



Réseau de Cancérologie d'Aquitaine

**Audit clinique sur la prise en charge des cancers de l'endomètre chez les patientes de plus de 70 ans en Aquitaine en 2015 - Validation des indicateurs de mesure de la prise en charge par méthode Delphi**

---

Décembre 2017

## Comité de pilotage

Dr Maïté BECERRO-HALLARD Gériatre Centre hospitalier Layné – Mont-de-Marsan	Dr Benjamin MERLOT Gynécologue Obstétricien Hôpital Pellegrin – Bordeaux
Pr Jean-Luc BRUN Gynécologue Obstétricien Hôpital Pellegrin – Bordeaux	Dr Anne-Coline MONSEAU-THIBURCE Radiologue Hôpital Pellegrin – Bordeaux
Dr Vanessa CONRI Gynécologue Obstétricien Hôpital Pellegrin – Bordeaux	Dr Romain SAINT-SUPERY Gynécologue Obstétricien Maison de Santé Protestante Bagatelle – Talence
Dr Sabrina CROCE Anatomopathologiste Institut Bergonié – Bordeaux	Dr Claire SENECHAL Gynécologue Institut Bergonié – Bordeaux
Dr Michèle KIND Radiologue Institut Bergonié – Bordeaux	Dr Nathalie TRUFFLANDIER Oncologue médicale Hôpital Saint-André – Bordeaux

## Comité de coordination

Dr Véronique BOUSSER Médecin coordonnateur Réseau de Cancérologie d'Aquitaine – Bordeaux	Dr Cécile MERTENS Oncogériatre CHU de Bordeaux et Institut Bergonié – Bordeaux
Mme Isabelle CIRILO CASSAIGNE Chargée d'études Réseau de Cancérologie d'Aquitaine – Bordeaux	Dr Adeline PETIT Radiothérapeute Institut Bergonié – Bordeaux

## Experts ayant participé à la cotation

Anatomie et cytologie pathologiques	Dr ROCHE COMET Isabelle Dr ZIRGANOS Nicolas	IHCP Centre Hospitalier	LE BOUSCAT MONT DE MARSAN
Chirurgie générale	Dr QUERLEU Denis	Institut Bergonié	BORDEAUX
Gériatrie gérontologie	Dr BOULE Jérôme Dr PERIE Jean-Luc	Centre Hospitalier Centre Hospitalier	PAU DAX CEDEX
Gynécologie obstétrique	Dr BOURDARIAS Lionnel Dr GUYON Frédéric Dr MOREAUX Grégoire	Centre Hospitalier Institut Bergonié CHIC Sud Gironde	BAYONNE BORDEAUX LANGON
Oncologie médicale	Dr FLOQUET Anne Dr SIRE Marie	Institut Bergonié Centre Hospitalier	BORDEAUX LIBOURNE
Oncologie radiothérapie	Dr THOMAS Laurence	Institut Bergonié	BORDEAUX
Radio-diagnostic et imagerie médicale	Dr ASAD-SYED Maryam Dr BENJAMIN Alice	Cabinet de Radiologie Hôpital Pellegrin	BORDEAUX BORDEAUX

## Sommaire

<b>Contexte - Objectifs</b> .....	<b>4</b>
<b>Méthode</b> .....	<b>4</b>
Schéma d'étude .....	4
Choix des indicateurs.....	5
Sélection des experts cotateurs.....	5
Cotation des indicateurs.....	5
Niveau de consensus .....	5
Organisation du Delphi.....	6
Réunion finale de consensus informel.....	7
<b>Résultats</b> .....	<b>8</b>
Choix des indicateurs par le Copil.....	8
Participation des experts .....	8
Résultats des 3 tours de la validation Delphi.....	8
Indicateurs retenus.....	13
<b>Annexe 1 : Questionnaire de cotation des indicateurs</b> .....	<b>17</b>
<b>Annexe 2 : Résultats des 3 tours de validation des indicateurs</b> .....	<b>20</b>

## Index des tableaux

<b>Tableau 1</b> : Analyse des résultats du 1 <sup>er</sup> tour du Delphi selon la méthode HAS.....	6
<b>Tableau 2</b> : Analyse des résultats du 2 <sup>ème</sup> tour du Delphi selon la méthode HAS.....	6
<b>Tableau 3</b> : Répartition par spécialité des experts sollicités, volontaires et participant à la méthode Delphi.....	8
<b>Tableau 4</b> : Synthèse des 3 tours de la validation des indicateurs par méthode Delphi .....	9
<b>Tableau 5</b> : Indicateurs vue globale et indicateurs complémentaires selon l'étape de la prise en charge ...	13

## Contexte - Objectifs

La prise en charge des cancers de l'endomètre du sujet âgé relève de pratiques hétérogènes tant les situations sont variables et souvent complexes. L'appréciation finale de la balance bénéfico-risque reste à la discrétion du médecin qui manque de facteurs prédictifs objectifs de morbi-mortalité pour guider sa décision, en accord avec la patiente. Ces éléments font défaut à la décision en RCP et peuvent conduire à des pertes de chance dans cette population de femmes âgées, du fait d'une inadéquation entre la pratique clinique et les recommandations de prise en charge, a fortiori en cas de tumeurs agressives. A l'inverse, des décisions de chirurgie agressive, en accord avec les référentiels, peuvent s'avérer inadéquates dans cette population vulnérable, retentissant sur l'autonomie avec risque de syndrome de glissement et de complications en chaîne.

Les recommandations de l'INCa de 2009<sup>1</sup> proposent une évaluation gériatrique des patients âgés pris en charge pour un cancer afin de personnaliser au mieux leurs traitements, mais l'impact de la mise en œuvre de ces évaluations et des interventions qui en découlent reste encore à évaluer. D'autre part, cette attitude, lourde en termes de moyens mis en œuvre, doit être rationalisée pour la limiter aux interventions les plus efficaces.

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer la prise en charge initiale des cancers de l'endomètre chez les patientes âgées de 70 ans et plus en Aquitaine en 2015 ; les objectifs secondaires sont d'évaluer l'accès à une évaluation gériatrique initiale dans le cadre du parcours de soins, les délais de prise en charge, la qualité de la RCP, et la mortalité/morbidité à un mois de la chirurgie.

Les patientes concernées par cet audit sont les patientes âgées de 70 ans et plus dont le dossier a été présenté en RCP en 2015 en Aquitaine pour la prise en charge initiale d'un cancer de l'endomètre (exclusion des stades IVB).

Ce rapport présente les résultats de la première étape de l'étude qui était d'élaborer des indicateurs de mesure de la prise en charge chez ces patientes.

## Méthode

### Schéma d'étude

La méthode Delphi<sup>2</sup> en 3 tours a été appliquée. Après élaboration par le Comité de pilotage (Copil) d'indicateurs de mesure de la prise en charge des cancers de l'endomètre, un panel d'experts impliqués dans cette prise en charge a, dans un premier temps, jugé de la pertinence/utilité de chacun de ces indicateurs. À trois reprises, les experts ont ensuite coté la pertinence/utilité des indicateurs n'ayant pas obtenu de consensus au tour précédent, pour aboutir à la sélection des indicateurs qui ont fait l'objet d'un consensus au sein du groupe.

<sup>1</sup> ©Etat des lieux et perspectives en onco-gériatrie, Collection Rapports et synthèses, INCa. [Internet]. INCa; 2009. Available from: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogeriatric/Epidemiologie>

<sup>2</sup> Elaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode « Recommandations par consensus formalisé », HAS, décembre 2010, mise à jour mars 2015

## Choix des indicateurs

Un Copil, composé de médecins spécialistes intervenant dans la prise en charge des cancers de l'endomètre et en gériatrie dans la région Aquitaine, a été constitué par appel à candidature dans les Groupes Thématiques Régionaux de gynécologie, d'oncologie médicale, de radiothérapie et d'anatomopathologie du Réseau de Cancérologie d'Aquitaine (RCA), et auprès des gériatres en lien avec l'Unité de Coordination en Oncogériatrie Interrégionale Aquitaine (UCOGIR).

Le Copil a construit les indicateurs à partir des recommandations de pratiques régionales de 2012<sup>3</sup> et nationales de 2010<sup>4</sup>.

## Sélection des experts cotateurs

Les experts ont été proposés par le Copil à partir du listing de l'appel à candidature pour la constitution du Copil, en respectant l'équilibre entre les structures publiques et privées, et entre les territoires de santé, ainsi que la représentation de toutes les spécialités (gynécologie, gériatrie, oncologie médicale, radiothérapie, anatomopathologie et imagerie) ; 60 experts ont été sélectionnés.

Un mail leur a ensuite été envoyé pour solliciter leur accord de participation.

Le rôle des experts a été de coter la pertinence/utilité de chaque indicateur proposé par le Copil et, si besoin, de faire des remarques ou de proposer de nouveaux indicateurs.

## Cotation des indicateurs

Les indicateurs élaborés par le Copil ont été soumis aux experts cotateurs. Aux deux premiers tours, il a été demandé aux experts cotateurs d'évaluer la pertinence/utilité de chaque indicateur pour mesurer la prise en charge des cancers de l'endomètre chez les plus de 70 ans, en réalisant une cotation sur une échelle de Likert allant de 1 (pas du tout utile/pertinent) à 9 (très utile/pertinent).

Au troisième tour, les experts ont coté chaque critère n'ayant pas obtenu de consensus aux deux tours précédents sur une échelle binaire (utile/inutile). Cette modification de l'échelle de cotation a été mise en place pour favoriser l'obtention d'un consensus final.

## Niveau de consensus

Un consensus favorable était obtenu, pour un indicateur donné s'il était jugé comme :

- approprié avec un accord fort au premier tour (tableau 1)
- ou approprié avec un accord fort ou relatif au second tour (tableau 2)
- ou jugé utile par au moins 80% des participants au troisième tour.

Inversement, un consensus défavorable était obtenu, pour un indicateur donné s'il était jugé comme :

- inapproprié avec un accord fort au premier tour (tableau 1)
- ou inapproprié avec un accord fort ou relatif au second tour (tableau 2)
- ou jugé inutile par au moins 80% des participants au troisième tour.

Si, pour un indicateur donné, les cotations ne permettaient pas de dégager un consensus ni favorable, ni défavorable, le critère était considéré comme non consensuel et reproposé au tour suivant.

<sup>3</sup> Référentiel régional. Prise en charge des cancers de l'endomètre, Réseau de Cancérologie d'Aquitaine, version 1, janvier 2012

<sup>4</sup> Cancer de l'endomètre, Collection Recommandations & référentiels, INCa, Boulogne-Billancourt, novembre 2010

**Tableau 1** : Analyse des résultats du 1<sup>er</sup> tour du Delphi selon la méthode HAS

Indicateur jugé		Médiane	Distribution des réponses	Soumis au 2 <sup>ème</sup> tour
<b>Approprié</b>	Accord fort	≥ 7	Toutes les réponses entre [7-9]	Non, indicateur accepté tel quel
	Accord relatif	≥ 7	Toutes les réponses entre [5-9]	Oui
<b>Inapproprié</b>	Accord fort	≤ 3	Toutes les réponses entre [1-3]	Non, indicateur rejeté tel quel
	Accord relatif	≤ 3,5	Toutes les réponses entre [1-5]	Oui
<b>Incertain</b>	Indécision	Entre [4-6,5]	Quelle que soit la répartition	Oui
	Absence de consensus	≥ 7	Au moins une valeur < 5	Oui
		≤ 3,5	Au moins une valeur > 5	Oui

**Tableau 2** : Analyse des résultats du 2<sup>ème</sup> tour du Delphi selon la méthode HAS

Indicateur jugé		Médiane	Distribution des réponses	Soumis au 3 <sup>ème</sup> tour
<b>Approprié</b>	Accord fort	≥ 7	Toutes les réponses entre [7-9] sauf une < 7	Non, indicateur accepté tel quel
	Accord relatif	≥ 7	Toutes les réponses entre [5-9] sauf une < 5	Non, indicateur accepté tel quel
<b>Inapproprié</b>	Accord fort	≤ 3	Toutes les réponses entre [1-3] sauf une > 3	Non, indicateur rejeté tel quel
	Accord relatif	≤ 3,5	Toutes les réponses entre [1-5] sauf une > 5	Non, indicateur rejeté tel quel
<b>Incertain</b>	Indécision	Entre [4-6,5]	Quelle que soit la répartition	Oui
	Absence de consensus	≥ 7	Au moins deux valeurs < 5	Oui
		≤ 3,5	Au moins deux valeurs > 5	Oui

L'analyse du niveau de consensus à chaque tour était jugée invalide si moins de 80% de réponses étaient obtenues pour un indicateur par rapport au groupe initial d'experts cotateurs.

## Organisation du Delphi

Les experts cotateurs disposaient de 3 semaines à chaque tour pour répondre et envoyer leur questionnaire complété par mail au RCA. Des relances ont été organisées pour les participants ne répondant pas dans cette période. Lorsque les relances n'obtenaient pas de réponse, une dernière relance téléphonique était réalisée.

### 1<sup>er</sup> tour

Le premier questionnaire (annexe n°1) proposait aux participants de coter 103 indicateurs, avec une partie « Commentaires » réservée aux remarques après chaque section pour permettre de reformuler un indicateur ou d'en proposer de nouveaux qui ont ensuite été soumis au 2<sup>ème</sup> tour de cotation.

Le 1<sup>er</sup> tour s'est déroulé du 19 mai au 17 juin 2016.

### 2<sup>ème</sup> tour

Au deuxième tour, et après analyse des résultats du premier tour, seuls les indicateurs n'ayant pas fait l'objet d'un consensus au premier tour (ni favorable, ni défavorable) ont été soumis à nouvelle cotation. Chaque expert recevait un questionnaire contenant les indicateurs n'ayant pas fait consensus au 1<sup>er</sup> tour et les nouveaux indicateurs proposés par certains experts. Ce questionnaire, nominatif et propre à chaque expert, comportait les réponses du 1<sup>er</sup> tour de l'expert ainsi que les résultats de l'ensemble du groupe afin qu'il puisse observer comment son choix s'inscrivait dans la tendance collective, et le confirmer ou le modifier.

Le 2<sup>ème</sup> tour s'est déroulé du 21 juin 2016 au 15 février 2017. La liste d'indicateurs a été soumise aux experts en deux envois.

### **3<sup>ème</sup> tour**

Après analyse du 2<sup>ème</sup> tour, il était prévu d'organiser une réunion avec le Copil et les experts cotateurs afin de trouver un consensus sur les indicateurs restants. Compte tenu de l'impossibilité opérationnelle de l'organiser, les indicateurs ont finalement été soumis par mail aux experts pour une dernière cotation.

Le troisième tour s'est déroulé du 28 février au 28 avril 2017.

### **Réunion finale de consensus informel**

Une réunion du comité de coordination a été organisée afin de définir, parmi les indicateurs retenus par le groupe d'experts cotateurs, ceux qui permettaient une vue globale de la prise en charge et ceux, complémentaires, qui permettaient d'apporter des précisions.

# Résultats

## Choix des indicateurs par le Copil

Les indicateurs choisis concernaient le bilan pré-opératoire et la stadification, la chirurgie, les traitements adjuvants (radiothérapie externe, curiethérapie, chimiothérapie), l'évaluation gériatrique, les délais, la qualité de la RCP (quorum, temporalité) et la mortalité à un mois de la chirurgie. Les 103 indicateurs étaient présentés selon le déroulement de la prise en charge :

- Gériatrie : 3
- Diagnostic - Bilan : 18
- Chirurgie : 12
- Anatomopathologie : 15
- Traitements adjuvants (radiothérapie et curiethérapie) : 23
- Traitements adjuvants (chimiothérapie) : 11
- RCP : 21

## Participation des experts

### Sollicitation des experts

Sur les 60 experts sélectionnés par le Copil qui ont été sollicités pour participer à la validation des indicateurs par méthode Delphi, 16 ont répondu favorablement. Parmi eux, 13 ont participé au premier tour, 12 au deuxième tour et 10 au troisième tour. Ils représentaient toutes les spécialités intervenant dans la prise en charge des patientes (tableau 3).

**Tableau 3** : Répartition par spécialité des experts sollicités, volontaires et participant à la méthode Delphi

Spécialité	Experts sollicités	Volontaires	Participants au 1 <sup>er</sup> tour	Participants au 2 <sup>ème</sup> tour	Participants au 3 <sup>ème</sup> tour
	N (%)	N	N	N	N
Oncologie option radiothérapie	11 (18)	1	1	1	1
Anatomie et cytologie pathologiques	10 (17)	3	2	2	2
Gynécologie obstétrique	9 (15)	4	3	3	3
Gériatrie Gérontologie	8 (13)	3	2	1	1
Radio-diagnostic et imagerie médicale	8 (13)	2	2	2	2
Oncologie option médicale	8 (13)	2	2	2	1
Gynécologie médicale	5 (8)	0	0	0	0
Chirurgie générale	1 (2)	1	1	1	0
<b>Total</b>	<b>60 (100)</b>	<b>16</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>10</b>

## Résultats des 3 tours de la validation Delphi

Sur les 103 indicateurs proposés par le Copil qui ont été soumis au 1<sup>er</sup> tour de validation :

- 3 ont été jugés **appropriés avec un accord fort** par les experts et n'ont pas été soumis au 2<sup>ème</sup> tour,
- 40 ont été jugés **appropriés avec un accord relatif** et ont été soumis au 2<sup>ème</sup> tour,
- 60 ont été jugés **incertains** et ont été soumis au 2<sup>ème</sup> tour.

De plus, 11 **nouveaux indicateurs** ont été proposés par les experts.



Sur les 111 indicateurs soumis au 2<sup>ème</sup> tour :

- 25 ont été jugés appropriés avec un accord fort par les experts et n’ont pas été soumis au 3<sup>ème</sup> tour,
- 52 ont été jugés appropriés avec un accord relatif et n’ont pas été soumis au 3<sup>ème</sup> tour,
- 34 ont été jugés incertains et ont été soumis au 3<sup>ème</sup> tour.

Lors du 3<sup>ème</sup> tour, le nombre de participants étant de 77% (< 80%), l’analyse a été jugée invalide ; les 34 indicateurs soumis n’ont pas obtenu d’accord et ont donc été rejetés.

Les résultats sont présentés en annexe n°2 et leur synthèse dans le tableau 4. Au total, 80 indicateurs ont été retenus.

**Tableau 4 : Synthèse des 3 tours de la validation des indicateurs par méthode Delphi**

Indicateurs	1 <sup>er</sup> tour	2 <sup>ème</sup> tour	3 <sup>ème</sup> tour
<b>Gériatrie</b>			
Proportion de patientes qui ont eu une évaluation de leur fragilité gériatrique par le questionnaire G8		approprié	
En cas de G8 ≤ 14, proportion de patientes qui ont bénéficié d’une consultation gériatrique		approprié	
En cas de consultation d’anesthésie, le score ASA est mentionné dans le dossier		approprié	
<b>Diagnostic - Bilan</b>			
Proportion de patientes qui ont eu un prélèvement anatomopathologique préopératoire de l’endomètre	approprié		
Le compte rendu du prélèvement anatomopathologique préopératoire de l’endomètre mentionne le type histologique et le grade histologique de la tumeur		approprié	
En cas de biopsie endométriale contributive, proportion de patientes qui ont eu une hystéroscopie			pas d'accord
Proportion de patientes qui ont eu une évaluation ganglionnaire lombo-aortique par IRM ou scanner		approprié	
En absence de contre-indication à l'IRM, proportion de patientes qui ont eu une IRM abdomino-pelvienne pour l'évaluation ganglionnaire lombo-aortique		approprié	
Proportion de patientes qui ont eu une IRM avant la biopsie de l’endomètre			pas d'accord
Proportion de patientes qui ont eu une IRM après un prélèvement anatomopathologique préopératoire de l’endomètre		approprié	
L'IRM comporte une séquence T2 et une séquence diffusion		approprié	
Le compte rendu de l'IRM mentionne la localisation tumorale		approprié	
Le compte rendu de l'IRM mentionne l'extension tumorale au col		approprié	
Le compte rendu de l'IRM mentionne l'extension tumorale au myomètre (< ou ≥ 50 %)	approprié		
Le compte rendu de l'IRM mentionne l'extension tumorale extra-utérine		approprié	
Le compte rendu de l'IRM mentionne l'extension tumorale ganglionnaire pelvienne		approprié	
Le compte rendu de l'IRM mentionne l'extension tumorale ganglionnaire lombo-aortique		approprié	
Le compte rendu de l'IRM mentionne le stade FIGO-IRM	approprié		
En cas de stade ≥ III ou de type 2 histologique, proportion de patientes qui ont eu un scanner thoraco-abdomino-pelvien		approprié	
En cas de stades III/T3 et/ou N1 ou IV/T4, proportion de patientes qui ont eu un TEP-scanner		approprié	
Proportion de patientes qui ont eu un dosage des marqueurs tumoraux (CA 125)			pas d'accord
Proportion de patientes qui ont eu un dosage des marqueurs tumoraux (CA 125) en cas de suspicion d'extension extra-utérine			pas d'accord

Indicateurs	1 <sup>er</sup> tour	2 <sup>ème</sup> tour	3 <sup>ème</sup> tour
<b>Chirurgie</b>			
Proportion de patientes opérables (contre-indications tracées sur la fiche RCP) qui ont été opérées		approprié	
Proportion de patientes opérées qui ont eu une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale		approprié	
En cas de stade I et risque bas ou intermédiaire, proportion de patientes opérées qui ont eu une voie d'abord coelioscopique		approprié	
En cas de stade I et risque élevé ou de stade I ou II et type 2 histologique, proportion de patientes opérées qui ont eu un curage lombo-aortique d'emblée		approprié	
En cas de stade I et risque bas ou intermédiaire, proportion de patientes opérées qui ont eu un curage pelvien associé à la chirurgie centropelvienne			pas d'accord
En cas de stade I et risque intermédiaire ou élevé, proportion de patientes opérées qui ont eu une reprise chirurgicale pour stadification ganglionnaire après chirurgie initiale			pas d'accord
En cas de stade I ou II et type 2 histologique, proportion de patientes opérées qui ont eu une omentectomie		approprié	
Le compte rendu opératoire est disponible dans le dossier médical		approprié	
Le compte rendu opératoire mentionne la topographie de la lymphadénectomie réalisée		approprié	
Le compte rendu opératoire mentionne l'exploration de l'ensemble de la cavité abdominale		approprié	
Proportion de patientes avec un risque intermédiaire surstadé qui ont eu une reprise chirurgicale pour curage pelvien		approprié	
Proportion de patientes avec un risque élevé surstadé qui ont eu une reprise chirurgicale pour curage lombo-aortique		approprié	
Proportion de patientes réhospitalisées dans les 30 jours post-opératoires			pas d'accord
Proportion de patientes décédées dans les 30 jours post-opératoires		approprié	
<b>Anatomopathologie</b>			
Le compte rendu anatomopathologique mentionne la localisation de la tumeur		approprié	
Le compte rendu anatomopathologique mentionne la taille de la tumeur		approprié	
Le compte rendu anatomopathologique mentionne le type histologique de la tumeur		approprié	
Le compte rendu anatomopathologique mentionne le grade histopronostique FIGO/OMS (OMS 2014) pour le sous-type endométrioïde		approprié	
Le compte rendu anatomopathologique mentionne les emboles vasculaires		approprié	
Le compte rendu anatomopathologique mentionne les ruptures capsulaires ganglionnaires		approprié	
Le compte rendu anatomopathologique mentionne la profondeur d'infiltration du myomètre (FIGO IA/B)		approprié	
Le compte rendu anatomopathologique mentionne l'extension au stroma cervical (FIGO II)		approprié	
Le compte rendu anatomopathologique mentionne l'extension à la séreuse utérine et/ou aux annexes (FIGO IIIA)		approprié	
Le compte rendu anatomopathologique mentionne l'extension au vagin et/ou aux paramètres (FIGO IIIB)		approprié	
Le compte rendu anatomopathologique mentionne les adénopathies métastatiques pelviennes (FIGO IIIC1)		approprié	
Le compte rendu anatomopathologique mentionne les adénopathies métastatiques para-aortiques (FIGO IIIC2)		approprié	
Le compte rendu anatomopathologique mentionne l'infiltration de la muqueuse vésicale/intestinale (FIGO IVA)		approprié	
Le compte rendu anatomopathologique mentionne le nombre de ganglions envahis		approprié	
Le compte rendu anatomopathologique mentionne le nombre de ganglions examinés pour chaque localisation		approprié	
Le compte rendu anatomopathologique mentionne le stade TN et le stade FIGO 2009		approprié	
<b>Traitements adjuvants (radiothérapie et curiethérapie)</b>			
<b>Stade I bas risque (Type 1 histologique, IA grade 1 ou grade 2)</b>			
Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie vaginale post-opératoire			pas d'accord
Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe pelvienne post-opératoire			pas d'accord
Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie vaginale en complément de la radiothérapie externe			pas d'accord
Proportion de patientes pour lesquelles une surveillance seule a été proposée			pas d'accord
<b>Stade I risque intermédiaire (Type 1 histologique, IA grade 3, IB grade 1 ou 2)</b>			
Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe pelvienne post-opératoire		approprié	
Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie vaginale en complément de la radiothérapie externe			pas d'accord
Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie vaginale post-opératoire seule		approprié	
<b>Stade I haut risque (Type 1 histologique, IB grade 3, Type 1 histologique IB avec emboles, type 2 histologique IA-IB)</b>			
Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe pelvienne post-opératoire		approprié	
Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie vaginale en complément de la radiothérapie externe		approprié	

Indicateurs	1 <sup>er</sup> tour	2 <sup>ème</sup> tour	3 <sup>ème</sup> tour
<b>Stade II</b>			
Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe pelvienne post-opératoire		approprié	
Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie vaginale en complément de la radiothérapie externe		approprié	
Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie vaginale post-opératoire exclusive			pas d'accord
<b>Stade IIIA</b>			
Proportion de patientes avec atteinte isolée de la séreuse qui ont reçu une radiothérapie externe pelvienne post-opératoire		approprié	
<b>Stade IIIB</b>			
Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe pelvienne		approprié	
Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie vaginale et une radio-chimiothérapie concomitante			pas d'accord
<b>Stade IIIC1</b>			
Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe pelvienne post-opératoire		approprié	
Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe post-opératoire étendue à la région lombo-aortique			pas d'accord
Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie vaginale en complément de la radiothérapie externe		approprié	
<b>Stade IIIC2</b>			
Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe pelvienne post-opératoire étendue à la région lombo-aortique		approprié	
Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe post-opératoire limitée à la région pelvienne			pas d'accord
Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie vaginale en complément de la radiothérapie externe		approprié	
<b>Délais</b>			
Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe adjuvante, pour lesquelles la radiothérapie a débuté dans un délai inférieur à 60 jours après la chirurgie		approprié	
Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie adjuvante, pour lesquelles la curiethérapie a débuté dans un délai inférieur à 60 jours après la chirurgie			pas d'accord
<b>Technique d'irradiation</b>			
Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe adjuvante, pour lesquelles une technique 3D conformationnelle ou IMRT a été réalisée			pas d'accord
Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe adjuvante, pour lesquelles la dose totale a été de 45 à 50 Gy, avec 5 fractions hebdomadaires de 1,8 à 2 Gy			pas d'accord
Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe adjuvante, pour lesquelles une technique IMRT a été réalisée			pas d'accord
Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie adjuvante, pour lesquelles la curiethérapie a été réalisée à haut débit de dose			pas d'accord
Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie post-opératoire exclusive à haut débit de dose		approprié	
<b>Traitements adjuvants (chimiothérapie)</b>			
<b>Stade I</b>			
Proportion de patientes qui ont reçu une chimiothérapie			pas d'accord
En cas de chimiothérapie, proportion de patientes pour lesquelles la chimiothérapie a été proposée en RCP			pas d'accord
En cas de chimiothérapie, proportion de patientes pour lesquelles la chimiothérapie a été réalisée en séquentiel			pas d'accord
<b>Stade II</b>			
En cas de type 2 histologique, proportion de patientes qui ont reçu une chimiothérapie			pas d'accord
En cas de chimiothérapie, proportion de patientes pour lesquelles la chimiothérapie a été proposée en RCP			pas d'accord
En cas de chimiothérapie, proportion de patientes pour lesquelles la chimiothérapie a été réalisée en séquentiel			pas d'accord
<b>Stade III</b>			
Proportion de patientes qui ont reçu une chimiothérapie		approprié	
En cas de chimiothérapie, proportion de patientes pour lesquelles la chimiothérapie a été proposée en RCP		approprié	
En cas de chimiothérapie, proportion de patientes pour lesquelles la chimiothérapie a été réalisée en séquentiel			pas d'accord
<b>Stade IVA</b>			
En cas de chimiothérapie, proportion de patientes pour lesquelles la chimiothérapie a été proposée en RCP		approprié	
En cas de chimiothérapie, proportion de patientes pour lesquelles la chimiothérapie a été réalisée en séquentiel			pas d'accord
Proportion de patientes qui ont reçu une hormonothérapie			pas d'accord

Indicateurs	1 <sup>er</sup> tour	2 <sup>ème</sup> tour	3 <sup>ème</sup> tour
<b>RCP</b>			
Proportion de patientes opérées dont le dossier a été discuté en RCP avant chirurgie		approprié	
Proportion de patientes opérées de stade $\geq 2$ dont le dossier a été discuté en RCP avant chirurgie		approprié	
La RCP pré-opératoire comprenait au minimum trois des cinq spécialistes suivants : chirurgien, oncologue radiothérapeute, oncologue médical, radiologue, pathologiste		approprié	
La RCP pré-opératoire comprenait un chirurgien		approprié	
La RCP pré-opératoire comprenait un oncologue radiothérapeute		approprié	
La RCP pré-opératoire comprenait un oncologue médical		approprié	
La RCP pré-opératoire comprenait un radiologue		approprié	
La RCP pré-opératoire comprenait un pathologiste		approprié	
La RCP pré-opératoire comprenait un gériatre/oncogériatre			pas d'accord
La fiche RCP pré-opératoire mentionne le score OMS		approprié	
Proportion de patientes opérées dont le dossier a été discuté en RCP après chirurgie		approprié	
La RCP post-opératoire comprenait au minimum trois des cinq spécialistes suivants : chirurgien, oncologue radiothérapeute, oncologue médical, radiologue, pathologiste		approprié	
La RCP post-opératoire comprenait un chirurgien		approprié	
La RCP post-opératoire comprenait un oncologue radiothérapeute		approprié	
La RCP post-opératoire comprenait un oncologue médical		approprié	
La RCP post-opératoire comprenait un radiologue			pas d'accord
La RCP post-opératoire comprenait un pathologiste		approprié	
La RCP post-opératoire comprenait un gériatre/oncogériatre			pas d'accord
La fiche RCP post-opératoire mentionne le score OMS		approprié	
La fiche RCP post-opératoire mentionne le stade FIGO 2009		approprié	
Un PPS est tracé dans le dossier médical		approprié	
Proportion de patientes incluses dans un essai thérapeutique			pas d'accord

## Indicateurs retenus

Parmi les 80 indicateurs retenus, 26 ont été qualifiés par le comité de coordination comme permettant une vue globale de la prise en charge et les 54 autres ont été qualifiés comme complémentaires et apportant des précisions ; ils sont présentés dans le tableau 5.

**Tableau 5** : Indicateurs vue globale et indicateurs complémentaires selon l'étape de la prise en charge

Prise en charge	Indicateurs vue globale	Indicateurs complémentaires
<b>Gériatrie</b>	1. Proportion de patientes qui ont eu une évaluation de leur fragilité gériatrique par le questionnaire G8	1. En cas de G8 $\leq$ 14, proportion de patientes qui ont bénéficié d'une consultation gériatrique 2. En cas de consultation d'anesthésie, le score ASA est mentionné dans le dossier
<b>Diagnostic - Bilan</b>	2. Proportion de patientes qui ont eu un prélèvement anatomopathologique préopératoire de l'endomètre 3. Le compte rendu du prélèvement anatomopathologique préopératoire de l'endomètre mentionne le type histologique et le grade histologique de la tumeur 4. Proportion de patientes qui ont eu une IRM après un prélèvement anatomopathologique préopératoire de l'endomètre	3. Proportion de patientes qui ont eu une évaluation ganglionnaire lombo-aortique par IRM ou scanner 4. En absence de contre-indication à l'IRM, proportion de patientes qui ont eu une IRM abdomino-pelvienne pour l'évaluation ganglionnaire lombo-aortique 5. L'IRM comporte une séquence T2 et une séquence diffusion 6. Le compte rendu de l'IRM mentionne la localisation tumorale 7. Le compte rendu de l'IRM mentionne l'extension tumorale au col 8. Le compte rendu de l'IRM mentionne l'extension tumorale au myomètre ( $<$ ou $\geq$ 50 %) 9. Le compte rendu de l'IRM mentionne l'extension tumorale extra-utérine 10. Le compte rendu de l'IRM mentionne l'extension tumorale ganglionnaire pelvienne 11. Le compte rendu de l'IRM mentionne l'extension tumorale ganglionnaire lombo-aortique 12. Le compte rendu de l'IRM mentionne le stade FIGO-IRM 13. En cas de stade $\geq$ III ou de type 2 histologique, proportion de patientes qui ont eu un scanner thoraco-abdomino-pelvien 14. En cas de stades III/T3 et/ou N1 ou IV/T4, proportion de patientes qui ont eu un TEP-scanner

Prise en charge	Indicateurs vue globale	Indicateurs complémentaires
<b>Chirurgie</b>	5. Proportion de patientes opérables (contre-indications tracées sur la fiche RCP) qui ont été opérées	15. En cas de stade I ou II et type 2 histologique, proportion de patientes opérées qui ont eu une omentectomie
	6. Proportion de patientes opérées qui ont eu une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale	16. Le compte rendu opératoire est disponible dans le dossier médical
	7. En cas de stade I et risque bas ou intermédiaire, proportion de patientes opérées qui ont eu une voie d'abord coelioscopique	17. Le compte rendu opératoire mentionne la topographie de la lymphadénectomie réalisée
	8. En cas de stade I et risque élevé ou de stade I ou II et type 2 histologique, proportion de patientes opérées qui ont eu un curage lombo-aortique d'emblée	18. Le compte rendu opératoire mentionne l'exploration de l'ensemble de la cavité abdominale
	9. Proportion de patientes avec un risque intermédiaire surstadé qui ont eu une reprise chirurgicale pour curage pelvien	19. Proportion de patientes décédées dans les 30 jours post-opératoires
	10. Proportion de patientes avec un risque élevé surstadé qui ont eu une reprise chirurgicale pour curage lombo-aortique	

Prise en charge	Indicateurs vue globale	Indicateurs complémentaires
<b>Anatomo-pathologie</b>	11. Le compte rendu anatomopathologique mentionne le type histologique de la tumeur	20. Le compte rendu anatomopathologique mentionne la localisation de la tumeur
	12. Le compte rendu anatomopathologique mentionne le grade histopronostique FIGO/OMS (OMS 2014) pour le sous-type endométriöide	21. Le compte rendu anatomopathologique mentionne la taille de la tumeur
	13. Le compte rendu anatomopathologique mentionne les embolies vasculaires	22. Le compte rendu anatomopathologique mentionne les ruptures capsulaires ganglionnaires
	14. Le compte rendu anatomopathologique mentionne le stade TN et le stade FIGO 2009	23. Le compte rendu anatomopathologique mentionne la profondeur d'infiltration du myomètre (FIGO IA/B)
		24. Le compte rendu anatomopathologique mentionne l'extension au stroma cervical (FIGO II)
		25. Le compte rendu anatomopathologique mentionne l'extension à la séreuse utérine et/ou aux annexes (FIGO IIIA)
		26. Le compte rendu anatomopathologique mentionne l'extension au vagin et/ou aux paramètres (FIGO IIIB)
		27. Le compte rendu anatomopathologique mentionne les adénopathies métastatiques pelviennes (FIGO IIIC1)
		28. Le compte rendu anatomopathologique mentionne les adénopathies métastatiques para-aortiques (FIGO IIIC2)
		29. Le compte rendu anatomopathologique mentionne l'infiltration de la muqueuse vésicale/intestinale (FIGO IVA)
		30. Le compte rendu anatomopathologique mentionne le nombre de ganglions envahis
		31. Le compte rendu anatomopathologique mentionne le nombre de ganglions examinés pour chaque localisation

Prise en charge	Indicateurs vue globale	Indicateurs complémentaires
Traitements adjuvants (radiothérapie et curiethérapie)	<b>Stade I risque intermédiaire (Type 1 histologique, IA grade 3, IB grade 1 ou 2)</b>	<b>Stade I risque intermédiaire (Type 1 histologique, IA grade 3, IB grade 1 ou 2)</b>
	15. Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie vaginale post-opératoire seule	32. Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe pelvienne post-opératoire
	<b>Stade I haut risque (Type 1 histologique, IB grade 3, Type 1 histologique IB avec emboles, type 2 histologique IA-IB)</b>	<b>Stade I haut risque (Type 1 histologique, IB grade 3, Type 1 histologique IB avec emboles, type 2 histologique IA-IB)</b>
	16. Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe pelvienne post-opératoire	33. Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie vaginale en complément de la radiothérapie externe
	<b>Stade II</b>	
	17. Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe pelvienne post-opératoire	
	18. Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie vaginale en complément de la radiothérapie externe	
	<b>Stade IIIA</b>	
	19. Proportion de patientes avec atteinte isolée de la séreuse qui ont reçu une radiothérapie externe pelvienne post-opératoire	
	<b>Stade IIIB</b>	
20. Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe pelvienne		
<b>Stade IIIC1</b>	<b>Stade IIIC1</b>	
21. Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe pelvienne post-opératoire	34. Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie vaginale en complément de la radiothérapie externe	
<b>Stade IIIC2</b>	<b>Stade IIIC2</b>	
22. Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe pelvienne post-opératoire étendue à la région lombo-aortique	35. Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie vaginale en complément de la radiothérapie externe	
	<b>Délais</b>	
	36. Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe adjuvante, pour lesquelles la radiothérapie a débuté dans un délai inférieur à 60 jours après la chirurgie	
	<b>Technique d'irradiation</b>	
	37. Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie post-opératoire exclusive à haut débit de dose	
Traitements adjuvants (chimiothérapie)	<b>Stade III</b>	<b>Stade III</b>
	23. Proportion de patientes qui ont reçu une chimiothérapie	38. En cas de chimiothérapie, proportion de patientes pour lesquelles la chimiothérapie a été proposée en RCP
	<b>Stade IVA</b>	<b>Stade IVA</b>
	39. En cas de chimiothérapie, proportion de patientes pour lesquelles la chimiothérapie a été proposée en RCP	

Prise en charge	Indicateurs vue globale	Indicateurs complémentaires
<b>RCP</b>	24. La RCP pré-opératoire comprenait au minimum trois des cinq spécialistes suivants : chirurgien, oncologue radiothérapeute, oncologue médical, radiologue, pathologiste 25. La RCP post-opératoire comprenait au minimum trois des cinq spécialistes suivants : chirurgien, oncologue radiothérapeute, oncologue médical, radiologue, pathologiste 26. La fiche RCP post-opératoire mentionne le stade FIGO 2009	40. Proportion de patientes opérées dont le dossier a été discuté en RCP avant chirurgie 41. Proportion de patientes opérées de stade $\geq 2$ dont le dossier a été discuté en RCP avant chirurgie 42. La RCP pré-opératoire comprenait un chirurgien 43. La RCP pré-opératoire comprenait un oncologue radiothérapeute 44. La RCP pré-opératoire comprenait un oncologue médical 45. La RCP pré-opératoire comprenait un radiologue 46. La RCP pré-opératoire comprenait un pathologiste 47. La fiche RCP pré-opératoire mentionne le score OMS 48. Proportion de patientes opérées dont le dossier a été discuté en RCP après chirurgie 49. La RCP post-opératoire comprenait un chirurgien 50. La RCP post-opératoire comprenait un oncologue radiothérapeute 51. La RCP post-opératoire comprenait un oncologue médical 52. La RCP post-opératoire comprenait un pathologiste 53. La fiche RCP post-opératoire mentionne le score OMS 54. Un PPS est tracé dans le dossier médical



# Annexe 1 : Questionnaire de cotation des indicateurs

## Indicateurs de la prise en charge des cancers de l'endomètre chez les patientes âgées de 70 ans et plus

### 1<sup>er</sup> tour de la validation par méthode DELPHI



Nom du relecteur :

3 semaines de lecture, réponse pour le 9 juin 2016

Contact : Isabelle Cirilo Cassaigne [icirilo@canceraquaine.org](mailto:icirilo@canceraquaine.org) / 05 56 33 32 84

Indicateurs		Utilité/Pertinence pour mesurer la prise en charge								
		Colorer la case choisie (1 : pas du tout utile ; 9 : très utile)								
<b>Gériatrie</b>		<b>Cotation</b>								
I1	Proportion de patientes qui ont eu une évaluation de leur fragilité gériatrique par le questionnaire G8	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I2	En cas de G8 ≤ 14, proportion de patientes qui ont bénéficié d'une consultation gériatrique	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I3	En cas de consultation d'anesthésie, le score ASA est mentionné dans le dossier	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Commentaires : Autres indicateurs proposés :		Colorer la case choisie (1 : pas du tout utile ; 9 : très utile)								
<b>Diagnostic - Bilan</b>		<b>Cotation</b>								
I4	Proportion de patientes qui ont eu une biopsie de l'endomètre	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I5	Le compte rendu de la biopsie de l'endomètre mentionne le type histologique et le grade histologique de la tumeur	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I6	En cas de biopsie endométriale contributive, proportion de patientes qui ont eu une hystéroscopie	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I7	Proportion de patientes qui ont eu une évaluation ganglionnaire lombo-aortique par IRM ou scanner	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I8	En absence de contre-indication à l'IRM, proportion de patientes qui ont eu une IRM abdomino-pelvienne pour l'évaluation ganglionnaire lombo-aortique	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I9	Proportion de patientes qui ont eu une IRM avant la biopsie de l'endomètre	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I10	Proportion de patientes qui ont eu une IRM après une hystéro-résection ou un curetage	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I11	L'IRM comporte une séquence T2 et une séquence diffusion	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I12	Le compte rendu de l'IRM mentionne la localisation tumorale	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I13	Le compte rendu de l'IRM mentionne l'extension tumorale au col	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I14	Le compte rendu de l'IRM mentionne l'extension tumorale au myomètre (< ou > 50 %)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I15	Le compte rendu de l'IRM mentionne l'extension tumorale extra-utérine	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I16	Le compte rendu de l'IRM mentionne l'extension tumorale ganglionnaire pelvienne	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I17	Le compte rendu de l'IRM mentionne l'extension tumorale ganglionnaire lombo-aortique	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I18	Le compte rendu de l'IRM mentionne le stade FIGO-IRM	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I19	En cas de stade ≥ III ou de type 2 histologique, proportion de patientes qui ont eu un scanner thoraco-abdomino-pelvien	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I20	En cas de stades III/T3 et/ou N1 ou IV/T4 et/ou M1, proportion de patientes qui ont eu un TEP-scanner	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I21	Proportion de patientes qui ont eu un dosage des marqueurs tumoraux (CA 125)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Commentaires : Autres indicateurs proposés :		Colorer la case choisie (1 : pas du tout utile ; 9 : très utile)								
<b>Chirurgie</b>		<b>Cotation</b>								
I22	Proportion de patientes opérables (contre-indications tracées sur la fiche RCP) qui ont été opérées	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I23	Proportion de patientes opérées qui ont eu une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I24	En cas de stade I et risque bas ou intermédiaire, proportion de patientes qui ont eu une voie d'abord coelioscopique, en absence de contre-indication chirurgicale ou anesthésique	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I25	En cas de stade I et risque élevé ou de stade I ou II et type 2 histologique, proportion de patientes qui ont eu un curage lombo-aortique d'emblée	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I26	En cas de stade I ou II et type 2 histologique, proportion de patientes qui ont eu une omentectomie	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I27	Le compte rendu opératoire est disponible dans le dossier médical	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I28	Le compte rendu opératoire mentionne la topographie de la lymphadénectomie réalisée	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I29	Le compte rendu opératoire mentionne l'exploration de l'ensemble de la cavité abdominale	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I30	Proportion de patientes avec un risque intermédiaire surstadé qui ont eu une reprise chirurgicale pour curage pelvien	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I31	Proportion de patientes avec un risque élevé surstadé qui ont eu une reprise chirurgicale pour curage lombo-aortique	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I32	Proportion de patientes réhospitalisées dans les 30 jours post-opératoires	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I33	Proportion de patientes décédées dans les 30 jours post-opératoires	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Commentaires : Autres indicateurs proposés :		Colorer la case choisie (1 : pas du tout utile ; 9 : très utile)								
<b>Anatomopathologie</b>		<b>Cotation</b>								
I34	Le compte rendu anatomopathologique mentionne la localisation de la tumeur (corps-fond, corps-segment utérin inférieur)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I35	Le compte rendu anatomopathologique mentionne la taille de la tumeur	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I36	Le compte rendu anatomopathologique mentionne le type histologique de la tumeur	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I37	Le compte rendu anatomopathologique mentionne le grade histopronostique FIGO/OMS (OMS 2014) pour le sous-type endométrioïde	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I38	Le compte rendu anatomopathologique mentionne les embolus vasculaires	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I39	Le compte rendu anatomopathologique mentionne la profondeur d'infiltration du myomètre (FIGO IA/B)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I40	Le compte rendu anatomopathologique mentionne l'extension au stroma cervical (FIGO II)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I41	Le compte rendu anatomopathologique mentionne l'extension à la séreuse utérine et/ou aux annexes (FIGO IIIA)	1	2	3	4	5	6	7	8	9

I42	Le compte rendu anatomopathologique mentionne l'extension au vagin et au paramètre (extension directe ou métastase) (FIGO IIIB)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I43	Le compte rendu anatomopathologique mentionne les adénopathies métastatiques pelviennes (FIGO IIIC1)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I44	Le compte rendu anatomopathologique mentionne les adénopathies métastatiques para-aortiques (FIGO IIIC2)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I45	Le compte rendu anatomopathologique mentionne l'infiltration de la muqueuse vésicale/intestinale (FIGO IV)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I46	Le compte rendu anatomopathologique mentionne le nombre de ganglions envahis	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I47	Le compte rendu anatomopathologique mentionne le nombre de ganglions examinés pour chaque localisation	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I48	Le compte rendu anatomopathologique mentionne le stade TNM/FIGO 2009	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Commentaires :</b> <b>Autres indicateurs proposés :</b>		Colorer la case choisie (1 : pas du tout utile ; 9 : très utile)								
<b>Traitements adjuvants (radiothérapie et curiethérapie)</b>		<b>Cotation</b>								
<b>Stade I bas risque (Type 1 histologique, IA grade 1 ou grade 2)</b>										
I49	Proportion de patientes ne présentant pas d'atteinte myométriale qui ont reçu une curiethérapie vaginale post-opératoire	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I50	Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe pelvienne post-opératoire	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Stade I risque intermédiaire (Type 1 histologique, IA grade 3, IB grade 1 ou 2)</b>										
I51	Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe pelvienne post-opératoire	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I52	Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie vaginale post-opératoire	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Stade I haut risque (Type 1 histologique, IB grade 3, Type 1 histologique IB avec embolies, type 2 histologique IA-IB)</b>										
I53	Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe pelvienne post-opératoire	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I54	Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie vaginale en complément de la radiothérapie externe	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Stade II</b>										
I55	Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe pelvienne post-opératoire	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I56	Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie vaginale en complément de la radiothérapie externe	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Stade IIIA</b>										
I57	Proportion de patientes avec atteinte isolée de la séreuse qui ont reçu une radiothérapie externe pelvienne post-opératoire	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Stade IIIB</b>										
I58	Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe pelvienne	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Stade IIIC1</b>										
I59	Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe post-opératoire pelvienne	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I60	Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe post-opératoire étendue à la région lombo-aortique	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I61	Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie vaginale en complément de la radiothérapie externe	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Stade IIIC2</b>										
I62	Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe post-opératoire étendue à la région lombo-aortique	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I63	Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe post-opératoire limitée à la région pelvienne	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I64	Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie vaginale en complément de la radiothérapie externe	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Délais</b>										
I65	Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe adjuvante, pour lesquelles la radiothérapie a débuté dans un délai inférieur à 60 jours après la chirurgie	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I66	Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie adjuvante, pour lesquelles la curiethérapie a débuté dans un délai inférieur à 60 jours après la chirurgie	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Technique d'irradiation</b>										
I67	Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe adjuvante, pour lesquelles une technique 3D conformationnelle ou IMRT a été réalisée	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I68	Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe adjuvante, pour lesquelles la dose totale a été de 45 à 50 Gy, avec 5 fractions hebdomadaires de 1,8 à 2 Gy	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I69	Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe adjuvante, pour lesquelles une technique IMRT a été réalisée	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I70	Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie adjuvante, pour lesquelles la curiethérapie a été réalisée à haut débit de dose	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I71	Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie post-opératoire exclusive à haut débit de dose, à la dose de 21 à 24 Gy, respectivement en 3 séances de 7 Gy ou 4 séances de 6 Gy	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Commentaires :</b> <b>Autres indicateurs proposés :</b>		Colorer la case choisie (1 : pas du tout utile ; 9 : très utile)								
<b>Traitements adjuvants (chimiothérapie)</b>		<b>Cotation</b>								
<b>Stade I</b>										
I72	Proportion de patientes qui ont reçu une chimiothérapie	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I73	En cas de chimiothérapie, proportion de patientes pour lesquelles la chimiothérapie a été proposée en RCP	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I74	En cas de chimiothérapie, proportion de patientes pour lesquelles la chimiothérapie a été réalisée en séquentiel	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Stade II</b>										
I75	Proportion de patientes qui ont reçu une chimiothérapie	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I76	En cas de chimiothérapie, proportion de patientes pour lesquelles la chimiothérapie a été proposée en RCP	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I77	En cas de chimiothérapie, proportion de patientes pour lesquelles la chimiothérapie a été réalisée en séquentiel	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Stade III</b>										
I78	Proportion de patientes qui ont reçu une chimiothérapie	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I79	En cas de chimiothérapie, proportion de patientes pour lesquelles la chimiothérapie a été proposée en RCP	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I80	En cas de chimiothérapie, proportion de patientes pour lesquelles la chimiothérapie a été réalisée en séquentiel	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Stade IV</b>										
I81	Proportion de patientes qui ont reçu une chimiothérapie	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I82	En cas de chimiothérapie, proportion de patientes pour lesquelles la chimiothérapie a été proposée en RCP	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I83	En cas de chimiothérapie, proportion de patientes pour lesquelles la chimiothérapie a été réalisée en séquentiel	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Commentaires :</b> <b>Autres indicateurs proposés :</b>										

RCP	Colorer la case choisie (1 : pas du tout utile ; 9 : très utile)								
	Cotation								
I84 Proportion de patientes opérées dont le dossier a été discuté en RCP avant chirurgie	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I85 La RCP pré-opératoire comprenait au minimum trois des cinq spécialistes suivants : chirurgien, oncologue radiothérapeute, oncologue médical, radiologue, pathologiste	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I86 La RCP pré-opératoire comprenait un chirurgien	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I87 La RCP pré-opératoire comprenait un oncologue radiothérapeute	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I88 La RCP pré-opératoire comprenait un oncologue médical	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I89 La RCP pré-opératoire comprenait un radiologue	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I90 La RCP pré-opératoire comprenait un pathologiste	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I91 La RCP pré-opératoire comprenait un gériatre/oncogériatre	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I92 La fiche RCP pré-opératoire mentionne le score OMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I93 Proportion de patientes opérées dont le dossier a été discuté en RCP après chirurgie	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I94 La RCP post-opératoire comprenait au minimum trois des cinq spécialistes suivants : chirurgien, oncologue radiothérapeute, oncologue médical, radiologue, pathologiste	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I95 La RCP post-opératoire comprenait un chirurgien	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I96 La RCP post-opératoire comprenait un oncologue radiothérapeute	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I97 La RCP post-opératoire comprenait un oncologue médical	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I98 La RCP post-opératoire comprenait un radiologue	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I99 La RCP post-opératoire comprenait un pathologiste	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I100 La RCP post-opératoire comprenait un gériatre/oncogériatre	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I101 La fiche RCP post-opératoire mentionne le score OMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I102 La fiche RCP post-opératoire mentionne le TNM post-opératoire	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I103 Un PPS est tracé dans le dossier médical	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I104 Proportion de patientes incluses dans un essai thérapeutique interventionnel	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Commentaires :</b> <b>Autres indicateurs proposés :</b>									

## Annexe 2 : Résultats des 3 tours de validation des indicateurs

Indicateurs	1 <sup>er</sup> tour		2 <sup>ème</sup> tour		3 <sup>ème</sup> tour	Résultat
	Médiane	Distribution	Médiane	Distribution		
<b>Gériatrie</b>						
Proportion de patientes qui ont eu une évaluation de leur fragilité gériatrique par le questionnaire G8	8	1 réponse < 5	8	1 réponse < 5		retenu
En cas de G8 ≤ 14, proportion de patientes qui ont bénéficié d'une consultation gériatrique	8	1 réponse < 5	8	1 réponse < 5		retenu
En cas de consultation d'anesthésie, le score ASA est mentionné dans le dossier	6	-	7	1 réponse < 5		retenu
<b>Diagnostic - Bilan</b>						
Proportion de patientes qui ont eu un prélèvement anatomopathologique préopératoire de l'endomètre	9	0 réponse < 7				retenu
Le compte rendu du prélèvement anatomopathologique préopératoire de l'endomètre mentionne le type histologique et le grade histologique de la tumeur	9	0 réponse < 5	9	1 réponse < 7		retenu
En cas de biopsie endométriale contributive, proportion de patientes qui ont eu une hystéroscopie	5	-	5	-	participation < 80%	éliminé
Proportion de patientes qui ont eu une évaluation ganglionnaire lombo-aortique par IRM ou scanner	9	0 réponse < 5	9	0 réponse < 5		retenu
En absence de contre-indication à l'IRM, proportion de patientes qui ont eu une IRM abdomino-pelvienne pour l'évaluation ganglionnaire lombo-aortique	8	1 réponse < 5	7,5	0 réponse < 5		retenu
Proportion de patientes qui ont eu une IRM avant la biopsie de l'endomètre	5	-	3,5	3 réponses > 5	participation < 80%	éliminé
Proportion de patientes qui ont eu une IRM après un prélèvement anatomopathologique préopératoire de l'endomètre	7	1 réponse < 5	9	1 réponse < 5		retenu
L'IRM comporte une séquence T2 et une séquence diffusion	8	0 réponse < 5	8,5	0 réponse < 5		retenu
Le compte rendu de l'IRM mentionne la localisation tumorale	9	0 réponse < 5	9	0 réponse < 7		retenu
Le compte rendu de l'IRM mentionne l'extension tumorale au col	9	0 réponse < 5	9	1 réponse < 7		retenu
Le compte rendu de l'IRM mentionne l'extension tumorale au myomètre (< ou ≥ 50 %)	9	0 réponse < 7				retenu
Le compte rendu de l'IRM mentionne l'extension tumorale extra-utérine	9	0 réponse < 5	9	1 réponse < 7		retenu
Le compte rendu de l'IRM mentionne l'extension tumorale ganglionnaire pelvienne	9	0 réponse < 5	9	1 réponse < 7		retenu
Le compte rendu de l'IRM mentionne l'extension tumorale ganglionnaire lombo-aortique	9	0 réponse < 5	9	1 réponse < 7		retenu
Le compte rendu de l'IRM mentionne le stade FIGO-IRM	9	0 réponse < 7				retenu
En cas de stade ≥ III ou de type 2 histologique, proportion de patientes qui ont eu un scanner thoraco-abdomino-pelvien	8	0 réponse < 5	9	0 réponse < 5		retenu
En cas de stades III/T3 et/ou N1 ou IV/T4, proportion de patientes qui ont eu un TEP-scanner	6	-	7	0 réponse < 5		retenu
Proportion de patientes qui ont eu un dosage des marqueurs tumoraux (CA 125)	5	-	5	-	participation < 80%	éliminé
Proportion de patientes qui ont eu un dosage des marqueurs tumoraux (CA 125) en cas de suspicion d'extension extra-utérine			7,5	3 réponses < 5	participation < 80%	éliminé

Indicateurs	1 <sup>er</sup> tour		2 <sup>ème</sup> tour		3 <sup>ème</sup> tour	Résultat
	Médiane	Distribution	Médiane	Distribution		
<b>Chirurgie</b>						
Proportion de patientes opérables (contre-indications tracées sur la fiche RCP) qui ont été opérées	8	1 réponse < 5	8,5	0 réponse < 5		retenu
Proportion de patientes opérées qui ont eu une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale	9	0 réponse < 5	9	0 réponse < 5		retenu
En cas de stade I et risque bas ou intermédiaire, proportion de patientes opérées qui ont eu une voie d'abord coelioscopique	9	1 réponse < 5	8,5	0 réponse < 5		retenu
En cas de stade I et risque élevé ou de stade I ou II et type 2 histologique, proportion de patientes opérées qui ont eu un curage lombo-aortique d'emblée	8	0 réponse < 5	8	0 réponse < 5		retenu
En cas de stade I et risque bas ou intermédiaire, proportion de patientes opérées qui ont eu un curage pelvien associé à la chirurgie centropelvienne			6	-	participation < 80%	éliminé
En cas de stade I et risque intermédiaire ou élevé, proportion de patientes opérées qui ont eu une reprise chirurgicale pour stadification ganglionnaire après chirurgie initiale			6,5	-	participation < 80%	éliminé
En cas de stade I ou II et type 2 histologique, proportion de patientes opérées qui ont eu une omentectomie	7	1 réponse < 5	8,5	1 réponse < 5		retenu
Le compte rendu opératoire est disponible dans le dossier médical	9	0 réponse < 5	9	0 réponse < 5		retenu
Le compte rendu opératoire mentionne la topographie de la lymphadénectomie réalisée	9	0 réponse < 5	9	0 réponse < 5		retenu
Le compte rendu opératoire mentionne l'exploration de l'ensemble de la cavité abdominale	8	0 réponse < 5	9	0 réponse < 5		retenu
Proportion de patientes avec un risque intermédiaire surstadé qui ont eu une reprise chirurgicale pour curage pelvien	7	2 réponses < 5	7,5	1 réponse < 5		retenu
Proportion de patientes avec un risque élevé surstadé qui ont eu une reprise chirurgicale pour curage lombo-aortique	7	2 réponses < 5	8	1 réponse < 5		retenu
Proportion de patientes réhospitalisées dans les 30 jours post-opératoires	5	-	6,5	-	participation < 80%	éliminé
Proportion de patientes décédées dans les 30 jours post-opératoires	6	-	8	1 réponse < 5		retenu
<b>Anatomopathologie</b>						
Le compte rendu anatomopathologique mentionne la localisation de la tumeur	9	0 réponse < 5	9	1 réponse < 7		retenu
Le compte rendu anatomopathologique mentionne la taille de la tumeur	9	1 réponse < 5	9	1 réponse < 5		retenu
Le compte rendu anatomopathologique mentionne le type histologique de la tumeur	9	0 réponse < 5	9	1 réponse < 7		retenu
Le compte rendu anatomopathologique mentionne le grade histopronostique FIGO/OMS (OMS 2014) pour le sous-type endométrioïde	9	0 réponse < 5	9	1 réponse < 7		retenu
Le compte rendu anatomopathologique mentionne les embolies vasculaires	9	0 réponse < 5	9	1 réponse < 7		retenu
Le compte rendu anatomopathologique mentionne les ruptures capsulaires ganglionnaires			7,5	1 réponse < 5		retenu
Le compte rendu anatomopathologique mentionne la profondeur d'infiltration du myomètre (FIGO IA/B)	9	0 réponse < 5	9	1 réponse < 7		retenu
Le compte rendu anatomopathologique mentionne l'extension au stroma cervical (FIGO II)	9	0 réponse < 5	9	1 réponse < 7		retenu
Le compte rendu anatomopathologique mentionne l'extension à la séreuse utérine et/ou aux annexes (FIGO IIIA)	9	0 réponse < 5	9	1 réponse < 7		retenu
Le compte rendu anatomopathologique mentionne l'extension au vagin et/ou aux paramètres (FIGO IIIB)	9	0 réponse < 5	9	1 réponse < 7		retenu
Le compte rendu anatomopathologique mentionne les adénopathies métastatiques pelviennes (FIGO IIIC1)	9	0 réponse < 5	9	1 réponse < 7		retenu
Le compte rendu anatomopathologique mentionne les adénopathies métastatiques para-aortiques (FIGO IIIC2)	9	0 réponse < 5	9	1 réponse < 7		retenu
Le compte rendu anatomopathologique mentionne l'infiltration de la muqueuse vésicale/intestinale (FIGO IVA)	9	0 réponse < 5	9	0 réponse < 5		retenu
Le compte rendu anatomopathologique mentionne le nombre de ganglions envahis	9	0 réponse < 5	9	1 réponse < 7		retenu
Le compte rendu anatomopathologique mentionne le nombre de ganglions examinés pour chaque localisation	9	0 réponse < 5	9	0 réponse < 5		retenu
Le compte rendu anatomopathologique mentionne le stade TN et le stade FIGO 2009	9	0 réponse < 5	9	1 réponse < 7		retenu



Indicateurs	1 <sup>er</sup> tour		2 <sup>ème</sup> tour		3 <sup>ème</sup> tour	Résultat
	Médiane	Distribution	Médiane	Distribution		
<b>Traitements adjuvants (radiothérapie et curiethérapie)</b>						
<b>Stade I bas risque (Type 1 histologique, IA grade 1 ou grade 2)</b>						
Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie vaginale post-opératoire	5	-	5	-	participation < 80%	éliminé
Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe pelvienne post-opératoire	5	-	6,5	-	participation < 80%	éliminé
Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie vaginale en complément de la radiothérapie externe			3	3 réponses > 5	participation < 80%	éliminé
Proportion de patientes pour lesquelles une surveillance seule a été proposée			6	-	participation < 80%	éliminé
<b>Stade I risque intermédiaire (Type 1 histologique, IA grade 3, IB grade 1 ou 2)</b>						
Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe pelvienne post-opératoire	8	1 réponse < 5	8,5	1 réponse < 5		retenu
Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie vaginale en complément de la radiothérapie externe			6,5	-	participation < 80%	éliminé
Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie vaginale post-opératoire seule	8	1 réponse < 5	8	1 réponse < 5		retenu
<b>Stade I haut risque (Type 1 histologique, IB grade 3, Type 1 histologique IB avec embolies, type 2 histologique IA-IB)</b>						
Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe pelvienne post-opératoire	8	1 réponse < 5	9	0 réponse < 5		retenu
Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie vaginale en complément de la radiothérapie externe	5	-	7	0 réponse < 5		retenu
<b>Stade II</b>						
Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe pelvienne post-opératoire	9	0 réponse < 5	9	0 réponse < 5		retenu
Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie vaginale en complément de la radiothérapie externe	8	0 réponse < 5	9	0 réponse < 5		retenu
Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie vaginale post-opératoire exclusive			5	-	participation < 80%	éliminé
<b>Stade IIIA</b>						
Proportion de patientes avec atteinte isolée de la séreuse qui ont reçu une radiothérapie externe pelvienne post-opératoire	8	1 réponse < 5	8	1 réponse < 5		retenu
<b>Stade IIIB</b>						
Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe pelvienne	8	0 réponse < 5	9	0 réponse < 5		retenu
Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie vaginale et une radio-chimiothérapie concomitante			5,5	-	participation < 80%	éliminé
<b>Stade IIIC1</b>						
Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe pelvienne post-opératoire	8	0 réponse < 5	9	0 réponse < 5		retenu
Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe post-opératoire étendue à la région lombo-aortique	5	-	5	-	participation < 80%	éliminé
Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie vaginale en complément de la radiothérapie externe	7	0 réponse < 5	9	0 réponse < 5		retenu
<b>Stade IIIC2</b>						
Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe pelvienne post-opératoire étendue à la région lombo-aortique	8	0 réponse < 5	9	0 réponse < 5		retenu
Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe post-opératoire limitée à la région pelvienne	5	-	6	-	participation < 80%	éliminé
Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie vaginale en complément de la radiothérapie externe	7	0 réponse < 5	8,5	0 réponse < 5		retenu

Indicateurs	1 <sup>er</sup> tour		2 <sup>ème</sup> tour		3 <sup>ème</sup> tour	Résultat
	Médiane	Distribution	Médiane	Distribution		
<b>Délais</b>						
Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe adjuvante, pour lesquelles la radiothérapie a débuté dans un délai inférieur à 60 jours après la chirurgie	7	0 réponse < 5	7,5	0 réponse < 5		retenu
Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie adjuvante, pour lesquelles la curiethérapie a débuté dans un délai inférieur à 60 jours après la chirurgie	7	1 réponse < 5	6	-	participation < 80%	éliminé
<b>Technique d'irradiation</b>						
Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe adjuvante, pour lesquelles une technique 3D conformationnelle ou IMRT a été réalisée	7	2 réponses < 5	5	-	participation < 80%	éliminé
Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe adjuvante, pour lesquelles la dose totale a été de 45 à 50 Gy, avec 5 fractions hebdomadaires de 1,8 à 2 Gy	7	0 réponse < 5	5,5	-	participation < 80%	éliminé
Proportion de patientes qui ont reçu une radiothérapie externe adjuvante, pour lesquelles une technique IMRT a été réalisée	5	-	5	-	participation < 80%	éliminé
Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie adjuvante, pour lesquelles la curiethérapie a été réalisée à haut débit de dose	5	-	5,5	-	participation < 80%	éliminé
Proportion de patientes qui ont reçu une curiethérapie post-opératoire exclusive à haut débit de dose	5	-	7	1 valeur manquante		retenu
<b>Traitements adjuvants (chimiothérapie)</b>						
<b>Stade I</b>						
Proportion de patientes qui ont reçu une chimiothérapie	7	2 réponses < 5	7,5	2 réponses < 5	participation < 80%	éliminé
En cas de chimiothérapie, proportion de patientes pour lesquelles la chimiothérapie a été proposée en RCP	7	3 réponses < 5	8,5	2 réponses < 5	participation < 80%	éliminé
En cas de chimiothérapie, proportion de patientes pour lesquelles la chimiothérapie a été réalisée en séquentiel	5	-	5	-	participation < 80%	éliminé
<b>Stade II</b>						
En cas de type 2 histologique, proportion de patientes qui ont reçu une chimiothérapie	7	3 réponses < 5	5,5	-	participation < 80%	éliminé
En cas de chimiothérapie, proportion de patientes pour lesquelles la chimiothérapie a été proposée en RCP	7	4 réponses < 5	9	2 réponses < 5	participation < 80%	éliminé
En cas de chimiothérapie, proportion de patientes pour lesquelles la chimiothérapie a été réalisée en séquentiel	5	-	5	-	participation < 80%	éliminé
<b>Stade III</b>						
Proportion de patientes qui ont reçu une chimiothérapie	8	1 réponse < 5	8,5	0 réponse < 5		retenu
En cas de chimiothérapie, proportion de patientes pour lesquelles la chimiothérapie a été proposée en RCP	8	2 réponses < 5	9	1 réponse < 5		retenu
En cas de chimiothérapie, proportion de patientes pour lesquelles la chimiothérapie a été réalisée en séquentiel	6	-	5	-	participation < 80%	éliminé
<b>Stade IVA</b>						
En cas de chimiothérapie, proportion de patientes pour lesquelles la chimiothérapie a été proposée en RCP	7	2 réponses < 5	8,5	1 réponse < 5		retenu
En cas de chimiothérapie, proportion de patientes pour lesquelles la chimiothérapie a été réalisée en séquentiel	5	-	5	-	participation < 80%	éliminé
Proportion de patientes qui ont reçu une hormonothérapie			6,5	-	participation < 80%	éliminé

Indicateurs	1 <sup>er</sup> tour		2 <sup>ème</sup> tour		3 <sup>ème</sup> tour	Résultat
	Médiane	Distribution	Médiane	Distribution		
<b>RCP</b>						
Proportion de patientes opérées dont le dossier a été discuté en RCP avant chirurgie	8	1 réponse < 5	9	1 réponse < 5		retenu
Proportion de patientes opérées de stade ≥ 2 dont le dossier a été discuté en RCP avant chirurgie			8,5	1 réponse < 5		retenu
La RCP pré-opératoire comprenait au minimum trois des cinq spécialistes suivants : chirurgien, oncologue radiothérapeute, oncologue médical, radiologue, pathologiste	9	1 réponse < 5	9	0 réponse < 5		retenu
La RCP pré-opératoire comprenait un chirurgien	9	2 réponses < 5	9	1 réponse < 7		retenu
La RCP pré-opératoire comprenait un oncologue radiothérapeute	9	1 réponse < 5	9	1 réponse < 7		retenu
La RCP pré-opératoire comprenait un oncologue médical	9	1 réponse < 5	9	1 réponse < 7		retenu
La RCP pré-opératoire comprenait un radiologue	8	1 réponse < 5	8	1 réponse < 5		retenu
La RCP pré-opératoire comprenait un pathologiste	8	2 réponses < 5	8	0 réponse < 5		retenu
La RCP pré-opératoire comprenait un gériatre/oncogériatre	7	2 réponses < 5	7	3 réponses < 5	participation < 80%	éliminé
La fiche RCP pré-opératoire mentionne le score OMS	8	1 réponse < 5	7,5	0 réponse < 5		retenu
Proportion de patientes opérées dont le dossier a été discuté en RCP après chirurgie	8	0 réponse < 5	9	1 réponse < 7		retenu
La RCP post-opératoire comprenait au minimum trois des cinq spécialistes suivants : chirurgien, oncologue radiothérapeute, oncologue médical, radiologue, pathologiste	9	1 réponse < 5	9	0 réponse < 5		retenu
La RCP post-opératoire comprenait un chirurgien	9	1 réponse < 5	9	0 réponse < 5		retenu
La RCP post-opératoire comprenait un oncologue radiothérapeute	9	1 réponse < 5	9	0 réponse < 7		retenu
La RCP post-opératoire comprenait un oncologue médical	9	1 réponse < 5	9	0 réponse < 7		retenu
La RCP post-opératoire comprenait un radiologue	8	3 réponses < 5	8	2 réponses < 5	participation < 80%	éliminé
La RCP post-opératoire comprenait un pathologiste	8	2 réponses < 5	8,5	1 réponse < 5		retenu
La RCP post-opératoire comprenait un gériatre/oncogériatre	7	2 réponses < 5	7	2 réponses < 5	participation < 80%	éliminé
La fiche RCP post-opératoire mentionne le score OMS	8	1 réponse < 5	8	0 réponse < 5		retenu
La fiche RCP post-opératoire mentionne le stade FIGO 2009	9	1 réponse < 5	9	0 réponse < 7		retenu
Un PPS est tracé dans le dossier médical	8	0 réponse < 5	8	0 réponse < 5		retenu
Proportion de patientes incluses dans un essai thérapeutique	5	-	5	-	participation < 80%	éliminé