



Réseau de Cancérologie d'Aquitaine



Impact d'un programme de santé publique ciblé sur la prise en charge initiale des sarcomes des tissus mous de l'adulte : un exemple de recherche évaluative

S. Mathoulin-Pélissier
E Bauvin et al.

IPSSar

DESC Cancérologie, Toulouse - Décembre 2010



Justification de l'étude (1)

Les Sarcomes

- Sarcomes des tissus mous = tumeur rare
Incidence réelle 1% des cancers ?
 - Prise en charge initiale difficile
 - Diagnostic histologique difficile
 - Geste initial souvent inadéquat (chirurgie avant biopsie sur suspicion de sarcome)
- => Référentiels insuffisants à l'amélioration des pratiques



Justification de l'étude (2) Constat actuel en France

- **Non conformité** de la prise en charge initiale malgré la diffusion de recommandations nationales (imagerie, biopsie)
- **Méconnaissance** des signes cliniques ou radiologiques
- **Etapas diagnostic + chirurgie**
 - Multiplicité des intervenants de disciplines différentes
 - Hors centres spécialisés



Objectifs

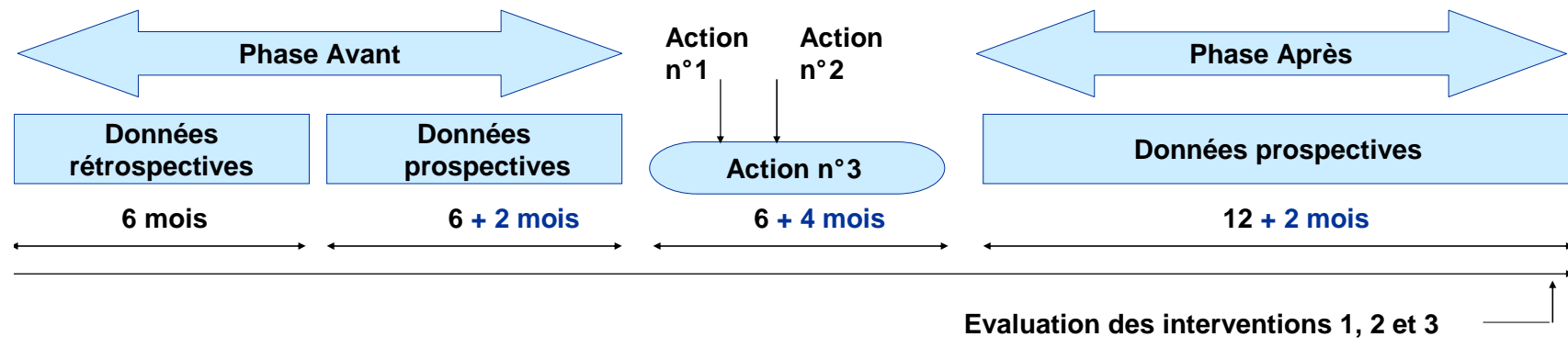
- Mettre en place des **actions collectives** pour améliorer la prise en charge des STM de l'adulte (bilan initial et diagnostic).
- Mesurer l'impact en terme de :
 - proportion de prise en charge globale adéquate, avec validation préalable des **critères de qualité** de la prise en charge des STM
 - survie
- Estimer **l'incidence régionale** des STM en partenariat avec
 - les registres départementaux des cancers des régions étudiées
 - les réseaux régionaux de cancérologie



Méthodologie - Schéma

Etude « avant-après » avec région contrôle

- Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Limousin et Midi-Pyrénées du 01/11/06 au 31/12/09
- Aucune action en région témoin (Pays de Loire).
- Un minimum de 60 patients attendus par an et par région.
- Recueil actif de données : laboratoires d'anatomopathologie, registres des cancers et réseaux régionaux de cancérologie des régions étudiées, établissements de santé – retour au dossier médical.





Population concernée

- Adulte de plus de 18 ans
- STM profond ou superficiel
- Tous stades
- Prise en charge initiale dans l'une des 5 régions participantes
- **Exclus** : sarcome viscéral, osseux, méningés, mésothéliomes, de Kaposi, GIST, utérus



3 actions dans les régions expérimentales

- 1. **Campagne d'information** auprès de tous les médecins généralistes par diffusion de plaquettes d'information simple : « que faire avant et lors du diagnostic? »
- 2. Action de **communication orale** auprès des médecins spécialistes ciblés (chirurgiens, dermatologues, anatomopathologistes, radiologues, oncologues, radiothérapeutes...)
- 3. **Information écrite** systématique, dès le diagnostic histologique confirmé, auprès des chirurgiens via les anatomopathologistes.



Validation des critères de qualité

Méthode consensus formalisé de type Delphi

- Méthode qualitative de détermination d'un standard de référence ou référentiel
 - Proposition de 25 critères potentiels (5 groupes d'éléments de la prise en charge définis à partir de la littérature : diagnostic, anatomopathologie, chirurgie, radio et chimiothérapie).
 - Soumission à l'avis de 19 experts impliqués dans la prise en charge des STM, membres du Groupe Sarcome Français (GSF-GETO).
 - Appréciation globale pour chaque critère proposé, basée sur une échelle numérique de 1 à 10 (utilité/pertinence).
 - ➔ Les résultats doivent converger vers un **consensus**, défini comme atteint si au moins 75% des experts ont attribué une note de 8 à 10.



Résultats

Validation des critères de qualité

- 3 tours et un excellent taux de réponses : 84%
- Consensus pour 23 des 25 critères proposés avec un consensus parfait (100%) pour 9 d'entre eux.

ET SI C'ETAIT... UN SARCOM DES TISSUS MOUS ?

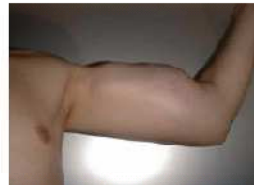
Incidence des tumeurs des tissus mous : 1 sur 200 est un sarcome

SIGNES CLINIQUES QUI DOIVENT ALERTER

Toute masse des tissus mous, présentant simultanément ces critères :

- profonde (en dessous du fascia superficiel)
- taille > 5 cm
- d'évolutivité récente : - augmentation de taille
- progression symptomatique

⇒ Dans ce cas : 1 tumeur sur 7 est un sarcome



AVANT TOUTE EXERESE, IL FAUT UN DIAGNOSTIC

1/ Exploration radiologique rapide et adaptée avant tout geste diagnostique (délai de 8 à 10 jours) :

- radiologie standard
- échographie de la zone tumorale
- IRM

2/ Diagnostic histologique :

- biopsie selon une technique adéquate

⇒ La biopsie doit être réalisée par un chirurgien ou un radiologue expérimenté et, idéalement, être discutée en RCP.



LA DECISION DE PRISE EN CHARGE

Adaptée et Pluridisciplinaire (cf. verso) :

- discutée en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)

LE SARCOM DES TISSUS MOUS

Affecte autant les hommes que les femmes

50 types et sous-types histologiques :

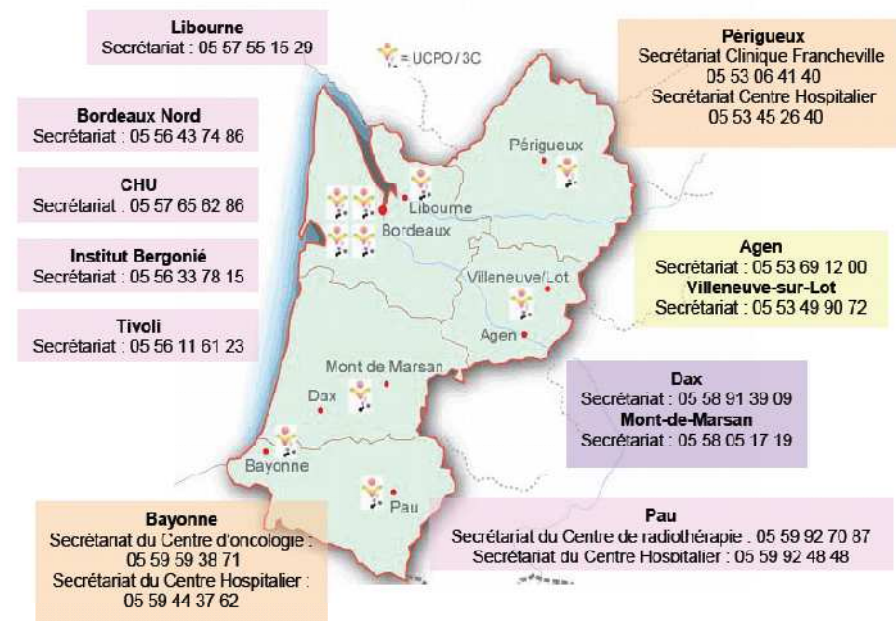
liposarcome, léiomyosarcome, synovialosarcome, rhabdomyosarcome, schwannome malin, angiosarcome, PNET, histiocytofibrome malin, dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand...

Environ 1200 nouveaux cas par an en France

LE RESEAU ET LES CENTRES DE COORDINATION EN CANCEROLOGIE D'AQUITAINE

Le Réseau de Cancérologie d'Aquitaine comporte 10 Centres de Coordination en Cancérologie (CCC ou 3C) (représentés sur la carte avec les coordonnées des secrétariats) dans lesquels sont organisées des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) thématiques (sein, digestif, thorax, urologie, ORL...).

La RCP est un lieu d'échanges entre spécialistes de plusieurs disciplines sur les stratégies diagnostiques et thérapeutiques en oncologie où les médecins spécialistes ou généralistes peuvent présenter les dossiers de leurs patients à une équipe composée de cancérologues, chirurgiens, radiologues, anatomopathologistes et spécialistes concernés. Après étude du dossier, un schéma de prise en charge est établi collégialement en accord avec le médecin référent du patient, en s'appuyant sur les recommandations de pratiques. Le médecin spécialiste en charge du patient peut ensuite informer celui-ci sur les solutions proposées et choisir avec lui la solution la plus adaptée à ses besoins et préférences.



Pour information : la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire régionale spécialisée pour les Sarcomes – Tumeurs rares se tient tous les Judis à 18h, à l'Institut Bergonié.

Pour plus de renseignements (recommandations de prise en charge) consulter les sites internet du : Réseau de Cancérologie d'Aquitaine (RCA) : www.canceraquitaine.org
Groupe Sarcome Français et Groupe d'Etude des Tumeurs Osseuses (GSF-GETO) : www.gsf-geto.org



Résultats

Actions de communication

	Aquitaine	Languedoc-Roussillon	Limousin	Midi-Pyrénées
Action 1 : Méd. généralistes	Près de 16 000 plaquettes envoyées			
Action 2 : Méd. spécialistes	Organisation par 3C	Organisation par 3C privés Réunions de professionnels	Réunion locale	Organisation départementale par l'URML Réunions de professionnels
	18 réunions ayant permis de sensibiliser près de 500 professionnels de santé			
Action 3 : AP -> Chir	Etude de faisabilité			



Résultats préliminaires

Inclusions

- **1222 patients inclus** entre le 01/11/06 et le 31/12/09 (a)
- Données non encore exhaustives dans certaines régions [exhaustivité(*)]

	Phase Avant	Phase Action	Phase Après
Aquitaine	145 (*)	121	165
Languedoc-R	64	48	50
Limousin	33	18	16
Midi-Pyrénées	124 (*)	97	92
Pays de Loire	87	66	95
Total	453	350	418

(a) données de recueil arrêtées au 15/11/2010



Résultats préliminaires

Phase Avant dans 2 régions

- Au total 269 patients inclus (Aquitaine et Midi-Pyrénées)
- Sex-ratio de 1
- Age médian de 63 ans ([46 ; 77])

	n	(%)
Localisation		
Membres	109	(40)
Paroi du tronc	53	(20)
Autres	107	(40)
Profondeur		
Profonde	182	(68)
Superficielle	78	(29)
Non précisé	9	(3)



Résultats préliminaires

Caractéristiques de la tumeur

	n	(%)
Type histologique		
Sarcome SAI	72	(27)
Liposarcome	64	(24)
Leiomyosarcome	41	(15)
Autres	92	(34)
Grade		
Grade 1	58	(22)
Grade 2	55	(20)
Grade 3	77	(29)
Taille de la tumeur (médiane [Q1; Q3])	7,1 [3,5 ; 13,3]	



Résultats préliminaires

Synthèse de la prise en charge

	n	(%)
Imagerie de la région tumorale avant chirurgie	195	(73)
Discussion en RCP 31 jours avant ou après le diagnostic	121	(45)
Discussion en RCP au moins une fois lors de la prise en charge	216	(80)
Chirurgie	230	(86)
Radiothérapie	111	(41)
Chimiothérapie	73	(27)



Résultats préliminaires

Indicateurs qualités - Diagnostic

	N	n	(%)
Patients avec une tumeur profonde qui ont eu une IRM ou un scanner de la région tumorale avant chirurgie	182	144	(79)
Patients avec une tumeur superficielle qui ont eu une imagerie de la région tumorale avant chirurgie	78	34	(44)
Patients ayant eu une technique de biopsie adéquate (biopsie percutanée ou biopsie chirurgicale)	269	132	(49)
Patients avec une tumeur profonde et/ou évolutive et/ou de plus de 5 cm qui ont eu un diagnostic histologique avant l'exérèse	232	124	(54)



Résultats préliminaires

Indicateurs qualité – Prise en charge

Patients dont la radiothérapie a été décidée en RCP **87%**

Patients dont la chimiothérapie a été décidée en RCP **82%**

Patients dont le compte-rendu anatomopathologique sur la pièce d'exérèse contient le type histologique, le grade et les limites d'exérèse **73%**

Patients non opérables d'emblée dont le dossier a été discuté en RCP **64%**

Patients dont le dossier a été discuté en RCP avant la chirurgie **31%**



Résultats préliminaires

Conformité de la prise en charge et Incidence

↳ Conformité de la prise en charge initiale : première analyse

Phase Avant : 24,5 % IC95% [19,4 % – 29,7 %]

Phase Après : 34,2 % IC95% [25,8 % – 42,5 %]

↳ Incidence standardisée des STM

- **4,21** cas pour 100,000 habitants (année 2007)
- Standardisation directe (population France Insee pour deux régions)



Discussion préliminaire

Conclusion - Perspectives

- **Augmentation de l'incidence STM** au moins 1,5 fois supérieure aux données de la littérature
 - MAIS**
 - Estimation de l'incidence ? (2 registres départementaux/2 régions)
 - Toujours un biais possible : sous-estimation de l'incidence
- **Amélioration de la prise en charge** pour les 2 premières régions étudiées (avant et après)
 - MAIS**
 - Recueil de données non finalisé
 - Résultats de la région contrôle en attente
 - Résultats des autres régions?



Equipes

Co-investigateurs :

Dr E. Bompas (CRG, Nantes, oncologue médical)

Dr B. Bui (IB, Bordeaux, oncologue médical)

Dr C. Chevreau (ICR, Toulouse, oncologue médical)

Dr D. Cupissol (CVA, Montpellier, oncologue médical)

Dr V. Lebrun-Ly (CHU Dypuytren, Limoges, oncologue médical)

Structures associées :

Réseaux régionaux de Cancérologie (RCA, OncoLR, Oncolim, Oncomip, OncoPdL)

Registres cancers (Gironde, Hérault, Tarn, Loire-Atlantique, Vendée, Limousin)

Investigateur coordonnateur :

Pr S. Mathoulin-Pélissier (IB, Bordeaux, Médecin épidémiologiste)

Soutien financier et logistique

- PHRC 2006
- Ligue contre le cancer
- Infosarcome
- Les structures associées : registre et réseaux
 - Equipe mobile de recherche clinique dans les régions concernées