

Congrès National des Réseaux de Cancérologie 2015

Auteurs : Capsec J¹, Lefebvre C¹, Baron S², Gaborit C², Chupé F¹, Heitzmann P¹, Ravenau C¹, Sauger C³, Lahaye M¹, Nicoulet I⁴, Linassier C¹, Dorval E³

¹ OncoCentre, Réseau de cancérologie de la région Centre, Tours, France

² Unité régionale d'épidémiologie hospitalière de la région Centre, Tours, France

³ Antenne Oncogériatrie de la région Centre, Tours, France

⁴ Agence Régionale de Santé de la région Centre, Orléans, France

Titre : étude des délais de prise en charge du cancer du côlon en région Centre, en 2013

Introduction : le cancer du côlon est la deuxième cause de mortalité par cancer en France. Alors que le plan cancer 2009 - 2013 préconise la réalisation d'études sur les délais de prise en charge des cancers les plus fréquents, le réseau OncoCentre s'est inspiré du projet de l'INCa (mené dans 11 régions de France) pour mettre en œuvre en région Centre, en 2013, une étude des délais de prise en charge du cancer du côlon. Les objectifs étaient de mesurer et d'analyser ces délais de prise en charge, puis d'effectuer une comparaison avec les résultats de l'étude nationale.

Méthode : à partir des données PMSI (programme médicalisé du système d'information), ont été sélectionnés les patients ayant eu une colectomie pour cancer du côlon en 2013, dans 23 des 24 établissements autorisés en chirurgie des cancers digestifs. Les patients présentant un cancer du rectum, un antécédent de cancer du côlon, ou une chimiothérapie néo adjuvante pour un cancer de stade II ou III ont été exclus. Pour chacun des patients, les délais, ainsi que les variables sociodémographiques et médicales, ont été recueillis par un retour au dossier. L'analyse s'est déroulée en deux axes : une analyse régionale, puis une analyse par établissement. Les délais ont été décrits à travers deux types de parcours : chirurgical non urgent et chirurgical urgent, et comparés à ceux de l'étude INCa. Des analyses univariées, puis multivariées ont été réalisées afin d'identifier les facteurs influençant les délais.

Résultats : 747 patients (sexe ratio à 1,2 et moyenne d'âge à 72,7 ans) ont été inclus. La population de notre étude était en moyenne plus âgée que celle de l'étude INCa (72,7 ans contre 71). Dans 76 % des cas, le cancer du côlon était découvert via la présence de signes cliniques, contre 8 % par le dépistage organisé. Les stades II et III représentaient 62 % des cas, tandis que le taux de stade IV était plus élevé dans l'étude INCa (29% contre 19% dans notre étude) du fait de l'inclusion des parcours non chirurgicaux dans celle-ci. La disponibilité des dates pour les différents actes était supérieure à 90% (sauf pour la recherche de saignement dans les selles). Le parcours chirurgical non urgent représentait 91% des cas, contre 9% pour le parcours urgent. Pour les parcours non urgents, les délais d'accès à la chirurgie étaient significativement plus longs en région Centre que dans l'étude INCa. Le délai moyen entre le compte rendu anatomopathologique (biopsie lors de la coloscopie) et la colectomie était de 26 jours dans notre étude contre 19 dans l'étude INCa. Le délai moyen coloscopie - colectomie était de 29 jours contre 26. Le délai d'accès à la chimiothérapie adjuvante était semblable, avec un délai moyen RCP - chimiothérapie adjuvante de 28 jours contre 27 dans l'étude INCa. Le délai moyen colectomie - chimiothérapie adjuvante était de 48 jours, et pour 60% des patients, ce délai était supérieur à la recommandation de 42 jours préconisée par le Thésaurus National de Cancérologie Digestive.

Conclusion : les 2 études diffèrent par leur mode de sélection : via une colectomie identifiée par le PMSI dans notre étude, et sur la fiche RCP pour l'INCa. Malgré ces limites, la comparaison des délais reste valide car les parcours ont été dissociés. Notre étude est exhaustive pour les cancers du côlon accessibles à la chirurgie, donc à un stade plus précoce dans le cadre d'un parcours de soins curatif. Elle a permis une analyse de la distribution des délais par établissement, mettant en évidence des cibles d'actions. La lourdeur du retour au dossier est un frein pour la reproductibilité d'une telle étude. Néanmoins, le développement de l'évaluation dans le Dossier Communicant de Cancérologie et le lien avec les structures de gestion des dépistages pourront y pallier.