

OCTOBRE 2021

LES DONNÉES

ADÉNOCARCINOME DU PANCRÉAS : INDICATEURS DE QUALITÉ ET DE SÉCURITÉ DES SOINS

L'Institut national du cancer (INCa) est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie chargée de coordonner la lutte contre les cancers en France.

Le présent document constitue un référentiel de bonnes pratiques et de prise en charge en cancérologie pris en application du 2° de l'article L. 1415-2 du code de la santé publique et a été soumis à la commission des expertises de l'Institut national du cancer en date du 06/09/2021.

Cette expertise sanitaire a été adoptée par décision du Président de l'Institut N° 2021-12 en date du 06/09/2021, publiée au Registre des actes administratifs de l'Institut.

GROUPE DE TRAVAIL

Experts

Pr BLANC Jean-Frédéric, hépato-gastroentérologue, oncologue, CHU Haut-Levêque, Bordeaux

Pr BUC Emmanuel, chirurgien digestif, CHU Estaing, Clermont-Ferrand

Dr CROS Jérôme, anatomo-pathologiste, CHU Beaujon, Clichy

Pr DELPERO Jean-Robert, chirurgien, Institut Paoli-Calmettes, Marseille

Dr GODARD Jean, médecin généraliste, Val de Saane

Dr JACQUET Jean-Pierre, médecin généraliste, Saint Jean D'Arvey

Pr SAUVANET Alain, chirurgien digestif, CHU Beaujon, Clichy

Pr SCHWARZ Lilian, chirurgien digestif, CHU Charles Nicolle, Rouen

Pr TRUANT Stéphanie, chirurgien digestif, CHRU Claude Huriez, Lille

Pr VULLIERME Marie-Pierre, radiologue, CHU Beaujon, Clichy

Dr WARTSKI Myriam, médecin nucléaire, CHU Cochin, Paris

Chaque expert du groupe de travail a renseigné une déclaration d'intérêts, publiée sur le site DPI-SANTÉ. L'analyse des liens d'intérêts réalisée par l'Institut national du cancer n'a pas mis en évidence de risque de conflits d'intérêts.

Parties intéressées

Agences régionales de santé (ARS)

Association des coordinateurs de réseaux de cancérologie (ACORESCA)

Association ESPOIR Pancréas

Comité de démocratie sanitaire (INCa)

Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)

Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)

Fédération hospitalière de France (FHF)

Fédération nationale des établissements de l'hospitalisation à domicile (FNEHAD)

UNICANCER

Pilotage

Coordination par la direction de l'Observation, des sciences des données et de l'Évaluation, INCa, Boulogne-Billancourt

Mme COURTOIS Émilie, Mission Incubateur et plateforme de données, direction de l'Observation, des sciences des données et de l'Évaluation, INCa, Boulogne-Billancourt (jusqu'en Octobre 2020)

Dr HOUZARD Sophie, direction de l'Observation, des sciences des données et de l'Évaluation, département Données et Évaluation en santé, INCa, Boulogne-Billancourt (à partir de Octobre 2020)

Dr LE BIHAN-BENJAMIN Christine, direction de l'Observation, des sciences des données et de l'Évaluation, département Données et Évaluation en santé, INCa, Boulogne-Billancourt

Dr BOUSQUET Philippe Jean, direction de l'Observation, des sciences des données et de l'Évaluation, INCa, Boulogne-Billancourt

Mme COQUELIN Anaëlle, Service Évaluation et Outils pour la qualité et la sécurité des soins, Haute Autorité de santé, Saint-Denis

Mme ERBAULT Marie, Service Évaluation et Outils pour la qualité et la sécurité des soins, Haute Autorité de santé, Saint-Denis

M. De LUZE Samuel, pôle Santé Publique et soins, département Organisation et Parcours de soins, INCa, Boulogne-Billancourt (jusqu'en novembre 2020)

Mme MOROIS Sophie, direction des Recommandations et du Médicament, département Bonnes Pratiques, INCa, Boulogne-Billancourt

RELECTEURS

ALTIER Pascale, Comité de démocratie sanitaire, Saint Rémy les chevreuse

BARBIER Louise, Chirurgien, Tours

BELLOUARD Arnould, Chirurgien, Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP), Olivet

BOESPFLUG Olivia, Médecin, Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP), Pau

BOUCHERAT Cédric, Pharmacien, Comité de démocratie sanitaire, Livry Gargan

BOUKTIF Imen, Médecin, SFR, Clichy

CHERIF Rim, Chirurgien, Association Française de Chirurgie (AFC), Créteil

DAUCHY Sarah, Psychiatre, Société Française de Psycho-Oncologie (SFPO), Paris

DE BONNIERES Alix, Médecin, Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP), Paris

FEISSAT Bernard, Comité de démocratie sanitaire, Boulogne

FLORET Céline, Psychiatre, Société Française de Psycho-Oncologie (SFPO), Montpellier

GARNIER Jonathan, Chirurgien, Société Française du Cancer (SFC), Marseille

GAUJOUX Sébastien, Chirurgien, Association Française de Chirurgie (AFC), Paris

HEDJOUJJE Abdellah, Médecin, Société Nationale Française de Gastroentérologie (SNFGE), Clichy

HUGUET Florence, Radiothérapeute, Société Française de Radiothérapie Oncologique (SFRO), Paris

JAGOT Lacoussiere Pascal, Chirurgien, Association Française de Chirurgie (AFC), Le Mans

KABBEJ Mourad, Chirurgien, Association Française de Chirurgie (AFC), Meaux

LAYET Valérie, Médecin, Comité de Démocratie Sanitaire, Montivilliers

LE DUFF Franck, Médecin, Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers, Bastia

LOUVEAU Vincent, Médecin, Collège de Médecine Générale (CMG), Bellevigny

LUBRANO Jean, Chirurgien, ACHBT, Caen

MAIRE Frédérique, Médecin, Clichy

MONPETIT Anny, Médecin, Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP), Vannes

NOUSBAUM Jean-Baptiste, Médecin, Registre, Brest

PATERNOSTRE Bernard, Médecin, Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP), Bordeaux

PICARD Stéphane, Médecin, Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP), Paris

POLI Marie Jo, Comité de Démocratie Sanitaire, Ajaccio

POLOMENI Alice, Psychologue, Société Française de Psycho-Oncologie (SFPO), Paris

REBOURS Vinciane, Médecin, Conseil National Professionnel d'Hépatogastroentérologie (CNPHGE), Clichy

REGIMBEAU Jean-Marc, Chirurgien, ACHBPT, Amiens

ROUGE BUGAT Marie-Ève, Médecin, Collège de Médecine Générale (Cmg), Toulouse

SA CUNHA Antonio, Chirurgien, ACHBT, Villejuif

SANCHEZ Vincent, Médecin, Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP), Reims

VINCENT Bruno, Médecin, Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP), Clichy

SOMMAIRE

ABRÉVIATIONS	7
SYNTHÈSE 8	
1. INTRODUCTION	11
2. MÉTHODE	13
2.1. PHASE PRÉPARATOIRE	13
2.2. PHASE D'EXPERTISE	13
2.2.1. Premier tour de cotation	14
2.2.2. Face-à-face	14
2.2.3. Deuxième tour de cotation	15
2.3. PHASE DE CONCERTATION NATIONALE	15
2.4. PHASE DE TEST	16
3. RÉSULTATS INTERMÉDIAIRES.....	17
3.1. PHASE PRÉPARATOIRE	17
3.2. PHASE D'EXPERTISE	18
3.2.1. Ajout d'indicateurs par les experts	18
3.2.2. Processus de sélection des indicateurs.....	18
3.3. PHASE DE CONCERTATION NATIONALE	19
3.3.1. Évaluation globale du rapport	19
3.3.2. Évaluation des indicateurs	20
4. RÉSULTATS FINAUX.....	21
4.1. AUTOMATISATION DU CALCUL DES INDICATEURS.....	21
4.2. LES INDICATEURS DE QUALITE ET DE SECURITE DES SOINS POUR L'ADENOCARCINOME DU PANCREAS.....	22
Synthèse des douze indicateurs de qualité et de sécurité des soins pour l'adénocarcinome du pancréas.....	22
A. Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une TDM avant tout geste invasif ou traitement.....	24
B. Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas non métastatique ayant eu une IRM injectée du foie dans le mois précédent.....	29
C. Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu de la chimiothérapie adjuvante dans les 12 semaines suivant la chirurgie	32
D. Proportion de patients ayant eu une pancréatectomie pour un adénocarcinome du pancréas recevant une immuno-nutrition préopératoire	35
E. Proportion de patients ayant un adénocarcinome du pancréas avec sténose duodénale traitée par gastrojéjunostomie chirurgicale.....	37
F. Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une laparotomie sans pancréatectomie	39
G. Proportion de patients traités par pancréatectomie avec résection vasculaire pour adénocarcinome du pancréas ayant eu un traitement néoadjuvant.....	42
H. Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une complication hémorragique post-opératoire traitée par radiologie interventionnelle en première intention	45
I. Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant un suivi post thérapeutique pendant 2 ans et 5 ans	48
J. Ratio de mortalité postopératoire à 90 jours chez les patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas.....	51

K. Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une prise en charge palliative dans les 2 mois précédant le décès.....	54
L. Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant reçu une chimiothérapie dans le dernier mois de vie	57
5. CONCLUSION	59
BIBLIOGRAPHIE	60
ANNEXES.....	62
ANNEXE 1 : PLATEFORME DE DONNEES EN CANCEROLOGIE	62
ANNEXE 2 : REQUETE <i>PUBMED</i> PARANGONNAGE IQSS	64
ANNEXE 3 : LISTE DES INDICATEURS PROPOSES PAR LES EXPERTS MAIS NON RETENUS POUR LE PROCESSUS DE SELECTION.....	65
ANNEXE 4 : PROCESSUS DE SELECTION DES INDICATEURS.....	69
ANNEXE 5 : RESULTATS DES DEUX TOURS DE COTATION DES EXPERTS.....	75
ANNEXE 6 : RATIONNEL COMPLET DES INDICATEURS.....	76

ABRÉVIATIONS

3C	Centre de coordination en cancérologie
ACHBT	Association de chirurgie-hépatobilio-pancréatique et transplantation hépatique
ALD	Affection de longue durée
AFSOS	Association francophone pour les soins oncologiques de support
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
BDMA	Bases de données médico-administratives
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CIM-10	Classification internationale des maladies, 10 ^e révision
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
DCC	Dossier communicant de cancérologie
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DPC	Duodéno pancréatectomie céphalique
DPI	Déclaration publique d'intérêts
DS	Déviations standard
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires
FHF	Fédération hospitalière de France
FFCD	Fédération française d'endoscopie digestive
HAS	Haute Autorité de santé
INCa	Institut national du cancer
IQSS	Indicateur de qualité et de sécurité des Soins
IRM	Imagerie par résonance magnétique
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
RBP	Recommandation de bonne pratique
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
SIAD	Société d'imagerie abdominale et digestive
SFCD	Société française de chirurgie digestive
SFR	Société française de radiologie
SFED	Société française d'endoscopie digestive
SFMN	Société française de médecine nucléaire et imagerie moléculaire
SNFGE	Société nationale française de gastroentérologie
SNDS	Système national des données de santé
TDM TAP	Tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne
Traitement néoadjuvant	Traitement qui précède de principe une résection chirurgicale
Traitement d'induction	Traitement qui favorise la réalisation d'une résection secondaire

SYNTHÈSE

Ce rapport est l'aboutissement d'un travail de groupe sur l'élaboration d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) spécifiques au cancer du pancréas.

Objectif

L'objectif de ce projet est de proposer des IQSS spécifiques au cancer du pancréas, basés sur les recommandations de bonne pratique et automatisables à partir des bases de données médico-administratives pour favoriser la mise en œuvre de démarches d'amélioration de la qualité et renforcer la pertinence des soins.

Méthode

Ce projet a été piloté par l'Institut national du cancer en partenariat avec la Haute Autorité de santé (HAS). Le groupe de travail était composé de parties intéressées (agences régionales de santé, fédérations hospitalières, réseaux régionaux de cancérologie, représentant des usagers et associations de patients) ainsi que d'experts cliniciens issus des sociétés savantes. Il s'appuie sur la méthode Rand, méthode de consensus.

En phase préparatoire, a été réalisé un recensement des recommandations de bonne pratique ainsi qu'un parangonnage des IQSS existants au niveau international. En parallèle, une contribution écrite a été demandée aux parties intéressées afin de recueillir leurs besoins en termes d'IQSS. Cette phase préparatoire a permis d'aboutir à une pré-liste d'indicateurs à proposer aux experts.

Lors de la deuxième phase, les experts ont eu l'opportunité d'ajouter des indicateurs à la pré-liste proposée. Ils ont ensuite coté sur une échelle de 1 à 9 la pertinence et la validité de chaque indicateur. Une première cotation s'est déroulée par mail sans concertation entre experts. Une réunion en face-à-face a ensuite permis au groupe de discuter des résultats. À l'issue de cette réunion, une deuxième cotation a été réalisée permettant de sélectionner la liste définitive des IQSS à développer.

Les fiches descriptives de chaque indicateur ont été construites puis l'intégralité du travail a été relue lors d'une concertation nationale auprès de professionnels de santé, de patients et d'acteurs politiques.

Résultats

La phase préparatoire a permis de sélectionner une pré-liste de 36 indicateurs à proposer au groupe de travail. Le groupe de travail a souhaité ajouter 9 indicateurs à cette pré-liste, totalisant donc 45 indicateurs pour le premier tour de cotation des experts.

Le premier tour de cotation des experts a abouti à une sélection de 26 indicateurs. À l'issue du face-à-face, un total de 13 indicateurs est retenu pour le deuxième tour de cotation des experts. Sur ces 13 indicateurs, les experts ont finalement sélectionné dix indicateurs pour mesurer la qualité et la sécurité des soins des patients atteints d'un cancer du pancréas.

La concertation nationale a permis d'ajouter 2 indicateurs et de réajuster les libellés des indicateurs et les fiches descriptives.

Les douze indicateurs sont présentés dans le tableau ci-dessous, selon le type de cancer et les étapes du parcours de soins. Une cible à atteindre et un niveau d'alerte ont également été définis par les experts.

CANCER DU PANCRÉAS	Patient opéré	Patient non opéré	
Processus/Diagnostic - A – Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une TDM avant tout geste invasif ou traitement ;		Cible	Alerte
	Sous-indicateur A : TDM AP	= 100 %	< 95 %
	Sous-indicateur B Strate A : TDM thoracique avant chirurgie	= 100 %	< 99 %
	Sous-indicateur B Strate B : TDM thoracique avant chimiothérapie	≥ 99 %	< 90 %
- B – Proportion de patients opérés par laparotomie d'un adénocarcinome du pancréas non métastatique ayant eu une IRM injectée du foie dans le mois précédent.	Cible : > 90 % Alerte si < 80 %		Non concerné
Processus/Traitement - C – Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu de la chimiothérapie adjuvante dans les 12 semaines suivant la chirurgie ;		Cible	Alerte
	Strate A : sans chimiothérapie néoadjuvante	> 75 %	< 60 %
	Strate B : avec chimiothérapie néoadjuvante	> 60 %	< 50 %
- D – Proportion de patients ayant eu une pancréatectomie pour adénocarcinome du pancréas recevant une immuno-nutrition préopératoire ;	Cible : > 90 % Alerte si < 75 %		Non concerné
- E – Proportion de patients ayant un adénocarcinome du pancréas avec sténose duodénale traitée par chirurgicale.	Non concerné		Cible : < 10 % Alerte si > 20 %
Processus/Diagnostic & Traitement - F – Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une laparotomie sans pancréatectomie.		Cible	Alerte
	Strate A : chirurgie d'emblée	< 5 %	> 10 %
	Strate B : après traitement d'induction	< 15 %	> 25 %
- G – Proportion de patients ayant eu une pancréatectomie avec résection vasculaire pour adénocarcinome du pancréas précédée d'un traitement néoadjuvant ;	Cible : > 80 % Alerte si < 70 %		Non concerné
- H – Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une complication hémorragique post-opératoire traitée par radiologie interventionnelle en première intention.	Cible : > 75 % Alerte si < 65 %		Non concerné

Processus/Suivi - I – Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu un suivi post thérapeutique pendant 2 ans et 5 ans.	Cible : > 90 % Alerte si < 80 %	Non concerné
Résultat/Traitement - J – Ratio de mortalité postopératoire à 90 jours chez les patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas.	Cible : ratio = 1 Alerte si ratio > 2 ou 3 DS	Non concerné
Soins en fin de vie/Processus - K – Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une prise en charge palliative dans les 2 mois précédant le décès ;	Cible : > 90 % Alerte si < 80 %	
- L – Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant reçu une chimiothérapie dans le dernier mois de vie.	Cible : < 15 % Alerte si > 30 %	

Conclusion

Les douze IQSS sélectionnés, concernent toutes les phases du parcours de soins du patient, associant des indicateurs de processus, de résultat et d'évaluation de la pertinence des soins.

Cette sélection d'indicateurs est néanmoins restreinte à la disponibilité des données présentes dans les bases de données médico-administratives.

L'utilisation effective de ces douze indicateurs sera fonction de la valeur prédictive positive ou de la valeur prédictive négative de chaque indicateur qui sera calculée lors d'une phase de test en comparant les données présentes dans les bases de données médico-administratives aux données sources du dossier patient.

La diffusion annuelle des résultats des indicateurs donnera aux professionnels de santé et aux décideurs des outils de pilotage local mais également de coordination territoriale de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Ceci renforcera également les actions de transparence à destination du public.

1. INTRODUCTION

Au niveau international, il est aujourd'hui communément accepté que l'amélioration des pratiques soignantes passe par leur évaluation. Cette prise de conscience est apparue dès le milieu des années 60 avec l'utilisation par Avedis Donabedian d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) comme modèle d'évaluation (Donabedian 1966, 1988).

En France, les IQSS émanent d'une volonté politique affirmée depuis déjà plus de 10 ans puisque dès 2008, la Haute Autorité de santé (HAS) en lien avec le ministère en charge de la Santé, développe et recueille des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. À cette notion de qualité de soins vient se greffer la notion de pertinence. Constatant une augmentation de la fréquence des actes et une variabilité géographique des pratiques, le ministère de la Santé et l'Assurance Maladie ont saisi en 2010 la HAS sur le sujet de la pertinence. Aujourd'hui encore, selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 25 % à 30 % des dépenses d'actes et des prescriptions seraient inutiles. Cette volonté politique est réaffirmée en 2017 dans un rapport parlementaire sur *L'évolution des modes de financement des établissements de santé*, qui met en avant trois piliers pour mettre en place de nouvelles mesures de la qualité des soins. Un des trois piliers est consacré aux « *indicateurs cliniques de qualité fondés sur les résultats* » (Véran 2017). L'amélioration de la qualité, de la pertinence et de la sécurité des soins semble donc être un enjeu majeur de santé publique. La Stratégie Nationale de Santé, adoptée en décembre 2017, reprend d'ailleurs dans un des quatre thèmes prioritaires la nécessité de « *développer une culture de la qualité et de la pertinence* » (Ministère des solidarités et de la santé 2017).

L'Institut national du cancer (INCa) a, dès 2014, souhaité porter au sein du Plan Cancer 2014-2019 (Institut national du cancer, Ministère des affaires sociales et de la santé, et Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche 2014), l'élaboration d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins spécifiques à la cancérologie (action 2.2).

La mise en place d'IQSS spécifiques au parcours de santé en cancérologie engendre de nombreux avantages. Utiles au pilotage interne des établissements de santé, ces indicateurs permettent également d'améliorer la coordination et la qualité des parcours de santé sur un territoire donné, au niveau des agences régionales de santé (ARS) ou bien encore des centres de coordination en cancérologie (3C). Certains des indicateurs, dont les résultats sont imputables à un établissement, peuvent également être intégrés au nouveau dispositif d'autorisation de traitement du cancer ou aux IQSS diffusés par la HAS. Enfin, la diffusion publique des résultats de ces indicateurs offre aux usagers une transparence d'information indispensable.

En cancérologie, les parcours de santé sont très spécifiques à la localisation de la tumeur. Il semblait donc plus pertinent de développer des IQSS selon les types de cancer. Le cancer du pancréas fait partie des cancers de mauvais pronostic. L'incidence estimée en France en 2018 est de 14 184 nouveaux cas, 7 301 chez l'homme et 6 883 chez la femme (Defossez et al., 2019). Le nombre de décès en 2018 est estimé à 11 456 cas, 5 790 chez l'homme et 5 666 chez la femme. soit la 5^e cause de mortalité par cancer chez l'homme et la 4^e cause chez la femme (Defossez et al., 2019). La survie nette à 5 ans standardisée sur l'âge s'est très légèrement améliorée passant de 6 à 8 % entre les périodes 1989-1993 et 2005-2010 mais reste très basse (Cowppli-Bony et al., 2016). Il semble donc important de mettre en place des indicateurs de qualité et de sécurité des soins spécifiques au cancer du pancréas et en lien avec les recommandations de bonne pratique. Ceci paraît d'autant plus important que de nouvelles dispositions sont proposées dans le cadre des autorisations des établissements de santé à traiter des personnes atteintes d'un cancer.

Le parcours de soins des patients atteints d'une tumeur endocrine du pancréas étant très différent, ce document se focalisera sur les adénocarcinomes du pancréas.

L'objectif de ce projet est donc de proposer des **IQSS spécifiques à l'adénocarcinome du pancréas** basés sur les dernières recommandations de bonne pratique labellisées par l'Institut national du cancer (ACHBT, 2018).

Afin que ces indicateurs soient une aide pour les professionnels de santé et non une charge de travail supplémentaire pour leur documentation, l'Institut a souhaité qu'ils soient calculés à partir de données déjà recueillies de façon automatique *via* la plateforme de données en cancérologie ([Annexe 1](#)). Cette plateforme, hébergée par l'Institut, comprend les données de la cohorte cancer (extraction des données du SNDS), et s'enrichira des données issues des registres des cancers et du dépistage. Ce choix pourra être réajusté en fonction de l'évolution du Dossier Communicant de Cancérologie (DCC). Une actualisation des IQSS est prévue en cas de modification des codes présents dans les bases de données médico-administratives ou d'évolution des recommandations de bonne pratique.

Ce projet est piloté par l'Institut national du cancer en partenariat avec la Haute Autorité de santé (HAS). Des parties intéressées sont consultées en amont et en aval du projet (agences régionales de santé, fédérations hospitalières, réseaux régionaux de cancérologie, représentant des usagers et associations de patients). Le groupe de travail est lui composé d'experts cliniciens. Il s'appuie sur la méthode Rand, méthode de consensus explicitée ci-dessous ainsi que sur les données de la plateforme de données en cancérologie, hébergée par l'Institut national du cancer.

2. MÉTHODE

La méthode d'élaboration d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins pour l'adénocarcinome du pancréas se compose en quatre phases : phase préparatoire, phase d'expertise, phase de concertation nationale et phase de test ¹.

Ces phases permettent d'évaluer et de garantir les caractéristiques attendues d'un bon indicateur de qualité et de sécurité des soins qui sont : la pertinence, la validité, la fiabilité et la faisabilité (ANAES 2002 ; Smith 2008 ; Campbell 2002). Plus précisément, la pertinence et la validité sont étudiées lors de l'expertise ; la faisabilité lors de la concertation nationale et la validité et la fiabilité sont étudiées lors de la phase de test.

2.1. Phase préparatoire

L'objectif de la phase préparatoire était de faire une pré-sélection des indicateurs potentiels à développer. Cette phase a été réalisée par l'Institut.

Dans un premier temps, une lecture détaillée du thésaurus **Conduites à tenir devant des patients atteints d'adénocarcinome du pancréas** élaboré par l'ACHBT, en partenariat avec la SIAD, la Société d'organe de la SFR, la SNFGE, la SFED, la FFCD, la SFCD, la SFMN, la SFP et l'AFSOS, labellisé par l'Institut national du cancer, a été réalisée. Ces éléments de recommandations ont ensuite été analysés selon leur possibilité de se décliner en indicateur de qualité et de sécurité des soins et selon la disponibilité des données dans la plateforme de données en cancérologie. À l'aide d'une grille de lecture, ils ont été classés en plusieurs sous-groupes en fonction du stade de cancer, de la phase de parcours de soins (diagnostic, traitement, suivi) et de la thématique principale (biopsie, imagerie, thérapeutique...).

Dans un second temps, un **parangonnage² international** a été réalisé sur les indicateurs de qualité et de sécurité des soins existants sur le cancer du pancréas à partir d'une requête *Pubmed* limitée à la période 2015-2019 ([Annexe 2](#)). Selon la même grille de lecture utilisée pour les éléments de recommandations, les indicateurs issus des articles ont été analysés puis classés.

Enfin, les **parties intéressées** du projet ont été sollicitées par mail. Une contribution écrite leur a été demandée sur les indicateurs déjà utilisés au sein de leurs institutions mais également sur leurs besoins en termes d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins pour le cancer du pancréas.

La mise en relation de ces trois sources a permis d'aboutir à une pré-liste d'indicateurs.

2.2. Phase d'expertise

L'objectif de l'expertise était de trouver un consensus entre les experts sur une liste d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins à développer pour l'adénocarcinome du pancréas. Le processus de consensus s'est déroulé en trois étapes selon la méthode RAND (Fitch 2001) : un premier tour de cotation, une discussion en face-à-face des résultats, un deuxième tour de cotation.

Un total de 11 experts a été sélectionné à titre personnel parmi les experts ayant rédigé les dernières recommandations sur l'adénocarcinome du pancréas publiées par l'Institut (ACHBT, 2019). La sélection s'est voulue être représentative des professionnels de santé exerçant auprès des patients atteints d'un

¹ <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Guide-methodologique-des-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-en-cancerologie>

² *Benchmarking*.

adénocarcinome du pancréas : le panel est pluridisciplinaire, issu aussi bien du secteur public que du secteur privé, et intègre des personnes ayant une bonne connaissance du sujet de par leur participation à la production des recommandations nationales. Chaque expert a complété une déclaration d'intérêts dont les liens ont été analysés au regard du sujet de l'expertise. Ces déclarations sont rendues publiques sur le site internet de l'Institut national du cancer³.

Une première réunion regroupant les experts s'est déroulée le 28 janvier 2020. La méthodologie du projet a été présentée et discutée afin de traiter toutes les questions subsistantes.

Entre la réunion de présentation et la première cotation, le groupe de travail a eu la possibilité d'ajouter des indicateurs à la pré-liste composée en phase préparatoire, permettant ainsi d'avoir une pré-liste complète pour passer à l'étape de cotation.

2.2.1. Premier tour de cotation

Il a été demandé aux experts d'établir pour chaque indicateur une cotation sur la pertinence et la validité de l'indicateur.

La **pertinence** d'un indicateur regroupe différents concepts. D'une part, elle est définie par le fait qu'un indicateur mesure un évènement possédant une marge d'amélioration en termes de qualité et de sécurité des soins. Il doit être un outil d'aide à la décision. D'autre part, les professionnels de santé doivent manifester la nécessité en termes de santé publique de recueillir l'indicateur (pertinence clinique).

La **validité** d'un indicateur est le degré d'exactitude de l'indicateur pour mesurer ce qu'il est censé mesurer. Les experts doivent réfléchir si l'indicateur mesure bel et bien ce que l'on souhaite mesurer ou si les résultats sont influencés par d'autres facteurs. Il est possible de coter un indicateur comme étant très valide même si d'autres facteurs influencent les résultats. Cependant, les facteurs dits de confusion doivent être cités dans les commentaires pour pouvoir être pris en compte dans l'analyse.

La cotation a été recueillie par mail, de façon individuelle et sans concertation avec les autres experts.

L'échelle de cotation de 1 à 9, se comprend ainsi :

- entre 1 et 3 : l'indicateur n'est pas pertinent/valide pour mesurer la qualité et ne doit donc pas être suivi ;
- entre 4 et 6 : la pertinence/validité n'est pas univoque et le suivi n'est pas forcément utile ;
- entre 7 et 9 : l'indicateur est considéré comme pertinent/valide pour mesurer la qualité et devrait donc être suivi (Marshall 2003).

2.2.2. Face-à-face

Une réunion en face-à-face qui devait se dérouler le 31 mars 2020 mais, en raison de la pandémie COVID-19, a été réalisée en visioconférence le 26 mai 2020. Après une présentation des résultats du premier tour de cotation, les experts ont pu échanger sur ces résultats : la formulation du libellé des indicateurs, leur cotation en termes de pertinence et de validité. Cet échange a permis aux experts de justifier leur choix et de trouver des solutions sur les points de désaccord.

³ <http://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Deontologie-et-transparence-DPI/Declarations-publiques-d-interets-DPI>

2.2.3. Deuxième tour de cotation

Le deuxième tour de cotation a été réalisé par mail à la fin de la réunion du 26 mai 2020. Les experts ont de nouveau coté la validité et la pertinence des indicateurs mais la liste était restreinte aux indicateurs sélectionnés au premier tour de cotation et à ceux discutés lors de la réunion.

Pour faire partie de la sélection finale, un indicateur devait remplir les trois conditions suivantes (Marshall 2003) :

- médiane du groupe d'experts > à 7 pour la validité ;
- médiane du groupe d'experts > à 6 pour la pertinence ;
- absence de désaccord au sein du groupe d'experts.

Un désaccord était défini statistiquement lorsque les deux conditions suivantes étaient réunies :

- 1/3 ou plus des cotations sont situées entre 1 et 3 ;
- 1/3 ou plus des cotations sont situées entre 7 et 9.

À l'issue du processus de sélection des indicateurs, le contenu précis de chaque indicateur a été défini à l'aide d'une fiche descriptive par les experts lors de deux réunions réalisées en visioconférence (pandémie COVID-19 toujours en cours) le 23 juin et le 13 octobre 2020, et par échange de mails.

Cette fiche comprend :

1. **Description générale** : Libellé de l'indicateur, Définitions, Population concernée, Numérateur, Dénominateur, Type d'indicateur, Critères d'inclusion, Critères de non-inclusion, Niveaux géographiques de restitution, Périodicité de la mesure, Ajustement, Stratification, Modalités de calcul de l'indicateur.
2. **Interprétation** : Intérêt de l'indicateur, Rationnel de l'indicateur, Intégration au processus d'autorisation du traitement du cancer, Intégration aux IQSS de la HAS, Limites et biais, Modalités d'interprétation, Taux cibles, Comparaison possible.
3. **Élaboration et qualités** : Sources et origines, Référentiels, Références bibliographiques, Organismes responsable de la collecte, de la validation de la fiche, Date de validation de la fiche.
4. **Liste des codes utilisés pour le calcul de l'indicateur.**

Les Rationnels complets des indicateurs se trouvent en [Annexe 5](#). L'intérêt de l'indicateur est rédigé au cours des réunions d'expertise, à la suite des retours des parties intéressées, au début de la phase d'élaboration et de la relecture nationale.

2.3. Phase de concertation nationale

Une phase de concertation nationale a été réalisée avec pour objectif d'évaluer la cohérence, la lisibilité et l'acceptabilité des indicateurs de qualité et de sécurité sélectionnés lors de la phase d'expertise. Cela a permis d'évaluer une des caractéristiques requises pour un bon indicateur : la faisabilité.

La **faisabilité** est une caractéristique qui reflète l'acceptabilité par les professionnels de santé de l'indicateur. L'indicateur est-il facile, clair, simple à utiliser ? Une bonne faisabilité est garante d'une meilleure exhaustivité et qualité des données.

La concertation nationale s'est déroulée au quatrième trimestre 2021 par sollicitation des parties intéressées et des présidents des différents organismes en lien avec le cancer de façon générale ou le cancer du pancréas.

2.4. Phase de test

Les bases de données médico-administratives présentes au sein de la plateforme de données en cancérologie à partir desquelles seront calculés les IQSS ont l'avantage de fournir des données individuelles structurées, codées de manière standardisée à l'échelle nationale. Il faut néanmoins noter qu'elles présentent quelques limites inhérentes à la qualité du codage.

Il convient par conséquent d'évaluer la fiabilité des IQSS calculés à partir des BDMA sur la base de critères objectifs avant de pouvoir les utiliser.

L'objectif de la phase de test est d'évaluer la fiabilité des indicateurs de qualité et de sécurité des soins en cancérologie calculés à partir des BDMA. Les résultats des indicateurs calculés à partir des BDMA seront comparés aux résultats calculés à partir :

- des données issues des registres des cancers ;
- des données des dossiers médicaux des patients (étude de terrain).

À l'issue de cette phase de test, seuls les IQSS ayant une bonne valeur prédictive positive ou prédictive négative seront retenus. Les résultats des indicateurs seront diffusés de façon annuelle sur la plateforme Scansanté de l'ATIH. Deux modalités de diffusion sont envisagées :

- la diffusion aux seuls acteurs de soins concernés, permettant ainsi d'inscrire les indicateurs dans le pilotage interne de la qualité ;
- la diffusion publique pour les indicateurs répondant aux critères suivants :
 - les résultats de l'indicateur imputables à l'établissement,
 - un minimum de 11 cas dénombrés,
 - une valeur prédictive positive et négative conforme aux attendus,
 - une comparaison inter établissement des résultats de l'indicateur pertinente pour améliorer la qualité de la prise en charge.

Les indicateurs répondant à ces critères pourront être diffusés publiquement.

La phase de test devrait débuter en 2021.

3. RÉSULTATS INTERMÉDIAIRES

3.1. Phase préparatoire

La lecture du thésaurus **Conduites à tenir devant des patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas** élaboré par l'ACHBT, en partenariat avec la SIAD, la Société d'organe de la SFR, la SNFGE, la SFED, la FFCD, la SFCD, la SFMN, la SFP et l'AFSOS, labellisé par l'Institut national du cancer, a permis d'identifier 243 éléments de recommandations. Un élément de recommandation désigne un point des recommandations formulable en indicateur. Après analyse, 43 indicateurs potentiels ont pu être qualifiés comme étant des indicateurs de qualité et de sécurité des soins et dont les données étaient disponibles dans la plateforme de données en cancérologie.

Le **parangonnage international** (requête en [Annexe 2](#)) a recensé 2 articles évoquant un total de 22 indicateurs. Après analyse, 3 indicateurs potentiels ont pu être qualifiés comme étant des indicateurs de qualité et de sécurité des soins et dont les données étaient disponibles dans les bases de données médico-administratives.

La **consultation des parties intéressées** a permis de recueillir 8 contributions écrites. Les parties intéressées pouvaient s'exprimer sur les éventuels indicateurs sur lesquels ils travaillaient déjà et sur leurs éventuels besoins en termes de développement d'indicateur. Une rubrique « remarques générales » était également proposée. La synthèse des contributions écrites est la suivante :

- 7 éléments ont été rapportés pour les indicateurs déjà travaillés par les parties intéressées dont 0 pouvant se décliner en indicateurs de qualité et de sécurité des soins dont les données étaient disponibles dans les bases de données médico-administratives ;
- 130 éléments ont été rapportés pour les besoins des parties intéressées dont 44 pouvant se décliner en indicateurs de qualité et de sécurité des soins dont les données étaient disponibles dans les bases de données médico-administratives ;
- 10 remarques générales ont été rapportées dont 3 pouvant se décliner en indicateurs de qualité et de sécurité des soins dont les données étaient disponibles dans les bases de données médico-administratives.

L'analyse de l'ensemble des contributions écrites des parties intéressées a permis d'identifier plusieurs thèmes importants : les données de RCP de recours, les délais du parcours de soins, les modalités de diagnostic et de traitement et la qualité de la chirurgie. (**Figure 1**).

Figure 1. Nuage de mots des besoins d'indicateurs cités par les parties intéressées



De nombreux indicateurs issus des recommandations de bonne pratique, du parangonnage et des contributions écrites des parties intéressées étaient redondants. Un travail de fusion a donc été réalisé pour aboutir à une pré-liste de 36 indicateurs potentiels.

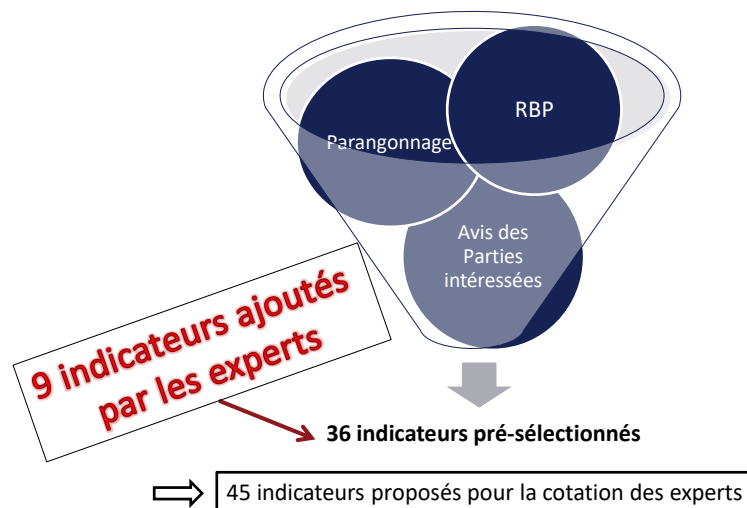
3.2. Phase d'expertise

3.2.1. Ajout d'indicateurs par les experts

La pré-liste des 36 indicateurs a été présentée aux experts qui ont pu la compléter sur proposition individuelle (Figure 2).

Les experts ont proposé 34 nouveaux indicateurs dont 15 réalisables à partir de notre plateforme de données en cancérologie. Certains indicateurs proposés par les experts étaient redondants. Le nombre final d'indicateurs ajoutés par les experts est donc de 9. D'autres indicateurs ont été proposés par les experts mais n'ont pas été retenus car les données ne sont actuellement pas disponibles dans les bases de données médico-administratives. Il est à noter, qu'avec la mise en place du dossier communicant de cancérologie (DCC), certains de ces indicateurs pourront être développés dans le futur. L'ensemble des propositions des experts est détaillé en [Annexe 3](#) avec, en commentaires, les raisons pour lesquelles l'indicateur n'a pas été retenu pour la cotation.

Figure 2. Sélection des indicateurs pour le 1^{er} tour de cotation des experts



3.2.2. Processus de sélection des indicateurs

Un total de 45 indicateurs a donc été proposé pour le 1^{er} tour de cotation des experts. Sur un total de 11 experts, 10 se sont prononcés sur la pertinence et la validité de chaque indicateur. Le 1^{er} tour de cotation a permis de retenir 26 indicateurs sur 45. Les experts étaient en désaccord pour 6 indicateurs qui ont donc été rediscutés lors du face-à-face en plus des 26 indicateurs retenus (soit 32 au total).

La réunion en face-à-face a donné lieu à différents débats portant sur les 32 indicateurs issus du premier tour de cotation :

- 16 indicateurs ont été supprimés ;
- 6 indicateurs ont été reformulés ;
- 6 indicateurs gardés à l'identique pour le 2^e tour de cotation ;
- 4 indicateurs ont été fusionnés en 1.

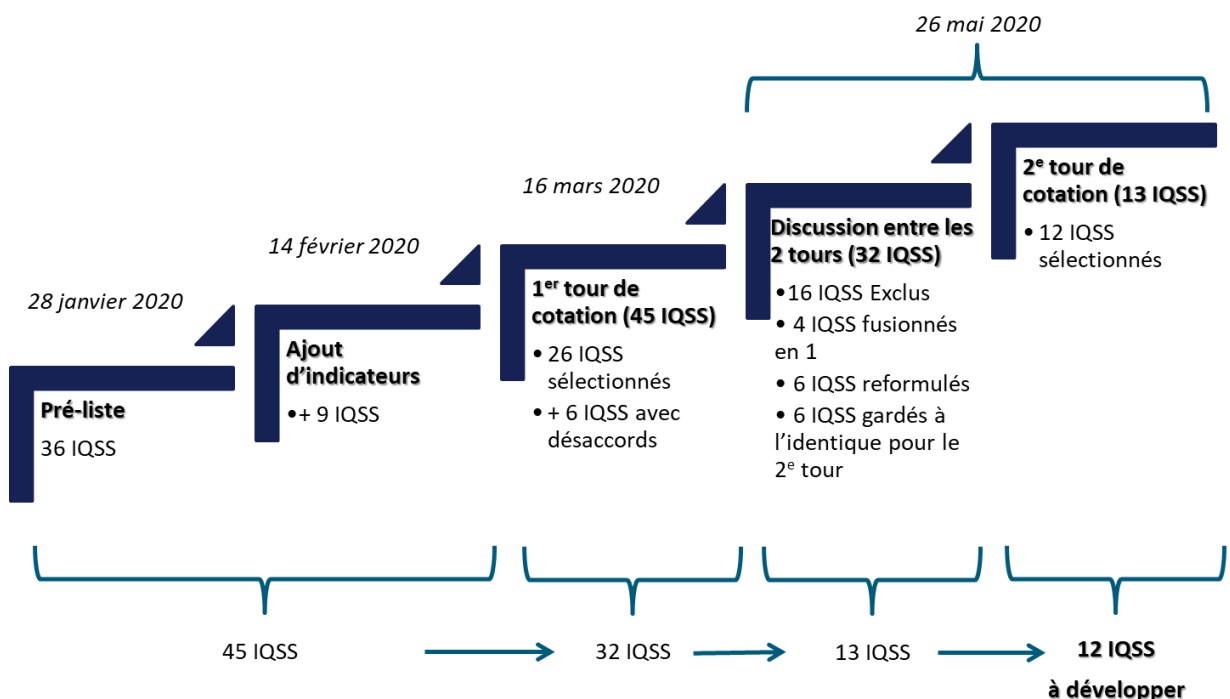
Un total de 13 indicateurs a donc été proposé pour le 2^e tour de cotation des experts. Sur les 11 experts, 10 se sont prononcés sur la pertinence et la validité de chaque indicateur. Sur les 13 indicateurs côtés, 12 ont été retenus par les experts.

Au final, 12 indicateurs clefs du parcours de soins d'un patient atteint d'un cancer du pancréas ont été retenus pour être développés à partir des bases de données médico-administratives (Figure 3).

L'ensemble du processus de sélection est détaillé en [Annexe 4](#).

Les résultats de la cotation de la pertinence et de la validité de l'ensemble des indicateurs sont représentés [Annexe 5](#).

Figure 3. Processus de sélection des indicateurs par consensus



3.3. Phase de concertation nationale

Parmi les organismes sollicités, 35 personnes, soit 30 médecins, 3 patients et 2 professionnels de santé autres, ont participé à la relecture nationale en répondant au questionnaire en ligne.

Ces personnes appartenaient pour 22 d'entre elles à une société savante, une association professionnelle, 5 au comité de démocratie sanitaire, 1 à une Agence Régionale de Santé, 1 à un registre des cancers.

Unicancer a également produit un rapport détaillé de commentaires de relecture, sans néanmoins répondre individuellement au questionnaire en ligne.

3.3.1. Évaluation globale du rapport

En début de questionnaire, une évaluation globale du rapport était demandée aux relecteurs par le biais de deux questions : Le rapport vous semble clair ? Le rapport vous semble complet ?

Les relecteurs devaient répondre sur une échelle allant de 1 à 9 : 1 = pas du tout d'accord, 9 = tout à fait d'accord, 5 = relecteur indécis.

Les réponses sont présentées dans le **Tableau 1** ci-dessous.

Tableau 1. Résultats synthétiques de l'évaluation globale du rapport IQSS cancer du pancréas par les relecteurs nationaux

	Rapport clair	Rapport complet
Minimum	4	2
Maximum	9	9
Moyenne (écart type)	7,9 (1,4)	7,4 (1,8)
Médiane [IQ25-IQ75]	8 [8-9]	8 [7-9]

3.3.2. Évaluation des indicateurs

Le questionnaire en ligne reprenait pour chaque indicateur les questions suivantes :

- cet indicateur vous semble utile :
 - pour les patients ? Oui/Non,
 - pour les professionnels de santé ? Oui/Non,
 - pour les acteurs politiques ? Oui/Non,
- la formulation de l'indicateur vous semble claire, complète et sans ambiguïté ? Échelle de 1 à 9 ;
- êtes-vous d'accord avec la cible à atteindre proposée ? Échelle de 1 à 9 ;
- êtes-vous d'accord avec la cible d'alerte proposée ? Échelle de 1 à 9 ;
- autres commentaires relatifs à cet indicateur : champ libre.

Les résultats sont présentés dans le **Tableau 2** ci-dessous.

Tableau 2. Résultats synthétiques de l'évaluation des indicateurs du rapport IQSS cancer du pancréas par les relecteurs nationaux

Indicateurs	Utilité de l'indicateur pour les...			Formulation* médiane [IQ25-IQ75]	Cibles*	
	patients %	professionnels de santé %	acteurs politiques %		à atteindre Médiane [IQ25-IQ75]	d'alerte Médiane [IQ25-IQ75]
A	77,1	97,1	82,9	9 [9-9]	9 [8-9]	9 [8-9]
B	74,3	94,3	82,9	9 [8-9]	8 [8-9]	8 [6-9]
C	88,6	97,1	85,7	9 [8-9]	8 [5-9]	8 [7-9]
D	71,4	85,7	62,9	9 [8-9]	9 [8-9]	8 [7-9]
E	65,7	88,6	68,6	9 [8-9]	9 [8-9]	8 [6,25-9]
F	74,3	97,1	74,3	9 [8-9]	8 [7-9]	8 [5,75-9]
G	57,1	82,9	68,6	9 [8-9]	8 [6-9]	8 [6-9]
H	77,1	97,1	77,1	9 [8-9]	8 [7-9]	8 [6,5-9]
I	94,3	97,1	94,3	9 [8-9]	9 [8-9]	9 [8-9]
J	62,9	91,4	85,7	9 [8-9]	9 [8-9]	9 [8-9]

*Sur une échelle de 1 à 9 : 1 = pas du tout d'accord, 9 = tout à fait d'accord, 5 = relecteur indécis.

Les relecteurs ont souligné l'intérêt d'ajouter des indicateurs sur la phase palliative. Les experts ont ajouté dans ce sens les indicateurs K et L qui ne sont donc pas évalués dans le tableau 2.

4. RÉSULTATS FINAUX

4.1. Automatisation du calcul des indicateurs

Les indicateurs proposés ne nécessitent pas de recueil de données supplémentaires de la part des professionnels de santé. Ces indicateurs seront calculés par l'Institut à partir de la plateforme de données en cancérologie. L'automatisation du calcul des indicateurs, sans nécessité de recueil spécifique, garantit la faisabilité de leur production mais limite leur choix et ne permet pas ici de couvrir la totalité du parcours de soins, en particulier les soins de support.

◆ La plateforme de données en cancérologie

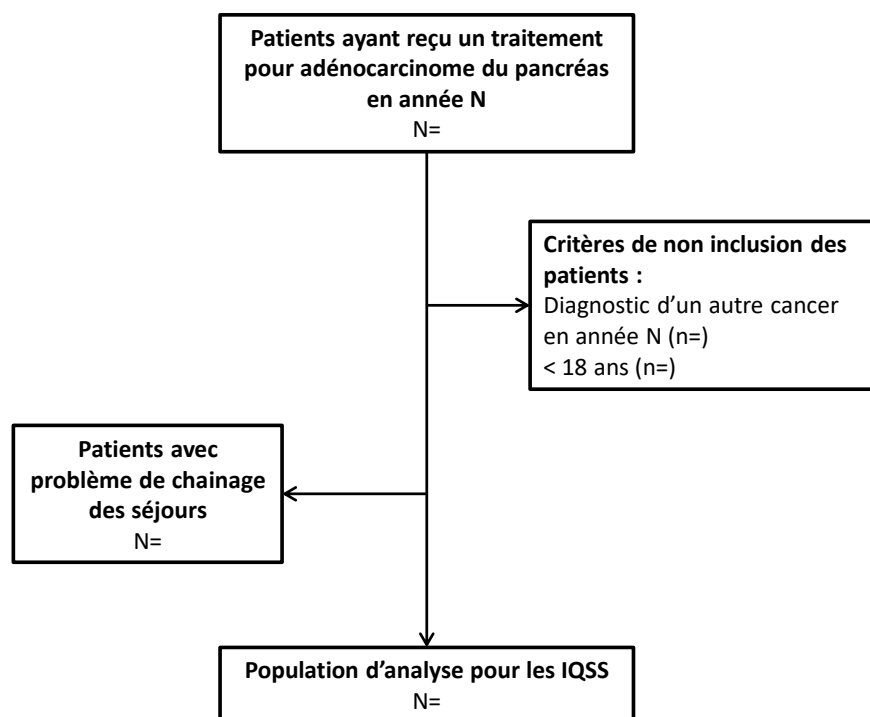
Pour le calcul des indicateurs présentés dans ce rapport, les dernières données disponibles de la plateforme de données en cancérologie seront utilisées. La plateforme intègre une extraction issue du Système national des données de santé (SNDS) qui répertorie l'ensemble des consommations de soins de ville et hospitalières (*via* le programme médicalisé des systèmes d'information – PMSI) prises en charge par l'Assurance Maladie obligatoire.

Ces données incluent toutes les personnes atteintes d'un cancer (*in situ*, invasif ou tumeur à évolution imprévisible) depuis 2010 ayant entraîné des soins à l'hôpital ou en ville, ou l'attribution d'une affection de longue durée (ALD) permettant la prise en charge à 100 % du cancer. Ces personnes seront suivies sur une période de 20 ans après leur inclusion, l'objectif étant d'améliorer la connaissance du recours aux soins et d'aider à l'organisation du système de santé.

◆ Identification de la population cible selon le code CIM-10

Ces IQSS concernent l'adénocarcinome du pancréas.

Figure 4. Flow chart de la population cible pour les IQSS adénocarcinome du pancréas



4.2. Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins pour l'adénocarcinome du pancréas

Synthèse des douze indicateurs de qualité et de sécurité des soins pour l'adénocarcinome du pancréas

Les douze indicateurs sélectionnés, synthétisés dans le tableau suivant, sont décrits un à un dans les pages suivantes. Le rationnel complet des indicateurs (recommandations et parangonnage) se situe en [Annexe 6](#).

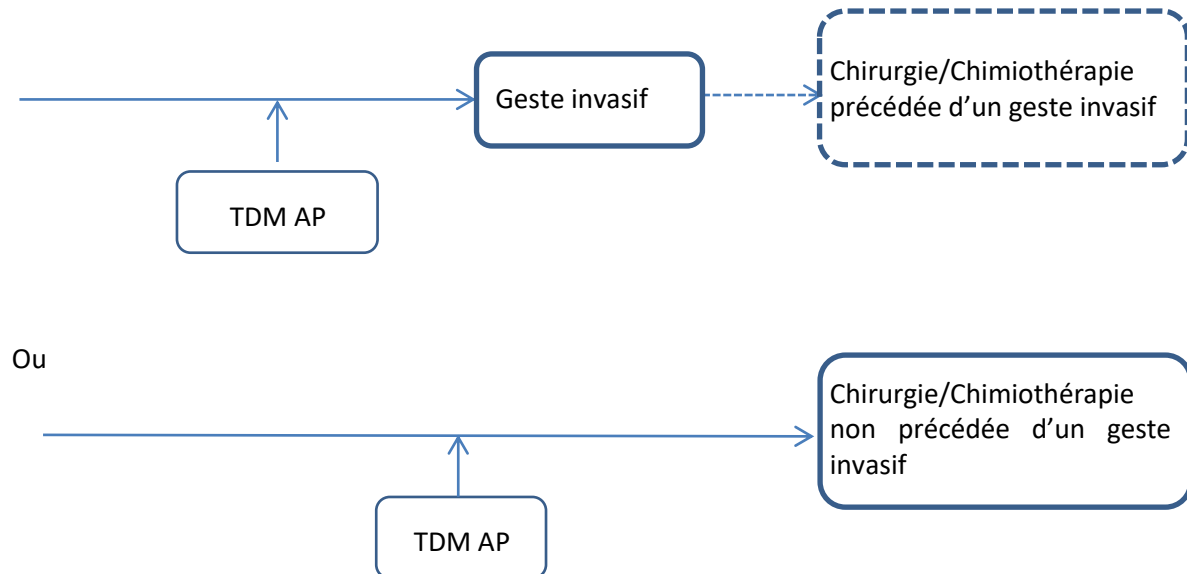
Conduites à tenir devant des patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas élaboré par l'ACHBT, en partenariat avec la SIAD, la Société d'organe de la SFR, la SNFGE, la SFED, la FFCD, la SFCD, la SFMN, la SFP et l'AFSOS, labellisé par l'Institut national du cancer

Phase du parcours de soins/Type d'indicateur	Libellé de l'indicateur	Recommandations de bonne pratique	Parangonnage	Souhait de parties intéressées	Cible à atteindre	Cible d'alerte
Processus/ Diagnostic	A - Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une TDM avant tout geste invasif ou traitement	Thématique 3 Diagnostic positif Question n° 12 - 5.5.3. Page 77 Question n° 13 - 5.6.3. Page 81 Thématique 4 Bilan d'extension Question n° 20 - 6.3.3. Page 109 Question n° 21 - 6.4.3. Page 112 Question n° 22 - 6.5.3. Page 114		FEHAP FHF UNICANCER	Sous-indicateur A = 100 % Sous-indicateur B Strate A : = 100 % Strate B : ≥ 99 %	Sous-indicateur A < 95 % Sous-indicateur B Strate A : < 99 % Strate B : < 90 %
Processus/ Diagnostic	B - Proportion de patients opérés par laparotomie d'un adénocarcinome du pancréas non métastatique ayant eu une IRM injectée du foie dans le mois précédent	Thématique 4. Bilan d'extension Question n° 20 - 6.3.3. Page 109	Marion-Audibert et al. 2018	FEHAP FHF UNICANCER	> 90 %	< 80 %
Processus/ Traitement	C - Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu de la chimiothérapie adjuvante dans les 12 semaines suivant la chirurgie	Thématique 9. Traitement adjuvant Question n° 52 - 11.5.3. Page 305	Valle et al. 2014	UNICANCER UNHPC-FHP	> 75 %	< 60 %
Processus/ Traitement	D - Proportion de patients ayant eu une pancréatectomie pour adénocarcinome du pancréas recevant une immuno-nutrition préopératoire	Thématique 7. Chirurgie Question n° 36 - 9.3.3. Page 204	Tumas et al. 2020		> 90 %	< 75 %

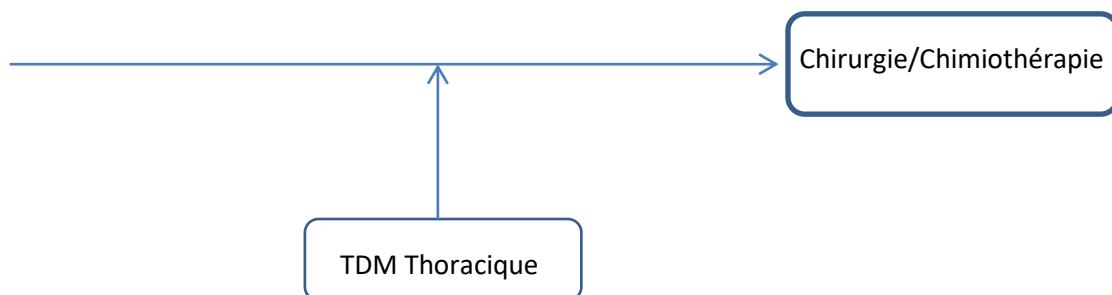
Processus/ Traitement	E - Proportion de patients ayant un adénocarcinome du pancréas avec sténose duodénale traitée par gastrojéjunostomie chirurgicale	Thématique 5. Traitement des symptômes obstructifs Question n° 30 - 7.8.3. Page 140			< 10 %	> 20 %
Processus/ Diagnostic & Traitement	F - Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une laparotomie sans pancréatectomie	Thématique 4. Bilan d'extension Question n° 24 ; 6.7.1. Page 120	Sell et al. 2018 ; van der Geest et al. 2017.		Strate A : < 5 % Strate B : < 10 %	Strate A : > 10 % Strate B : > 25 %
Processus/ Traitement	G - Proportion de patients ayant eu une pancréatectomie avec résection vasculaire pour adénocarcinome du pancréas précédée d'un traitement néoadjuvant	Thématique 7. Chirurgie Question n° 40 - 9.7.3. Page 231	Kim et al. 2013		> 80 %	< 70 %
Processus/ Traitement	H - Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une complication hémorragique post-opératoire traitée par radiologie interventionnelle en première intention		Roulin et al. 2011 Wu et al. 2020		> 80 %	< 70 %
Processus/ Suivi	I - Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu un suivi post thérapeutique pendant 2 ans et 5 ans	Thématique 11. Surveillance oncologique Question n° 60 - 13.3.3. Page 340			> 90 %	< 80 %
Résultat/ Traitement	J - Ratio de mortalité postopératoire à 90 jours chez les patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas		El Amrani et al. 2020 ; Vollmer et al. 2012 ; Venkat et al. 2011	FEHAP UNICANCER	ratio = 1	ratio > 2 ou 3 DS
Soins en fin de vie/ Processus	K - Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une prise en charge palliative dans les 2 mois précédant le décès	Thématique 10. Traitement des formes métastatiques et des récurrences Question n° 59 - 12.7.3. Page 359	Ferrell et al. 2017 Kaasa et al. 2018 Temel et al. 2010	UNICANCER	>90%	< 80 %
Soins en fin de vie/ Processus	L - Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant reçu une chimiothérapie dans le dernier mois de vie	Thématique 10. Traitement des formes métastatiques et des récurrences Question n° 55 - 12.3.3. Page 317		UNICANCER	< 15 %	> 30 %

A. Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une TDM avant tout geste invasif ou traitement

Sous-indicateur A : TDM AP avant tout geste invasif ou premier traitement pour les patients n'ayant pas de geste invasif pré-thérapeutique



Sous-indicateur B : TDM Thoracique avant premier traitement



◆ Description générale

Libellé de l'indicateur	Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une TDM avant tout geste invasif ou traitement
Définitions	<p>La <u>TDM</u> doit être réalisée dans un délai d'un mois maximum avant le 1^{er} geste invasif ou traitement pour être prise en compte dans le calcul de cet indicateur. S'il y a plusieurs TDM, c'est celle qui est la plus proche avant le geste invasif qui est prise en compte dans le calcul de l'indicateur.</p> <p>La TDM abdomino-pelvienne doit être avec injection. La TDM thoracique peut être avec ou sans injection.</p> <p>Le <u>geste invasif</u> correspond pour cet indicateur à tout acte de biopsie, d'endoscopie ou de chirurgie listé ci-après :</p> <ul style="list-style-type: none"> - biopsie sous écho-endoscopie ; - drainage biliaire endoscopique ;

	<ul style="list-style-type: none"> - biopsie du pancréas. <p>Le premier <u>traitement</u> correspond à la chimiothérapie ou la chirurgie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la <u>date de la chimiothérapie néoadjuvante</u> correspond à la date de la première cure ; - la <u>chirurgie</u> correspond pour cet indicateur à la pancréatectomie ou à la laparotomie exploratrice.
Population concernée	Patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas non métastatique ou métastatique, résécable ou non résécable.
Numérateur (N)	<p>Sous-indicateur A :</p> <p>nombre de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant réalisé une TDM abdomino-pelvienne avant le premier geste invasif ou le premier traitement si celui-ci n'est pas précédé d'un geste invasif.</p> <p>Sous-indicateur B :</p> <p>nombre de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant réalisé une TDM thoracique avant le premier traitement.</p>
Dénominateur (D)	<p>Sous-indicateur A :</p> <p>nombre de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu un geste invasif lors du diagnostic ou ayant eu un premier traitement.</p> <p>Sous-indicateur B :</p> <p>nombre de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu un premier traitement.</p>
Type d'indicateur	Processus
Critères d'inclusion	<p>Sous-indicateurs A et B :</p> <p>Age \geq 18 ans ;</p> <p>être atteint d'un adénocarcinome du pancréas non métastatique ou métastatique ;</p> <p>avoir eu un traitement (cf. définitions).</p>
Critères de non-inclusion	<p>Sous-indicateurs A et B :</p> <p>antécédent de cancer du pancréas ;</p> <p>cancer de localisation autre diagnostiqué la même année ;</p> <p>problème de chaînage entre les séjours des BDMA ;</p> <p>patients ayant eu une TDM AP et un geste invasif le même jour (TDM avant geste ou contrôle post-endoscopique avec TDM après).</p>
Niveaux géographiques	National, Régional, Établissement
Périodicité de la mesure	Annuelle
Ajustement	Aucun
Stratification	<p>Sous-indicateur A : aucune</p> <p>Sous-indicateur B :</p> <p>Strate A :</p> <p>1^{er} traitement par chirurgie</p> <p>Strate B :</p> <p>1^{er} traitement par chimiothérapie</p>
Modalités de calcul de l'indicateur	<p><u>Méthode de calcul :</u></p> <p>Proportion = $N/D * 100$</p>

◆ Interprétation

Intérêt de l'indicateur	<p>L'objectif du sous-indicateur A est notamment de tracer les patients qui ont bien la TDM AP diagnostique avant tout geste invasif, qu'il soit pose de prothèse biliaire et/ou biopsie pancréatique sous écho-endoscopie.</p> <p>Le sous-indicateur B dénombre les patients traités sans TDM thoracique.</p>												
Rationnel de l'indicateur	<p>Cet indicateur s'appuie sur les Conduites à tenir devant des patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas/Thésaurus septembre 2019, recommandations des thématiques 3 et 4 :</p> <p>« Chez les malades pour lesquels il existe un projet de résection chirurgicale, immédiat ou après traitement d'induction, il est recommandé de réaliser TDM et IRM avant la mise en place d'une prothèse biliaire du fait des artefacts et remaniements inflammatoires liés à la mise en place de la prothèse (avis d'experts). »</p> <p>« Il est recommandé de réaliser l'écho-endoscopie après TDM +/- IRM afin de limiter les artefacts liés à la ponction (avis d'experts). »</p> <p>« Pour le bilan d'extension initial d'un adénocarcinome du pancréas, il est recommandé de réaliser une TDM abdomino-pelvienne répondant à des critères d'acquisition spécifiques associée à une TDM thoracique dans le même temps (Grade B). »</p> <p>« Il est recommandé de réaliser la TDM avant tout geste endoscopique (avis d'experts) et dans les 4 semaines précédant une éventuelle résection chirurgicale. (Grade B). »</p> <p>« Une TDM thoracique récente (< 4 semaines) est recommandée pour détecter des métastases pulmonaires et servir d'examen de référence (Grade C). »</p> <p>« Il est recommandé de faire la TDM avant tout traitement, tout drainage biliaire et toute ponction pancréatique en raison du risque de pancréatite lié aux gestes endoscopiques et des artefacts liés à une prothèse biliaire (avis d'experts). »</p> <p>Cet indicateur s'appuie également sur une volonté des parties intéressées : FEHAP, FHF et UNICANCER.</p>												
Intégré aux IQSS de la HAS	En cours de discussion - sous réserve de ses qualités métrologiques.												
Limites et biais	Erreur de codage des BDMA.												
Modalités d'interprétation	<p>Indicateur de processus Phase du parcours : Diagnostique Valeur relative</p> <p>Le résultat de l'indicateur est imputable à l'établissement réalisant le 1^{er} geste invasif.</p> <p>À titre informatif, les résultats seront détaillés en fonction du type de gestes invasifs réalisés.</p>												
Taux cibles (consensus d'experts)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Cible</th> <th>Alerte</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sous-indicateur A</td> <td>= 100 %</td> <td>< 95 %</td> </tr> <tr> <td>Sous-indicateur B Strate A</td> <td>= 100 %</td> <td>< 99 %</td> </tr> <tr> <td>Sous-indicateur B Strate B</td> <td>≥ 99 %</td> <td>< 90 %</td> </tr> </tbody> </table>		Cible	Alerte	Sous-indicateur A	= 100 %	< 95 %	Sous-indicateur B Strate A	= 100 %	< 99 %	Sous-indicateur B Strate B	≥ 99 %	< 90 %
	Cible	Alerte											
Sous-indicateur A	= 100 %	< 95 %											
Sous-indicateur B Strate A	= 100 %	< 99 %											
Sous-indicateur B Strate B	≥ 99 %	< 90 %											
Comparaison possible	Interrégionale, inter-établissement												

◆ **Élaboration et qualités**

Sources et origines	Plateforme de données en cancérologie
Référentiels	CIM-10, CCAM
Références bibliographiques	ACHBT, 2019 Thématique 3 Diagnostic positif. Question n° 12 - 5.5.3. Page 77 ; Question n° 13 - 5.6.3. Page 81. Thématique 4 Bilan d'extension. Question n° 20 - 6.3.3. Page 109 ; Question n° 20 - 6.3.3. Page 109 ; Question n° 21 - 6.4.3. Page 112 ; Question n° 22 - 6.5.3. Page 114.
Organisme responsable de la collecte	ATIH et Assurance Maladie
Organisme(s) responsable(s) de la validation de la fiche	INCa et HAS
Date de validation de la fiche	16/03/2021

◆ Liste des codes utilisés pour le calcul de l'indicateur

				A. Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une TDM avant tout geste invasif ou traitement			
Population				≥18 ans			
				1 mois avant 1er geste invasif ou traitement			
type de code	nomenclature	Code	Libellé	exclusion (pancréas endocrine)	carcinome du pancréas	geste invasif, chirurgie, chimiothérapie	TDM
diagnostic	CIM	C250	Tumeur maligne de la tête du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C251	Tumeur maligne du corps du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C252	Tumeur maligne de la queue du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C253	Tumeur maligne du canal pancréatique		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C254	Tumeur maligne du pancréas endocrine	endocrine			
diagnostic	CIM	C254+0	Tumeur maligne du pancréas endocrine avec néoplasie endocrine multiple de type I	endocrine			
diagnostic	CIM	C254+1	Tumeur maligne du pancréas endocrine autre et non précisée	endocrine			
diagnostic	CIM	C257	Tumeur maligne d'autres parties du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C258	Tumeur maligne à localisations cortiquées du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C259	Tumeur maligne du pancréas sans précision		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C259+0	Tumeur maligne du pancréas familiale		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C259+1	Tumeur maligne du pancréas, autre et non précisée		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	Z511	Séance de chimiothérapie anticancéreuse			chimio en hospit	
acte	CCAM	HGCA006	Dérivation des sécrétions duodénales et biliopancréatiques par réfection du montage			geste invasif (dérivation biliaire)	
acte	CCAM	HMCA002	Cholédochooduodénostomie, par laparotomie			geste invasif (dérivation biliaire)	
acte	CCAM	HMCA003	Cholécystogastrotomie ou cholécystoduodénostomie, par laparotomie			geste invasif (dérivation biliaire)	
acte	CCAM	HMCA004	Cholédochooduodénostomie avec gastrojéjunostomie, par laparotomie			geste invasif (dérivation biliaire)	
acte	CCAM	HMCA005	Anastomose biliodigestive intrahépatique portant sur un conduit biliaire segmentaire,			geste invasif (dérivation biliaire)	
acte	CCAM	HMCA006	Cholédochojéjunostomie, par laparotomie			geste invasif (dérivation biliaire)	
acte	CCAM	HMCA007	Anastomose biliodigestive au-dessus de la convergence portant sur plusieurs conduits			geste invasif (dérivation biliaire)	
acte	CCAM	HMCA008	Anastomose biliodigestive portant sur la convergence des conduits hépatiques, par			geste invasif (dérivation biliaire)	
acte	CCAM	HMCA010	Cholécystogastrotomie ou cholécystoduodénostomie avec gastrojéjunostomie, par			geste invasif (dérivation biliaire)	
acte	CCAM	HMCA011	Cholécystojéjunostomie, par laparotomie			geste invasif (dérivation biliaire)	
acte	CCAM	HMCC001	Cholédochojéjunostomie, par coelioscopie			geste invasif (dérivation biliaire)	
acte	CCAM	HMCC002	Cholédochooduodénostomie, par coelioscopie			geste invasif (dérivation biliaire)	
acte	CCAM	HMCC003	Cholécystogastrotomie ou cholécystoduodénostomie, par coelioscopie			geste invasif (dérivation biliaire)	
acte	CCAM	HMCC013	Cholédochooduodénostomie avec gastrojéjunostomie, par coelioscopie			geste invasif (dérivation biliaire)	
acte	CCAM	HMAE001	Dilatation de l'ampoule hépatopancréatique (du sphincter d'Oddi), par oeso-gastro-			geste invasif (dilatation ampoule)	
acte	CCAM	HMGEO01	Ablation d'endoprothèse biliaire et/ou pancréatique, par oeso-gastro-duodénoscopie			geste invasif (drainage biliaire)	
acte	CCAM	HMGH002	Ablation ou changement d'endoprothèse biliaire, par voie transcutanée avec guidage			geste invasif (drainage biliaire)	
acte	CCAM	HMGH003	Ablation ou changement d'endoprothèse biliaire, par un drain transcutané déjà en place			geste invasif (drainage biliaire)	
acte	CCAM	HMJE001	Drainage de conduit biliaire ou pancréatique par voie nasale, au cours d'une endoscopie			geste invasif (drainage biliaire)	
acte	CCAM	HMJH001	Drainage externe de plusieurs conduits biliaires avec pose d'endoprothèse, par voie			geste invasif (drainage biliaire)	
acte	CCAM	HMJH002	Drainage internalisé d'un conduit biliaire, par voie transcutanée avec guidage			geste invasif (drainage biliaire)	
acte	CCAM	HMJH003	Drainage externe de plusieurs conduits biliaires, par voie transcutanée avec guidage			geste invasif (drainage biliaire)	
acte	CCAM	HMJH004	Drainage externe de conduit biliaire, par voie transcutanée avec guidage scanographique			geste invasif (drainage biliaire)	
acte	CCAM	HMJH005	Drainage externe d'un conduit biliaire avec pose d'une endoprothèse, par voie			geste invasif (drainage biliaire)	
acte	CCAM	HMJH006	Drainage externe d'un conduit biliaire, par voie transcutanée avec guidage			geste invasif (drainage biliaire)	
acte	CCAM	HMJH007	Drainage internalisé de plusieurs conduits biliaires, par voie transcutanée avec guidage			geste invasif (drainage biliaire)	
acte	CCAM	HMKEO01	Changement d'une endoprothèse biliaire, par oeso-gastro-duodénoscopie			geste invasif (drainage biliaire)	
acte	CCAM	HMKEO02	Changement de plusieurs endoprothèses biliaires, par oeso-gastro-duodénoscopie			geste invasif (drainage biliaire)	
acte	CCAM	HMKH001	Changement de drain biliaire, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou			geste invasif (drainage biliaire)	
acte	CCAM	HMLE002	Pose d'une endoprothèse biliaire, par oeso-gastro-duodénoscopie			geste invasif (drainage biliaire)	
acte	CCAM	HMLE003	Pose de plusieurs endoprothèses biliaires, par oeso-gastro-duodénoscopie			geste invasif (drainage biliaire)	
acte	CCAM	HMLH001	Pose d'une endoprothèse biliaire, par oeso-gastro-duodénoscopie et par voie			geste invasif (drainage biliaire)	
acte	CCAM	HMLH002	Pose de plusieurs endoprothèses dans des conduits biliaires préalablement drainés, avec			geste invasif (drainage biliaire)	
acte	CCAM	HMLH003	Pose d'une endoprothèse dans un conduit biliaire préalablement drainé, avec guidage			geste invasif (drainage biliaire)	
acte	CCAM	HMMA001	Internalisation secondaire d'un drainage biliaire externe déjà en place			geste invasif (drainage biliaire)	
acte	CCAM	HMMA002	Internalisation secondaire de plusieurs drainages biliaires externes déjà en place			geste invasif (drainage biliaire)	
acte	CCAM	HMPE001	Section du versant biliaire du muscle sphincter de l'ampoule hépatopancréatique			geste invasif (drainage biliaire)	
acte	CCAM	HNKE001	Changement d'une endoprothèse du conduit pancréatique, par oeso-gastro-			geste invasif (drainage biliaire)	
acte	CCAM	HNLE001	Pose d'une endoprothèse du conduit pancréatique, par oeso-gastro-duodénoscopie			geste invasif (drainage biliaire)	
acte	CCAM	HMQJ002	Échoendoscopie biliopancréatique avec biopsie transbiliopancréatique guidée			geste invasif (biopsie pancréatique)	
acte	CCAM	HNFA004	Duodéno pancréatectomie totale avec splénectomie [Spléno pancréatectomie totale], par			chirurgie (exeresse pancreas)	
acte	CCAM	HNFA006	Pancréatectomie totale ou subtotala avec conservation du duodénum et splénectomie,			chirurgie (exeresse pancreas)	
acte	CCAM	HNFA007	Duodéno pancréatectomie céphalique, par laparotomie			chirurgie (exeresse pancreas)	
acte	CCAM	HNFA010	Pancréatectomie gauche avec splénectomie [Spléno pancréatectomie gauche] avec			chirurgie (exeresse pancreas)	
acte	CCAM	HNFA011	Pancréatectomie totale ou subtotala avec conservation du duodénum, sans			chirurgie (exeresse pancreas)	
acte	CCAM	HNFA013	Pancréatectomie gauche avec splénectomie [Spléno pancréatectomie gauche], par			chirurgie (exeresse pancreas)	
acte	CCAM	HNFC002	Pancréatectomie gauche avec splénectomie [Spléno pancréatectomie gauche], par			chirurgie (exeresse pancreas)	
acte	CCAM	HNFA002	Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, avec anastomose			chirurgie (exeresse pancreas)	
acte	CCAM	HNFA008	Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, par laparotomie			chirurgie (exeresse pancreas)	
acte	CCAM	HNFC028	Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, par coelioscopie			chirurgie (exeresse pancreas)	
acte	CCAM	ZCQA001	Exploration de la cavité abdominale, par laparotomie [Laparotomie exploratrice]			chirurgie (laparo explo)	
acte	CCAM	ZCQC002	Exploration de la cavité abdominale, par coelioscopie [Coelioscopie exploratrice]			chirurgie (coelio explo)	
acte	CCAM	HNPE003	Sphinctérotomie de la papille duodénales mineure [papille accessoire], par oeso-gastro-			geste invasif (papille)	
acte	CCAM	ZCQH002	Scanographie de l'abdomen ou du petit bassin [pelvis], avec injection intraveineuse de				Scanner AP
acte	CCAM	ZCQH001	Scanographie de l'abdomen et du petit bassin [pelvis], avec injection intraveineuse de				Scanner AP
acte	CCAM	ZZQH033	Scanographie de 3 territoires anatomiques ou plus, avec injection de produit de contraste				Scanner TAP
acte	CCAM	ZBQH001	Scanographie du thorax, avec injection intraveineuse de produit de contraste				Scanner T
acte	CCAM	ZBQK001	Scanographie du thorax, sans injection intraveineuse de produit de contraste				Scanner T
Médicament	ATC	L01BC06	Capécitabine			chimio en ville	

B. Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas non métastatique ayant eu une IRM injectée du foie dans le mois précédent

◆ Description générale

Libellé de l'indicateur	Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas non métastatique ayant eu une IRM injectée du foie dans le mois précédent
Définitions	<p><u>Adénocarcinome du pancréas non métastatique</u> : le stade métastatique est le stade au moment du séjour chirurgical.</p> <p>Les codes CCAM ne permettent pas de distinguer les IRM hépatiques des autres IRM abdominales ni la réalisation de séquences de diffusion. Les IRM abdominales avec injection seront considérées comme des <u>IRM du foie injectées</u> avec séquences de diffusion. Cet examen doit être réalisé dans le mois précédant la laparotomie pour être pris en compte dans le calcul de cet indicateur, même en cas de traitement néoadjuvant ou d'induction.</p> <p>Les <u>opérations</u> concernées par cet indicateur sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - duodéno pancréatectomie céphalique ; - spléno pancréatectomie gauche ; - pancréatectomie totale ; - laparotomie non thérapeutique ; - laparotomie exploratrice.
Population concernée	Patients opérés par laparotomie d'un adénocarcinome du pancréas non métastatique.
Numérateur (N)	Nombre de patients opérés par laparotomie d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une IRM injectée du foie dans le mois précédent.
Dénominateur (D)	Nombre de patients opérés par laparotomie d'un adénocarcinome du pancréas non métastatique.
Type d'indicateur	Processus
Critères d'inclusion	Age \geq 18 ans ; être atteint d'un adénocarcinome du pancréas non métastatique ; avoir été opéré par laparotomie.
Critères de non-inclusion	Antécédent de cancer du pancréas ; cancer de localisation autre diagnostiqué la même année ; problème de chaînage entre les séjours des BDMA.
Niveaux géographiques	National, Régional, Établissement
Périodicité de la mesure	Annuelle
Ajustement	Aucun
Stratification	Aucune
Modalités de calcul de l'indicateur	<p><u>Méthode de calcul</u> :</p> <p>Proportion = $N/D * 100$</p> <p><u>Méthode de calcul des informations complémentaires</u> :</p> <p>Proportion = $N/D * 100$ selon la réalisation d'une pancréatectomie ou non</p> <p>Proportion = $N/D * 100$ selon la réalisation d'une chimiothérapie néoadjuvante ou non</p>

◆ Interprétation

Intérêt de l'indicateur	Cet indicateur permet d'évaluer la qualité du bilan d'extension préopératoire. La non réalisation d'une IRM expose à un risque plus élevé de découverte de métastases hépatiques non anticipées, et donc de laparotomie non thérapeutique avec un impact négatif sur la survie.
Rationnel de l'indicateur	<p>Cet indicateur s'appuie sur les Conduites à tenir devant des patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas/Thésaurus septembre 2019, recommandation de la thématique 4 :</p> <p><i>« Avant toute décision de résection chirurgicale, une IRM hépatique avec imagerie en pondération de diffusion est recommandée (Grade B). »</i></p> <p>Il s'appuie également sur un article scientifique stipulant que des métastases ont été retrouvées en IRM dans 11% des TDM hépatiques interprétées comme étant normales (Marion-Audibert, 2018).</p> <p>Enfin, cet indicateur s'appuie sur une volonté des parties intéressées : FEHAP, FHF et UNICANCER.</p>
Intégré aux IQSS de la HAS	En cours de discussion - sous réserve de ses qualités métrologiques.
Limites et biais	<p>Erreur de codage des BDMA.</p> <p>L'examen recommandé est une IRM injectée du foie avec séquences de diffusion. Les données présentes dans les BDMA ne nous permettant pas d'identifier les séquences de diffusion et la localisation précise du foie, l'indicateur sera calculé avec la donnée d'IRM injectée de l'abdomen. La notion d'injection permet une évaluation indirecte de la qualité technique de l'IRM (en éliminant entre autres les Bili-IRM sans étude du parenchyme hépatique).</p>
Modalités d'interprétation	<p>Indicateur de processus</p> <p>Phase du parcours : Diagnostic</p> <p>Valeur relative</p> <p>Le résultat de l'indicateur est imputable à l'établissement réalisant la laparotomie.</p> <p>Les patients qui ont une contre-indication à l'IRM sont pris en compte dans les taux cibles et d'alerte.</p> <p>Les patients ayant eu une laparoscopie (thérapeutique ou non) représentent une minorité des opérés qui ne devrait pas modifier significativement la valeur de cet indicateur.</p>
Taux cibles (consensus d'experts)	<p>Cible : > 90 %</p> <p>Alerte si : < 80 %</p>
Comparaison possible	Interrégionale, inter-établissement

◆ Élaboration et qualités

Sources et origines	Plateforme de données en cancérologie
Référentiels	CIM-10, CCAM
Références bibliographiques	ACHBT, 2019 Thématique 4 Bilan d'extension. Question n° 20 - 6.3.3. Page 109. Marion-Audibert, et al. Routine MRI With DWI Sequences to Detect Liver Metastases in Patients With Potentially Resectable Pancreatic Ductal Carcinoma and Normal Liver CT: A Prospective Multicenter Study. AJR Am J Roentgenol. 2018 Nov;211(5):W217-W225.
Organisme responsable de la collecte	ATIH et Assurance Maladie
Organisme(s) responsable(s) de la validation de la fiche	INCa et HAS
Date de validation de la fiche	16/03/2021

◆ Liste des codes utilisés pour le calcul de l'indicateur

				B. Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas non métastatique ayant eu une IRM injectée du foie dans le mois précédent			
Population Information				≥18 ans, non métastatique			
type de code	nomenclature	Code	Libellé	exclusion (pancréas endocrine, métastase)	carcinome du pancréas	chirurgie	IRM injectée
diagnostic	CIM	C250	Tumeur maligne de la tête du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C251	Tumeur maligne du corps du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C252	Tumeur maligne de la queue du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C253	Tumeur maligne du canal pancréatique		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C254	Tumeur maligne du pancréas endocrine	endocrine			
diagnostic	CIM	C254+0	Tumeur maligne du pancréas endocrine avec néoplasie endocrine multiple de type I	endocrine			
diagnostic	CIM	C254+1	Tumeur maligne du pancréas endocrine autre et non précisée	endocrine			
diagnostic	CIM	C257	Tumeur maligne d'autres parties du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C258	Tumeur maligne à localisations contiguës du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C259	Tumeur maligne du pancréas sans précision		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C259+0	Tumeur maligne du pancréas familiale		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C259+1	Tumeur maligne du pancréas, autre et non précisée		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C77	Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée	métastase			
diagnostic	CIM	C770	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques de la tête, de	métastase			
diagnostic	CIM	C771	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques intrathoracique	métastase			
diagnostic	CIM	C772	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques intra-abdomin	métastase			
diagnostic	CIM	C773	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques de l'aisselle	métastase			
diagnostic	CIM	C774	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques inguinaux et	métastase			
diagnostic	CIM	C775	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques intrapelviens	métastase			
diagnostic	CIM	C778	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques de sièges mu	métastase			
diagnostic	CIM	C779	Tumeur maligne secondaire et non précisée d'un ganglion lymphatique, sans précision	métastase			
diagnostic	CIM	C78	Tumeur maligne secondaire des organes respiratoires, sans précision	métastase			
diagnostic	CIM	C780	Tumeur maligne secondaire du poumon	métastase			
diagnostic	CIM	C781	Tumeur maligne secondaire du médiastin	métastase			
diagnostic	CIM	C782	Tumeur maligne secondaire de la plèvre	métastase			
diagnostic	CIM	C783	Tumeur maligne secondaire des organes respiratoires, autres et non précisés	métastase			
diagnostic	CIM	C784	Tumeur maligne secondaire de l'intestin grêle	métastase			
diagnostic	CIM	C785	Tumeur maligne secondaire du gros intestin et du rectum	métastase			
diagnostic	CIM	C786	Tumeur maligne secondaire du rétropéritoine et du péritoine	métastase			
diagnostic	CIM	C787	Tumeur maligne secondaire du foie et des voies biliaires intrahépatiques	métastase			
diagnostic	CIM	C788	Tumeur maligne secondaire des organes digestifs, autres et non précisés	métastase			
diagnostic	CIM	C79	Tumeur maligne secondaire de sièges autres et non précisés	métastase			
diagnostic	CIM	C790	Tumeur maligne secondaire du rein et du bassinet	métastase			
diagnostic	CIM	C791	Tumeur maligne secondaire de la vessie et des organes urinaires, autres et non précis	métastase			
diagnostic	CIM	C792	Tumeur maligne secondaire de la peau	métastase			
diagnostic	CIM	C793	Tumeur maligne secondaire du cerveau et des méninges cérébrales	métastase			
diagnostic	CIM	C794	Tumeur maligne secondaire de parties du système nerveux, autres et non précisées	métastase			
diagnostic	CIM	C795	Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse	métastase			
diagnostic	CIM	C796	Tumeur maligne secondaire de l'ovaire	métastase			
diagnostic	CIM	C797	Tumeur maligne secondaire de la glande surrénale	métastase			
diagnostic	CIM	C798	Tumeur maligne secondaire d'autres sièges précisés	métastase			
diagnostic	CIM	C799	Tumeur maligne secondaire de siège non précisé	métastase			
acte	CCAM	HMCA002	Cholécystoduodénoanastomie, par laparotomie			laparo non thérapeutique (dérivation biliaire)	
acte	CCAM	HMCA003	Cholécystogastrostomie ou cholécystoduodénoanastomie, par laparotomie			laparo non thérapeutique (dérivation biliaire)	
acte	CCAM	HMCA004	Cholécystoduodénoanastomie avec gastrojéjunostomie, par laparotomie			laparo non thérapeutique (dérivation biliaire)	
acte	CCAM	HMCA006	Cholécystojéjunostomie, par laparotomie			laparo non thérapeutique (dérivation biliaire)	
acte	CCAM	HMCA007	Anastomose biliodigestive au-dessus de la convergence portant sur plusieurs conduits			laparo non thérapeutique (dérivation biliaire)	
acte	CCAM	HMCA008	Anastomose biliodigestive portant sur la convergence des conduits hépatiques, par			laparo non thérapeutique (dérivation biliaire)	
acte	CCAM	HMCA010	Cholécystogastrostomie ou cholécystoduodénoanastomie avec gastrojéjunostomie, par			laparo non thérapeutique (dérivation biliaire)	
acte	CCAM	HMCA011	Cholécystojéjunostomie, par laparotomie			laparo non thérapeutique (dérivation biliaire)	
acte	CCAM	HNFA004	Duodéno pancréatectomie totale avec splénectomie [Spléno pancréatectomie totale], par			exeresse pancreas par laparo	
acte	CCAM	HNFA006	Pancréatectomie totale ou subtotal avec conservation du duodénum et splénectomie,			exeresse pancreas par laparo	
acte	CCAM	HNFA007	Duodéno pancréatectomie céphalique, par laparotomie			exeresse pancreas par laparo	
acte	CCAM	HNFA010	Pancréatectomie gauche avec splénectomie [Spléno pancréatectomie gauche] avec			exeresse pancreas par laparo	
acte	CCAM	HNFA011	Pancréatectomie totale ou subtotal avec conservation du duodénum, sans			exeresse pancreas par laparo	
acte	CCAM	HNFA013	Pancréatectomie gauche avec splénectomie [Spléno pancréatectomie gauche], par			exeresse pancreas par laparo	
acte	CCAM	HNFC002	Pancréatectomie gauche avec splénectomie [Spléno pancréatectomie gauche], par			exeresse pancreas par coelo	
acte	CCAM	HNFA002	Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, avec anastomose			exeresse pancreas par laparo	
acte	CCAM	HNFA008	Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, par laparotomie			exeresse pancreas par laparo	
acte	CCAM	HNFC028	Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, par coelioscopie			exeresse pancreas par coelo	
acte	CCAM	ZCQA001	Exploration de la cavité abdominale, par laparotomie [Laparotomie exploratrice]			laparo exploratrice	
acte	CCAM	HFCA004	Gastrojéjunostomie de dérivation [Gastro-entéro-anastomose sans résection gastrique],			laparo non thérapeutique (dérivation chirurgicale)	
acte	CCAM	ZCQJ004	Remnographie [IRM] de l'abdomen ou du petit bassin [pelvis], avec injection intraveineuse de produit de contraste				IRM inj
acte	CCAM	ZCQJ005	Remnographie [IRM] de l'abdomen et du petit bassin [pelvis], avec injection intraveineuse de produit de contraste				IRM inj

C. Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu de la chimiothérapie adjuvante dans les 12 semaines suivant la chirurgie

◆ Description générale

Libellé de l'indicateur	Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu de la chimiothérapie adjuvante dans les 12 semaines suivant la chirurgie
Définitions	La <u>date de la chimiothérapie adjuvante</u> correspond à la date de la première cure et/ou la date de la première délivrance de capécitabine. La <u>chirurgie</u> correspond pour cet indicateur à la pancréatectomie.
Population concernée	Patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas
Numérateur (N)	Nombre de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu de la chimiothérapie adjuvante dans les 12 semaines suivant la chirurgie.
Dénominateur (D)	Nombre de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas.
Type d'indicateur	Processus
Critères d'inclusion	Age \geq 18 ans ; être atteint d'un adénocarcinome du pancréas ; avoir été opéré.
Critères de non-inclusion	Antécédent de cancer du pancréas ; cancer de localisation autre diagnostiqué la même année ; problème de chaînage entre les séjours des BDMA ; patients métastatiques.
Niveaux géographiques	National, Régional, Établissement
Périodicité de la mesure	Annuelle
Ajustement	Aucun
Stratification	Strate A : sans chimiothérapie néoadjuvante Strate B : avec Chimiothérapie néoadjuvante
Modalités de calcul de l'indicateur	<u>Méthode de calcul :</u> Proportion = $N/D * 100$ <u>Méthode de calcul des informations complémentaires :</u> Analyse de la distribution du délai : Date de la 1 ^{re} chirurgie-date de la 1 ^{re} cure de chimiothérapie adjuvante (en semaines)

◆ Interprétation

Intérêt de l'indicateur	Après résection, il est recommandé de débiter la chimiothérapie adjuvante dans les 12 semaines afin d'améliorer la survie du patient. L'intérêt de l'indicateur est donc double : savoir si le traitement adjuvant est fait et si le délai maximal de mise en place est respecté.
Rationnel de l'indicateur	Cet indicateur s'appuie sur les Conduites à tenir devant des patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas/Thésaurus septembre 2019, recommandation de la thématique 9 : « Il est recommandé de débiter la chimiothérapie postopératoire dans les 12 semaines suivant la chirurgie (Grade B). Au cours de cette phase, tout doit être mis en œuvre pour optimiser l'état général du patient et permettre ainsi la réalisation complète des 6 mois de traitement (Grade C). » Cet indicateur s'appuie également sur une volonté des parties intéressées : UNHPC-FHP et UNICANCER.

Intégré aux IQSS de la HAS	Non car non imputable à un établissement unique.		
Limites et biais	Erreur de codage des BDMA.		
Modalités d'interprétation	Indicateur de processus Phase du parcours : Traitement Valeur relative Le résultat de l'indicateur est imputable à l'établissement réalisant l'acte chirurgical et à l'établissement initiant la chimiothérapie adjuvante.		
Taux cibles (consensus d'experts)		Cible	Alerte
	Strate A : sans chimiothérapie néoadjuvante	> 75 %	< 60 %
	Strate B : avec chimiothérapie néoadjuvante	> 60 %	< 50 %
Comparaison possible	Interrégionale, inter-établissement		

◆ Élaboration et qualités

Sources et origines	Plateforme de données en cancérologie
Référentiels	CIM-10, CCAM
Références bibliographiques	ACHBT, 2019 Thématique 9 Traitement adjuvant. Question n° 52 - 11.5.3. Page 305. Valle JW, et al. Optimal duration and timing of adjuvant chemotherapy after definitive surgery for ductal adenocarcinoma of the pancreas: ongoing lessons from the ESPAC-3 study. J Clin Oncol. 2014 Feb 20;32(6):504-12.
Organisme responsable de la collecte	ATIH et Assurance Maladie
Organisme(s) responsable(s) de la validation de la fiche	INCa et HAS
Date de validation de la fiche	16/03/2021

◆ Liste des codes utilisés pour le calcul de l'indicateur

				C. Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu de la chimiothérapie adjuvante dans les 12 semaines suivant la chirurgie			
Population				≥18 ans, non métastatique			
Information				stratifier sur chimio néoadjuvante			Dans les 12 semaines après la chirurgie
type de code	nomenclature	Code	Libellé	exclusion (pancréas endocrine, métastase)	carcinome du pancréas	résection pancréatique	chimiothérapie
diagnostic	CIM	C250	Tumeur maligne de la tête du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C251	Tumeur maligne du corps du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C252	Tumeur maligne de la queue du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C253	Tumeur maligne du canal pancréatique		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C254	Tumeur maligne du pancréas endocrine	endocrine			
diagnostic	CIM	C254+0	Tumeur maligne du pancréas endocrine avec néoplasie endocrine multiple de type I	endocrine			
diagnostic	CIM	C254+1	Tumeur maligne du pancréas endocrine autre et non précisée	endocrine			
diagnostic	CIM	C257	Tumeur maligne d'autres parties du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C258	Tumeur maligne à localisations contigues du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C259	Tumeur maligne du pancréas sans précision		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C259+0	Tumeur maligne du pancréas familiale		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C259+1	Tumeur maligne du pancréas, autre et non précisée		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C77	Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée	métastase			
diagnostic	CIM	C770	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques de la tête,	métastase			
diagnostic	CIM	C771	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques intrathoraciques,	métastase			
diagnostic	CIM	C772	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques intra-abdominaux,	métastase			
diagnostic	CIM	C773	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques de l'aisselle,	métastase			
diagnostic	CIM	C774	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques inguinaux,	métastase			
diagnostic	CIM	C775	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques intrapelviques,	métastase			
diagnostic	CIM	C778	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques de sièges précisés,	métastase			
diagnostic	CIM	C779	Tumeur maligne secondaire et non précisée d'un ganglion lymphatique, sans précision,	métastase			
diagnostic	CIM	C78	Tumeur maligne secondaire des organes respiratoires et digestifs,	métastase			
diagnostic	CIM	C780	Tumeur maligne secondaire du poumon	métastase			
diagnostic	CIM	C781	Tumeur maligne secondaire du médiastin	métastase			
diagnostic	CIM	C782	Tumeur maligne secondaire de la plèvre	métastase			
diagnostic	CIM	C783	Tumeur maligne secondaire des organes respiratoires, autres et non précisés	métastase			
diagnostic	CIM	C784	Tumeur maligne secondaire de l'intestin grêle	métastase			
diagnostic	CIM	C785	Tumeur maligne secondaire du gros intestin et du rectum	métastase			
diagnostic	CIM	C786	Tumeur maligne secondaire du rétropéritoine et du péritoine	métastase			
diagnostic	CIM	C787	Tumeur maligne secondaire du foie et des voies biliaires intrahépatiques	métastase			
diagnostic	CIM	C788	Tumeur maligne secondaire des organes digestifs, autres et non précisés	métastase			
diagnostic	CIM	C79	Tumeur maligne secondaire de sièges autres et non précisés	métastase			
diagnostic	CIM	C790	Tumeur maligne secondaire du rein et du bassin	métastase			
diagnostic	CIM	C791	Tumeur maligne secondaire de la vessie et des organes urinaires, autres et non précisés	métastase			
diagnostic	CIM	C792	Tumeur maligne secondaire de la peau	métastase			
diagnostic	CIM	C793	Tumeur maligne secondaire du cerveau et des méninges cérébrales	métastase			
diagnostic	CIM	C794	Tumeur maligne secondaire de parties du système nerveux, autres et non précisés	métastase			
diagnostic	CIM	C795	Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse	métastase			
diagnostic	CIM	C796	Tumeur maligne secondaire de l'ovaire	métastase			
diagnostic	CIM	C797	Tumeur maligne secondaire de la glande surrénale	métastase			
diagnostic	CIM	C798	Tumeur maligne secondaire d'autres sièges précisés	métastase			
diagnostic	CIM	C799	Tumeur maligne secondaire de siège non précisé	métastase			
diagnostic	CIM	Z511	Séance de chimiothérapie anticancéreuse				chimio en hospit
acte	CCAM	HNFA004	Duodéno pancréatectomie totale avec splénectomie [Spléno pancréatectomie totale],			exeres e pancreas par laparo	
acte	CCAM	HNFA006	Pancréatectomie totale ou subtotale avec conservation du duodénum et splénectomie,			exeres e pancreas par laparo	
acte	CCAM	HNFA007	Duodéno pancréatectomie céphalique, par laparotomie			exeres e pancreas par laparo	
acte	CCAM	HNFA010	Pancréatectomie gauche avec splénectomie [Spléno pancréatectomie gauche] avec			exeres e pancreas par laparo	
acte	CCAM	HNFA011	Pancréatectomie totale ou subtotale avec conservation du duodénum, sans			exeres e pancreas par laparo	
acte	CCAM	HNFA013	Pancréatectomie gauche avec splénectomie [Spléno pancréatectomie gauche], par			exeres e pancreas par laparo	
acte	CCAM	HNFC002	Pancréatectomie gauche avec splénectomie [Spléno pancréatectomie gauche], par			exeres e pancreas par coelio	
acte	CCAM	HNFA002	Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, avec anastomose			exeres e pancreas par laparo	
acte	CCAM	HNFA008	Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, par laparotomie			exeres e pancreas par laparo	
acte	CCAM	HNFC028	Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, par coelioscopie			exeres e pancreas par coelio	
Médicament	ATC	L01BC06	Capécitabine				chimio en ville

D. Proportion de patients ayant eu une pancréatectomie pour un adénocarcinome du pancréas recevant une immuno-nutrition préopératoire

◆ Description générale

Libellé de l'indicateur	Proportion de patients ayant eu une pancréatectomie pour un adénocarcinome du pancréas recevant une immuno-nutrition préopératoire
Définitions	Les patients opérés correspondent aux patients ayant eu une pancréatectomie. L'immuno-nutrition est recherchée dans les BDMA dans le mois qui précède la chirurgie.
Population concernée	Patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas.
Numérateur (N)	Nombre de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une immuno-nutrition préopératoire.
Dénominateur (D)	Nombre de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas.
Type d'indicateur	Processus
Critères d'inclusion	Age > 18 ans ; être atteint d'un adénocarcinome du pancréas ; avoir eu une pancréatectomie.
Critères de non-inclusion	Antécédent de cancer du pancréas ; cancer de localisation autre diagnostiqué la même année ; problème de chaînage entre les séjours des BDMA.
Niveaux géographiques	National, Régional, Établissement
Périodicité de la mesure	Annuelle
Ajustement	Aucun
Stratification	Aucune
Modalités de calcul de l'indicateur	Méthode de calcul : Proportion = $N/D * 100$

◆ Interprétation

Intérêt de l'indicateur	L'immuno-nutrition préopératoire est un standard avant chirurgie lourde, dont les pancréatectomies.
Rationnel de l'indicateur	Cet indicateur s'appuie sur les Conduites à tenir devant des patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas/Thésaurus septembre 2019, recommandation de la thématique 7 : « La prescription d'une immuno-nutrition préopératoire (nutrition enrichie en acides gras riches en oméga-3, en arginine et ARN) est recommandée avant la résection d'un adénocarcinome du pancréas, quel que soit le statut nutritionnel et immunitaire initial (Grade B). » Cet indicateur s'appuie également sur un article scientifique publié en 2020 (Tumas et al. 2020).
Intégré aux IQSS de la HAS	En cours de discussion - sous réserve de ses qualités métrologiques.
Limites et biais	Erreur de codage des BDMA.

Modalités d'interprétation	Indicateur de processus Phase du parcours : Traitement Valeur relative Le patient métastatique est exclu de fait du calcul de l'indicateur, celui-ci ne portant que sur les patients avec pancréatectomie. Le résultat de l'indicateur est imputable à l'établissement réalisant l'acte chirurgical.
Taux cibles (consensus d'experts)	Cible : > 90 % Alerte si : < 75 %
Comparaison possible	Interrégionale, inter-établissement

◆ Élaboration et qualités

Sources et origines	Plateforme de données en cancérologie
Référentiels	CIM-10, CCAM
Références bibliographiques	ACHBT, 2019 Thématique 7. Chirurgie. Question n° 36 - 9.3.3. Page 204 Tumas et al. Nutritional and immune impairments and their effects on outcomes in early pancreatic cancer patients undergoing pancreatoduodenectomy. Clin Nutr. 2020 Mar 6. pii: S0261-5614(20)30093-5.
Organisme responsable de la collecte	ATIH et Assurance Maladie
Organisme(s) responsable(s) de la validation de la fiche	INCa et HAS
Date de validation de la fiche	16/03/2021

◆ Liste des codes utilisés pour le calcul de l'indicateur

				D. Proportion de patients ayant eu une pancréatectomie pour un adénocarcinome du pancréas recevant une immuno-nutrition préopératoire			
Population Information				≥18 ans			
				achat au max 1 mois avant chirurgie			
type de code	nomenclature	Code	Libellé	exclusion (pancréas endocrine)	carcinome du pancréas	résection pancréatique	immunonutrition
diagnostic	CIM	C250	Tumeur maligne de la tête du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C251	Tumeur maligne du corps du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C252	Tumeur maligne de la queue du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C253	Tumeur maligne du canal pancréatique		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C254	Tumeur maligne du pancréas endocrine	endocrine			
diagnostic	CIM	C254+0	Tumeur maligne du pancréas endocrine avec néoplasie endocrine multiple de type I	endocrine			
diagnostic	CIM	C254+1	Tumeur maligne du pancréas endocrine autre et non précisée	endocrine			
diagnostic	CIM	C257	Tumeur maligne d'autres parties du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C258	Tumeur maligne à localisations contiguës du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C259	Tumeur maligne du pancréas sans précision		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C259+0	Tumeur maligne du pancréas familiale		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C259+1	Tumeur maligne du pancréas, autre et non précisée		cancer pancréas		
acte	CCAM	HNFA004	Duodéno pancréatectomie totale avec splénectomie [Spléno pancréatectomie totale],			exeres pancreas par laparo	
acte	CCAM	HNFA006	Pancréatectomie totale ou subtotale avec conservation du duodénum et splénectomie,			exeres pancreas par laparo	
acte	CCAM	HNFA007	Duodéno pancréatectomie céphalique, par laparotomie			exeres pancreas par laparo	
acte	CCAM	HNFA010	Pancréatectomie gauche avec splénectomie [Spléno pancréatectomie gauche] avec			exeres pancreas par laparo	
acte	CCAM	HNFA011	Pancréatectomie totale ou subtotale avec conservation du duodénum, sans			exeres pancreas par laparo	
acte	CCAM	HNFA013	Pancréatectomie gauche avec splénectomie [Spléno pancréatectomie gauche], par			exeres pancreas par laparo	
acte	CCAM	HNFC002	Pancréatectomie gauche avec splénectomie [Spléno pancréatectomie gauche], par			exeres pancreas par coelio	
acte	CCAM	HNFA002	Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, avec anastomose			exeres pancreas par laparo	
acte	CCAM	HNFA008	Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, par laparotomie			exeres pancreas par laparo	
acte	CCAM	HNFC028	Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, par coelioscopie			exeres pancreas par coelio	
dispositif	LPP	1190280	Oral impact				immunonutrition

E. Proportion de patients ayant un adénocarcinome du pancréas avec sténose duodénale traitée par gastrojéjunostomie chirurgicale

◆ Description générale

Libellé de l'indicateur	Proportion de patients ayant un adénocarcinome du pancréas avec sténose duodénale traitée par gastrojéjunostomie chirurgicale
Définitions	La <u>sténose duodénale</u> est identifiée pour cet indicateur par le fait d'avoir soit la pose d'un stent duodéal, soit une dérivation chirurgicale. Pour les patients ayant eu les deux actes, le calcul de l'indicateur se fait sur le 1 ^{er} acte. La dérivation chirurgicale correspond à une <u>gastrojéjunostomie chirurgicale</u> .
Population concernée	Patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas avec sténose duodénale.
Numérateur (N)	Nombre de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas avec sténose duodénale traitée par gastrojéjunostomie chirurgicale.
Dénominateur (D)	Nombre de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas avec sténose duodénale traitée par stent duodéal ou par gastrojéjunostomie chirurgicale.
Type d'indicateur	Processus
Critères d'inclusion	Age \geq 18 ans ; être atteints d'un adénocarcinome du pancréas non résécables métastatique ou non ; avoir une sténose duodénale.
Critères de non-inclusion	Antécédent de cancer du pancréas ; cancer de localisation autre diagnostiqué la même année ; problème de chaînage entre les séjours des BDMA ; patients ayant eu une pancréatectomie avant dérivation ou stent duodéal (regarder dans les 4/5 ans).
Niveaux géographiques	National, Régional, Établissement
Périodicité de la mesure	Annuelle
Ajustement	Aucun
Stratification	Aucune
Modalités de calcul de l'indicateur	<u>Méthode de calcul</u> : Proportion = $N/D * 100$

◆ Interprétation

Intérêt de l'indicateur	Il s'agit d'un indicateur de non qualité des soins. En cas de sténose duodénale, la confection d'une gastrojéjunostomie chirurgicale, comparativement à la pose d'un stent endoscopique, est associée à un délai plus long de retour à une alimentation orale bien tolérée, une mortalité plus élevée, une durée de séjour plus longue et un accès à la chimiothérapie globalement équivalent.
Rationnel de l'indicateur	Cet indicateur s'appuie sur les Conduites à tenir devant des patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas/Thésaurus septembre 2019, recommandation de la thématique 5 : « Il est recommandé de mettre en place un stent duodéal de préférence à une gastrojéjunostomie chirurgicale en cas de faible espérance de vie anticipée (maladie métastatique) ou de mauvais état général peu compatible avec une laparotomie ou une chimiothérapie prolongée (Grade C). »

	Cet indicateur s'appuie également sur une volonté des parties intéressées : FEHAP.
Intégré aux IQSS de la HAS	En cours de discussion - sous réserve de ses qualités métrologiques.
Limites et biais	Erreur de codage des BDMA.
Modalités d'interprétation	Indicateur de processus Phase du parcours : Traitement Valeur relative Le résultat de l'indicateur est imputable à l'établissement réalisant la gastrojéjunostomie chirurgicale.
Taux cibles (consensus d'experts)	Cible : < 10 % Alerte si : > 20 %
Comparaison possible	Interrégionale, inter-établissement

◆ Élaboration et qualités

Sources et origines	Plateforme de données en cancérologie
Référentiels	CIM-10, CCAM
Références bibliographiques	ACHBT, 2019 Thématique 5. Traitement des symptômes obstructifs. Question n° 30 - 7.8.3. Page 140.
Organisme responsable de la collecte	ATIH et Assurance Maladie
Organisme(s) responsable(s) de la validation de la fiche	INCa et HAS
Date de validation de la fiche	16/03/2021

◆ Liste des codes utilisés pour le calcul de l'indicateur

				E. Proportion de patients ayant un adénocarcinome du pancréas avec sténose duodénale traitée par gastrojéjunostomie chirurgicale		
Population Information				≥18 ans		
				numérateur : 1er traitement parmi stent ou dérivation		
type de code	nomenclature	Code	Libellé	exclusion (pancréas endocrine)	carcinome du pancréas	stent duodénal ou dérivation chirurgicale.
diagnostic	CIM	C250	Tumeur maligne de la tête du pancréas		cancer pancréas	
diagnostic	CIM	C251	Tumeur maligne du corps du pancréas		cancer pancréas	
diagnostic	CIM	C252	Tumeur maligne de la queue du pancréas		cancer pancréas	
diagnostic	CIM	C253	Tumeur maligne du canal pancréatique		cancer pancréas	
diagnostic	CIM	C254	Tumeur maligne du pancréas endocrine	endocrine		
diagnostic	CIM	C254+0	Tumeur maligne du pancréas endocrine avec néoplasie endocrine multiple de type I	endocrine		
diagnostic	CIM	C254+1	Tumeur maligne du pancréas endocrine autre et non précisée	endocrine		
diagnostic	CIM	C257	Tumeur maligne d'autres parties du pancréas		cancer pancréas	
diagnostic	CIM	C258	Tumeur maligne à localisations contiguës du pancréas		cancer pancréas	
diagnostic	CIM	C259	Tumeur maligne du pancréas sans précision		cancer pancréas	
diagnostic	CIM	C259+0	Tumeur maligne du pancréas familiale		cancer pancréas	
diagnostic	CIM	C259+1	Tumeur maligne du pancréas, autre et non précisée		cancer pancréas	
acte	CCAM	HFLH002	Pose d'une endoprothèse de l'estomac ou du duodénum, avec guidage radiologique			stent duodénal
acte	CCAM	HGLE001	Pose d'une endoprothèse du duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie			stent duodénal
acte	CCAM	HFCA004	Gastrojéjunostomie de dérivation [Gastro-entéro-anastomose sans résection]			dérivation chirurgicale
acte	CCAM	HFCC022	Gastrojéjunostomie de dérivation [Gastro-entéro-anastomose sans résection gastrique], par cœlioscopie			dérivation chirurgicale

F. Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une laparotomie sans pancréatectomie

◆ Description générale

Libellé de l'indicateur	Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une laparotomie sans pancréatectomie
Définitions	Les <u>patients</u> atteints d'un adénocarcinome du pancréas correspondent aux patients ayant eu une pancréatectomie et/ou une laparotomie. La <u>laparotomie sans pancréatectomie</u> correspond à un acte chirurgical pour exploration seule ou pour dérivation chirurgicale.
Population concernée	Patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas.
Numérateur (N)	Nombre de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une laparotomie sans pancréatectomie (exploration seule, dérivation chirurgicale).
Dénominateur (D)	Nombre de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une laparotomie.
Type d'indicateur	Processus
Critères d'inclusion	Age \geq 18 ans ; être atteints d'un adénocarcinome du pancréas ; avoir eu une laparotomie pour adénocarcinome du pancréas avec ou sans pancréatectomie.
Critères de non-inclusion	Antécédent de cancer du pancréas ; cancer de localisation autre diagnostiqué la même année ; problème de chaînage entre les séjours des BDMA.
Niveaux géographiques	National, Régional, Établissement
Périodicité de la mesure	Annuelle
Ajustement	Aucun
Stratification	Strate A : chirurgie d'emblée Strate B : après traitement d'induction (dans les 12 semaines avant la chirurgie)
Modalités de calcul de l'indicateur	<u>Méthode de calcul</u> : Proportion = $N/D * 100$

◆ Interprétation

Intérêt de l'indicateur	Repérer les patients qui vont au bloc opératoire pour pancréatectomie et qui au final n'ont pas de pancréatectomie du fait d'un bilan d'extension non complet ou mal interprété. La laparotomie « non thérapeutique » a une mortalité opératoire plus élevée que celle des laparotomies pour pancréatectomie (cf. références bibliographiques).
Rationnel de l'indicateur	Cet indicateur s'appuie sur les Conduites à tenir devant des patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas/Thésaurus septembre 2019, recommandation de la thématique 4 : <i>« La laparoscopie systématique avant résection d'un adénocarcinome du pancréas n'est pas recommandée en raison de sa faible rentabilité (environ 10-15 %) après un bilan d'extension par TDM thoraco-abdomino-pelviennne et IRM hépatique de bonne qualité et l'existence de faux négatifs (métastases découvertes lors de la laparotomie) (Grade B). »</i>

	<p>« La laparoscopie incluant l'exploration des zones "aveugles" peut être indiquée de façon sélective, sur décision de RCP, chez un patient ayant une forte probabilité de métastase hépatique ou péritonéale non détectable en imagerie (tumeur volumineuse ou localement avancée ou corporéo-caudale et/ou associée à une élévation du CA 19-9) (Grade C). »</p> <p>Il est recommandé de proposer une exploration chirurgicale en vue d'une résection à tous les patients ayant une réponse ou une stabilité de la maladie en TDM et une normalisation ou forte diminution du taux de CA19-9 sérique (Grade C). Cependant, la réalisation systématique du bilan pré-opératoire doit minimiser le risque de laparotomie sans pancréatectomie.</p> <p>Cet indicateur s'appuie également sur deux articles scientifiques démontrant une augmentation de la mortalité opératoire en cas de laparotomie non thérapeutique versus laparotomie pour pancréatectomie (cf. références bibliographiques).</p>									
Intégré aux IQSS de la HAS	En cours de discussion - sous réserve de ses qualités métrologiques.									
Limites et biais	Erreur de codage des BDMA.									
Modalités d'interprétation	Indicateur de processus ou de non-qualité Phase du parcours : Diagnostic/Traitement Valeur relative Le résultat de l'indicateur est imputable à l'établissement réalisant l'acte chirurgical.									
Taux cibles (consensus d'experts)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Cible</th> <th>Alerte</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Strate A : chirurgie d'emblée</td> <td>< 5 %</td> <td>> 10 %</td> </tr> <tr> <td>Strate B : après traitement d'induction</td> <td>< 15 %</td> <td>> 25 %</td> </tr> </tbody> </table>		Cible	Alerte	Strate A : chirurgie d'emblée	< 5 %	> 10 %	Strate B : après traitement d'induction	< 15 %	> 25 %
	Cible	Alerte								
Strate A : chirurgie d'emblée	< 5 %	> 10 %								
Strate B : après traitement d'induction	< 15 %	> 25 %								
Comparaison possible	Interrégionale, inter-établissement									

◆ Élaboration et qualités

Sources et origines	Plateforme de données en cancérologie
Référentiels	CIM-10, CCAM
Références bibliographiques	ACHBT, 2019 Thématique 4. Bilan d'extension. Question n° 24 - 6.7.1. Page 120. Sell et al. 2018. Staging Laparoscopy Not Only Saves Patients an Incision, But May Also Help Them Live Longer. k Ann Surg Oncol. Apr;25(4):1009-1016 van der Geest et al. 2017. Nationwide outcomes in patients undergoing surgical exploration without resection for pancreatic cancer. Br J Surg Oct;104(11):1568-1577.
Organisme responsable de la collecte	ATIH et Assurance Maladie
Organisme(s) responsable(s) de la validation de la fiche	INCa et HAS
Date de validation de la fiche	16/03/2021

◆ Liste des codes utilisés pour le calcul de l'indicateur

				F. Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une laparotomie sans pancréatectomie.		
Population Information				≥18 ans stratifier sur chimio néo adjuvante (max 12 semaines avant chirurgie) oui/non numérateur : Personnes avec laparotomie non thérapeutique et sans laparotomie thérapeutique		
type de code	nomenc lature	Code	Libellé	exclusion (pancréas endocrine)	carcinome du pancréas	laparotomie thérapeutique ou non
diagnostic	CIM	C250	Tumeur maligne de la tête du pancréas		cancer pancréas	
diagnostic	CIM	C251	Tumeur maligne du corps du pancréas		cancer pancréas	
diagnostic	CIM	C252	Tumeur maligne de la queue du pancréas		cancer pancréas	
diagnostic	CIM	C253	Tumeur maligne du canal pancréatique		cancer pancréas	
diagnostic	CIM	C254	Tumeur maligne du pancréas endocrine	endocrine		
diagnostic	CIM	C254+0	Tumeur maligne du pancréas endocrine avec néoplasie endocrine multiple de type I	endocrine		
diagnostic	CIM	C254+1	Tumeur maligne du pancréas endocrine autre et non précisée	endocrine		
diagnostic	CIM	C257	Tumeur maligne d'autres parties du pancréas		cancer pancréas	
diagnostic	CIM	C258	Tumeur maligne à localisations contiguës du pancréas		cancer pancréas	
diagnostic	CIM	C259	Tumeur maligne du pancréas sans précision		cancer pancréas	
diagnostic	CIM	C259+0	Tumeur maligne du pancréas familiale		cancer pancréas	
diagnostic	CIM	C259+1	Tumeur maligne du pancréas, autre et non précisée		cancer pancréas	
acte	CCAM	HMCA002	Cholécystoduodénoctomie, par laparotomie			laparo non thérapeutique (dérivation biliaire)
acte	CCAM	HMCA003	Cholécystogastrotomie ou cholécystoduodénoctomie, par laparotomie			laparo non thérapeutique (dérivation biliaire)
acte	CCAM	HMCA004	Cholécystoduodénoctomie avec gastrojéjunostomie, par laparotomie			laparo non thérapeutique (dérivation biliaire)
acte	CCAM	HMCA006	Cholécystojéjunostomie, par laparotomie			laparo non thérapeutique (dérivation biliaire)
acte	CCAM	HMCA007	Anastomose biliodigestive au-dessus de la convergence portant sur plusieurs conduits			laparo non thérapeutique (dérivation biliaire)
acte	CCAM	HMCA008	Anastomose biliodigestive portant sur la convergence des conduits hépatiques, par			laparo non thérapeutique (dérivation biliaire)
acte	CCAM	HMCA010	Cholécystogastrotomie ou cholécystoduodénoctomie avec gastrojéjunostomie, par			laparo non thérapeutique (dérivation biliaire)
acte	CCAM	HMCA011	Cholécystojéjunostomie, par laparotomie			laparo non thérapeutique (dérivation biliaire)
acte	CCAM	HNFA004	Duodéno pancréatectomie totale avec splénectomie [Spléno pancréatectomie totale],			laparo thérapeutique (exereses pancreas)
acte	CCAM	HNFA006	Pancréatectomie totale ou subtotale avec conservation du duodénum et splénectomie,			laparo thérapeutique (exereses pancreas)
acte	CCAM	HNFA007	Duodéno pancréatectomie céphalique, par laparotomie			laparo thérapeutique (exereses pancreas)
acte	CCAM	HNFA010	Pancréatectomie gauche avec splénectomie [Spléno pancréatectomie gauche] avec			laparo thérapeutique (exereses pancreas)
acte	CCAM	HNFA011	Pancréatectomie totale ou subtotale avec conservation du duodénum, sans			laparo thérapeutique (exereses pancreas)
acte	CCAM	HNFA013	Pancréatectomie gauche avec splénectomie [Spléno pancréatectomie gauche], par			laparo thérapeutique (exereses pancreas)
acte	CCAM	HNFA002	Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, avec anastomose			laparo thérapeutique (exereses pancreas)
acte	CCAM	HNFA008	Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, par laparotomie			laparo thérapeutique (exereses pancreas)
acte	CCAM	ZCQA001	Exploration de la cavité abdominale, par laparotomie [Laparotomie exploratrice]			laparo non thérapeutique (exploration)
acte	CCAM	HFA004	Gastrojéjunostomie de dérivation [Gastro-entéro-anastomose sans résection]			laparo non thérapeutique (dérivation chirurgicale)

G. Proportion de patients traités par pancréatectomie avec résection vasculaire pour adénocarcinome du pancréas ayant eu un traitement néoadjuvant

◆ Description générale

Libellé de l'indicateur	Proportion de patients traités par pancréatectomie avec résection vasculaire pour adénocarcinome du pancréas ayant eu un traitement néoadjuvant
Définitions	La <u>pancréatectomie avec résection vasculaire</u> correspond pour cet indicateur au codage ELFA001. Le <u>traitement néoadjuvant</u> doit être administré dans un délai de 12 semaines maximum avant chirurgie pour être pris en compte dans le calcul de cet indicateur. La date retenue est celle de fin de chimiothérapie.
Population concernée	Patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une pancréatectomie avec résection vasculaire.
Numérateur (N)	Nombre de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu traitement néoadjuvant dans les 12 semaines précédant la pancréatectomie avec résection vasculaire.
Dénominateur (D)	Nombre de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une pancréatectomie avec résection vasculaire.
Type d'indicateur	Processus
Critères d'inclusion	Age \geq 18 ans ; être atteints d'un adénocarcinome du pancréas ; avoir eu une pancréatectomie.
Critères de non-inclusion	Antécédent de cancer du pancréas ; cancer de localisation autre diagnostiqué la même année ; problème de chaînage entre les séjours des BDMA.
Niveaux géographiques	National, Régional, Établissement
Périodicité de la mesure	Annuelle
Ajustement	Aucun
Stratification	Aucune
Modalités de calcul de l'indicateur	Méthode de calcul : Proportion = $N/D * 100$

◆ Interprétation

Intérêt de l'indicateur	Évaluer indirectement la capacité d'un centre à reconnaître les envahissements vasculaires sur l'imagerie préopératoire ou, si l'envahissement a été reconnu, à traiter le patient selon les bonnes pratiques. La duodéno pancréatectomie céphalique (DPC) avec résection veineuse d'emblée a de moins bons résultats carcinologiques (augmentation du risque de résection R1, moins bonne survie) qu'une DPC après traitement d'induction.
Rationnel de l'indicateur	Cet indicateur s'appuie sur les Conduites à tenir devant des patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas/Thésaurus septembre 2019, recommandations de la thématique 7 : « En cas de résection veineuse programmée, un traitement d'induction est recommandé en raison de l'amélioration du taux des résections R0 et de la survie qu'il apporte (Grade B). » « 1. Une DPC avec résection artérielle programmée (à l'exception de l'AMS) peut être proposée chez des patients sélectionnés dont la tumeur est stable ou au mieux en réponse après traitement d'induction. Cette attitude doit être nuancée en fonction de la localisation tumorale et du type d'extension artérielle (Grade B) :

	<ul style="list-style-type: none"> - en cas d'AH droite accessoire située à proximité de la tumeur, une embolisation préopératoire suivie d'une résection « en bloc » est recommandée (avis d'experts), - en cas d'AH droite - foie total : une résection après traitement d'induction, avec reconstruction artérielle par pontage, peut être proposée (avis d'experts), - en cas d'envahissement d'un court segment de l'AH commune (envahissement de l'origine de l'AGD) : une résection après traitement d'induction avec reconstruction artérielle peut être proposée (avis d'experts). <p>2. En cas d'envahissement de l'AMS, un traitement d'induction est recommandé, suivi en cas de stabilité ou de réponse tumorale, d'une laparotomie avec dissection et biopsie des tissus péri- artériels. En cas de positivité de l'examen extemporané, une DPC avec résection artérielle n'est pas recommandée (Grade C).</p> <p>3. En cas de cancer corporéo-caudal avec envahissement du tronc cœliaque, un traitement d'induction est recommandé. En cas de stabilisation ou réponse tumorale, une pancréatectomie distale avec résection du tronc cœliaque sans reconstruction artérielle peut être proposée après embolisation radiologique des branches du TC (avis d'experts). »</p>
Intégré aux IQSS de la HAS	En cours de discussion - sous réserve de ses qualités métrologiques.
Limites et biais	Erreur de codage des BDMA.
Modalités d'interprétation	<p>Indicateur de processus Phase du parcours : Traitement Valeur relative</p> <p>Le résultat de l'indicateur est imputable à l'établissement réalisant la résection vasculaire.</p> <p>Le patient métastatique est exclu de fait du calcul de l'indicateur, celui-ci ne portant que sur les patients avec pancréatectomie.</p> <p>Le délai entre la fin de la chimiothérapie néoadjuvante et la pancréatectomie de 12 semaines est utilisé uniquement pour calculer l'indicateur et n'est pas une recommandation. Idéalement, le délai devrait être proche des 6 semaines. Le délai de 12 semaines permet d'inclure les patients ayant eu un accident de parcours (exemple : prothèse qui se bouche, angiocholite...).</p> <p>Les résections veineuses non programmées ne sont pas identifiables à partir des BDMA. Néanmoins, les résections veineuses doivent être programmées sur les données de la TDM pré-opératoire (Kim 2013).</p>
Taux cibles (consensus d'experts)	<p>Cible : > 80 %</p> <p>Alerte si : < 70 %</p>
Comparaison possible	Interrégionale, inter-établissement

◆ Élaboration et qualités

Sources et origines	Plateforme de données en cancérologie
Référentiels	CIM-10, CCAM
Références bibliographiques	ACHBT, 2019 Thématique 7. Chirurgie. Question n° 40 - 9.7.3. Page 231. Kim PT, et al. 2013. Planned versus unplanned portal vein resections during pancreaticoduodenectomy for adenocarcinoma. Br J Surg. 100(10):1349-56
Organisme responsable de la collecte	ATIH et Assurance Maladie
Organisme(s) responsable(s) de la validation de la fiche	INCa et HAS
Date de validation de la fiche	16/03/2021

◆ Liste des codes utilisés pour le calcul de l'indicateur

				G. Proportion de patients traités par pancréatectomie avec résection vasculaire pour adénocarcinome du pancréas ayant eu un traitement néoadjuvant			
Population Information				≥18 ans			
							max 12 semaine avant pancréatectomie
type de code	nomenclature	Code	Libellé	exclusion (pancréas endocrine)	cancer du pancréas	Pancréatectomie avec résection vasculaire	Chimiothérapie néoadjuvante
diagnostic	CIM	C250	Tumeur maligne de la tête du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C251	Tumeur maligne du corps du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C252	Tumeur maligne de la queue du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C253	Tumeur maligne du canal pancréatique		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C254	Tumeur maligne du pancréas endocrine	endocrine			
diagnostic	CIM	C254+0	Tumeur maligne du pancréas endocrine avec néoplasie endocrine multiple de type I	endocrine			
diagnostic	CIM	C254+1	Tumeur maligne du pancréas endocrine autre et non précisée	endocrine			
diagnostic	CIM	C257	Tumeur maligne d'autres parties du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C258	Tumeur maligne à localisations contiguës du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C259	Tumeur maligne du pancréas sans précision		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C259+0	Tumeur maligne du pancréas familiale		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C259+1	Tumeur maligne du pancréas, autre et non précisée		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	Z511	Séance de chimiothérapie anticancéreuse				chimio en hospit
acte	CCAM	HNFA004	Duodéno pancréatectomie totale avec splénectomie [Spléno pancréatectomie totale],			exerese pancreas	
acte	CCAM	HNFA006	Pancréatectomie totale ou subtotale avec conservation du duodénum et splénectomie,			exerese pancreas	
acte	CCAM	HNFA007	Duodéno pancréatectomie céphalique, par laparotomie			exerese pancreas	
acte	CCAM	HNFA010	Pancréatectomie gauche avec splénectomie [Spléno pancréatectomie gauche] avec			exerese pancreas	
acte	CCAM	HNFA011	Pancréatectomie totale ou subtotale avec conservation du duodénum, sans			exerese pancreas	
acte	CCAM	HNFA013	Pancréatectomie gauche avec splénectomie [Spléno pancréatectomie gauche], par			exerese pancreas	
acte	CCAM	HNFC002	Pancréatectomie gauche avec splénectomie [Spléno pancréatectomie gauche], par			exerese pancreas	
acte	CCAM	HNFA002	Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, avec anastomose			exerese pancreas	
acte	CCAM	HNFA008	Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, par laparotomie			exerese pancreas	
acte	CCAM	HNFC028	Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, par coelioscopie			exerese pancreas	
acte	CCAM	ELFA001	Réséction du tronc de la veine porte, des vaisseaux mésentériques supérieurs et/ou de l'artère hépatique avec rétablissement de la continuité vasculaire, au cours d'une exérèse du foie ou du pancréas			résection vasculaire	
Médicament	ATC	L01BC06	Capécitabine				chimio en ville

H. Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une complication hémorragique post-opératoire traitée par radiologie interventionnelle en première intention

◆ Description générale

Libellé de l'indicateur	Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une complication hémorragique post-opératoire traitée par radiologie interventionnelle en première intention
Définitions	<p>Les <u>patients opérés</u> correspondent pour cet indicateur aux patients ayant eu une pancréatectomie.</p> <p>La <u>complication hémorragique</u> est recherchée pour le calcul de cet indicateur dans la période post-opératoire allant de J5 à J30.</p> <p>Les actes associés à une complication hémorragique pour cet indicateur sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - embolisation, stent, artériographie, angiographie ; - reprise chirurgicale : réintervention pour hémostases, hémostase d'une artère digestive par laparotomie). <p>La <u>radiologie interventionnelle</u> correspond pour cet indicateur aux actes suivants : embolisation, stent, artériographie, angiographie.</p>
Population concernée	Patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une complication hémorragique.
Numérateur (N)	Nombre de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une complication hémorragique traitée par radiologie interventionnelle en première intention.
Dénominateur (D)	Nombre de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une complication hémorragique post-opératoire.
Type d'indicateur	Processus
Critères d'inclusion	Age \geq 18 ans ; être atteint d'un adénocarcinome du pancréas ; avoir eu une pancréatectomie ; avoir eu une complication hémorragique post-opératoire.
Critères de non-inclusion	Antécédent de cancer du pancréas ; cancer de localisation autre diagnostiqué la même année ; problème de chaînage entre les séjours des BDMA ; avoir été traité pour une hémorragie entre J0 et J4.
Niveaux géographiques	National
Périodicité de la mesure	Annuelle
Ajustement	Aucun
Stratification	Aucune
Modalités de calcul de l'indicateur	<u>Méthode de calcul :</u> Proportion = $N/D * 100$

◆ Interprétation

Intérêt de l'indicateur	Cet indicateur mesure l'accès de l'établissement à un plateau interventionnel pour les patients ayant eu une hémorragie liée à une fistule pancréatique qui survient généralement dans les 10 à 12 jours.
Rationnel de l'indicateur	Cet indicateur s'appuie sur une revue systématique de la littérature démontrant une mortalité plus élevée après réintervention qu'après hémostase par radiologie interventionnelle (Roulin 2011). Un article scientifique publié plus récemment abonde en ce sens (Wu, 2020).

Intégré aux IQSS de la HAS	En cours de discussion - sous réserve de ses qualités métrologiques.
Limites et biais	Erreur de codage des BDMA.
Modalités d'interprétation	Indicateur de processus Phase du parcours : Traitement Valeur relative Le patient métastatique est exclu de fait du calcul de l'indicateur, celui-ci ne portant que sur les patients avec pancréatectomie. Le résultat de l'indicateur est imputable à l'établissement réalisant la pancréatectomie.
Taux cibles (consensus d'experts)	Cible : > 75 % Alerte si : < 65 %
Comparaison possible	Interrégionale, inter-établissement

◆ Élaboration et qualités

Sources et origines	Plateforme de données en cancérologie
Référentiels	CIM-10, CCAM
Références bibliographiques	Roulin et al. 2011. Systematic review of delayed postoperative hemorrhage after pancreatic resection. J Gastrointest Surg. Jun;15(6):1055-62. doi: 10.1007/s11605-011-1427-8. Epub 2011 Jan 26 Wu et al. 2020. Management of late hemorrhage after pancreatic surgery: treatment strategy and prognosis. Journal of international medical research. 48(6) I-II
Organisme responsable de la collecte	ATIH et Assurance Maladie
Organisme(s) responsable(s) de la validation de la fiche	INCa et HAS
Date de validation de la fiche	16/03/2021

◆ Liste des codes utilisés pour le calcul de l'indicateur

				H. Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une complication hémorragique post-opératoire traitée par radiologie interventionnelle en première intention		
Population Information				≥18 ans		
				J5-J30 post pancréatectomie. Garder le 1er traitement parmi radio interventionnelle ou hémostase chirurgicale		
type de code	nomenc lature	Code	Libellé	exclusion (pancréas endocrine)	carcinome du pancréas	pancréatectomie, radiologie interventionnelle ou une réintervention chirurgicale pour hémostase
diagnostic	CIM	C250	Tumeur maligne de la tête du pancréas		cancer pancréas	
diagnostic	CIM	C251	Tumeur maligne du corps du pancréas		cancer pancréas	
diagnostic	CIM	C252	Tumeur maligne de la queue du pancréas		cancer pancréas	
diagnostic	CIM	C253	Tumeur maligne du canal pancréatique		cancer pancréas	
diagnostic	CIM	C254	Tumeur maligne du pancréas endocrine	endocrine		
diagnostic	CIM	C254+0	Tumeur maligne du pancréas endocrine avec néoplasie endocrine multiple de type I	endocrine		
diagnostic	CIM	C254+1	Tumeur maligne du pancréas endocrine autre et non précisée	endocrine		
diagnostic	CIM	C257	Tumeur maligne d'autres parties du pancréas		cancer pancréas	
diagnostic	CIM	C258	Tumeur maligne à localisations contiguës du pancréas		cancer pancréas	
diagnostic	CIM	C259	Tumeur maligne du pancréas sans précision		cancer pancréas	
diagnostic	CIM	C259+0	Tumeur maligne du pancréas familiale		cancer pancréas	
diagnostic	CIM	C259+1	Tumeur maligne du pancréas, autre et non précisée		cancer pancréas	
acte	CCAM	HNFA004	Duodéno pancréatectomie totale avec splénectomie [Spléno pancréatectomie totale],			exeres pancreas
acte	CCAM	HNFA006	Pancréatectomie totale ou subtotale avec conservation du duodénum et splénectomie,			exeres pancreas
acte	CCAM	HNFA007	Duodéno pancréatectomie céphalique, par laparotomie			exeres pancreas
acte	CCAM	HNFA010	Pancréatectomie gauche avec splénectomie [Spléno pancréatectomie gauche] avec			exeres pancreas
acte	CCAM	HNFA011	Pancréatectomie totale ou subtotale avec conservation du duodénum, sans			exeres pancreas
acte	CCAM	HNFA013	Pancréatectomie gauche avec splénectomie [Spléno pancréatectomie gauche], par			exeres pancreas
acte	CCAM	HNFC002	Pancréatectomie gauche avec splénectomie [Spléno pancréatectomie gauche], par			exeres pancreas
acte	CCAM	HNFA002	Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, avec anastomose			exeres pancreas
acte	CCAM	HNFA008	Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, par laparotomie			exeres pancreas
acte	CCAM	HNFC028	Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, par coelioscopie			exeres pancreas
acte	CCAM	EDLF006	Pose d'endoprothèse couverte dans une artère digestive, par voie artérielle transcutanée			radio interventionnelle
acte	CCAM	EDLF008	Pose d'endoprothèse couverte dans plusieurs artères digestives, par voie artérielle transcutanée			radio interventionnelle
acte	CCAM	EDSF005	Embolisation sélective ou hypersélective d'une artère digestive, par voie artérielle transcutanée			radio interventionnelle
acte	CCAM	EDSF012	Embolisation sélective et/ou hypersélective de plusieurs artères digestives, par voie artérielle transcutanée			radio interventionnelle
acte	CCAM	EDSF006	Embolisation suprasélective d'une artère digestive, par voie artérielle transcutanée			radio interventionnelle
acte	CCAM	EDSF015	Embolisation suprasélective de plusieurs artères digestives, par voie artérielle transcutanée			radio interventionnelle
acte	CCAM	EDQH008	Artériographie sélective ou hypersélective d'une branche digestive de l'aorte abdominale, par voie artérielle transcutanée			radio interventionnelle
acte	CCAM	EDQH006	Artériographie sélective et/ou hypersélective de plusieurs branches digestives de l'aorte abdominale, par voie artérielle transcutanée			radio interventionnelle
acte	CCAM	EDQH007	Artériographie suprasélective de branche digestive de l'aorte abdominale, par voie artérielle transcutanée			radio interventionnelle
acte	CCAM	DGSA005	Hémostase secondaire à un acte sur l'aorte abdominale ou ses branches, par laparotomie			hémostase chirurgicale
acte	CCAM	FFSC272	Hémostase splénique avec conensation de la rate, par coelioscopie			hémostase chirurgicale
acte	CCAM	FFSA001	Hémostase splénique avec conservation de la rate, par laparotomie			hémostase chirurgicale
acte	CCAM	HLSC012	Hémostase de lésion du foie, par coelioscopie			hémostase chirurgicale
acte	CCAM	HLSA001	Hémostase de lésion du foie, par laparotomie			hémostase chirurgicale
acte	CCAM	EDCC015	Suture de plaie d'artère digestive, par coelioscopie			hémostase chirurgicale
acte	CCAM	EDCA001	Suture de plaie d'artère digestive, par laparotomie			hémostase chirurgicale
acte	CCAM	EDSA001	Ligature d'une artère digestive, par laparotomie			hémostase chirurgicale

I. Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant un suivi post thérapeutique pendant 2 ans et 5 ans

◆ Description générale

Libellé de l'indicateur	Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant un suivi post thérapeutique pendant 2 ans et 5 ans
Définitions	Un <u>suivi post-thérapeutique</u> correspond pour cet indicateur à voir durant les 5 ans qui suivent la date de la première chirurgie : <ul style="list-style-type: none"> - 1 TDM thoraco-abdomino-pelvienne tous les 3 mois (+/- 1 mois) pendant 2 ans ; - puis 1 TDM thoraco-abdomino-pelvienne tous les 6 mois (+/-1 mois) pendant 3 ans.
Population concernée	Patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas.
Numérateur (N)	Sous-indicateur A : nombre de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu le suivi recommandé pendant 2 ans. Sous-indicateur B : nombre de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu le suivi recommandé pendant 5 ans.
Dénominateur (D)	Sous-indicateur A : nombre de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas vivant à 2 ans. Sous-indicateur B : nombre de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas vivant à 5 ans.
Type d'indicateur	Processus
Critères d'inclusion	Age \geq 18 ans ; être atteint d'un adénocarcinome du pancréas ; patients ayant eu une chirurgie pour adénocarcinome du pancréas.
Critères de non-inclusion	Antécédent de cancer du pancréas ; patients métastatiques d'emblée ; Apparition de métastases au cours du suivi ; cancer de localisation autre diagnostiqué la même année ; problème de chaînage entre les séjours des BDMA ; patient ayant une récurrence durant la période de suivi (identifiée par une reprise de traitement - chirurgie, chimiothérapie - après une période de 6 mois sans traitement carcinologique) ; perdus de vue (patient déménageant à l'étranger en cours de suivi) ; décès durant la période de suivi.
Niveaux géographiques	National, Régional
Périodicité de la mesure	Annuelle
Ajustement	Aucun
Stratification	Aucune
Modalités de calcul de l'indicateur	<u>Méthode de calcul</u> : Méthode d'agrégation du suivi : « <i>all or none</i> » Proportion = $N/D \times 100$ Sous-indicateur A : numérateur : nombre de patients ayant eu durant les 2 ans de son suivi post-thérapeutique avec :

	<ul style="list-style-type: none"> • 1 TDM TAP tous les 3 mois (+/- 1 mois) pendant 2 ans ; dénominateur : patients ayant eu un suivi post-thérapeutique de 2 ans (+ 3 mois). <p>Sous-indicateur B :</p> <p>numérateur : nombre de patients ayant eu durant les 5 ans de son suivi post-thérapeutique avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 TDM TAP tous les 3 mois (+/- 1 mois) pendant 2 ans ; • Puis 1 TDM TAP tous les 6 mois (+/- 1 mois) pendant 3 ans ; <p>dénominateur : patients ayant eu un suivi post-thérapeutique de 5 ans (+ 3 mois).</p>
--	--

◆ Interprétation

Intérêt de l'indicateur	Cet indicateur permet d'évaluer la qualité du suivi (parcours de soins bien structuré ou non) et la capacité à dépister les récurrences pour les traiter précocement (avant les symptômes qui traduisent alors une « perte de chance »).
Rationnel de l'indicateur	<p>Cet indicateur s'appuie sur les Conduites à tenir devant des patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas/Thésaurus septembre 2019, recommandations de la thématique 11 :</p> <p>« Pour dépister une récurrence tumorale, il est recommandé de réaliser périodiquement une TDM thoraco-abdomino-pelvienne et un dosage de CA19-9 (sauf chez les patients dont le taux préopératoire était indétectable : groupe Lewis négatif) (Grade C). »</p> <p>« Le rythme de surveillance recommandé est un contrôle en postopératoire avant le début de la chimiothérapie (avis d'experts), puis tous les 3 mois pendant 2 ans, puis tous les 6 mois pendant 3 ans (Grade C). »</p> <p>Cet indicateur s'appuie également sur une volonté des parties intéressées : Comité de démocratie sanitaire, FEHAP et UNHPC-FHP.</p>
Intégré aux IQSS de la HAS	Non
Limites et biais	Erreur de codage des BDMA.
Modalités d'interprétation	<p>Indicateur de processus</p> <p>Phase du parcours : Suivi</p> <p>Valeur relative</p> <p>Le résultat de l'indicateur est non imputable à un établissement.</p>
Taux cibles (consensus d'experts)	<p>Sous-indicateur A et B :</p> <p>Cible : > 90 %</p> <p>Alerte si : < 80 %</p>
Comparaison possible	Interrégionale

◆ Élaboration et qualités

Sources et origines	Plateforme de données en cancérologie
Référentiels	CIM-10, CCAM
Références bibliographiques	ACHBT, 2019 Thématique 11. Surveillance oncologique. Question n° 60 - 13.3.3. Page 340.
Organisme responsable de la collecte	ATIH et Assurance Maladie
Organisme(s) responsable(s) de la validation de la fiche	INCa et HAS
Date de validation de la fiche	16/03/2021

◆ Liste des codes utilisés pour le calcul de l'indicateur

				I. Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu un suivi post-thérapeutique pendant 2 ans et 5 ans			
Population Information				≥18 ans			
type de code	nomenclature	Code	Libellé	exclusion (pancréas endocrine)	carcinome du pancréas	pancréatectomie	TDM TAP: TAP ou AP + T
diagnostic	CIM	C250	Tumeur maligne de la tête du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C251	Tumeur maligne du corps du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C252	Tumeur maligne de la queue du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C253	Tumeur maligne du canal pancréatique		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C254	Tumeur maligne du pancréas endocrine	endocrine			
diagnostic	CIM	C254+0	Tumeur maligne du pancréas endocrine avec néoplasie endocrine multiple de type I	endocrine			
diagnostic	CIM	C254+1	Tumeur maligne du pancréas endocrine autre et non précisée	endocrine			
diagnostic	CIM	C257	Tumeur maligne d'autres parties du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C258	Tumeur maligne à localisations contiguës du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C259	Tumeur maligne du pancréas sans précision		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C259+0	Tumeur maligne du pancréas familiale		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C259+1	Tumeur maligne du pancréas, autre et non précisée		cancer pancréas		
acte	CCAM	HNFA004	Duodéno pancréatectomie totale avec splénectomie [Spléno pancréatectomie totale]			exeres pancreas	
acte	CCAM	HNFA006	Pancréatectomie totale ou subtotale avec conservation du duodénum et splénectomie,			exeres pancreas	
acte	CCAM	HNFA007	Duodéno pancréatectomie céphalique, par laparotomie			exeres pancreas	
acte	CCAM	HNFA010	Pancréatectomie gauche avec splénectomie [Spléno pancréatectomie gauche] avec			exeres pancreas	
acte	CCAM	HNFA011	Pancréatectomie totale ou subtotale avec conservation du duodénum, sans			exeres pancreas	
acte	CCAM	HNFA013	Pancréatectomie gauche avec splénectomie [Spléno pancréatectomie gauche], par			exeres pancreas	
acte	CCAM	HNFC002	Pancréatectomie gauche avec splénectomie [Spléno pancréatectomie gauche], par			exeres pancreas	
acte	CCAM	HNFA002	Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, avec anastomose			exeres pancreas	
acte	CCAM	HNFA008	Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, par laparotomie			exeres pancreas	
acte	CCAM	HNFC028	Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, par coelioscopie			exeres pancreas	
acte	CCAM	ZCQH002	Scanographie de l'abdomen ou du petit bassin [pelvis], avec injection intraveineuse de produit de contraste				Scanner AP
acte	CCAM	ZCQK005	Scanographie de l'abdomen ou du petit bassin [pelvis], sans injection intraveineuse de produit de contraste				Scanner AP
acte	CCAM	ZCQH001	Scanographie de l'abdomen et du petit bassin [pelvis], avec injection intraveineuse de produit de contraste				Scanner AP
acte	CCAM	ZCQK004	Scanographie de l'abdomen et du petit bassin [pelvis], sans injection intraveineuse de produit de contraste				Scanner AP
acte	CCAM	ZZQH033	Scanographie de 3 territoires anatomiques ou plus, avec injection de produit de contraste				Scanner TAP
acte	CCAM	ZZQK024	Scanographie de 3 territoires anatomiques ou plus, sans injection de produit de contraste				Scanner TAP
acte	CCAM	ZBQH001	Scanographie du thorax, avec injection intraveineuse de produit de contraste				Scanner T
acte	CCAM	ZBQK001	Scanographie du thorax, sans injection intraveineuse de produit de contraste				Scanner T

J. Ratio de mortalité postopératoire à 90 jours chez les patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas

◆ Description générale

Libellé de l'indicateur	Ratio de mortalité postopératoire à 90 jours chez les patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas
Définitions	Il s'agit des décès, quelle que soit la cause, survenant dans les 90 jours après la chirurgie du pancréas. Les actes chirurgicaux concernés par cet indicateur sont les suivants : <ul style="list-style-type: none"> - pancréatectomie ; - laparotomie sans pancréatectomie.
Population concernée	Patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas.
Numérateur (N)	Nombre de décès observés chez les patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas dans les 90 jours post-chirurgie du pancréas.
Dénominateur (D)	Nombre de décès attendus chez les patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas dans les 90 jours post-chirurgie du pancréas.
Type d'indicateur	Résultat
Critères d'inclusion	Âge \geq 18 ans ; être atteint d'un adénocarcinome du pancréas ; avoir eu une chirurgie pour adénocarcinome du pancréas.
Critères de non-inclusion	Antécédent de cancer du pancréas ; cancer de localisation autre diagnostiqué la même année ; problème de chaînage entre les séjours des BDMA ;
Niveaux géographiques	National, Régional, Établissement
Périodicité de la mesure	Annuelle
Ajustement	Âge ; sexe ; <i>Charlson Comorbidity Index</i> ou équivalent ; indice de défavorisation du SNDS ; résection vasculaire <i>versus</i> DPC standard.
Stratification	Strate A : patients ayant eu une pancréatectomie. Strate B : patients ayant eu une laparotomie sans pancréatectomie.
Modalités de calcul de l'indicateur	<u>Méthode de calcul</u> : Ratio = observés/attendus Le nombre de décès attendus est estimé à partir d'une modélisation sur les données agrégées des trois dernières années consécutives, à partir des deux modèles suivants : <ul style="list-style-type: none"> - modèle de régression logistique simple ajusté sur les caractéristiques du patient pour le niveau établissement ; - modèle GEE ajusté sur les caractéristiques du patient avec un cluster « établissement » pour le niveau national et régional.

◆ Interprétation

Intérêt de l'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> - Le ratio standardisé de mortalité postopératoire est une mesure de l'efficacité de l'acte chirurgical. Il s'agit d'un indicateur de résultat du parcours du patient indispensable pour une pathologie dont le traitement curatif est essentiellement chirurgical.
Rationnel de l'indicateur	<ul style="list-style-type: none"> - Cet indicateur s'appuie sur deux articles scientifiques. La mortalité à J90 est le meilleur reflet de la mortalité réelle après pancréatectomies (El Amrani et al. 2020). Elle est environ le double de la mortalité à J30 (Vollmer 2012 ; Venkat 2011) (cf. références bibliographiques). <p>Cet indicateur s'appuie également sur une volonté des parties intéressées : FEHAP et UNICANCER.</p>
Intégré aux IQSS de la HAS	En cours de discussion - sous réserve de ses qualités métrologiques.
Limites et biais	Erreur de codage des BDMA.
Modalités d'interprétation	<p>Indicateur de non qualité des soins Phase du parcours : Traitement Valeur absolue</p> <p>Le ratio attendu est de 1, c'est-à-dire que le nombre de décès observés correspond au nombre de décès attendus.</p> <p>Restitution dans un <i>funnel plot</i> : tester le nombre et % des établissements dont le ratio standardisé à 90 jours est dans ou hors des limites à 2 DS (et 3 DS).</p> <p>Pour le moment, l'information sur les décès n'est disponible que pour les patients du régime général hors SLM (sections locales mutualistes), soit 78% de la population. Le chaînage des données du CépiDC avec celles du SNDS devrait nous permettre d'avoir très prochainement une information exhaustive.</p> <p>Les taux de mortalité suite à une laparotomie sans pancréatectomie sont en théorie plus élevés que ceux avec pancréatectomie.</p>
Taux cibles (consensus d'experts)	<p>Cible : ratio = 1</p> <p>Alerte si ratio > 2 ou 3 DS</p>
Comparaison possible	Régionale par rapport à une référence.

◆ Élaboration et qualités

Sources et origines	Plateforme de données en cancérologie
Référentiels	CIM-10, CCAM
Références bibliographiques	<p>El Amrani et al. 2020. Should all pancreatic surgery be centralized regardless of patients' comorbidity? HPB (Oxford). 2020 Jul;22(7):1057-1066</p> <p>Vollmer et al. 2012. A root-cause analysis of mortality following major pancreatectomy. J Gastrointest Surg. Jan;16(1):89-102; discussion 102-3. doi: 10.1007/s11605-011-1753-x. Epub 2011 Nov 8.</p> <p>Venkat et al. 2011. Predicting the risk of perioperative mortality in patients undergoing pancreaticoduodenectomy: a novel scoring system. Arch Surg. Nov;146(11):1277-84. doi: 10.1001/archsurg.2011.294.</p>
Organisme responsable de la collecte	ATIH et Assurance Maladie
Organisme(s) responsable(s) de la validation de la fiche	INCa et HAS
Date de validation de la fiche	16/03/2021

◆ Liste des codes utilisés pour le calcul de l'indicateur

				J. Ratio de mortalité postopératoire à 90 jours chez les patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas			
Population Information				≥18 ans			
				ajuster sur âge, sexe, indice de défavorisation, score de Charlson, résection vasculaire vs DPC standard stratifier sur laparotomie avec pancréatectomie vs laparotomie non thérapeutique			
				Nb de personnes		Nb de personnes décédées à 90j	
type de code	nomenclature	Code	Libellé	exclusion (pancréas endocrine)	carcinome du pancréas	pancréatectomie	numérateur
diagnostic	CIM	C250	Tumeur maligne de la tête du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C251	Tumeur maligne du corps du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C252	Tumeur maligne de la queue du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C253	Tumeur maligne du canal pancréatique		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C254	Tumeur maligne du pancréas endocrine	endocrine			
diagnostic	CIM	C254+0	Tumeur maligne du pancréas endocrine avec néoplasie endocrine multiple de type I	endocrine			
diagnostic	CIM	C254+1	Tumeur maligne du pancréas endocrine autre et non précisée	endocrine			
diagnostic	CIM	C257	Tumeur maligne d'autres parties du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C258	Tumeur maligne à localisations contiguës du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C259	Tumeur maligne du pancréas sans précision		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C259+0	Tumeur maligne du pancréas familiale		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C259+1	Tumeur maligne du pancréas, autre et non précisée		cancer pancréas		
acte	CCAM	HMCA002	Cholécystoduodénoentérostomie, par laparotomie			laparo non thérapeutique (dérivation biliaire)	
acte	CCAM	HMCA003	Cholécystogastrostomie ou cholécystoduodénoentérostomie, par laparotomie			laparo non thérapeutique (dérivation biliaire)	
acte	CCAM	HMCA004	Cholécystoduodénoentérostomie avec gastroéjunostomie, par laparotomie			laparo non thérapeutique (dérivation biliaire)	
acte	CCAM	HMCA006	Cholécystojéjunostomie, par laparotomie			laparo non thérapeutique (dérivation biliaire)	
acte	CCAM	HMCA007	Anastomose biliodigestive au-dessus de la convergence portant sur plusieurs conduits			laparo non thérapeutique (dérivation biliaire)	
acte	CCAM	HMCA008	Anastomose biliodigestive portant sur la convergence des conduits hépatiques, par			laparo non thérapeutique (dérivation biliaire)	
acte	CCAM	HMCA010	Cholécystogastrostomie ou cholécystoduodénoentérostomie avec gastroéjunostomie, par			laparo non thérapeutique (dérivation biliaire)	
acte	CCAM	HMCA011	Cholécystojéjunostomie, par laparotomie			laparo non thérapeutique (dérivation biliaire)	
acte	CCAM	HNFA004	Duodéno pancréatectomie totale avec splénectomie [Spléno pancréatectomie totale],			exérese pancreas par laparo	
acte	CCAM	HNFA006	Pancréatectomie totale ou subtotale avec conservation du duodénum et splénectomie,			exérese pancreas par laparo	
acte	CCAM	HNFA007	Duodéno pancréatectomie céphalique, par laparotomie			exérese pancreas par laparo	
acte	CCAM	HNFA010	Pancréatectomie gauche avec splénectomie [Spléno pancréatectomie gauche] avec			exérese pancreas par laparo	
acte	CCAM	HNFA011	Pancréatectomie totale ou subtotale avec conservation du duodénum, sans			exérese pancreas par laparo	
acte	CCAM	HNFA013	Pancréatectomie gauche avec splénectomie [Spléno pancréatectomie gauche], par			exérese pancreas par laparo	
acte	CCAM	HNFC002	Pancréatectomie gauche avec splénectomie [Spléno pancréatectomie gauche], par			exérese pancreas	
acte	CCAM	HNFA002	Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, avec anastomose			exérese pancreas par laparo	
acte	CCAM	HNFA008	Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, par laparotomie			exérese pancreas par laparo	
acte	CCAM	HNFC028	Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, par coelioscopie			exérese pancreas	
acte	CCAM	ZCQA001	Exploration de la cavité abdominale, par laparotomie [Laparotomie exploratrice]			laparo non thérapeutique (exploration)	
acte	CCAM	HFA004	Gastroéjunostomie de dérivation [Gastro-entéro-anastomose sans résection			laparo non thérapeutique (dérivation chirurgicale)	
acte	CCAM	ELFA001	Résection du tronc de la veine porte, des vaisseaux mésentériques supérieurs et/ou de l'artère hépatique avec rétablissement de la continuité vasculaire, au cours d'une exérese du foie ou du pancréas			ajustement (résection vasculaire)	
date			date de décès				date de décès

K. Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une prise en charge palliative dans les 2 mois précédant le décès

◆ Description générale

Libellé de l'indicateur	Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une prise en charge palliative dans les 2 mois précédant le décès
Définitions	La <u>prise en charge palliative</u> hospitalière est identifiée par : <ul style="list-style-type: none"> • en MCO : <ul style="list-style-type: none"> ○ code CIM10 spécifique : Z515, ○ ou Unité Médicale dédiée (type autorisation de l'UM), ○ ou Lit dédié, • en HAD : <ul style="list-style-type: none"> ○ code CIM10 spécifique : Z515, ○ ou Mode de prise en charge spécifique (04), ○ ou Nature du séjour (04), • en SSR : <ul style="list-style-type: none"> ○ code CIM10 spécifique : Z515.
Population concernée	Patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas décédés au cours de l'année.
Numérateur (N)	Nombre de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant une prise en charge palliative dans les 2 mois précédant le décès.
Dénominateur (D)	Nombre de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas décédés au cours de l'année.
Type d'indicateur	Processus
Critères d'inclusion	Âge \geq 18 ans ; être atteint d'un adénocarcinome du pancréas ; décès survenus dans l'année.
Critères de non-inclusion	Cancer de localisation autre dans la dernière année ou l'année précédente ; problème de chaînage entre les séjours des BDMA.
Niveaux géographiques	National, Régional, Établissement
Périodicité de la mesure	Annuelle
Ajustement	Aucun
Stratification	Aucune
Modalités de calcul de l'indicateur	Méthode de calcul : Proportion = $N/D * 100$

◆ Interprétation

Intérêt de l'indicateur	L'objectif de cet indicateur est de s'assurer d'une prise en charge palliative au minimum 2 mois avant le décès.
Rationnel de l'indicateur	Cet indicateur s'appuie sur les Conduites à tenir devant des patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas : - Thésaurus septembre 2019 : <i>Il est recommandé de rechercher, d'évaluer et de traiter précocement les principaux symptômes invalidants que sont la douleur, la dépression, la détérioration de l'état nutritionnel (Grade C).</i>

	<p>- ASCO 2017 :</p> <p><i>Tout patient avec un adénocarcinome du pancréas à un stade avancé, doit être adressé précocement à une équipe de soins palliatifs multidisciplinaire (Évidence de niveau intermédiaire).</i></p> <p>Cet indicateur s'appuie également sur une volonté des parties intéressées, l'INCA et les relecteurs d'avoir un indicateur sur les soins en fin de vie.</p>
Intégré aux IQSS de la HAS	Non
Limites et biais	Erreur de codage des BDMA.
Modalités d'interprétation	<p>Indicateur de processus</p> <p>Phase du parcours : Palliative</p> <p>Valeur relative</p> <p>Les interventions des réseaux de soins palliatifs ne sont pas repérables dans les BDMA.</p>
Taux cibles (consensus d'experts)	<p>Cible : > 90 %</p> <p>Alerte si : < 80 %</p>
Comparaison possible	Interrégionale

◆ Élaboration et qualités

Sources et origines	Plateforme de données en cancérologie
Référentiels	CIM-10, CCAM
Références bibliographiques	<p>Ferrell BR, et al. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. J Clin Oncol. 2017 Jan;35(1):96-112.</p> <p>Kaasa S, et al. Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. Lancet Oncol. 2018 Nov;19(11):e588-e653.</p> <p>Temel JS, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2010 Aug 19;363(8):733-42.</p>
Organisme responsable de la collecte	ATIH et Assurance Maladie
Organisme(s) responsable(s) de la validation de la fiche	INCa et HAS
Date de validation de la fiche	16/03/2021

◆ Liste des codes utilisés pour le calcul de l'indicateur

				K. Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une prise en charge palliative dans les 2 mois précédant le décès			
Population Information				≥18 ans			
type de code	nomencature	Code	Libellé	exclusion (pancréas endocrine)	carcinome du pancréas	décédés	prise en charge palliative
diagnostic	CIM	C250	Tumeur maligne de la tête du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C251	Tumeur maligne du corps du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C252	Tumeur maligne de la queue du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C253	Tumeur maligne du canal pancréatique		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C254	Tumeur maligne du pancréas endocrine	endocrine			
diagnostic	CIM	C254+0	Tumeur maligne du pancréas endocrine avec néoplasie endocrine multiple de type I	endocrine			
diagnostic	CIM	C254+1	Tumeur maligne du pancréas endocrine autre et non précisée	endocrine			
diagnostic	CIM	C257	Tumeur maligne d'autres parties du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C258	Tumeur maligne à localisations contiguës du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C259	Tumeur maligne du pancréas sans précision		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C259+0	Tumeur maligne du pancréas familiale		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C259+1	Tumeur maligne du pancréas, autre et non précisée		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C77	Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée				
diagnostic	CIM	C770	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques de la tête, de la face et du cou				
diagnostic	CIM	C771	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques intrathoraciques				
diagnostic	CIM	C772	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques intra-abdominaux				
diagnostic	CIM	C773	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques de l'aisselle et du membre supérieur				
diagnostic	CIM	C774	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques inguinaux et du membre inférieur				
diagnostic	CIM	C775	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques intrapelviens				
diagnostic	CIM	C778	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques de sièges multiples				
diagnostic	CIM	C779	Tumeur maligne secondaire et non précisée d'un ganglion lymphatique, sans précision				
diagnostic	CIM	C78	Tumeur maligne secondaire des organes respiratoires et digestifs				
diagnostic	CIM	C780	Tumeur maligne secondaire du poumon				
diagnostic	CIM	C781	Tumeur maligne secondaire du médiastin				
diagnostic	CIM	C782	Tumeur maligne secondaire de la plèvre				
diagnostic	CIM	C783	Tumeur maligne secondaire des organes respiratoires, autres et non précisés				
diagnostic	CIM	C784	Tumeur maligne secondaire de l'intestin grêle				
diagnostic	CIM	C785	Tumeur maligne secondaire du gros intestin et du rectum				
diagnostic	CIM	C786	Tumeur maligne secondaire du rétropéritoine et du péritoine				
diagnostic	CIM	C787	Tumeur maligne secondaire du foie et des voies biliaires intrahépatiques				
diagnostic	CIM	C788	Tumeur maligne secondaire des organes digestifs, autres et non précisés				
diagnostic	CIM	C79	Tumeur maligne secondaire de sièges autres et non précisés				
diagnostic	CIM	C790	Tumeur maligne secondaire du rein et du bassin				
diagnostic	CIM	C791	Tumeur maligne secondaire de la vessie et des organes urinaires, autres et non précisés				
diagnostic	CIM	C792	Tumeur maligne secondaire de la peau				
diagnostic	CIM	C793	Tumeur maligne secondaire du cerveau et des méninges cérébrales				
diagnostic	CIM	C794	Tumeur maligne secondaire de parties du système nerveux, autres et non précisées				
diagnostic	CIM	C795	Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse				
diagnostic	CIM	C796	Tumeur maligne secondaire de l'ovaire				
diagnostic	CIM	C797	Tumeur maligne secondaire de la glande surrénale				
diagnostic	CIM	C798	Tumeur maligne secondaire d'autres sièges précisés				
diagnostic	CIM	C799	Tumeur maligne secondaire de siège non précisé				
diagnostic	CIM	Z515	Soins palliatifs				soins palliatifs
date			date de décès			date de décès	
Autorisation		08	Unité médicale dédiée de soins palliatifs				soins palliatifs
Lit dédié		1	oui				soins palliatifs
Nature de		04	Soins palliatifs				soins palliatifs
Mode de		04	Soins palliatifs				soins palliatifs

L. Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant reçu une chimiothérapie dans le dernier mois de vie

◆ Description générale

Libellé de l'indicateur	Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant reçu une chimiothérapie dans le dernier mois de vie
Définition	Le terme « <u>chimiothérapie</u> » regroupe tout traitement médicamenteux systémique du cancer : <ul style="list-style-type: none"> • intraveineuse : date de la dernière cure de chimiothérapie CIM10 Z 511 ; • intraveineuse : date de la dernière dispensation de la capécitabine en ville.
Population concernée	Patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas décédés.
Numérateur (N)	Nombre de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas, décédés et ayant eu une chimiothérapie dans les 30 jours précédent le décès.
Dénominateur (D)	Nombre de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas décédés au cours de l'année.
Type d'indicateur	Processus
Critères d'inclusion	Adénocarcinome du pancréas ; décès.
Critères d'exclusion	Aucun Autre cancer dans l'année précédente le décès
Niveaux géographiques	National/Régional/Départemental/3C/Établissement
Périodicité de la mesure	Annuelle
Ajustement	Aucun
Stratification	Aucune
Modalités de calcul de l'indicateur	<u>Codes utilisés</u> : Adénocarcinome du pancréas (CIM-10) <u>Décès (DCIR et PMSI)</u> : Date du décès. <u>Chimiothérapie IV (CIM-10)</u> : Z511. Médicaments en ville : capécitabine <u>Méthode de calcul</u> : Proportion = N/D

◆ Interprétation

Intérêt de l'indicateur	La qualité de vie est un élément important à prendre en compte, notamment lors de la phase terminale de la maladie durant laquelle l'agressivité des soins doit être limitée. Cet indicateur mesure la pertinence des soins en fin de vie.
Rationnel de l'indicateur	Cet indicateur s'appuie sur les Conduites à tenir devant des patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas/Thésaurus septembre 2019 : <i>Chez les patients présentant une altération importante de l'état général (PS 3), une prise en charge palliative seule, sans chimiothérapie, est recommandée (avis d'experts).</i> Cet indicateur s'appuie également sur une volonté des parties intéressées, l'INCA et les relecteurs d'avoir un indicateur sur les soins en fin de vie.

Intégré aux IQSS de la HAS	Non
Limites et biais	Erreurs de codages BDMA. Biais possibles : <ul style="list-style-type: none"> décès lié à la toxicité de la chimiothérapie ; patients ayant eu une seule ligne de chimiothérapie.
Modalités d'interprétation	Indicateur de non qualité et de non pertinence des soins Valeur absolue
Objectif à atteindre	Cible : < 15 % Alerte si > 30 %
Comparaison possible	Interrégionale

◆ Élaboration et qualités

Sources et origines	SNDS/Cohorte cancer (extraction du SNDS)
Référentiels	CIM-10, CCAM, référentiel médicament pour la chimiothérapie de ville
Organisme responsable de la collecte	ATIH et l'Assurance maladie
Organisme(s) responsable(s) de la validation de la fiche	INCa
Date de validation de la fiche	16/03/2021

◆ Liste des codes utilisés pour le calcul de l'indicateur

				L. Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant reçu une chimiothérapie dans le dernier mois de vie			
Population Information				≥18 ans, métastatique			
type de code	nomenclature	Code	Libellé	exclusion (pancréas endocrine)	carcinome du pancréas	décédés	chimiothérapie
diagnostic	CIM	C250	Tumeur maligne de la tête du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C251	Tumeur maligne du corps du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C252	Tumeur maligne de la queue du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C253	Tumeur maligne du canal pancréatique		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C254	Tumeur maligne du pancréas endocrine	endocrine			
diagnostic	CIM	C254+0	Tumeur maligne du pancréas endocrine avec néoplasie endocrine multiple de type I	endocrine			
diagnostic	CIM	C254+1	Tumeur maligne du pancréas endocrine autre et non précisée	endocrine			
diagnostic	CIM	C257	Tumeur maligne d'autres parties du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C258	Tumeur maligne à localisations contiguës du pancréas		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C259	Tumeur maligne du pancréas sans précision		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C259+0	Tumeur maligne du pancréas familiale		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C259+1	Tumeur maligne du pancréas, autre et non précisée		cancer pancréas		
diagnostic	CIM	C77	Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée				
diagnostic	CIM	C770	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques de la tête, de la face et du cou				
diagnostic	CIM	C771	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques intrathoraciques				
diagnostic	CIM	C772	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques intra-abdominaux				
diagnostic	CIM	C773	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques de l'aisselle et du membre supérieur				
diagnostic	CIM	C774	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques inguinaux et du membre inférieur				
diagnostic	CIM	C775	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques intrapelviens				
diagnostic	CIM	C778	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques de sièges multiples				
diagnostic	CIM	C779	Tumeur maligne secondaire et non précisée d'un ganglion lymphatique, sans précision				
diagnostic	CIM	C78	Tumeur maligne secondaire des organes respiratoires et digestifs				
diagnostic	CIM	C780	Tumeur maligne secondaire du poumon				
diagnostic	CIM	C781	Tumeur maligne secondaire du médiastin				
diagnostic	CIM	C782	Tumeur maligne secondaire de la plèvre				
diagnostic	CIM	C783	Tumeur maligne secondaire des organes respiratoires, autres et non précisés				
diagnostic	CIM	C784	Tumeur maligne secondaire de l'intestin grêle				
diagnostic	CIM	C785	Tumeur maligne secondaire du gros intestin et du rectum				
diagnostic	CIM	C786	Tumeur maligne secondaire du rétropéritoine et du péritoine				
diagnostic	CIM	C787	Tumeur maligne secondaire du foie et des voies biliaires intrahépatiques				
diagnostic	CIM	C788	Tumeur maligne secondaire des organes digestifs, autres et non précisés				
diagnostic	CIM	C79	Tumeur maligne secondaire de sièges autres et non précisés				
diagnostic	CIM	C790	Tumeur maligne secondaire du rein et du bassinet				
diagnostic	CIM	C791	Tumeur maligne secondaire de la vessie et des organes urinaires, autres et non précisés				
diagnostic	CIM	C792	Tumeur maligne secondaire de la peau				
diagnostic	CIM	C793	Tumeur maligne secondaire du cerveau et des méninges cérébrales				
diagnostic	CIM	C794	Tumeur maligne secondaire de parties du système nerveux, autres et non précisés				
diagnostic	CIM	C795	Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse				
diagnostic	CIM	C796	Tumeur maligne secondaire de l'ovaire				
diagnostic	CIM	C797	Tumeur maligne secondaire de la glande surrénale				
diagnostic	CIM	C798	Tumeur maligne secondaire d'autres sièges précisés				
diagnostic	CIM	C799	Tumeur maligne secondaire de siège non précisé				
diagnostic	CIM	Z511	Séance de chimiothérapie anticancéreuse				chimio en hospit
date			date de décès			date de décès	
Médicament	ATC	L01BC06	Capécitabine				chimio en ville

5. CONCLUSION

À l'issue de la phase d'expertise, douze indicateurs de qualité et de sécurité des soins ont été sélectionnés par les experts comme étant des éléments clefs du parcours de soins d'un patient atteint d'un adénocarcinome du pancréas.

Ces indicateurs concernent aussi bien la phase de diagnostic, de traitement ou de suivi post-thérapeutique, ou encore la phase palliative, phases durant lesquelles plusieurs acteurs interviennent dans le parcours de soins du patient. L'objectif n'était pas ici de couvrir l'ensemble du parcours de soins mais d'évaluer des points clefs.

Cette sélection d'indicateurs a également pour avantage d'associer des indicateurs de processus à des indicateurs de résultats. En effet, la France accuse un certain retard en termes d'indicateurs de résultats (Véran 2017). Ces indicateurs sont pourtant indispensables pour mesurer les effets de l'évolution des pratiques de soins (Ministère des solidarités et de la santé 2017). La notion de pertinence des soins est également évaluée par plusieurs indicateurs, avec pour objectif de limiter les actes potentiellement délétères et inutiles.

Il faut néanmoins souligner que cette sélection d'indicateurs est restreinte à la disponibilité des données présentes dans les bases de données médico-administratives. Par exemple, l'absence d'information dans les bases de données sur le stade du cancer et de comptes rendus de réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) a limité la possibilité de développer certains indicateurs semblant pourtant essentiels aux membres du groupe de travail pour mesurer la qualité des parcours de soins. La possibilité de développer ces indicateurs sera réévaluée régulièrement, notamment lors de l'enrichissement de la plateforme des données en cancérologie de l'INCa par d'autres sources de données telles que les comptes rendus d'anatomopathologie, de génomique, de réunions de concertation pluridisciplinaire...

La diffusion des résultats des indicateurs, prévue de façon annuelle sur la plateforme Scansanté de l'ATIH, sera également une phase clef du projet. Deux modalités de diffusion sont envisagées : la diffusion aux seuls acteurs de soins concernés, permettant ainsi d'inscrire les indicateurs dans le pilotage interne de la qualité et la diffusion publique pour les indicateurs répondant aux critères suivants : indicateur imputable à l'établissement, minimum de 11 cas dénombrés, valeur prédictive positive et négative conforme aux attendus, comparaison inter établissement des résultats de l'indicateur pertinente pour améliorer la qualité de la prise en charge. Les indicateurs répondant à ces critères pourront être diffusés publiquement. Il est essentiel que les professionnels de santé s'approprient ces nouveaux outils de pilotage local mais également de coordination territoriale de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. L'enjeu est majeur puisqu'il s'agit de réduire les inégalités d'accès à la santé et de donner les mêmes chances à tous les patients, partout en France.

BIBLIOGRAPHIE

ACHBT (Association de chirurgie hépato-bilio-pancréatique et transplantation hépatique) en partenariat avec la SIAD (Société d'imagerie abdominale et digestive), la société d'organe de la SFR (Société française de radiologie), la Société nationale française de gastroentérologie (SNFGE), la Société française d'endoscopie digestive (SFED), la Fédération française de cancérologie digestive (FFCD), la Société française de chirurgie digestive (SFCD), la Société française de médecine nucléaire (SFMN), la Société française de pathologie (SFP) et l'Association francophone pour les soins oncologiques de support (AFSOS). *Conduites à tenir devant des patients atteints d'adénocarcinome du pancréas/Thésaurus*, septembre 2019.

Cowppli-Bony et al. 2016. *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2013 – Partie 1 – Tumeurs solides*. Partenariat Francim/HCL/InVS/INCa.

Defossez, et al. 2019. « *Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Résultats préliminaires. Synthèse.* » Saint-Maurice : Santé Publique France.

Donabedian. 1966. « *Evaluating the Quality of Medical Care* ». *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 44 (3): Suppl:166-206.

Donabedian. 1988. « *The Quality of Care. How Can It Be Assessed?* » *JAMA* 260 (12): 1743-48.

El Amrani et al. 2020. *Should all pancreatic surgery be centralized regardless of patients' comorbidity?* HPB (Oxford). Jul;22(7):1057-1066. doi: 10.1016/j.hpb.2019.10.2443. Epub 2019 Nov 26. PMID: 31784212.

Ferrell BR, et al. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol*. 2017 Jan;35(1):96-112.

Fitch, et al. 2001. « *The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual* ». Product Page. 2001. http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269.html.

Institut national du cancer, Ministère des affaires sociales et de la santé, et Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. 2014. « *Plan Cancer 2014-2019* ». <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>.

Kaasa S, et al. *Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission*. *Lancet Oncol*. 2018 Nov;19(11):e588-e653.

Kim PT, et al. 2013. *Planned versus unplanned portal vein resections during pancreaticoduodenectomy for adenocarcinoma*. *Br J Surg*. 100(10):1349-56.

Marion-Audibert, et al. Routine MRI With DWI Sequences to Detect Liver Metastases in Patients With Potentially Resectable Pancreatic Ductal Carcinoma and Normal Liver CT: A Prospective Multicenter Study. *AJR Am J Roentgenol*. 2018 Nov;211(5):W217-W225.

Marshall, et al. 2003. « *Measuring General Practice* ». Product Page. 2003. https://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1725.html.

Ministère des solidarités et de la santé. 2017. « *Stratégie nationale de santé 2018-2022* ». http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf.

Mizushima T, Yamamoto H, Marubashi S, Kamiya K, Wakabayashi G, Miyata H, Seto Y, Doki Y, Mori M. *Validity and significance of 30-day mortality rate as a quality indicator for gastrointestinal cancer surgeries*. *Ann Gastroenterol Surg*. 2018 Apr 16;2(3):231-240. doi: 10.1002/ags3.12070. eCollection 2018 May.

National Institute for Health and Care Excellence. *Pancreatic cancer – Quality standard*. Published: 20 December 2018. www.nice.org.uk/guidance/qs177

OECD. 2017. « *Tackling Wasteful Spending on Health* ». Paris: OECD. oe.cd/tackling-wasteful-spending-on-health.

Roulin et al. 2011. *Systematic review of delayed postoperative hemorrhage after pancreatic resection*. J Gastrointest Surg. Jun;15(6):1055-62. doi: 10.1007/s11605-011-1427-8. Epub 2011 Jan 26.

Sell et al. 2018. *Staging Laparoscopy Not Only Saves Patients an Incision, But May Also Help Them Live Longer*. Ann Surg Oncol. Apr;25(4):1009-1016.

Temel JS, et al. *Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer*. N Engl J Med. 2010 Aug 19;363(8):733-42.

Tumas et al. *Nutritional and immune impairments and their effects on outcomes in early pancreatic cancer patients undergoing pancreatoduodenectomy*. Clin Nutr. 2020 Mar 6. pii: S0261-5614(20)30093-5. doi: 10.1016/j.clnu.2020.02.029. [Epub ahead of print].

Valle JW, et al. *Optimal duration and timing of adjuvant chemotherapy after definitive surgery for ductal adenocarcinoma of the pancreas: ongoing lessons from the ESPAC-3 study*. J Clin Oncol. 2014 Feb 20;32(6):504-12.

van der Geest et al. 2017. *Nationwide outcomes in patients undergoing surgical exploration without resection for pancreatic cancer*. Br J Surg Oct;104(11):1568-1577. doi: 10.1002/bjs.10602. Epub 2017 Aug 22.

Venkat et al. 2011. *Predicting the risk of perioperative mortality in patients undergoing pancreaticoduodenectomy: a novel scoring system*. Arch Surg. Nov;146(11):1277-84. doi: 10.1001/archsurg.2011.294.

Véran. 2017. « *L'évolution des modes de financement des établissements de santé* ». Ministère des affaires sociales et de la santé.

Vollmer et al. 2012. *A root-cause analysis of mortality following major pancreatectomy*. J Gastrointest Surg. Jan;16(1):89-102; discussion 102-3. doi: 10.1007/s11605-011-1753-x. Epub 2011 Nov 8.

Wu et al. 2020. *Management of late hemorrhage after pancreatic surgery: treatment strategy and prognosis*. Journal of international medical research. 48(6) I-II.

ANNEXES

Annexe 1 : Plateforme de données en cancérologie

À la suite d'une délibération de la CNIL, l'Institut dispose d'un entrepôt de données homologué SNDS et intitulé Plateforme de données en cancérologie⁴. Cette plateforme comprend la cohorte cancer (extraction des données du SNDS). Les données issues du SNDS sont disponibles, celles des registres vont progressivement être intégrées. Celles du dépistage seront issues du système national des dépistages lorsque celui-ci aura été constitué.

Les données des registres ainsi que celles du dépistage seront appariées aux données de la cohorte selon une méthode indirecte déterministe ou probabiliste. Dans les deux cas, l'Institut dispose d'une autorisation CEREES – CNIL pour le chaînage de ces données à la cohorte cancer.

Cet entrepôt de données sera progressivement complété par d'autres sources de données, notamment avec des documents issus du Dossier communicant de cancérologie (DCC).

La cohorte cancer

◆ Une extraction du SNDS...

La cohorte cancer est une extraction du SNDS pour toute personne identifiée comme ayant ou ayant eu une tumeur solide ou une hémopathie maligne (cas incident ou prévalent) depuis 2010. Elle compte à ce jour 7,7 millions de personnes. Une personne entre dans la cohorte dès lors qu'elle a une hospitalisation en secteur MCO considérée en lien avec le cancer, une ALD pour cancer, de la radiothérapie en secteur libéral (la radiothérapie publique donne lieu à une hospitalisation et sera identifiée via le PMSI), le remboursement d'un médicament anticancéreux en ville ou en rétrocession ou certains actes CCAM d'anatomopathologie.

Toutes les consommations de soins quelles qu'elles soient des personnes incluses sont extraites de l'année précédant l'inclusion jusqu'aux 25 années suivantes. La durée du suivi a pour but d'étudier :

- la survie et les récurrences à long terme pour les cancers de bon pronostic ;
- les effets secondaires à long terme des traitements ;
- la survenue de seconds cancers ;
- le devenir à l'âge adulte des personnes atteintes de cancer pendant l'enfance.

Ainsi, la cohorte apporte de la connaissance pour permettre une meilleure planification des soins, l'évaluation des prises en charge et l'évaluation de politiques de santé. Elle apporte en effet une vision à la fois transversale selon différents axes (période, type de cancer, âge, zone géographique...) et longitudinale et permet un suivi régulier des activités, globale ou par axe, par la production de tableaux de bord thématiques : hospitalisation, chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie, populations spécifiques (enfants, personnes âgées, cancers rares...).

⁴ Délibération de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) N°2019-082 en date du 20 juin 2019 autorisant l'Institut national du cancer à constituer un entrepôt de données de santé, dénommé «Plateforme de données en cancérologie», nécessaire à la mise en œuvre de ses missions de service public.

Délibération de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) N°2019-083 en date du 20 juin 2019 autorisant l'Institut national du cancer à mettre en œuvre des traitements automatisés à des fins de recherche, d'étude et d'évaluation basés sur la « Plateforme de données en cancérologie ».

Elle permet aussi l'analyse des parcours de soins, le recours à de nouveaux médicaments à condition qu'ils soient inscrits sur la liste en sus, en ATU, en rétrocession ou délivrés en officine.

◆ ... Enrichie

Des variables complémentaires, déduites des informations du SNDS ont été créées afin de mieux caractériser à la fois le cancer – type (*in situ*, invasif, envahissement ganglionnaire ou métastatique) ou localisation (appareil, organe) – la personne et sa consommation de soins par année.

L'appariement avec d'autres bases de données a pour objectif d'adjoindre des informations qui font actuellement défaut (cliniques, anatomopathologiques, biologiques, génomiques...). Dans un premier temps certaines de ces données seront issues des bases des registres des cancers avant d'envisager d'autres sources complémentaires.

◆ Alimentation

Pour chaque année N, une fois par an (en année N + 1), les identifiants de l'année N correspondant aux critères d'inclusion sont recherchés. La CNAM procède à l'extraction des consommations de soins de ces personnes :

- consommations des années N – 1 et N pour les nouveaux entrants dans la cohorte ;
- consommations de l'année N pour les personnes déjà présentes dans la cohorte,

et fournit les données à l'Institut selon les modalités définies par la convention qui lie les deux organismes.

Les données des registres des cancers

Les registres des cancers ont des missions nationales de veille et de recherche. Ils colligent des caractéristiques fines des cancers et couvrent la population adulte à hauteur de 20 % et à 100 % celle des enfants. Les registres sont évalués par le Comité d'Évaluation des Registres (CER) dans le cadre de la procédure de qualification qui porte sur leur qualité, leur intérêt pour la santé publique et la recherche et leur opportunité par rapport à la politique nationale développée dans leur domaine. 28 registres ont intégré un partenariat financier et scientifique dont fait partie l'Institut.

Les données du dépistage

Lorsque le système national des dépistages aura été constitué, les données nationales des dépistages organisés seront progressivement intégrées (cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus). Les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) couvrent tout le territoire national. Ils colligent des informations relatives à la participation au dépistage, le niveau de risque des personnes, le diagnostic d'une tumeur détectée ainsi que le(s) premier(s) traitement(s). Le pilotage opérationnel et technique des programmes de dépistage, ainsi que l'évaluation organisationnelle, sont assurés par l'Institut.

Annexe 2 : Requête *Pubmed* parangonnage IQSS

(cancer*[ti] OR tumor*[ti] OR tumour*[ti] OR neoplas*[ti] OR malignanc*[ti] OR malignit*[ti] OR adenocarcinoma*[ti] OR carcinoma*[ti] OR leukemia[ti] OR leukaemia[ti] OR chondrosarcoma[ti] OR ependymoma[ti] OR glioma[ti] OR liposarcoma[ti] OR lymphoma[ti] OR melanoma[ti] OR meningioma[ti] OR mesothelioma[ti] OR myeloma[ti] OR neuroblastoma[ti] OR oligodendroglioma[ti] OR retinoblastoma[ti] OR sarcoma[ti])

AND (pancreas[tiab] OR pancreatic[tiab])

AND (quality[tiab] OR efficiency[tiab] OR effectiveness[tiab] OR efficacy[tiab] OR performance[tiab])

AND indicator*[ti]

AND hasabstract[text]

AND (French[lang] OR English[lang])

AND ("2014/01/01"[PDAT] : "2019/12/08"[PDAT])

Annexe 3 : Liste des indicateurs proposés par les experts mais non retenus pour le processus de sélection

Phase du parcours de soins	Indicateur	Thématique	Faisable à partir de la plateforme de données	Raison de la non sélection
Diagnostic	<p>Rapport de santé global (bio-psycho-social) par le médecin traitant envoyé au consultant du centre autorisé, au plus tard le jour de la consultation.</p> <p>Cela suppose de la part du médecin traitant une consultation dédiée longue, un bilan biologique orienté en fonction du contexte, un bilan de fragilité, un bilan psychique (MA etc.), un bilan social a minima.</p> <p>Cible : 80 % des patients (problème d'avoir un médecin traitant, temps de travail du Médecin Traitant [MT])</p> <p>Objectif : permettre au médecin spécialiste d'avoir dès la première consultation des éléments d'aide à la décision (faisabilité chimio neo-adjuvante par ex).</p> <p>(Il faut revoir l'articulation avec la consultation d'annonce, les informations à délivrer au patient)</p>	Bilan de diagnostic	non	Nous n'avons pas la donnée dans la plateforme de données en cancérologie du détail des consultations
Diagnostic	Proportion de patients ayant eu une Biopsie des ganglions para aortiques avant toute résection	biopsie	à discuter	Pas d'acte permettant de savoir de quel gg il s'agit (FCQX028 Examen histopathologique de biopsie de nœud [ganglion] lymphatique). Peut-on supposer que si l'acte est présent il s'agit de gg para aortique ? De plus acte anapath : exhaustivité ?
Diagnostic	Pourcentage de malades ayant eu un « picking » ganglionnaire latéro-aortique avant pancréatectomie	biopsie	à discuter	Pas d'acte permettant de savoir de quel gg il s'agit (FCQX028 Examen histopathologique de biopsie de nœud [ganglion] lymphatique). Peut-on supposer que si l'acte est présent il s'agit de gg para aortique ? De plus acte anapath : exhaustivité ?

Diagnostic	<p>Délai entre la suspicion d'adénocarcinome pancréatique par le médecin généraliste et une consultation spécialisée (chirurgien, oncologue, radiothérapeute, autre) dans un centre autorisé avec TDM ou IRM thoraco-abdominal.</p> <p>Cible : ce délai devrait pouvoir être de 15 j à 3 semaines.</p> <p>Cela suppose : - une connaissance des centres agrès par le MG ou son correspondant gastro-entérologue habituel ; - un accès spécifique aux médecins radiologues par le MG.</p> <p>Cela reprend en compte un certain nombre d'objectifs de la liste et les résume. (En ce qui concerne l'objectif n° 1, je ne sais si il peut-être un IQSS, en effet c'est un aspect réglementaire, et doit être évalué dans un autre contexte que les IQSS. Dès que la liste des centres autorisés connue, elle devra être diffusée)</p>	Délai	non	Nous n'avons pas la donnée dans la plateforme de données en cancérologie du détail des consultations
Diagnostic	Délai entre demande d'examen premier par le MT et sa réalisation	Délai	non	Nous n'avons pas les dates de demandes d'examens
Diagnostic	Délai de réception du CR par le MT après la première consultation spécialisée	Délais de communication hôpital ville	non	Nous n'avons pas les données sur les CR transmis au médecin généraliste
Diagnostic	Délai de réception du CR par le MT après RCP	Délais de communication hôpital ville	non	Nous n'avons pas les données sur les CR transmis au médecin généraliste
Diagnostic	Lisibilité des CR pour le MT	Délais de communication hôpital ville	non	Nous n'avons pas les données sur les CR transmis au médecin généraliste
Diagnostic	Proportion de patients avec doute diagnostic ayant eu une IRM de bonne qualité avec CPIRM, avant tout drainage	IRM	non	Nous n'avons pas le détail de la réalisation de l'IRM

Diagnostic	Délai d'accès à la RCP après diagnostic	RCP	non	Nous n'avons pas les données nationales de RCP. Cela sera possible avec la mise en place du DCC
Diagnostic	Proportion de patients ayant eu une TDM de bonne qualité : coupes millimétriques, injection d'une quantité suffisante d'iode, au minimum un temps artériel pancréatique, avec thorax compris, avant tout drainage	TDM	non	Nous n'avons pas le détail de la réalisation de la TDM
Ensemble du parcours	Information au patient et à son entourage Tout ce qui a été dit au patient doit être partagé quasi en temps réel avec les médecins spécialistes et le MT (messagerie sécurisée type CISSRA) CR des RCP et télé-expertise. Cible : 100 % des éléments clés du dossier, CR RCP connus dans un délai de 24H par les parties concernées. Objectifs : améliorer le confort et la qualité de vie du patient. Les équipes de soins palliatifs doivent être associées dès le début et le patient informé. Cible 80 % Objectif : favoriser le parcours du patient.	Information patient	non	Nous n'avons pas la donnée dans la plateforme de données en cancérologie sur ce qui a été dit au patient
épidémiologie	Survie un an après diagnostic d'une forme d'emblée métastatique	survie	oui	Il s'agit d'un indicateur épidémiologique. Indicateur non ajouté à la pré-liste
Formation Médicale Continue	La médecine de parcours doit aboutir à des protocoles partagés ville hôpital qui passent par la formation en soirée pour les MT avec les équipes référentes locales	Formation	non	Nous n'avons pas les données sur les formations des professionnels
Palliatif	Prise en charge palliative coordonnée effectivement par le MT	Soins palliatifs	non	Nous n'avons pas le détail de l'activité du médecin traitant
Suivi	Suivi conjoint et alterné entre MT et centre référent (chir ou onco ou gastro)	Suivi	non	Nous n'avons pas le motif des consultations
Suivi	Existence de suivi conjoint et/ou alternés entre MT et établissement	Suivi	non	Nous n'avons pas le motif des consultations
Traitement	Proportion de patients ayant été inclus dans un essai thérapeutique	Essais cliniques	non	Nous n'avons pas la donnée sur l'inclusion des patients

Traitement	Évaluation de l'état nutritionnel avant résection si albumine ± préalbumine disponibles	État nutritionnel	non	Nous n'avons pas les données sur l'état nutritionnel
Traitement	Nombre de patients ayant eu une résection pancréatique en cas de lymphadénectomie lomboaortique positive en examen histologique extemporané/ nombre de patients opérés avec lymphadénectomie lomboaortique positive en examen histologique extemporané (indicateur de non qualité)	lymphadénectomie lomboaortique	non	Nous n'avons pas le résultat histologique
Traitement	Proportion de patient dont le traitement a été discuté en réunion multidisciplinaire	RCP	non	Nous n'avons pas les données nationales de RCP. Cela sera possible avec la mise en place du DCC
Traitement	Délai entre décision RCP et début du traitement	RCP	non	Nous n'avons pas les données nationales de RCP. Cela sera possible avec la mise en place du DCC

Cette liste ne contient pas les indicateurs K et L qui ont été ajoutés par la suite, après la concertation nationale.

Annexe 4 : Processus de sélection des indicateurs

N°	Phase du parcours de soins	Indicateurs	Pré-liste ou ajout des experts	Sélectionné au 1 ^{er} tour	Discussion face-à-face	Sélectionné au 2 ^e tour	Liste finale pour la phase de test
1	Traitement	Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas traités dans un établissement autorisé.	Pré-liste	Oui	Exclu		
2	Diagnostic	Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas survenant sur pancréatite chronique et ayant eu une TDM et une IRM en première intention.	Pré-liste	Oui	Exclu		
3	Diagnostic	Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas, ayant réalisé une TDM et une IRM avant la mise en place d'une prothèse biliaire.	Pré-liste	Oui	Fusion entre n° 3, 4, 6 et 7 et reformulé	Oui	A - Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une TDM TAP avant tout geste invasif (dont biopsie et endoscopie)
4	Diagnostic	Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas, ayant réalisé une échocendoscopie après une TDM +/- une IRM.	Pré-liste	Oui	Fusion entre n° 3, 4, 6 et 7 et reformulé	Oui	A - . Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une TDM TAP avant tout geste invasif (dont biopsie et endoscopie)
5	Diagnostic	Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas nécessitant un traitement néoadjuvant ayant eu une biopsie pré-thérapeutique (Strate A : tumeur non métastatique et biopsie sous échocendoscopie - Strate B : tumeur métastatique et biopsie percutanée).	Pré-liste	Oui	Exclu		
6	Diagnostic	Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une TDM abdomino pelvienne et thoracique dans le même temps.	Pré-liste	Oui	Fusion entre n° 3, 4, 6 et 7 et reformulé	Oui	A - Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une TDM TAP avant tout geste invasif (dont biopsie et endoscopie)
7	Diagnostic	Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une TDM avant tout geste endoscopique.	Pré-liste	Oui	Fusion entre n° 3, 4, 6 et 7 et reformulé	Oui	A - Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une TDM TAP avant tout geste invasif (dont biopsie et endoscopie)

8	Diagnostic	Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une IRM de l'abdomen avant la résection chirurgicale.	Pré-liste	Oui	Reformulé	Oui	B - Proportion de patients opérés par laparotomie d'un adénocarcinome du pancréas non métastatique ayant eu une IRM injectée du foie dans le mois précédent
9	Diagnostic	Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu un bilan de diagnostic et d'extension complet avant 1 ^{er} traitement.	Pré-liste	Oui	Exclu		
10	Traitement	Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas dont le délai entre la date de l'imagerie de diagnostic et le 1 ^{er} traitement est inférieur à n semaines.	Pré-liste	Oui	Reformulé	Oui	Suppression de l'indicateur lors de la description de la fiche indicateur.
11	Traitement	Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une TDM dans les 4 semaines précédant la résection chirurgicale.	Pré-liste	Oui	Exclu		
12	Traitement	Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu de la chimiothérapie adjuvante dans les 12 semaines suivant la chirurgie.	Pré-liste	Oui	Inchangé	Oui	C - Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu de la chimiothérapie adjuvante dans les 12 semaines suivant la chirurgie
13	Traitement	Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu un drainage par stent biliaire trans-tumoral préopératoire.	Pré-liste	Désaccord	Exclu		
14	Traitement	Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas métastatique et ayant un stent duodéal.	Pré-liste	Désaccord	Reformulé	Oui	E - Proportion de patients ayant un adénocarcinome du pancréas avec sténose duodénale traitée par gastrojéjunostomie chirurgicale
15	Traitement	Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas borderline veineux ou artériel ayant eu une chimiothérapie néoadjuvante.	Pré-liste	Non			
16	Traitement	Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une TDM thoraco-abdomino-pelvienne et une IRM hépatique pour évaluer la résecabilité secondaire.	Pré-liste	Oui	Exclu		

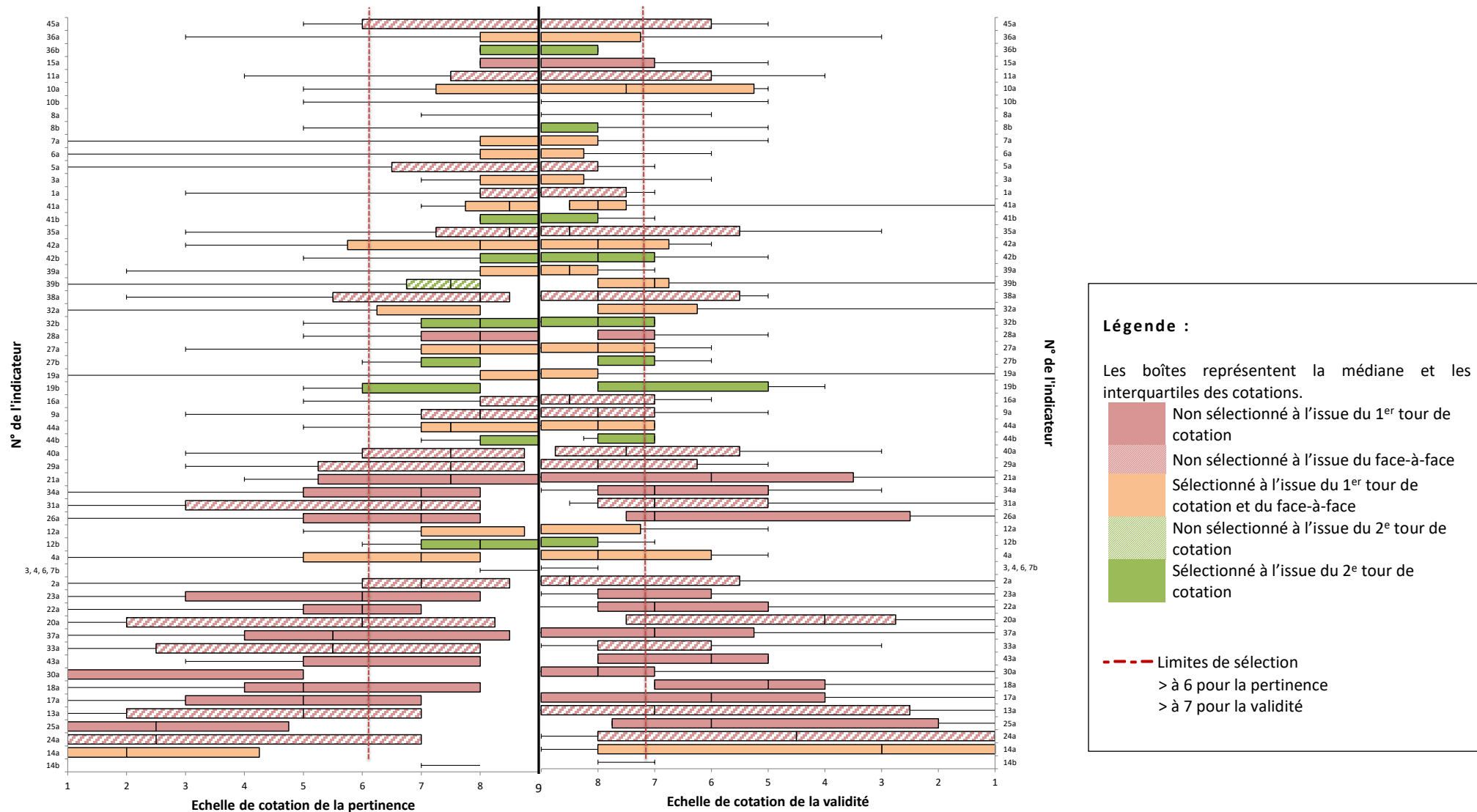
17	Traitement	Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas localement avancé non résecable d'emblée ou restant non résecable malgré le traitement d'induction ayant eu une chimiothérapie systémique.	Pré-liste	Non			
18	Traitement	Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas de forme localisée ayant eu de la radiothérapie stéréotaxique.	Pré-liste	Non			
19	Traitement	Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une immuno-nutrition préopératoire.	Pré-liste	Oui	Inchangé	Oui	D - Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une immuno-nutrition préopératoire
20	Traitement	Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas et opérés d'une duodéno pancréatectomie céphalique par laparoscopie.	Pré-liste	Désaccord	Exclu		
21	Traitement	Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas et opérés d'une duodéno pancréatectomie céphalique ayant eu une lymphadénectomie lomboaortique.	Pré-liste	Non			
22	Traitement	Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une splénectomie lors d'une pancréatectomie gauche.	Pré-liste	Non			
23	Traitement	Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas avec métastases hépatiques synchrones et ayant eu une pancréatectomie.	Pré-liste	Non			
24	Traitement	Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas avec métastases hépatiques synchrones et ayant eu un prélèvement ganglionnaire.	Pré-liste	Désaccord	Exclu		
25	Traitement	Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas métastatique ayant eu un drainage pas voie endoscopique.	Pré-liste	Non			

26	Traitement	Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas et ayant eu une duodéno pancréatectomie recevant des IPP.	Pré-liste	Non			
27	Traitement	Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu de la chimiothérapie adjuvante.	Pré-liste	Oui	Inchangé	Oui	Suppression de l'indicateur lors de la description de la fiche indicateur.
28	Traitement	Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu de la chimiothérapie adjuvante pendant 6 mois.	Pré-liste	Non			
29	Traitement	Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une TDM thoraco-abdomino-pelvienne avant chimiothérapie adjuvante.	Pré-liste	Oui	Exclu		
30	Traitement	Proportion de patients atteints d'un cholangiocarcinome de la voie biliaire principale ayant reçu de la capécitabine pendant 6 mois.	Pré-liste	Non			
31	Traitement	Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas avancés ou récidivés ayant reçu des HBPM à visée préventive.	Pré-liste	Désaccord	Exclu		
32	Suivi	Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une surveillance par TDM thoraco-abdomino-pelvienne tous les 3 mois pendant 2 ans, puis tous les 6 mois pendant 3 ans.	Pré-liste	Oui	Inchangé	Oui	I - Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu un suivi post thérapeutique pendant 5 ans
33	Traitement	Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant reçu une chimiothérapie dans le dernier mois de vie.	Pré-liste	Désaccord	Exclu		
34	Diagnostic	Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu des complications post-biopsie du pancréas.	Pré-liste	Non			
35	Traitement	Proportion de patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu des complications post-opératoires.	Pré-liste	Oui	Exclu		

36	Traitement	Ratio de mortalité postopératoire à 90 jours chez les patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas.	Pré-liste	Oui	Inchangé	Oui	J - Ratio de mortalité postopératoire à 90 jours chez les patients atteints d'un adénocarcinome du pancréas
37	Traitement	Proportion de patients ayant eu PET SCAN avant et après traitement neo-adjuvant.	Ajout	Non			
38	Diagnostic	Proportion de patients ayant eu une Biopsie des ganglions para aortiques avant toute résection/ayant eu un « picking » ganglionnaire latéro-aortique avant pancréatectomie.	Ajout	Oui	Exclu		
39	Suivi	Proportion de patients à un stade avancé ayant bénéficié d'une prise en charge par une équipe de soins palliatifs.	Ajout	Oui	Reformulé : Proportion de patients à un stade avancé ayant bénéficié d'une prise en charge par une équipe de soins palliatifs dans les 2 mois précédant son décès	Non	
40	Traitement	Transfert dans un autre établissement pour prise en charge de complications postopératoires.	Ajout	Oui	Exclu		
41	Traitement	Proportion de patients ayant eu une complication hémorragique ayant bénéficié d'un geste de radiologie interventionnelle.	Ajout	Oui	Reformulé	Oui	H - Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une complication hémorragique post-opératoire traitée par radiologie interventionnelle en première intention
42	Traitement	Pourcentage de DPC avec résection vasculaire.	Ajout	Oui	Reformulé	Oui	G - Proportion de patients ayant eu une pancréatectomie avec résection vasculaire pour adénocarcinome du pancréas précédée d'un traitement néoadjuvant

43	Traitement	Pourcentage de malades ayant une laparoscopie avant (deux interventions différentes) pancréatectomie.	Ajout	Non			
44	Traitement	Pourcentage de laparotomie non - thérapeutique (exploration seule, dérivation chirurgicale) en cas de chirurgie d'emblée/après traitement d'induction.	Ajout	Oui	Inchangé	Oui	F - Proportion de patients opérés d'un adénocarcinome du pancréas ayant eu une laparotomie sans pancréatectomie
45	Traitement	Proportion de patients ayant eu une Séquence Chimio - Radiothérapie - réévaluation (délai).	Ajout	Oui	Exclu		

Annexe 5 : Résultats des deux tours de cotation des experts



Annexe 6 : Rationnel complet des indicateurs

IQSS A

◆ **Recommandations**

Thématique 3 Diagnostic positif

Question n° 12 – 5.5.3. Page 77

- Chez les malades pour lesquels il existe un projet de résection chirurgicale, immédiat ou après traitement d'induction, il est recommandé de réaliser TDM et IRM avant la mise en place d'une prothèse biliaire du fait des artefacts et remaniements inflammatoires liés à la mise en place de la prothèse (**avis d'experts**).

Thématique 3 Diagnostic positif

Question n° 13 – 5.6.3. Page 81

- Il est recommandé de réaliser l'échoendoscopie après TDM +/- IRM afin de limiter les artefacts liés à la ponction (**avis d'experts**).

Thématique 4 Bilan d'extension

Question n° 20 – 6.3.3. Page 109

- Pour le bilan d'extension initial d'un adénocarcinome du pancréas, il est recommandé de réaliser une TDM abdomino-pelvienne répondant à des critères d'acquisition spécifiques associée à une TDM thoracique dans le même temps (**Grade B**).

Thématique 4 Bilan d'extension

Question n° 20 – 6.3.3. Page 109

- Il est recommandé de réaliser la TDM avant tout geste endoscopique (**avis d'experts**) et dans les 4 semaines précédant une éventuelle résection chirurgicale. (**Grade B**).

Thématique 4 Bilan d'extension

Question n° 21 – 6.4.3. Page 112

- Une TDM thoracique récente (< 4 semaines) est recommandée pour détecter des métastases pulmonaires et servir d'examen de référence (**Grade C**).

Thématique 4 Bilan d'extension

Question n° 22 – 6.5.3. Page 114

- Il est recommandé de faire la TDM avant tout traitement, tout drainage biliaire et toute ponction pancréatique en raison du risque de pancréatite lié aux gestes endoscopiques et des artefacts liés à une prothèse biliaire (**avis d'experts**).

◆ **Contributions des parties intéressées**

> **FHF**

- Bilan d'extension standardisé comportant TDM TAP et IRM hépatique systématique.

> **FEHAP**

- Proportion de patients ayant eu une échocardiographie avant chirurgie.
- Proportion de patients ayant eu un scanner-thoraco- abdomino-pelvien avant chirurgie.

> **UNICANCER**

- Proportion de patient ayant eu un scanner 3 phases et une IRM hépatique datant de moins de 1 mois avant le premier événement de soin (chimiothérapie/chirurgie): l'objectif serait de moins de 1 mois. (qualité).

IQSS B

◆ **Recommandation**

Thématique 4 Bilan d'extension

Question n° 20 – 6.3.3. Page 109

- Avant toute décision de résection chirurgicale, une IRM hépatique avec imagerie en pondération de diffusion est recommandée (**Grade B**).

◆ **Article**

Marion Audibert, 2018

- Il s'appuie également sur un article scientifique stipulant que des métastases ont été retrouvées en IRM dans 11 % des TDM hépatiques interprétées comme étant normales (Marion-Audibert, 2018).

◆ **Contributions des parties intéressées**

> **FEHAP**

- Proportion de patients ayant eu une IRM hépatique avant chirurgie.

> **FHF**

- Bilan d'extension standardisé comportant TDM TAP et IRM hépatique systématique.

> **UNICANCER**

- Recours à l'IRM hépatique avant chirurgie pour les non métastatiques.
- Proportion de patient ayant eu un scanner 3 phases et une IRM hépatique datant de moins de 1 mois avant le premier événement de soin (chimiothérapie/chirurgie): l'objectif serait de moins de 1 mois. (qualité).

IQSS C

◆ **Recommandation**

Thématique 9 Traitement adjuvant

Question n° 52 – 11.5.3. Page 305

- Il est recommandé de débiter la chimiothérapie postopératoire dans les 12 semaines suivant la chirurgie (**Grade B**). Au cours de cette phase, tout doit être mis en œuvre pour optimiser l'état général du patient et permettre ainsi la réalisation complète des 6 mois de traitement (**Grade C**).

◆ Article

Valle, 2020

◆ Contributions des parties intéressées

> UNICANCER

- Délai avant chimio adjuvante, à confronter au pourcentage ayant eu les 6 mois réels de chimiothérapie adjuvante.

> UNHPC-FHP

- Les délais sont pour nous une priorité : entre diagnostic et un premier traitement, entre la chirurgie et chimiothérapie et/ou la radiothérapie.

IQSS D

◆ Recommandation

Thématique 7 Chirurgie

Question n° 36 – 9.3.3. Page 204

- La prescription d'une immuno-nutrition préopératoire (nutrition enrichie en acides gras riches en oméga-3, en arginine et ARN) est recommandée avant la résection d'un adénocarcinome du pancréas, quel que soit le statut nutritionnel et immunitaire initial (**Grade B**).

◆ Article

Tumas, 2020

IQSS E

◆ Recommandation

Thématique 5 Traitement des symptômes obstructifs

Question n° 30 – 7.8.3. Page 140

- Il est recommandé de mettre en place un stent duodéal de préférence à une gastrojéjunostomie chirurgicale en cas de faible espérance de vie anticipée (maladie métastatique) ou de mauvais état général peu compatible avec une laparotomie ou une chimiothérapie prolongée (**Grade C**).

◆ Contributions des parties intéressées

> FEHAP

- Proportion de patients ayant eu une prothèse biliaire et/ou duodénale par voie endoscopique.
- Proportion de patients ayant eu une dérivation biliaire et/ou digestive par voie chirurgicale.

IQSS F

◆ Recommandation

Thématique 4 Bilan d'extension

Question n° 24 – 6.7.1. Page 120

- La laparoscopie systématique avant résection d'un adénocarcinome du pancréas n'est pas recommandée en raison de sa faible rentabilité (environ 10-15 %) après un bilan d'extension par TDM thoraco-abdomino-pelvienne et IRM hépatique de bonne qualité et l'existence de faux négatifs (métastases découvertes lors de la laparotomie) **(Grade B)**.
- La laparoscopie incluant l'exploration des zones « aveugles » peut être indiquée de façon sélective, sur décision de RCP, chez un patient ayant une forte probabilité de métastase hépatique ou péritonéale non détectable en imagerie (tumeur volumineuse ou localement avancée ou corporéo-caudale et/ou associée à une élévation du CA 19-9) **(Grade C)**.

◆ Articles

Sell, 2018 ; van der Geest 2017

- Cet indicateur s'appuie également sur deux articles scientifiques démontrant une augmentation de la mortalité opératoire en cas de laparotomie non thérapeutique *versus* laparotomie pour pancréatectomie.

IQSS G

◆ Recommandations

Thématique 7 Chirurgie

Question n° 40 – 9.7.3. Page 231

- « En cas de résection veineuse programmée, un traitement d'induction est recommandé en raison de l'amélioration du taux des résections R0 et de la survie qu'il apporte **(Grade B)**. »
- « 1. Une DPC avec résection artérielle programmée (à l'exception de l'AMS) peut être proposée chez des patients sélectionnés dont la tumeur est stable ou au mieux en réponse après traitement d'induction. Cette attitude doit être nuancée en fonction de la localisation tumorale et du type d'extension artérielle **(Grade B)** :
 - en cas d'AH droite accessoire située à proximité de la tumeur, une embolisation préopératoire suivie d'une résection « en bloc » est recommandée **(avis d'experts)**,
 - en cas d'AH droite – foie total : une résection après traitement d'induction, avec reconstruction artérielle par pontage, peut être proposée **(avis d'experts)**,
 - en cas d'envahissement d'un court segment de l'AH commune (envahissement de l'origine de l'AGD) : une résection après traitement d'induction avec reconstruction artérielle peut être proposée **(avis d'experts)**.
- 2. En cas d'envahissement de l'AMS, un traitement d'induction est recommandé, suivi en cas de stabilité ou de réponse tumorale, d'une laparotomie avec dissection et biopsie des tissus péri- artériels. En cas de positivité de l'examen extemporané, une DPC avec résection artérielle n'est pas recommandée **(Grade C)**.

- 3. En cas de cancer corporéo-caudal avec envahissement du tronc cœliaque, un traitement d'induction est recommandé. En cas de stabilisation ou réponse tumorale, une pancréatectomie distale avec résection du tronc cœliaque sans reconstruction artérielle peut être proposée après embolisation radiologique des branches du TC (**avis d'experts**). »

IQSS H

◆ Articles

Roulin 2011 ; Wu 2020

- Cet indicateur s'appuie sur une revue systématique de la littérature démontrant une mortalité plus élevée après réintervention qu'après hémostase par radiologie interventionnelle (Roulin 2011). Un article scientifique publié plus récemment abonde en ce sens (Wu, 2020).

IQSS I

◆ Recommandations

Thématique 11 Surveillance oncologique

Question n° 60 – 13.3.3. Page 340

- Pour dépister une récurrence tumorale, il est recommandé de réaliser périodiquement une TDM thoraco-abdomino-pelvienne et un dosage de CA19-9 (sauf chez les patients dont le taux préopératoire était indétectable : groupe Lewis négatif) (**Grade C**).
- Le rythme de surveillance recommandé est un contrôle en postopératoire avant le début de la chimiothérapie (**avis d'experts**), puis tous les 3 mois pendant 2 ans, puis tous les 6 mois pendant 3 ans (**Grade C**).

◆ Contributions des parties intéressées

> FEHAP

- Proportion de patients ayant eu régulièrement un scanner thoraco- abdomino-pelvien dans les 2 ans qui suivent le traitement.
- Proportion de patients ayant eu un PET scan pour surveillance.

> Comité de démocratie sanitaire

- Suivi post traitement très poussé, Mise en place de différents acteurs, médecin généraliste, oncologue, diététicien, psychologue et aide au niveau de la famille.

> UNHPC-FHP

- La présence d'un suivi après la séquence des traitements.

IQSS J

◆ Article

El Amrani et al. 2020 ; Vollmer 2012 ; Venkat 2011

- Cet indicateur s'appuie sur deux articles scientifiques. La mortalité à J90 est le meilleur reflet de la mortalité réelle après pancréatectomies (El Amrani et al. 2020). Elle est environ le double de la mortalité à J30 (Vollmer 2012 ; Venkat 2011).

◆ Contributions des parties intéressées

> FEHAP

- Ratio de mortalité postopératoire à 90 jours chez les patients atteints d'un cancer du pancréas (métastatique ou pas).

> UNICANCER

- Taux de mortalité/morbidité précoce après DPC.
- Pourcentage de mortalité opératoire.

IQSS K

◆ Recommandations

Thématique 10 Traitement des formes métastatiques et des récives

Question n° 59 – 12.7.3. Page 330

- Il est recommandé de rechercher, d'évaluer et de traiter précocement les principaux symptômes invalidants que sont la douleur, la dépression, la détérioration de l'état nutritionnel (**Grade C**).

> ASCO 2017

- Tout patient avec un adénocarcinome du pancréas à un stade avancé, doit être adressé précocement à une équipe de soins palliatifs multidisciplinaire (Évidence de niveau intermédiaire).

IQSS L

◆ Recommandations

Thématique 10 Traitement des formes métastatiques et des récives

Question n° 55 – 12.3.3. Page 317

- Chez les patients présentant une altération importante de l'état général (PS 3), une prise en charge palliative seule, sans chimiothérapie, est recommandée (**avis d'experts**).



52, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
France

Tél. : +33 (1) 41 10 50 00
diffusion@institutcancer.fr

Édité par l'Institut national du cancer
Tous droits réservés - Siren 185 512 777

Conception : INCa

Réalisation : INCa

ISBN : 978-2-37219-796-0

ISBN net : 978-2-37219-797-7

DEPÔT LÉGAL OCTOBRE 2021

Pour plus d'informations
e-cancer.fr

Institut national du cancer
52, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
France

Tél. : +33 (1) 41 10 50 00
diffusion@institutcancer.fr