



**Groupe Régional  
Evaluation**



# **Etude sur les délais de prise en charge des cancers des Voies Aéro- Digestives Supérieures (VADS)**

---

**Rapport régional – Décembre 2016**

---

# Sommaire

Résumé .....	p.3
Introduction .....	p.5
Méthodologie .....	p.6
Echantillonnage, recueil des données .....	p.6
Analyse des données .....	p.7
Résultats .....	p.9
1. Descriptif de l'échantillon .....	p.9
2. Délais de prise en charge .....	p.11
2.1 Accès aux examens de bilan .....	p.11
2.2 Délais des différentes étapes du parcours .....	p.13
2.3 Comparaison avec les délais référencés dans les recommandations nationales .....	p.14
2.4 Focus sur le bilan dentaire .....	p.17
2.5 Autres délais .....	p.18
3. Analyse selon la taille de la tumeur .....	p.19
3.1 Descriptif .....	p.19
3.2 Délais de prise en charge selon la taille de la tumeur .....	p.21
Discussion .....	p.23
Conclusion .....	p. 25
Index des tableaux.....	p.26
Bibliographie.....	p.27
Annexe.....	p.28

# Résumé

A la demande de médecins ORL, le Groupe Régional Evaluation d'Oncobretagne, réunissant les sept 3C bretons, a décidé de mener une étude sur les délais de prise en charge des cancers des Voies Aéro-Digestives Supérieures (VADS).

Les délais analysés retracent le parcours « classique » d'un patient atteint d'un cancer ORL.

Les dossiers ont été extraits des séjours réalisés entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2014 dans les établissements autorisés en cancérologie ORL et dans les cabinets de radiothérapie. Ainsi, la totalité des séjours patients enregistrés pour un cancer VADS en diagnostic principal sur cette période a été extraite à partir de la base PMSI des établissements (codes CIM-10) et des logiciels des cabinets de radiothérapie.

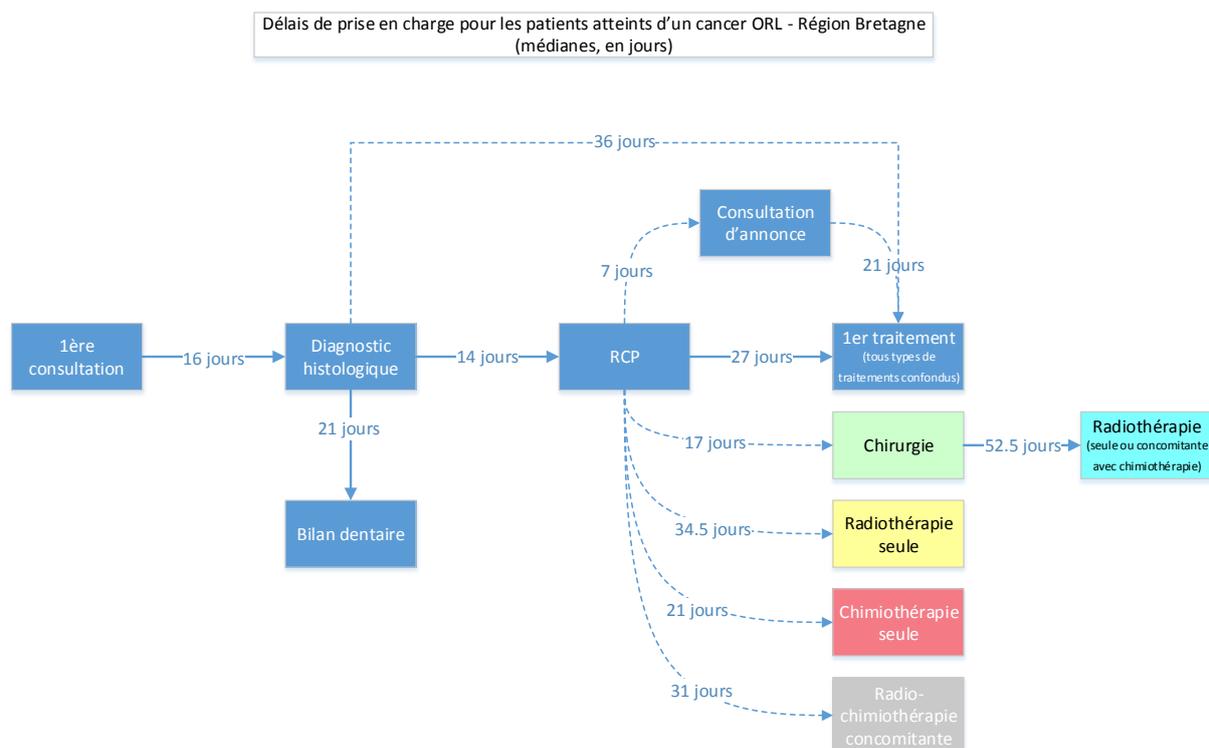
Après un travail de recueil des données réalisé par les 3C, le réseau Oncobretagne s'est chargé de la constitution de la base régionale, du nettoyage et de l'analyse statistique des données.

L'échantillon compte **732 patients**, répartis en 4 bras de 1<sup>er</sup> traitement : 301 patients ont eu une chirurgie (41,1%) ; 238 une radiothérapie et une chimiothérapie concomitantes (32,6%), 97 une radiothérapie seule (13,3%) et 96 une chimiothérapie seule (13,1%).

Trois localisations représentent 95% de l'échantillon : le pharynx (46,7%), la cavité buccale (30,6%) et le larynx (17,8%).

Les tumeurs de petite taille (T1/T2) représentent 44,4% et les tumeurs classées T3/T4 représentent 55,6%.

Les délais médians (50% des patients en dessous de ces délais et 50% au-dessus) reprenant les principales étapes du parcours patient en cancérologie ORL sont résumés sur le schéma suivant :



Délais	Référence	Sources	Prise en charge dans le délai de référence	N
<b>Diagnostic histologique et 1<sup>er</sup> traitement</b>	42 jours	Recommandation SFORL 2012	61,0%	590
<b>1<sup>ère</sup> consultation et dernier examen de bilan<sup>1</sup></b>	Idéalement 14 jours	Recommandation SFORL 2012	35,4%	198
	28 jours		58,3%	326
<b>Délai entre la chirurgie et la radiothérapie</b>	49 jours	Recommandation HAS/INCa, 2009	45,7%	164
<b>1<sup>ère</sup> consultation et IRM</b>	20 jours	Plan Cancer 2014-2019 Action 2.3	54,5%	55

Lorsque le 1<sup>er</sup> traitement est une radiothérapie ou une radiothérapie-chimiothérapie concomitantes, le démarrage du traitement est plus tardif. Cela peut s'expliquer par le nombre d'examens et soins à effectuer avant le démarrage de la radiothérapie, notamment le scanner dosimétrique, le bilan et les soins dentaires. Le délai entre le diagnostic et le bilan dentaire est de 21 jours pour la moitié des patients. Pour un quart des patients, ce délai dépasse 35 jours.

La prise en charge semble différente selon la taille de la tumeur. Les délais d'accès à certains examens de bilans semblent courts en cas de tumeur de grandes tailles (T3/T4 vs T1/T2).

En revanche, le traitement est démarré plus tardivement pour les tumeurs T3/T4 ; ce qui pourrait s'expliquer en partie par le fait que le traitement de ces tumeurs est plus souvent une radiothérapie que pour les tumeurs T1/T2 (59,4% vs 32,9%).

Lors de l'analyse des données, des délais très longs ont été repérés, résultant probablement d'un parcours atypique. Cela est parfois lié au choix/volonté du patient, et non à une problématique d'accès rapide aux soins ou examens, comme l'ont relevé les 3C pendant le recueil par rapport aux informations retrouvées dans le dossier.

Il est important de réaliser une autre étude qualitative, ciblée sur le parcours patient atteint d'un cancer des VADS, afin de mieux comprendre les raisons pour lesquelles les délais recommandés ne sont pas toujours « tenables ». Ces résultats permettront d'engager une réflexion avec les différents acteurs pour discuter des axes de travail pour améliorer ces délais.

<sup>1</sup> Le dernier examen de bilan a été défini comme l'examen pour lequel une date d'examen était connue par les examens suivants : endoscopie, fibroscopie oeso-gastro duodénale, fibroscopie bronchique, biopsie, scanner, TEP, IRM. La data allongeant le plus le délai a été gardée.

# Introduction

L'une des principales missions du Réseau Régional de Cancérologie (RRC) Oncobretagne et des Centres de Coordination en Cancérologie (3C) est de promouvoir l'évaluation des pratiques en cancérologie. Pour cela, Oncobretagne a mis en place un groupe de travail « Groupe Régional Evaluation » qui se réunit régulièrement pour convenir des études à réaliser au niveau régional.

C'est dans ce cadre et suite à une demande de médecins ORL que le Groupe Régional Evaluation a réalisé une étude régionale sur les délais de prise en charge des cancers des Voies Aéro-Digestives Supérieures (VADS), depuis la 1<sup>ère</sup> consultation jusqu'à l'initiation des traitements.

Les cancers des VADS occupent le 3<sup>ème</sup> rang des cancers les plus fréquents chez les hommes et le 8<sup>ème</sup> rang chez les femmes. Ils représentaient plus de 11 000 nouveaux cas en France 2012 [1].

En Bretagne, le nombre de nouveaux cas de cancers ORL dont le dossier a été discuté au moins une fois en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) est estimé à 1 296 patients en 2015 (Source : Dossier Communicant de Cancérologie de Bretagne).

Plusieurs facteurs pronostics ont été identifiés comme prédictifs de l'évolution de la maladie chez les patients atteints de cancers des VADS. Parmi ces facteurs, on retrouve les modalités de traitement, le statut socio-économique, la race, les comorbidités et des facteurs liés à la tumeur.

Le stade tumoral, lors de la consultation initiale, reste le facteur pronostic le plus significatif.

Le diagnostic précoce et le lancement rapide du traitement du cancer sont des gages d'une fin positive. En effet, le bénéfice de l'amélioration des techniques de traitement est malheureusement contrecarré par l'allongement du délai d'initiation du traitement qui est responsable de l'augmentation de la taille tumorale, du changement de stade et de la dégradation de l'état général du patient.

L'objectif de cette étude est donc d'analyser les délais entre la 1<sup>ère</sup> consultation et le début du traitement en identifiant les différentes étapes du parcours patient (1<sup>ère</sup> consultation avec un médecin de la spécialité, diagnostic histologique, bilan d'extension, discussion en RCP et enfin initiation du traitement) afin de pouvoir identifier les étapes du processus qui contribuent à augmenter ce délai. Nous analyserons ces délais au regard des référentiels et recommandations de bonnes pratiques existants ; et si des écarts sont constatés, une seconde étude sera envisagée pour analyser les différentes causes et proposer des actions d'amélioration.

Cette démarche s'inscrit dans la ligne du plan cancer 2014-2019 dont l'objectif 2 est de « Garantir la qualité et la sécurité des prises en charge », comprenant (entre autres) les deux actions ci-dessous :

**Action 2.2 : Développer une politique active de maîtrise des délais de prise en charge.**

**Action 2.3 : Réduire les inégalités territoriales et harmoniser les délais d'accès à l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) et à la Tomographie par Emission de Positons (TEP).**

# Méthodologie

## Echantillonnage, recueil des données

L'échantillonnage a été réalisé à partir des extractions des séjours enregistrés dans le PMSI des établissements bretons autorisés en cancérologie ORL (selon CIM-10 - Cf. annexe 1) et à partir du logiciel cabinet pour les centres de radiothérapie. La totalité des séjours patients enregistrés pour un cancer VADS en diagnostic principal en 2014 a été extraite.

La méthodologie prévoit une répartition des séjours en 4 bras selon le 1<sup>er</sup> traitement reçu par le patient : 50 dossiers par bras :

- Chirurgie
- Chimiothérapie seule
- Radiothérapie seule
- Radiothérapie et chimiothérapie concomitantes

Finalement, les effectifs dans certains bras de traitements étaient inférieurs aux 50 dossiers envisagés. Les analyses ont finalement concerné tous les dossiers extraits, répondant aux critères d'inclusion, sans restriction sur le nombre de dossiers, même pour les bras de traitement pour lesquels les effectifs dépassaient 50 patients.

### **Critères d'inclusion :**

- Patient ayant réalisé un séjour en établissement autorisé pour la cancérologie ORL en 2014 (et cabinet de radiothérapie), pour diagnostic principal cancer VADS épidermoïde (Cf. annexe)
- Primo-cancer diagnostiqué en 2013 ou 2014
- Patients majeurs

### **Critères d'exclusion :**

- Cancers synchrones
- Cancers non épidermoïdes
- Cancers cutanés
- Cancers de la thyroïde
- Personnes mineures
- Personnes incarcérées
- Patients diagnostiqués en Bretagne, mais pris en charge dans une autre région.

Le recueil de données est quasiment exhaustif pour les établissements ayant participé à l'étude. Seuls deux établissements n'ont pas pu participer.

Chaque 3C était en charge du nettoyage des données extraites et transmises par les établissements de son territoire :

- enlever les doublons,
- exclure les diagnostics non concernés,
- faire le chainage avec d'autres 3C si un patient était pris en charge sur plusieurs territoires,
- recueillir les données et les saisir sur une grille EXCEL transmise par Oncobretagne.

Pour les patients ayant eu une reprise chirurgicale, un avis auprès d'un médecin ORL était demandé afin de savoir si la reprise devait être considérée comme un nouveau traitement. Pour les quelques dossiers n'ayant pas pu être revus par un spécialiste, nous avons considéré que si une 2<sup>nd</sup>e chirurgie était pratiquée dans les deux mois suivant la 1<sup>ère</sup> chirurgie, cela était une reprise, soit la poursuite du 1<sup>er</sup> traitement.

## Analyse des données

---

Les fichiers de données des différents territoires ont été transmis à Oncobretagne, qui a réalisé le nettoyage de la base de données régionalisée ainsi que les analyses statistiques à l'aide du logiciel EXCEL.

Lors de cette phase de constitution de la base de données régionale, un travail important de repérage d'erreurs de saisie a été réalisé. Les corrections et explications étaient alors apportées par les 3C.

Les résultats de ce rapport sont régionalisés.

Tous les délais calculés sont présentés en jours.

### Plan d'analyse

#### Délais de référence :

La Société Française des Oto-Rhino-Laryngologie et de la Chirurgie de la Face et du Cou (SFORL) recommande [2] :

- un délai optimal entre le diagnostic et le traitement de 6 semaines,
- idéalement un délai entre la 1<sup>ère</sup> consultation auprès de l'équipe qui va prendre en charge le patient et le bilan inférieur à 2 semaines et à défaut, au plus tard dans les 4 semaines (Accord professionnel).

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande une prise en charge par radiothérapie dans les 49 jours suivant la chirurgie [3].

Le délai d'accès à une IRM devrait être de 20 jours maximum. C'est l'objectif décrit dans le Plan Cancer 2014-2019 [4].

L'analyse des délais de prise en charge que nous vous proposons suit l'ordre chronologique d'un parcours « habituel » :

**Consultation → Examens de bilan → Diagnostic histologique → Discussion en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) → Consultation d'annonce → 1<sup>er</sup> traitement**

### **Dans notre étude, les analyses de délais portent sur:**

- le délai entre le début de la prise en charge et les examens de bilan :
  - o délai entre la 1<sup>ère</sup> consultation et l'endoscopie
  - o délai entre la 1<sup>ère</sup> consultation et la fibroscopie Oeso-Gastro Duodénale (FOGD)
  - o délai entre la 1<sup>ère</sup> consultation auprès du médecin ORL et la fibroscopie bronchique
  - o délai entre la 1<sup>ère</sup> consultation auprès du médecin ORL et le scanner, TEP, IRM
- le délai entre la 1<sup>ère</sup> consultation et le diagnostic histologique
- le délai entre le diagnostic histologique et le passage en RCP
- le délai entre la 1<sup>ère</sup> consultation et la date de début du 1<sup>er</sup> traitement
- le délai entre le passage en RCP et la consultation d'annonce
- le délai entre la RCP et le début du 1<sup>er</sup> traitement
  - o délai entre la RCP et le bilan dentaire
  - o délai entre la RCP et la pose de sonde gastrique (GPE)
- le délai entre la chirurgie et la radiothérapie (radiothérapie seule ou radiothérapie-chimiothérapie concomitantes)
- le délai entre la consultation d'annonce et le début du 1<sup>er</sup> traitement.

Une analyse particulière est réalisée pour la consultation d'annonce. Selon les bras de traitements, la consultation se déroule avant ou après la discussion du dossier en RCP.

### **Précisions méthodologiques :**

- Certains délais calculés sont négatifs, témoignant éventuellement d'un parcours atypique ou complexe. Nous avons décidé d'exclure ces délais de nos analyses dans le calcul des moyennes, médianes ou proportions (%).
- Dans nos analyses statistiques, nous avons aussi tenu compte des valeurs aberrantes, en utilisant des méthodes d'amputation qui consistent à remplacer toutes ces valeurs par la valeur la plus « proche », afin de minimiser leur impact. Les valeurs aberrantes ont été repérées selon une méthode statistique appelée méthode des quartiles.

Des tests statistiques de comparaison de moyennes et de proportions ont été réalisés, au risque d'erreur de 5%.

En fin de rapport, un focus sur les délais de prise en charge en fonction du stade de la tumeur est présenté au niveau régional.

# Résultats

## 1. Descriptif de l'échantillon

Au total, **732 patients** sont inclus dans notre étude.

**Tableau 1 : Répartition par classes d'âge**

Age des patients, en années	Moyenne	Ecart-type
	63,4	10,6
N	%	
Moins de 45 ans	22	3,3
45 à 59 ans	228	34,0
60 à 75 ans	315	46,9
75 ans et plus	106	15,8
<b>Sous-total</b>	<b>671</b>	<b>100,0</b>
Données manquantes <sup>2</sup>	61	
TOTAL	732	

Dans notre échantillon, la moyenne d'âge au moment du diagnostic histologique est de 63,4 ans [29-91].

Environ 15% des patients de notre étude sont âgés de 75 ans et plus.

Le rapport de l'INCa publié en 2015 révèle que cette tranche d'âge représente 30% des patients atteints d'un cancer, toutes spécialités confondues [1]. La structure de notre échantillon semble donc différente de celle étudiée dans ce rapport. On pourrait en déduire que les cancers des VADS touchent des patients plus jeunes comparativement aux autres localisations.

**Tableau 2 : Répartition par bras de 1<sup>er</sup> traitement**

Bras de 1 <sup>er</sup> traitement	N	%
Chirurgie	301	41,1
Chimiothérapie seule	96	13,1
Radiothérapie seule	97	13,3
Radiothérapie-chimiothérapie concomitantes	238	32,5
<b>TOTAL</b>	<b>732</b>	<b>100,0</b>

Le 1<sup>er</sup> traitement est souvent la chirurgie (41%), vient ensuite le traitement par radiothérapie-chimiothérapie concomitantes (32,5%).

Le traitement par radiothérapie seule représente 13% des traitements. Les patients traités par radiothérapie seule pourraient être des patients n'ayant pas un état physique adapté pour recevoir une chimiothérapie concomitante.

<sup>2</sup> Age calculé par rapport à la date du diagnostic histologique. Les données manquantes correspondent aux dossiers dans lesquels la date de diagnostic histologique n'a pas été retrouvée.

Le traitement par chimiothérapie seule pourrait correspondre à des chimiothérapies palliatives. En effet, en dehors des situations palliatives, la chimiothérapie seule ne semble pas être un traitement adapté aux tumeurs des VADS. La chimiothérapie ou radiothérapie seule en première intention pourraient aussi avoir comme objectif de réduire la taille de la tumeur pour la rendre opérable dans un deuxième temps.

**Tableau 3 : Répartition par localisation**

Localisation	N	%
Cavité Orale	114	15,6
Fosses nasales, sinus, oreille	11	1,5
Glandes salivaires	13	1,8
Langue	110	15,0
Lèvre	7	1,0
Larynx	130	17,8
Pharynx	342	46,7
VADS sans précision	5	0,7
<b>TOTAL</b>	<b>732</b>	<b>100,0</b>

La répartition des localisations des cancers ORL de notre échantillon semble conforme à la répartition nationale (40% pharynx, environ 25% cavité buccale; 25% larynx et 10% autres localisations [5]).

**Tableau 4 : Répartition par taille de la tumeur**

Taille de la tumeur	N	%
T1/T2	270	44,4
T3/T4	338	55,6
<b>Sous-total</b>	<b>608</b>	<b>100,0</b>
<i>Données manquantes</i>	124	
<b>TOTAL</b>	<b>732</b>	

Dans notre échantillon, 55,6% des patients sont atteints d'une tumeur de taille T3/T4, versus 44,4% pour les T1/T2. Les tumeurs de plus grandes tailles sont a priori de plus mauvais pronostic et d'évolution plus rapide.

**Tableau 5 : Croisement 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> traitement**

	2 <sup>ème</sup> traitement					TOTAL
1 <sup>er</sup> traitement	Chimiothérapie	Radiothérapie	Chirurgie	Chimio-radio concomitantes	Autres	
Chimiothérapie seule	2,7%	41,3%	10,7%	45,3%	-	75
Radiothérapie seule	30,0%	40,0%	30,0%	-	-	10
Chirurgie	4,6%	42,6%	5,1%	47,7%	-	197
Radio-Chimio concomitantes	54,2%	33,3%	8,3%	4,2%	8,3%	24
<b>Sous-total</b>	<b>8,8%</b>	<b>41,5%</b>	<b>7,5%</b>	<b>42,2%</b>	<b>0,7%</b>	<b>306</b>
<i>Données manquantes</i>						426
<b>TOTAL</b>						<b>732</b>

Sur les 732 patients de notre échantillon, 306 ont reçu un 2<sup>nd</sup> traitement, soit 41,8%. 65% des patients ayant eu une chirurgie comme 1<sup>er</sup> traitement ont reçu un 2<sup>nd</sup> traitement. Parmi eux, 48 % ont eu comme 2<sup>nd</sup> traitement une radiothérapie et chimiothérapie concomitantes et 42% une radiothérapie seule. Les 10% restant ont été traités par une chimiothérapie seule ou une 2<sup>nd</sup>e chirurgie.

## 2. Délais de prise en charge

### 2.1. Accès aux examens de bilan

Après la 1<sup>ère</sup> consultation auprès d'un spécialiste, la réalisation des examens de bilan doit être la plus rapide possible afin que le démarrage du traitement puisse se faire dans les délais recommandés.

Ainsi la SFORL recommande de limiter le délai entre la 1<sup>ère</sup> consultation par l'équipe qui va prendre en charge le patient, le recueil des éléments nécessaires à la prise de décision et l'organisation thérapeutique dans les 2 semaines (idéalement), soit 14 jours et ce délai ne devrait pas dépasser 4 semaines, soit 28 jours.

Tableau 6 : Délais d'accès aux examens de bilan

Délais (en jours)	Tous traitements (N=732)		
	Médiane	Moyenne	N
1 <sup>ère</sup> consultation et endoscopie	13	16,1	475
1 <sup>ère</sup> consultation et scanner	13	17,1	353
1 <sup>ère</sup> consultation et IRM	16	21,7	55
1 <sup>ère</sup> consultation et TEP	27	32,9	441
1 <sup>ère</sup> consultation de FOGD	15	23,2	202
1 <sup>ère</sup> consultation et fibroscopie bronchique	20	26,0	122
1 <sup>ère</sup> consultation et dernier examen de bilan	22	29,2	559

La moitié des patients a accès à une endoscopie, un scanner dans les 13 jours suivant la 1<sup>ère</sup> consultation.

L'accès à l'IRM est de 16 jours après la 1<sup>ère</sup> consultation pour la moitié des patients de notre échantillon. Attention toutefois, le recueil de la date de l'IRM n'a pas été systématique. Il a concerné seulement 55 patients sur 4 territoires de santé. Nous ne pouvons pas garantir que ce résultat soit représentatif de l'échantillon total.

L'accès à la TEP est plus long avec une médiane à 27 jours. La moyenne pour cet indicateur est de plus d'un mois, ce qui reflète pour certains patients un délai d'accès à l'examen très long (moyenne très au-dessus de la médiane).

Pour ces indicateurs, beaucoup de données sont manquantes. Cela peut s'expliquer par le fait que tous les patients ne bénéficient pas de tous ces examens de bilan et nous n'avions pas pensé initialement dans notre méthodologie, de recueillir séparément la TEP et l'IRM.

**Tableau 7 : Délais d'accès aux examens de bilan, selon le bras de 1<sup>er</sup> traitement**

Délais (en jours)	Radiothérapie seule (N=97)			Chimiothérapie seule (N=96)			Radio-chimio concomitantes (N=238)			Chirurgie (N=301)		
	Méd.	Moy.	N	Méd.	Moy.	N	Méd.	Moy.	N	Méd.	Moy.	N
1 <sup>ère</sup> consultation et endoscopie	14	17,9	96	11,5	15,5	67	11	17,4	175	13,5	17,5	190
1 <sup>ère</sup> consultation et scanner	15	19,8	44	8	12,3	42	11,5	14,5	126	14	19,9	141
1 <sup>ère</sup> consultation et TEP	24,5	34,9	34	29,5	30,7	46	29	31,7	117	25,5	34,7	94

Les délais entre la 1<sup>ère</sup> consultation et l'endoscopie sont assez homogènes selon le type de 1<sup>er</sup> traitement. Il est de 11 jours pour les patients qui sont traités par radiothérapie-chimiothérapie concomitantes et de 14 jours pour les patients qui seront traités seulement par radiothérapie.

Concernant le délai entre la 1<sup>ère</sup> consultation et le scanner, on note de plus grandes différences selon le 1<sup>er</sup> traitement administré. Pour la moitié des patients qui bénéficie d'une chimiothérapie seule, le scanner a eu lieu dans les 8 jours suivant la consultation. Ce délai médian est de plus de deux semaines pour les patients avec une radiothérapie seule.

La moitié des patients ont eu une TEP dans les 24,5 jours suivant la 1<sup>ère</sup> consultation lorsque le traitement est une radiothérapie seule et dans les 29,5 jours lorsque le traitement est une chimiothérapie seule.

A noter que pour tous les traitements, l'information est connue pour environ la moitié des patients de chaque échantillon.

## 2.2. Délais des différentes étapes du parcours

Tableau 8 : Délais des étapes du parcours « habituel »

Délais (en jours)	Tous traitements (N=732)				
	Médiane	Moyenne	N	Données manquantes	Délais négatifs <sup>3</sup>
1 <sup>ère</sup> consultation et diagnostic histologique	16	21,0	549	170	13
Diagnostic histologique et 1 <sup>ère</sup> RCP	14	18,4	556	72	104
1 <sup>ère</sup> RCP et consultation d'annonce	7	10,0	352	171	309
Consultation d'annonce post RCP et 1 <sup>er</sup> traitement	21	24,6	263	403	66
1 <sup>ère</sup> RCP et 1 <sup>er</sup> traitement	27	29,4	607	16	109
1 <sup>ère</sup> consultation et 1 <sup>er</sup> traitement	50	56,2	589	142	1
Diagnostic histologique et 1 <sup>er</sup> traitement	36	40,3	590	64	78

Pour 50% des patients, le diagnostic est posé dans les 16 jours suivant la 1<sup>ère</sup> consultation auprès de l'ORL. La discussion en RCP se déroule dans les 14 jours suivant la date du diagnostic histologique pour la moitié des patients.

Pour 104 patients, la discussion en RCP se fait avant le diagnostic histologique (délais négatifs). Cela pourrait s'expliquer par le fait que les discussions en RCP peuvent avoir lieu sur les 1<sup>ers</sup> résultats d'anatomocytologie, avant d'avoir les caractéristiques précises de la tumeur. Dans les dossiers analysés, la copie des résultats intermédiaires n'est pas toujours conservée, la date recueillie concerne donc les comptes rendus définitifs.

La médiane du délai entre la 1<sup>ère</sup> RCP et la consultation d'annonce est de 7 jours pour tous les patients de notre échantillon.

Après la discussion du dossier en RCP, le 1<sup>er</sup> traitement est initié dans les 27 jours pour la moitié des patients.

Concernant le délai médian entre le diagnostic histologique et le début du traitement, il est de 36 jours.

<sup>3</sup> Un grand nombre de délais calculés sont négatifs, témoignant éventuellement d'un parcours atypique ou complexe

**Tableau 9 : Délais des étapes du parcours « habituel », selon le bras de 1<sup>er</sup> traitement**

Délais (en jours)	Radiothérapie seule (N=97)			Chimiothérapie seule (N=96)			Radio-chimio concomitantes (N=238)			Chirurgie (N=301)		
	Méd.	Moy.	N	Méd.	Moy.	N	Méd.	Moy.	N	Méd.	Moy.	N
1 <sup>ère</sup> consultation et diagnostic histologique	15	20,8	96	14	20,8	68	15	17,4	175	14	14,5	239
Diagnostic histologique et 1 <sup>ère</sup> RCP	12	17,4	78	8,5	12,6	78	15	17,2	177	18	21,7	223
1 <sup>ère</sup> RCP et consultation d'annonce	7	9,8	43	5	6,1	57	7	9,8	132	10,5	12,4	120
Consultation d'annonce et 1 <sup>er</sup> traitement	29	31,7	39	12,5	15,9	50	26	27,1	123	17	21,9	51
Diagnostic histologique et 1 <sup>er</sup> traitement	49,5	52,5	86	28,5	30,2	88	42	46,1	213	29	33,4	203
1 <sup>ère</sup> RCP et 1 <sup>er</sup> traitement	34,5	40,0	92	21	22,3	91	31	33,2	233	17	23	191
1 <sup>ère</sup> consultation et 1 <sup>er</sup> traitement	66,5	72,1	68	44,5	49,2	74	60,5	61,3	188	38	44,6	259

Les délais selon le bras de traitement sont différents quand le calcul implique la date de 1<sup>er</sup> traitement. Les délais sont plus longs lorsqu'ils impliquent une radiothérapie (seule ou avec chimiothérapie concomitante) ; que ces délais soient calculés à partir de la date du diagnostic histologique ou celle de la RCP.

Les délais médians entre le passage en RCP et le démarrage du 1<sup>er</sup> traitement sont par exemple très différents d'un traitement à l'autre. Pour 50% des patients, le 1<sup>er</sup> traitement par chirurgie se déroule 17 jours après la discussion du dossier en RCP. Ce délai est de plus d'un mois lorsque le 1<sup>er</sup> traitement est une radiothérapie, associée ou non à de la chimiothérapie. Cela peut s'expliquer par l'accès à certains examens/ bilans nécessaires avant de démarrer une radiothérapie, comme le bilan dentaire et le scanner dosimétrique.

**Tableau 10 : Consultation d'annonce : A-t-elle lieu avant ou après la discussion en RCP ?**

Bras de traitement	Consultation après la RCP		Consultation avant la RCP		TOTAL
	N	%	N	%	
Chimiothérapie seule	52	73,2	19	26,8	71
Radiothérapie seule	40	51,9	37	48,1	77
Chirurgie	114	54,0	97	46,0	211
Radiothérapie et chimiothérapie concomitantes	125	61,9	77	38,1	202
<b>Sous-total</b>	<b>331</b>	<b>59,0</b>	<b>230</b>	<b>41,0</b>	<b>561</b>
Données manquantes					171
TOTAL					732

Dans le parcours dit « habituel » du patient, une consultation d'annonce médicale se déroule après la discussion du dossier en RCP. La consultation d'annonce est le moment où le médecin annonce le traitement envisagé au patient et lui remet un Programme Personnalisé de Soins (PPS).

Environ 60% des consultations d'annonce se déroulent après la discussion en RCP. Ce taux est très variable selon le bras de traitement. La consultation d'annonce se déroule après la RCP dans près de 75% des cas lorsque le traitement est une chimiothérapie seule. Ce taux est d'environ 52% en cas de radiothérapie seule. Cette différence est statistiquement significative (p=0,008).

## 2.3 Comparaison avec les délais référencés dans les recommandations nationales

Tableau 11 : Taux de patients pris en charge dans les délais de référence

Délais	Référence	Sources	Prise en charge dans le délai de référence	N
Diagnostic histologique et 1 <sup>er</sup> traitement	42 jours	Recommandation SFORL 2012	61,0%	590
1 <sup>ère</sup> consultation et dernier examen de bilan <sup>4</sup>	Idéalement 14 jours	Recommandation SFORL 2012	35,4%	198
	28 jours		58,3%	326
Délai entre la chirurgie et la radiothérapie	49 jours	Recommandation HAS/INCa, 2009	45,7%	164
1 <sup>ère</sup> consultation et IRM	20 jours	Plan Cancer 2014-2019 Action 2.3	54,5%	55

Il existe peu de références, recommandations dans la prise en charge des cancers ORL. Pour tous ces indicateurs, le taux des patients traités dans le délai de référence, ou ayant eu accès à certains examens n'est pas optimal en Bretagne.

### Délai entre le diagnostic et le traitement

Seuls 61% des patients démarre le traitement dans les 42 jours suivant le diagnostic. Ce taux varie selon le type de traitement.

### Délais d'accès aux examens de bilan

L'accès aux examens de bilan semble être un frein à l'optimisation des délais de prise en charge. En effet, seuls 35,4% des patients ont un bilan complet dans les deux semaines suivant la 1<sup>ère</sup> consultation. Ce taux est d'environ 60% si on considère le délai de référence de 4 semaines.

### Délai entre la chirurgie et la radiothérapie

Dans notre échantillon, 45,7% des patients ont été traités par radiothérapie, après une chirurgie, dans le délai recommandé (49 jours) dans le guide ALD de novembre 2009.

Au niveau régional, pour les 164 patients traités par une chirurgie puis une radiothérapie (seule ou en association avec de la chimiothérapie), le délai entre la chirurgie et le démarrage de la radiothérapie est de 52,5 jours en médiane. La moyenne régionale est de 54,6 jours. Comme vu précédemment, lorsque le traitement implique une radiothérapie, certains examens préalables allongent le délai, comme le scanner dosimétrique et le bilan dentaire. Certaines nouvelles techniques de radiothérapie permettront sûrement de réduire ces délais car ne nécessitant pas obligatoirement un bilan dentaire préalable. C'est le cas, par exemple, de la radiothérapie à modulation d'intensité.

<sup>4</sup> Le dernier examen de bilan a été défini comme l'examen pour lequel une date d'examen était connue par les examens suivants : endoscopie, fibroscopie oeso-gastro duodénale, fibroscopie bronchique, biopsie, scanner, TEP, IRM. La date allongeant le plus le délai a été gardée.

### **Délai entre la 1<sup>ère</sup> consultation et l'IRM**

L'IRM se déroule dans les 20 jours (objectif Plan Cancer 2014-2019) suivant la consultation pour 54,5% des patients concernés.

Une étude du Syndicat National de l'Industrie et des Technologies Médicales rapporte que le délai d'accès à l'IRM en France est « inacceptable » dans la prise en charge des cancers [6]. Le délai moyen est de 30 jours en France. Il est estimé à près de 40 jours en Bretagne pour 2016.

Dans notre étude, ce délai est de 21,7 jours, ce qui paraît plutôt rassurant. Toutefois, il faut relativiser ce résultat, compte tenu des effectifs sur lesquels porte cette analyse.

## 2.4 Focus sur le bilan dentaire

Selon les recommandations 2012, la Société Française ORL recommande d'effectuer précocement un bilan dentaire (clinique et radiographie panoramique) pour tous les patients atteints de carcinome des VADS, avant tout traitement (Grade C<sup>5</sup>).

**Tableau 12 : Bilan dentaire selon le bras de 1<sup>er</sup> traitement**

Trace du bilan dentaire Bras de traitement	Oui		Non		Programmé		Total N
	N	%	N	%	N	%	
Chimiothérapie seule	59	71,1	20	24,1	4	4,8	83
Radiothérapie seule	57	68,7	20	24,1	6	7,2	83
Chirurgie	147	66,8	63	28,6	10	4,5	220
Radiothérapie et chimiothérapie concomitantes	165	76,4	34	15,7	17	7,9	216
<b>Sous-total</b>	<b>428</b>	<b>71,1</b>	<b>137</b>	<b>22,8</b>	<b>37</b>	<b>6,1%</b>	<b>602</b>
Données manquantes							130
TOTAL							732

La trace du bilan dentaire est retrouvée dans 71,1% de l'ensemble des dossiers analysés et dans 76,4% des dossiers de patients ayant eu une radiothérapie-chimiothérapie concomitante (différence significative,  $p=0,03$ ).

En cas de traitement par radiothérapie, le bilan dentaire est indispensable pour beaucoup de localisations. Le délai d'accès au bilan dentaire et particulièrement aux soins dentaires nécessaires à la radiothérapie augmente les délais de mise en route du traitement.

Les analyses suivantes ciblent les patients traités par radiothérapie seule ou en association avec de la chimiothérapie, soit 335 patients.

**Tableau 13 : Délais impliquant le bilan dentaire, en cas de radiothérapie**

Délais (en jours)	Médiane	Moyenne	N
Diagnostic histologique et bilan dentaire	21	25,9	124
Bilan dentaire et 1 <sup>er</sup> traitement par radiothérapie	27,5	32,0	162

Le délai médian entre le diagnostic histologique et le bilan dentaire est de 21 jours en Bretagne, pour les patients traités par radiothérapie. Pour 25% des patients, ce délai dépasse 35 jours.

Le 1<sup>er</sup> traitement par radiothérapie débute dans les 28 jours suivant le bilan dentaire pour la moitié des patients de notre échantillon.

<sup>5</sup> Faible niveau de preuve scientifique

## 2.5 Autres délais

Tableau 14 : Autres délais

Délais (en jours)	Médiane	Moyenne	N
1 <sup>ère</sup> RCP et scanner dosimétrique	19	22,3	283
Scanner dosimétrique et 1 <sup>er</sup> traitement	13	13,7	37
1 <sup>ère</sup> RCP et pose PAC/PICC LINE	16	19,2	167
Pose de PAC/PICC LINE et le 1 <sup>er</sup> traitement	14	14,9	157
1 <sup>ère</sup> RCP et la pose sonde gastrique	27	37,1	286
Pose de sonde gastrique et le 1 <sup>er</sup> traitement	14	17,7	204

### Scanner dosimétrique

La planification du scanner dosimétrique peut retarder le démarrage de la radiothérapie.

Le scanner dosimétrique sert à acquérir l'anatomie du patient afin de préparer le plan de traitement (orientation des faisceaux, protection des organes, calcul des doses).

Pour la moitié des patients, il se pratique dans les 19 jours suivant la 1<sup>ère</sup> discussion du dossier en RCP.

Le démarrage du traitement par radiothérapie se fait 13 jours après le scanner dosimétrique pour la moitié des patients.

### Pose de PAC/PICC LINE

Avant de débiter une chimiothérapie, il peut être nécessaire de poser une chambre implantable selon le type de chimiothérapie qui sera administré. Cela aura un impact sur la date de mise en route du traitement.

La pose de chambre résulte de la décision de traitement définie lors de la discussion du dossier en RCP.

Pour 50% des patients, la pose de chambre implantable se fait dans les 16 jours suivant la RCP. Il se passe ensuite 14 jours avant le démarrage du traitement par chimiothérapie pour la moitié des patients concernés.

### Pose d'une sonde gastrique

Pour la moitié des patients, il se passe 27 jours entre la discussion en RCP et la pose de la sonde gastrique.

Le démarrage du traitement se passe deux semaines après la pose de la sonde gastrique pour la moitié des patients. Pour 25% d'entre eux, ce délai est de plus de 26 jours.

Beaucoup de délais négatifs sont calculés pour cet indicateur. La pose de sonde se fait dans de nombreux cas après le démarrage du traitement.

### 3. Analyse selon la taille de la tumeur

Des analyses de délais de prise en charge en fonction du TNM et plus précisément en fonction de la taille de la tumeur ont été réalisées.

Les informations sur la taille de la tumeur sont manquantes pour 124 patients de notre échantillon initial. **Les analyses portent donc sur 608 dossiers.**

#### 3.1. Descriptif

**Tableau 15 : Taille de la tumeur selon la localisation**

Localisation	Taille	T1/T2		T3/T4		TOTAL
		N	%	N	%	
Cavité orale		48	51,6	45	48,4	93
Fosses nasales, sinus, oreille		1	12,5	7	87,5	8
Glandes salivaires		5	71,4	2	28,6	7
Langue		50	55,6	40	44,4	90
Larynx		62	56,9	47	43,1	109
Lèvre		7	100,0	-	-	7
Pharynx		93	32,1	197	67,9	290
VADS sans précision		4	100,0	-	-	4
<b>TOTAL</b>		<b>270</b>	<b>44,4</b>	<b>338</b>	<b>55,6</b>	<b>608</b>

Certaines localisations sont découvertes à des stades plus avancés que d'autres. Les cancers du pharynx de notre échantillon sont diagnostiqués en T3/T4 dans près de 70% des cas, cette proportion est plus importante pour les cancers des fosses nasales, sinus et oreille mais les effectifs sont très faibles.

Pour les cancers du larynx, les T3/T4 représentent 43,1%, et 28,6 % pour les cancers des glandes salivaires mais les effectifs sont aussi très faibles.

**Tableau 16 : Taille de la tumeur selon le bras de 1<sup>er</sup> traitement**

Bras de traitement	Chimio seule		Radio seule		Chirurgie		Radio-chimio conco		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
T1/T2	18	6,7	40	14,8	163	60,4	49	18,1	270
T3/T4	67	19,8	44	13,0	70	20,7	157	46,4	338
<b>TOTAL</b>	<b>85</b>	<b>14,0</b>	<b>84</b>	<b>13,8</b>	<b>233</b>	<b>38,3</b>	<b>206</b>	<b>33,9</b>	<b>608</b>

Près de 60% des patients ayant une tumeur classée « T3/T4 » sont traités par une radiothérapie associée ou non à une chimiothérapie. Cette proportion est de seulement 32% pour les stades précoces.

Aussi, la majorité des patients ayant une tumeur classée « T1/T2 » sont traités par chirurgie (60%).

**Tableau 17 : Bras de traitement, selon la taille de la tumeur**

Bras de traitement	T1/T2		T3/T4		TOTAL
	N	%	N	%	
Chimiothérapie seule	18	21,2	67	78,8	85
Radiothérapie seule	40	47,6	44	52,4	84
Chirurgie	163	70,0	70	30,0	233
Radiothérapie et chimiothérapie concomitantes	49	23,8	157	76,2	206
<b>TOTAL</b>	<b>270</b>	<b>44,4</b>	<b>338</b>	<b>55,6</b>	<b>608</b>

Si on présente le tableau dans l'autre sens, on se rend compte que le lien entre le stade et le bras de traitement se confirme. En effet, parmi les patients traités par la chimiothérapie seule, près de 80% étaient en stade T3/T4, ce qui peut supposer qu'il s'agit d'une chimiothérapie palliative ou néo-adjuvante, afin de réduire la taille de la tumeur avant la chirurgie.

De même, parmi les patients ayant bénéficié d'une chirurgie comme 1<sup>er</sup> traitement, 70% ont une tumeur classée en stade T1/T2, ce qui laisse présager qu'ils sont plus opérables.

## 3.2. Délais de prise en charge selon la taille de la tumeur

Tableau 18 : Délais de prise en charge selon la taille de la tumeur

STADE DE LA TUMEUR	T1/T2 (N=270)		T3/T4 (N=338)		TOUS STADES (N=608)	
	Médiane	N	Médiane	N	Médiane	N
Délai entre la 1 <sup>ère</sup> consultation et l'endoscopie	13	166	12	221	13	387
Délai entre la 1 <sup>ère</sup> consultation et la biopsie	11,5	206	8,5	244	11	450
Délai entre la 1 <sup>ère</sup> consultation et le diagnostic histologique	16	208	14	243	16	451
Délai entre la 1 <sup>ère</sup> consultation et FOGD	19,5	70	13	96	15	166
Délai entre la 1 <sup>ère</sup> consultation et le scanner	13	121	12	164	13	285
Délai entre la 1 <sup>ère</sup> consultation et la fibro bronchique	21	48	14,5	54	20	102
Délai entre la 1 <sup>ère</sup> consultation et TEP	24	91	27	165	27	256
Délai entre la 1 <sup>ère</sup> consultation et IRM	18	22	16	26	16	48
Délai entre la 1 <sup>ère</sup> consultation et la 1 <sup>ère</sup> RCP	29	210	26	259	29	469
Délai entre le diagnostic histologique et la 1 <sup>ère</sup> RCP	14	205	13	245	14	450
Délai entre le diagnostic histologique et le bilan dentaire	27	63	22	109	25	172
Délai entre le diagnostic histologique et la pose de sonde	39,5	74	34	161	35	235
Délai entre le diagnostic histologique et la consultation d'annonce	13,5	182	13	226	13	408
Délai entre la 1 <sup>ère</sup> consultation et la 1 <sup>ère</sup> RCP	29	210	26	259	29	469
Délai entre la 1 <sup>ère</sup> RCP et la consultation d'annonce	9	136	7	179	7	315
Délai entre la 1 <sup>ère</sup> RCP et le 1 <sup>er</sup> traitement	24,5	214	29	310	27	534
Délai entre la 1 <sup>ère</sup> consultation et le 1 <sup>er</sup> traitement	48,5	220	55	265	50	485

Les délais de prise en charge sont différents selon le stade/taille de la tumeur.

Les délais médians d'accès à certains examens complémentaires (FGOD, fibro bronchique), d'accès au bilan dentaire et la pose de sonde sont raccourcis d'au moins 5 jours pour les stades avancés.

L'accès à la TEP semble plus rapide pour les stades T1/T2. En revanche, pour l'accès à l'IRM, le délai médian est plus long pour les stades T1/T2 que pour les T3/T4 (attention toutefois à la taille des effectifs pour ce résultat).

Pour la moitié des patients, le diagnostic histologique est posé dans les 16 jours suivant la 1<sup>ère</sup> consultation pour ceux atteints d'une tumeur T1/T2 et de 14 jours ceux atteints d'une tumeur T3/T4.

En ce qui concerne les délais de début du traitement, ils semblent plus longs pour les tumeurs avancées si on cible les délais entre la 1<sup>ère</sup> consultation et le traitement ou la date de la RCP et le traitement.

Les patients ayant une tumeur classée T3/T4 sont souvent traités par radiothérapie, seule ou en association avec une chimiothérapie. Comme décrit précédemment, l'initiation d'une radiothérapie implique des examens préliminaires qui augmentent le délai de prise en charge. Cela peut expliquer pourquoi ces délais sont plus longs

# Discussion

Dans cette étude portant sur les délais de prise en charge des cancers des VADS, deux grandes étapes dans le parcours de prise en charge peuvent être différenciées : la phase entre la 1<sup>ère</sup> consultation et les examens de bilan, puis entre la RCP et la mise en route du traitement.

Concernant les délais où nous avons des références, nos résultats ne sont pas toujours satisfaisants. Pour deux indicateurs, moins de la moitié des dossiers étudiés sont conformes à la cible. Ces références concernent les délais entre la 1<sup>ère</sup> consultation et l'accès au bilan complet dans les 14 jours, et le délai entre la chirurgie et la radiothérapie en 2<sup>nd</sup> traitement. Il nous paraît important d'approfondir l'analyse des causes dans un 2<sup>nd</sup> temps, pour mettre en place des actions d'amélioration.

Le délai recommandé entre la 1<sup>ère</sup> consultation et le bilan complet est de 28 jours (4 semaines) au maximum. Dans notre étude, près de 60% ont le bilan dans ce délai. Pour 25% des patients, ce délai dépasse 41 jours.

Le délai d'accès à l'IRM est  $\leq 20$  jours pour 54,5% des dossiers. Ce délai n'est pas forcément représentatif du délai de l'échantillon total car la date de l'IRM n'a pas souvent été renseignée (item non prévu dans la grille de recueil).

Alors qu'il est recommandé d'initier le traitement par radiothérapie dans les 7 semaines suivant la chirurgie, moins de la moitié des patients (45,7%) sont traités dans ce délai. Les nouvelles recommandations de 2015 allongent ce délai à 8 semaines suivant la chirurgie, soit 56 jours [7].

En considérant ce délai de 56 jours, 103 patients sur les 164 concernés sont pris en charge dans le délai recommandé, soit 62,8%. Ce délai est probablement allongé par des difficultés d'accès aux soins dentaires.

La société française d'ORL recommande un délai maximum de 6 semaines entre le diagnostic et le début des traitements. Ce délai est respecté pour 61% des patients de la région.

D'autres sociétés savantes de pays européens recommandent des délais de prise en charge plus courts qu'en France. Ainsi, aux Pays-Bas, il est recommandé de démarrer le traitement dans les 30 jours suivants la 1<sup>ère</sup> consultation [8] ; 34,7% des patients bretons sont traités dans ce délai.

Le délai entre le diagnostic histologique et le bilan dentaire est de 21 jours en médiane pour notre échantillon. Cela montre des difficultés d'accès à des consultations dentaires.

La taille de la tumeur semble influencer sur les délais de prise en charge, avec un raccourcissement des délais d'accès aux examens, dont le diagnostic histologique, pour les patients en stade avancé (T3/T4) ; ce qui témoigne probablement de la prise en compte de l'urgence.

Une étude néerlandaise fait le même constat et avance l'hypothèse que le diagnostic serait plus facile à poser en cas de tumeurs de plus grandes tailles, car ces tumeurs sont plus visibles et causent plus de douleurs et de plaintes de la part des patients [8].

En revanche, les délais impliquant la date de 1<sup>er</sup> traitement sont allongés pour les tumeurs « T3/T4 ». Cela est sans doute lié au fait que les stades les plus avancés sont plus souvent traités par une radiothérapie seule

ou associée à une chimiothérapie ou encore de la difficulté de décision de la prise en charge la plus adaptée, nécessitant éventuellement un bilan plus poussé.

### ***Valeurs aberrantes***

Lors de l'analyse des données, des valeurs aberrantes ont été repérées, résultant probablement d'un parcours atypique. Certains délais sont allongés du fait du patient. Ainsi, certains patients n'acceptent pas dans un 1<sup>er</sup> temps le traitement proposé et reviennent voir le médecin plus tard (médecine douce, refus thérapeutique, autres impératifs).

Afin d'en approcher les raisons et les contextes, il est important de réaliser une 2<sup>nd</sup>e étude, consistant en une analyse qualitative décryptant tout le parcours patient.

# Conclusion

La détection et le lancement rapide du traitement des cancers des VADS sont a priori des gages d'une fin positive.

Le bénéfice de l'amélioration des techniques de traitement est malheureusement contrecarré par l'allongement du délai d'initiation du traitement, pouvant engendrer une augmentation de la taille tumorale, un changement du stade et une dégradation de l'état général du patient.

C'est dans ce contexte que cette étude régionale a été décidée par le Groupe Régional Evaluation d'Oncobretagne.

L'objectif était d'analyser les délais de prise en charge des cancers des VADS dans notre région, au regard des référentiels existants, afin d'identifier des pistes d'amélioration éventuelle dans la prise en charge de ces cancers.

Les résultats de cette étude montrent que certains délais de prise en charge des cancers des VADS en Bretagne sont longs au regard des recommandations nationales. Ainsi, une réflexion s'impose pour identifier des actions d'améliorations visant à les améliorer, notamment l'amélioration d'accès au bilan et soins dentaires. En effet, les délais impliquant un traitement par radiothérapie sont particulièrement allongés et dépassent souvent les délais recommandés. Une hypothèse est que l'accès au bilan et aux soins dentaires serait problématique.

En perspective, une des pistes serait d'envisager une collaboration avec l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Chirurgiens-Dentistes de Bretagne et l'Agence Régionale de Santé (ARS) en lien avec la démarche du Réseau Soins Dentaires Spécifiques afin de réfléchir ensemble sur les solutions à apporter.

De même, afin de cibler au mieux d'autres actions d'amélioration visant à réduire les délais de prise en charge de ces cancers, une autre étude qualitative, ciblée sur le parcours patient atteint d'un cancer des VADS, est envisagée par le Groupe Régional Evaluation pour 2017. Les résultats de cette étude permettront d'engager une réflexion avec les différents acteurs pour discuter d'autres axes de travail pour améliorer ces délais.

# Index des tableaux

Tableau	Titre	Page
1	Répartition par classes d'âge	9
2	Répartition par bras de 1 <sup>er</sup> traitement	9
3	Répartition par localisation	10
4	Répartition par taille de la tumeur	10
5	Croisement 1 <sup>er</sup> et 2 <sup>nd</sup> traitement	10
6	Délais d'accès aux examens de bilan	11
7	Délais d'accès aux examens de bilan, selon le bras de 1 <sup>er</sup> traitement	12
8	Délais des étapes du parcours « habituel »	13
9	Délais des étapes du parcours « habituel », selon le bras de 1 <sup>er</sup> traitement	14
10	Consultation d'annonce : A-t-elle lieu avant ou après la discussion en RCP ?	14
11	Taux de patients pris en charge dans les délais de référence	15
12	Bilan dentaire selon le bras de 1 <sup>er</sup> traitement	17
13	Délais impliquant le bilan dentaire, en cas de radiothérapie	17
14	Autres délais	18
15	Taille de la tumeur selon la localisation	19
16	Taille de la tumeur selon le bras de 1 <sup>er</sup> traitement	19
17	Bras de traitement, selon la taille de la tumeur	20
18	Délais de prise en charge selon la taille de la tumeur	21

# Bibliographie

- [1] Les cancers en France – Edition 2015 ; Institut National du Cancer. Avril 2016
- [2] Recommandation pour la pratique Clinique – bilan pré thérapeutique des carcinomes épidermoïdes des VADS – Société Française d’Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou, 2012
- [3] Guide Affection Longue Durée – Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatiques ou hématopoïétique – Cancer des voies-aérodigestives supérieures – HAS et INCa, 2009
- [4] Objectif 2 du Plan Cancer 2014-2018
- [5] <http://campus.cerimes.fr/chirurgie-maxillo-faciale-et-stomatologie/enseignement/stomatologie6/site/html/1.html>
- [6] Communiqué de presse – Etude Cemka-Eval 2016 : parc français d’IRM et délais d’attente - SNITEM
- [7] Nouveau référentiel de le SFORL 2015 – Organisation du parcours initial de soins en cancérologie des VADS
- [8] O. Brouha XD, Tromp DM, Koole R, Hordijk GJ, Winnubst JA, de Leeuw JR. Professional delay in head and neck cancer patients: analysis of the diagnostic pathway. Oral Oncol. 2007;43:551-556

# Annexe

## Code CIM-10 / Cancers des VADS

Appareil	Organe	CIM 10	Libellé
VADS	Lèvre	<b>C00</b>	Tumeur maligne de la lèvre
VADS	Langue	<b>C01</b>	Tumeur maligne de la base de la langue
VADS et	Langue	<b>C02</b>	Tumeur maligne de la langue, parties autres non précisées
VADS	Cavité orale	<b>C03</b>	Tumeur maligne de la gencive
VADS	Cavité orale	<b>C04</b>	Tumeur maligne du plancher de la bouche
VADS	Cavité orale	<b>C05</b>	Tumeur maligne du palais
VADS	Cavité orale	<b>C06</b>	Tumeur maligne de la bouche, parties autres et non précisées
VADS	Cavité orale	<b>C462</b>	Sarcome de Kaposi du palais
VADS	Glandes Salivaires	<b>C07</b>	Tumeur maligne de la glande parotide
VADS	Glandes salivaires	<b>C08</b>	Tumeur maligne des glandes salivaires principales, autres et non précisées
VADS	Fosses nasales, sinus, oreille moy/int	<b>C30</b>	Tumeur maligne des fosses nasales et de l'oreille moyenne
VADS	Fosses nasales, sinus, oreille moy/int	<b>C31</b>	Tumeur maligne des sinus de la face
VADS	Larynx	<b>C32</b>	Tumeur maligne du larynx
VADS	Larynx	<b>D020</b>	Carcinome in situ du larynx
VADS	Larynx	<b>D380</b>	Tumeur à évolution imprévisible ou inconnue du larynx
VADS	Pharynx	<b>C09</b>	Tumeur maligne de l'amygdale
VADS	Pharynx	<b>C10</b>	Tumeur maligne de l'oropharynx
VADS	Pharynx	<b>C11</b>	Tumeur maligne du rhinopharynx
VADS	Pharynx	<b>C12</b>	Tumeur maligne du sinus piriforme
VADS	Pharynx	<b>C13</b>	Tumeur maligne de l'hypopharynx
VADS	Pharynx	<b>C140</b>	Tumeur maligne du pharynx, sans précision
VADS	Pharynx	<b>C142</b>	Tumeur maligne de l'anneau de Waldeyer
VADS	VADS sans précision	<b>C148</b>	Tumeur maligne à localisations contiguës de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx
VADS	VADS sans précision	<b>C4670</b>	Sarcome de Kaposi de la sphère O.R.L.
VADS	VADS sans précision	<b>D000</b>	Carcinome in situ de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx
VADS	VADS sans précision	<b>D370</b>	Tumeur à évolution imprévisible ou inconnue de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx