



Réseau de Cancérologie d'Aquitaine

Audit clinique

Prise en charge initiale des tumeurs germinales du testicule en 2012 en Aquitaine

Février 2016

Sommaire

Contexte	3
Objectif	3
Méthode	3
Schéma d'étude.....	3
Population d'étude.....	3
Groupe de travail.....	4
Choix des indicateurs.....	4
Accord des établissements.....	4
Démarches administratives.....	4
Information des 3C et des médecins.....	5
Recueil des données.....	5
Traitement des données.....	5
Résultats	6
Population d'étude.....	6
Informations générales (n=92)	6
Période préopératoire (n=92)	9
Période opératoire (n=92).....	11
Anatomopathologie (n=92)	12
Stadification (n=92)	14
Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (n=92).....	18
Traitement (n=53)	20
Traitement des séminomes localisés (stades I) (n=23)	21
Traitement des séminomes métastatiques (n=7)	24
Traitement des non séminomes localisés (stades I) (n=7)	28
Traitement des non séminomes métastatiques (n=16)	30
Tumeurs de stade inconnu (n=39).....	35
Suites de l'audit	36
Communication des résultats.....	36
Actions mises en place	36
Annexe 1 : Fiche de recueil des données	37
Annexe 2 : Synthèse des indicateurs	40
Annexe 3 : Abstract accepté au 109^{ème} Congrès Français d'Urologie	44
Annexe 4 : Compte rendu standardisé d'échographie testiculaire	45
Annexe 5 : Compte rendu standardisé d'anatomopathologie	46

Contexte

Le cancer du testicule est une tumeur rare ; en France, l'incidence se situe autour de 4,5/100 000/an, en augmentation de 5,7% par an entre 1980 et 1999. En Aquitaine en 2012, 103 patients ont été présentés en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) pour la prise en charge d'une tumeur germinale du testicule.

Avec une prise en charge adaptée, le taux de survie spécifique à 5 ans de cette maladie est supérieur à 90%, tous stades confondus.

La prise en charge pluridisciplinaire de cette tumeur associe l'urologue, l'anatomopathologiste et l'oncologue médical ou radiothérapeute. L'orchidectomie constitue la première étape diagnostique et thérapeutique. En fonction du type histologique de la tumeur, du taux des marqueurs tumoraux et de l'extension loco-régionale, le traitement complémentaire peut reposer sur une radiothérapie abdominale, une chimiothérapie ou un curage ganglionnaire rétropéritonéal, voire une simple surveillance.

Objectif

L'objectif était de réaliser une première mesure des éventuels écarts existant entre les pratiques régionales et les recommandations de prise en charge du cancer du testicule en Aquitaine en 2012.

Méthode

Schéma d'étude

Il s'agissait d'un audit rétrospectif des 103 dossiers de patients présentés en RCP en 2012 pour la prise en charge d'une tumeur germinale du testicule.

Population d'étude

Critères d'inclusion :

- Patients atteints d'une tumeur germinale du testicule,
- Présentés en RCP en 2012 dans un des 10 Centres de Coordination en Cancérologie (3C) d'Aquitaine,
- Pour une prise en charge initiale de cette tumeur,
- Pris en charge pour au moins une des étapes dans un établissement ou centre de santé autorisé pour la cancérologie en Aquitaine prenant en charge des patients atteints d'un cancer du testicule et acceptant de participer.

Critères d'exclusion :

- Patients pris en charge pour une récurrence de tumeur germinale du testicule,
- Patients présentés en RCP en Aquitaine mais pris en charge hors Aquitaine.

Echantillonnage :

La liste des patients a été extraite de la base de données régionale des fiches RCP de l'année 2012 du RCA. Il s'agit des 103 dossiers de patients présentés en RCP en 2012 pour la prise en charge d'une tumeur germinale du testicule.

Groupe de travail

Un comité de pilotage (Copil) a été constitué par un appel à candidature dans les Groupes Thématiques Régionaux (GTR) du RCA suivants : Urologie, Oncologie médicale, Radiothérapie, Anatomopathologie et Médecine nucléaire.

Ce Copil est composé des professionnels suivants :

- Urologues : Dr Ludovic FERRETTI (Hôpital Pellegrin Bordeaux), Dr Jean-Luc HOEPFFNER (Clinique Saint Augustin Bordeaux), Dr Gilles PASTICIER (Hôpital Pellegrin Bordeaux),
- Oncologues radiothérapeutes : Dr Samir ABDICHE (Centre Hospitalier Robert Boulin Libourne), Dr Thibaud HAASER (Hôpital Saint André Bordeaux), Dr Pierre RICHAUD (Institut Bergonié Bordeaux), Dr Paul SARGOS (Institut Bergonié Bordeaux),
- Oncologues médicaux : Dr Laurent CANY (Clinique Francheville Périgueux), Dr Marine GROSS-GOUPIL (Hôpital Saint André Bordeaux), Dr Guilhem ROUBAUD (Institut Bergonié Bordeaux), Dr Daniel SCHLAIFER (Centre de Radiothérapie Béarn Bigorre Pau),
- Anatomopathologiste : Dr Mokrane YACOUB (Hôpital Pellegrin Bordeaux),
- Radiologue : Dr Yann LE BRAS (Hôpital Pellegrin Bordeaux).

Choix des indicateurs

Les indicateurs de mesure de la qualité de la prise en charge ont été déterminés par les membres du Copil à partir des référentiels de pratiques :

- Recommandations en Onco-Urologie 2010 : Tumeurs germinales du testicule. Progrès en Urologie (2010), Suppl. 4, S297-S311.
- Testicular non-seminoma : ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Schmoll HJ, Jordan K, Huddart R, Pes MP, Horwich A, Fizazi K, Kataja V; ESMO Guidelines Working Group. Ann Oncol. 2010 May;21 Suppl 5:v147-54. doi: 10.1093/annonc/mdq177.

Quatre-vingt-sept indicateurs ont été retenus et concernent six aspects de la prise en charge :

- Période pré-opératoire
- Période opératoire
- Anatomopathologie
- Stadification
- Réunion de concertation pluridisciplinaire
- Traitements

Une grille de recueil contenant ces indicateurs de prise en charge a ensuite été élaborée (voir annexe 1).

Accord des établissements

Les directions des 42 établissements de santé d'Aquitaine autorisés en cancérologie pour les traitements suivants, chirurgie urologique, chimiothérapie et/ou radiothérapie, ont été contactées pour solliciter leur participation à l'étude.

Démarches administratives

Le CCTIRS a rendu un avis favorable sur la pertinence des données nominatives à caractère personnel par rapport à l'objectif de ce projet, sous le n°13.701.

Les informations concernant les patients participant à cette étude sont anonymisées et informatisées selon les recommandations établies par la CNIL dans la déclaration de conformité enregistrée sous le n°913625.

Information des 3C et des médecins

Les 10 Centres de Coordination en Cancérologie (3C) aquitains, les médecins ayant présenté en RCP un patient inclus dans l'étude et les membres du GTR Urologie ont été informés du démarrage de l'étude.

Recueil des données

La fiche de recueil a été testée sur des dossiers de patients. Le masque de saisie a été créé dans le logiciel REDCap™ par un informaticien du RCA puis testé avec les fiches de recueil.

Le recueil des données a été réalisé à partir des dossiers médicaux et infirmiers des patients dans les établissements, et de la base de données régionale des fiches RCP du RCA par une attachée de recherche clinique du RCA. Elle s'est déplacée dans 25 établissements de la région entre février et juillet 2014 pour consulter les 103 dossiers des patients sélectionnés.

Pour tous les indicateurs de prise en charge diagnostique et thérapeutique, les résultats concernent la trace des informations dans les dossiers.

Traitement des données

Les données anonymisées ont été colligées sur fiches papier.

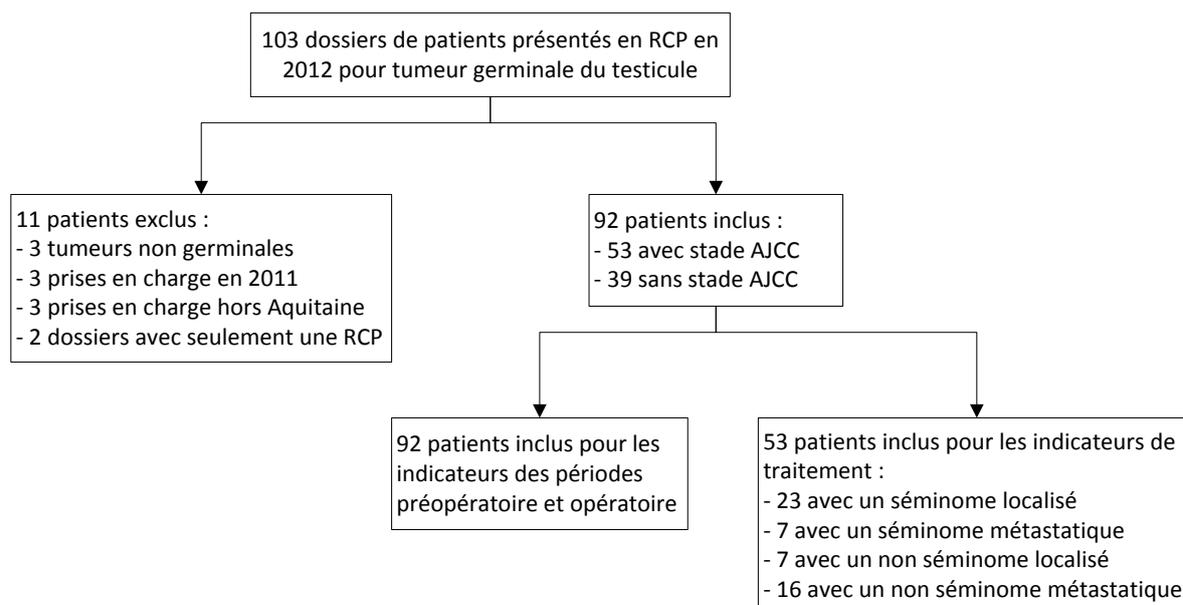
Les grilles remplies ont été saisies sur le logiciel REDCap.

Le traitement des données a été réalisé sous Excel après extraction de la base de données REDCap.

Résultats

L'ensemble des résultats présentés ci-après concernent les données qui ont été **tracées** dans les dossiers médicaux.

Population d'étude



Informations générales (n=92)

Département de résidence des patients

Département	Total	%
Gironde	40	43
Pyrénées-Atlantiques	18	20
Dordogne	14	15
Landes	10	11
Lot-et-Garonne	10	11
Total	92	100

3C de prise en charge

3C	Total	%
CHU	13	14
Bayonne	11	12
Bordeaux Nord	11	12
Lot-et-Garonne	10	11
Tivoli	9	10
Dordogne	8	9
Béarn-et-Soule	7	8
Institut Bergonié	7	8
Landes	4	4
Libourne	2	1
Pluri3C*	10	11
Total	92	100

* Institut Bergonié + Landes : 3

Institut Bergonié + Lot-et-Garonne : 1

Dordogne + Institut Bergonié : 1

Landes + CHU + Institut Bergonié : 1

Institut Bergonié + Bordeaux Nord : 1

Bordeaux Nord + CHU : 1

Tivoli + Lot-et-Garonne : 1

Bayonne + CHU : 1

Age

La moyenne d'âge des patients est de 38 ans (médiane = 36 ; écart-type = 12) ; le plus jeune a 16 ans, le plus âgé 77 ans.

Antécédent de tumeur controlatérale

Aucun patient n'a d'antécédent de tumeur controlatérale.

Type histologique de la tumeur selon la fiche RCP

Type histologique	Total	%
Séminome	55	60
Non séminome	37	40
Total	92	100

Etat général (Index OMS)

Index OMS tracé	Total	%
0	60	65
1	11	12
2	0	0
3	0	0
4	1	1
DM*	20	22
Total	92	100

*Pour 20 patients l'index OMS n'était pas mentionné dans le dossier.

Maladies associées au moment du diagnostic tracées dans le dossier

Maladie associée tracée	Total
Aucune	85
Maladie respiratoire	2
Cancer de la prostate	1
Incapacité motrice et cérébrale	1
Maladie cardiovasculaire	1
Maladie cardiovasculaire, syndrome de Usher, sclérose en plaques, patient sourd muet	1
Retard mental	1
Total	92

Chirurgie

Pour 90 patients la chirurgie a été programmée. Pour 2 patients, elle a été faite en urgence.

Stade AJCC

Stade AJCC tracé	Total	%
I	30	33
II	13	14
III	10	11
Non tracé	39	42
Total	92	100

Pour 39 patients (42%), le stade AJCC n'a pas été retrouvé dans le dossier médical ; la prise en charge thérapeutique n'a donc pu être étudiée que pour les 53 patients dont le stade a été déterminé.

Stade AJCC selon le 3C de prise en charge

3C	Stade I (Localisé)	Stades II et III (Métastatiques)	Non déterminé	Total
CHU	7	6	0	13
Bayonne	5	1	5	11
Bordeaux Nord	1	2	8	11
Lot-et-Garonne	1	0	9	10
Tivoli	1	1	7	9
Dordogne	3	0	5	8
Béarn-et-Soule	5	2	0	7
Institut Bergonié	2	4	1	7
Landes	3	0	1	4
Libourne	0	0	2	2
Pluri3C*	2	7	1	10
Total	30	23	39	92

* Institut Bergonié + Landes : 3

Institut Bergonié + Lot-et-Garonne : 1

Dordogne + Institut Bergonié : 1

Landes + CHU + Institut Bergonié :1

Institut Bergonié + Bordeaux Nord :1

Bordeaux Nord + CHU : 1

Tivoli + Lot-et-Garonne : 1

Bayonne + CHU : 1

Décès

Un patient est décédé en cours de traitement.

Période préopératoire (n=92)

1 - Dosage sérique de l'αFP avant orchidectomie

Pour 87 patients (95%) le dosage sérique de l'αFP a été fait avant l'orchidectomie et tracé dans le dossier.

αFP avant orchidectomie tracée	Total	%
oui	87	95
non	5	5
Total	92	100

2 - Dosage sérique de l'hCG totale avant orchidectomie

Pour 88 patients (96%) le dosage sérique de l'hCG totale ou de la βhCG a été fait avant l'orchidectomie et tracé dans le dossier ; pour 68 analyses sur 88 (77%), il s'agit de la βhCG et non de l'hCG totale.

hCG totale ou βhCG avant orchidectomie tracée	Total	%
oui	88	96
non	4	4
Total	92	100

3 - Dosage sérique de la LDH avant orchidectomie

Pour 72 patients (78%) le dosage sérique de la LDH a été fait avant l'orchidectomie et tracé dans le dossier.

LDH avant orchidectomie tracée	Total	%
oui	72	78
non	20	22
Total	92	100

4 - Réalisation d'une échographie bilatérale

Pour 78 patients (85%) une échographie bilatérale a été réalisée et tracée dans le dossier.

Echographie bilatérale tracée	Total	%
oui	78	85
non	14	15
Total	92	100

5 - Le compte rendu d'échographie mentionne la taille de la tumeur, son volume, sa situation, le ratio volume tumeur / volume testiculaire

Parmi les 78 patients qui ont eu une échographie bilatérale, 8 (10%) avaient un compte rendu d'échographie qui mentionnait la taille de la tumeur, son volume, sa situation, le ratio volume tumeur / volume testiculaire.

Le type d'information manquante n'a pas été recueilli.

Complétude CR échographie	Total	%
oui	8	10
non	26	33
DM*	44	57
Total	78	100

*44 comptes rendus n'ont pas été retrouvés dans les dossiers.

6 - Une proposition de conservation de sperme au CECOS a été faite au patient et tracée

Pour 66 patients (72%) une proposition de conservation de sperme au CECOS a été faite et tracée dans le dossier.

Proposition CECOS faite et tracée	Total	%
oui	66	72
non	26	28
Total	92	100

Proposition CECOS faite et tracée selon l'âge					
Age	oui	(%)	non	(%)	Total
[10;20[	4	(100)	0	(0)	4
[20;30[	15	(88)	2	(12)	17
[30;40[	31	(79)	8	(21)	39
[40;50[	14	(67)	7	(33)	21
[50;60[	2	(29)	5	(71)	7
[60;70[	0	(0)	1	(100)	1
[70;80[	0	(0)	3	(100)	3
Total	66	-	26	-	92

Période opératoire (n=92)

7 - L'orchidectomie a été réalisée dans les 10 jours maximum suivant la consultation chirurgicale

Pour 39 patients (42%) l'orchidectomie a été réalisée dans les 10 jours suivant la consultation chirurgicale et tracée dans le dossier.

Orchidectomie après consultation tracée	Total	%
≤ 10 jours	39	42
> 10 jours	41	45
DM*	12	13
Total	92	100

*12 dates de consultations n'ont pas été retrouvées dans les dossiers.

Pour les 80 patients dont la date de consultation chirurgicale a été retrouvée dans le dossier, le délai moyen de réalisation de l'orchidectomie est de 11 jours après la consultation chirurgicale (médiane = 11 ; écart-type = 7) ; le plus court délai est de un jour, le plus long de 32 jours.

8 - La voie d'abord de l'orchidectomie était inguinale avec clampage premier du cordon

Pour 83 patients (90%) la voie d'abord de l'orchidectomie était inguinale avec clampage premier du cordon.

Deux orchidectomies ont été faites par voie scrotale (chirurgies programmées), une par laparotomie car le testicule était cryptorchide intrapéritonéal, une par voie transabdominale (curage ganglionnaire en même temps que l'orchidectomie), et une par voie inguinale sans précision de clampage premier du cordon.

Voie inguinale avec clampage premier cordon	Total	%
oui	83	90
non	5	6
DM*	4	4
Total	92	100

*4 comptes rendus chirurgicaux n'ont pas été retrouvés.

9 - En cas de tumeur bilatérale synchrone ou métachrone, une option conservatrice a été discutée et tracée

Pour le seul patient qui avait une tumeur bilatérale synchrone, une option conservatrice a été discutée et tracée dans le dossier.

Anatomopathologie (n=92)

10 - Le type histologique est défini selon la classification de l'OMS 2004

Pour les 92 patients le type histologique a été défini selon la classification de l'OMS 2004.

11 - Le compte rendu anatomopathologique mentionne le stade pTNM

Pour 80 patients (87%) le compte rendu anatomopathologique mentionnait le stade pTNM.

Stade pTNM	Total	%
précisé	80	87
non précisé	12	13
Total	92	100

12 - Le compte rendu anatomopathologique mentionne la taille de la tumeur (< ou > 4 cm)

Pour 88 patients (96%) le compte rendu anatomopathologique mentionnait la taille de la tumeur.

Taille de la tumeur	Total	%
précisée	88	96
non précisée	4	4
Total	92	100

13 - Le compte rendu anatomopathologique mentionne la présence ou non d'embolies vasculaires

Pour 87 patients (95%) le compte rendu anatomopathologique mentionnait la présence ou non d'embolies vasculaires.

Présence ou non d'embolies vasculaires	Total	%
précisée	87	95
non précisée	5	5
Total	92	100

14 - Le compte rendu anatomopathologique mentionne l'infiltration ou non du rete testis

Pour 73 patients (79%) le compte rendu anatomopathologique mentionnait l'infiltration ou non du rete testis.

Infiltration ou non du rete testis	Total	%
précisée	73	79
non précisée	19	21
Total	92	100

15 - Le compte rendu anatomopathologique mentionne la présence ou non de néoplasie intratubulaire

Pour 68 patients (74%) le compte rendu anatomopathologique mentionnait la présence ou non de néoplasie intratubulaire.

Présence ou non de néoplasie intratubulaire	Total	%
précisée	68	74
non précisée	24	26
Total	92	100

16 - En cas de tumeur non-séminomateuse, le compte rendu anatomopathologique mentionne la prédominance (> 80 %) ou non de carcinome embryonnaire

Parmi les 37 patients avec une tumeur non séminomateuse, 30 (81%) avaient un compte rendu anatomopathologique qui mentionnait la prédominance ou non de carcinome embryonnaire.

TGNS : Présence ou non de carcinome embryonnaire	Total	%
précisée	30	81
non précisée	7	19
Total	37	100

17 - En cas de tumeur non-séminomateuse et tératome cancérisé, le compte rendu anatomopathologique mentionne la présence ou non de rhabdomyosarcome

Parmi les 2 patients avec une tumeur non séminomateuse avec tératome cancérisé, un seul avait un compte rendu anatomopathologique qui mentionnait la présence ou non de rhabdomyosarcome. La notion de tératome cancérisé était inscrite dans le compte rendu anatomopathologique.

18 - En cas de tumeur non-séminomateuse et tératome cancérisé, le compte rendu anatomopathologique mentionne la présence ou non de PNET

Pour les 2 patients avec une tumeur non séminomateuse avec tératome cancérisé, le compte rendu ne mentionnait pas la présence ou non de PNET (Primitive Neuro-Ectodermal Tumor). La notion de tératome cancérisé était inscrite dans le compte rendu anatomopathologique.

19 - En cas de formes atypiques, une relecture a été demandée

Parmi les 5 patients avec une tumeur atypique, 4 (3 tumeurs non séminomateuses et une tumeur séminomateuse) ont eu une relecture anatomopathologique tracée dans le dossier. Les formes atypiques ont été définies comme toutes les formes avec incertitude diagnostique mentionnée par le pathologiste dans la conclusion de son compte rendu (ex : aspect faisant suspecter... ou probable...).

Relecture	Total
oui	4
non	1
Total	5

Stadification (n=92)

20 - Dosage sérique de l'αFP dans les 10 jours suivant l'orchidectomie

Pour 8 patients (9%) le dosage sérique de l'αFP a été fait dans les 10 jours suivant l'orchidectomie et tracé dans le dossier.

Pour les 51 patients pour lesquels la date du dosage de l'αFP après l'orchidectomie a été retrouvée dans le dossier, le délai moyen de réalisation du dosage de l'αFP est de 22 jours après l'orchidectomie (médiane = 21 ; écart-type = 12) ; le plus court délai est de 0 jour, le plus long de 63 jours (2,1 mois).

Le dosage sérique de l'αFP correspond à celui réalisé à la date la plus proche après l'orchidectomie et retrouvé dans le dossier médical.

αFP après orchidectomie tracée	Total	%
≤ 10 jours	8	9
> 10 jours	43	47
DM*	41	44
Total	92	100

*Pour 41 patients le dosage n'a pas été fait ou la date n'est pas connue.

21 - Dosage sérique de l'hCG totale dans les 10 jours suivant l'orchidectomie

Pour 11 patients (12%) le dosage sérique de l'hCG totale ou de la βhCG a été fait dans les 10 jours suivant l'orchidectomie et tracé dans le dossier.

Pour les 52 patients pour lesquels la date du dosage de l'hCG totale ou de la βhCG après l'orchidectomie a été retrouvée dans le dossier, le délai moyen de réalisation du dosage de l'hCG totale ou de la βhCG est de 21 jours après l'orchidectomie (médiane = 20 ; écart-type = 13) ; le plus court délai est de 0 jour, le plus long de 63 jours (2,1 mois).

Le dosage sérique de l'hCG totale ou de la βhCG correspond à celui réalisé à la date la plus proche après l'orchidectomie et retrouvé dans le dossier médical.

hCG totale ou βhCG après orchidectomie tracée	Total	%
≤ 10 jours	11	12
> 10 jours	41	45
DM*	40	43
Total	92	100

*Pour 40 patients le dosage n'a pas été fait ou la date n'est pas connue.

22 - Dosage sérique de la LDH dans les 10 jours suivant l'orchidectomie

Pour 10 patients (11%) le dosage sérique de la LDH a été fait dans les 10 jours suivant l'orchidectomie et tracé dans le dossier.

Pour les 50 patients pour lesquels la date du dosage de la LDH après l'orchidectomie a été retrouvée dans le dossier, le délai moyen de réalisation du dosage de la LDH est de 23 jours après l'orchidectomie (médiane = 22 ; écart-type = 15) ; le plus court délai est de 0 jour, le plus long de 63 jours (2,1 mois).

Le dosage sérique de la LDH correspond à celui réalisé à la date la plus proche après l'orchidectomie et retrouvé dans le dossier médical.

LDH après orchidectomie tracée	Total	%
≤ 10 jours	10	11
> 10 jours	40	43
DM*	42	46
Total	92	100

*Pour 42 patients le dosage n'a pas été fait ou la date n'est pas connue.

23 - Délai entre la chirurgie et le dosage des marqueurs

Le délai entre la chirurgie et le dosage d'au moins un des 3 marqueurs a pu être calculé pour 58 patients ; pour 34 patients, le dosage n'a pas été fait ou la date n'est pas connue.

Le délai moyen de réalisation du dosage d'au moins un des 3 marqueurs (tracé dans le dossier) est de 23 jours après la chirurgie (médiane = 22 ; écart-type = 13) ; le plus court délai est de 0 jour, le plus long de 63 jours (2,1 mois) (il s'agit d'un patient avec un séminome localisé qui a eu un traitement par radiothérapie).

24 - Réalisation d'un scanner thoracique

Pour 89 patients (97%) un scanner thoracique a été réalisé et tracé dans le dossier.

Scanner thoracique tracé	Total	%
oui	89	97
non	3	3
Total	92	100

25 - Réalisation d'un scanner abdominopelvien injecté

Pour 89 patients (97%) un scanner abdominopelvien a été réalisé et tracé dans le dossier.

Pour 23 patients la technique par injection n'est pas confirmée (comptes rendus de scanners non vus ou injection non précisée dans le compte rendu).

Les 3 patients pour lesquels un scanner abdominopelvien n'a pas été tracé dans le dossier sont les mêmes que ceux de l'indicateur 24.

Scanner abdominopelvien tracé	Total	%
oui, injecté	66	72
oui, pas d'information sur l'injection	23	25
non	3	3
Total	92	100

26 - En cas de suspicion de métastase ou d'atteinte sus-diaphragmatique, réalisation d'un scanner cérébral

Parmi les 13 patients avec une suspicion de métastase ou d'atteinte sus-diaphragmatique, 10 ont eu un scanner cérébral tracé dans le dossier.

La notion de suspicion de métastase ou d'atteinte sus-diaphragmatique n'était pas définie dans le guide de remplissage de la fiche de recueil, rendant l'interprétation du résultat de cet indicateur difficile.

Scanner cérébral tracé	Total
oui	10
non	3
Total	13

Scanner cérébral tracé selon le stade AJCC			
Stade AJCC	oui	non	Total
I	1	0	1
II	2	1	3
III	4	1	5
Non déterminé	3	1	4
Total	10	3	13

27 - En cas d'image douteuse au scanner abdominopelvien, réalisation d'un examen complémentaire (échographie hépatique, IRM)

Parmi les 10 patients avec une image douteuse au scanner abdominopelvien, 7 ont eu un examen complémentaire tracé dans le dossier (4 échographies abdominales et 3 IRM hépatiques).

La notion d'image douteuse au scanner n'était pas définie dans le guide de remplissage de la fiche de recueil, rendant l'interprétation du résultat de cet indicateur difficile.

Examen complémentaire tracé	Total
oui	7
non	3
Total	10

28 - Réalisation d'un TEP-Scan

Pour 18 patients (20%) un TEP-Scan a été réalisé et tracé dans le dossier.

TEP-Scan tracé	Total	%
oui	18	20
non	74	80
Total	92	100

TEP-Scan tracé selon le type histologique					
Type histologique	oui	(%)	non	(%)	Total
Séminome localisé	4	(17)	19	(83)	23
Séminome métastatique	4	(57)	3	(43)	7
Séminome de stade inconnu	2	(8)	23	(92)	25
Non séminome	8	(22)	29	(78)	37
Total	18	-	74	-	92

29 - La stadification de la maladie a été faite selon la classification AJCC

Cinquante-trois patients (58%) ont eu leur maladie stadée selon la classification AJCC et tracée dans le dossier.

Pour 39 patients, le stade AJCC n'a pas été retrouvé dans le dossier médical ; le stade pTNM était toutefois mentionné, sauf pour 3 d'entre eux.

Classification AJCC	Total	%
oui	53	58
non	39	42
Total	92	100

Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (n=92)

30 - Après la chirurgie, la stratégie thérapeutique a été discutée en RCP

Pour 84 patients (91%) la stratégie thérapeutique a été discutée en RCP après la chirurgie et tracée. Huit patients ont eu leur dossier discuté en RCP avant la chirurgie ; il y a 6 patients métastatiques qui ont reçu une chimiothérapie (2 d'entre eux ont eu la chimiothérapie avant la chirurgie), et 2 patients de stade localisé (un a reçu une radiothérapie et l'autre est en surveillance).

Stratégie thérapeutique en RCP tracée	Total	%
après chirurgie	84	91
avant chirurgie	8	9
Total	92	100

31 - Délai entre la chirurgie et la présentation du dossier en RCP

Pour les 84 patients dont le dossier a été présenté en RCP après chirurgie, le délai moyen de présentation du dossier en RCP est de 29 jours après la chirurgie (médiane = 22 ; écart-type = 25) ; le plus court délai est de 3 jours, le plus long de 173 jours (5,7 mois).

Neuf patients ont eu une RCP plus de 50 jours après la chirurgie ; il s'agit de :

- 2 tumeurs séminomateuses localisées (un patient n'a pas eu de traitement et l'autre a reçu un cycle de Carboplatine AUC7),
- une tumeur séminomateuse métastatique (patient qui a reçu 3 cycles de BEP),
- 3 tumeurs séminomateuses non stadées (un patient n'a pas eu de traitement et les 2 autres ont reçu un cycle de Carboplatine AUC7),
- 3 tumeurs non séminomateuses non stadées (patients qui n'ont pas eu de traitement).

32 - La RCP comportait au moins un chirurgien, un radiothérapeute et un oncologue (ou un onco-radiothérapeute)

Pour 73 patients (79%) la RCP comportait au moins un chirurgien, un radiothérapeute et un oncologue.

Pour 16 patients, il manquait au moins un de ces trois spécialistes :

- pour 10 patients un radiothérapeute,
- pour 4 patients un oncologue médical,
- pour un patient un chirurgien,
- pour un patient un chirurgien et un radiothérapeute.

Chirurgien + radiothérapeute + oncologue	Total	%
oui	73	79
non	16	18
DM*	3	3
Total	92	100

*Dans 3 comptes rendus de RCP, la liste des médecins présents n'était pas notée.

33 - La RCP comportait un radiologue

Pour 38 patients (41%) la RCP comportait un radiologue.

Radiologue	Total	%
oui	38	41
non	51	56
DM*	3	3
Total	92	100

*Dans 3 comptes rendus de RCP, la liste des médecins présents n'était pas notée.

34 - La RCP comportait un anatomopathologiste

Pour 49 patients (53%) la RCP comportait un anatomopathologiste.

Anatomopathologiste	Total	%
oui	49	53
non	40	44
DM*	3	3
Total	92	100

*Dans 3 comptes rendus de RCP, la liste des médecins présents n'était pas notée.

35 - La fiche de RCP a été remplie et transmise au RCA

Pour les 92 patients la fiche de RCP a été transmise au RCA (puisque le tirage au sort des patients a été réalisé à partir de la base de données régionale des RCP du RCA).

36 - Le patient a été inclus dans un essai thérapeutique

Deux patients (2%) ont été inclus dans le protocole GETUG13.

Essai thérapeutique	Total	%
oui	2	2
non	90	98
Total	92	100

Traitement (n=53)

Le stade AJCC a été retrouvé dans le dossier médical de 53 patients sur 92 (58%) ; la prise en charge thérapeutique n'a donc pu être étudiée que pour ces 53 patients.

3C de prise en charge

3C	Total	%
CHU	13	24
Béarn-et-Soule	7	13
Bayonne	6	11
Institut Bergonié	6	11
Bordeaux Nord	3	6
Dordogne	3	6
Landes	3	6
Tivoli	2	4
Lot-et-Garonne	1	2
Libourne	0	0
Pluri3C*	9	17
Total	53	100

* Institut Bergonié + Landes : 3

Institut Bergonié + Lot-et-Garonne : 1

Dordogne + Institut Bergonié : 1

Landes + CHU + Institut Bergonié :1

Institut Bergonié + Bordeaux Nord :1

Bordeaux Nord + CHU : 1

Bayonne + CHU : 1

Type histologique de la tumeur

Type histologique	Total	%
Séminome localisé	23	44
Séminome métastatique	7	13
Non séminome localisé	7	13
Non séminome métastatique	16	30
Total	53	100

Traitement des séminomes localisés (stades I) (n=23)

Parmi les 23 patients avec une tumeur séminomateuse localisée, 11 (48%) ont reçu un cycle de Carboplatine AUC7, 7 (30%) ont été traités par radiothérapie, et 5 (22%) sont en surveillance.

Traitement reçu	Total	%
Un cycle de Carboplatine AUC7	11	48
Radiothérapie	7	30
Pas de traitement, surveillance	5	22
Total	23	100

37 - Les 3 options thérapeutiques ont été présentées au patient et tracées : surveillance, radiothérapie, chimiothérapie

Pour 12 patients (52%) les 3 options thérapeutiques (surveillance, radiothérapie et chimiothérapie) ont été présentées et tracées dans le dossier.

3 options présentées et tracées	Total	%
oui	12	52
non	11	48
Total	23	100

38 - Le patient n'a pas reçu de traitement et est en surveillance

Cinq patients (22%) n'ont pas reçu de traitement et sont en surveillance.

Pas de traitement, surveillance	Total	%
oui	5	22
non	18	78
Total	23	100

39 - Le patient est en surveillance par un scanner TAP tous les 6 mois

Les 5 patients qui sont en surveillance ont eu un scanner TAP tous les 6 mois tracé dans le dossier. Un patient était en récurrence ganglionnaire à 6 mois et a ensuite été traité par radiothérapie.

40 - Le patient a reçu un traitement par radiothérapie

Sept patients (30%) ont eu un traitement par radiothérapie.

Traitement par radiothérapie	Total	%
oui	7	30
non	16	70
Total	23	100

61 - La dose délivrée était comprise entre 20 et 24 Gy

Parmi les 7 patients qui ont eu un traitement par radiothérapie, 6 (86%) ont reçu une dose comprise entre 20 et 24 Gy.

Pour un patient la dose reçue était de 26 Gy.

Dose comprise entre 20 et 24 Gy	Total
oui	6
non	1
Total	7

62 - Le fractionnement était de 2 Gy/jour

Les 7 patients qui ont eu un traitement par radiothérapie ont eu un fractionnement de 2 Gy/jour.

63 - Le fractionnement était de 1,8 Gy/jour

Aucun patient traité par radiothérapie n'a eu un fractionnement de 1,8 Gy/jour.

64 - Le volume lomboaortique seul a été irradié

Aucun patient traité par radiothérapie n'a eu une irradiation du volume lomboaortique seul.

65 - Le volume lomboaortique et le volume iliaque homolatéral ont été irradiés

Les 7 patients qui ont eu un traitement par radiothérapie ont eu une irradiation du volume lomboaortique et du volume iliaque homolatéral.

41 - Délai entre la chirurgie et la radiothérapie

Pour les 7 patients qui ont eu un traitement par radiothérapie, le délai médian entre la chirurgie et le début de la radiothérapie est de 43 jours ; le plus court délai est de 29 jours, le plus long de 75 jours (2,5 mois) (il s'agit du patient qui a également eu le plus long délai entre la chirurgie et le dosage des marqueurs (indicateur 23 : 63 jours)).

42 - Le patient a reçu un cycle de Carboplatine AUC7

Onze patients (48%) ont reçu un cycle de Carboplatine AUC7.

Un cycle de Carboplatine AUC7	Total	%
oui	11	48
non	12	52
Total	23	100

43 - Délai entre le scanner de référence et la chimiothérapie par Carboplatine AUC7

Parmi les 11 patients qui ont eu une chimiothérapie par Carboplatine AUC7, le délai entre le scanner de référence et la chimiothérapie a pu être calculé pour 7 d'entre eux ; la date du scanner n'a pas été retrouvée dans le dossier pour 4 patients.

Le délai médian entre le scanner de référence (tracé dans le dossier) et le début de la chimiothérapie est de 35 jours ; le plus court délai est de 14 jours, le plus long de 145 jours (4,8 mois) (ce patient a également son dossier présenté en RCP 60 jours après l'orchidectomie).

Le scanner de référence correspond à celui réalisé à la date la plus proche de l'orchidectomie et retrouvé dans le dossier médical.

44 - Le patient a reçu un traitement par chimiothérapie autre que Carboplatine AUC7

Aucun patient n'a reçu de traitement par chimiothérapie autre que Carboplatine AUC7.

45 - Délai entre la chirurgie et la chimiothérapie

Pour les 11 patients qui ont eu une chimiothérapie, le délai médian entre la chirurgie et le début de la chimiothérapie est de 35 jours ; le plus court délai est de 22 jours, le plus long de 118 jours (3,9 mois) (il s'agit du même patient qui a eu sa chimiothérapie 145 jours après le scanner de référence (indicateur 43)).

46 - Le patient a reçu un autre traitement

Aucun patient n'a reçu un autre traitement.

Traitement des séminomes métastatiques (n=7)

Parmi les 7 patients avec une tumeur séminomateuse métastatique, 4 ont reçu 3 cycles de BEP, un a reçu 4 cycles de BEP, un a reçu 5 cycles d'EP et un a été traité par radiothérapie.

Traitement reçu	Total
3 cycles de BEP	4
4 cycles de BEP	1
5 cycles d'EP	1
Radiothérapie	1
Total	7

47 - En cas de stade IIA ou IIB, le patient a reçu un traitement par radiothérapie

Parmi les 5 patients de stade IIA ou IIB, un patient a été traité par radiothérapie (patient de stade IIA). Les stades des 4 autres patients non traités par radiothérapie étaient :

- stade IIA pour un patient,
- stade IIB pour 3 patients.

Traitement par radiothérapie	Total
oui	1
non	4
Total	5

61 - La dose délivrée était comprise entre 20 et 24 Gy

Pour le patient qui a eu un traitement par radiothérapie la dose délivrée était de 25,2 Gy.

62 - Le fractionnement était de 2 Gy/jour

Le patient qui a eu un traitement par radiothérapie n'a pas eu un fractionnement de 2 Gy/jour.

63 - Le fractionnement était de 1,8 Gy/jour

Le patient qui a eu un traitement par radiothérapie a eu un fractionnement de 1,8 Gy/jour.

64 - Le volume lomboaortique seul a été irradié

Le patient qui a eu un traitement par radiothérapie a eu une irradiation du volume lomboaortique seul.

65 - Le volume lomboaortique et le volume iliaque homolatéral ont été irradiés

Le patient qui a eu un traitement par radiothérapie n'a pas eu d'irradiation du volume iliaque homolatéral.

66 - En cas de stade IIA, la dose totale (avec boost) était comprise entre 30 et 36 Gy

Pour le patient de stade IIA qui a eu un traitement par radiothérapie, la dose totale avec boost était de 30,6 Gy.

48 - Délai entre la chirurgie et la radiothérapie

Pour le patient qui a eu un traitement par radiothérapie, le délai entre la chirurgie et la radiothérapie était de 52 jours (1,7 mois).

49 - Le patient a des métastases viscérales extra-pulmonaires

Un patient avait des métastases viscérales extra-pulmonaires (os) tracées dans le dossier ; il a reçu 4 cycles de BEP.

Métastases viscérales extra-pulmonaires	Total
oui	1
non	6
Total	7

50 - Le patient a reçu 3 cycles de BEP

Quatre patients ont reçu 3 cycles de BEP.

3 cycles de BEP	Total
oui	4
non	3
Total	7

51 - Le patient a reçu 4 cycles d'EP

Un patient a reçu non pas 4 cycles d'EP mais 5 cycles d'EP car il a eu la chimiothérapie sur 4 jours et non sur 5 (Cisplatine et Etoposide de J1 à J4, c'est-à-dire 5 fois 4 jours au lieu de 4 fois 5 jours).

5 cycles d'EP	Total
oui	1
non	6
Total	7

52 - Le patient a reçu 4 cycles de BEP

Un patient a reçu 4 cycles de BEP.

4 cycles de BEP	Total
oui	1
non	6
Total	7

53 - La dose intensité a été respectée (20 mg/m² Cisplatine J1 à J5, 100 mg/m² Etoposide J1 à J5, ± 30 mg Bléomycine J1-8-15)

Parmi les 6 patients qui ont eu de la chimiothérapie, 4 ont eu une dose intensité respectée (20 mg/m² Cisplatine J1 à J5, 100 mg/m² Etoposide J1 à J5, ± 30 mg Bléomycine J1-8-15).

Un patient a eu son 4^{ème} cycle sans Bléomycine et un patient a eu 5 cycles d'EP de 4 jours.

Dose intensité respectée	Total
oui	4
non	2
Total	6

54 - Les dates des cycles ont été respectées (J1 = J21)

Parmi les 6 patients qui ont eu de la chimiothérapie, 3 ont eu les dates de cycles respectées (J1 = J21).

Pour un patient J1 = J22, pour un patient J1 = J23, et un patient a eu 5 cycles d'EP de 4 jours.

Dates des cycles respectées	Total
oui	3
non	3
Total	6

55 - Le patient a reçu un traitement par chimiothérapie autre qu'EP et BEP

Aucun patient n'a reçu de traitement par chimiothérapie autre qu'EP et BEP.

56 - Le dosage des marqueurs a été fait à chaque début de cycle

Parmi les 6 patients qui ont eu de la chimiothérapie, 4 ont eu un dosage des 3 marqueurs (α FP, hCG totale ou β hCG et LDH) à chaque début de cycle tracé dans le dossier.

Marqueurs à chaque début de cycle tracés	Total
oui	4
non	2
Total	6

57 - Délai entre la chirurgie et la chimiothérapie

Pour les 6 patients qui ont eu une chimiothérapie, le délai médian entre la chirurgie et le début de la chimiothérapie est de 18 jours ; le plus court délai est de un jour, le plus long de 53 jours (1,7 mois) (ce patient a également eu son dossier présenté en RCP 53 jours après la chirurgie, soit le jour du début de sa chimiothérapie).

58 - Réalisation d'un scanner TAP pour l'évaluation des masses résiduelles (à 4 semaines après la fin de la chimiothérapie)

Parmi les 6 patients qui ont eu de la chimiothérapie, un a eu un scanner TAP pour l'évaluation des masses résiduelles à 4 semaines après la fin de la chimiothérapie, tracé dans le dossier.

Un patient n'a pas eu de scanner tracé dans le dossier, un patient a eu un scanner pendant la chimiothérapie, 3 patients en ont eu un après la chimiothérapie mais pas à 4 semaines après la fin de la chimiothérapie (juste à la fin de la chimiothérapie, à 2 semaines et à 10 semaines).

Scanner TAP pour évaluation masses résiduelles tracé	Total
à 4 semaines après fin chimiothérapie	1
dans un autre délai	4
non	1
Total	6

59 - Réalisation d'un TEP-Scan pour l'évaluation des masses résiduelles (à 4 ou 6 semaines après la fin de la chimiothérapie)

Parmi les 6 patients qui ont eu de la chimiothérapie, 3 ont eu un TEP-Scan pour l'évaluation des masses résiduelles à 4 ou 6 semaines après la fin de la chimiothérapie, tracé dans le dossier.

Trois patients ont eu un TEP-Scan après la chimiothérapie mais pas entre 4 et 6 semaines après la fin de la chimiothérapie (2 patients à 3 semaines et un patient à 10 semaines).

TEP-Scan pour évaluation masses résiduelles tracé	Total
à 4 ou 6 semaines après fin chimiothérapie	3
dans un autre délai	3
Total	6

60 - En cas de masses résiduelles, le dossier a été rediscuté en RCP

Parmi les 6 patients qui avaient des masses résiduelles, 3 ont eu leur dossier rediscuté en RCP.

L'information sur la présence ou non de masse résiduelle n'a pas été recueillie directement, rendant l'interprétation du résultat de cet indicateur difficile.

Dossier rediscuté en RCP	Total
oui	3
non	3
Total	6

Traitement des non séminomes localisés (stades I) (n=7)

Parmi les 7 patients avec une tumeur non séminomateuse localisée, 4 ont reçu 2 cycles de BEP, 2 sont en surveillance et un a eu un curage ganglionnaire.

Traitement reçu	Total
2 cycles de BEP	4
Pas de traitement, surveillance	2
Curage ganglionnaire	1
Total	7

67 - Le résultat normal des dosages des marqueurs était disponible dans le dossier avant décision

Pour 6 patients le résultat normal des dosages des 3 marqueurs (α FP, hCG totale ou β hCG et LDH) était disponible dans le dossier.

Un patient avait un taux anormal d' α FP (il a été traité par 2 cycles de BEP).

Résultat normal marqueurs avant décision tracé	Total
oui	6
non	1
Total	7

68 - Les 3 options thérapeutiques ont été présentées au patient et tracées : surveillance, chimiothérapie, curage ganglionnaire

Pour un patient les 3 options thérapeutiques (surveillance, chimiothérapie et curage ganglionnaire) ont été présentées et tracées dans le dossier.

L'option curage ganglionnaire n'a jamais été tracée sauf pour le patient qui a eu ce curage.

3 options présentées et tracées	Total
oui	1
non	6
Total	7

69 - Le patient n'a pas reçu de traitement et est en surveillance

Deux patients n'ont pas reçu de traitement et sont en surveillance.

Pas de traitement, surveillance	Total
oui	2
non	5
Total	7

70 - Le patient a reçu 2 cycles de BEP

Quatre patients ont reçu 2 cycles de BEP.

2 cycles de BEP	Total
oui	4
non	3
Total	7

71 - Délai entre la chirurgie et la chimiothérapie

Pour les 4 patients qui ont eu une chimiothérapie, le délai médian entre la chirurgie et le début de la chimiothérapie est de 32 jours ; le plus court délai est de 25 jours, le plus long de 87 jours (2,9 mois).

72 - Le patient a eu un curage ganglionnaire

Un patient a eu un curage ganglionnaire.

Curage ganglionnaire	Total
oui	1
non	6
Total	7

Traitement des non séminomes métastatiques (n=16)

Parmi les 16 patients avec une tumeur non séminomateuse métastatique, 8 ont reçu 3 cycles de BEP, 3 ont reçu 4 cycles de BEP, 3 ont reçu une chimiothérapie autre que BEP (un patient a reçu 4 cycles d'EP (sans Bléomycine) car intoxication tabagique et 2 patients étaient inclus dans le protocole GETUG13), et 2 n'ont pas eu de traitement (un patient avait 3 cycles de BEP prévus mais il n'est revenu que 9 mois après avec altération de l'état général, et un patient avait 4 cycles de BEP prévus mais il est décédé après le 1^{er} cycle).

Traitement	Total
3 cycles de BEP	8
4 cycles de BEP	3
Chimiothérapie autre que BEP	3
Traitement non réalisé	2
Total	16

73 - Le groupe pronostique a été déterminé : le patient est de bon pronostic ; le patient est de pronostic intermédiaire ; le patient est de mauvais pronostic

Huit patients étaient de bon pronostic, 3 de pronostic intermédiaire, 2 de mauvais pronostic, et pour 3 patients le groupe pronostique n'était pas mentionné dans le dossier.

Groupe pronostique tracé	Total
Bon	8
Intermédiaire	3
Mauvais	2
Non déterminé	3
Total	16

Groupe pronostique tracé	Traitement	Total
Bon (n=8)	3 cycles BEP	6
	4 cycles BEP	1
	Chimiothérapie autre (4 cycles EP)	1
Intermédiaire (n=3)	4 cycles BEP	2
	Chimiothérapie autre (GETUG13)	1
Mauvais (n=2)	Chimiothérapie autre (GETUG13)	1
	Traitement non réalisé*	1
Non déterminé (n=3)	3 cycles BEP	2
	Traitement non réalisé**	1
Total		16

*Patient décédé après 1^{er} cycle BEP

**Patient revenu 9 mois après avec altération état général

74 - Le patient a reçu 3 cycles de BEP

Huit patients ont reçu 3 cycles de BEP.

3 cycles de BEP	Total
oui	8
non	8
Total	16

75 - Le patient a reçu 4 cycles de BEP

Trois patients ont reçu 4 cycles de BEP.

4 cycles de BEP	Total
oui	3
non	13
Total	16

76 - La dose intensité a été respectée (20 mg/m² Cisplatine J1 à J5, 100 mg/m² Etoposide J1 à J5, ± 30 mg Bléomycine J1-8-15)

Parmi les 11 patients qui ont eu de la chimiothérapie par BEP, 8 ont eu une dose intensité respectée (20 mg/m² Cisplatine J1 à J5, 100 mg/m² Etoposide J1 à J5, ± 30 mg Bléomycine J1-8-15).

Trois patients n'ont pas eu de Bléomycine à J8 et J15 du 4^{ème} cycle.

Dose intensité respectée	Total
oui	8
non	3
Total	11

77 - Les dates des cycles ont été respectées (J1 = J21)

Parmi les 11 patients qui ont eu de la chimiothérapie par BEP, 7 ont eu les dates de cycles respectées (J1 = J21).

Pour un patient J1 = J22 = J29, pour un patient J1 = J23, pour un patient J1 = J24 et pour un patient J1 = J28.

Dates des cycles respectées	Total
oui	7
non	4
Total	11

78 - Le patient a reçu un traitement par chimiothérapie autre que BEP

Trois patients ont reçu un traitement par chimiothérapie autre que BEP (un patient a reçu 4 cycles d'EP (sans Bléomycine) car intoxication tabagique et 2 patients étaient inclus dans le protocole GETUG13).

Chimiothérapie autre que BEP	Total
oui	3
non	13
Total	16

79 - Le dosage des marqueurs a été fait à chaque début de cycle

Parmi les 14 patients qui ont eu de la chimiothérapie, 8 ont eu un dosage des 3 marqueurs (α FP, hCG totale ou β hCG et LDH) à chaque début de cycle tracé dans le dossier.

Marqueurs à chaque début de cycle tracés	Total
oui	8
non	6
Total	14

80 - Délai entre la chirurgie et la chimiothérapie

Parmi les 14 patients qui ont eu une chimiothérapie (réalisée entièrement), 2 ont reçu leur chimiothérapie avant la chirurgie (ces patients ont aussi eu la RCP avant la chirurgie), ils ont donc été exclus du calcul du délai entre la chirurgie et la chimiothérapie.

Pour les 12 patients qui ont eu la chimiothérapie après la chirurgie, le délai médian entre la chirurgie et le début de la chimiothérapie est de 19 jours ; le plus court délai est de 11 jours, le plus long de 54 jours (1,8 mois) (il s'agit d'un patient de bon pronostic qui a eu son dossier discuté en RCP 49 jours après l'orchidectomie).

Les 2 patients qui ont reçu la chimiothérapie avant la chirurgie ont eu tous les 2 une biopsie de la tumeur avant le début de la chimiothérapie ; un patient a ensuite eu 3 cycles de BEP et l'autre 4 cycles de BEP.

81 - Réalisation d'un scanner TAP intermédiaire (à 2 cycles)

Parmi les 14 patients qui ont eu de la chimiothérapie, 4 ont eu un scanner TAP intermédiaire à 2 cycles tracé dans le dossier.

Quatre patients n'ont pas eu de scanner tracé dans le dossier, un patient n'a pas eu de scanner thoracique, 4 patients ont eu un scanner pendant la chimiothérapie mais pas à 2 cycles (pendant le 3^{ème} cycle), un patient a eu un scanner à la fin de la chimiothérapie.

Scanner TAP intermédiaire tracé	Total
à 2 cycles	4
dans un autre délai	5
non	5
Total	14

82 - Réalisation d'un scanner TAP pour l'évaluation des masses résiduelles (à 4 semaines après la fin de la chimiothérapie)

Parmi les 14 patients qui ont eu de la chimiothérapie, 7 ont eu un scanner TAP pour l'évaluation des masses résiduelles à 4 semaines après la fin de la chimiothérapie, tracé dans le dossier.

Un patient n'a pas eu de scanner tracé dans le dossier et 6 patients en ont eu un après la chimiothérapie mais pas à 4 semaines après la fin de la chimiothérapie (un patient à la fin de la chimiothérapie, 2 patients à une semaine, 2 patients à 2 semaines et un patient à 5 semaines).

Scanner TAP pour évaluation masses résiduelles tracé	Total
à 4 semaines après fin chimiothérapie	7
dans un autre délai	6
non	1
Total	14

83 - Réalisation d'un TEP-Scan pour l'évaluation des masses résiduelles

Deux patients ont eu un TEP-Scan pour l'évaluation des masses résiduelles tracé dans le dossier.

TEP-Scan pour évaluation masses résiduelles tracé	Total
oui	2
non	12
Total	14

84 - En cas de masses résiduelles, le dossier a été rediscuté en RCP

Les 10 patients traités par chimiothérapie qui avaient des masses résiduelles ont eu leur dossier rediscuté en RCP.

L'information sur la présence ou non de masse résiduelle n'a pas été recueillie directement, rendant l'interprétation du résultat de cet indicateur difficile.

85 - Résection des masses résiduelles par chirurgie

Parmi les 10 patients traités par chimiothérapie qui avaient des masses résiduelles et dont le dossier a été rediscuté en RCP, 8 ont eu une résection de ces masses résiduelles par chirurgie.

Deux patients n'ont pas eu de résection car la RCP n'a pas confirmé l'indication de curage ganglionnaire mais une surveillance rapprochée.

Résection des masses résiduelles	Total
oui	8
non	2
Total	10

86 - En cas de masses résiduelles lomboaortiques : résection des masses visibles au scanner ; en cas de masses unilatérales, résection de toute l'aire ganglionnaire homolatérale ; en cas de masses bilatérales, résection de toute l'aire ganglionnaire lomboaortique

Les 8 patients qui ont eu une résection des masses résiduelles ont eu une résection de l'aire ganglionnaire homolatérale.

87 - Délai entre la fin de la chimiothérapie et la chirurgie des masses résiduelles

Pour les 8 patients qui ont eu une résection des masses résiduelles, le délai médian entre la fin de la chimiothérapie et la chirurgie des masses résiduelles est de 43 jours ; le plus court délai est de 20 jours, le plus long de 99 jours (3,2 mois) (ce patient a eu son dossier présenté en RCP pour l'évaluation des masses résiduelles 51 jours après la fin de la chimiothérapie).

Tumeurs de stade inconnu (n=39)

Informations générales

Age

La moyenne d'âge des patients est de 39 ans (médiane = 36 ; écart-type = 13) ; le plus jeune a 22 ans, le plus âgé 77 ans.

Type histologique de la tumeur selon la fiche RCP

Type histologique	Total	%
Séminome	25	64
Non séminome	14	36
Total	39	100

Etat général (Index OMS)

Index OMS tracé	Total	%
0	18	46
1	6	15
2	0	0
3	0	0
4	0	0
DM*	15	39
Total	39	100

*Pour 15 patients l'index OMS n'était pas mentionné dans le dossier.

Maladies associées au moment du diagnostic tracées dans le dossier

Maladie associée tracée	Total
Aucune	36
Cancer de la prostate	1
Maladie cardiovasculaire	1
Retard mental	1
Total	39

Chirurgie

Pour 38 patients la chirurgie a été programmée, pour un patient elle a été faite en urgence.

Traitement

Parmi les 39 patients dont le stade n'a pas été retrouvé dans le dossier médical, 13 (33%) n'ont pas eu de traitement et sont en surveillance, 10 (26%) ont été traités par radiothérapie, 9 (23%) ont reçu 2 cycles de BEP, 5 (13%) ont reçu un cycle de Carboplatine AUC7, 2 (5%) ont reçu 3 cycles de BEP.

Traitement	Total	%
Pas de traitement, surveillance	13	33
Radiothérapie	10	26
2 cycles de BEP	9	23
Un cycle de Carboplatine AUC7	5	13
3 cycles de BEP	2	5
Total	39	100

Suites de l'audit

Communication des résultats

Les résultats de cet audit ont été présentés en communications orales :

- au 6^{ème} Congrès National des Réseaux de Cancérologie à Amiens le 2 octobre 2015,
- lors des 8^{èmes} Rencontres d'uro-oncologie d'Aquitaine à Saint-Jean-de-Luz le 11 octobre 2015,
- à la journée des 3C d'Aquitaine à Bordeaux le 5 novembre 2015,
- au 109^{ème} Congrès Français d'Urologie à Paris le 21 novembre 2015 (voir annexe 3),
- à la 14^{ème} Journée Régionale du RCA à Artigues-près-Bordeaux le 27 novembre 2015.

Un article est également en cours de rédaction pour la revue Progrès en Urologie.

Ce projet a été financé pour les frais de missions et de fonctionnement par la Ligue Contre le Cancer de Gironde sur deux ans. Le rapport scientifique final a été envoyé à la Ligue en décembre 2015.

Actions mises en place

Suite aux présentations faites aux congrès et aux réactions suscitées, le comité de pilotage a proposé des actions :

- Présentation des résultats de l'audit lors des 8^{èmes} Rencontres d'uro-oncologie d'Aquitaine faite en binôme par le médecin coordonnateur du RCA et une oncologue médicale du groupe de travail afin de sensibiliser les professionnels présents sur les points cruciaux à améliorer,
- Elaboration d'un compte rendu standardisé d'échographie testiculaire (voir annexe 4), utilisation du compte rendu d'anatomopathologie de l'INCa (voir annexe 5), et diffusion en région de ces outils avec le rapport des résultats,
- Soumission de ces comptes rendus à l'AFU afin qu'ils soient proposés dans les prochaines recommandations nationales en 2016 et à la société Française de Radiologie,
- Mise en place d'une RCP de recours interrégionale avec les régions Midi-Pyrénées, Limousin et Languedoc-Roussillon et Poitou-Charentes (patients métastatiques de mauvais pronostic),
- Publication des résultats de l'audit dans une revue française avec comité de relecture en 2016.



Stadification		OUI	NON	NA	DATE	COMMENTAIRES
20	Dosage sérique de l'αFP dans les 10 jours suivant l'orchidectomie					
21	Dosage sérique de l'hCG totale dans les 10 jours suivant l'orchidectomie					
22	Dosage sérique de la LDH dans les 10 jours suivant l'orchidectomie					
23	Délai entre la chirurgie et le dosage des marqueurs	-	-		-	..... jours
24	Réalisation d'un scanner thoracique					
25	Réalisation d'un scanner abdominopelvien injecté					
26	En cas de suspicion de métastase ou d'atteinte sus-diaphragmatique, réalisation d'un scanner cérébral					
27	En cas d'image douteuse au scanner abdominopelvien, réalisation d'un examen complémentaire (échographie hépatique, IRM)					
28	Réalisation d'un TEP-Scan					
29	La stadification de la maladie a été faite selon la classification AJCC				-	

Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)		OUI	NON	NA	DATE	COMMENTAIRES
30	Après la chirurgie, la stratégie thérapeutique a été discutée en RCP					
31	Délai entre la chirurgie et la présentation du dossier en RCP	-	-		-	..... jours
32	La RCP comportait au moins un chirurgien, un radiothérapeute et un oncologue (ou un onco-radiothérapeute)				-	
33	La RCP comportait un radiologue				-	
34	La RCP comportait un anatomopathologiste				-	
35	La fiche de RCP a été remplie et transmise au RCA				-	
36	Le patient a été inclus dans un essai thérapeutique				-	

Traitements						
SEMINOME						
Localisé – Stade I		OUI	NON	NA	DATE	COMMENTAIRES
37	Les 3 options thérapeutiques ont été présentées au patient et tracées : - surveillance - radiothérapie - chimiothérapie				-	
38	Le patient n'a pas reçu de traitement et est en surveillance				-	
39	Le patient est en surveillance par un scanner TAP tous les 6 mois				-	
40	Le patient a reçu un traitement par radiothérapie					
41	Délai entre la chirurgie et la radiothérapie	-	-		-	..... jours
42	Le patient a reçu un cycle de Carboplatine AUC7					
43	Délai entre le scanner de référence et la chimiothérapie par Carboplatine AUC7	-	-		-	..... jours
44	Le patient a reçu un traitement par chimiothérapie autre que Carboplatine AUC7					
45	Délai entre la chirurgie et la chimiothérapie	-	-		-	..... jours
46	Le patient a reçu un autre traitement					
Métastatique		OUI	NON	NA	DATE	COMMENTAIRES
47	En cas de stade IIA ou IIB, le patient a reçu un traitement par radiothérapie					
48	Délai entre la chirurgie et la radiothérapie	-	-		-	..... jours
49	Le patient a des métastases viscérales extra-pulmonaires				-	
50	Le patient a reçu 3 cycles de BEP					
51	Le patient a reçu 4 cycles d'EP					
52	Le patient a reçu 4 cycles de BEP					
53	La dose intensité a été respectée (20 mg/m ² Cisplatine J1 à J5, 100 mg/m ² Etoposide J1 à J5, ± 30 mg Bléomycine J1-8-15)				-	
54	Les dates des cycles ont été respectées (J1 = J21)				-	
55	Le patient a reçu un traitement par chimiothérapie autre qu'EP et BEP					
56	Le dosage des marqueurs a été fait à chaque début de cycle				-	
57	Délai entre la chirurgie et la chimiothérapie	-	-		-	..... jours



58	Réalisation d'un scanner TAP pour l'évaluation des masses résiduelles (à 4 semaines après la fin de la chimiothérapie)					
59	Réalisation d'un TEP-Scan pour l'évaluation des masses résiduelles (à 4 ou 6 semaines après la fin de la chimiothérapie)					
60	En cas de masses résiduelles, le dossier a été rediscuté en RCP					
Radiothérapie (séminomes stades I, IIA et IIB)		OUI	NON	NA	DATE	COMMENTAIRES
61	La dose délivrée était comprise entre 20 et 24 Gy				-	
62	Le fractionnement était de 2 Gy/jour				-	
63	Le fractionnement était de 1,8 Gy/jour				-	
64	Le volume lombo-aortique seul a été irradié				-	
65	Le volume lombo-aortique et le volume iliaque homolatéral ont été irradiés				-	
66	En cas de stade IIA, la dose totale (avec boost) était comprise entre 30 et 36 Gy				-	
NON SEMINOME						
Localisé – Stade I		OUI	NON	NA	DATE	COMMENTAIRES
67	Le résultat normal des dosages des marqueurs était disponible dans le dossier avant décision				-	
68	Les 3 options thérapeutiques ont été présentées au patient et tracées : - surveillance - chimiothérapie - curage ganglionnaire				-	
69	Le patient n'a pas reçu de traitement et est en surveillance				-	
70	Le patient a reçu 2 cycles de BEP					
71	Délai entre la chirurgie et la chimiothérapie	-	-		-	..... jours
72	Le patient a eu un curage ganglionnaire					
Métastatique		OUI	NON	NA	DATE	COMMENTAIRES
73	Le groupe pronostique a été déterminé : - le patient est de bon pronostic - le patient est de pronostic intermédiaire - le patient est de mauvais pronostic				-	
74	Le patient a reçu 3 cycles de BEP					
75	Le patient a reçu 4 cycles de BEP					
76	La dose intensité a été respectée (20 mg/m ² Cisplatine J1 à J5, 100 mg/m ² Etoposide J1 à J5, ± 30 mg Bléomycine J1-8-15)				-	
77	Les dates des cycles ont été respectées (J1 = J21)				-	
78	Le patient a reçu un traitement par chimiothérapie autre que BEP					
79	Le dosage des marqueurs a été fait à chaque début de cycle				-	
80	Délai entre la chirurgie et la chimiothérapie	-	-		-	..... jours
81	Réalisation d'un scanner TAP intermédiaire (à 2 cycles)					
82	Réalisation d'un scanner TAP pour l'évaluation des masses résiduelles (à 4 semaines après la fin de la chimiothérapie)					
83	Réalisation d'un TEP-Scan pour l'évaluation des masses résiduelles					
84	En cas de masses résiduelles, le dossier a été rediscuté en RCP					
85	Réséction des masses résiduelles par chirurgie					
86	En cas de masses résiduelles lombo-aortiques : - résection des masses visibles au scanner - en cas de masses unilatérales : résection de toute l'aire ganglionnaire homolatérale (curage lombo-aortique modifié) - en cas de masses bilatérales, résection de toute l'aire ganglionnaire lombo-aortique (curage lombo-aortique complet)				-	
87	Délai entre la fin de la chimiothérapie et la chirurgie des masses résiduelles	-	-		-	..... jours

Annexe 2 : Synthèse des indicateurs

Indicateur	n	%
Période pré-opératoire (N=92)		
1 Dosage sérique de l'αFP avant orchidectomie	87	95
2 Dosage sérique de l'hCG totale avant orchidectomie	88	96
3 Dosage sérique de la LDH avant orchidectomie	72	78
4 Réalisation d'une échographie bilatérale	78	85
5 Le compte rendu d'échographie mentionne la taille de la tumeur, son volume, sa situation, le ratio volume tumeur / volume testiculaire (N=78)	8	10
6 Une proposition de conservation de sperme au CECOS a été faite au patient et tracée	66	72
Période opératoire (N=92)		
7 L'orchidectomie a été programmée dans les 10 jours maximum suivant la consultation chirurgicale	39	42
8 La voie d'abord de l'orchidectomie était inguinale avec clampage premier du cordon	83	90
9 En cas de tumeur bilatérale synchrone ou métachrone, une option conservatrice a été discutée (N=1)	1	-
Anatomopathologie (N=92)		
10 Le type histologique est défini selon la classification de l'OMS 2004	92	100
11 Le compte rendu anatomopathologique mentionne le stade pTNM	80	87
12 Le compte rendu anatomopathologique mentionne la taille de la tumeur (< ou > 4 cm)	88	96
13 Le compte rendu anatomopathologique mentionne la présence ou non d'embolies vasculaires	87	95
14 Le compte rendu anatomopathologique mentionne l'infiltration ou non du <i>rete testis</i>	73	79
15 Le compte rendu anatomopathologique mentionne la présence ou non de néoplasie intratubulaire	68	74
16 En cas de tumeur non-séminomateuse, le compte rendu anatomopathologique mentionne la prédominance ou non de carcinome embryonnaire (N=37)	30	81
17 En cas de tumeur non-séminomateuse et tératome cancérisé, le compte rendu anatomopathologique mentionne la présence ou non de rhabdomyosarcome (N=2)	1	-
18 En cas de tumeur non-séminomateuse et tératome cancérisé, le compte rendu anatomopathologique mentionne la présence ou non de PNET (N=2)	0	-
19 En cas de formes atypiques, une relecture a été demandée (N=5)	4	-

Indicateur	n	%
Stadification (N=92)		
20 Dosage sérique de l'αFP dans les 10 jours suivant l'orchidectomie	8	9
21 Dosage sérique de l'hCG totale dans les 10 jours suivant l'orchidectomie	11	12
22 Dosage sérique de la LDH dans les 10 jours suivant l'orchidectomie	10	11
23 Délai entre la chirurgie et le dosage des marqueurs (N=58) (moyenne ± ET)	23 jours ± 13 jours	-
24 Réalisation d'un scanner thoracique	89	97
25 Réalisation d'un scanner abdominopelvien injecté	66	72
26 En cas de suspicion de métastase ou d'atteinte sus-diaphragmatique, réalisation d'un scanner cérébral (N=13)	10	-
27 En cas d'image douteuse au scanner abdominopelvien, réalisation d'un examen complémentaire (échographie hépatique, IRM) (N=10)	7	-
28 Réalisation d'un TEP-Scan	18	20
29 La stadification de la maladie a été faite selon la classification AJCC	53	58
Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) (N=92)		
30 Après la chirurgie, la stratégie thérapeutique a été discutée en RCP	84	91
31 Délai entre la chirurgie et la présentation du dossier en RCP (N=84) (moyenne ± ET)	29 jours ± 25 jours	-
32 La RCP comportait au moins un chirurgien, un radiothérapeute et un oncologue (ou un onco-radiothérapeute)	73	79
33 La RCP comportait un radiologue	38	41
34 La RCP comportait un anatomopathologiste	49	53
35 La fiche de RCP a été remplie et transmise au RCA	92	100
36 Le patient a été inclus dans un essai thérapeutique	2	2
Traitement		
Séminomes localisés (N=23)		
Traitement reçu		
- Un cycle de Carboplatine AUC7	11	48
- Radiothérapie	7	30
- Pas de traitement, surveillance	5	22
37 Les 3 options thérapeutiques ont été présentées au patient et tracées : surveillance, radiothérapie, chimiothérapie	12	52
38 Le patient n'a pas reçu de traitement et est en surveillance	5	22
39 Le patient est en surveillance par un scanner TAP tous les 6 mois (N=5)	5	-
40 Le patient a reçu un traitement par radiothérapie	7	30
61 La dose délivrée était comprise entre 20 et 24 Gy (N=7)	6	-
62 Le fractionnement était de 2 Gy/jour (N=7)	7	-
63 Le fractionnement était de 1,8 Gy/jour (N=7)	0	-
64 Le volume lomboaortique seul a été irradié (N=7)	0	-
65 Le volume lomboaortique et le volume iliaque homolatéral ont été irradiés (N=7)	7	-
41 Délai entre la chirurgie et la radiothérapie (N=7) (médiane)	43 jours	-
42 Le patient a reçu un cycle de Carboplatine AUC7	11	48
43 Délai entre le scanner de référence et la chimiothérapie par Carboplatine AUC7 (N=7) (médiane)	35 jours	-
44 Le patient a reçu un traitement par chimiothérapie autre que Carboplatine AUC7	0	0
45 Délai entre la chirurgie et la chimiothérapie (N=11) (médiane)	35 jours	-
46 Le patient a reçu un autre traitement	0	0

Indicateur	n	%
Séminomes métastatiques (N=7)		
Traitement reçu		
- 3 cycles de BEP	4	-
- 4 cycles de BEP	1	-
- 5 cycles d'EP	1	-
- Radiothérapie	1	-
47 En cas de stade IIA ou IIB, le patient a reçu un traitement par radiothérapie (N=5)	1	-
61 La dose délivrée était comprise entre 20 et 24 Gy (N=1)	0	-
62 Le fractionnement était de 2 Gy/jour (N=1)	0	-
63 Le fractionnement était de 1,8 Gy/jour (N=1)	1	-
64 Le volume lomboaortique seul a été irradié (N=1)	1	-
65 Le volume lomboaortique et le volume iliaque homolatéral ont été irradiés (N=1)	0	-
66 En cas de stade IIA, la dose totale (avec boost) était comprise entre 30 et 36 Gy (N=1)	1	-
48 Délai entre la chirurgie et la radiothérapie (N=1)	52 jours	-
49 Le patient a des métastases viscérales extra-pulmonaires	1	-
50 Le patient a reçu 3 cycles de BEP	4	-
51 Le patient a reçu 4 cycles d'EP	1 (5 cycles d'EP)	-
52 Le patient a reçu 4 cycles de BEP	1	-
53 La dose intensité a été respectée (20 mg/m2 Cisplatine J1 à J5, 100 mg/m2 Etoposide J1 à J5, ± 30 mg Bléomycine J1-8-15) (N=6)	4	-
54 Les dates des cycles ont été respectées (J1 = J21) (N=6)	3	-
55 Le patient a reçu un traitement par chimiothérapie autre qu'EP et BEP	0	-
56 Le dosage des marqueurs a été fait à chaque début de cycle (N=6)	4	-
57 Délai entre la chirurgie et la chimiothérapie (N=6) (médiane)	18 jours	-
58 Réalisation d'un scanner TAP pour l'évaluation des masses résiduelles (à 4 semaines après la fin de la chimiothérapie) (N=6)	1	-
59 Réalisation d'un TEP-Scan pour l'évaluation des masses résiduelles (à 4 ou 6 semaines après la fin de la chimiothérapie) (N=6)	3	-
60 En cas de masses résiduelles, le dossier a été rediscuté en RCP (N=6)	3	-
Non séminomes localisés (N=7)		
Traitement reçu		
- 2 cycles de BEP	4	-
- Pas de traitement, surveillance	2	-
- Curage ganglionnaire	1	-
67 Le résultat normal des dosages des marqueurs était disponible dans le dossier avant décision	6	-
68 Les 3 options thérapeutiques ont été présentées au patient et tracées : surveillance, chimiothérapie, curage ganglionnaire	1	-
69 Le patient n'a pas reçu de traitement et est en surveillance	2	-
70 Le patient a reçu 2 cycles de BEP	4	-
71 Délai entre la chirurgie et la chimiothérapie (N=4) (médiane)	32 jours	-
72 Le patient a eu un curage ganglionnaire	1	-

Indicateur	n	%
Non séminomes métastatiques (N=16)		
Traitement reçu		
- 3 cycles de BEP	8	-
- 4 cycles de BEP	3	-
- Chimiothérapie autre que BEP	3	-
- Traitement non réalisé	2	-
73 Le groupe pronostique a été déterminé : le patient est de bon pronostic ; le patient est de pronostic intermédiaire ; le patient est de mauvais pronostic	13	-
74 Le patient a reçu 3 cycles de BEP	8	-
75 Le patient a reçu 4 cycles de BEP	3	-
76 La dose intensité a été respectée (20 mg/m ² Cisplatine J1 à J5, 100 mg/m ² Etoposide J1 à J5, ± 30 mg Bléomycine J1-8-15) (N=11)	8	-
77 Les dates des cycles ont été respectées (J1 = J21) (N=11)	7	-
78 Le patient a reçu un traitement par chimiothérapie autre que BEP	3	-
79 Le dosage des marqueurs a été fait à chaque début de cycle (N=14)	8	-
80 Délai entre la chirurgie et la chimiothérapie (N=13) (médiane)	20 jours	-
81 Réalisation d'un scanner TAP intermédiaire (à 2 cycles) (N=14)	4	-
82 Réalisation d'un scanner TAP pour l'évaluation des masses résiduelles (à 4 semaines après la fin de la chimiothérapie) (N=14)	7	-
83 Réalisation d'un TEP-Scan pour l'évaluation des masses résiduelles (N=14)	2	-
84 En cas de masses résiduelles, le dossier a été rediscuté en RCP (N=10)	10	-
85 Résection des masses résiduelles par chirurgie (N=10)	8	-
86 En cas de masses résiduelles lomboaortiques : résection des masses visibles au scanner ; en cas de masses unilatérales, résection de toute l'aire ganglionnaire homolatérale ; en cas de masses bilatérales, résection de toute l'aire ganglionnaire lomboaortique (N=8)	8	-
87 Délai entre la fin de la chimiothérapie et la chirurgie des masses résiduelles (N=8) (médiane)	43 jours	-
Tumeurs de stade inconnu (N=39)		
Traitement reçu		
- Pas de traitement, surveillance	13	33
- Radiothérapie	10	26
- 2 cycles de BEP	9	23
- Un cycle de Carboplatine AUC7	5	13
- 3 cycles de BEP	2	5

Annexe 3 : Abstract accepté au 109^{ème} Congrès Français d'Urologie

Communications posters

855

Tumeur des organes génitaux externes, tumeur surrénale et infertilité

P - 070

Évaluation de l'intérêt d'une consultation spécialisée de pathologies génitales masculines

A. Cerruti

CHU d'Angers, Angers, France

Objectifs Les lésions dermatologiques de la verge sont peu fréquentes et souvent méconnues des médecins généralistes et des spécialistes. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'intérêt d'une consultation commune urologue/dermatologue spécifique des pathologies génitales masculines.

Méthodes Nous avons proposé une consultation de recours uro-dermatologique mensuelle axée sur les pathologies génitales masculines dans un centre universitaire en septembre 2014. Nous avons étudié de manière prospective tous les dossiers des patients adressés à cette consultation spécialisée jusqu'en mai 2015.

Résultats Nous avons vu en consultation 22 patients. Les patients étaient adressés par un médecin généraliste, un urologue et un dermatologue dans respectivement 5 (23%), 13 (59%) et 4 (18%) cas. Les lésions évoluaient depuis moins de 6 mois, entre 6 mois et un an et depuis plus d'un an dans respectivement 2 (9%), 10 (45%) et 10 (45%) cas. La moitié des patients avait eu un traitement de première intention non efficace. À l'issue de la consultation, il a été diagnostiqué une balanite de Zoon dans 2 cas (9%), une balanite aspécifique dans 5 cas (23%), absence de lésion dans 3 cas (13%), un condylome dans 4 cas (18%), un lichen scléreux dans 5 cas (23%), un carcinome épidermoïde dans 3 cas (14%). Une biopsie était nécessaire pour établir le diagnostic dans 8 cas (36%).

Conclusion À l'issue de cette première année d'expérience, nous avons diagnostiqué 3 carcinomes épidermoïdes de la verge pour lesquels les patients étaient suivis depuis plus de 6 mois sans que le diagnostic ne soit évoqué. Une consultation de recours associant un urologue et un dermatologue est utile dans l'aide au diagnostic des cas difficiles.

Déclaration d'intérêts L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2015.08.279>

P - 071

Prise en charge des tumeurs germinales du testicule en Aquitaine : état des lieux des pratiques en 2012

L. Ferretti^{1,*}, M. Gross-Goupil², P. Sargos³, I. Círiolo Cassaigne⁴, B. Gaucher⁴, H. Demeaux⁴, V. Bousser⁴, Y. Lebras⁵, G. Pasticier⁵, P. Richaud³, M. Yacoub⁵, G. Roubaud³, L. Digue⁴

¹ HIA Robert-Picqué, Villenave d'Ornon, France

² CHU Saint-André, Bordeaux, France

³ Institut Bergonié, Bordeaux, France

⁴ Réseau de cancérologie d'Aquitaine, Bordeaux, France

⁵ CHU Pellegrin, Bordeaux, France

* Auteur correspondant.

Objectifs La tumeur germinale du testicule (TGT) est une tumeur rare. Avec une prise en charge adaptée, le taux de survie spécifique à 5 ans de cette maladie est excellent, supérieur à 90% tous stades confondus. L'objectif de cet audit était de réaliser une première mesure des éventuels écarts existant entre les recommandations de prise en charge des TGT et les pratiques en Aquitaine en 2012.

Méthodes Un groupe de travail pluridisciplinaire, constitué par appel à candidature dans les Groupes thématiques régionaux du RCA (Réseau de cancérologie d'Aquitaine) a déterminé, à partir des recommandations en vigueur, les indicateurs les plus pertinents

pour mesurer la qualité de la prise en charge de TGT (périodes péri-opératoires, anatomopathologie, stadification, traitements). Les patients atteints d'une TGT dont le dossier a été présenté en RCP en 2012 dans un des 10 centres participant ont été inclus. Les patients pris en charge pour une récurrence d'une tumeur germinale du testicule, ou qui ont été pris en charge hors Aquitaine, ont été exclus.

Résultats Parmi les 102 dossiers de RCP, 92 répondaient aux critères d'inclusion. Cinquante-cinq (60%) avaient une tumeur séminomateuse (TGS) et 37 (40%) une tumeur non séminomateuse (TGNS). Pour 39 patients (42%), le stade AJCC n'a pas été retrouvé. La prise en charge thérapeutique a donc été étudiée pour 53 patients (58%). Parmi les 23 patients avec une TGS localisée, 11 (48%) ont été traités par chimiothérapie, 7 (30%) par radiothérapie et 5 (22%) étaient en surveillance. Six patients métastatiques ont été traités par chimiothérapie et un par radiothérapie. Parmi les 7 patients avec une TGNS localisée, 4 ont reçu une chimiothérapie, 2 étaient surveillés et un a eu un curage ganglionnaire; 14 patients avec une TGNS métastatique ont été traités par chimiothérapie et 2 n'ont pas eu de traitement.

Conclusion Ces résultats donnent un état des lieux de la prise en charge initiale des TG du testicule en Aquitaine en 2012. Pour les patients dont la prise en charge thérapeutique a pu être étudiée (58%), celle-ci est conforme aux recommandations; en revanche, certains points de la période diagnostique doivent être améliorés (diffusion de compte rendu échographique et anatomopathologique standardisé AFU/INCa).

Déclaration d'intérêts Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2015.08.280>

P - 072

Énucléation versus orchidectomie totale dans la prise en charge des tumeurs testiculaires à cellules de Leydig: résultats d'une étude multicentrique rétrospective

F. Laclergerie^{1,*}, G. Mouillet¹, S. Larre², P. Eschwege³, J. Hubert³, C. Saussine⁴, L. Cormier⁵, A. Thiery-Vuillemain¹, F. Kleinclaus¹

¹ CHU de Besançon, Besançon, France

² CHU de Reims, Reims, France

³ CHU de Nancy, Nancy, France

⁴ CHU de Strasbourg, Strasbourg, France

⁵ CHU de Dijon, Dijon, France

* Auteur correspondant.

Objectifs Comparer les résultats oncologiques chez des patients pris en charge par énucléation et orchidectomie totale pour tumeur testiculaire à cellules de Leydig (TTCL).

Méthodes Nous avons réalisé une étude multicentrique rétrospective dans 12 hôpitaux de France incluant 56 patients traités par énucléation ou orchidectomie totale pour TTCL entre 1986 et 2014. Un bilan pré-opératoire comprenant examen clinique, bilan biologique et radiologique était réalisé. Les données démographiques, cliniques, histopathologiques et oncologiques recueillies étaient analysées de façon descriptive sur l'ensemble de la population et comparative en fonction du traitement chirurgical.

Résultats Une énucléation a été réalisée dans 37,5% des cas et une orchidectomie dans 62,5%. Les moyennes d'âge opératoire, de taille tumorale échographique et histologique n'étaient pas significativement différentes entre les deux groupes. Le suivi médian était de 62 mois après énucléation et de 35 mois après orchidectomie. Seulement 9,5% des patients ont présenté une récurrence locale 15 et 34 mois après énucléation. Une orchidectomie complémentaire a été réalisée et aucune récurrence locale ou métastatique n'a alors été relevée. Le taux de survie était comparable dans les deux groupes

Annexe 4 : Compte rendu standardisé d'échographie testiculaire



Réseau de Cancérologie d'Aquitaine

GTR Urologie

COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE TESTICULAIRE

Nom	Prénom
Date de naissance ___/___/___	
Etablissement	Imageur
Date du compte rendu ___/___/___	

Testicule DROIT

Dimensions/volume		
Hauteur (cm) :	x	Largeur (cm) :
		x
Epaisseur (cm) :		
Volume (cm ³) :		
Tumeur testiculaire		
Aspect		
<input type="checkbox"/> Nodulaire unique (dimensions/volume)	<input type="checkbox"/> Nodulaire multiple (N, dimensions/volume)	<input type="checkbox"/> Diffus
Echostructure		
<input type="checkbox"/> Homogène	<input type="checkbox"/> Hétérogène	
Doppler		
Hypervascularisation	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	Hypervascularisation	<input type="checkbox"/> péritumorale
		<input type="checkbox"/> centrale
Topographie		
<input type="checkbox"/> Intratesticulaire	<input type="checkbox"/> Extratesticulaire	
Extension		
Hile	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Epididyme	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Albuginée	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Testicule GAUCHE

Dimensions/volume		
Hauteur (cm) :	x	Largeur (cm) :
		x
Epaisseur (cm) :		
Volume (cm ³) :		
Tumeur testiculaire		
Aspect		
<input type="checkbox"/> Nodulaire unique (dimensions/volume)	<input type="checkbox"/> Nodulaire multiple (N, dimensions/volume)	<input type="checkbox"/> Diffus
Echostructure		
<input type="checkbox"/> Homogène	<input type="checkbox"/> Hétérogène	
Doppler		
Hypervascularisation	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	Hypervascularisation	<input type="checkbox"/> péritumorale
		<input type="checkbox"/> centrale
Topographie		
<input type="checkbox"/> Intratesticulaire	<input type="checkbox"/> Extratesticulaire	
Extension		
Hile	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Epididyme	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Albuginée	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Commentaires

Annexe 5 : Compte rendu standardisé d'anatomopathologie



Compte rendu-fiche standardisé en pathologie cancérologique : Orchidectomie

Nom : _____	Prénom : _____	Né(e) le : ____ / ____ / ____
N° de dossier (IPP) : _____	N° d'examen : _____	
Préleveur : _____	Pathologiste : _____	
Date d'intervention : ____ / ____ / ____	Date du Compte rendu : _____	
Code postal domicile : _____	Code postal commune de naissance : _____	

Renseignements cliniques

Côté :	droit <input type="checkbox"/>	gauche <input type="checkbox"/>		
Motif de consultation :	masse <input type="checkbox"/>	anomalie écho <input type="checkbox"/>	autre <input type="checkbox"/>	si autre motif : MD1
Antécédents :	cryptorchidie : non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>		
	tumeur testiculaire ou germinale : non précisé <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	
		Si oui : histologie : MD2	traitements : MD6	
Taux des marqueurs :	HCG totale :mUI/ml (nl :)			
	Alphafoeto-protéine :ng/ml (nl :)			
	LDH .....UI/ml (nl :)			
Type de prélèvement :	MD3			

Examen macroscopique

Photographie oui non

Fixation :	formol <input type="checkbox"/>	Bouin <input type="checkbox"/>	AFA <input type="checkbox"/>	autre <input type="checkbox"/>	Congélation : oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Taille du prélèvement (testicule ou tumorectomie) :	.....X...X...cm	cordons .....cm				
Taille de la tumeur (grand axe) :	... cm	<input type="checkbox"/>	non évaluable			
Nombre de blocs tumeur/total : /					

Examen extemporané

bénin

malin

résultat différé

Nom du pathologiste

Examen microscopique

Constituants MD4			
Tumeurs germinales MD5			
Si TGNS			
Séminome : non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>		
Tératome : non <input type="checkbox"/>	≤50% <input type="checkbox"/>	50-80% <input type="checkbox"/>	≥80% <input type="checkbox"/>
Carcinome embryonnaire : non <input type="checkbox"/>	≤50% <input type="checkbox"/>	50-80% <input type="checkbox"/>	≥80% <input type="checkbox"/>
Tumeur vitelline : non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>		
Choriocarcinome : non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>		
Autre : <input type="checkbox"/>			
Lésions associées (si tumeur germinale)			
Cellules syncytiotrophoblastiques isolées : non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>		
Prolifération germinale intratubulaire (NGIT) : non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>		

Items : items identifiés comme indispensables à la prise de décision en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

MD : renvoi au menu déroulant correspondant

**Autre tumeur MD7****Critères de malignité (Si tumeur des cordons sexuels) :**

- Mauvaise limitation : non oui
- Atypies : non oui
- Nombre de mitoses/ 10 champs à fort grossissement : ...

Emboles vasculaires non oui **si oui : MD8**Nécrose : non oui si oui % de la masse : __%**Immunomarquage** : oui non

Résultats de l'immuno-marquage :

.....

.....

ExtensionSTADE TNM (uniquement pour tumeur germinale): pT0 PTis pT1 pT2 pT3 pT4 Si séminome pur pT1 : envahissement rete testis : oui non Limites d'exérèse sur le cordon : positive négative **Commentaires****Conclusion**

Items histologiques

Emboles vasculaires

NGIT

Marges du cordon

Limites d'exérèse sur le cordon

Signature du Pathologiste

CODE ADICAP | | | | | | | | | | CIM10 | | | | | | | | | |

Items : items identifiés comme indispensables à la prise de décision en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

MD : renvoi au menu déroulant correspondant



FICHE TECHNIQUE ORCHIDECTOMIE

N° d'examen

N° de congélation

Identification des blocs/lames

Tumeur du rete testis
 Epididyme
 Cordon
 Section du cordon
 Parenchyme testiculaire à distance de la tumeur
 Autre

Immunohistochimie matériel fixé matériel congelé
 technique manuelle automatisée
 références de l'automate.....

Après renaturation par la chaleur : oui non
 Avec témoin : non oui Si oui : interne externe

Anticorps	N°lame	Fournisseur	Dilution	Témoin (N°)	

Autres techniques



MENUS DEROULANTS

MD1 : Motifs de consultation (autres)

- 1- Infertilité
- 2- Gynécomastie
- 3- Puberté précoce
- 4- Anomalie hormonale
- 5- Traumatisme
- 6- Infection

MD2 : Traitements

- 1- Chirurgie
- 2- Chimiothérapie
- 3- Radiothérapie

MD3 : Type de prélèvement

- 1- Orchidectomie totale
- 2- Orchidectomie partielle
- 3- Biopsie homolatérale
- 4- Biopsie controlatérale
- 5- Tumorectomie

MD4 : Constituants histologiques

- 1- Tumeur germinale → **MD5**
- 2- Lésions associées
- 3- Autre tumeur → **MD7**

MD5 : Tumeurs germinales

- 1- Séminome pur
- 2- TGNS (tumeur germinale non séminomateuse) ou tumeur germinale mixte : constituants histologiques → **MD6**
- 3- Choriocarcinome pur
- 4- Séminome spermatocytaire
- 5- Autre

MD6 : Histologie

- 1- Séminome
- 2- Tératome
- 3- Carcinome embryonnaire
- 4- Tumeur vitelline
- 5- Choriocarcinome
- 6- Autre

MD7 : Autres tumeurs

- 1- Tumeur des cordons sexuels et du stroma gonadique → **MD9**
- 2- Carcinoïde
- 3- Tumeur épithéliale de type ovarien → **MD10**
- 4- Néphroblastome des annexes
- 5- Paragangliome du cordon
- 6- Tumeur hématopoïétique → **MD11**
- 7- Tumeur des tubes collecteurs et du rete testis → **MD12**
- 8- Tumeur des structures paratesticulaires → **MD13**
- 9- Tumeur mésoenchymateuse → **MD14**
- 10- Métastase



MD8 : Embole vasculaire

- 1- Intratumoral
- 2- Intratesticulaire pératumoral
- 3- Dans le cordon

MD9 : Tumeurs des cordons sexuels et du stroma gonadique

- 1- Tumeurs à cellules de Leydig bénigne ou maligne
- 2- Tumeurs à cellules de Sertoli → **MD15**
- 3- Tumeurs à cellules de la granulosa → **MD16**
- 4- Fibrothécome ou fibrome
- 5- Tumeurs non différenciée ou mixte ou maligne
- 6- Gynandroblastome

MD10 : Tumeurs épithéliales de type ovarien

- 1- Tumeur séreuse borderline
- 2- Carcinome séreux
- 3- Carcinome endométrioïde
- 4- Cystadénome mucineux
- 5- Cystadénocarcinome mucineux
- 6- Tumeur de Brenner

MD11 : Tumeurs hématopoiétiques

- 1- Lymphome
- 2- Leucémie
- 3- Plasmocytome

MD12 : Tumeurs des tubes collecteurs et du rete testis

- 1- Adénome
- 2- Carcinome

MD13 : Tumeurs des structures paratesticulaires

- 1- Tumeur adénomatoïde
- 2- Mésothéliome malin
- 3- Mésothéliome bénin
- 4- Adénocarcinome de l'épididyme
- 5- Cystadénome papillaire de l'épididyme
- 6- Tumeur neuroectodermique mélanotique
- 7- Tumeur desmoplastique à petites cellules rondes

MD14 : Tumeurs mésenchymateuses du cordon spermatique et des annexes testiculaires

- 1- Liposarcome
- 2- Léiomyosarcome
- 3- MFH
- 4- Rhabdomyosarcome
- 5- Lipome
- 6- Léiomyome
- 7- Neurofibrome
- 8- Tumeur à cellules granuleuses
- 9- Angiofibrome cellulaire
- 10- Autres



MD15 : Tumeurs à cellules de Sertoli

- 1- Riche en lipides
- 2- Sclérosante
- 3- A grandes cellules calcifiantes
- 4- Tumeurs à cellules de Sertoli malignes

MD16 : Tumeurs à cellules de la granulosa

- 1- De type adulte
- 2- De type juvénile