

Evaluation de la prise en charge des cancers différenciés de la thyroïde en Midi Pyrénées - ETUDE EVA-TYR

Protocole de recherche

1. Etat de la question et objectif de la recherche

Des référentiels de prise en charge nationaux et régionaux sont régulièrement rédigés afin d'aider aux choix thérapeutiques pour traiter un cancer différencié de la thyroïde, mais l'élaboration de standard qui est nécessaire, reste difficile. Dans ce contexte, les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) trouvent pleinement leur justification et permettent d'assurer à un patient donné une prise charge optimale en fonction de ces antécédents et de ses préférences. En effet, les RCP sont aujourd'hui considérées non seulement comme le lieu de la discussion diagnostique et thérapeutique mais aussi comme un vecteur d'échanges de grande valeur pédagogique entre les professionnels. Elles permettent également d'effectuer une analyse de la balance bénéfice/risque et de la qualité de vie pour le patient, dont il sera informé lors de la remise de son programme personnalisé de soins (PPS). Dans le cadre de la prise en charge des cancers thyroïdiens et surtout des cas difficiles ce regard pluridisciplinaire est indispensable.

La « qualité » de la RCP est donc une étape primordiale dans la qualité de la prise en charge des cancers thyroïdiens et une évaluation de la qualité de la prise en charge ne peut ignorer cette étape.

Le contexte particulier des cancers de la thyroïde incite à orienter nos questions notamment vers la prise en charge des cancers différenciés de bon pronostic. En effet, l'incidence du cancer de la thyroïde augmente depuis ces trente dernières années en France et dans le monde ¹. Cette augmentation concerne essentiellement les cancers thyroïdiens différenciés de type papillaire de petite taille. La majorité de ces nouveaux cancers de la thyroïde sont de bon pronostic: la survie brute à 5 et 10 ans après le diagnostic s'élève respectivement à 93 % et 90 % ².

Cette « épidémie » ne semble pas être secondaire à une augmentation des facteurs de risque mais à une augmentation du recours à des outils diagnostiques de plus en plus performants, qui permettent le diagnostic et le traitement de cancer à un stade plus précoce ³ ainsi que les modifications des habitudes chirurgicales: augmentation des thyroïdectomies totales plutôt que partielles. Les changements dans les pratiques semblent donc être la principale explication pour l'augmentation de l'incidence des cancers thyroïdiens différenciés ⁴.

Selon les recommandations, la prise en charge thérapeutique est définie en accord avec le patient et en

lien avec le médecin traitant sur la base de l'avis rendu en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). La stratégie thérapeutique doit être adaptée au niveau de risque du patient établi en fonction des données cliniques et anatomopathologiques.

Le traitement repose sur la chirurgie, la radiothérapie interne vectorisée par l'iode 131, l'hormonothérapie par lévothyroxine (à dose substitutive ou freinatrice) et dans des cas particuliers la radiothérapie externe, la chimiothérapie et des thérapies ciblées ⁵.

Si les traitements classiques (chirurgie, iode 131 et levothyroxine) des cancers thyroïdiens différenciés sont peu agressifs, ils comportent néanmoins des risques de complications non négligeables.

Particularité des cancers de bon et très bon pronostic

Les méthodes actuelles de diagnostic (voire de dépistage) permettent de diagnostiquer des cancers à des stades très précoces. C'est le cas notamment des cancers du sein, de la prostate et de la thyroïde. Dans le cas des cancers thyroïdiens, ces cancers de très petite taille sont de bon pronostic et leur histoire naturelle n'est pas connue. Il faut donc être vigilant quant à leur prise en charge et ne pas ajouter au stress généré par l'annonce du diagnostic d'un cancer, des traitements (éventuellement pourvoyeurs d'effet secondaires) et une surveillance anxiogène que lorsque leur bénéfice est prouvé.

En ce qui concerne les microcarcinomes papillaires (taille < 1cm) qui sont systématiquement de découverte fortuite, leur risque de récurrence est quasi-nul. Aussi aucun traitement complémentaire n'est préconisé et la surveillance doit être la plus simple possible.

De récentes études, tendent à prouver que le traitement des cancers à faible risque doit évoluer ⁶⁻⁹. De même la surveillance de ces patients ayant un risque de récurrence très faible, souvent anxiogène et coûteuse, doit être adaptée.

- - La reprise chirurgicale pour curage ganglionnaire prophylactique n'est pas indiquée.
- - Le bénéfice de l'ablation par I131 sur le risque de décès et de récurrence, chez des patients correctement opérés, est controversé dans la littérature ⁶⁻⁸. Les recommandations pour les cancers papillaires à faible risque française ¹⁰, européennes ¹¹ et américaines ¹² suggèrent la réalisation sélective d'une ablation par radioiode, à dose minimale pour les américains.
- - Aucun bénéfice d'une hormonothérapie à dose freinatrice à long terme n'a été prouvée ¹³. Les consensus français ¹⁰ et américain ¹² recommandent initialement une TSH normale basse puis, si le bilan 6 à 12 mois après traitement initial est normal une TSH normale.
- - Les scintigraphies ne sont pas recommandées dans le suivi en dehors de cas particuliers.
- - Une controverse existe sur l'intérêt de refaire une Thyroglobuline sous stimulation à 5 ans si le bilan à 6-12 mois est rassurant ⁹.
- - De même, la réalisation fréquente d'échographies n'est pas coût-efficace et pose le problème de l'interprétation d'images douteuses, le plus souvent non spécifiques, mais qui entraînent la réalisation d'autres explorations sources d'anxiété et de coût supplémentaire.

Il nous a donc paru important d'évaluer le retentissement dans la pratique médicale courante, ces études récentes montrant l'intérêt de la «désescalade thérapeutique» dans la prise en charge des cancers thyroïdiens de bon pronostic.

Objectifs

Afin d'évaluer la qualité de la prise en charge initiale dans la «vraie vie» des cancers thyroïdiens différenciés en Midi-Pyrénées, nous avons cherché à répondre à 2 questions :

- Exhaustivité de la présentation en RCP des patients atteints de cancers thyroïdiens diagnostiqués entre 2010 et 2012 dans le département du Tarn
- Adéquation de la prise en charge initiale en 2012 des cancers thyroïdiens différenciés, à des indicateurs établis par les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de ces cancers dans la région

L'objectif *in fine* est de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins, notamment en favorisant l'application des recommandations de pratique dans les établissements de la région prenant en charge des patients atteints de cancers. Ce projet s'intègre dans une démarche d'évaluation des pratiques et implique tous les professionnels de la région, dès la phase d'élaboration du projet.

Population concernée

Critères d'inclusion :

- Tout patient présenté une première fois en RCP entre le 1^{er} janvier 2014 le 31 mars 2015, pour un cancer thyroïdien différencié diagnostiqué en 2014, dans la région Midi-Pyrénées
- Tout patient âgé de plus de 18 ans au moment du diagnostic

Critères exclusion :

- Les autres types histologiques: médullaires anaplasiques, sarcomes, lymphomes

Environ 530 nouveaux cas de cancer thyroïdiens ont été enregistrés en Midi-Pyrénées dans le DCO (Dossier Communicant Oncomip) en 2012. Parmi eux, on estime qu'environ 94% sont des cancers de la thyroïde différenciés².

Méthode d'observation ou d'investigation retenue

Ce projet s'inscrit dans une démarche globale d'évaluation des pratiques comprenant quatre projets d'évaluations de la qualité et de la pluridisciplinarité de la prise en charge initiale des cancers présentant des objectifs et des méthodologies similaires. Quatre localisations ont ainsi été retenues par les professionnels de santé de la région :

- cancers colorectaux,
- cancers de la prostate,
- cancers du sein.
- cancers de la thyroïde

Le projet concernant le cancer de la thyroïde s'inscrit donc dans la même logique que les trois précédents projets d'évaluation. Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective et la sélection des patients se fera selon les critères suivant :

Date de diagnostic comprise entre le 1^{er} janvier 2014 et le 31 décembre 2014 et date de présentation en RCP avant le 31 mars 2015

Elaboration des indicateurs

Ils ont été déterminés par un groupe d'expert régional regroupant des médecins impliqués dans la prise en charge des cancers thyroïdiens (endocrinologue, chirurgiens, médecins nucléaires, biologistes, radiologues, anatomopathologistes) par un processus de validation de type Delphi en 2 tours:

Processus de validation par une méthode de type Delphi en 2 tours.

La mise en place du processus de validation par une méthode de type Delphi a été faite en accord avec le guide méthodologique publié par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour les «Recommandations par consensus formalisé». Les méthodes de consensus sont définies comme une manière de synthétiser l'information et de confronter des avis contradictoires, dans le but de définir le degré de l'accord au sein d'un groupe d'individus sélectionnés. Leur intérêt réside dans les cas où l'opinion des professionnels n'est pas unanime, en raison de l'absence de données de la littérature, de données d'un niveau de preuve faible ou de données contradictoires. Elle permet également de ne pas surestimer l'avis de certains experts.

Elaboration d'une première grille soumise à validation

La première étape constitue l'élaboration de la version initiale des indicateurs de qualité de prise en charge ; ils ont été élaborés à partir :

- Des référentiels régionaux de pratique de Midi-Pyrénées
- Des mesures du plan Cancer
- De la littérature internationale
- Des consensus nationaux, européens et américains
- Et de l'expertise des animateurs du groupe Thyroïde de la région.

Ainsi, une première série d'indicateurs de qualité pertinents et répondant à une prise en charge standardisée a été construite.

Etapas du processus de validation par une méthode de type Delphi en deux tours.

Cette phase, qui se déroule en 3 temps, permet d'identifier, par un vote en deux tours et une réunion finale avec restitution des résultats, les points d'accord, de désaccord ou d'indécision entre les membres du groupe de cotation. Cette phase aboutit à la sélection des propositions qui font l'objet d'un consensus au sein du groupe d'experts.

Synthèse

Une étape de synthèse est prévue à l'issue de ces 2 tours. Remarque : Il était bien précisé que certains éléments ne feraient pas l'objet d'« indicateur de qualité » en tant que tels mais seraient recueillis en vue d'analyses ultérieures.

Les indicateurs retenus sont détaillés ci-dessous :

Anatomopathologie	
i.1	Tous les patients opérés doivent avoir dans leur dossier un CR anatomo-pathologique mentionnant le stade pathologique pTpN, la taille de la tumeur, la qualité de la résection et le type histologique

i.2	Tous les patients ayant bénéficié d'un curage doivent avoir dans leur dossier un CR anatomo-pathologique mentionnant le nombre de ganglions prélevés, envahis et en rupture capsulaire ainsi que leur localisation
i.3	Proportion de curage jugulo-carotidien contenant au moins 10 ganglions par côté
i.4	Proportion de curage récurrentiel bilatéral contenant au moins 5 ganglions

Biologie	
i.5	La trace d'un dosage de TG, anti-corps anti TG, TSH, NFS-plaquettes et créatinine avant le traitement par l'iode radioactif est retrouvé dans le dossier pour tous les patients
i.6	Toutes les patientes en âge de procréer (18 à 45 ans) et qui bénéficient d'un traitement par l'iode radioactif ont bénéficié d'un test de grossesse par un dosage de bêta HCG avant le traitement afin d'éliminer une grossesse

Traitement (cancer de plus de 1 cm)	
i.7	En cas de cytoponction positive (Bethesda 6), le geste chirurgical réalisé doit être une thyroïdectomie macroscopiquement totale
i.8	Tous les patients doivent bénéficier d'une thyroïdectomie macroscopiquement totale
i.9	Tous les dossiers doivent avoir été présentés en RCP
i.9B	La présentation en RCP doit se faire après le diagnostic et avant tout autre traitement complémentaire (reprise chirurgicale ou irathérapie)
i.10	Tous les patients traités par I131 doivent bénéficier d'une consultation pré-thérapeutique en médecine nucléaire
i.11	Tous les patients doivent bénéficier d'une totalisation isotopique
i.12	Lors de la totalisation isotopique, tous les patients doivent bénéficier d'un dosage de thyroglobuline, d'anti-corps anti thyroglobuline et d'une scintigraphie corps entier post-thérapeutique
i.13	Tous les patients ayant bénéficié d'un curage jugulo-carotidien devaient avoir un envahissement ganglionnaire prouvés par une cytologie +/- dosage de thyroglobuline dans le liquide de rinçage ou découvert en peropératoire.
i.14	En cas de diagnostic pré/per opératoire de cancer thyroïdien différencié, un curage médiastino-récurrentiel bilatéral prophylactique doit être réalisé

Traitement (cancer de moins de 1 cm)	
i.15	Aucun patient n'a de totalisation chirurgicale et ou isotopique pour une tumeur intraparenchymateuse (pT1) unique de moins de 1 cm sans facteur péjoratif anatomopathologique (contingent peu différencié)

Complications post chirurgicales	
i.16	Proportion de patients ayant eu une paralysie récurrentielle parmi les patients opérés (thyroïdectomie totale ou hémi-thyroïdectomie)
i.16B	Proportion de patients ayant eu une paralysie récurrentielle persistante à un an parmi les patients opérés (thyroïdectomie totale ou hémi-thyroïdectomie)
i.17	Proportion de patients ayant eu une hypoparathyroïdie parmi les patients ayant eu une thyroïdectomie totale (en un ou deux temps)
i.17B	Proportion de patients ayant eu une hypoparathyroïdie persistante à un an parmi les patients ayant eu une thyroïdectomie totale (en un ou deux temps)

Surveillance	
i.18	Tous les patients doivent bénéficier d'un traitement par hormones thyroïdiennes
i.19	Tous les patients doivent bénéficier d'une TSH entre 6 semaines et 3 mois après la mise en route du traitement par hormones thyroïdiennes
i.20	Tous les patients doivent bénéficier d'un dosage de Tg et d'anticorps anti thyroglobuline dans les 6 à 12 mois après le traitement initial
i.21	Tous les patients doivent bénéficier 6 à 12 mois après la chirurgie, d'une échographie cervicale pour examiner la loge thyroïdienne et les compartiments ganglionnaires centraux et latéraux.
i.22	Les patients ayant un cancer unique de moins de 1 cm sans facteur de mauvais pronostic (pT1 N0/x M0/x sans type histologique défavorable et sans Tg en freination > 2 ng/ml) ne doivent pas bénéficier d'un dosage de thyroglobuline en défreination pendant la première année de suivi
i.23	Tous les patients ayant un cancer de plus de 1 cm ou une extension extra-thyroïdienne doivent bénéficier d'un dosage de thyroglobuline et d'anticorps anti thyroglobuline après stimulation endogène ou exogène 6 à 12 mois après le traitement
i.24	Les patients ayant un cancer unique de moins de 1 cm sans facteur de mauvais pronostic (pT1 N0/x M0/x sans type histologique défavorable et sans Tg en freination > 2 ng/ml) ne doivent pas bénéficier d'un dosage de thyroglobuline et d'anticorps anti thyroglobuline après stimulation endogène ou exogène
i.25	Les patients ayant un cancer unique de moins de 1 cm sans facteur de mauvais pronostic (pT1 N0/x M0/x sans type histologique défavorable et sans Tg en freination > 2 ng/ml) doivent avoir un taux de TSH non freiné 1 an après la chirurgie compris entre 0,5 et 2 mUI/L

Nouveaux indicateurs	
	En cas de curage jugulo-carotidien, le compte rendu opératoire doit détailler les aires ganglionnaires ayant fait l'objet d'un curage
	proportion de patient pour lesquels le score TNM est présent dans la fiche RCP
	proportion de patients pour lesquels le traitement effectué correspond à la proposition de la RCP

Mode de recueil

Qualité de la pris en charge

Une grille de recueil (**ci-jointe au protocole**) nécessaire à la description de la population et à la mesure des indicateurs (calcul des numérateurs et dénominateurs) est élaborée et permet ainsi de recueillir des caractéristiques générales du patient et de sa prise en charge, utiles pour l'interprétation des résultats.

Les dossiers médicaux des patients seront examinés par un enquêteur aidé par les 3C des établissements afin de collecter les informations.

Exhaustivité du passage en RCP

L'exhaustivité du passage en RCP et les facteurs déterminant le passage en RCP, ont été évalués dans le département du Tarn couvert par un registre de cancers, en comparant le recensement fait par le registre et la base de données issue du DCC Midi-Pyrénées pour l'ensemble des cas de cancer diagnostiqués pour les années 2010-2012 (environ 150 cas de cancers thyroïdiens). Cette étude a aussi permis d'étudier la faisabilité au niveau régional, notamment en terme de collecte des informations.

4. Origine et nature des données nominatives recueillies

Conformément à la circulaire relative aux réseaux régionaux de cancérologie ¹⁶, le recueil des données nécessaires à l'évaluation est alimenté par des informations qui seront issues du DCC et des dossiers médicaux des patients.

Le DCC est un dossier patient informatisé sécurisé qui réunit l'ensemble des informations relatives à la prise en charge cancérologique du malade. Conformément aux recommandations du plan cancer ¹⁵, il permet aux médecins autorisés de partager les informations de soins relatives aux patients dans les plus strictes règles de confidentialité des accès à l'information (en répondant aux demandes de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL) sur les aspects de sécurité et confidentialité). L'autorisation CNIL du réseau est jointe en annexe.

Le DCC contient pour chaque patient :

- Des données administratives,
- Des données de soins,
- Des conclusions des réunions de concertation pluridisciplinaire,
- Et d'autres éléments dans le cadre DCC/DMP.

Dans le cadre du présent projet, les patients seront identifiés et tirés au sort à partir du DCC et à partir des listes de patients pour les RCP qui n'utilisent pas le DCC. Des données concernant la qualité de la RCP (pluridisciplinarité) ainsi que la qualité du remplissage de la fiche RCP seront collectées à partir de la fiche RCP.

Pour juger de la qualité de la prise en charge, un recueil dans les dossiers médicaux est également nécessaire. Par ailleurs, il est important de savoir si le traitement proposé en RCP a effectivement été réalisé et si ce n'est pas le cas d'en rechercher les raisons. De ce fait, le recours au dossier patient est indispensable pour connaître le traitement réalisé en pratique. Afin de faciliter le contrôle de cohérence, étape indispensable avant l'analyse des données, les comptes rendus d'anatomopathologies de la cytoponction et de la pièce opératoire seront récupérer et codés de manière non identifiante, ainsi que le compte rendu opératoire de la chirurgie.

L'adresse du domicile relevée dans le dossier médical permettra de calculer l'IRIS (Ilots Regroupés pour l'Information Statistique) définis par l'Insee ¹⁷, et correspondant à un découpage infra communal du territoire en mailles, de l'ordre de 2 000 habitants. L'IRIS est construit à partir de critères géographiques et statistiques et, autant que possible, chaque IRIS doit être homogène du point de vue des caractéristiques socioéconomiques des personnes le composant. Les IRIS offrent l'outil le plus élaboré à ce jour pour décrire la structure interne d'un peu plus de 1800 grandes communes avec un niveau plus précis que la ville quand il s'agit d'une grosse agglomération et est équivalent quand il s'agit d'une petite commune. L'IRIS permettra d'étudier s'il existe un lien entre la prise en charge du cancer

thyroïdien et la zone d'habitation, notamment à travers la proximité de l'offre de soins pour le patient ainsi que le niveau socioéconomique de la zone d'habitation en utilisant un indicateur écologique de défavorisation calculé pour la France sur la base de l'Iris l'EDI ¹⁸, à défaut de disposer des caractéristiques sociales à l'échelle individuelle.

L'adresse complète sera recueillie pour chaque patient à partir du dossier médical. Au moment de la saisie des données, nous obtiendrons le code IRIS grâce à une table de correspondance, adresses/IRIS. Seuls les codes IRIS seront conservés pour l'analyse des données.

La date de naissance complète et le code INSEE de la commune de naissance seront recueillis car des études de survie sur cette cohorte à 5 ans et à 10 ans seront effectuées ultérieurement, et ces informations sont nécessaires pour obtenir le statut vital auprès du RNIPP. Ces données seront détruites à la fin des études de survie.

L'enquêteur intégrera dans le dossier médical une note d'information (ci-jointe) afin que le médecin puisse informer le patient du recueil des données lors de la consultation. Une information des professionnels de santé sera organisée dans chaque établissement concerné par l'intermédiaire des 3C.

Collecte auprès des caisses d'assurance maladie

L'étude de faisabilité nous a montré que certaines informations correspondant à une phase pré-diagnostique ou à la surveillance sont difficiles à obtenir. Afin d'optimiser nos chances d'être exhaustif sur les actes et examens réalisés il serait nécessaire de doubler notre collecte sur les dossiers des cliniciens par une collecte auprès des caisses d'assurance maladie ayant effectués le remboursement de ces actes.

La liste des informations qui nous sont nécessaire est la suivante

En phase pré-opératoire

- réalisation d'une cytoponction thyroïdienne

Suivi

- consultation avec un endocrinologue en post opératoire
- prescription de levothyrox à 1 an
- prescription d'un dosage de tsh entre 6s et 3m post opératoire
- prescription d'une tsh entre 6m et 15m post opératoire
- prescription d'un dosage de thyroglobuline et d'anticorps anti thyroglobuline après stimulation endogène ou exogène (Tg/Ac anti TG) entre 6m et 15m post opératoire
- prescription de thyrogen post opératoire
- bilan en médecine nucléaire (scintigraphie) en post opératoire
- prescription d'une échographie cervicale entre 6m et 15m post opératoire

Complications

- traitement par UN-ALFA a 1 an de la chirurgie

Et aussi : Traitement (à titre de vérification en cas de traitement hors Midi Pyrénées)

- nombre de chirurgies
- consultation en médecine nucléaire
- hospitalisation en médecine nucléaire (traitement par iode131).

5. Mode de circulation des données

Un code unique sera attribué à chaque patient. Il sera composé des initiales du nom et prénom et du numéro d'ordre. Les données une fois non identifiantes circuleront au sein du réseau lors de l'analyse et de l'interprétation des résultats, des 3C et des professionnels de santé lors d'une étape de restitution des résultats. Seul un nombre de personnes restreints du réseau Oncomip aura accès au tableau de correspondance entre les codes uniques des patients et leurs données nominatives.

Les données identifiantes et les données médicales des patients seront séparées pour la conservation des données. La première page du questionnaire contenant les données identifiantes sera détachée et conservée à part dans un placard sécurisé. Dans nos fichiers informatisés, les données identifiantes des patients seront séparées et conservées à part des données médicales. Le fichier de monitoring ne comporte que l'identifiant codé des patients.

Les données nominatives (adresse des patients, date de naissance) seront saisies sur une base de données externe aux bases de données médicales relatives à l'étude.

Pour les études de survie, le réseau Oncomip, ayant une convention avec le Registre des Cancers du Tarn afin de bénéficier de prestations en épidémiologie, c'est le Dr Grosclaude directrice du registre qui mettra en œuvre les analyses de survie des patients à 5 et 10 ans.

Pour les échanges avec l'assurance maladie, Oncomip communiquera aux caisses le nom, le sexe, la date et le lieu de naissance afin qu'elle puissent réaliser les extractions pour les personnes correspondantes

6. Durée et modalités d'organisation de la recherche

Les indicateurs ayant été définis, le projet se déroule sur 12 mois. Le calendrier du projet et ses grandes étapes sont présentés dans le tableau 5.

Conformément à la circulaire relative aux réseaux régionaux de cancérologie ¹⁶, le réseau régional mène l'évaluation des pratiques en cancérologie dans le cadre d'un groupe de travail aboutissant à un choix concerté de critères, d'indicateurs et de méthodologie d'évaluation.

Ainsi pour le projet, le groupe de travail thyroïde d'Oncomip a été sollicité pour un avis d'expert sur toutes les questions concernant la partie clinique. Il représentera un soutien tout au long du projet, afin de valider les points de questionnements et dans une perspective de publications pour définir les axes que chacun pourra développer ultérieurement.

D'autre part, une cellule opérationnelle a été mise en place. Elle est constituée des enquêteurs et des différents membres du réseau impliqués dans le projet.

Tableau 5 : Calendrier du projet

Acteurs	Actions	N-1					N												
		8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Groupe thyroïde	Définition des critères de qualité																		
Groupe thyroïde	Réunion présentation des critères																		
Epidémiologiste	Définition des données à collecter																		
Enquêteur	Recueil des données																		
Enquêteur	Saisie des données																		
Epidémiologiste	Analyse																		
Epidémiologiste	Rédaction du rapport																		

7. Méthode d'analyse des données

Les données non identifiantes seront saisies sous un masque spécifiquement conçu sous ACCESS et traitées et analysées avec le logiciel Stata.

Une étape descriptive analysera les facteurs socio-démographiques, la localisation de la tumeur, le type de chirurgie, les traitements associés et les caractéristiques de la RCP.

Les indicateurs de qualité de prise en charge seront calculés selon leurs numérateurs et leurs dénominateurs définis, exprimés en pourcentage, de façon globale pour la région et pour chacun des 3C.

Les facteurs éventuels de variabilité de prise en charge explorés seront l'âge du patient à un niveau individuel, et les caractéristiques de la zone d'habitation à un niveau écologique.

L'exhaustivité du passage en RCP sera évaluée dans le département du Tarn en comparant le recensement des nouveaux cas de cancers diagnostiqués par le registre et l'enregistrement des nouveaux cas dans le DCC ou dans le système d'information des fiches RCP des établissements n'utilisant pas le DCC. Des éventuels facteurs de variabilité seront analysés.

Les résultats seront validés par le comité de pilotage. Ils seront tout d'abord présentés aux 3C. Ils pourront aussi être présentés au niveau régional et national, à l'occasion de congrès scientifiques

(endocrinologie, santé publique...). Ils feront l'objet de publications dans des revues ad hoc. Les investigateurs ou les groupes et sociétés savantes régionaux collaborant seront a priori des auteurs associés. Le comité de pilotage donnera son aval à l'ensemble des publications issues du projet.

L'objectif in fine de ce projet est de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins, notamment en favorisant l'application des recommandations de pratique dans les établissements de la région prenant en charge des patients atteints de cancers.

Les résultats de cette étude permettront aux groupes 3C d'avancer dans la démarche d'évaluation des pratiques dans le cadre d'une méthodologie validée sur le plan régional et partagée par tous les acteurs. Ils permettront aux groupes de travail Thyroïde de cibler des actions régionales ou locales d'amélioration des pratiques (formation, information des professionnels) et donneront aux 3C des informations majeures en termes d'action à mettre en place.

8. Justification du nombre de sujets ou analyse de puissance.

Les estimations 2012 révèlent qu'environ 527 nouveaux cas de cancers de la thyroïde par an sont enregistrés dans le DCC en Midi-Pyrénées, dans 11 centres différents (la RCP de recours du représentant 90% des cas présentés dans la région), environ 94% sont des cancers différenciés. Tous les patients ayant un diagnostic pour de cancer de la thyroïde différencié établi en 2012 enregistrés pour la première fois dans le DCC dans la région Midi-Pyrénées ou enregistrés au niveau du registre du Tarn seront inclus dans l'étude.

9. Eléments favorables garantissant la faisabilité.

La région Midi-Pyrénées est particulièrement propice à cette étude car le Dossier Communiquant de Cancérologie (DCC) est développé depuis 2006 par le réseau Oncomip en Midi-Pyrénées. Ce DCC permet l'informatisation de toutes les RCP de la région sous forme de fiche RCP par patient, permettant notamment de tracer la proposition thérapeutique faite en RCP, et la mise à disposition de ces fiches pour les médecins.

Des études similaires ont déjà été menées, en Midi-Pyrénées, sur les cancers du sein, de la prostate et du colon rectum par le réseau Oncomip et les 3C des établissements membres du réseau¹. Aucune étude

¹ Les missions des réseaux régionaux de cancérologie et les Centres de Coordinations en Cancérologie (3C) (cellules qualité chargées de structurer et d'évaluer les activités en cancérologie d'un ou plusieurs établissement(s)) ont été précisées dans le plan cancer 2003-2007¹⁴ (mesure 29 et mesure 32) avec comme mission de contribuer à l'amélioration et l'homogénéisation de la qualité des soins, notamment grâce à la coordination des réunions de concertation pluridisciplinaires (mesure 31) : ils mettent pour cela à disposition des médecins des outils comme les référentiels régionaux de pratique adaptés à partir des recommandations nationales. De plus, conformément à la circulaire relative aux réseaux régionaux

ne s'est intéressée à la prise en charge des cancers thyroïdiens et particulièrement à l'évaluation des RCP. Dans ce cadre les professionnels de la région, ont souhaité un partenariat pour une mise en commun de leurs réflexions dans une démarche d'évaluation de la qualité des soins délivrés au patients atteints de cancer thyroïdien. Cette démarche est aussi au service des établissements pour les accompagner dans l'évaluation et l'amélioration de leurs pratiques.

REFERENCES

1. InVS, FRANCIM, InCA, Lyon Hd. Survie des personnes atteintes de cancer en France 1989-2007 - Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim; 1989-2007.
2. A R. Évolution de l'incidence du cancer de la thyroïde en France métropolitaine. Bilan sur 25 ans: InVS; 2011.
3. Leenhardt L, Grosclaude P, Cherie-Challine L. Increased incidence of thyroid carcinoma in france: a true epidemic or thyroid nodule management effects? Report from the French Thyroid Cancer Committee. *Thyroid* 2004;14:1056-60.
4. Leenhardt L, Bernier MO, Boin-Pineau MH, et al. Advances in diagnostic practices affect thyroid cancer incidence in France. *Eur J Endocrinol* 2004;150:133-9.
5. Wemeau JL, Sadoul JL, d'Herbomez M, et al. Guidelines of the French society of endocrinology for the management of thyroid nodules. *Ann Endocrinol (Paris)*;72:251-81.
6. Schlumberger M, Catargi B, Borget I, et al. Strategies of radioiodine ablation in patients with low-risk thyroid cancer. *N Engl J Med*;366:1663-73.
7. Mallick U, Harmer C, Yap B, et al. Ablation with low-dose radioiodine and thyrotropin alfa in thyroid cancer. *N Engl J Med*;366:1674-85.
8. Clerc J, Bienvenu-Perrard M, de Malleray CP, et al. Outpatient thyroid remnant ablation using repeated low 131-iodine activities (740 MBq/20 mCix²) in patients with low-risk differentiated thyroid cancer. *J Clin Endocrinol Metab*;97:871-80.
9. Rosario PW, Mineiro Filho AF, Prates BS, Silva LC, Calsolari MR. Postoperative stimulated thyroglobulin of less than 1 ng/ml as a criterion to spare low-risk patients with papillary thyroid cancer from radioactive iodine ablation. *Thyroid*;22:1140-3.
10. Borson-Chazot F, Bardet S, Bournaud C, et al. Guidelines for the management of differentiated thyroid carcinomas of vesicular origin. *Ann Endocrinol (Paris)* 2008;69:472-86.
11. Pacini F, Schlumberger M, Dralle H, Elisei R, Smit JW, Wiersinga W. European consensus for the management of patients with differentiated thyroid carcinoma of the follicular epithelium. *Eur J Endocrinol* 2006;154:787-803.

de cancérologie ¹⁵, l'évaluation de la qualité des pratiques en cancérologie s'inscrit dans les missions des réseaux régionaux de cancérologie.

12. Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, et al. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid* 2009;19:1167-214.
13. Jonklaas J, Sarlis NJ, Litofsky D, et al. Outcomes of patients with differentiated thyroid carcinoma following initial therapy. *Thyroid* 2006;16:1229-42.
14. Dossier épidémiologique - Les cancers en Midi-Pyrénées – Mai 2008. Available from <http://oncomip.org/fr/dldoc/?t=basedoc&f=doc&d=7&h=0359c93848b37965d761e651c77a241e>
15. Plan cancer 2003-2007 Available from: <http://www.plan-cancer.gouv.fr/historique/plan-cancer-2003-2007.html>
16. Circulaire DHOS/CNAMTS/INCA n°2007-357 du 25 septembre 2007 relative aux Réseaux Régionaux de Cancérologie. Available from: <http://oncomip.org/fr/dldoc/?t=basedoc&f=doc&d=77&h=d711f2d9ac73e062028aecaf172c54ab>.
17. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Découpage infra-communal en IRIS. Available from : <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=zonages/iris.htm>
- 18 . Pornet C, Delpierre C, Dejardin O, *et al.* Construction of an adaptable European transnational ecological deprivation index: the French version. *J Epidemiol Community Health*. 2012;Nov;66(11):982-9.