé avant tout traitement, tracé dans le dossier médical*

**Dénominateur** *Nb total de patients hors chirurgies en urgence et découvertes opératoires*

### RESULTAT DE L'INDICATEUR 3

**Tableau 20.** Indicateur 3 : scanner abdomino-pelvien avant traitement.

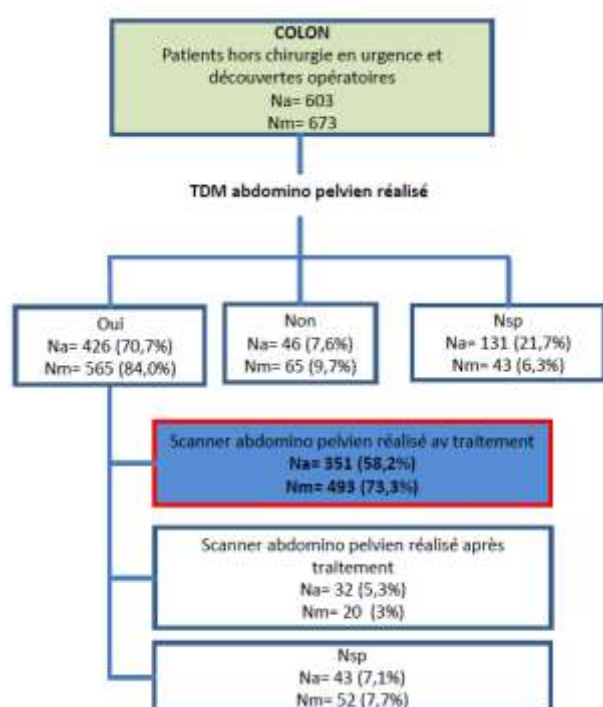
| Localisation | Numérateur | Dénominateur | %    | Effet région (p) |
|--------------|------------|--------------|------|------------------|
| Côlon        | 844        | 1276         | 66,1 | <0,001           |
| Rectum       | 384        | 552          | 69,6 | <0,001           |

*Côlon : Information non trouvée pour 269 patients sur 1276 (21 %).*

*Rectum : Information non trouvée pour 119 patients sur 552 (22 %).*

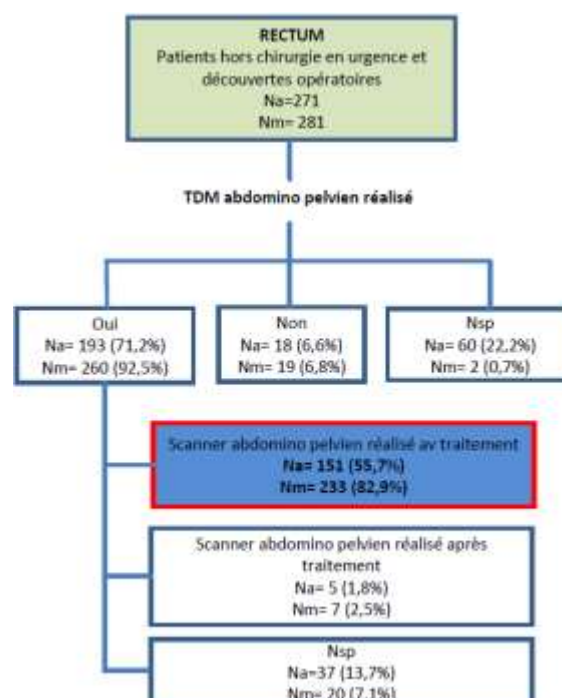
**Tableau 21 :** Réalisation du scanner abdomino-pelvien (hors chirurgies en urgence et découvertes opératoires) chez les patients atteints de cancer colorectal diagnostiqué en 2010 (N=1828).

|   | Côlon       |            | Rectum     |            |
|---|-------------|------------|------------|------------|
|   | N           | %          | N          | %          |
| Scanner quel que soit le moment par rapport au traitement | 991         | 78         | 453        | 82         |
| Pas de scanner  | 111         | 9          | 37         | 7          |
| Scanner inconnu   | 174         | 14         | 62         | 11         |
| <b>Total</b>  | <b>1276</b> | <b>100</b> | <b>552</b> | <b>100</b> |



**Figure 6.** Organigramme présentant le calcul de l'indicateur 3 pour les cancers du côlon.

Na : Nombre de patients en Aquitaine ; Nm : Nombre de patients en Midi-Pyrénées ; Nsp : Ne sait pas (données manquantes)



**Figure 7.** Organigramme présentant le calcul de l'indicateur 3 pour les cancers du rectum.

Na : Nombre de patients en Aquitaine ; Nm : Nombre de patients en Midi-Pyrénées ; Nsp : Ne sait pas (données manquantes)

► COMMENTAIRE

Le résultat de cet indicateur montre un manque de traçabilité du scanner abdomino-pelvien dans les dossiers médicaux consultés.

La différence entre les deux régions est due à un nombre de données manquantes plus important en Aquitaine (22 % de données manquantes pour les cancers du côlon et du rectum).

5.2 INDICATEUR 4 : SCANNER THORACIQUE

DEFINITION

Tous les patients ont eu un scanner thoracique réalisé avant tout traitement tracé dans le dossier médical

**Numérateur** Nb de patients avec "TDM thoracique" ou "TDM thoraco-abdomino-pelvien», réalisé avant tout traitement, tracé dans le dossier médical

**Dénominateur** Nb total de patients hors chirurgies en urgence et découvertes opératoires



RESULTAT DE L'INDICATEUR 4

Tableau 22. Indicateur 4 : scanner thoracique avant traitement.

| Localisation | Numérateur | Dénominateur | %    | Effet région (p) |
|--------------|------------|--------------|------|------------------|
| Côlon        | 681        | 1276         | 53,4 | <0,001           |
| Rectum       | 334        | 552          | 60,5 | <0,001           |

Côlon : Information non trouvée pour 257 patients sur 1276 (20 %).

Rectum : Information non trouvée pour 114 patients sur 552 (21 %).

Tableau 23. Réalisation du scanner thoracique (hors chirurgies en urgence et découvertes opératoires) chez les patients atteints de cancer colorectal diagnostiqué en 2010 (N=1828).

|   | Côlon       |            | Rectum     |            |
|---|-------------|------------|------------|------------|
|   | N           | %          | N          | %          |
| Scanner quel que soit le moment par rapport au traitement | 807         | 63         | 392        | 71         |
| Pas de scanner  | 290         | 23         | 92         | 17         |
| Scanner inconnu   | 179         | 14         | 68         | 12         |
| <b>Total</b>  | <b>1276</b> | <b>100</b> | <b>552</b> | <b>100</b> |

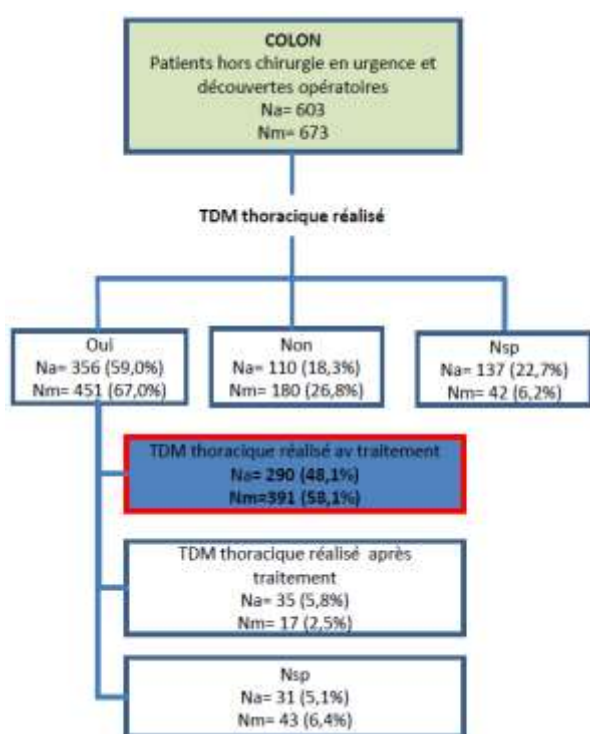


Figure 8. Organigramme présentant le calcul de l'indicateur 4 pour les cancers du côlon.

Na : Nombre de patients en Aquitaine ; Nm : Nombre de patients en Midi-Pyrénées ; Nsp : Ne sait pas (données manquantes)

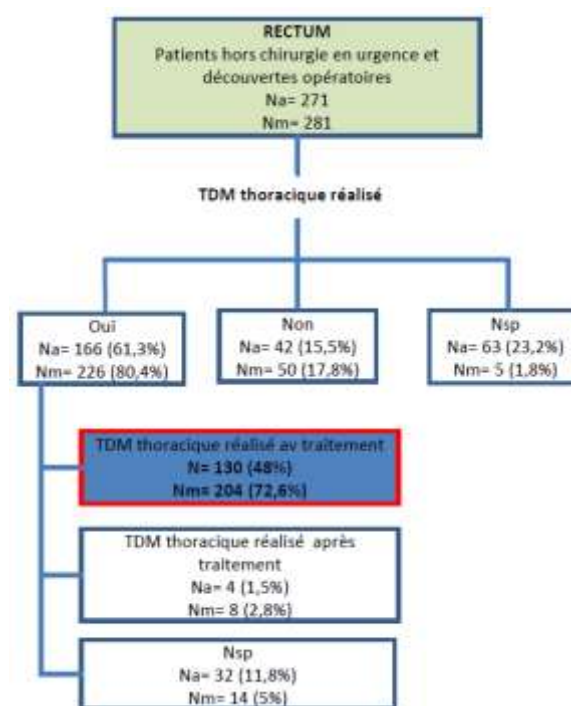


Figure 9. Organigramme présentant le calcul de l'indicateur 4 pour les cancers du rectum.

Na : Nombre de patients en Aquitaine ; Nm : Nombre de patients en Midi-Pyrénées ; Nsp : Ne sait pas (données manquantes)

### ► COMMENTAIRES

Les résultats de l'indicateur 4 montrent un manque de traçabilité du scanner thoracique dans les dossiers médicaux consultés plus important en Aquitaine. On note également une proportion plus importante de scanners thoraciques non réalisés en Midi-Pyrénées.

## 5.3 INDICATEUR 5 : ECHO-ENDOSCOPIE RECTALE (EER) (CANCERS DU RECTUM)

### DEFINITION

**Tous les patients ont eu une écho-endoscopie rectale réalisée avant tout traitement, tracée dans le dossier médical**

**Numérateur** *Nb de patients avec "écho-endoscopie rectale" réalisée avant tout traitement, tracée dans le dossier médical*

**Dénominateur** *Nb total de patients hors chirurgies en urgence et découvertes opératoires*

### RESULTAT DE L'INDICATEUR 5

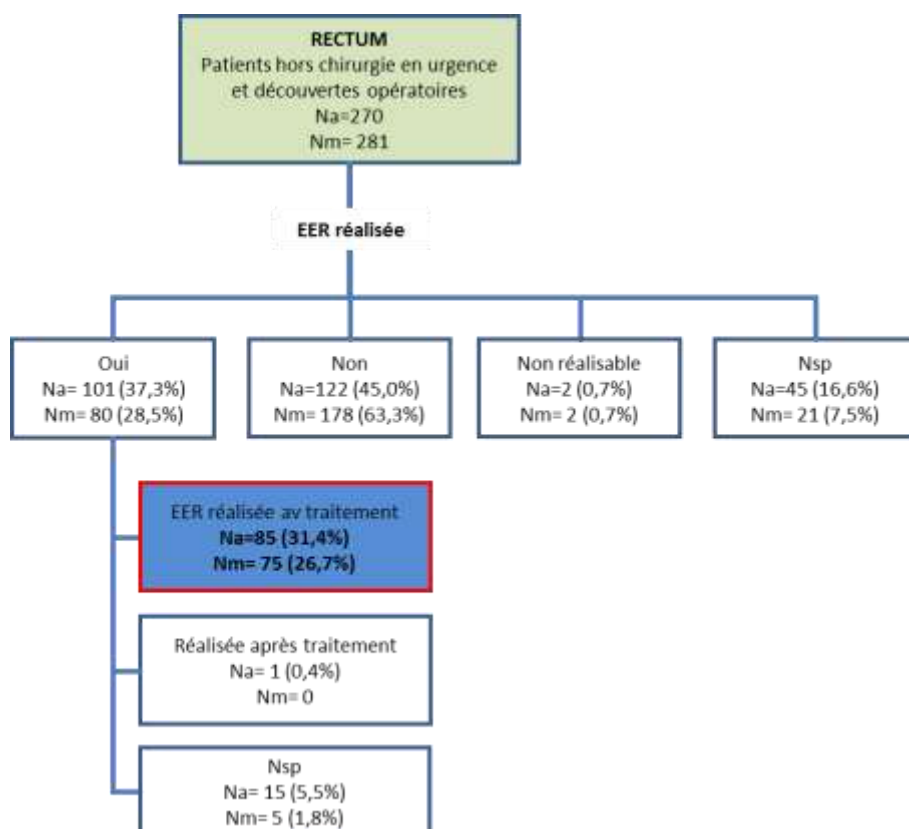
**Tableau 24.** Indicateur 5 : écho-endoscopie rectale avant traitement.

| Localisation | Numérateur | Dénominateur | %    | Effet région (p) |
|--------------|------------|--------------|------|------------------|
| Rectum       | 160        | 551          | 29,0 | <0,001           |

*Information non trouvée pour 86 patients sur 551 (16 %).*

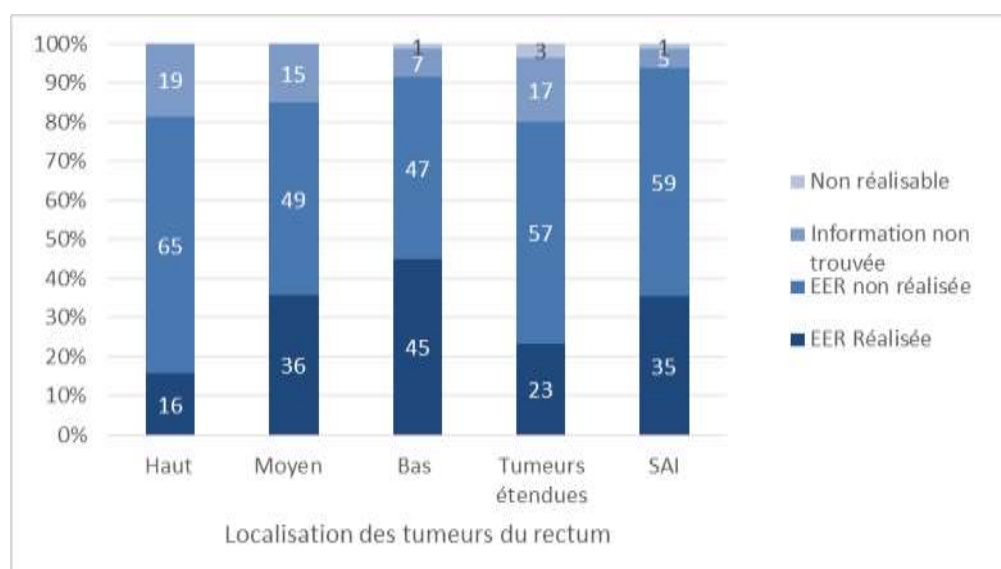
**Tableau 25 :** Réalisation de l'écho-endoscopie rectale (hors chirurgies en urgence et découvertes opératoires) chez les patients atteints d'un cancer du rectum diagnostiqué en 2010 (N=551).

|   | N          | %          |
|---|------------|------------|
| EER quel que soit le moment par rapport au traitement | 181        | 32,8       |
| Pas d'EER   | 300        | 54,4       |
| EER non réalisable                                    | 4          | 0,7        |
| EER non tracée  | 66         | 12,0       |
| <b>Total</b>  | <b>551</b> | <b>100</b> |



**Figure 10.** Réalisation de l'écho-endoscopie rectale (hors chirurgies en urgence et découvertes opératoires) chez les patients atteints d'un cancer du rectum diagnostiqué en 2010 (indicateur 5) selon la région.

Na : Nombre de patients en Aquitaine ; Nm : Nombre de patients en Midi-Pyrénées ; Nsp : Ne sait pas (données manquantes)



**Figure 11.** Réalisation de l'écho-endoscopie rectale (hors chirurgies en urgence et découvertes opératoires) chez les patients atteints d'un cancer du rectum diagnostiqué en 2010 selon la localisation des tumeurs dans les deux régions

SAI : Sans autre indication sur la localisation de la tumeur

**Tableau 26.** EER et IRM chez les patients atteints d'un cancer du rectum en Aquitaine.

|                                | EER+       |            | EER-/EER Nsp |            | Total      |            |
|--------------------------------|------------|------------|--------------|------------|------------|------------|
|                                | N          | %          | N            | %          | N          | %          |
| IRM+                           | 46         | 45,5       | 99           | 59,3       | 145        | 54,1       |
| IRM-/non réalisable ou inconnu | 55         | 54,5       | 68           | 40,7       | 123        | 45,9       |
| <b>Total</b>                   | <b>101</b> | <b>100</b> | <b>167</b>   | <b>100</b> | <b>268</b> | <b>100</b> |

**Tableau 27.** EER et IRM chez les patients atteints d'un cancer du rectum en Midi-Pyrénées.

|                                 | EER+      |            | EER-/EER Nsp |            | Total      |            |
|---------------------------------|-----------|------------|--------------|------------|------------|------------|
|                                 | N         | %          | N            | %          | N          | %          |
| IRM+                            | 45        | 56,2       | 76           | 38,2       | 121        | 43,4       |
| IRM-/ non réalisable ou inconnu | 35        | 43,8       | 123          | 61,8       | 158        | 56,6       |
| <b>Total</b>                    | <b>80</b> | <b>100</b> | <b>199</b>   | <b>100</b> | <b>279</b> | <b>100</b> |

Parmi les patients qui n'ont pas eu d'EER, 59 % ont eu une IRM pelvienne en Aquitaine et 38 % en Midi-Pyrénées.

#### ► COMMENTAIRES

L'EER n'est pas réalisée de façon systématique chez les patients atteints d'un cancer du rectum, hors chirurgies en urgence et découvertes opératoires. La différence entre les deux régions est due à une part plus importante d'EER non réalisées ou non tracées en Midi-Pyrénées.

Un rattrapage par IRM semble cependant fait en Aquitaine.

## 5.4 INDICATEUR 6 : IRM PELVIENNE (CANCER DU RECTUM)

### DEFINITION DE L'INDICATEUR 6

**Tous les patients avec une tumeur localement évoluée à partir de T3 ont eu une IRM pelvienne réalisée avant tout traitement, tracée dans le dossier médical**

**Numérateur** *Nb de patients "uT" (écho-endoscopie) ≥ 3 avec IRM pelvienne réalisée avant tout traitement, tracée dans le dossier médical*

**Dénominateur** *Nb de patients avec "uT" (écho-endoscopie rectale) ≥ 3, hors chirurgies en urgence et découvertes opératoires*

### RESULTAT DE L'INDICATEUR 6

**Tableau 28.** Indicateur 6 : IRM pelvienne dans les tumeurs du rectum à partir de uT3, réalisée avant traitement.

| Localisation  | Numérateur | Dénominateur | %  | Effet région (p) |
|---------------|------------|--------------|----|------------------|
| <b>Rectum</b> | 46         | 115          | 40 | 0,541            |

*Information non trouvée pour 17 patients sur 115 (15 %).*

**Tableau 29.** Réalisation de l'IRM pelvienne (hors chirurgies en urgence et découvertes opératoires) chez les patients atteints d'un cancer du rectum à partir de uT3 diagnostiqué en 2010 (N=115).

|   | N          | %          |
|---|------------|------------|
| IRM quel que soit le moment par rapport au traitement | 56         | 48,7       |
| Pas d'IRM   | 50         | 43,5       |
| IRM non réalisable                                    | 1          | 0,9        |
| IRM non tracée  | 8          | 6,9        |
| <b>Total</b>  | <b>115</b> | <b>100</b> |

#### ► COMMENTAIRES

L'IRM pelvienne n'est pas réalisée de façon systématique chez les patients atteints d'un cancer du rectum localement évolué à partir de T3, hors chirurgies en urgence et découvertes opératoires.

## Chapitre 6- **QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE INITIALE : L'ANATOMOPATHOLOGIE**

---

## 6.1 INDICATEUR 7 : TRAÇABILITE DU STADE PTN ET DU TYPE HISTOLOGIQUE DANS LE COMPTE RENDU D'ANATOMOPATHOLOGIE

### DEFINITION

Tous les patients ont dans leur dossier médical un compte rendu anatomopathologique mentionnant le stade pathologique (pTpN) ET le type histologique

**Numérateur** *Nb de patients opérés avec "pT", "pN" ou "yT", "yN" et "Morphologie" renseignés dans le compte rendu anatomopathologique*

**Dénominateur** *Nb total de patients opérés hors colostomies seules, laparotomies exploratrices et résections endoluminales seules*

**Dénominateur** *Nb total de patients opérés hors colostomies seules, laparotomies exploratrices, excrèses par voie transanale et résections endoluminales seules*

Les excrèses par voie transanale sont exclues du dénominateur car il est impossible de déterminer le pN dans ce type de chirurgie.

### RESULTAT DE L'INDICATEUR 7

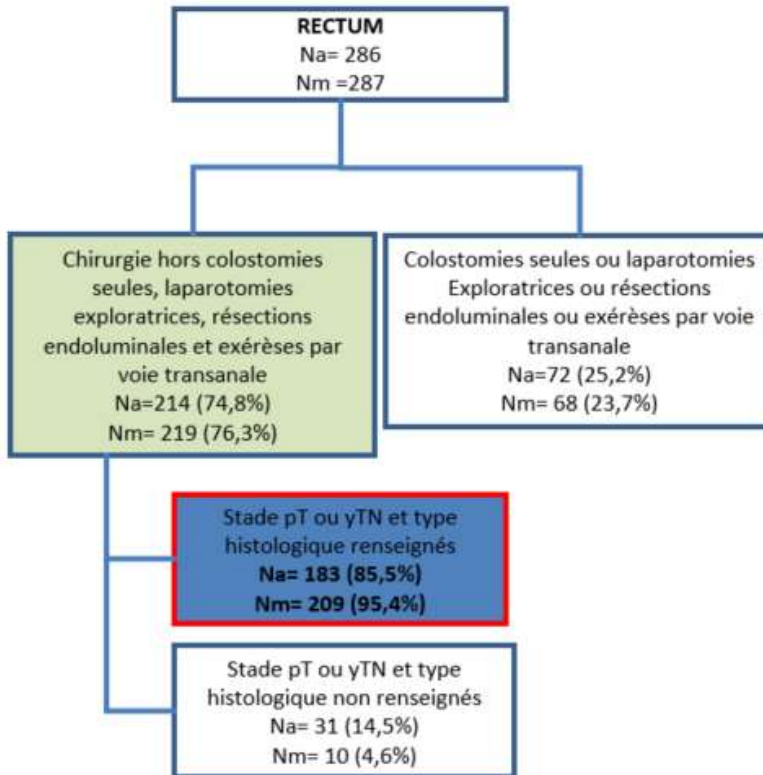
**Tableau 30.** Indicateur 7 : pTN et type histologique dans le compte rendu d'anatomopathologie.

| Localisation | Numérateur | Dénominateur | %    | Effet région (p) |
|--------------|------------|--------------|------|------------------|
| Côlon        | 1242       | 1286         | 96,6 | 0,224            |
| Rectum       | 392        | 433          | 90,5 | <0,001           |

*Absence de données manquantes.*

Parmi les 44 patients atteints d'un cancer du côlon pour lesquels le stade pathologique pTN ou le type histologique est manquant, il y en a 4 pour lesquels aucune de ces deux informations n'est retrouvée, 39 ont uniquement le stade pathologique renseigné et 1 patient a uniquement le type histologique renseigné.

Parmi les 41 patients atteints d'un cancer du rectum pour lesquels le stade pathologique pTN ou le type histologique est manquant, il y en a 4 pour lesquels aucune de ces deux informations n'est retrouvée et 37 qui ont uniquement le stade pathologique renseigné.



**Figure 12.** Traçabilité du stade pTN ou yTN et du type histologique (hors colostomies seules, laparotomies exploratrices, résections endoluminales et exérèses par voie transanale) chez les patients atteints d'un cancer du rectum diagnostiqué en 2010 (indicateur 7) selon la région.

*Na : Nombre de patients en Aquitaine ; Nm : Nombre de patients en Midi-Pyrénées*

► **COMMENTAIRES :**

La traçabilité du stade pTN et du type histologique serait améliorée par l'utilisation d'un compte rendu anatomopathologique standardisé.

La différence observée entre les deux régions pour le cancer du rectum n'est pas jugée cliniquement pertinente.



## 6.2 INDICATEUR 8 : TRAÇABILITE DU NOMBRE DE GANGLIONS PRELEVES ET ENVAHIS DANS LE COMPTE RENDU D'ANATOMOPATHOLOGIE

### DEFINITION

Tous les patients ont dans leur dossier un compte rendu anatomopathologique mentionnant les nombres de ganglions prélevés et envahis

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| <b>Numérateur</b>              | <i>Nb de patients opérés avec "Nombre de ganglions analysés" et "Nombre de ganglions envahis" renseignés dans le CR anatomopathologique</i>             |
| <b>Dénominateur<br/>côlon</b>  | <i>Nb total de patients opérés hors colostomies seules, laparotomies exploratrices et résections endoluminales seules</i>                               |
| <b>Dénominateur<br/>rectum</b> | <i>Nb total de patients opérés hors colostomies seules, laparotomies exploratrices, résections endoluminales seules et exérèses par voie transanale</i> |

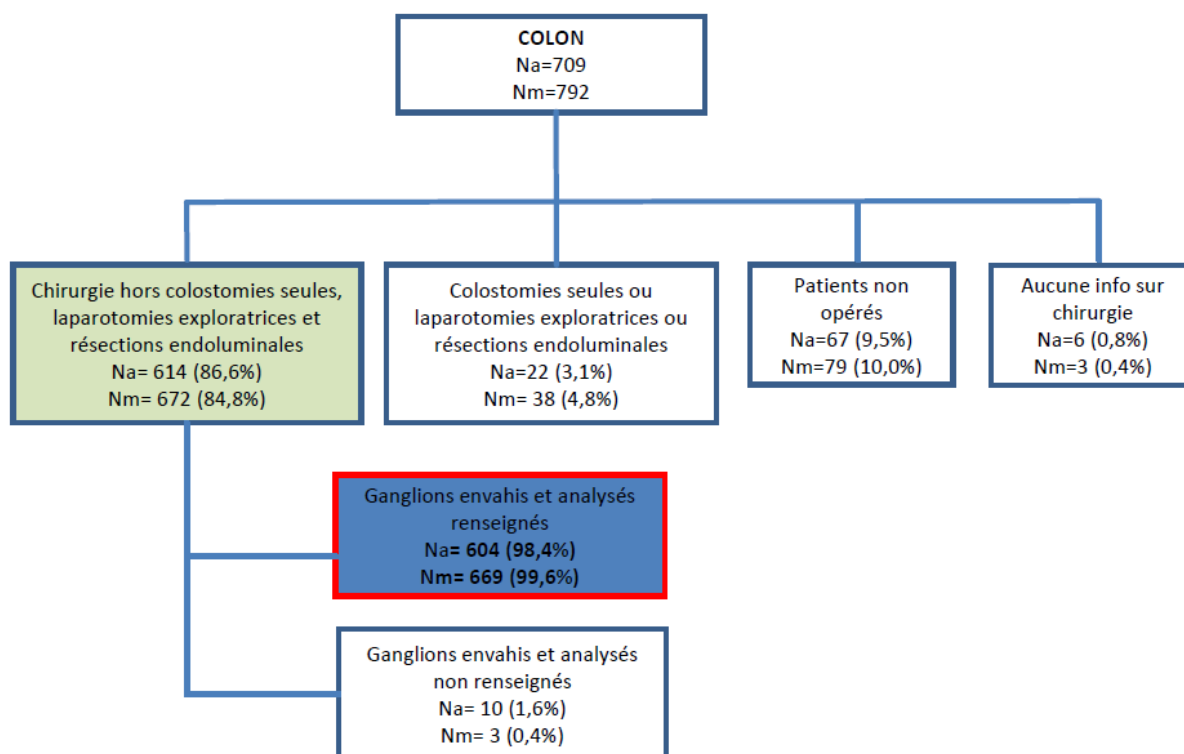
Les exérèses par voie transanale sont exclues du dénominateur car il est impossible de déterminer le pN dans ce type de chirurgie.

### RESULTAT DE L'INDICATEUR 8

**Tableau 31.** Indicateur 8 : nombre de ganglions prélevés et envahis dans le compte rendu d'anatomopathologie.

| Localisation  | Numérateur | Dénominateur | %    | Effet région (p) |
|---------------|------------|--------------|------|------------------|
| <b>Côlon</b>  | 1273       | 1286         | 99,0 | 0,048            |
| <b>Rectum</b> | 428        | 433          | 98,8 | 0,211            |

*Absence de données manquantes.*



**Figure 13.** Traçabilité du nombre de ganglions analysés et envahis (hors colostomies seules, laparotomies exploratrices et résections endoluminales) chez les patients atteints d'un cancer du côlon diagnostiqué en 2010 (indicateur 8) selon la région.

Na : Nombre de patients en Aquitaine ; Nm : Nombre de patients en Midi-Pyrénées

► **COMMENTAIRES**

La différence observée entre les deux régions pour le cancer du côlon n'est pas jugée cliniquement pertinente.

### 6.3 INDICATEUR 9 : NOMBRE DE GANGLIONS ANALYSES ≥ 12

**DEFINITION**

**Proportion de patients dont le nombre de ganglions analysés est ≥ 12**

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| <b>Numérateur</b>              | <i>Nb de patients opérés avec "Nombre de ganglions analysés" ≥ 12</i>   |
| <b>Dénominateur<br/>côlon</b>  | <i>Nb total de patients opérés hors colostomies seules, laparotomies exploratrices et résections endoluminales seules</i>                               |
| <b>Dénominateur<br/>rectum</b> | <i>Nb total de patients opérés hors colostomies seules, laparotomies exploratrices, résections endoluminales seules et exérèses par voie transanale</i> |

Les exérèses par voie transanale sont exclues du dénominateur car il est impossible de déterminer le pN dans ce type de chirurgie.

RESULTAT DE L'INDICATEUR 9

Tableau 32. Indicateur 9 : nombre de ganglions analysés ≥ 12.

| Localisation | Numérateur | Dénominateur | %    | Effet région (p) |
|--------------|------------|--------------|------|------------------|
| Côlon        | 945        | 1286         | 73,5 | <0,001           |
| Rectum       | 264        | 433          | 61,0 | 0,007            |

Côlon : Information non trouvée pour 27 patients sur 1286 (2 %).

Rectum : Information non trouvée pour 12 patients sur 433 (3 %).

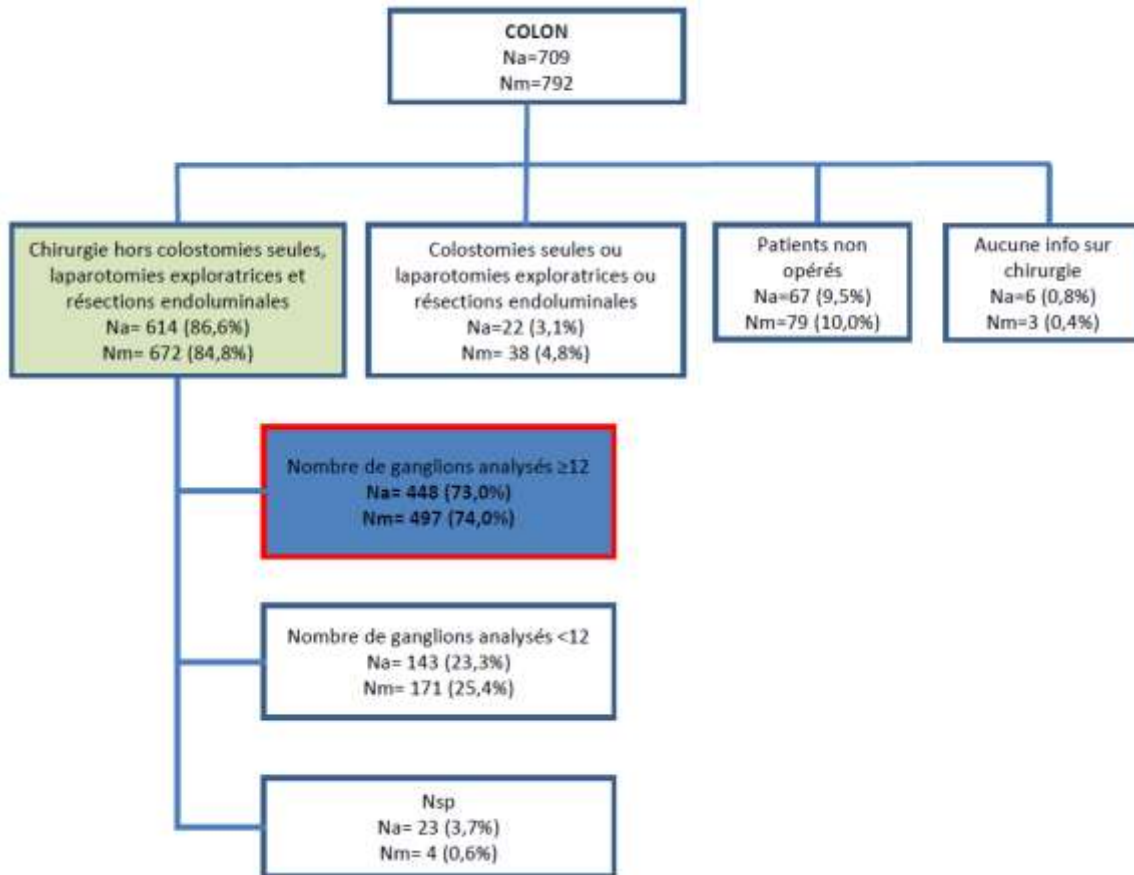
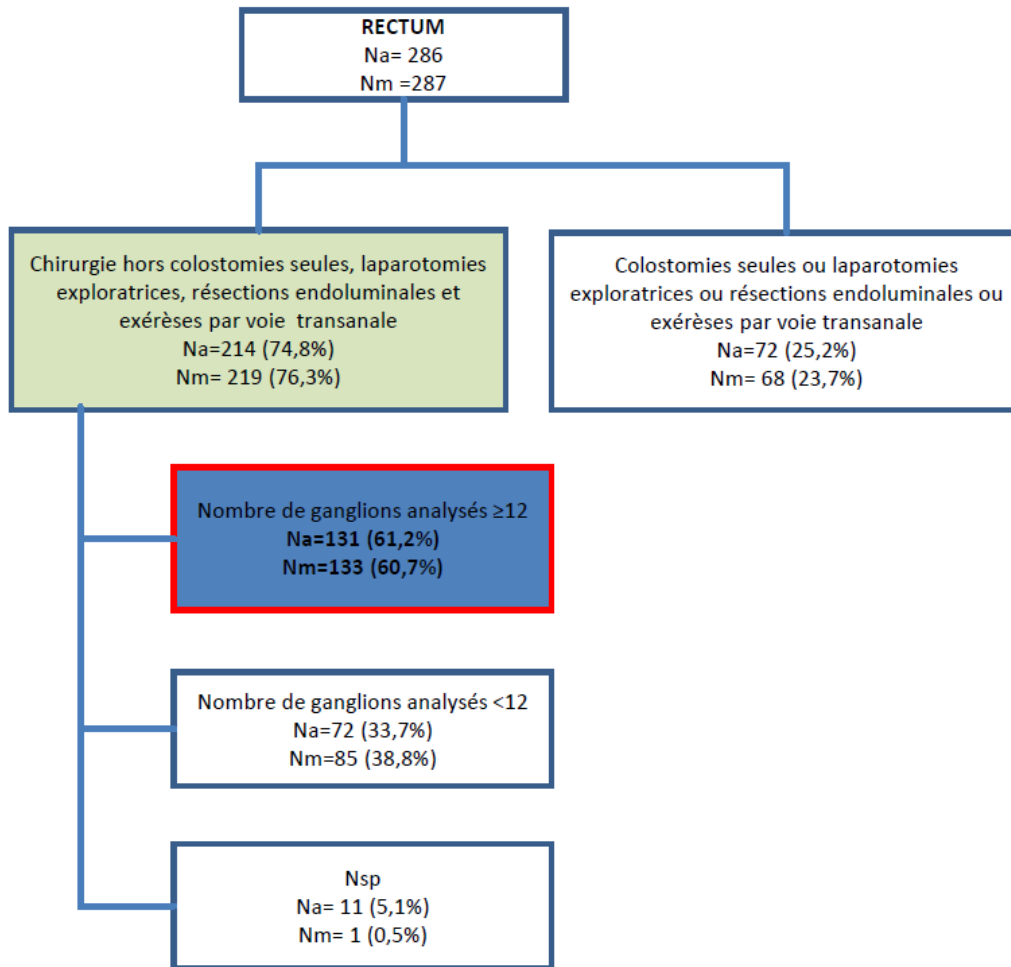


Figure 14. Nombre de ganglions analysés ≥ 12 (hors colostomies seules, laparotomies exploratrices et résections endoluminales) chez les patients atteints d'un cancer du côlon diagnostiqué en 2010 (indicateur 9) selon la région.

Na : Nombre de patients en Aquitaine ; Nm : Nombre de patients en Midi-Pyrénées ; Nsp : Ne sait pas (données manquantes)



**Figure 15.** Nombre de ganglions analysés  $\geq 12$  (hors colostomies seules, laparotomies exploratrices et résections endoluminales) chez les patients atteints d'un cancer du rectum diagnostiqué en 2010 (indicateur 9) selon la région.

*Na : Nombre de patients en Aquitaine ; Nm : Nombre de patients en Midi-Pyrénées ; Nsp : Ne sait pas (données manquantes)*

**COMMENTAIRES**  
Les différences observées entre les deux régions ne sont pas jugées cliniquement pertinentes.

## Chapitre 7- **QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE INITIALE : LA CHIRURGIE**

---

Parmi les 1501 patients atteints d'un cancer du côlon, 1346 (89,7 %) ont été opérés et 146 (9,7 %) n'ont pas été opérés. L'information sur la réalisation de la chirurgie n'a pas été retrouvée pour 9 patients (0,6 %).

Parmi les 573 patients atteints d'un cancer du rectum, 481 (84 %) ont été opérés et 85 (14,8 %) n'ont pas été opérés. L'information sur la réalisation de la chirurgie n'a pas été retrouvée pour 7 patients (1,2 %).

## 7.1 PATIENTS NON OPERES

### a) Côlon

146 patients atteints d'un cancer du côlon n'ont pas été opérés. Les raisons d'absence de traitement chirurgical dans la première année sont présentées dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 33.** Raisons de non traitement pour les patients atteints d'un cancer du côlon non opéré (N=146).

| Raisons              | N          | %          |
|----------------------|------------|------------|
| Maladies associées   | 51         | 34,9       |
| Pas d'indication     | 50         | 34,3       |
| Traitement palliatif | 20         | 13,7       |
| Inconnu              | 10         | 6,8        |
| Autre                | 8          | 5,5        |
| Refus patient        | 5          | 3,4        |
| Age                  | 2          | 1,4        |
| <b>Total</b>         | <b>146</b> | <b>100</b> |

La moyenne d'âge des patients non opérés était de 71 ans (ET=13 ans). Parmi eux :

- 109 (74,7 %) étaient métastatiques d'emblée,
- 76 (52,1 %) avaient au moins une comorbidité associée,
- 82 (56,2 %) ont eu une chimiothérapie.

### b) Rectum

85 patients atteints d'un cancer du rectum n'ont pas été opérés. Les raisons d'absence de traitement chirurgical dans la première année sont présentées dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 34.** Raisons de non traitement pour les patients atteints d'un cancer du rectum non opéré (N=85).

| Raisons              | n         | %          |
|----------------------|-----------|------------|
| Pas d'indication     | 25        | 29,4       |
| Maladies associées   | 21        | 24,7       |
| Autre                | 11        | 12,9       |
| Age                  | 9         | 10,6       |
| Traitement palliatif | 8         | 9,4        |
| Inconnu              | 7         | 8,2        |
| Refus patient        | 4         | 4,7        |
| <b>Total</b>         | <b>85</b> | <b>100</b> |

La moyenne d'âge de ces patients était de 75 ans (ET=12 ans). Parmi eux :

- 45 (52,9 %) étaient métastatiques d'emblée,
- 49 (57,6 %) avaient au moins une comorbidité associée,
- 35 (41,1 %) ont eu une chimiothérapie.

## 7.2 PATIENTS OPERES

### a) Côlon

Parmi les 1501 patients atteints d'un cancer du côlon, 1346 (89,7 %) ont été opérés. La moyenne d'âge de ces patients était de 72 ans (ET=12 ans).

**Tableau 35.** Description du contexte chirurgical chez les 1346 patients atteints d'un cancer du côlon opérés.

| Contexte chirurgical  | N           | %          |
|-----------------------|-------------|------------|
| Programmé             | 1130        | 84,0       |
| Urgence               | 206         | 15,3       |
| Découverte opératoire | 4           | 0,3        |
| Inconnu               | 6           | 0,5        |
| <b>Total</b>          | <b>1346</b> | <b>100</b> |

### b) Rectum

Parmi les 573 patients atteints d'un cancer du rectum, 481 (83,9 %) ont été opérés. La moyenne d'âge de ces patients était de 69 ans (ET =12 ans).

**Tableau 36 :** Description du contexte chirurgical chez les 481 patients atteints d'un cancer du rectum opérés.

| Contexte chirurgical  | N          | %          |
|-----------------------|------------|------------|
| Programmé             | 467        | 97,1       |
| Urgence               | 13         | 12,7       |
| Découverte opératoire | 0          | 0          |
| Inconnu               | 1          | 0,2        |
| <b>Total</b>          | <b>481</b> | <b>100</b> |

## 7.3 INDICATEUR 10 : TRAÇABILITE DE LA MESURE QUANTITATIVE DE LA MARGE LA PLUS PROCHE (CANCERS DU COLON)

### DEFINITION

**Tous les patients ont dans leur dossier un CR anatomopathologique mentionnant la mesure quantitative de la marge la plus proche (distale ou proximale)**

**Numérateur** *Nb de patients opérés avec "Mesure quantitative de la marge la plus proche (distale ou proximale)" renseignée dans le compte rendu anatomopathologique*

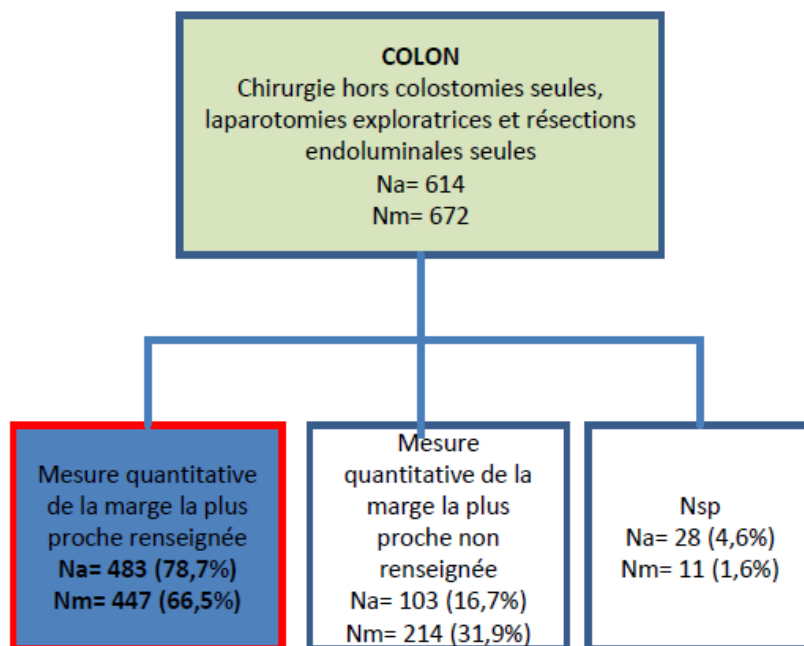
**Dénominateur** *Nb total de patients opérés hors colostomies seules, laparotomies exploratrices et résections endoluminales seules*

RESULTAT DE L'INDICATEUR 10

**Tableau 37.** Indicateur 10 : traçabilité de la mesure quantitative de la marge la plus proche dans le compte rendu d'anatomopathologie pour les patients atteints d'un cancer du côlon.

| Localisation | Numérateur | Dénominateur | %    | Effet région (p) |
|--------------|------------|--------------|------|------------------|
| Côlon        | 930        | 1286         | 72,3 | <0,001           |

Information non trouvée pour 39 patients sur 1286 (3 %).



**Figure 16.** Mesure quantitative de la marge la plus proche dans le compte rendu d'anatomopathologie pour les patients opérés d'un cancer du côlon diagnostiqué en 2010 (hors colostomies seules, laparotomies exploratrices et résections endoluminales seules) (Indicateur 10) selon la région.

Na : Nombre de patients en Aquitaine ; Nm : Nombre de patients en Midi-Pyrénées ; Nsp : Ne sait pas (données manquantes)

► **COMMENTAIRES :**

La mesure quantitative de la marge n'est pas systématiquement tracée dans le compte rendu d'anatomopathologie. La différence observée entre les deux régions est due à une meilleure traçabilité de cette mesure en Aquitaine.

Les comptes rendus d'anatomopathologie retrouvés contiennent cependant souvent la notion de marge saine ou non, sans mesure quantitative. Une standardisation des comptes rendus d'anatomopathologie pourrait améliorer cette traçabilité des mesures quantitatives des marges.



## 7.4 INDICATEUR 11 : TRAÇABILITE DE LA MESURE QUANTITATIVE DES MARGES (CANCERS DU RECTUM)

### DEFINITION

Tous les patients ont dans leur dossier un CR anatomopathologique mentionnant la mesure de la marge la plus proche (distale ou proximale) et latérales (circonférentielles)

**Numérateur** *Nb de patients opérés avec "Mesure quantitative de la marge la plus proche (distale ou proximale)" et "Marge circonférentielle" renseignées dans le CR anatomopathologique*

**Dénominateur** *Nb total de patients opérés hors colostomies seules, laparotomies exploratrices et résections endoluminales seules*

### RESULTAT DE L'INDICATEUR 11

**Tableau 38.** Indicateur 11 : traçabilité de la mesure quantitative des marges dans le compte rendu d'anatomopathologie pour les patients atteints d'un cancer du rectum.

| Localisation | Numérateur | Dénominateur | %    | Effet région (p) |
|--------------|------------|--------------|------|------------------|
| Rectum       | 196        | 454          | 43,2 | 0,523            |

*Information non trouvée pour 29 patients sur 454 (6 %).*

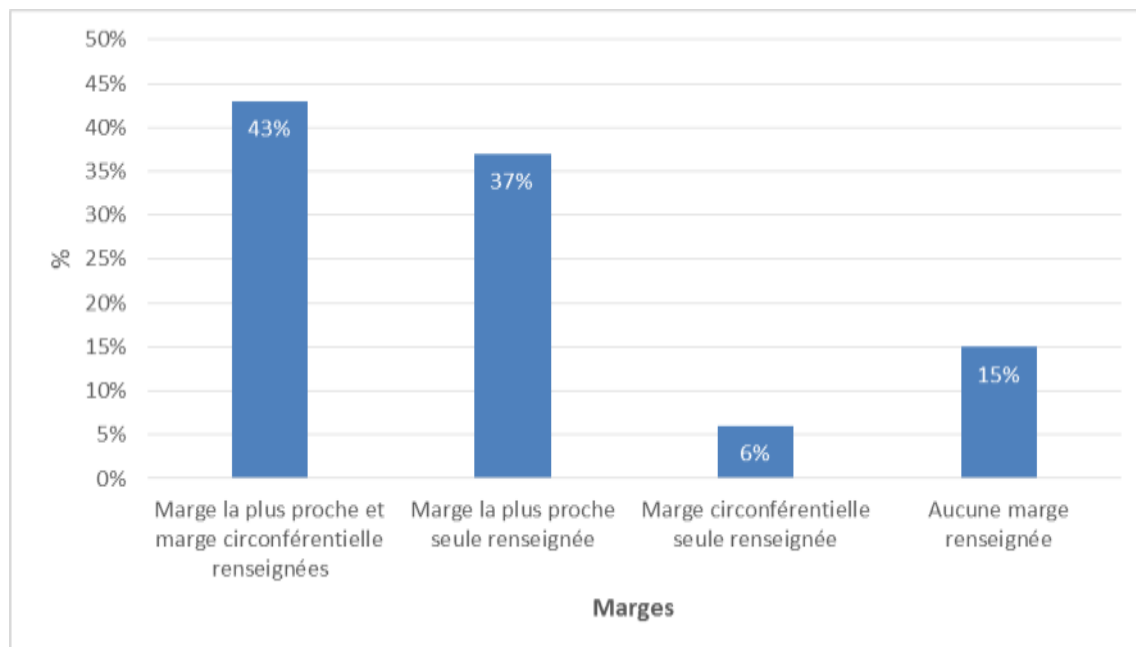


Figure 17. Marge circonférentielle et marge la plus proche chez les patients opérés d'un cancer du rectum diagnostiqué en 2010 (hors colostomies seules, laparotomies exploratrices et résections endoluminales seules).

## ▶ COMMENTAIRES

Les mesures quantitatives de la marge la plus proche et de la marge circonférentielle ne sont pas systématiquement tracées dans le compte rendu d'anatomopathologie. La mesure de la marge circonférentielle est celle qui est la moins renseignée.

## 7.5 INDICATEUR 12 : RECHERCHE DE LA MUTATION DU GÈNE KRAS

## DEFINITION

**Tous les patients métastatiques d'emblée ont eu une recherche de la mutation du gène KRAS tracée dans le dossier médical**

**Numérateur** *Nb de patients métastatiques avec "Recherche d'une mutation du gène KRAS" tracée dans le dossier médical*

**Dénominateur** *Nb total de patients métastatiques d'emblée*

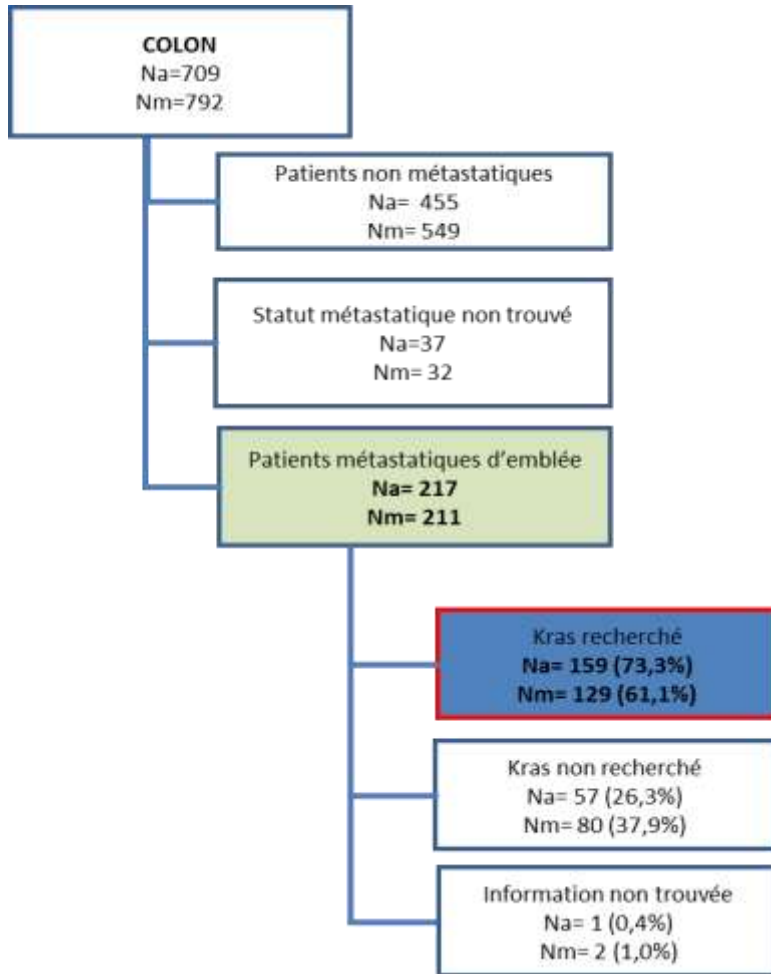
## RESULTAT DE L'INDICATEUR 12

**Tableau 39.** Indicateur 12 : recherche de la mutation du gène KRAS.

| Localisation | Numérateur | Dénominateur | %    | Effet région (p) |
|--------------|------------|--------------|------|------------------|
| Côlon        | 288        | 428          | 67,3 | 0,012            |
| Rectum       | 85         | 128          | 66,4 | 0,153            |

*Côlon : Information non trouvée pour 2 patients sur 428 (0 %).*

*Rectum : Information non trouvée pour 2 patients sur 128 (2 %).*



**Figure 18.** Recherche de la mutation du gène KRAS chez les patients atteints d'un cancer du côlon métastatique d'emblée diagnostiqué en 2010 (indicateur 12C) selon la région.

Na : Nombre de patients en Aquitaine ; Nm : Nombre de patients en Midi-Pyrénées

**COMMENTAIRES**

Une différence est observée entre les deux régions pour le cancer du côlon, avec une prescription de recherche de la mutation du gène KRAS en plus grande quantité en Aquitaine pour les patients atteints d'un cancer du côlon métastatique d'emblée. Cette différence est probablement due à des habitudes thérapeutiques différentes entre les deux régions.

**7.6 INDICATEUR 13 : EXERESE TOTALE ET INTEGRE DU MESORECTUM (CANCERS DU RECTUM)**

**DEFINITION**

Tous les patients (avec un cancer du bas ou du moyen rectum) ont dans leur dossier un compte rendu opératoire mentionnant l'exérèse totale et intégrè du mésorectum et un compte rendu anatomopathologique mentionnant l'intégrité du fascia recti

**Numérateur** Nb de patients avec cancer du "Moyen rectum" ou du "Bas rectum" opérés avec "Exérèse totale du mésorectum" et "Exérèse intégrée du mésorectum" renseignées et "Fascia recti" complet

**Dénominateur** Nb de patients avec cancer du "Moyen rectum" ou du "Bas rectum" opérés, hors colostomies seules, laparotomies exploratrices, résections endoluminales seules et exérèses par voie transanale

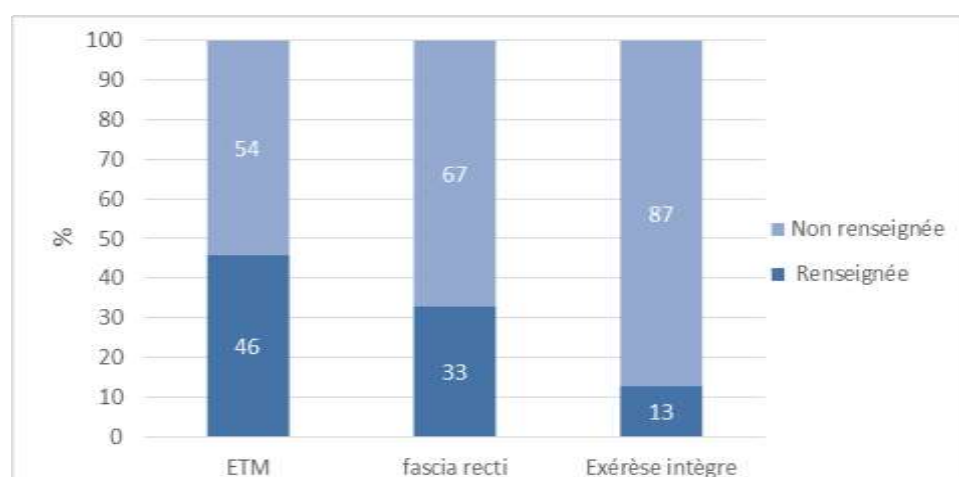
Les données relatives au fascia recti figurent dans les comptes rendus d'anatomopathologie et les données relatives à l'exérèse du mésorectum dans les comptes rendus opératoires.

**RESULTAT DE L'INDICATEUR 13**

**Tableau 40.** Indicateur 13 : traçabilité de l'exérèse totale et intégrée du mésorectum, avec fascia recti complet, chez les patients atteints d'un cancer du bas ou du moyen rectum.

| Localisation | Numérateur | Dénominateur | %   | Effet région (p) |
|--------------|------------|--------------|-----|------------------|
| Rectum       | 19         | 258          | 7,4 | 0,470            |

Absence de données manquantes.



**Figure 19.** Traçabilité de l'exérèse totale du mésorectum (ETM), de l'exérèse intégrée du mésorectum dans le compte rendu opératoire et de la complétude du fascia recti dans le compte rendu d'anatomopathologie chez les patients opérés d'un cancer du rectum diagnostiqué en 2010 (hors colostomies seules, laparotomies exploratrices, résections endoluminales seules et exérèses par voie transanale).

**COMMENTAIRES**

La traçabilité des trois critères combinés « exérèse totale du mésorectum », « exérèse intégrée du mésorectum » et « fascia recti complet », issus à la fois du compte rendu d'anatomopathologie et du compte rendu opératoire est faible. En analysant chaque critère séparément, ceux-ci restent insuffisamment tracés (< 50 %), avec la notion d'exérèse intégrée du mésorectum la moins bien renseignée.

## 7.7 INDICATEUR 14 : MARGE CIRCONFÉRENTIELLE (CANCERS DU RECTUM)

### DEFINITION

Proportion de patients opérés d'un cancer du rectum ayant une marge circonférentielle  $\leq 1$  mm

**Numérateur** Nb de patients opérés avec "Marge circonférentielle"  $\leq 1$  mm

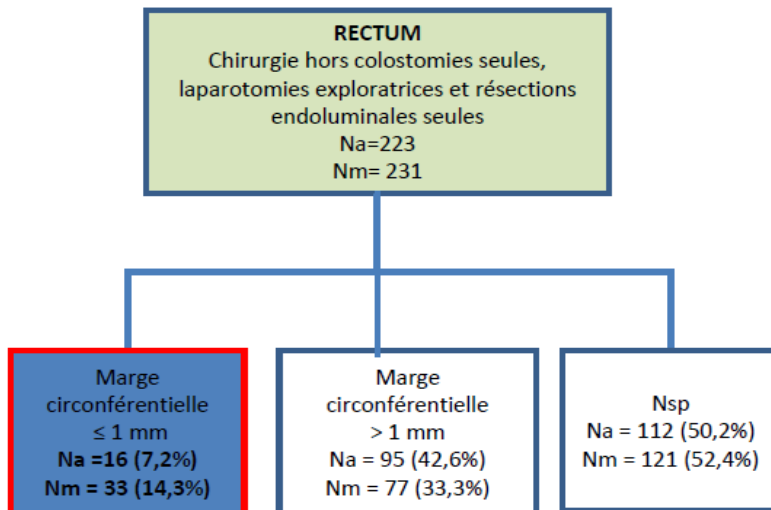
**Dénominateur** Nb total de patients opérés hors colostomies seules, laparotomies exploratrices et résections endoluminales seules

### RESULTAT DE L'INDICATEUR 14

**Tableau 41.** Indicateur 14 : marge circonférentielle  $\leq 1$  mm chez les patients atteints d'un cancer du rectum.

| Localisation | Numérateur | Dénominateur | %    | Effet région (p) |
|--------------|------------|--------------|------|------------------|
| Rectum       | 49         | 454          | 10,8 | 0,018            |

Information non trouvée pour 233 patients sur 454 (51 %).



**Figure 20.** Marge circonférentielle chez les patients atteints d'un cancer du rectum diagnostiqué en 2010 (hors colostomies seules, laparotomies exploratrices et résections endoluminales seules) (indicateur 14) selon la région.

Na : Nombre de patients en Aquitaine ; Nm : Nombre de patients en Midi-Pyrénées ; Nsp : Ne sait pas (données manquantes)

### COMMENTAIRES

Dans la moitié des cas, la mesure quantitative de la marge circonférentielle ne figure pas dans les comptes rendus d'anatomopathologie, malgré la standardisation de ceux-ci. Cependant, la notion de marge circonférentielle saine ou non figure probablement dans les comptes rendus mais n'a pas été recueillie.

Une différence entre les deux régions est observée, avec une proportion plus importante de marge circonférentielle  $\leq 1$ mm en Midi-Pyrénées.

## Chapitre 8- **LES TRAITEMENTS COMPLEMENTAIRES (CHIMIOOTHERAPIE ET RADIOTHERAPIE)**

---

## 8.1 INDICATEUR 15 : CHIMIOTHERAPIE POST-OPERATOIRE CHEZ LES PATIENTS DE STADE II (CANCERS DU COLON)

### DEFINITION

**Proportion de patients de stade II ayant reçu une chimiothérapie post-opératoire, tracée dans le dossier médical**

**Numérateur** *Nb de patients de stade II opérés avec une "Chimiothérapie post-opératoire" tracée dans le dossier médical*

**Dénominateur** *Nb total de patients de stade II opérés, hors colostomies seules, laparotomies exploratrices, résections endoluminales seules et décès post-opératoires*

### RESULTAT DE L'INDICATEUR 15

**Tableau 42.** Indicateur 15 : chimiothérapie post-opératoire chez les patients atteints d'un cancer du côlon de stade II.

| Localisation | Numérateur | Dénominateur | %    | Effet région (p) |
|--------------|------------|--------------|------|------------------|
| Côlon        | 85         | 414          | 20,5 | 0,903            |

*Absence de données manquantes.*

### COMMENTAIRES

Un patient atteint d'un cancer du côlon de stade II sur 5 a reçu une chimiothérapie adjuvante. Afin d'expliquer la réalisation de cette chimiothérapie chez ces patients, et notamment afin de prendre en compte les facteurs pronostiques, des analyses univariées et multivariées sont en cours.

## 8.2 INDICATEURS 16 ET 17 : CHIMIOTHERAPIE ET DELAI CHEZ LES PATIENTS DE STADE III (CANCERS DU COLON)

### DEFINITION DE L'INDICATEUR 16

**Proportion de patients de stade III ayant reçu une chimiothérapie post-opératoire tracée dans le dossier médical**

**Numérateur** *Nb de patients opérés de stade III avec une « Chimiothérapie post-opératoire » tracée dans le dossier médical*

**Dénominateur** *Nb total de patients opérés de stade III, hors colostomies seules, laparotomies exploratrices, résections endoluminales seules et décès post-opératoires*

## DEFINITION DE L'INDICATEUR 17

**Proportion de patients de stade III ayant reçu une chimiothérapie dans les 8 semaines post-opératoires tracée dans le dossier médical**

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Numérateur</b>   | <i>Nb de patients opérés de stade III avec une "Chimiothérapie post-opératoire" et un délai entre la date de chirurgie et de chimiothérapie post-opératoire <math>\leq</math> 56 jours, tracés dans le dossier médical</i> |
| <b>Dénominateur</b> | <i>Nb total de patients opérés de stade III, hors colostomies seules, laparotomies exploratrices, résections endoluminales seules et décès post-opératoires</i>  |

## RESULTATS DES INDICATEURS 16 ET 17

**Tableau 43.** Indicateurs 16 et 17 : chimiothérapie post-opératoire et délai de 8 semaines chez les patients atteints d'un cancer du côlon de stade III.

| Indicateurs | Localisation | Numérateur | Dénominateur | %    | Effet région (p) |
|-------------|--------------|------------|--------------|------|------------------|
| <b>16</b>   | <b>Côlon</b> | 239        | 352          | 67,9 | 0,732            |
| <b>17</b>   |              | 186        | 352          | 52,8 | 0,815            |

*Indicateur 16 : absence de données manquantes.*

*Indicateur 17 : information non trouvée pour 2 patients sur 352 (1 %).*

Parmi les 239 patients avec un cancer du côlon de stade III qui ont eu une chimiothérapie post-opératoire, 186 (78 %) l'ont reçu dans les 8 semaines après la chirurgie.

## ► COMMENTAIRES I16 ET I17

Deux patients atteints d'un cancer du côlon de stade III sur 3 ont reçu une chimiothérapie adjuvante, et pour ceux qui en ont bénéficié, plus des trois quarts l'ont reçu dans les 8 semaines après la chirurgie. Des analyses complémentaires sont en cours.

### 8.3 INDICATEUR 18 : TRAITEMENT NEO-ADJUVANT CHEZ LES PATIENTS DE STADE T3 OU T4 OU N+ (CANCERS DU RECTUM)

## DEFINITION

**Proportion de patients de stade T3 ou T4 ou N > 0 ayant reçu un traitement néo-adjuvant (radiothérapie  $\pm$  chimiothérapie), tracé dans le dossier médical**

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Numérateur</b>   | <i>Nb de patients opérés de stade uT3 ou uT4 ou uN+ (écho-endoscopie) avec "radiothérapie <math>\pm</math> chimiothérapie" préopératoire tracée dans le dossier médical</i> |
| <b>Dénominateur</b> | <i>Nb total de patients opérés de stade uT3 ou uT4 ou uN+, hors colostomies seules, laparotomies exploratrices, urgences et découvertes opératoires</i>                     |



## RESULTAT DE L'INDICATEUR 18

**Tableau 44.** Indicateur 18 : traitement néo-adjuvant chez les patients atteints d'un cancer du rectum de stade T3 ou T4 ou N+.

| Localisation | Numérateur | Dénominateur | %    | Effet région (p) |
|--------------|------------|--------------|------|------------------|
| Rectum       | 86         | 108          | 79,6 | 0,808            |

*Absence de données manquantes.*

## ▶ COMMENTAIRES

## Chapitre 9- **LES COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES**

---

## 9.1 INDICATEUR 19 : FISTULE ANASTOMOTIQUE SYMPTOMATIQUE

### DEFINITION

**Proportion de patients ayant eu une fistule anastomotique symptomatique, tracée dans le dossier médical**

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>Numérateur</b>              | <i>Nb de patients opérés avec "Fistule anastomotique symptomatique" tracée dans le dossier médical</i>   |
| <b>Dénominateur<br/>côlon</b>  | <i>Nb total de patients opérés hors colostomies seules, laparotomies exploratrices et résections endoluminales seules</i>  |
| <b>Dénominateur<br/>rectum</b> | <i>Nb total de patients opérés hors colostomies seules, laparotomies exploratrices, résections endoluminales seules, exérèses par voie transanale et amputations abdomino-périnéales (AAP)</i> |

### RESULTAT DE L'INDICATEUR 19

**Tableau 45.** Indicateur 19 : patients opérés ayant eu une fistule anastomotique symptomatique.

| Localisation | Numérateur | Dénominateur | %   | Effet région (p) |
|--------------|------------|--------------|-----|------------------|
| Côlon        | 35         | 1286         | 2,7 | 1,000            |
| Rectum       | 24         | 373          | 6,4 | 0,134            |

*Absence de données manquantes.*

### COMMENTAIRES

## 9.2 INDICATEUR 20 : DECES POST-OPERATOIRE

### DEFINITION

**Proportion de patients décédés dans les 30 jours postopératoires dont la trace du décès a été retrouvée dans le dossier médical**

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Numérateur</b>   | <i>Nb de patients opérés avec "Décès post-opératoire" tracé dans le dossier médical</i> |
| <b>Dénominateur</b> | <i>Nb total de patients opérés hors résections endoluminales seules</i>                 |

### RESULTAT DE L'INDICATEUR 20

**Tableau 46.** Indicateur 20 : décès dans les 30 jours post-opératoires.

| Localisation | Numérateur | Dénominateur | %   | Effet région (p) |
|--------------|------------|--------------|-----|------------------|
| Côlon        | 24         | 1346         | 1,8 | 0,151            |
| Rectum       | 9          | 481          | 1,9 | 0,339            |

*Absence de données manquantes.*

### COMMENTAIRES I20

## Chapitre 10- **LA REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE (RCP) : LA TEMPORALITE**

---

## 10.1 SYNTHÈSE DE LA PRÉSENTATION EN RCP

Tous les patients atteints d'un cancer du côlon ou du rectum ont été présentés en RCP puisque l'échantillon a été construit à partir des fiches RCP des DCC des 2 régions. Une analyse selon le passage ou non en RCP des patients de Gironde et du Tarn est en cours en collaboration avec les registres des cancers de ces deux départements (EvaCCoR2).

**Tableau 47.** Présentation en RCP des patients opérés d'un cancer du côlon selon le contexte chirurgical (N=1346).

| Présentation en RCP      | Contexte chirurgical |            |            |            |                       |            |          |            |
|--------------------------|----------------------|------------|------------|------------|-----------------------|------------|----------|------------|
|                          | Chirurgie programmée |            | Urgence    |            | Découverte opératoire |            | Inconnu  |            |
|                          | n                    | %          | n          | %          | n                     | %          | n        | %          |
| Avant chirurgie          | 56                   | 5,0        | 9          | 4,4        | 0                     | 0          | 0        | 0          |
| Après chirurgie          | 837                  | 74,1       | 184        | 89,3       | 4                     | 100        | 4        | 66,7       |
| Avant et après chirurgie | 237                  | 21,0       | 13         | 6,3        | 0                     | 0          | 2        | 33,3       |
| <b>Total</b>             | <b>1130</b>          | <b>100</b> | <b>206</b> | <b>100</b> | <b>4</b>              | <b>100</b> | <b>6</b> | <b>100</b> |

Les 155 patients non opérés ou dont l'information sur la chirurgie n'a pas été retrouvée ont été considérés comme présentés en RCP préopératoire dans la suite du rapport.

**Tableau 48.** Présentation en RCP des patients opérés d'un cancer du rectum selon le contexte chirurgical (N=481).

| Présentation en RCP      | Contexte chirurgical |            |           |            |                       |          |          |            |
|--------------------------|----------------------|------------|-----------|------------|-----------------------|----------|----------|------------|
|                          | Chirurgie programmée |            | Urgence   |            | Découverte opératoire |          | Inconnu  |            |
|                          | n                    | %          | n         | %          | n                     | %        | n        | %          |
| Avant chirurgie          | 48                   | 10,3       | 3         | 23,1       | 0                     | -        | 0        | 0          |
| Après chirurgie          | 131                  | 28,1       | 9         | 69,2       | 0                     | -        | 1        | 100        |
| Avant et après chirurgie | 288                  | 61,7       | 1         | 7,7        | 0                     | -        | 0        | 0          |
| <b>Total</b>             | <b>467</b>           | <b>100</b> | <b>13</b> | <b>100</b> | <b>0</b>              | <b>-</b> | <b>1</b> | <b>100</b> |

Les 92 patients non opérés ou dont l'information sur la chirurgie n'a pas été retrouvée ont été considérés comme présentés en RCP préopératoire dans la suite du rapport.

## 10.2 INDICATEUR 21 : PRESENTATION DES CANCERS DU COLON EN RCP POST-OPERATOIRE

### DEFINITION

**Proportion de patients opérés d'un cancer du côlon dont le dossier a été discuté en RCP après chirurgie**

**Numérateur** *Nb de patients opérés avec "RCP post-opératoire" tracée dans le dossier médical*

**Dénominateur** *Nb total de patients opérés hors résections endoluminales seules*

### RESULTAT DE L'INDICATEUR 21

**Tableau 49.** Indicateur 21 : patients opérés d'un cancer du côlon dont le dossier a été discuté en RCP post-opératoire.

| Localisation | Numérateur | Dénominateur | %    | Effet région (p) |
|--------------|------------|--------------|------|------------------|
| Côlon        | 1282       | 1346         | 95,2 | 0,074            |

*Absence de données manquantes.*

### COMMENTAIRE

## 10.3 INDICATEUR 22 : PRESENTATION DES CANCERS DU RECTUM EN RCP PREOPERATOIRE

### DEFINITION

**Proportion de patients opérés d'un cancer du rectum dont le dossier a été discuté en RCP avant chirurgie**

**Numérateur** *Nb de patients opérés avec "RCP préopératoire" tracée dans le dossier médical*

**Dénominateur** *Nb total de patients opérés hors résections endoluminales seules, chirurgies en urgence et découvertes opératoires*

### RESULTAT DE L'INDICATEUR 22

**Tableau 50.** Indicateur 22 : patients opérés d'un cancer du rectum dont le dossier a été discuté en RCP préopératoire.

| Localisation | Numérateur | Dénominateur | %    | Effet région (p) |
|--------------|------------|--------------|------|------------------|
| Rectum       | 336        | 467          | 71,9 | 0,681            |

*Absence de données manquantes.*

### COMMENTAIRES

## Chapitre 11- **RCP: LE QUORUM**

---

## 11.1 INDICATEUR 23 : NOMBRE DE SPECIALITES DIFFERENTES EN RCP

## DEFINITION

Tous les patients ont eu leur dossier discuté en RCP avec au moins 3 médecins de spécialités différentes

|   |   |
|---|---|
| Numérateur (RCP pré et post-opératoire)   | <i>Nb de patients avec code OUI <math>\geq</math> 3 pour les spécialités présentes en RCP (préopératoire / post-opératoire)</i> |
| Dénominateur (RCP pré et post-opératoire) | <i>Nb total de patients avec une RCP (préopératoire / post-opératoire)</i>  |

## RESULTAT DE L'INDICATEUR 23 DE LA RCP PREOPERATOIRE

Tableau 51. Indicateur 23 : quorum de la RCP préopératoire.

| Localisation | Numérateur | Dénominateur | %    | Effet région (p) |
|--------------|------------|--------------|------|------------------|
| Côlon        | 457        | 471          | 97,0 | 0,419            |
| Rectum       | 418        | 431          | 97,0 | 0,088            |

*Absence de données manquantes.*

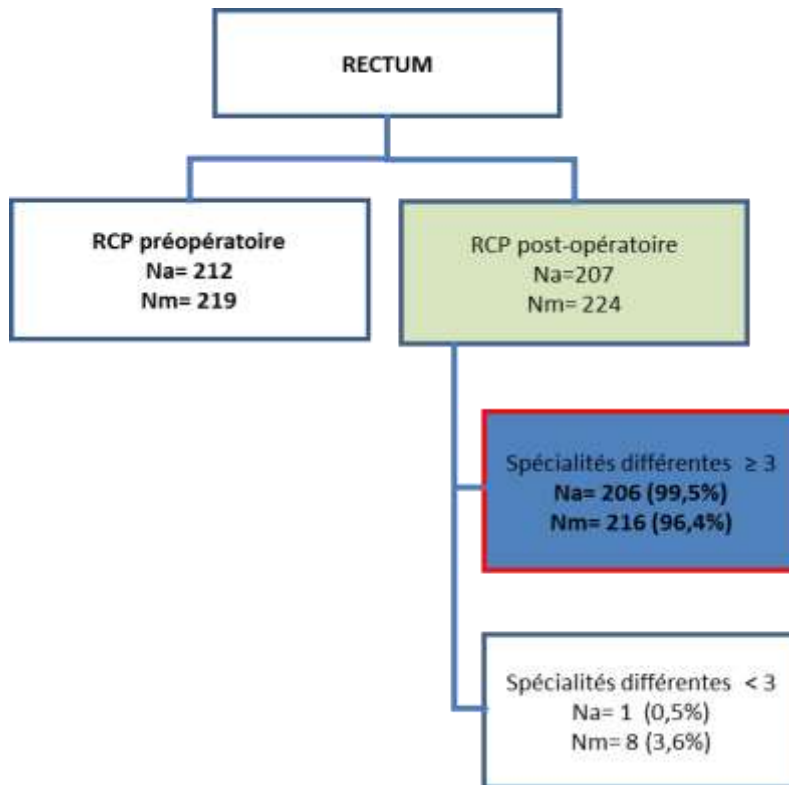
## RESULTAT DE L'INDICATEUR 23 DE LA RCP POST-OPERATOIRE

Tableau 52. Indicateur 23 : quorum de la RCP post-opératoire.

| Localisation | Numérateur | Dénominateur | %    | Effet région (p) |
|--------------|------------|--------------|------|------------------|
| Côlon        | 1248       | 1282         | 97,3 | 0,385            |
| Rectum       | 422        | 431          | 97,9 | 0,038            |

*Absence de données manquantes.*





**Figure 21.** Quorum de la RCP post-opératoire pour les patients atteints d'un cancer du rectum diagnostiqué en 2010 (indicateur 23R postop), selon la région.

*Na : Nombre de patients en Aquitaine ; Nm : Nombre de patients en Midi-Pyrénées*

#### ► COMMENTAIRE

Le quorum de la RCP est atteint dans la quasi-totalité des cas.

## 11.2 INDICATEUR 24 : PRESENCE D'UN CHIRURGIEN DIGESTIF OU A ORIENTATION DIGESTIVE

### DEFINITION

**Tous les patients ont eu leur dossier discuté en RCP avec au moins un chirurgien digestif ou à orientation digestive**

**Numérateur (RCP pré et post-opératoire)**

*Nb de patients avec "Chirurgien" renseigné sur la fiche RCP (pré/post-opératoire)*

**Dénominateur (RCP pré et post-opératoire)**

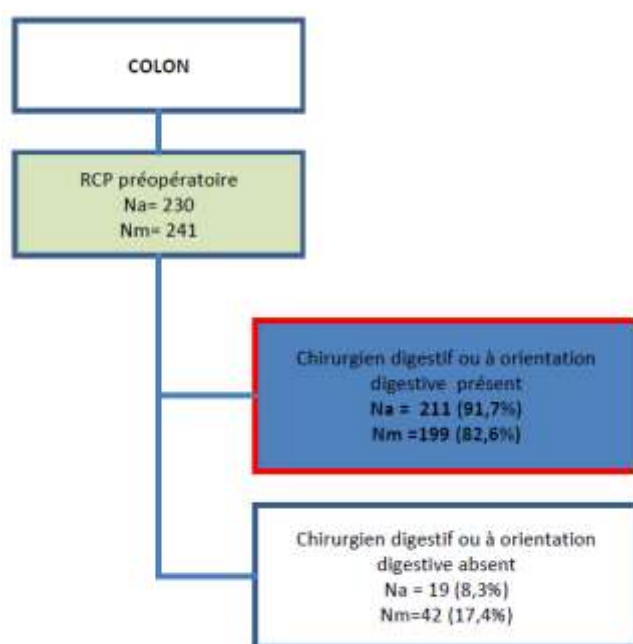
*Nb total de patients avec une RCP (pré/post-opératoire)*

## RESULTAT DE L'INDICATEUR 24 DE LA RCP PREOPERATOIRE

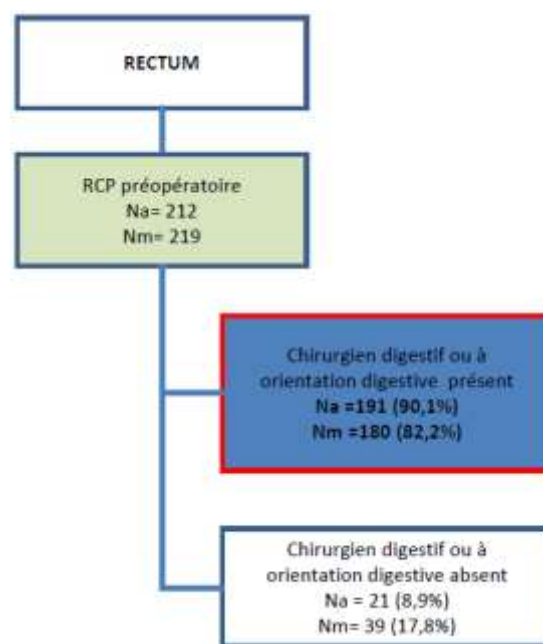
**Tableau 53.** Indicateur 24 : présence d'un chirurgien digestif ou à orientation digestive dans la RCP préopératoire.

| Localisation | Numérateur | Dénominateur | %    | Effet région (p) |
|--------------|------------|--------------|------|------------------|
| Côlon        | 410        | 471          | 87,0 | <0,001           |
| Rectum       | 371        | 431          | 86,1 | 0,002            |

Absence de données manquantes.

**Figure 22.** Présence d'un chirurgien digestif ou à orientation digestive dans la RCP préopératoire pour les patients atteints d'un cancer du côlon diagnostiqué en 2010 (indicateur 24C\_préop), selon la région.

Na : Nombre de patients en Aquitaine ; Nm : Nombre de patients en Midi-Pyrénées

**Figure 23.** Présence d'un chirurgien digestif ou à orientation digestive dans la RCP préopératoire pour les patients atteints d'un cancer du rectum diagnostiqué en 2010 (indicateur 24R\_préop), selon la région.

Na : Nombre de patients en Aquitaine ; Nm : Nombre de patients en Midi-Pyrénées

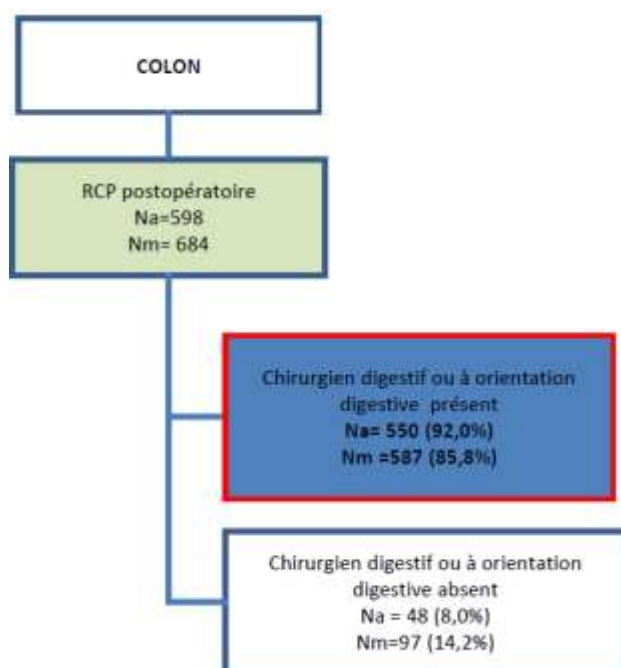
## RESULTAT DE L'INDICATEUR 24 DE LA RCP POST-OPERATOIRE

**Tableau 54.** Indicateur 24 : présence d'un chirurgien digestif ou à orientation digestive dans la RCP post-opératoire.

| Localisation | Numérateur | Dénominateur | %    | Effet région (p) |
|--------------|------------|--------------|------|------------------|
| Côlon        | 1137       | 1282         | 88,7 | <0,001           |

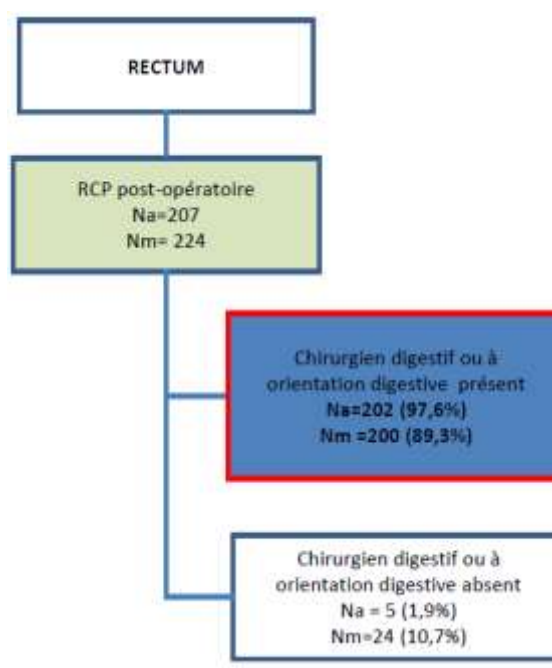
|        |     |     |      |        |
|--------|-----|-----|------|--------|
| Rectum | 402 | 431 | 93,3 | <0,001 |
|--------|-----|-----|------|--------|

Absence de données manquantes.



**Figure 24.** Présence d'un chirurgien digestif ou à orientation digestive dans la RCP post-opératoire pour les patients atteints d'un cancer du côlon diagnostiqué en 2010 (indicateur 24C\_postop), selon la région.

Na : Nombre de patients en Aquitaine ; Nm : Nombre de patients en Midi-Pyrénées



**Figure 25.** Présence d'un chirurgien digestif ou à orientation digestive dans la RCP post-opératoire pour les patients atteints d'un cancer du rectum diagnostiqué en (indicateur 24R\_postop), selon la région.

Na : Nombre de patients en Aquitaine ; Nm : Nombre de patients en Midi-Pyrénées

#### COMMENTAIRE

La différence observée entre les deux régions pour ces indicateurs est due à une présence plus fréquente d'un chirurgien digestif ou à orientation digestive dans les RCP pré et post-opératoires d'Aquitaine.

### 11.3 INDICATEUR 25 : PRESENCE D'UN ONCOLOGUE

#### DEFINITION

Tous les patients ont eu leur dossier discuté en RCP avec au moins un oncologue (médical ou radiothérapeute) ou un médecin spécialiste d'organe qualifié pour prescrire une chimiothérapie

Numérateur (RCP pré et post-opératoire)

Nb de patients avec "Oncologue médical" ou "Oncologue radiothérapeute" ou "Médecin spécialiste...chimiothérapie" renseigné sur la fiche RCP

*(pré/post-opératoire)*

**Dénominateur (RCP pré et post-opératoire)** *Nb total de patients avec une RCP (pré/post-opératoire)*

**RESULTAT DE L'INDICATEUR 25 DE LA RCP PREOPERATOIRE**

**Tableau 55.** Indicateur 25 : présence d'un oncologue dans la RCP pré-opératoire.

| Localisation | Numérateur | Dénominateur | %    | Effet région (p) |
|--------------|------------|--------------|------|------------------|
| Côlon        | 467        | 471          | 99,2 | 0,056            |
| Rectum       | 423        | 431          | 98,1 | 0,169            |

*Absence de données manquantes.*

**RESULTAT DE L'INDICATEUR 25 DE LA RCP POST-OPERATOIRE**

**Tableau 56.** Indicateur 25 : présence d'un oncologue dans la RCP post-opératoire.

| Localisation | Numérateur | Dénominateur | %    | Effet région (p) |
|--------------|------------|--------------|------|------------------|
| Côlon        | 1266       | 1282         | 98,8 | 0,218            |
| Rectum       | 424        | 431          | 98,4 | 1,000            |

*Absence de données manquantes.*

**COMMENTAIRE**

## 11.4 INDICATEUR 26 : PRESENCE D'UN ONCOLOGUE RADIOTHERAPEUTE (CANCERS DU RECTUM)

**DEFINITION**

Tous les patients ont eu leur dossier discuté en RCP avec au moins un oncologue radiothérapeute

**Numérateur (RCP pré et post-opératoire)** *Nb de patients avec "Oncologue radiothérapeute" renseigné sur la fiche RCP (pré/post-opératoire)*

**Dénominateur (RCP pré et post-opératoire)** *Nb total de patients avec une RCP (pré/post-opératoire)*

**RESULTAT DE L'INDICATEUR 26 DE LA RCP PREOPERATOIRE**

**Tableau 57.** Indicateur 26 : présence d'un oncologue radiothérapeute dans la RCP préopératoire (cancer du rectum).

| Localisation | Numérateur | Dénominateur | %    | Effet région (p) |
|--------------|------------|--------------|------|------------------|
| Rectum       | 327        | 431          | 75,9 | <0,001           |

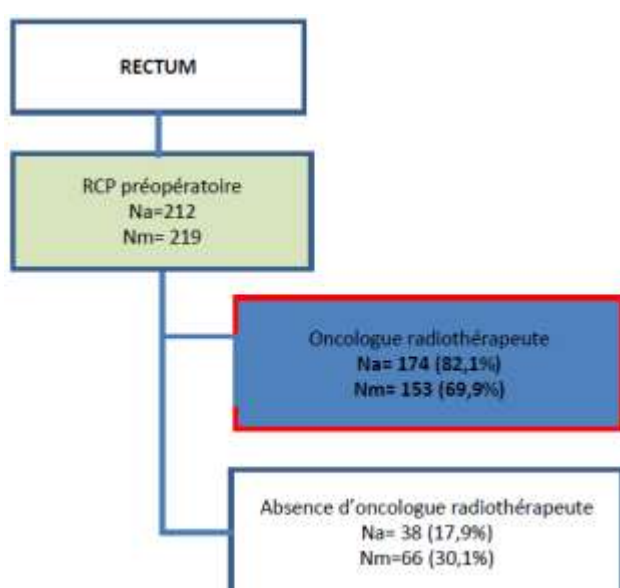
*Absence de données manquantes.*

## RESULTAT DE L'INDICATEUR 26 DE LA RCP POST-OPERATOIRE

**Tableau 58.** Indicateur 26 : présence d'un oncologue radiothérapeute dans la RCP post-opératoire (cancer du rectum).

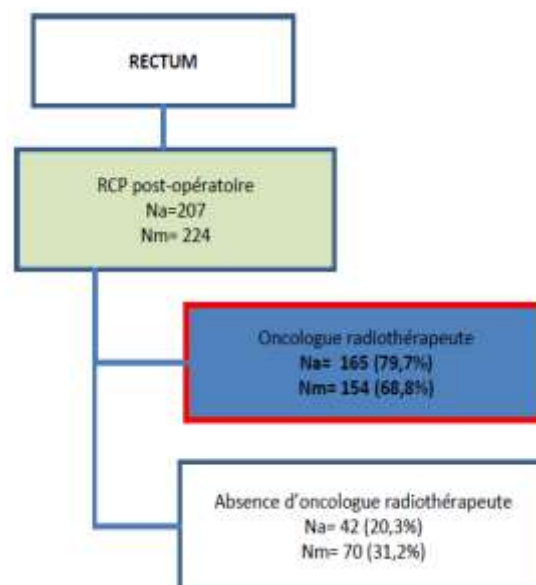
| Localisation | Numérateur | Dénominateur | %    | Effet région (p) |
|--------------|------------|--------------|------|------------------|
| Rectum       | 319        | 431          | 74,0 | 0,008            |

Absence de données manquantes.



**Figure 26.** Présence d'un oncologue radiothérapeute dans la RCP préopératoire pour les patients atteints d'un cancer du rectum diagnostiqué en 2010 (indicateur 26R\_préop), selon la région.

Na : Nombre de patients en Aquitaine ; Nm : Nombre de patients en Midi-Pyrénées



**Figure 27.** Présence d'un oncologue radiothérapeute dans la RCP post-opératoire pour les patients atteints d'un cancer du rectum diagnostiqué en 2010 (indicateur 26R\_postop), selon la région.

Na : Nombre de patients en Aquitaine ; Nm : Nombre de patients en Midi-Pyrénées

► **COMMENTAIRES**

La différence observée entre les deux régions est due à une participation des oncologues radiothérapeutes aux RCP plus faible en Midi-Pyrénées, en lien avec la représentation géographique des oncologues radiothérapeutes en Midi-Pyrénées (5 centres de radiothérapie pour environ 104 RCP). De ce fait, les oncologues radiothérapeutes de Midi-Pyrénées n'assistent pas à toutes les RCP.

## Chapitre 12- **ELEMENTS MEDICAUX PRESENTS SUR LA FICHE RCP**

---

## 12.1 INDICATEUR 27 : PRESENCE DU SCORE OMS

## DEFINITION

**Le score OMS est renseigné dans toutes les fiches RCP**

**Numérateur (RCP pré et post-opératoire)**

*Nb de patients avec "Score OMS" renseigné dans le champ dédié ou dans un autre champ sur la fiche RCP (pré/post-opératoire)*

**Dénominateur (RCP pré et post-opératoire)**

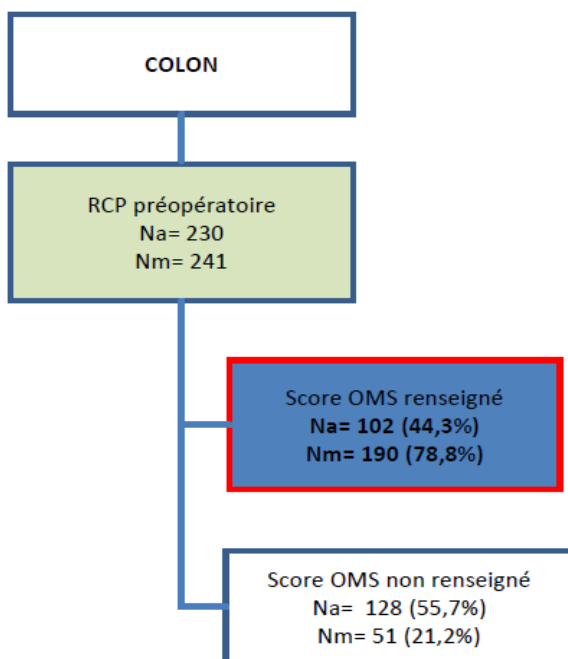
*Nb total de patients avec une RCP (pré/post-opératoire)*

## RESULTAT DE L'INDICATEUR 27 DE LA RCP PREOPERATOIRE

**Tableau 59.** Indicateur 27 : présence du score OMS sur la fiche de la RCP préopératoire.

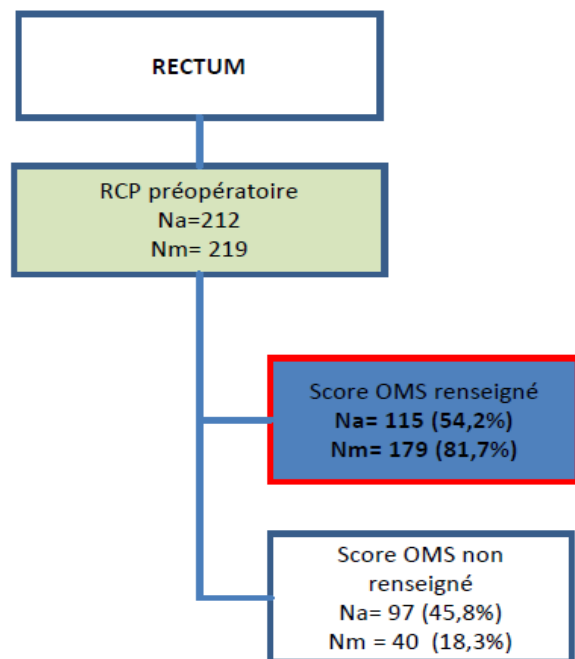
| Localisation | Numérateur | Dénominateur | %    | Effet région (p) |
|--------------|------------|--------------|------|------------------|
| Côlon        | 293        | 471          | 62,2 | <0,001           |
| Rectum       | 294        | 431          | 68,2 | <0,001           |

*Absence de données manquantes.*



**Figure 28.** Présence du score OMS sur la fiche de la RCP préopératoire pour les patients atteints d'un cancer du côlon diagnostiqué en 2010 (indicateur 27C\_préop) selon la région.

*Na : Nombre de patients en Aquitaine ; Nm : Nombre de patients en Midi-Pyrénées*



**Figure 29.** Présence du score OMS sur la fiche de la RCP préopératoire pour les patients atteints d'un cancer du rectum diagnostiqué en 2010 (indicateur 27R\_préopératoire), selon la région.

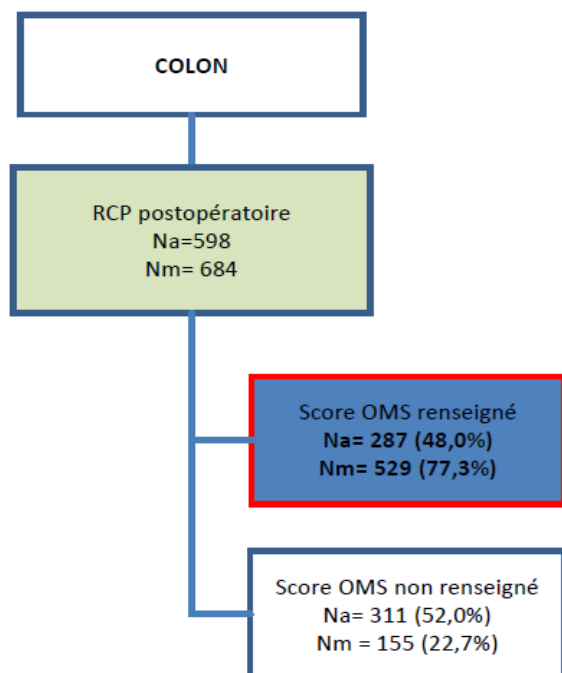
*Na : Nombre de patients en Aquitaine ; Nm : Nombre de patients en Midi-Pyrénées*

## RESULTAT DE L'INDICATEUR 27 DE LA RCP POST-OPERATOIRE

**Tableau 60.** Indicateur 27 : présence du score OMS sur la fiche de la RCP post-opératoire.

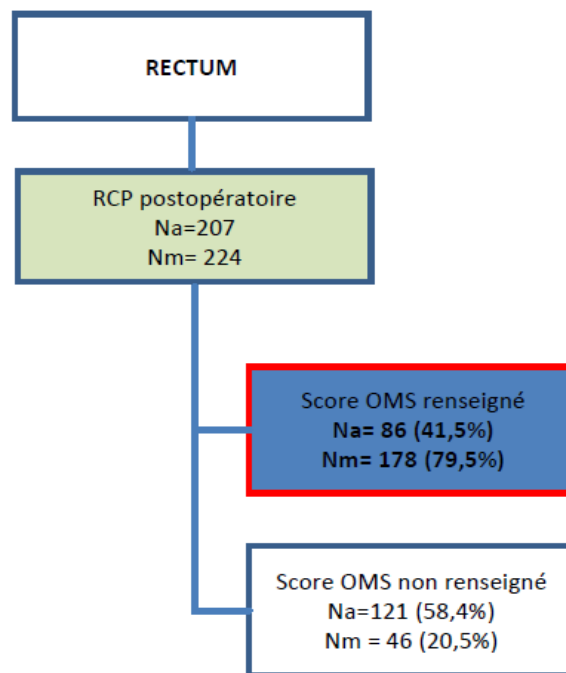
| Localisation | Numérateur | Dénominateur | %    | Effet région (p) |
|--------------|------------|--------------|------|------------------|
| Côlon        | 816        | 1282         | 63,6 | <0,001           |
| Rectum       | 264        | 431          | 61,3 | <0,001           |

Absence de données manquantes.



**Figure 30.** Présence du score OMS sur la fiche de la RCP post-opératoire pour les patients atteints d'un cancer du côlon diagnostiqué en 2010 (indicateur 27C\_postop) selon la région.

Na : Nombre de patients en Aquitaine ; Nm : Nombre de patients en Midi-Pyrénées



**Figure 31.** Présence du score OMS sur la fiche de la RCP post-opératoire pour les patients atteints d'un cancer du rectum diagnostiqué en 2010 (indicateur 27R\_postop) selon la région.

Na : Nombre de patients en Aquitaine ; Nm : Nombre de patients en Midi-Pyrénées

#### COMMENTAIRES

La différence observée entre les deux régions est due à un nombre de données manquantes plus important en Aquitaine qui peut s'expliquer par la présence d'un dossier communicant en cancérologie moins fonctionnel.



## 12.2 INDICATEUR 28 : PRESENCE DU STADE T CLINIQUE OU PATHOLOGIQUE

## DEFINITION DE L'INDICATEUR POUR LA RCP PREOPERATOIRE

**Le stade T (clinique ou radiologique) est renseigné dans toutes les fiches RCP préopératoires**

**Numérateur (RCP préopératoire)** *Nb de patients avec le stade clinique T renseigné dans « champ dédié » ou « autre champ » sur la fiche RCP préopératoire*

**Dénominateur (RCP préopératoire)** *Nb total de patients avec une RCP préopératoire*

## RESULTAT DE L'INDICATEUR 28 DE LA RCP PREOPERATOIRE

**Tableau 61.** Indicateur 28 : présence du stade T clinique ou radiologique sur la fiche de la RCP préopératoire.

| Localisation | Numérateur | Dénominateur | %    | Effet région (p) |
|--------------|------------|--------------|------|------------------|
| Rectum       | 218        | 431          | 50,6 | 0,178            |

*Absence de données manquantes.*

## ► COMMENTAIRES

Le nombre de données manquantes pour le stade T clinique ou radiologique est important sur les fiches de la RCP préopératoire des patients atteints d'un cancer du rectum.

## DEFINITION DE L'INDICATEUR POUR LA RCP POST-OPERATOIRE

**Le stade pT (pathologique après chirurgie) est renseigné dans toutes les fiches RCP post-opératoires**

**Numérateur (RCP post-opératoire)** *Nb de patients avec le stade pT renseigné dans « champ dédié » ou « autre champ » sur la fiche post-opératoire*

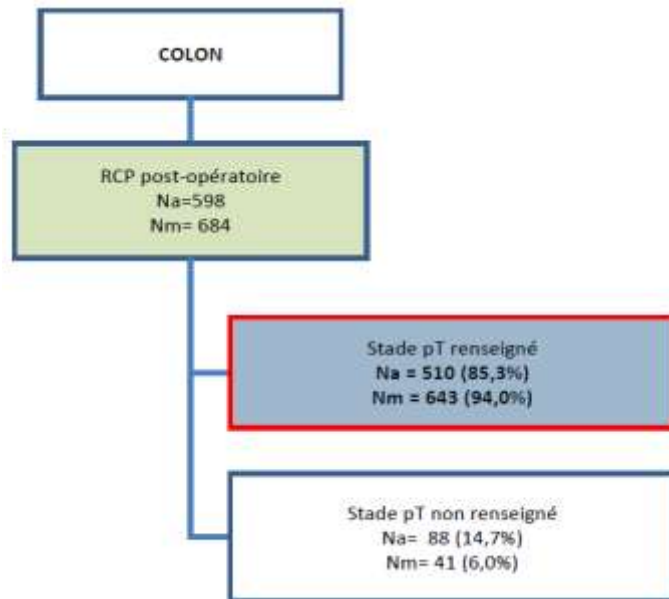
**Dénominateur (RCP post-opératoire)** *Nb total de patients avec une RCP post-opératoire*

## RESULTAT DE L'INDICATEUR 28 DE LA RCP POST-OPERATOIRE

**Tableau 62.** Indicateur 28 : présence du pT sur la fiche de la RCP post-opératoire.

| Localisation | Numérateur | Dénominateur | %    | Effet région (p) |
|--------------|------------|--------------|------|------------------|
| Côlon        | 1153       | 1282         | 89,9 | <0,001           |
| Rectum       | 390        | 431          | 90,5 | 0,056            |

*Absence de données manquantes.*



**Figure 32.** Présence du stade pT sur la fiche de la RCP post-opératoire pour les patients atteints d'un cancer du côlon diagnostiqué en 2010 (indicateur 28C\_post-opératoire) selon la région.

*Na : Nombre de patients en Aquitaine ; Nm : Nombre de patients en Midi-Pyrénées*

#### ► COMMENTAIRES

La différence observée entre les deux régions pour les patients atteints d'un cancer du côlon est due à un nombre de données manquantes plus important en Aquitaine pour le pT.

## 12.3 INDICATEUR 29 : PRESENCE DU STADE N CLINIQUE OU PATHOLOGIQUE

### DEFINITION DE L'INDICATEUR POUR LA RCP PREOPERATOIRE

**Le stade N (clinique ou radiologique) est renseigné dans toutes les fiches RCP préopératoires**

**Numérateur (RCP préopératoire)**

*Nb de patients avec le stade clinique N renseigné dans « champ dédié » ou « autre champ » sur la fiche RCP préopératoire*

**Dénominateur (RCP préopératoire)**

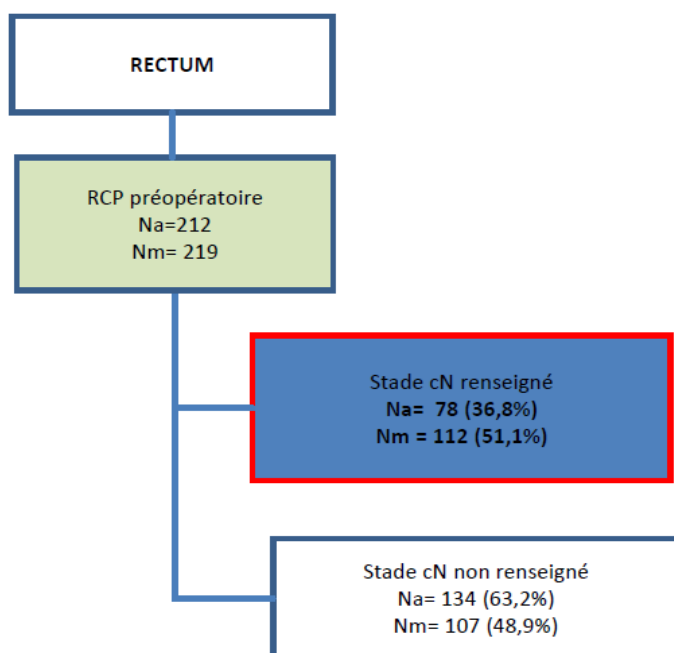
*Nb total de patients avec une RCP préopératoire*

### RESULTAT DE L'INDICATEUR 29 DE LA RCP PRE-OPERATOIRE

**Tableau 63.** Indicateur 29 : présence du stade N clinique ou radiologique sur la fiche de la RCP préopératoire

| Localisation | Numérateur | Dénominateur | %    | Effet région (p) |
|--------------|------------|--------------|------|------------------|
| Rectum       | 190        | 431          | 44,1 | 0,004            |

*Absence de données manquantes.*



**Figure 33.** Présence du stade N clinique ou radiologique sur la fiche de la RCP préopératoire pour les patients atteints d'un cancer du rectum diagnostiqué en 2010 (indicateur 29R\_préop) selon la région.

*Na : Nombre de patients en Aquitaine ; Nm : Nombre de patients en Midi-Pyrénées*

#### COMMENTAIRES

Le nombre de données manquantes pour le stade N clinique ou radiologique est important sur les fiches de la RCP préopératoire des patients atteints d'un cancer du rectum. Le nombre de données manquantes est plus important en Aquitaine.

#### DEFINITION DE L'INDICATEUR POUR LA RCP POST-OPERATOIRE

**Le stade pN (pathologique après chirurgie) est renseigné dans toutes les fiches RCP post-opératoires**

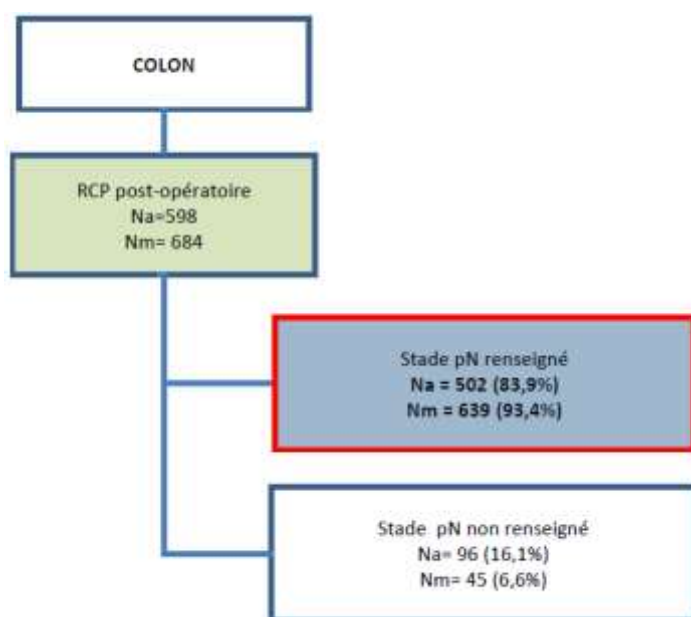
**Numérateur (RCP post-opératoire)** *Nb de patients avec le stade pN renseigné dans « champ dédié » ou « autre champ » sur la fiche RCP post-opératoire*

**Dénominateur (RCP post-opératoire)** *Nb total de patients avec une RCP post-opératoire*

**Tableau 64.** Indicateur 29 : présence du pN sur la fiche de la RCP post-opératoire.

| Localisation | Numérateur | Dénominateur | %    | Effet région (p) |
|--------------|------------|--------------|------|------------------|
| Côlon        | 1141       | 1282         | 89,0 | <0,001           |
| Rectum       | 380        | 431          | 88,2 | 0,115            |

*Absence de données manquantes.*



**Figure 34.** Présence du stade pN sur la fiche de la RCP post-opératoire pour les patients atteints d'un cancer du côlon diagnostiqué en 2010 (l'indicateur 29C\_post-opératoire), selon la région.

*Na : Nombre de patients en Aquitaine ; Nm : Nombre de patients en Midi-Pyrénées*

► **COMMENTAIRES**

La différence observée entre les deux régions pour les patients atteints d'un cancer du côlon est due à un nombre de données manquantes plus important en Aquitaine pour le pN.

## Chapitre 13- **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

---

1. Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff AS, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 – Tumeurs solides. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, 2013. 122 p.
2. P. Grosclaude, L. Remontet, A. Belot, A. Danzon, N. Rassamimanaa Cerf, N.Bossard. Survie des patients atteints de cancer en France 1989-2007. Etude à partir des données des registres du réseau Francim. Février 2013.
3. L. Daubisse-Marliac, M. Astorg, C. Lagadic, J. Goddard, M. Valet, E. Bauvin, F. Cayla, P. Grosclaude. Dossiers épidémiologiques : les cancers en Midi-Pyrénées. Février 2014.
4. Francim, HCL, InVS, INCa. Estimations de l'incidence régionale et départementale des cancers en France métropolitaine, 2008-2010 [Internet]. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire [mis à jour le 11/06/2015 ; consulté le 02/09/2015]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Surveillance-epidemiologique-des-cancers/Estimations-de-l-incidence-et-de-la-mortalite/Estimations-de-l-incidence-regionale-et-departementale-des-cancers-en-France-metropolitaine-2008-2010>
5. Goulard H, Jezewski-Serra D, Duport N, Salines E, Danzon A. Évaluation épidémiologique du dépistage organisé du cancer colorectal en France – Résultats des programmes pilotes au-delà de la première campagne. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; décembre 2010. 12 p  
Dossier épidémiologique - Les cancers en Midi-Pyrénées – Mai 2008
6. Bouvier, Anne-Marie, et others. « Epidémiologie descriptive du cancer colorectal en France ». *BEH thématique*, 2009, 2-3.
7. Plan Cancer 2003-2007 <http://www.e-cancer.fr/le-plan-cancer/les-plans-cancer-de-2003-a-2013>
8. Référentiel régional Colon Rectum Midi-Pyrénées.[mis à jour le 11/09/2015 ; consulté le 14/09/2015]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.oncomip.org/fr/espace-professionnel/referentiels/>
9. Référentiel régional Colon Rectum Aquitaine.[mis à jour le 18/03/2013 ; consulté le 14/09/2015]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.canceraquitaine.org/appareil-digestif>.
10. Circulaire de septembre 2007 sur les Réseaux Régionaux de Cancérologie. [consulté le 14/09/2015]. Disponible à partir de l'URL : <http://oncomip.org/fr/dldoc/?t=basedoc&f=doc&d=77&h=d711f2d9ac73e062028aecaf172c54ab>
11. Programme Hospitalier de Recherche Clinique, cancer colo-rectal 2003/2007.[ mis à jour le 18/08/2015 ; consulté le 14/09/2015]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.canceraquitaine.org/phrc-colorectal>
12. Elaboration de recommandations de bonne pratique : Méthode « recommandation par consensus formalisé ». [consulté le 14/09/2015]. Disponible à partir de l'URL : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/guide\\_methodologique\\_consensus\\_formalise.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/guide_methodologique_consensus_formalise.pdf)
13. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Découpage infra-communal en IRIS. [consulté le 14/09/2015]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=zonages/iris.htm>

14. Pernet C, Delpierre C, Dejardin O, Grosclaude P, Launay L, Guittet L, et al. Construction of an adaptable European transnational ecological deprivation index: the French version. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2012.
15. Compaqh. Situation exemplaire en cancérologie : cancer du côlon non métastatique ; [consulté le 14/09/2015]. Disponible à partir de l'URL : [https:// :  
ww.compaqhpst.fr/data/indicateurs/31\\_Synthese\\_Res\\_COL.pdf](https://www.compaqhpst.fr/data/indicateurs/31_Synthese_Res_COL.pdf).
16. Plan cancer 2009-2013  
<http://www.e-cancer.fr/plancancer-2009-2013>
17. Thésaurus de cancérologie digestive. Cancer du côlon et cancer du rectum.  
<http://www.snfge.asso.fr/01-bibliotheque/0g-thesaurus-cancerologie/publication5/sommaire-thesaurus.asp#1218>  
<http://www.snfge.asso.fr/01-bibliotheque/0g-thesaurus-cancerologie/publication5/sommaire-thesaurus.asp#1181>

## Chapitre 14- **TABLES DES ILLUSTRATIONS**

---



## TABLEAUX

|  |    |
|--|----|
| Tableau 1. Indicateurs de mesure de la qualité des soins retenus. ....   | 13 |
| Tableau 2. Répartition des patients atteints d'un cancer colorectal diagnostiqué en 2010 selon le sexe (N=2074).....   | 19 |
| Tableau 3. Répartition des patients atteints d'un cancer colorectal diagnostiqué en 2010 par classe d'âge (N=2074).....  | 19 |
| Tableau 4. Répartition des patients par département de résidence (N=2074). ....  | 20 |
| Tableau 5. Répartition des patients atteints de cancer colorectal diagnostiqué en 2010 selon l'index de comorbidité de Charlson et la classe d'âge (N=2074).....                                       | 20 |
| Tableau 6. Répartition des patients atteints de cancer du côlon diagnostiqué en 2010 selon la localisation (N=1501).....   | 22 |
| Tableau 7. Description des 29 lésions étendues des cancers du côlon. ....  | 22 |
| Tableau 8. Répartition des patients atteints d'un cancer du rectum diagnostiqué en 2010 selon la localisation (N=573).....   | 22 |
| Tableau 9. Description des 32 lésions étendues des cancers du rectum.....  | 22 |
| Tableau 10. Stade pré-thérapeutique chez les patients atteints d'un cancer du rectum (N=573).....  | 23 |
| Tableau 11. Répartition des patients atteints d'un cancer du côlon diagnostiqué en 2010 selon le stade (N=1501).....   | 23 |
| Tableau 12. Répartition des patients atteints d'un cancer du rectum diagnostiqué en 2010 selon le stade (N=573).....   | 24 |
| Tableau 13. Localisation des métastases synchrones chez les patients atteints d'un cancer du côlon métastatique (N=428). ....  | 25 |
| Tableau 14 : Localisation des métastases synchrones chez les patients atteints d'un cancer du rectum métastatique (N=128). ....  | 25 |
| Tableau 15. Traitements des patients inclus dans l'étude (N=2074).....   | 25 |
| Tableau 16. Type d'établissement de présentation en RCP (N=2074).....  | 25 |
| Tableau 17. Indicateur 1 : biopsie par endoscopie. ....  | 27 |
| Tableau 18. Indicateur 2 : coloscopie complète avant traitement opératoire. ....   | 28 |
| Tableau 19. Réalisation d'une coloscopie chez les patients atteints de cancer du côlon (N=1226) ou du rectum (N=542) diagnostiqué en 2010, hors chirurgies en urgence et découvertes opératoires... .. | 28 |
| Tableau 20. Indicateur 3 : scanner abdomino-pelvien avant traitement. ....   | 31 |
| Tableau 21 : Réalisation du scanner abdomino-pelvien (hors chirurgies en urgence et découvertes opératoires) chez les patients atteints de cancer colorectal diagnostiqué en 2010 (N=1828). ....       | 31 |
| Tableau 22. Indicateur 4 : scanner thoracique avant traitement. ....   | 33 |
| Tableau 23. Réalisation du scanner thoracique (hors chirurgies en urgence et découvertes opératoires) chez les patients atteints de cancer colorectal diagnostiqué en 2010 (N=1828). ....              | 33 |
| Tableau 24. Indicateur 5 : écho-endoscopie rectale avant traitement.....   | 34 |
| Tableau 25 : Réalisation de l'écho-endoscopie rectale (hors chirurgies en urgence et découvertes opératoires) chez les patients atteints d'un cancer du rectum diagnostiqué en 2010 (N=552). ....      | 34 |

|   |    |
|---|----|
| Tableau 26. EER et IRM chez les patients atteints d'un cancer du rectum en Aquitaine. ....  | 36 |
| Tableau 27. EER et IRM chez les patients atteints d'un cancer du rectum en Midi-Pyrénées. ....  | 36 |
| Tableau 28. Indicateur 6 : IRM pelvienne dans les tumeurs du rectum à partir de uT3, réalisée avant traitement. ....  | 37 |
| Tableau 29. Réalisation de l'IRM pelvienne (hors chirurgies en urgence et découvertes opératoires) chez les patients atteints d'un cancer du rectum à partir de uT3 diagnostiqué en 2010 (N=115)..... | 37 |
| Tableau 30. Indicateur 7 : pTN et type histologique dans le compte rendu d'anatomopathologie. ....  | 39 |
| Tableau 31. Indicateur 8 : nombre de ganglions prélevés et envahis dans le compte rendu d'anatomopathologie.....  | 41 |
| Tableau 32. Indicateur 9 : nombre de ganglions analysés $\geq 12$ . ....  | 43 |
| Tableau 33. Raisons de non traitement pour les patients atteints d'un cancer du côlon non opéré (N=146).....  | 46 |
| Tableau 34. Raisons de non traitement pour les patients atteints d'un cancer du rectum non opéré (N=85).....  | 46 |
| Tableau 35. Description du contexte chirurgical chez les 1346 patients atteints d'un cancer du côlon opérés.....  | 47 |
| Tableau 36 : Description du contexte chirurgical chez les 481 patients atteints d'un cancer du rectum opérés.....   | 47 |
| Tableau 37. Indicateur 10 : traçabilité de la mesure quantitative de la marge la plus proche dans le compte rendu d'anatomopathologie pour les patients atteints d'un cancer du côlon.....            | 48 |
| Tableau 38. Indicateur 11 : traçabilité de la mesure quantitative des marges dans le compte rendu d'anatomopathologie pour les patients atteints d'un cancer du rectum.....                           | 49 |
| Tableau 39. Indicateur 12 : recherche de la mutation du gène KRAS.....  | 50 |
| Tableau 40. Indicateur 13 : traçabilité de l'exérèse totale et intégrée du mésorectum, avec fascia recti complet, chez les patients atteints d'un cancer du bas ou du moyen rectum. ....              | 52 |
| Tableau 41. Indicateur 14 : marge circonférentielle $\leq 1$ mm chez les patients atteints d'un cancer du rectum. ....  | 53 |
| Tableau 42. Indicateur 15 : chimiothérapie post-opératoire chez les patients atteints d'un cancer du côlon de stade II. ....  | 55 |
| Tableau 43. Indicateurs 16 et 17 : chimiothérapie post-opératoire et délai de 8 semaines chez les patients atteints d'un cancer du côlon de stade III.....  | 56 |
| Tableau 44. Indicateur 18 : traitement néo-adjuvant chez les patients atteints d'un cancer du rectum de stade T3 ou T4 ou N+.....   | 57 |
| Tableau 45. Indicateur 19 : patients opérés ayant eu une fistule anastomotique symptomatique.....   | 59 |
| Tableau 46. Indicateur 20 : décès dans les 30 jours post-opératoires.....   | 59 |
| Tableau 47. Présentation en RCP des patients opérés d'un cancer du côlon selon le contexte chirurgical (N=1346).....  | 61 |
| Tableau 48. Présentation en RCP des patients opérés d'un cancer du rectum selon le contexte chirurgical (N=481).....  | 61 |

|  |    |
|--|----|
| Tableau 49. Indicateur 21 : patients opérés d'un cancer du côlon dont le dossier a été discuté en RCP post-opératoire. ....  | 62 |
| Tableau 50. Indicateur 22 : patients opérés d'un cancer du rectum dont le dossier a été discuté en RCP préopératoire. ....   | 62 |
| Tableau 51. Indicateur 23 : quorum de la RCP préopératoire. ....   | 64 |
| Tableau 52. Indicateur 23 : quorum de la RCP post-opératoire. ....   | 64 |
| Tableau 53. Indicateur 24 : présence d'un chirurgien digestif ou à orientation digestive dans la RCP préopératoire. ....   | 66 |
| Tableau 54. Indicateur 24 : présence d'un chirurgien digestif ou à orientation digestive dans la RCP post-opératoire. ....   | 66 |
| Tableau 55. Indicateur 25 : présence d'un oncologue dans la RCP pré-opératoire.....  | 68 |
| Tableau 56. Indicateur 25 : présence d'un oncologue dans la RCP post-opératoire. ....  | 68 |
| Tableau 57. Indicateur 26 : présence d'un oncologue radiothérapeute dans la RCP préopératoire (cancer du rectum). ....   | 68 |
| Tableau 58. Indicateur 26 : présence d'un oncologue radiothérapeute dans la RCP post-opératoire (cancer du rectum). ....   | 69 |
| Tableau 59. Indicateur 27 : présence du score OMS sur la fiche de la RCP préopératoire.....  | 71 |
| Tableau 60. Indicateur 27 : présence du score OMS sur la fiche de la RCP post-opératoire.....  | 72 |
| Tableau 61. Indicateur 28 : présence du stade T clinique ou radiologique sur la fiche de la RCP préopératoire. ....  | 73 |
| Tableau 62. Indicateur 28 : présence du pT sur la fiche de la RCP post-opératoire. ....  | 73 |
| Tableau 63. Indicateur 29 : présence du stade N clinique ou radiologique sur la fiche de la RCP préopératoire. ....  | 74 |
| Tableau 64. Indicateur 29 : présence du pN sur la fiche de la RCP post-opératoire.....   | 75 |
| Tableau 65. Membres du comité de pilotage d'Aquitaine.....   | 88 |
| Tableau 66. Membres du Comité de pilotage de Midi-Pyrénées.....  | 88 |
| Tableau 67. Conditions d'obtention d'un accord entre experts et jugement retenu, selon la valeur de la médiane et la répartition des cotations prises en compte..... | 91 |
| Tableau 68. Listes du groupe d'experts sélectionnés en Aquitaine.....  | 92 |
| Tableau 69. Liste du groupe d'experts sélectionnés en Midi-Pyrénées.....   | 92 |
| Tableau 70. Répartition des patients d'Aquitaine par 3C d'inclusion (dans lequel ils ont eu une RCP) (N=995).....  | 95 |
| Tableau 71. Répartition des patients d'Aquitaine inclus, exclus et des doublons par 3C (dans lequel ils ont eu une RCP) (N=1535), pourcentages en ligne. ....        | 95 |
| Tableau 72. Synthèse des indicateurs pour les patients atteints d'un cancer du côlon (N=1501). ....  | 96 |
| Tableau 73. Synthèse des indicateurs pour les patients atteints d'un cancer du rectum (N=573). ....  | 98 |

## FIGURES

|  |    |
|--|----|
| Figure 1. Exemple d'organigramme présentant les résultats des deux régions séparés.....  | 16 |
| Figure 2. Diagramme de flux de la population incluse en Aquitaine. ....  | 18 |
| Figure 3. Diagramme de flux de la population incluse en Midi-Pyrénées.....   | 18 |
| Figure 4. Répartition des patients atteints de cancer colorectal diagnostiqué en 2010 selon la classe d'âge et l'index de comorbidité de Charlson. ....  | 21 |
| Figure 5. Réalisation d'une biopsie lors de l'endoscopie pour les cancers du côlon (indicateur 1) selon la région.....   | 27 |
| Figure 6. Organigramme présentant le calcul de l'indicateur 3 pour les cancers du côlon.....   | 32 |
| Figure 7. Organigramme présentant le calcul de l'indicateur 3 pour les cancers du rectum. ....   | 32 |
| Figure 8. Organigramme présentant le calcul de l'indicateur 4 pour les cancers du côlon.....   | 33 |
| Figure 9. Organigramme présentant le calcul de l'indicateur 4 pour les cancers du rectum. ....   | 33 |
| Figure 10. Réalisation de l'écho-endoscopie rectale (hors chirurgies en urgence et découvertes opératoires) chez les patients atteints d'un cancer du rectum diagnostiqué en 2010 (indicateur 5) selon la région. ....   | 35 |
| Figure 11. Réalisation de l'écho-endoscopie rectale (hors chirurgies en urgence et découvertes opératoires) chez les patients atteints d'un cancer du rectum diagnostiqué en 2010 selon la localisation des tumeurs dans les deux régions.....   | 35 |
| Figure 12. Traçabilité du stade pTN ou yTN et du type histologique (hors colostomies seules, laparotomies exploratrices, résections endoluminales et exérèses par voie transanale) chez les patients atteints d'un cancer du rectum diagnostiqué en 2010 (indicateur 7) selon la région.....         | 40 |
| Figure 13. Traçabilité du nombre de ganglions analysés et envahis (hors colostomies seules, laparotomies exploratrices et résections endoluminales) chez les patients atteints d'un cancer du côlon diagnostiqué en 2010 (indicateur 8) selon la région.....   | 42 |
| Figure 14. Nombre de ganglions analysés $\geq 12$ (hors colostomies seules, laparotomies exploratrices et résections endoluminales) chez les patients atteints d'un cancer du côlon diagnostiqué en 2010 (indicateur 9) selon la région.....   | 43 |
| Figure 15. Nombre de ganglions analysés $\geq 12$ (hors colostomies seules, laparotomies exploratrices et résections endoluminales) chez les patients atteints d'un cancer du rectum diagnostiqué en 2010 (indicateur 9) selon la région.....  | 44 |
| Figure 16. Mesure quantitative de la marge la plus proche dans le compte rendu d'anatomopathologie pour les patients opérés d'un cancer du côlon diagnostiqué en 2010 (hors colostomies seules, laparotomies exploratrices et résections endoluminales seules) (Indicateur 10) selon la région. .... | 48 |
| Figure 17. Marge circonférentielle et marge la plus proche chez les patients opérés d'un cancer du rectum diagnostiqué en 2010 (hors colostomies seules, laparotomies exploratrices et résections endoluminales seules).....   | 49 |
| Figure 18. Recherche de la mutation du gène KRAS chez les patients atteints d'un cancer du côlon métastatique d'emblée diagnostiqué en 2010 (indicateur 12C) selon la région.....  | 51 |
| Figure 19. Traçabilité de l'exérèse totale du mésorectum (ETM), de l'exérèse intègre du mésorectum dans le compte rendu opératoire et de la complétude du fascia recti dans le compte rendu  |    |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| d'anatomopathologie chez les patients opérés d'un cancer du rectum diagnostiqué en 2010 (hors colostomies seules, laparotomies exploratrices, résections endoluminales seules et exérèses par voie transanale).....                     | 52                                 |
| Figure 20. Marge circonférentielle chez les patients atteints d'un cancer du rectum diagnostiqué en 2010 (hors colostomies seules, laparotomies exploratrices et résections endoluminales seules) (indicateur 14) selon la région. .... | 53                                 |
| Figure 21. Quorum de la RCP post-opératoire pour les patients atteints d'un cancer du rectum diagnostiqué en 2010 (indicateur 23R postop), selon la région. ....  | 65                                 |
| Figure 22. Présence d'un chirurgien digestif ou à orientation digestive dans la RCP préopératoire pour les patients atteints d'un cancer du côlon diagnostiqué en 2010 (indicateur 24C_préop), selon la région. ....                    | 66                                 |
| Figure 23. Présence d'un chirurgien digestif ou à orientation digestive dans la RCP préopératoire pour les patients atteints d'un cancer du rectum diagnostiqué en 2010 (indicateur 24R_préop), selon la région. ....                   | 66                                 |
| Figure 24. Présence d'un chirurgien digestif ou à orientation digestive dans la RCP post-opératoire pour les patients atteints d'un cancer du côlon diagnostiqué en 2010 (indicateur 24C_postop), selon la région.....                  | 67                                 |
| Figure 25. Présence d'un chirurgien digestif ou à orientation digestive dans la RCP post-opératoire pour les patients atteints d'un cancer du rectum diagnostiqué en (indicateur 24R_postop), selon la région. ....                     | 67                                 |
| Figure 26. Présence d'un oncologue dans la RCP préopératoire pour les patients atteints d'un cancer du côlon diagnostiqué en 2010 (indicateur 25C_préop), selon la région. ....   | <b>Erreur ! Signet non défini.</b> |
| Figure 27. Présence d'un oncologue dans la RCP préopératoire pour les patients atteints d'un cancer du rectum diagnostiqué en 2010 (indicateur 25R_préop), selon la région. ...   | <b>Erreur ! Signet non défini.</b> |
| Figure 28. Présence d'un oncologue dans la RCP post-opératoire pour les patients atteints d'un cancer du côlon diagnostiqué en 2010 (indicateur 25C_postop), selon la région.   | <b>Erreur ! Signet non défini.</b> |
| Figure 29. Présence d'un oncologue dans la RCP post-opératoire pour les patients atteints d'un cancer du rectum diagnostiqué en 2010 (indicateur 25R_postop), selon la région.  | <b>Erreur ! Signet non défini.</b> |
| Figure 30. Présence d'un oncologue radiothérapeute dans la RCP préopératoire pour les patients atteints d'un cancer du rectum diagnostiqué en 2010 (indicateur 26R_préop), selon la région. ....  | 69                                 |
| Figure 31. Présence d'un oncologue radiothérapeute dans la RCP post-opératoire pour les patients atteints d'un cancer du rectum diagnostiqué en 2010 (indicateur 26R_postop), selon la région. ....                                     | 69                                 |
| Figure 32. Présence du score OMS sur la fiche de la RCP préopératoire pour les patients atteints d'un cancer du côlon diagnostiqué en 2010 (indicateur 27C_préop) selon la région. ....   | 71                                 |
| Figure 33. Présence du score OMS sur la fiche de la RCP préopératoire pour les patients atteints d'un cancer du rectum diagnostiqué en 2010 (indicateur 27R_préopératoire), selon la région.....  | 71                                 |
| Figure 34. Présence du score OMS sur la fiche de la RCP post-opératoire pour les patients atteints d'un cancer du côlon diagnostiqué en 2010 (indicateur 27C_postop) selon la région.....   | 72                                 |

Figure 35. Présence du score OMS sur la fiche de la RCP post-opératoire pour les patients atteints d'un cancer du rectum diagnostiqué en 2010 (indicateur 27R\_postop) selon la région..... 72

Figure 36. Présence du stade pT sur la fiche de la RCP post-opératoire pour les patients atteints d'un cancer du côlon diagnostiqué en 2010 (indicateur 28C\_post-opératoire) selon la région..... 74

Figure 37. Présence du stade N clinique ou radiologique sur la fiche de la RCP préopératoire pour les patients atteints d'un cancer du rectum diagnostiqué en 2010 (indicateur 29R\_préop) selon la région. .... 75

Figure 38. Présence du stade pN sur la fiche de la RCP post-opératoire pour les patients atteints d'un cancer du côlon diagnostiqué en 2010 (l'indicateur 29C\_post-opératoire), selon la région..... 76

# ANNEXES

---

## ANNEXE 1 : COMITES DE PILOTAGE DES DEUX REGIONS

Tableau 65. Membres du comité de pilotage d'Aquitaine

| Titre | Prénom    | Nom                 | Fonction                  | Structure                  | Adresse   | Mail   |
|-------|-----------|---------------------|---------------------------|----------------------------|---|--|
| Dr    | Geneviève | BELLEANNEE          | Anatomopathologiste       | Hôpital Haut Lévéque       | Avenue de Magellan,<br>33604 PESSAC CEDEX       | <a href="mailto:genevieve.belleannee@chu-bordeaux.fr">genevieve.belleannee@chu-bordeaux.fr</a> |
| Dr    | Véronique | BOUSSER             | Médecin coordonnateur RCA | RCA                        | 229 cours de l'Argonne,<br>33076 BORDEAUX CEDEX | <a href="mailto:vbousser@canceraquitaine.org">vbousser@canceraquitaine.org</a>                 |
| Dr    | Laurence  | DIGUE               | Médecin coordonnateur RCA | RCA                        | 229 cours de l'Argonne,<br>33076 BORDEAUX CEDEX | <a href="mailto:ldigue@canceraquitaine.org">ldigue@canceraquitaine.org</a>                     |
| Pr    | Serge     | EVARD               | Chirurgien digestif       | Institut Bergonié          | 230 cours de l'Argonne,<br>33076 BORDEAUX CEDEX | <a href="mailto:s.evrard@bordeaux.unicancer.fr">s.evrard@bordeaux.unicancer.fr</a>             |
| Dr    | Cédric    | LECAILLE            | Gastro-entérologue        | Polyclinique Bordeaux Nord | 15 rue Claude Boucher,<br>33000 BORDEAUX        | <a href="mailto:lecaill@hotmail.com">lecaill@hotmail.com</a>                                   |
| Pr    | Simone    | MATHOULIN-PELISSIER | Représentante INSERM      | RCA                        | 229 cours de l'Argonne,<br>33076 BORDEAUX CEDEX | <a href="mailto:s.mathoulin@bordeaux.unicancer.fr">s.mathoulin@bordeaux.unicancer.fr</a>       |
| Dr    | Denis     | SMITH               | Oncologue                 | Hôpital Saint André        | 1 rue Jean Burguet,<br>33075 BORDEAUX CEDEX     | <a href="mailto:denis.smith@chu-bordeaux.fr">denis.smith@chu-bordeaux.fr</a>                   |

Tableau 66. Membres du Comité de pilotage de Midi-Pyrénées

| Titre | Prénom    | Nom        | Fonction  | Structure                    | Adresse   | Mail   |
|-------|-----------|------------|---|------------------------------|---|--|
| Dr    | Pascale   | GROSCLAUDE | Responsable Evaluation Oncomip - Directrice du registre des cancers du Tarn | Registre des cancers du Tarn | Centre hospitalier spécialisé<br>1, rue Lavazière<br>81000 ALBI | <a href="mailto:pascale.grosclaude@inserm.fr">pascale.grosclaude@inserm.fr</a> |
| Dr    | Eric      | BAUVIN     | Médecin coordonnateur Oncomip   | Oncomip                      | 1 avenue Irène Joliot Curie,<br>31059 TOULOUSE cedex            | <a href="mailto:eric.bauvin@oncomip.fr">eric.bauvin@oncomip.fr</a>             |
| Pr    | Rosine    | GUIMBAUD   | Oncologue   | CHU Rangueil                 | 1 Avenue Jean Poulhès<br>TSA 50032<br>31059 TOULOUSE            | <a href="mailto:guimbaud.r@chu-toulouse.fr">guimbaud.r@chu-toulouse.fr</a>     |
| Dr    | Guillaume | PORTIER    | Chirurgien digestif   | CHU Purpan                   | Place du Dr Baylac TSA<br>40031<br>31059 TOULOUSE               | <a href="mailto:portier.g@chu-toulouse.fr">portier.g@chu-toulouse.fr</a>       |
| Dr    | Pascal    | CHEVREAU   | Chirurgien digestif   | Clinique du Parc             | 105, rue Achille Viadieu<br>31078 TOULOUSE                      | <a href="mailto:pchevreau@capiro.fr">pchevreau@capiro.fr</a>                   |
| Pr    | Janick    | Selves     | Anatomo-pathologiste  | IUCT-O<br>CHU                | 1 avenue Irène Joliot Curie,<br>31059 TOULOUSE cedex            | <a href="mailto:selves.j@chu-toulouse.fr">selves.j@chu-toulouse.fr</a>         |
| Dr    | Cyrille   | DELPIERRE  | Représentant INSERM   | INSERM unité 1027            | Allée Jules Guesde,<br>31000 TOULOUSE                           | <a href="mailto:cyrildelpierre@yahoo.fr">cyrildelpierre@yahoo.fr</a>           |



## ANNEXE 2 : METHODE DE CONSENSUS DE TYPE DELPHI

Les méthodes de consensus sont définies comme une manière de synthétiser l'information et de confronter des avis contradictoires, dans le but de définir le degré de l'accord au sein d'un groupe d'individus sélectionnés. Leur intérêt réside dans les cas où l'opinion des professionnels n'est pas unanime, en raison de l'absence de données de la littérature, de données d'un niveau de preuve faible ou de données contradictoires. Elle permet également de ne pas surestimer l'avis de certains experts.

### a) Elaboration d'une première grille soumise à validation

La première étape a consisté en l'élaboration de la version initiale des indicateurs de qualité de prise en charge ; ils ont été élaborés à partir :

- Des 33 indicateurs de mesure de la qualité des soins validés et utilisés dans le cadre du Programme Hospitalier de Recherche Clinique Aquitaine 2003/2007 [9],
- Des référentiels régionaux de pratique d'Aquitaine et de Midi-Pyrénées [8, 9],
- Des critères nationaux Compaqh [15],
- Des mesures du plan Cancer [7,16],
- De la littérature internationale [17],
- Et de l'expertise des animateurs du groupe Digestif des 2 régions respectives.

Ainsi, une première série d'indicateurs de qualité pertinents et répondant à une prise en charge standardisée a été construite par les équipes d'Aquitaine et de Midi-Pyrénées avec quelques experts sollicités dans chaque réseau.

Afin de répondre aux objectifs d'évaluation de la pluridisciplinarité et de l'adéquation de la prise en charge initiale avec les référentiels régionaux, les indicateurs construits exploraient différents aspects de la prise en charge :

- Le bilan diagnostique,
- Le bilan anatomopathologique,
- Le traitement (chirurgie, traitement complémentaire, complications post-opératoires),
- La RCP.

Certains indicateurs étaient communs au cancer du côlon et au cancer du rectum, certains étaient spécifiques à chaque localisation.

### c) Sélection des experts

En Midi-Pyrénées, 17 membres des groupes référentiels ont été sélectionnés, en Aquitaine 19, ce qui représentait un total de 35 experts (Annexe 3). Ils ont participé au processus de validation par une méthode de type Delphi [16] en 2 tours. La sélection des experts dans les deux régions a répondu à une répartition équitable selon le secteur privé/public et selon la spécialité, chirurgie digestive, gastroentérologie, oncologie médicale, oncologie radiothérapique, anatomopathologie, radiologie.

Les experts sélectionnés s'étaient engagés à répondre aux deux tours successifs.

Cette étape a permis l'implication des professionnels de santé de la région dès le début du projet.

#### d) Etapes du processus de validation par une méthode de type Delphi en deux tours

Cette phase s'est déroulée en 3 temps : un vote en deux tours et une réunion finale avec restitution des résultats. Elle a permis d'identifier les points d'accord, de désaccord ou d'indécision entre les membres du groupe de cotation. Cette phase a abouti à la sélection des indicateurs qui ont fait l'objet d'un consensus au sein du groupe d'experts.

##### **Premier tour**

Au cours de ce premier temps, chaque membre du groupe a reçu par courrier ou voie électronique la version initiale des indicateurs. Chaque expert avait deux semaines pour en prendre connaissance. Les experts sélectionnés ont ainsi coté la pertinence/utilité de chaque indicateur proposé dans une échelle numérique discrète graduée de 1 à 9 (1 = pas du tout utile/pertinent ; 9 = très utile/pertinent), pour le côlon et pour le rectum, et ajouté leurs remarques éventuelles. Le temps de remplissage de la grille était estimé à 20 minutes.

À l'issue du premier tour de cotation, les réponses ont été analysées selon les règles de cotation décrites ci-après (Tableau 70).

##### **Deuxième tour**

Cette démarche a été répétée un mois plus tard avec une nouvelle grille tenant compte de l'ensemble des remarques. Ce dernier tour a comporté les réponses de chaque expert ainsi qu'un aperçu des différentes opinions du groupe. Chacun a ainsi pu observer si ses choix s'inscrivaient dans la tendance collective.

Les propositions qui ont été acceptées telles quelles, du fait de l'obtention d'un accord fort à l'issue du premier tour de cotation, n'ont pas été soumises au second tour de cotation.

##### **Synthèse**

Une étape de synthèse a été réalisée à l'issue de ces 2 tours.

Remarque : Il était bien précisé que certains éléments ne feraient pas l'objet d'« indicateurs de qualité » en tant que tels mais seraient recueillis en vue d'analyses ultérieures.

#### e) Analyse des résultats du processus de validation type Delphi

En regard de chaque indicateur était placée une échelle numérique discrète graduée de 1 à 9 :

- la valeur 1 signifiait que le cotateur avait jugé la proposition « totalement inappropriée » (ou non indiquée, ou non acceptable) ;
- la valeur 9 signifiait que le cotateur avait jugé la proposition « totalement appropriée » (ou indiquée, ou acceptable) ;
- les valeurs 2 à 8 traduisaient les situations intermédiaires possibles ;
- la valeur « 5 » correspondait à l'indécision du cotateur.

Pour chaque proposition listée, le cotateur devait impérativement donner une réponse en entourant l'un des chiffres entre 1 et 9. Les réponses situées entre 2 chiffres n'étaient pas acceptées ; le cas échéant, elles étaient remplacées par le nombre entier immédiatement inférieur.

La définition de l'accord entre experts retenue par la HAS est la suivante : il y a accord lorsque les cotations prises en compte sont toutes  $\leq 5$  ou toutes  $\geq 5$ .

Le positionnement de la médiane et la distribution des réponses sur l'échelle de 1 à 9 ont permis de définir le caractère approprié ou non de la proposition soumise au vote, en fonction du degré d'accord entre les membres du groupe de cotation.

Une proposition était jugée :

**Appropriée**, lorsque la valeur de la médiane était  $\geq 7$  et qu'il y avait accord entre les membres du groupe de cotation ;

**Inappropriée**, lorsque la valeur de la médiane était  $\leq 3,5$  et qu'il y avait accord entre les membres du groupe de cotation ;

**Incertaine**, lorsque la valeur de la médiane était comprise entre 4 et 6,5 (indécision) ou lorsqu'il y avait absence de consensus entre les membres du groupe de cotation.

Le tableau 70 permet de préciser les conditions d'obtention de l'accord et le jugement retenu à l'issue du processus d'analyse, en particulier quand les médianes n'étaient pas des nombres entiers. Lorsque la médiane était de 3,5 ou 6,5, la manière la plus conservatrice a été de considérer la proposition inappropriée quand la médiane était de 3,5, et incertaine quand elle était de 6,5.

**Tableau 67.** Conditions d'obtention d'un accord entre experts et jugement retenu, selon la valeur de la médiane et la répartition des cotations prises en compte.

| Proposition jugée | Degré d'accord du groupe | Conditions d'obtention           |   |
|-------------------|--------------------------|----------------------------------|---|
|                   |                          | Valeur de la médiane             | Répartition des cotations dans l'intervalle |
| Appropriée        | Accord fort              | $\geq 7$                         | [7 – 9]                                     |
|                   | Accord relatif           | $\geq 7$                         | [5 – 9]                                     |
| Inappropriée      | Accord fort              | $\leq 3$                         | [1 – 3]                                     |
|                   | Accord relatif           | $\leq 3,5$                       | [1 – 5]                                     |
| Incertaine        | Indécision               | $4 \leq \text{médiane} \leq 6,5$ | [1 – 9]                                     |
|                   | Absence de consensus     | Toutes les autres situations     |   |

Lorsque le groupe est initialement constitué de plus de 10 personnes, il est nécessaire de recueillir au minimum 80% des réponses.

Le groupe de cotation comprenait plus de 16 membres, les règles ont donc pu être adaptées : il a été proposé d'exclure au maximum une valeur extrême, en l'absence de valeur manquante, par tranche de 15 membres. Ceci correspondait à accepter de ne pas prendre en compte :

- si 9 à 15 cotateurs, une valeur manquante ou une valeur exclue (valeur minimale si médiane  $> 5$  ou valeur maximale si médiane  $\leq 5$ ),
- si 16 à 30 cotateurs, 2 valeurs manquantes, ou 2 valeurs exclues, ou 1 valeur manquante et une exclue.

Cette tolérance avait pour intérêt d'éviter que le vote avec rejet systématique des propositions par un cotateur ne bloque le processus de sélection des propositions.

## ANNEXE 3 : MEMBRES EXPERTS DES DEUX REGIONS

## a) Experts en Aquitaine

Tableau 68. Listes du groupe d'experts sélectionnés en Aquitaine

| Qualité    | Prénom        | Nom                 | Spécialité                | institution                         |
|------------|---------------|---------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| Docteur    | Yves          | BECOUARN            | Oncologue médical         | Institut Bergonié                   |
| Docteur    | Geneviève     | BELLEANNEE          | Anatomopathologiste       | Hôpital Haut Lévêque                |
| Docteur    | Laurent       | BERTHOUX            | Chirurgien digestif       | Clinique Esquirol-St Hilaire        |
| Docteur    | Jean-Frédéric | BLANC               | Gastroentérologue         | Hôpital Saint André                 |
| Docteur    | Nathalie      | BONICHON-LAMICHHANE | Oncologue radiothérapeute | Clinique Tivoli                     |
| Docteur    | Eric          | BRUDIEUX            | Gastroentérologue         | Centre Hospitalier St Cyr           |
| Professeur | Serge         | EVRARD              | Chirurgien digestif       | Institut Bergonié                   |
| Docteur    | Marianne      | FONCK               | Oncologue médical         | Institut Bergonié                   |
| Professeur | Dominique     | JAUBERT             | Oncologue médical         | Clinique Tivoli                     |
| Professeur | Christophe    | LAURENT             | Chirurgien digestif       | Hôpital Saint André                 |
| Docteur    | Cédric        | LECAILLE            | Gastroentérologue         | Clinique Bordeaux-Nord              |
| Docteur    | Robin         | LECESNE             | Radiologue                | Clinique Saint Etienne              |
| Docteur    | Eric          | MAGNE               | Chirurgien                | Clinique Tivoli                     |
| Docteur    | Patrice       | MAHE                | Chirurgien                | Clinique des Landes                 |
| Docteur    | Françoise     | PERRAUDEAU          | Anatomopathologiste       | Laboratoire d'Anatomie Pathologique |
| Docteur    | Dominique     | ROUX                | Gastroentérologue         | Hôpital Suburbain                   |
| Docteur    | Denis         | SMITH               | Oncologue médical         | Hôpital Saint André                 |
| Docteur    | Isabelle      | SOUBEYRAN           | Anatomopathologiste       | Institut Bergonié                   |
| Docteur    | Noella        | SZERZYNA            | Chirurgien                | Clinique Mutualiste                 |
| Docteur    | Véronique     | VENDRELY            | Oncologue radiothérapeute | Hôpital Saint André                 |

## b) Experts en Midi-Pyrénées

Tableau 69. Liste du groupe d'experts sélectionnés en Midi-Pyrénées

| Qualité    | Prénom       | Nom      | Spécialité                | Spécialité               |
|------------|--------------|----------|---------------------------|--------------------------|
| Docteur    | Janick       | SELVES   | Anatomopathologiste       | Hôpital Purpan           |
| Docteur    | Joëlle       | REYRE    | Anatomopathologiste       | Laboratoire Feuillants   |
| Docteur    | Thierry      | CHAUBARD | Chirurgie digestive       | Centre Hospitalier Albi  |
| Docteur    | Pascal       | CHEVREAU | Chirurgie digestive       | Clinique du Parc         |
| Docteur    | Bertrand     | FOPPA    | Chirurgie digestive       | Clinique Claude Bernard  |
| Docteur    | Guillaume    | PORTIER  | Chirurgie digestive       | Hôpital Purpan           |
| Docteur    | Jean-Marc    | COMBIS   | Gastroentérologue         | Clinique Ambroise Paré   |
| Docteur    | Alain        | LEDIT    | Gastroentérologue         | Clinique des Cèdres      |
| Docteur    | Isabelle     | ROQUE    | Gastroentérologue         | Clinique des Cèdres      |
| Docteur    | Claude       | ALZIEU   | Oncologue radiothérapeute | Clinique Claude Bernard  |
| Docteur    | Christian    | CHEVELLE | Oncologue radiothérapeute | Clinique Pasteur         |
| Docteur    | Marie-Hélène | GASPARD  | Oncologue médical         | Clinique Claude Bernard  |
| Professeur | Rosine       | GUIMBAUD | Oncologue médical         | Hôpital Rangueil         |
| Docteur    | Françoise    | IZAR     | Oncologue radiothérapeute | Institut Claudius Regaud |
| Docteur    | Karine       | SALIGNON | Oncologue médical         | Centre Hospitalier Auch  |
| Docteur    | Philippe     | OTAL     | Radiologue                | Hôpital Rangueil         |
| Docteur    | Jean         | TROCARD  | Radiologue                | Clinique de l'Union      |

## ANNEXE 4A : NOTE D'INFORMATION AQUITAINE



Réseau de Cancérologie d'Aquitaine

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS  
ATTEINTS DE CANCERS COLORECTAUX EN AQUITAINE ET EN MIDI-PYRENEES**

**NOTICE D'INFORMATION PATIENT**

Promoteur : Réseau de cancérologie de Midi-Pyrénées – Oncomip  
20-24 rue du Pont Saint-Pierre 31 052 Toulouse Cedex

Investigateur coordonnateur : Dr Eric Bauvin – Médecin coordonnateur du réseau de cancérologie de Midi-Pyrénées Oncomip

Madame, Monsieur,

Le Docteur .....vous propose de participer à une étude associant les réseaux de cancérologie des régions Aquitaine et Midi-Pyrénées dont le but est d'étudier la qualité de la prise en charge des patients atteints de cancers colorectaux. En effet, le cancer colorectal est la troisième localisation cancéreuse la plus fréquente chez l'homme et la deuxième chez la femme, et la qualité de la prise en charge joue un rôle capital aux stades du diagnostic, du traitement comme du suivi. L'objectif est de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins, notamment en favorisant l'application des recommandations de pratique dans les établissements de la région prenant en charge des patients atteints de cancers.

Votre participation à cette étude consiste à donner votre accord oral pour que soient recueillies des informations concernant votre traitement (diagnostic, traitement chirurgical, traitement(s) complémentaire(s), surveillance) et concernant la ou les structures de soins.

Votre participation à cette étude est libre et volontaire et vous n'êtes en aucun cas obligé(e) d'y prendre part. A tout moment, vous pouvez décider de vous retirer de l'étude sans avoir à vous en expliquer et sans que la qualité de vos soins n'en soit affectée.

Toute information personnelle vous concernant obtenue au cours de cette étude sera traitée de manière confidentielle ; les données enregistrées au cours de l'étude seront identifiées par un numéro de code et vos initiales.

Le fichier informatique utilisé pour réaliser la présente recherche a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL en application des articles 40-1 et suivants de la loi « Informatique & Libertés ». Les données médicales vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique et ne seront transmises qu'aux réseaux de cancérologie d'Aquitaine et de Midi-Pyrénées ainsi que, le cas échéant, aux autorités sanitaires habilitées dans des conditions garantissant leur confidentialité.

Vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification de vos données auprès de votre médecin ou du Dr Stéphanie Hoppe, médecin coordonnateur du Réseau de Cancérologie d'Aquitaine (Tél. : 05 56 33 32 05).

## ANNEXE 4B : NOTE D'INFORMATION MIDI-PYRENEES

**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCERS COLO-RECTAUX EN AQUITAINE ET EN MIDI-PYRENEES****NOTICE D'INFORMATION PATIENT**

Promoteur : Réseau de cancérologie de Midi-Pyrénées – Oncomip  
20-24 rue du Pont Saint-Pierre 31 052 Toulouse Cedex

Investigateur coordonnateur : Dr Eric Bauvin – Médecin coordonnateur du réseau de cancérologie de Midi-Pyrénées Oncomip

Madame, Monsieur,

Le Docteur .....vous propose de participer à une étude associant les réseaux de cancérologie des régions Midi-Pyrénées et Aquitaine dont le but est d'étudier la qualité de la prise en charge des patients atteints de cancers colo-rectaux. En effet, le cancer colo-rectal est la troisième localisation cancéreuse la plus fréquente chez l'homme et la deuxième chez la femme, et la qualité de la prise en charge joue un rôle capital aux stades de diagnostic, du traitement comme du suivi. L'objectif est de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins, notamment en favorisant l'application des recommandations de pratique dans les établissements de la région prenant en charge des patients atteints de cancers.

Votre participation à cette étude consiste à donner votre accord oral pour que soient recueillies des informations concernant votre traitement (diagnostic, traitement chirurgical, traitement(s) complémentaire(s), surveillance) et concernant la ou les structures de soins.

Votre participation à cette étude est libre et volontaire et vous n'êtes en aucun cas obligé(e) d'y prendre part. A tout moment, vous pouvez décider de vous retirer de l'étude sans avoir à vous en expliquer et sans que la qualité de vos soins n'en soit affectée.

Toute information personnelle vous concernant obtenue au cours de cette étude sera traitée de manière confidentielle ; les données enregistrées au cours de l'étude seront identifiées par un numéro de code et vos initiales.

Le fichier informatique utilisé pour réaliser la présente recherche a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL en application des articles 40-1 et suivants de la loi « Informatique & Libertés ». Les données médicales vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique et ne seront transmises qu'aux réseaux de cancérologie de Midi-Pyrénées et d'Aquitaine ainsi que, le cas échéant, aux autorités sanitaires habilitées dans des conditions garantissant leur confidentialité.

Vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification de vos données auprès de votre médecin ou du Dr Eric Bauvin, médecin coordonnateur du réseau de cancérologie de Midi-Pyrénées Oncomip et investigateur principal de l'étude (Tél. : 05 61 16 49 30).

## ANNEXE 5 : REPARTITION DES PATIENTS PAR 3C EN AQUITAINE

**Tableau 70.** Répartition des patients d'Aquitaine par 3C d'inclusion (dans lequel ils ont eu une RCP) (N=995).

| Nom du 3C         | Côlon      |            | Rectum     |            | Total      |            |
|-------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|                   | n          | %          | n          | %          | n          | %          |
| BAYONNE           | 55         | 7,8        | 25         | 8,7        | 80         | 8,0        |
| BEARN ET SOULE    | 89         | 12,6       | 28         | 9,8        | 117        | 11,8       |
| BORDEAUX NORD     | 80         | 11,3       | 29         | 10,1       | 109        | 11,0       |
| CHU BORDEAUX      | 44         | 6,2        | 30         | 10,5       | 74         | 7,4        |
| DORDOGNE          | 115        | 16,2       | 48         | 16,8       | 163        | 16,4       |
| INSTITUT BERGONIE | 43         | 6,1        | 15         | 5,2        | 58         | 5,8        |
| LANDES            | 94         | 13,3       | 35         | 12,2       | 129        | 13,0       |
| LIBOURNE          | 30         | 4,2        | 11         | 3,8        | 41         | 4,1        |
| LOT ET GARONNE    | 60         | 8,5        | 33         | 11,5       | 93         | 9,3        |
| TIVOLI            | 99         | 14,0       | 32         | 11,2       | 131        | 13,2       |
| <b>Total</b>      | <b>709</b> | <b>100</b> | <b>286</b> | <b>100</b> | <b>995</b> | <b>100</b> |

**Tableau 71.** Répartition des patients d'Aquitaine inclus, exclus et des doublons par 3C (dans lequel ils ont eu une RCP) (N=1535), pourcentages en ligne.

| Nom du 3C         | Patients inclus |             | Patients exclus |             | Doublons  |            | Total<br>présélection |
|-------------------|-----------------|-------------|-----------------|-------------|-----------|------------|-----------------------|
|                   | n               | % ligne     | n               | % ligne     | n         | % ligne    | N                     |
| BAYONNE           | 80              | 71,4        | 31              | 27,7        | 1         | 0,9        | 112                   |
| BEARN ET SOULE    | 117             | 74,5        | 39              | 24,8        | 1         | 0,6        | 157                   |
| BORDEAUX NORD     | 109             | 72,2        | 38              | 25,2        | 4         | 2,6        | 151                   |
| CHU BORDEAUX      | 74              | 47,1        | 81              | 51,6        | 2         | 1,3        | 157                   |
| DORDOGNE          | 163             | 76,9        | 49              | 23,1        | 0         | 0,0        | 212                   |
| INSTITUT BERGONIE | 58              | 37,2        | 96              | 61,5        | 2         | 1,3        | 156                   |
| LANDES            | 129             | 72,9        | 47              | 26,6        | 1         | 0,6        | 177                   |
| LIBOURNE          | 41              | 80,4        | 10              | 19,6        | 0         | 0,0        | 51                    |
| LOT ET GARONNE    | 93              | 56,7        | 71              | 43,3        | 0         | 0,0        | 164                   |
| TIVOLI            | 131             | 68,9        | 57              | 30,0        | 2         | 1,1        | 190                   |
| INCONNU           | 0               | 0,0         | 8               | 100,0       | 0         | 0,0        | 8                     |
| <b>Total</b>      | <b>995</b>      | <b>64,8</b> | <b>527</b>      | <b>34,3</b> | <b>13</b> | <b>0,9</b> | <b>1535</b>           |

## ANNEXE 6 : SYNTHESE DES INDICATEURS

Tableau 72. Synthèse des indicateurs pour les patients atteints d'un cancer du côlon (N=1501).

| Diagnostic - Bilan |  |                             |                               |                   |                              |
|--------------------|--|-----------------------------|-------------------------------|-------------------|------------------------------|
|                    | Indicateur   | Numérateur<br>(nb patients) | Dénominateur<br>(nb patients) | Indicateur<br>(%) | Données<br>manquantes<br>(%) |
| I1C                | Tous les patients ont eu une biopsie par endoscopie tracée dans le dossier médical   | 1116                        | 1276                          | 88                | 5                            |
| I2C                | Tous les patients ont eu une coloscopie complète avant traitement opératoire tracée dans le dossier médical, lorsque celle-ci est réalisable           | 554                         | 1226                          | 45                | 16                           |
| I3C                | Tous les patients ont eu un scanner abdomino-pelvien réalisé avant tout traitement, tracé dans le dossier médical                                      | 844                         | 1276                          | 66                | 21                           |
| I4C                | Tous les patients ont eu un scanner thoracique réalisé avant tout traitement, tracé dans le dossier médical  | 681                         | 1276                          | 53                | 20                           |
| Anatomopathologie  |  |                             |                               |                   |                              |
|                    | Indicateur   | Numérateur<br>(nb patients) | Dénominateur<br>(nb patients) | Indicateur<br>(%) | Données<br>manquantes<br>(%) |
| I7C                | Tous les patients ont dans leur dossier un CR anatomopathologique mentionnant le stade pathologique (pTpN) ET le type histologique                     | 1242                        | 1286                          | 97                | 0                            |
| I8C                | Tous les patients ont dans leur dossier un CR anatomopathologique mentionnant les nombres de ganglions prélevés et envahis                             | 1273                        | 1286                          | 99                | 0                            |
| I9C                | Proportion de patients dont le nombre de ganglions analysés est $\geq 12$  | 945                         | 1286                          | 74                | 2                            |
| I10C               | Tous les patients ont dans leur dossier un CR anatomopathologique mentionnant la mesure quantitative de la marge la plus proche (distale ou proximale) | 930                         | 1286                          | 72                | 3                            |
| I12C               | Tous les patients métastatiques d'emblée ont une recherche d'une mutation du gène K-RAS tracée dans le dossier médical                                 | 288                         | 428                           | 67                | 0                            |
| Traitement         |  |                             |                               |                   |                              |
|                    | Indicateur   | Numérateur<br>(nb patients) | Dénominateur<br>(nb patients) | Indicateur<br>(%) | Données<br>manquantes<br>(%) |
| I15C               | Proportion de patients de stade II ayant reçu une chimiothérapie post-opératoire, tracée dans le dossier médical                                       | 85                          | 414                           | 21                | 0                            |
| I16C               | Proportion de patients de stade III ayant reçu une chimiothérapie post-opératoire, tracée dans le dossier médical                                      | 239                         | 352                           | 68                | 0                            |
| I17C               | Proportion de patients de stade III ayant reçu une chimiothérapie dans les 8 semaines post-opératoires, tracée dans le dossier médical                 | 186                         | 352                           | 53                | 1                            |



| Complications post-opératoires |  |                             |                               |                   |                              |
|--------------------------------|--|-----------------------------|-------------------------------|-------------------|------------------------------|
| Indicateur                     |  | Numérateur<br>(nb patients) | Dénominateur<br>(nb patients) | Indicateur<br>(%) | Données<br>manquantes<br>(%) |
| <b>I19C</b>                    | Proportion de patients ayant eu une fistule anastomotique symptomatique tracée dans le dossier médical   | 35                          | 1286                          | <b>3</b>          | 0                            |
| <b>I20C</b>                    | Proportion de patients décédés dans les 30 jours post-opératoires dont la trace du décès a été retrouvée dans le dossier médical   | 24                          | 1346                          | <b>2</b>          | 0                            |
| RCP                            |  |                             |                               |                   |                              |
| Indicateur                     |  | Numérateur<br>(nb patients) | Dénominateur<br>(nb patients) | Indicateur<br>(%) | Données<br>manquantes<br>(%) |
| <b>I21C</b>                    | Proportion de patients opérés d'un cancer du côlon dont le dossier a été discuté en RCP après chirurgie  | 1282                        | 1346                          | <b>95</b>         | 0                            |
| <b>I23C</b>                    | Tous les patients ont eu leur dossier discuté en RCP pré-opératoire avec au moins 3 médecins de spécialités différentes  | 457                         | 471                           | <b>97</b>         | 0                            |
|                                | Tous les patients ont eu leur dossier discuté en RCP post-opératoire avec au moins 3 médecins de spécialités différentes   | 1248                        | 1282                          | <b>97</b>         | 0                            |
| <b>I24C</b>                    | Tous les patients ont eu leur dossier discuté en RCP pré-opératoire avec au moins un chirurgien digestif ou à orientation digestive  | 410                         | 471                           | <b>87</b>         | 0                            |
|                                | Tous les patients ont eu leur dossier discuté en RCP post-opératoire avec au moins un chirurgien digestif ou à orientation digestive   | 1137                        | 1282                          | <b>89</b>         | 0                            |
| <b>I25C</b>                    | Tous les patients ont eu leur dossier discuté en RCP pré-opératoire avec au moins un oncologue (médical ou radiothérapeute) ou un médecin spécialiste d'organe qualifié pour prescrire une chimiothérapie  | 467                         | 471                           | <b>99</b>         | 0                            |
|                                | Tous les patients ont eu leur dossier discuté en RCP post-opératoire avec au moins un oncologue (médical ou radiothérapeute) ou un médecin spécialiste d'organe qualifié pour prescrire une chimiothérapie | 1266                        | 1282                          | <b>99</b>         | 0                            |
| <b>I27C</b>                    | Le score OMS est renseigné dans toutes les fiches RCP pré-opératoires  | 293                         | 471                           | <b>62</b>         | 0                            |
|                                | Le score OMS est renseigné dans toutes les fiches RCP post-opératoires   | 816                         | 1282                          | <b>64</b>         | 0                            |
| <b>I28C</b>                    | Le stade pT (pathologique après chirurgie) est renseigné dans toutes les fiches RCP post-opératoires   | 1153                        | 1282                          | <b>90</b>         | 0                            |
| <b>I29C</b>                    | Le stade pN (pathologique après chirurgie) est renseigné dans toutes les fiches RCP post-opératoires   | 1141                        | 1282                          | <b>89</b>         | 0                            |

**Tableau 73.** Synthèse des indicateurs pour les patients atteints d'un cancer du rectum (N=573).

| <b>Diagnostic - Bilan</b> |  |                                     |                                       |                           |                                       |
|---------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|
|                           | <b>Indicateur</b>  | <b>Numérateur<br/>(nb patients)</b> | <b>Dénominateur<br/>(nb patients)</b> | <b>Indicateur<br/>(%)</b> | <b>Données<br/>manquantes<br/>(%)</b> |
| <b>I1R</b>                | Tous les patients ont eu une biopsie par endoscopie tracée dans le dossier médical   | 519                                 | 552                                   | <b>94</b>                 | 2                                     |
| <b>I2R</b>                | Tous les patients ont eu une coloscopie complète avant traitement opératoire tracée dans le dossier médical, lorsque celle-ci est réalisable                       | 253                                 | 542                                   | <b>47</b>                 | 20                                    |
| <b>I3R</b>                | Tous les patients ont eu un scanner abdomino-pelvien réalisé avant tout traitement, tracé dans le dossier médical  | 384                                 | 552                                   | <b>70</b>                 | 22                                    |
| <b>I4R</b>                | Tous les patients ont eu un scanner thoracique réalisé avant tout traitement, tracé dans le dossier médical  | 334                                 | 552                                   | <b>61</b>                 | 21                                    |
| <b>I5R</b>                | Tous les patients ont eu une écho-endoscopie rectale réalisée avant tout traitement, tracée dans le dossier médical  | 160                                 | 551                                   | <b>29</b>                 | 16                                    |
| <b>I6R</b>                | Tous les patients avec une tumeur localement évoluée à partir de T3 doivent avoir une IRM pelvienne réalisée avant tout traitement, tracée dans le dossier médical | 46                                  | 115                                   | <b>40</b>                 | 15                                    |
| <b>Anatomopathologie</b>  |  |                                     |                                       |                           |                                       |
|                           | <b>Indicateur</b>  | <b>Numérateur<br/>(nb patients)</b> | <b>Dénominateur<br/>(nb patients)</b> | <b>Indicateur<br/>(%)</b> | <b>Données<br/>manquantes<br/>(%)</b> |
| <b>I7R</b>                | Tous les patients ont dans leur dossier un CR anatomopathologique mentionnant le stade pathologique (pTpN) ET le type histologique                                 | 392                                 | 433                                   | <b>91</b>                 | 0                                     |
| <b>I8R</b>                | Tous les patients ont dans leur dossier un CR anatomopathologique mentionnant les nombres de ganglions prélevés et envahis   | 428                                 | 433                                   | <b>99</b>                 | 0                                     |
| <b>I9R</b>                | Proportion de patients dont le nombre de ganglions analysés est $\geq 12$  | 264                                 | 433                                   | <b>61</b>                 | 3                                     |
| <b>I11R</b>               | Tous les patients ont dans leur dossier un CR anatomopathologique mentionnant la mesure quantitative des marges distales et latérales (circonférentielles)         | 196                                 | 454                                   | <b>43</b>                 | 6                                     |
| <b>I12R</b>               | Tous les patients métastatiques d'emblée ont une recherche d'une mutation du gène K-RAS tracée dans le dossier médical   | 85                                  | 128                                   | <b>66</b>                 | 2                                     |
| <b>I13R</b>               | Tous les patients ont dans leur dossier un CR anatomopathologique mentionnant l'exérèse totale et intègre du mésorectum (fascia recti intègre)                     | 19                                  | 258                                   | <b>7</b>                  | 0                                     |
| <b>I14R</b>               | Proportion de patients opérés ayant une marge circonférentielle $\leq 1$ mm  | 49                                  | 454                                   | <b>11</b>                 | 51                                    |

| Traitement                     |  |                             |                               |                   |                              |
|--------------------------------|--|-----------------------------|-------------------------------|-------------------|------------------------------|
|                                | Indicateur   | Numérateur<br>(nb patients) | Dénominateur<br>(nb patients) | Indicateur<br>(%) | Données<br>manquantes<br>(%) |
| I18R                           | Proportion de patients de stade T3 ou T4 ou N > 0 ayant reçu un traitement néoadjuvant préopératoire (radiothérapie ± chimiothérapie), tracé dans le dossier médical                                       | 86                          | 108                           | 80                | 0                            |
| Complications post-opératoires |  |                             |                               |                   |                              |
|                                | Indicateur   | Numérateur<br>(nb patients) | Dénominateur<br>(nb patients) | Indicateur<br>(%) | Données<br>manquantes<br>(%) |
| I19R                           | Proportion de patients ayant eu une fistule anastomotique symptomatique tracée dans le dossier médical   | 24                          | 373                           | 6                 | 0                            |
| I20R                           | Proportion de patients décédés dans les 30 jours post-opératoires dont la trace du décès a été retrouvée dans le dossier médical   | 9                           | 481                           | 2                 | 0                            |
| RCP                            |  |                             |                               |                   |                              |
|                                | Indicateur   | Numérateur<br>(nb patients) | Dénominateur<br>(nb patients) | Indicateur<br>(%) | Données<br>manquantes<br>(%) |
| I22R                           | Proportion de patients opérés d'un cancer du rectum dont le dossier a été discuté en RCP avant chirurgie   | 336                         | 467                           | 72                | 0                            |
| I23R                           | Tous les patients ont eu leur dossier discuté en RCP pré-opératoire avec au moins 3 médecins de spécialités différentes  | 418                         | 431                           | 97                | 0                            |
|                                | Tous les patients ont eu leur dossier discuté en RCP post-opératoire avec au moins 3 médecins de spécialités différentes   | 422                         | 431                           | 98                | 0                            |
| I24R                           | Tous les patients ont eu leur dossier discuté en RCP pré-opératoire avec au moins un chirurgien digestif ou à orientation digestive  | 371                         | 431                           | 86                | 0                            |
|                                | Tous les patients ont eu leur dossier discuté en RCP post-opératoire avec au moins un chirurgien digestif ou à orientation digestive   | 402                         | 431                           | 93                | 0                            |
| I25R                           | Tous les patients ont eu leur dossier discuté en RCP pré-opératoire avec au moins un oncologue (médical ou radiothérapeute) ou un médecin spécialiste d'organe qualifié pour prescrire une chimiothérapie  | 423                         | 431                           | 98                | 0                            |
|                                | Tous les patients ont eu leur dossier discuté en RCP post-opératoire avec au moins un oncologue (médical ou radiothérapeute) ou un médecin spécialiste d'organe qualifié pour prescrire une chimiothérapie | 424                         | 431                           | 98                | 0                            |
| I26R                           | Tous les patients ont eu leur dossier discuté en RCP pré-opératoire avec au moins un oncologue radiothérapeute   | 327                         | 431                           | 76                | 0                            |
|                                | Tous les patients ont eu leur dossier discuté en RCP post-opératoire avec au moins un oncologue radiothérapeute  | 319                         | 431                           | 74                | 0                            |

| Indicateur  |  | Numérateur<br>(nb patients) | Dénominateur<br>(nb patients) | Indicateur<br>(%) | Données<br>manquantes<br>(%) |
|-------------|--|-----------------------------|-------------------------------|-------------------|------------------------------|
| <b>I27R</b> | Le score OMS est renseigné dans toutes les fiches RCP pré-opératoires                                | 294                         | 431                           | <b>68</b>         | 0                            |
|             | Le score OMS est renseigné dans toutes les fiches RCP post-opératoires                               | 264                         | 431                           | <b>61</b>         | 0                            |
| <b>I28R</b> | Le stade T (clinique ou radiologique) est renseigné dans toutes les fiches RCP pré-opératoires       | 218                         | 431                           | <b>51</b>         | 0                            |
|             | Le stade pT (pathologique après chirurgie) est renseigné dans toutes les fiches RCP post-opératoires | 390                         | 431                           | <b>91</b>         | 0                            |
| <b>I29R</b> | Le stade N (clinique ou radiologique) est renseigné dans toutes les fiches RCP pré-opératoires       | 190                         | 431                           | <b>44</b>         | 0                            |
|             | Le stade pN (pathologique après chirurgie) est renseigné dans toutes les fiches RCP post-opératoires | 380                         | 431                           | <b>88</b>         | 0                            |