

**DISPONIBILITÉ DE L'INFORMATION AU
DOSSIER MÉDICAL HOSPITALIER POUR
CERTAINS SIÈGES DE CANCER : DONNÉES
SUR LE STADE, LE GRADE ET LE
TRAITEMENT**

AUTEURS :

**Simone Provencher, M.D., M.Sc.
Julie Boutin, B.Sc., AM, CTR
Claude Tremblay, M.Sc., Ph.D.**

Février 2006

Auteurs(es)

Simone Provencher, M.D., M.Sc.
Julie Boutin, B.Sc., AM, CTR
Claude Tremblay, M.Sc., Ph.D.

Secrétariat et mise en pages

Diane Bérubé

Conception et réalisation de la page couverture

René Larivière

Responsable de l'édition

Jean-François Lapierre

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.

Pour obtenir une copie de ce document, adressez-vous à :
Service ressources documentaires – Vente de publications
Agence de la santé et de services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec) J4K 2M3

(450) 928-6777, poste 4213

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Santécom : 16-2006-003

Dépôt légal – 1^e trimestre, 2006
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-89342-346-9

REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes ont contribué directement ou indirectement à la réalisation de ce projet. Plus spécifiquement, dans les dix hôpitaux de soins généraux et spécialisés de la Montérégie, nous remercions les directeurs des services professionnels et hospitaliers d'avoir permis l'accès aux dossiers médicaux et les services d'archives médicales d'avoir facilité la collecte des données dans les dossiers.

Nous avons apprécié le travail de plusieurs personnes pour la réalisation de cette étude : madame Esther Bouffard, registraire en oncologie, pour la collecte des données, monsieur Marc Lavoie pour le développement initial de l'outil informatique, madame Éveline Savoie pour la saisie informatique et la validation des données et madame Diane Bérubé pour la mise en forme du texte du rapport.

Certains collègues de travail ont accepté de commenter le document et nous les remercions pour ce travail : docteur Pierre Band et madame Christine Boutin de la Direction de santé publique de Montréal, monsieur Michel Beaupré du Fichier des tumeurs du Québec et madame Rabiâ Louchini de l'Institut national de santé publique.

Finalement nous remercions le Comité Directeur du Réseau Cancer Montérégie d'avoir appuyé ce projet ainsi que la Direction de santé publique de la Montérégie et le Centre de coordination de la lutte contre le cancer de l'avoir supporté financièrement.

MOT DE LA DIRECTRICE DE SANTÉ PUBLIQUE

Le cancer est un problème majeur dans la société actuelle et, avec le vieillissement de la population, cette situation prendra de l'ampleur dans les années à venir. Au Canada, on estime qu'en 2006, 153 100 personnes recevront un diagnostic de cancer et cette maladie sera responsable de 70 400 décès. À l'échelle de la Montérégie, les données les plus récentes du Fichier des tumeurs du Québec indiquent qu'il y a eu 5 849 nouveaux cas de cancer en 2001. Selon le Fichier des décès, 2 840 personnes résidant en Montérégie sont décédées de cette maladie en 2002.

Cette situation fait de la lutte contre le cancer une des priorités du Ministère de la santé et des services sociaux, ce qui se traduit par de nombreux développements tout au long du continuum des services consacrés à cette maladie. Des activités en amont, visant notamment la réduction du tabagisme, le dépistage du cancer du sein et l'adoption de saines habitudes de vie, sont en cours à la Direction de santé publique. Du côté des soins, l'implantation du Programme de lutte contre le cancer a amené de nouveaux services adaptés aux personnes atteintes de cancer, tels que les infirmières pivots et les intervenants psychosociaux en oncologie. Un véritable réseau se mobilise sous le leadership du Réseau Cancer Montérégie pour assurer des services de qualité en oncologie dans l'ensemble de la région.

La Direction de santé publique a le mandat d'assurer la surveillance de l'état de santé sur son territoire et d'en informer la population, les intervenants et les décideurs. Dans la situation actuelle, les données disponibles pour suivre la situation du cancer sont insuffisantes pour bien apprécier les progrès de la lutte contre le cancer. Dans un tel contexte, des études ont été entreprises pour étudier la faisabilité de la mise en place d'un registre régional du cancer pour la Montérégie. Ce registre inclurait des données d'importance cruciale pour connaître et suivre la situation du cancer dans la population de la Montérégie.

Le présent rapport fait état d'une étude visant à documenter la capacité à recueillir des informations à partir des dossiers médicaux hospitaliers. Ces travaux portaient sur trois éléments principaux: le stade du cancer, le grade histopathologique et les traitements de première ligne. Les résultats montrent que beaucoup de données utiles sont disponibles et qu'il suffit de les extraire des dossiers. L'organisation de la collecte de ces données est toutefois complexe. Il est primordial qu'elle se fasse avec une grande rigueur et en collaboration avec tous ceux qui sont concernés par la lutte contre le cancer, aux niveaux local, régional et provincial. En plus de servir la population de la Montérégie, la collecte de ces données pourra avantageusement enrichir le Fichier des tumeurs du Québec.

La directrice,



Jocelyne Sauvé, M.D.

RÉSUMÉ

Le déploiement du Programme de lutte contre le cancer a suscité un questionnement au sein du Réseau Cancer Montérégie et de la Direction de santé publique sur les besoins d'information pour la surveillance du cancer dans la région. Le Fichier des tumeurs du Québec recueille des données sur tous les nouveaux cas de cancer au Québec. Cependant, il présente des limites quant à l'exhaustivité, aux types de données collectées (absence de données importantes liées au pronostic) et à la disponibilité des données en temps utile. Ces constatations ont fait réfléchir sur la pertinence et le développement d'un registre régional du cancer en Montérégie et ont mené à la réalisation de travaux pour en étudier la faisabilité. Un des sujets d'étude dont les résultats sont présentés ici, était d'examiner la présence d'informations appropriées pour un registre du cancer dans les dossiers médicaux hospitaliers en Montérégie, notamment sur le stade au diagnostic, le grade et les traitements.

Six sièges de cancer étaient à l'étude : sein, côlon-rectum, poumon, prostate, vessie et col utérin. Deux registraires en oncologie ont revu 321 dossiers pour recueillir l'information nécessaire pour constituer le stade du cancer et identifier les principaux rapports médicaux contenant cette information. Le stade, tel qu'inscrit par les médecins dans l'un ou l'autre des rapports médicaux, était aussi extrait du dossier médical. Des informations ont également été colligées sur le grade histopathologique et sur les traitements de première ligne.

Le grade histopathologique est indiqué dans la presque totalité des cas pour les cancers du sein (97 %), du côlon-rectum (96 %), de la prostate (96 %) et de la vessie (91 %). Le pourcentage est plus faible pour le cancer du poumon (73 %) et du col utérin (77 %).

Le stade groupé du TNM (*Tumor, Node, Metastasis*) de l'Américain Joint Committee on Cancer, défini selon les classes de I à IV, a pu être déterminé dans 94 % des cas pour le cancer du côlon-rectum, dans 82 % (ou 91 % selon les critères retenus) pour le cancer du sein et 82 % pour le cancer du poumon. Pour le cancer de la vessie, de la prostate, et du col utérin, le stade a pu être établi respectivement dans 50 %, 36 % et 33 % des cas. Ce sont les rapports de pathologie, pour la taille de la tumeur et la présence de ganglions régionaux, et ceux de l'imagerie médicale pour la présence de métastases, qui étaient les principales sources d'information pour connaître le stade du cancer. Ils ont permis d'établir le stade au diagnostic dans la presque totalité des cas pour les cancers du côlon-rectum et du sein. Pour le cancer du poumon, les rapports d'imagerie médicale étaient la principale source d'information de tous les éléments du stade, y compris la taille de la tumeur. Pour les trois autres sièges de cancer, ces rapports sont utiles mais l'information sur le stade du cancer reste partielle et d'autres rapports ont permis de compléter une partie de l'information. La présence d'informations pour déterminer le stade selon les systèmes SEER (*Surveillance Epidemiology and End Results*) donne des résultats semblables à ceux du système TNM.

Les médecins avaient inscrit un stade *TNM* au dossier médical dans des proportions variables selon les sièges de cancer : 37 % pour le cancer du côlon-rectum, 72 % pour le cancer du sein, 49 % pour le cancer du poumon, 22 % pour le cancer de la prostate et 30 % pour le cancer de la vessie. Pour le cancer du sein, le stade était inscrit par un des médecins dans quelques dossiers (7 %) ne contenant pas de rapports d'imagerie médicale pour évaluer le

bilan métastatique. Ceci laisse supposer que ces examens pourraient être faits à l'extérieur de l'hôpital. D'autres systèmes de stade sont aussi utilisés par les médecins, notamment le Duke pour le côlon-rectum (53 %), le FIGO pour le col utérin (49 %), le *American Staging* pour la prostate (22 %) et le Jewett-Marshall (13 %) pour la vessie.

Les informations sur les traitements chirurgicaux, soit la présence ou l'absence du traitement, le type de procédure chirurgicale et la date de la procédure sont disponibles dans la presque totalité des cas pour tous les sièges de cancer, sauf pour le cancer du col utérin. Pour les autres traitements, notamment la chimiothérapie, la radiothérapie et l'hormonothérapie, l'information était disponible en partie seulement, sans doute parce que les consultations pouvaient se faire à l'extérieur de l'hôpital, dans un autre centre hospitalier ou en clinique privée. Le fait de ne pas recourir à un traitement est une information qui n'est pas indiquée de façon systématique au dossier. La collecte de ces données dans un registre du cancer nécessiterait la collaboration étroite des milieux de soins.

Compte tenu de la disponibilité des données au dossier médical et de l'importance du stade pour le pronostic et la survie au cancer, il est impératif que des moyens soient déployés pour recueillir le stade dans les registres du cancer. Afin d'en assurer la qualité, il est toutefois nécessaire que ces données soient colligées par des personnes qui possèdent une expertise dans ce domaine, notamment les registraires en oncologie.

La place des registres n'est plus à démontrer dans la lutte contre le cancer. Au niveau hospitalier, ce sont des outils indispensables pour assurer le suivi clinique et administratif au sein de l'établissement. Au niveau d'une population, un registre central permet d'assurer un suivi épidémiologique du cancer sur un territoire, de fournir des données pour l'évaluation du programme de lutte contre le cancer et de soutenir la recherche en oncologie. Ces deux formes de registre du cancer sont complémentaires et leur mise en place concomitante pourrait avoir un effet de synergie, pour assurer une collecte de données efficace et de qualité.

La Montérégie, avec une population de 1,3 M de personnes, dix hôpitaux de taille et de vocation différentes et une dynamique de concertation entre les différents acteurs de la lutte contre le cancer, constitue un terrain propice au développement d'un registre régional du cancer. Un des premiers objectifs serait de tester la collecte d'information sur le stade du cancer et sur les traitements de première ligne. Les données validées et filtrées régionalement seraient acheminées au Fichier des tumeurs du Québec. Le succès d'une telle entreprise repose sur plusieurs facteurs dont le principal est certainement la capacité à établir une concertation entre les différents centres locaux de la région, les instances régionales responsables de la lutte contre le cancer, les régions avoisinantes, principalement Montréal pour les cas vus à l'extérieur de la Montérégie et les instances provinciales responsables du Fichier des tumeurs du Québec.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	17
OBJECTIFS	19
MÉTHODE	19
1. Sièges de cancer à l'étude	19
2. Identification des cas.....	19
3. Collecte des données	20
4. Codage et saisie.....	21
5. Accès aux données et confidentialité	22
6. Analyse.....	23
RÉSULTATS	25
1. Description générale de l'ensemble des cas.....	25
1.1 Sièges de cancer et provenance des cas	25
2. Types de rapports et sections du dossier médical	27
3. Présence du grade histopathologique	30
4. Côlon-rectum.....	30
4.1 Âge et sexe.....	30
4.2 Stade de la tumeur au moment du diagnostic	31
4.2.1 Le stade inscrit au dossier par un médecin	31
4.2.2 Le stade déterminé selon l'information présente au dossier médical	31
4.2.3 Les classifications SEER	33
4.2.4 Les principaux rapports contenant l'information sur le stade	33
4.3 Information sur le traitement	33
5. Sein	34
5.1 Âge	34
5.2 Stade de la tumeur au moment du diagnostic	35
5.2.1 Le stade inscrit au dossier par un médecin	35
5.2.2 Le stade déterminé selon l'information présente au dossier médical	35
5.2.3 Les classifications SEER	37
5.2.4 Les principaux rapports contenant l'information sur le stade	37
5.3 Information sur le traitement	38
6. Poumon	38
6.1 Âge et sexe.....	38
6.2 Stade de la tumeur au moment du diagnostic	39
6.2.1 Le stade inscrit au dossier par un médecin	39
6.2.2 Le stade déterminé selon l'information présente au dossier médical	39
6.2.3 Les classifications SEER	41
6.2.4 Les principaux rapports contenant l'information sur le stade	41
6.3 Information sur le traitement	41

7. Prostate	42
7.1 Âge.....	42
7.2 Stade de la tumeur au moment du diagnostic	42
7.2.1 Le stade inscrit au dossier par un médecin	42
7.2.2 Le stade déterminé selon l'information présente au dossier médical	43
7.2.3 Les classifications de SEER.....	44
7.2.4 Les principaux rapports contenant l'information sur le stade.....	45
7.3 Information sur le traitement	45
8. Vessie	45
8.1 Âge et sexe.....	45
8.2 Stade de la tumeur au moment du diagnostic	46
8.2.1 Le stade inscrit au dossier par un médecin	46
8.2.2 Le stade déterminé selon l'information présente au dossier médical	46
8.2.3 Les classifications SEER	48
8.2.4 Les principaux rapports contenant l'information sur le stade.....	49
8.3 Information sur le traitement	49
9. Col utérin.....	49
9.1 Âge.....	49
9.2 Stade de la tumeur au moment du diagnostic	50
9.2.1 Le stade inscrit au dossier médical par un médecin.....	50
9.2.2 Le stade déterminé selon l'information présente au dossier médical	51
9.2.3 Les classifications SEER	52
9.2.4 Les principaux rapports contenant l'information sur le stade.....	53
9.3 Information sur le traitement	53
10.Sommaire : grade, stade du cancer et traitements.....	53
DISCUSSION.....	55
1. Stade du cancer au moment du diagnostic.....	55
1.1 Importance de l'information sur le stade du cancer.....	55
1.2 Présence du stade dans les registres du cancer	55
2. Disponibilité du stade de la tumeur dans les dossiers médicaux.....	56
2.1 Rapport de pathologie.....	56
2.2. Radiologie/imagerie médicale	57
2.3 Consultation oncologie et radio-oncologie	57
2.4 Protocole opératoire.....	57
2.5 Feuille sommaire.....	57
3. Détermination du stade du cancer selon les sièges.....	58
3.1 Côlon-rectum	58
3.2 Sein	58
3.3 Poumon	59
3.4 Prostate.....	60
3.5 Vessie.....	60
3.6 Col utérin	61
4. Grade de la tumeur	61

5. Présence des données sur le traitement au dossier médical	62
5.1 Traitement chirurgical	62
5.2 Autres traitements	63
5.3 Indicateurs du plan de surveillance de la lutte contre le cancer du sein	63
6. Limites de l'étude.....	64
CONCLUSION	65
RÉFÉRENCES	67

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. :	Répartition des cas de l'échantillon selon le siège de cancer et le centre hospitalier.....	26
Tableau 2. :	Répartition des cas de cancer du côlon-rectum selon le sous-siège du cancer	27
Tableau 3. :	Présence de l'information au dossier médical pour constituer le stade TNM de la tumeur - Côlon-Rectum.....	32
Tableau 4. :	Répartition des stades groupés dans l'échantillon à l'étude - Côlon-rectum	33
Tableau 5.	Présence de l'information au dossier médical pour constituer le stade TNM de la tumeur - Sein	36
Tableau 6. :	Répartition des stades groupés dans l'échantillon à l'étude - Sein.....	37
Tableau 7. :	Présence de l'information au dossier médical pour constituer le stade TNM de la tumeur - Poumon	40
Tableau 8. :	Répartition des stades groupés dans l'échantillon à l'étude - Poumon.....	41
Tableau 9. :	Présence de l'information au dossier médical pour constituer le stade TNM de la tumeur - Prostate	43
Tableau 10. :	Répartition des stades groupés dans l'échantillon à l'étude - Prostate	44
Tableau 11. :	Présence de l'information au dossier médical pour constituer le stade TNM de la tumeur - Vessie	47
Tableau 12.	Répartition des stades groupés dans l'échantillon à l'étude - Vessie	48
Tableau 13.	Présence de l'information au dossier médical pour constituer le stade TNM de la tumeur - Col Utérin	51
Tableau 14.	Répartition des stades groupés dans l'échantillon à l'étude - Col utérin.....	52
Tableau 15	Résumé des informations présentes dans l'ensemble du dossier médical sur le grade histopathologique, le stade du cancer et sur les traitements de première ligne, par siège de cancer	54

LISTE DES FIGURES

Figure 1. :	Types de rapports et sections du dossier médical pour la collecte de données sur le grade et le stade de la tumeur.....	28
Figure 2. :	Types de rapports et sections du dossier médical pour la collecte de données sur les traitements de première ligne	29
Figure 3. :	Comparaison de l'échantillon et de l'ensemble des cas en Montérégie déclarés au Fichier des tumeurs en pour l'année 2000, selon le groupe d'âge - Côlon Rectum	30
Figure 4. :	Comparaison de l'échantillon et de l'ensemble des cas en Montérégie déclarés au Fichier des tumeurs pour l'année 2000, selon le groupe d'âge - Sein	34
Figure 5. :	Comparaison de l'échantillon et de l'ensemble des cas en Montérégie déclarés au Fichier des tumeurs pour l'année 2000, selon le groupe d'âge - Poumon.....	39
Figure 6. :	Comparaison de l'échantillon et de l'ensemble des cas en Montérégie déclarés au Fichier des tumeurs pour l'année 2000, selon le groupe d'âge - Prostate	42
Figure 7. :	Comparaison de l'échantillon et de l'ensemble des cas en Montérégie déclarés au Fichier des tumeurs pour l'année 2000, selon le groupe d'âge - Vessie	46
Figure 8. :	Comparaison de l'échantillon et de l'ensemble des cas en Montérégie déclarés au Fichier des tumeurs pour les années 1996-2000, selon le groupe d'âge - Col Utérin.....	50

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 :	Proportion des dossiers révisés par siège de cancer.....	75
ANNEXE 2 :	Outils de collecte des données	75
ANNEXE 3 :	Principaux rapports complémentaires utilisés pour la collecte des données, selon le siège de cancer.....	83
ANNEXE 4 :	Résultats selon les classifications SEER pour les cancers du côlon-rectum	83
ANNEXE 5 :	Résultats selon les classifications SEER pour les cancers du sein.....	87
ANNEXE 6 :	Résultats selon les classifications SEER pour les cancers du poumon.....	91
ANNEXE 7 :	Résultats selon les classifications SEER pour les cancers de la prostate	93
ANNEXE 8 :	Résultats selon les classifications SEER pour les cancers de la vessie	99
ANNEXE 9 :	Résultats selon les classifications SEER pour les cancers du col utérin.....	103

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AJCC :	American Joint Committee on Cancer
CoC :	Commission on Cancer
EOD :	Extent of Disease
FORDS :	Facility Oncology Registry Data Standards
MED-ECHO :	Système de maintenance et d'exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalisée
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NAACCR :	North American Association of Central Cancer Registries
ROADS :	Registry Operations and Data Standards
SEER :	Surveillance, Epidemiology and End Results
ACS :	American College of Surgeons

INTRODUCTION

La présente étude a été entreprise pour répondre à des questions de faisabilité en regard de la mise en place d'un registre régional du cancer en Montérégie, en lien avec le déploiement du Programme québécois de lutte contre le cancer. Chaque région a reçu le mandat d'adapter ce programme à son territoire et d'en assurer le suivi et l'évaluation¹. La région de la Montérégie a fait de la lutte contre le cancer un enjeu majeur pour sa population et de nombreuses actions ont été prises pour amorcer l'implantation régionale du programme et développer des stratégies de lutte contre le cancer. Un programme de cette ampleur nécessite des outils performants pour en suivre les résultats. Le projet de mise en place d'un registre du cancer couvrant l'ensemble de la population de la Montérégie vise à répondre à ces besoins. Il a pour but de rendre disponible pour la région un outil pour assurer la surveillance épidémiologique du cancer, pour collaborer à l'évaluation des résultats du programme et pour faciliter la recherche sur le cancer.

Le rôle d'un registre central du cancer est d'identifier tous les cas de cancer qui surviennent sur un territoire géographique donné. Pour chacun des cas identifiés dans la population, des données sont recueillies sur la personne atteinte et sur la tumeur. Au Québec, il existe un seul registre central du cancer couvrant l'ensemble de la population, le Fichier des tumeurs du Québec. Depuis 1981, ce Fichier est alimenté par la déclaration de tous les cas hospitalisés au Québec avec un diagnostic de cancer. En 1983, se sont ajoutés les cas non-hospitalisés mais traités dans les unités de chirurgie d'un jour. Ces déclarations se font sur une base obligatoire via le système MED-ECHO².

Les données sur le grade histopathologique, le stade de la tumeur au moment du diagnostic et les traitements de première ligne des personnes atteintes d'un cancer ne sont pas actuellement recueillies dans le Fichier des tumeurs du Québec. Il s'agit pourtant de données de première importance pour réaliser la surveillance du cancer au Québec, notamment pour évaluer la survie, pour estimer le fardeau que représentent les soins requis par les personnes atteintes de cette maladie, pour justifier des programmes de dépistage précoce du cancer et pour justifier l'achat de certains équipements médicaux de pointe.

Alors que le grade est relativement facile à obtenir par le rapport de pathologie, l'obtention des données sur le stade de la tumeur ainsi que sur les traitements peut nécessiter la consultation de plusieurs rapports du dossier médical.

Un des objectifs de l'étude de faisabilité, pour le développement d'un registre régional du cancer en Montérégie, vise à mieux documenter la présence de ces données au dossier médical hospitalier et à identifier les principaux rapports qui les contiennent. Un projet a été réalisé pour répondre à ces questions et les résultats présentés ici permettront éventuellement de choisir les meilleures stratégies pour obtenir ces informations afin d'alimenter un registre régional du cancer.

OBJECTIFS

Dans le cadre d'une étude de faisabilité pour la mise en place d'un registre régional du cancer en Montérégie :

- Documenter la présence, dans le dossier médical hospitalier, des données sur le stade de la tumeur au moment du diagnostic, le grade histopathologique et les traitements de première ligne pour certains sièges de cancer.
- Identifier les principaux rapports du dossier médical hospitalier qui contiennent cette information.

MÉTHODE

Cette étude est de nature exploratoire. Elle vise essentiellement à savoir si les données jugées importantes à inclure dans un registre régional du cancer sont effectivement disponibles au dossier médical hospitalier pour certains sièges de cancer. Pour répondre à cette question, il était important que l'information soit recueillie dans tous les centres hospitaliers de la Montérégie. Cependant, l'étude ne vise pas à décrire la situation du cancer en Montérégie ni à comparer les hôpitaux entre eux sur le contenu du dossier médical.

1. SIÈGES DE CANCER À L'ÉTUDE

Afin de limiter la durée et les coûts de l'étude, certains sièges de cancer ont été sélectionnés pour l'étude. Le choix des sièges de cancer a été réalisé en fonction de la capacité de recueillir des informations pertinentes en regard de l'implantation d'un registre régional du cancer. Les principaux critères utilisés sont : la fréquence et la gravité, la présence d'un programme de dépistage (implanté ou à l'étude) et la possibilité de diagnostic et de traitement à l'extérieur des centres hospitaliers. Les sièges retenus sont : côlon-rectum, sein, poumon, prostate, vessie et col utérin.

2. IDENTIFICATION DES CAS

À partir des banques de données locales MED-ECHO des hôpitaux de la Montérégie, les départements des archives médicales ont produit des listes de dossiers par siège de cancer. Ces listes étaient constituées des cas diagnostiqués au cours de l'année 2000-2001 avec un mode de diagnostic de valeur 1 (biopsie ou histologie) ou de valeur 2 (cytologie). La recherche de cas pour le cancer du col utérin a dû s'étaler sur plusieurs années à cause du faible nombre dans chacun des hôpitaux pour l'année 2000. L'échantillon a été tiré de ces listes de façon aléatoire.

L'étude visait, dans la mesure du possible, à documenter la situation à partir de dossiers répartis dans chaque centre hospitalier, sans pour autant alourdir indûment la collecte de données. Ainsi, pour chaque siège de cancer, dans chaque hôpital, un nombre minimum de cinq et un nombre maximum de dix dossiers étaient visés. À l'exception de l'hôpital Barrie Memorial qui n'offre pas de soins spécialisés en oncologie, le nombre de cas respectait ces critères sauf pour le cancer de la vessie dans un hôpital et le cancer du col utérin. Pour les cancers du côlon-rectum, du sein, du poumon et de la prostate, le pourcentage de dossiers examinés sur le total des cas déclarés au Fichier des tumeurs du Québec (diagnostic par histologie ou cytologie) en 2000 pour la Montérégie, varie entre 12 et 16%. Pour le cancer de la vessie, la proportion est de 22% (annexe 1, tableau A.1).

3. COLLECTE DES DONNÉES

Deux formulaires ont été développés pour la collecte des données, le premier visait à recueillir l'information sur le grade et le stade de la tumeur et le deuxième était conçu pour les traitements. Ces outils étaient identiques pour tous les sièges de cancer sauf pour quelques informations complémentaires placées en haut du formulaire qui pouvaient aider l'interprétation. Deux formulaires types (stade/grade et traitement) sont présentés à l'annexe 2. Le choix des données sélectionnées pour bâtir les formulaires a été fait en s'inspirant principalement de celles proposées par le Comité de la qualité des données du Conseil canadien des registres du cancer (« Clinical Core Data Set » présenté au Workshop de Regina en 2001, communication verbale Julie Boutin, registraire en oncologie, Direction de santé publique de la Montérégie) ainsi que de la liste des données recommandées par la *North American Association of Central Cancer Registries* (NAACCR) pour un registre central du cancer³.

Pour collecter l'information, tous les rapports suivants trouvés dans les dossiers médicaux, ont été systématiquement consultés : pathologie/cytologie, protocole opératoire, radiologie/imagerie médicale, consultation en oncologie, consultation en radio-oncologie, feuille sommaire. Les renseignements recherchés pouvaient être trouvés dans d'autres rapports que ceux qui avaient été identifiés a priori. Ainsi, pour chacun des cas, des renseignements ont pu être tirés de deux autres types de rapports, qui étaient alors identifiés sur le formulaire de collecte des données. L'annexe 3 présente les principaux rapports complémentaires utilisés selon les sièges de cancer (tableau A.3).

Des données ont été recueillies sur :

- Les caractéristiques socio-démographiques des personnes : la date de naissance, le sexe, le lieu de résidence au moment du diagnostic;
- Les caractéristiques de la tumeur et les informations qui permettent d'attribuer un stade selon différents systèmes : la date du diagnostic, le siège de la tumeur, le grade histopathologique, la taille ou l'extension locale de la tumeur, le nombre de ganglions régionaux prélevés et atteints, la présence de métastases à distance, le stade au moment du diagnostic tel que spécifié par un médecin;
- Les traitements de première ligne : la présence de traitement chirurgical, le centre hospitalier, la date de la chirurgie et la procédure chirurgicale; la présence de traitement

de radiothérapie, le centre hospitalier, les dates de début et de fin de traitement et la dose totale; la présence de traitement de chimiothérapie, le centre hospitalier et les dates de début et de fin de traitement; la présence de traitement d'hormonothérapie et la date de début du traitement; la présence d'autres types de traitement;

- Les sections du dossier médical (hospitalisation, services externes, correspondance) et les rapports à partir desquels l'information a été tirée.

Deux registraires en oncologie ont extrait l'information des dossiers médicaux. Afin d'assurer la meilleure standardisation des données, nous avons appliqué autant que possible les règles recommandées par la NAACCR, lesquelles sont suivies par la majorité des registres du cancer de type central, aux États-Unis et au Canada. De façon générale, l'interprétation des médecins (pathologistes, radiologistes, oncologues etc.) était retenue pour déterminer l'étendue du cancer. Lorsqu'un terme ambigu (probable, suspect, etc.) était trouvé au dossier médical, il était interprété selon les règles de la liste des termes ambigus des classifications SEER⁴. En cas de doute, l'information était considérée inconnue.

Pour le bilan métastatique, généralement, lorsqu'au moins un examen d'imagerie ou de radiographie était négatif et que le dossier ne faisait pas référence à l'atteinte d'organes ou de ganglions à distance, l'absence de métastase à distance était retenue.

4. CODAGE ET SAISIE

Les données ont été codées par les registraires en oncologie et le médecin responsable de l'étude. Le stade de la tumeur a été établi selon le système *TNM* (*Tumor, Node, Metastasis*) de l'*American Joint Committee on Cancer (AJCC)*, généralement utilisé en milieu clinique⁵. Une catégorie T a été attribuée selon la taille ou l'extension locale de la tumeur, une catégorie N selon la localisation et le nombre de ganglions régionaux atteints et une catégorie M selon l'atteinte d'organe ou de ganglions à distance. Les différentes combinaisons de *TNM* sont regroupées en quatre grandes catégories de I à IV (stade groupé). La cinquième édition a été utilisée car il s'agit de celle qui était en vigueur pour les données 2000-2001. Pour le cancer du col utérin, quelques diagnostics étaient antérieurs à 1998, soit l'année où la cinquième édition est entrée en vigueur. Toutefois, aucune modification sur l'attribution du stade *TNM* n'a eu lieu entre la quatrième et la cinquième édition pour ce siège de cancer.

Le système *TNM* distingue le stade « pathologique » du stade « clinique » de la tumeur selon des règles établies. De façon générale, le stade clinique est basé sur les informations précédant le traitement de première ligne, tirées notamment de l'examen physique, l'imagerie médicale, l'endoscopie, la biopsie et la chirurgie exploratoire. Le stade clinique est essentiel pour déterminer le traitement approprié. Le stade pathologique utilise les données acquises avant le traitement, modifiées ou augmentées par les informations provenant de la chirurgie et de l'analyse des tissus en pathologie⁵. L'attribution du stade pathologique nécessite une preuve de l'étendue de la tumeur, peu importe que la tumeur primaire ait été complètement réséquée ou non. S'il n'est pas indiqué d'enlever la tumeur mais que le niveau le plus élevé de l'extension locale de la tumeur, de l'atteinte des ganglions régionaux ou de la présence de métastases à distance peut être prouvé au niveau microscopique, cela répond aux exigences du stade pathologique. Par exemple, une biopsie

positive d'une métastase hépatique dans le cas d'un cancer du côlon indique un stade pathologique IV peu importe l'extension locale de la tumeur ou l'atteinte des ganglions régionaux⁵.

Les cancers ont aussi été codés selon les classifications de *SEER (Surveillance, Epidemiology and End Results)*. D'abord, le *Summary Stage*, déjà connu sous les noms de *General staging, California staging, SEER staging*⁴ qui est la méthode la plus simple pour établir l'étendue d'un cancer selon son point d'origine, est souvent utilisée pour la surveillance épidémiologique du cancer. Elle comprend huit codes : 0- *In situ*, 1- Localisé seulement, 2- Régional par extension directe seulement, 3-Régional par l'atteinte des ganglions seulement, 4- Régional par l'extension directe et l'atteinte des ganglions, 5- Régional sans autre indication (SAI)^a, 7- Distant par l'atteinte d'organes ou de ganglions, 9- Inconnu (inclus les cas identifiés uniquement par les certificats de décès)^b.

La deuxième classification de *SEER, Extent of Disease (EOD)*⁶, comprend un code pour la taille de la tumeur, un code pour l'extension de la tumeur incluant l'extension à distance, un code pour l'atteinte des ganglions régionaux ainsi que deux variables pour l'examen pathologique des ganglions régionaux (examinés et atteints) s'il y a lieu.

Les procédures chirurgicales ont été codées selon la classification *ROADS (Registry Operations and Data Standards)*⁷ utilisée par la *Commission on Cancer (CoC)* du *American College of Surgeons (ACS)* aux États-Unis pour les données 2000-2001. Cet organisme établit des standards et assure une surveillance des milieux hospitaliers sur la qualité des soins de santé. Un des critères pour que la *CoC* approuve un programme de cancer dans un centre hospitalier est la présence d'un registre du cancer dans l'hôpital. Ce registre doit suivre certaines règles concernant la collecte et le codage des données. Ces règles ont été suivies pour le codage de nos données lorsque cela s'appliquait.

La saisie des données ainsi que les procédures de validation du fichier des données ont été réalisées par une technicienne en recherche. Pour assurer la qualité du fichier informatique et éviter les erreurs de saisie ou de codage, plusieurs validations logiques ont été utilisées, (par exemple le sexe et le siège de cancer, la chronologie des dates, la comparaison du stade selon les différentes classifications, etc.) et des vérifications visuelles ont été effectuées systématiquement.

5. ACCÈS AUX DONNÉES ET CONFIDENTIALITÉ

Une autorisation a été obtenue des directeurs des services professionnels des hôpitaux pour consulter les dossiers médicaux des cas ayant eu un diagnostic de cancer.

Un numéro séquentiel sans aucun lien avec le numéro de dossier a été inscrit sur chacun des formulaires et c'est ce numéro qui apparaît dans le fichier informatisé, ce qui le rend anonyme. Les formulaires papier identifiés par le numéro de dossier sont conservés dans un classeur fermé à clef. Les formulaires seront détruits cinq ans après la publication du rapport. Les publications présenteront des données agrégées qui ne permettront pas d'identifier des personnes.

^a Traduction libre de : Régional NOS (Not Otherwise Specified)

^b Traduction libre de : Death Certificate Only (DCO)

6. ANALYSE

Trois préoccupations principales sous-tendent l'analyse : l'identification des rapports du dossier médical qui fournissent l'essentiel des informations recherchées pour le registre du cancer, la section du dossier médical qui contient l'information pertinente (hospitalisation, dossier externe, correspondance) et la présence des données recherchées au dossier médical. Les données en rapport avec le grade histopathologique, le stade du cancer au moment du diagnostic et les traitements sont décrits en fonction de chacun des sièges de cancer.

GRADE HISTOPATHOLOGIQUE

Le rapport de pathologie est l'outil principalement étudié concernant le grade histopathologique. L'analyse vise à déterminer dans quelle proportion le grade est indiqué dans le rapport de pathologie ou dans d'autres rapports du dossier médical.

STADE DE LA TUMEUR

L'analyse vise à déterminer si le stade *TNM* détaillé (ou autre stade tel que le Duke pour le cancer du côlon) ou le stade groupé (I à IV) sont inscrits par le médecin dans les rapports du dossier médical.

L'analyse permet également de calculer dans quelle proportion le stade peut être établi par les registraires en oncologie à partir du dossier médical. Des fréquences sont mesurées pour les éléments qui permettent de constituer le stade : 1 - la croissance locale ou la taille de la tumeur (T), 2 - l'atteinte des ganglions régionaux (N) et 3 - la présence de métastases à distance (M). Ces fréquences sont présentées pour les principaux rapports du dossier médical (ex. le rapport de pathologie) et pour l'ensemble du dossier médical. Des fréquences sont aussi calculées pour le stade groupé du *TNM* (I à IV), le *Summary Stage* de *SEER* et le code d'extension de la classification *EOD* de *SEER* pour l'ensemble du dossier médical.

TRAITEMENTS DE PREMIÈRE LIGNE

Les proportions de cas où des informations sont disponibles sur le recours à la chirurgie et le type de procédure chirurgicale, sur le recours à la chimiothérapie, la radiothérapie ou un autre traitement sont calculées. La proportion des cas où les dates de traitement sont disponibles est aussi mesurée pour le calcul des délais.

SECTION DU DOSSIER MÉDICAL

La distribution des rapports les plus susceptibles de contenir des informations sur le stade et les traitements de première ligne sera présentée en fonction de la section du dossier médical, c'est-à-dire, la section hospitalisation, la section externe et la section correspondance. Cette information présente un intérêt parce que certaines sections ne sont pas systématiquement traitées et codées dans le système MED-ECHO par les archivistes médicales. Par exemple, le diagnostic de cancer ne sera pas inscrit dans le système MED-ECHO qui alimente le

Fichier des tumeurs du Québec, si le diagnostic apparaîtrait uniquement sur un rapport de pathologie de la section externe du dossier médical sans que le patient soit hospitalisé.

Lorsque deux rapports d'un même type étaient au dossier, par exemple un rapport de biopsie dans la section externe et un rapport de chirurgie dans la section hospitalisation, des regroupements ont été faits pour l'analyse : externe-hospitalisation, externe-correspondance, hospitalisation-correspondance, externe-hospitalisation-correspondance.

RÉSULTATS

1. DESCRIPTION GÉNÉRALE DE L'ENSEMBLE DES CAS

L'étude porte sur 321 dossiers médicaux répartis dans les 10 hôpitaux de soins généraux et spécialisés de la région de la Montérégie. Aucun doublon n'a été répertorié, ce qui signifie que l'étude porte sur 321 personnes.

Notre échantillon se caractérise comme suit : 52,6 % de femmes, 70 % de personnes âgées entre 50 et 80 ans, un âge moyen de 63,5 ans et un âge médian de 65,1 ans. Dix personnes (3 %) proviennent de l'extérieur de la région de la Montérégie, notamment de Montréal, Estrie, Lanaudière, Mauricie et Centre du Québec, Laval et des États-Unis.

L'échantillon inclut certains cas dont le diagnostic était antérieur à l'année 2000-2001. Pour chacun des sièges de cancer, entre 0 et 3 cas sont dans cette situation sauf pour le cancer du col utérin où les cas s'échelonnent entre 1993 et 2002 (40 % des cas en 2000-2001). Cette recherche dans les années antérieures a été nécessaire pour le cancer du col pour atteindre le nombre de cas souhaité.

1.1 Siège de cancer et provenance des cas

Le tableau 1 présente la répartition des cas selon le siège de cancer et le centre hospitalier. Entre 10 et 50 dossiers ont été révisés dans chaque hôpital. À l'hôpital Barrie-Memorial, à cause des nombres insuffisants, seuls les dossiers de cancer du sein et du côlon-rectum ont été examinés. Dans l'ensemble des hôpitaux, 68 dossiers de cancer du côlon-rectum ont été révisés, 67 pour le cancer du sein, 51 pour le cancer du poumon, 50 pour le cancer de la prostate, 46 pour le cancer de la vessie et 39 pour le cancer du col utérin.

Tableau 1.
Répartition des cas de l'échantillon selon le siège de cancer et le centre hospitalier

HÔPITAL	Côlon-rectum n (%)	Sein n (%)	Poumon n (%)	Prostate n (%)	Vessie n (%)	Col utérin n (%)	TOTAL
Hôpital Charles LeMoynes	10 (14,7)	10 (14,9)	10 (19,6)	8 (16,0)	7 (15,2)	5 (12,8)	50 (15,6)
Centre hospitalier Pierre-Boucher	10 (14,7)	10 (14,9)	5 (9,8)	5 (9,8)	5 (10,9)	5 (12,8)	40 (12,5)
Hôpital du Haut-Richelieu	8 (11,8)	7 (10,4)	5 (9,8)	7 (14,0)	5 (10,9)	3 (7,7)	35 (10,9)
Centre hospitalier Anna-Laberge	7 (10,3)	8 (11,9)	5 (9,8)	5 (10,0)	5 (10,9)	4 (10,3)	34 (10,6)
Réseau Santé Richelieu-Yamaska	7 (10,3)	7 (10,4)	5 (9,8)	5 (10,0)	5 (10,9)	5 (12,8)	34 (10,6)
Centre hospitalier régional du Suroît	6 (8,8)	5 (7,5)	5 (9,8)	5 (10,0)	5 (10,9)	5 (12,8)	31 (9,7)
Hôtel-Dieu de Sorel	5 (7,4)	5 (7,5)	6 (11,8)	5 (10,0)	5 (10,9)	4 (10,3)	30 (9,3)
Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins	5 (7,4)	5 (7,5)	5 (9,8)	5 (10,0)	4 (8,7)	5 (12,8)	29 (9,0)
Centre Hospitalier de Granby	5 (7,4)	5 (7,5)	5 (9,8)	5 (10,0)	5 (10,9)	3 (7,7)	28 (8,7)
Hôpital Barrie-Memorial	5 (7,4)	5 (7,5)	-	-	-	-	10 (3,1)
TOTAL	68 (100,0)	67 (100,0)	51 (100,0)	50 (100,0)	46 (100,0)	39 (100,0)	321 (100,0)

Pour le cancer du côlon-rectum, contrairement aux autres sièges de cancer, des sous-sièges ont été précisés entre autre parce que la localisation du cancer influence de façon importante les traitements du cancer. Le tableau 2 présente la répartition des cas selon la localisation du cancer.

Tableau 2.
Répartition des cas de cancer du côlon-rectum selon le sous-siège du cancer

Sous-siège du cancer du côlon-rectum	n (%)
Rectum	17 (25)
Côlon sigmoïde	14 (20,6)
Jonction recto-sigmoïdienne	10 (14,7)
Côlon ascendant	10 (14,7)
Caecum	9 (13,2)
Côlon transverse	4 (5,9)
Côlon descendant	3 (4,4)
Appendice	1 (1,5)
Total	68 (100)

2. TYPES DE RAPPORTS ET SECTIONS DU DOSSIER MÉDICAL

Les principaux rapports utilisés pour établir le grade et le stade de la tumeur sont : le rapport de pathologie/cytologie, le rapport de radiologie/imagerie médicale, la feuille sommaire, le protocole opératoire, la consultation en oncologie et la consultation en radio-oncologie. La fréquence d'utilisation de ces rapports pour obtenir les renseignements recherchés ainsi que leur localisation dans les sections du dossier médical sont illustrées à la figure 1.

Le rapport de pathologie est celui qui a le plus fréquemment fourni des informations sur le grade et le stade de la tumeur, soit dans 94 % des dossiers à l'étude. Dans 67 % de ces dossiers, les rapports de pathologie étaient situés dans la section hospitalisation, dans 26 % des cas, les rapports étaient dans plusieurs sections du dossier, dont au moins un dans la section hospitalisation. Dans environ 6 % des dossiers, seule la section externe du dossier médical contenait un ou plusieurs rapports de pathologie, les pourcentages les plus élevés étant observés pour le cancer du poumon (14 %), du col utérin (10 %) et de la prostate (8 %).

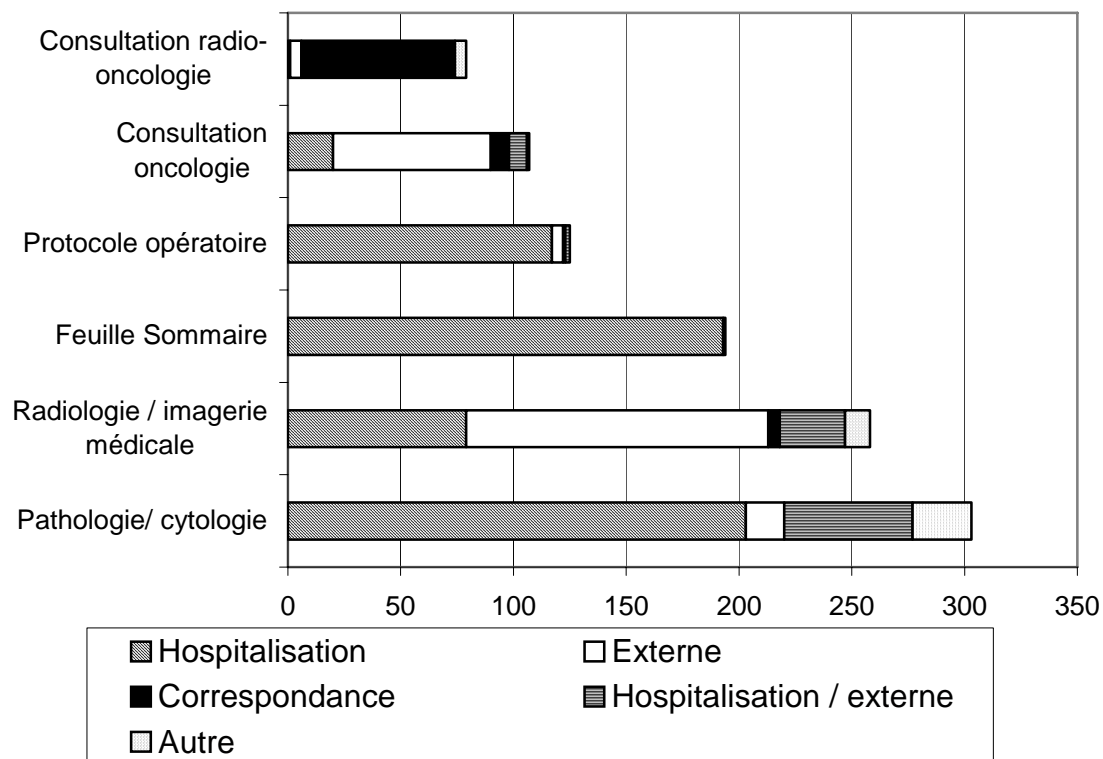
Les rapports de radiologie et d'imagerie médicale arrivent en deuxième place pour la fréquence des rapports consultés pour établir le stade du cancer. Au moins un rapport de ce type contenait de l'information concernant le stade du cancer dans 80 % des dossiers. Contrairement aux rapports de pathologie, les rapports de radiologie ou d'imagerie médicale sont fréquemment situés dans la section externe du dossier. En effet, 42 % des dossiers avaient un ou des rapports de radiologie et d'imagerie médicale localisés uniquement dans la section externe du dossier. Dans 25 % des cas, tous les rapports de ce type étaient dans la

section hospitalisation; dans 10 % des cas, ces rapports étaient situés dans plusieurs sections du dossier comprenant toujours la section hospitalisation. Dans 20 % des cas, aucun rapport de radiologie et d'imagerie médicale n'était disponible pour établir le stade du cancer, les proportions les plus élevées étant observées pour les cancers du col utérin (61 %) et de la prostate (40 %). Le sein est le siège de cancer qui présente le pourcentage le plus élevé de rapports de radiologie et d'imagerie médicale situés uniquement dans la section externe du dossier.

La feuille sommaire et le protocole opératoire sont essentiellement des rapports de la section hospitalisation.

Un rapport de consultation en oncologie a pu être utilisé dans 33 % des dossiers et ce type de rapport se trouvait principalement dans la section externe du dossier médical. Dans 25 % des dossiers une consultation en radio-oncologie a pu être consultée, généralement dans la section correspondance du dossier. Ces rapports de consultation contiennent généralement des renseignements fort utiles pour décrire la tumeur. Cependant, il est possible que ces rapports ne se retrouvent pas au dossier médical hospitalier de l'établissement visité même s'il y a eu une consultation.

Figure 1.
Types de rapports et sections du dossier médical
pour la collecte de données sur le grade et le stade de la tumeur
(N=321)

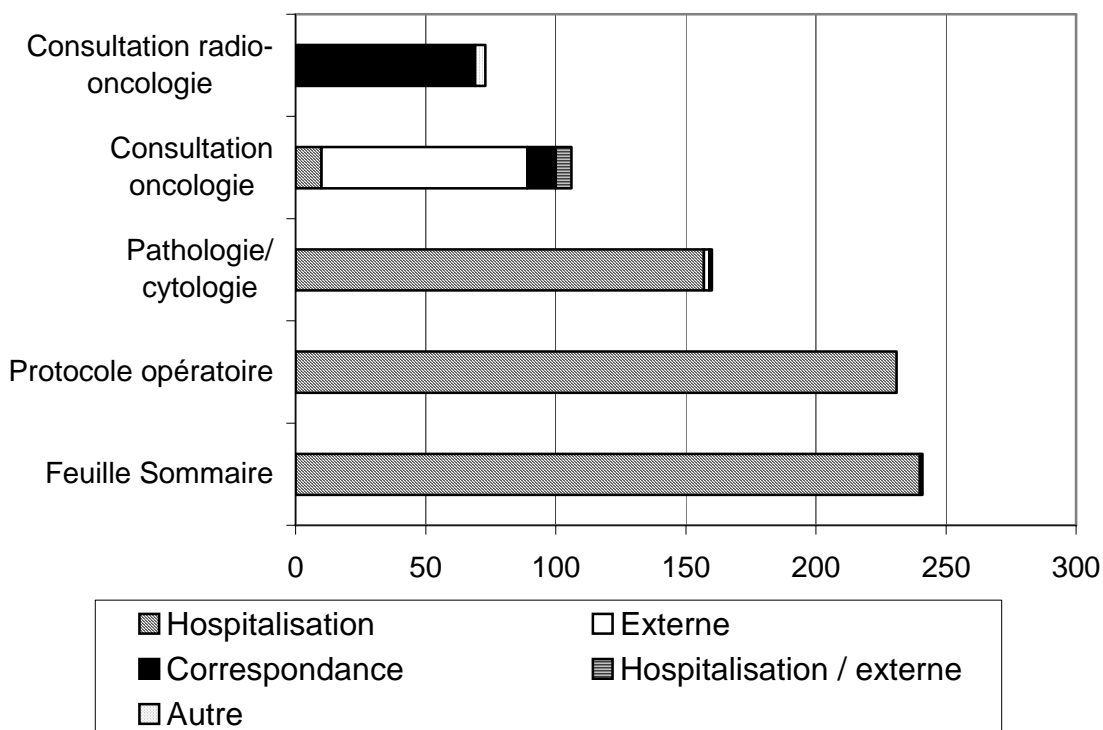


Dans environ 62 % des dossiers, au moins un autre rapport que ceux pré-identifiés contenait de l'information utile pour déterminer le stade ou le grade de la tumeur et dans 16 % des dossiers un deuxième rapport a été consulté. Les principaux rapports supplémentaires sont :

consultation/suivi en médecine interne ou dans une spécialité médicale autre que l'oncologie, la radio-oncologie et la chirurgie (29 %), notes d'évolution (20 %), consultation en chirurgie (16 %), histoire et examen physique (7 %), résumé de dossier (4 %) et autre (2 %).

Les principaux rapports qui renseignent sur les traitements sont : la feuille sommaire, le protocole opératoire, le rapport de pathologie et la consultation en oncologie. La figure 2 présente le nombre de cas pour lesquels ces rapports ont été utilisés pour connaître l'information sur les traitements de première ligne ainsi que leur localisation dans la section du dossier médical. Les trois rapports les plus fréquemment rapportés comme source de données proviennent de la section hospitalisation mais ces trois rapports fournissent essentiellement les informations pour le traitement chirurgical.

Figure 2.
Types de rapports et sections du dossier médical
pour la collecte de données sur les traitements de première ligne
(N=321)



Pour les traitements, en plus des rapports ciblés, les notes d'évolution ont fourni des données dans un très grand nombre de cas (59 %) et font partie essentiellement de la section hospitalisation du dossier médical. Les consultations en chirurgie (10 %) et les consultations ou suivis en médecine interne ou dans une autre spécialité médicale (16 %) sont aussi des rapports qui ont contribué de façon notable à identifier les traitements reçus par le patient.

3. PRÉSENCE DU GRADE HISTOPATHOLOGIQUE

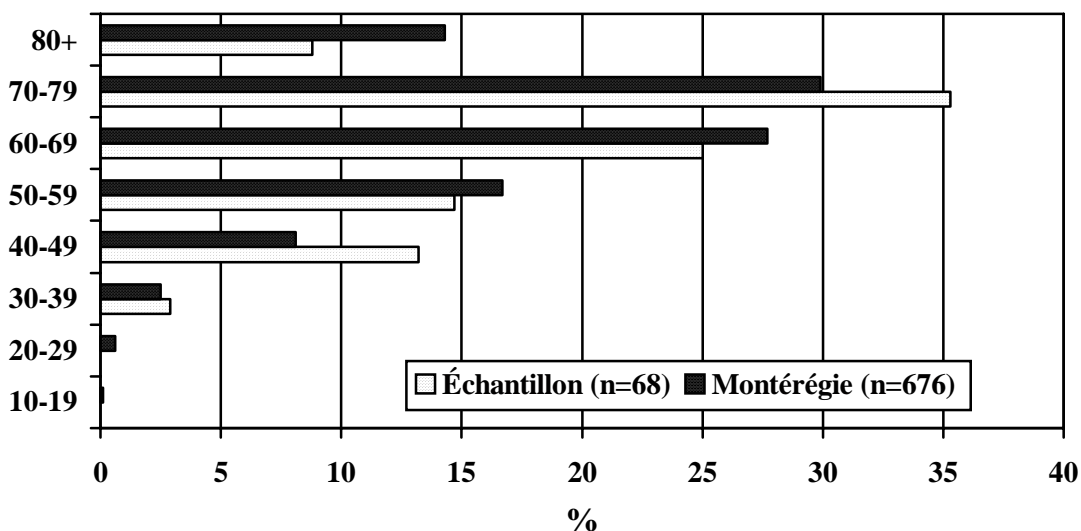
Le grade histopathologique est indiqué dans la presque totalité des cas pour les cancers du sein (97 %), du côlon-rectum (96 %), de la prostate (96 %) et de la vessie (91 %). Le pourcentage est plus faible pour les cancers du poumon (73 %) et du col utérin (77 %). Pour le cancer du poumon, dans les dossiers où il n'y avait pas de grade au dossier médical, il s'agissait la plupart du temps d'un stade avancé au moment du diagnostic, généralement fait par analyse cytologique. Pour le cancer du col utérin, les données permettant de caractériser la tumeur étaient fréquemment manquantes, possiblement parce que les diagnostics ont pu être faits en externe où dans d'autres établissements que celui où le dossier médical a été consulté. L'information sur le grade de la tumeur est essentiellement retrouvée sur le rapport de pathologie ou de cytologie puisque la détermination du grade nécessite l'examen microscopique des tissus.

4. CÔLON-RECTUM

4.1 Âge et sexe

Dans l'échantillon des cas à l'étude, il y a le même nombre de femmes que d'hommes atteints de cancer du côlon-rectum. Environ 90 % des personnes sont âgées entre 45 et 85 ans. L'âge moyen est 65,7 ans alors que l'âge médian est à 67,5 années. La figure 3 compare la répartition de notre échantillon à celle de l'ensemble des cas de cancer du côlon-rectum de la Montérégie (diagnostic par histologie ou cytologie), selon les groupes d'âge pour les deux sexes regroupés, pour l'année 2000 (données du Fichier des tumeurs du Québec).

Figure 3.
Comparaison de l'échantillon et de l'ensemble des cas en Montérégie déclarés au Fichier des tumeurs pour l'année 2000, selon le groupe d'âge CÔLON-RECTUM



La répartition des cas selon l'âge est légèrement différente dans les deux populations; les personnes de 40 à 49 ans et celles de 70 à 79 ans sont sur-représentées dans l'échantillon alors que celles de 80 ans et plus sont sous-représentées. Globalement, les groupes d'âge les plus fréquents sont les mêmes dans les deux populations.

4.2 Stade de la tumeur au moment du diagnostic

4.2.1 Le stade inscrit au dossier par un médecin

Pour le cancer du côlon-rectum, on retrouve au dossier médical l'inscription du stade de la tumeur par le médecin selon deux classifications, *TNM* et Duke (ou Duke modifié / Aster Coller). Parfois, pour le même patient, le stade est spécifié selon les deux classifications.

Sur l'ensemble du dossier médical, dans 25 dossiers sur 68 (37 %), un médecin avait indiqué le stade *TNM* complet pour décrire l'étendue de la tumeur, c'est-à-dire que chaque élément du *TNM* était indiqué, par exemple T₃N₁M₀. Il est fréquent que la croissance locale de la tumeur (T) et l'atteinte des ganglions régionaux (N) soient indiquées sur le rapport de pathologie, mais c'est rarement le cas pour les métastases à distance. Sur l'ensemble du dossier, les éléments T et N du *TNM* étaient indiqués dans 36 dossiers (53 %) et l'élément M était indiqué dans 26 dossiers (38 %).

Par ailleurs, dans 53 % des cas, le stade de la tumeur était indiqué par le médecin selon la classification de Duke. Dans 24 % des cas, un stade était indiqué dans les deux classifications, c'est-à-dire le Duke et le *TNM*. En considérant le *TNM* complet et le Duke, le stade a été établi par un des médecins dans 50 dossiers, soit 74 % des cas.

C'est dans le rapport de pathologie qu'étaient le plus souvent inscrits par un médecin les éléments du stade T et N et le stade Duke qui ne tient pas compte des métastases à distance. La feuille sommaire ainsi que les consultations/suivis en oncologie et en chirurgie sont les autres rapports qui contenaient le plus fréquemment de l'information sur le stade de la tumeur rapportée par un médecin dans l'une ou l'autre des classifications.

4.2.2 Le stade déterminé selon l'information présente au dossier médical

Les registraires en oncologie qui ont fait la collecte des données ont extrait l'information qui permet d'établir le stade de la tumeur, à partir des différents rapports du dossier médical. Le tableau 3 présente les résultats obtenus pour le cancer du côlon-rectum.

Tableau 3.
Présence de l'information au dossier médical
pour constituer le stade TNM de la tumeur
CÔLON-RECTUM (n=68)

TYPE DE RAPPORT	Taille n (%)	Ganglions reg. n (%)	Métastases n (%)
Rapport de pathologie	64 (94,1)	63 (92,6)	7 (10,3)
Consultation oncologie	10 (14,7)	18 (26,5)	14 (20,6)
Consultation radio-oncologie	4 (5,9)	4 (5,9)	4 (5,9)
Protocole opératoire	5 (7,4)	0	41 (60,3)
Radiologie / Imagerie	4 (5,9)	2 (2,9)	65 (95,6)
Feuille sommaire	3 (4,4)	7 (10,3)	12 (17,6)
AUTRES RAPPORTS			
Consultation chirurgie	1 (1,5)	7 (10,3)	8 (11,8)
Notes d'évolution	2 (2,9)	0	12 (17,6)
Résumé de dossier	1 (1,5)	4 (5,9)	4 (5,9)
Histoire et examen physique	0	0	1 (1,5)
Consultation autre	0	0	1 (1,5)
Autre : urgence, nutrition, etc.	0	0	1 (1,5)
DOSSIER MÉDICAL	65 (95,6)	63 (92,6)	66 (97,1)

Les registraires en oncologie ont pu retracer les données relatives à la croissance locale de la tumeur (taille) dans 96 % des cas, à l'atteinte (ou non) des ganglions régionaux dans 93 % des cas et à la présence ou l'absence de métastases à distance dans 97 % des cas.

À partir de ces éléments, un *TNM* complet a pu être déterminé chez 61 personnes (90 %) atteintes de cancer du côlon-rectum. Le stade groupé (I à IV) a été établi chez 64 personnes (94 %), dont 62 (91 %) avec un stade pathologique. Le *TNM* complet est moins souvent disponible que le stade groupé qui exige moins de détails pour être établi. Par exemple, en présence d'une métastase à distance, le stade IV est attribué même si la tumeur primaire (le T) et les ganglions régionaux (le N) ne sont pas connus.

Le but de l'étude n'était pas de présenter la fréquence des cas selon le stade de la tumeur mais plutôt d'examiner la capacité à l'établir à partir des dossiers médicaux. Toutefois, pour mieux apprécier les résultats, la répartition des stades est présentée au tableau 4.

Tableau 4.
Répartition des stades groupés dans l'échantillon à l'étude
CÔLON-RECTUM

STADE GROUPE	n (%)
Stade I	12 (17,6)
Stade II	24 (35,3)
Stade III	16 (23,5)
Stade IV	12 (17,6)
Sous-total	64 (94,1)
Inconnu	4 (5,9)
TOTAL	68 (100,0)

4.2.3 Les classifications SEER

La collecte des données visait également à établir le stade selon les classifications SEER (*Surveillance, Epidemiology and End Results*), soit le *Summary Stage* et le stade *Extent Of Disease* ou *EOD*. Ces classifications ne sont généralement pas utilisées dans les milieux cliniques. Les dossiers médicaux à l'étude en Montérégie n'en faisaient pas mention. Le stade selon le *Summary Stage* de SEER a pu être attribué par les registraires en oncologie dans 94 % des cas, soit la même fréquence que le stade groupé du *TNM*. Pour ce qui est du *EOD*, chaque élément est collecté séparément. La taille de la tumeur, l'extension de la tumeur et l'atteinte des ganglions ont pu être établis également dans 94 % des cas. Le nombre de cas avec tumeur à distance est égal selon les trois classifications. Ainsi, pour le cancer du côlon-rectum, les trois systèmes de stadification (*TNM* et *SEER*) donnent à peu près les mêmes résultats quant à la disponibilité et au stade lui-même. L'annexe 4 présente les résultats selon les classifications de SEER, pour les cancers du côlon-rectum.

4.2.4 Les principaux rapports contenant l'information sur le stade

Pour le cancer du côlon-rectum, dans 64 cas sur 65 où la croissance locale de la tumeur est connue (T), le rapport de pathologie contenait l'information. Pour un seul cas supplémentaire, un rapport d'imagerie médicale a fourni cette information non disponible en pathologie. En ce qui concerne l'atteinte des ganglions régionaux (N), pour les 63 cas connus, le rapport de pathologie indiquait cette information. Par contre, pour les métastases à distance (M), ce sont les rapports d'imagerie médicale et de radiologie qui ont fourni l'information dans 66 cas sur 68. Le rapport de pathologie avait cette information dans 7 cas seulement, c'est-à-dire ceux pour lesquels une biopsie positive d'un organe atteint apparaissait dans un rapport de pathologie.

4.3 Information sur le traitement

Le dossier médical est une excellente source d'information pour le traitement chirurgical du cancer du côlon-rectum. Pour tous les cas, il a été possible de retracer si le patient avait eu

ou non une chirurgie. Toutes les procédures chirurgicales ont pu être codées selon la classification standard *ROADS (Registry Operations And Data Standards)*, utilisée jusqu'en décembre 2002 dans les registres approuvés par la *Commission on Cancer* de l'*American College of Surgeons*. Depuis janvier 2003, *ROADS* a été remplacé par *FORDS (Facility Oncology Registry Data Standards)*, disponible sur le site Internet de la *Commission on Cancer* [<http://www.facs.org/cancer/coc/fordsmanual.html>]. Les dates de diagnostic et de traitement étaient connues chez 98 % des personnes ayant subi une chirurgie, ce qui permet de calculer un délai moyen entre le diagnostic et le traitement chirurgical. L'information sur le traitement chirurgical est disponible sur plusieurs rapports du dossier médical, principalement sur le protocole opératoire, la feuille sommaire et les notes d'évolution. Pour la chimiothérapie, dans 62 % des dossiers, il a été possible de savoir si ce type de traitement a été donné ou non. Dans 86 % des dossiers où ce type de traitement apparaissait au dossier, les dates de début et de fin de chimiothérapie étaient connues. L'information provenait principalement des consultations en oncologie et en chirurgie.

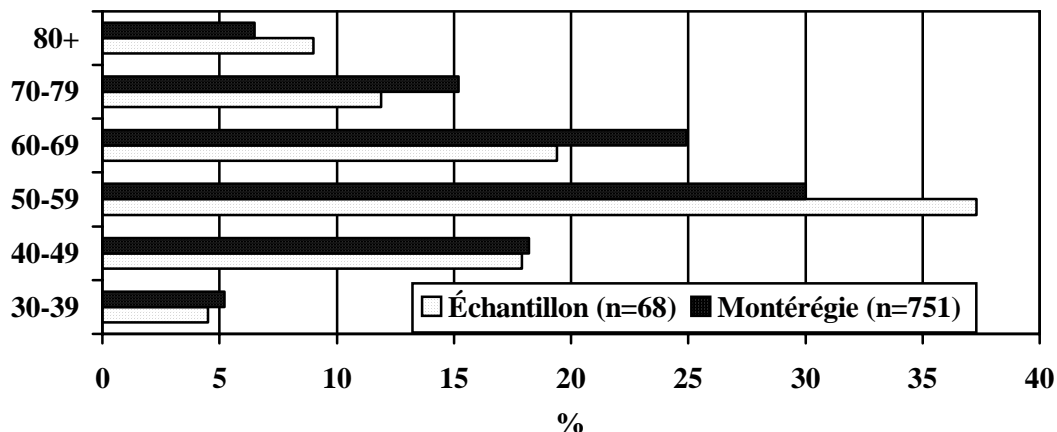
La radiothérapie est surtout utilisée pour traiter les cancers du rectum. Cette localisation représente 25 % des cancers colorectaux de notre échantillon. Parmi ces cas, dans 47 % des dossiers, il a été possible de savoir si un traitement de radiothérapie était prévu ou non. L'information provenait principalement des consultations en oncologie et radio-oncologie.

5. SEIN

5.1 Âge

Pour le cancer du sein, l'âge moyen des femmes au moment du diagnostic dans notre échantillon est de 59,1 ans. Environ 75 % des femmes de l'étude sont âgées entre 40 et 69 ans, ce qui se compare aux cas de la Montérégie (73 %) déclarés au Fichier des tumeurs (diagnostic par histologie ou cytologie) pour l'année 2000 (figure 4). L'échantillon comprend une proportion plus grande de femmes âgées de 50 à 59 ans et une proportion un peu plus faible de femmes âgées de 60 à 69 ans.

Figure 4.
Comparaison de l'échantillon et de l'ensemble des cas en Montérégie déclarés au Fichier des tumeurs pour l'année 2000, selon le groupe d'âge SEIN



5.2 Stade de la tumeur au moment du diagnostic

5.2.1 Le stade inscrit au dossier par un médecin

Pour le cancer du sein, le *TNM* est le seul système de stadification retrouvé dans les dossiers à l'étude. Sur l'ensemble du dossier médical, dans 45 dossiers sur 67 (67 %), un médecin avait indiqué le stade *TNM* complet pour décrire l'étendue de la tumeur. Les éléments T et N étaient indiqués dans 53 dossiers (79 %) et l'élément M était indiqué dans 46 dossiers (69 %).

Le stade groupé a pu être déterminé selon l'information inscrite par un médecin dans 72 % des cas. Les rapports de consultation en oncologie, en radio-oncologie, en chirurgie et la feuille sommaire contenaient principalement les informations inscrites par le médecin sur le stade de la tumeur.

5.2.2 Le stade déterminé selon l'information présente au dossier médical

Le tableau 5 présente l'information recueillie par les registraires en oncologie pour établir le stade de la tumeur pour le cancer du sein, par type de rapport et pour l'ensemble du dossier médical.

Tableau 5.
Présence de l'information au dossier médical
pour constituer le stade TNM de la tumeur
SEIN (n=67)

TYPE DE RAPPORT	Taille n (%)	Ganglions reg.* n (%)	Métastases n (%)
Rapport de pathologie	66 (98,5)	60 (89,6)	0
Consultation oncologie	23 (34,3)	27 (40,3)	4 (6,0)
Consultation radio-oncologie	30 (44,8)	33 (49,3)	6 (9,0)
Protocole opératoire	22 (32,8)	5 (7,5)	4 (6,0)
Radiologie / Imagerie	14 (20,9)	4 (6,0)	57 (85,1)
Feuille sommaire	4 (6,0)	12 (17,9)	2 (3,0)
Autres rapports			
Consultation chirurgie	6 (9,0)	7 (10,4)	0
Histoire et examen physique	4 (6,0)	1 (1,5)	1 (1,5)
Notes d'évolution	1 (1,5)	2 (3,0)	0
Résumé de dossier	1 (1,5)	3 (4,5)	2 (3,0)
DOSSIER MÉDICAL	66 (98,5)	63 (94,0)	57 (85,1)

* Les dossiers avec indication N+ sans précision (jusqu'à trois dossiers dans les rapports de consultation en oncologie) sont exclus du tableau.

Les renseignements pris au dossier médical ont permis d'établir la taille (T) dans 98 % des cas, l'atteinte des ganglions régionaux (N) dans 94 % des cas et les données sur la présence ou l'absence de métastases à distance (M) dans 85 % des cas. Dans 61 dossiers (91 %), il y a une indication que des ganglions régionaux ont été prélevés : le nombre de ganglions prélevés était indiqué dans 60 dossiers (89 %) et parmi ceux-ci, 6 ganglions ou plus ont été prélevés dans 93 % des cas. Ainsi, la majorité des N répondent aux critères pathologiques.

Un stade *TNM* complet a pu être attribué chez 54 cas (81 %) et un stade groupé (I à IV) chez un cas de plus, c'est-à-dire dans 82 % des cas de cancer du sein. Un stade pathologique a été attribué dans 53 cas sur 55. Dans six cas, pour lesquels les registraires n'ont pas trouvé tous les éléments du stade (taille, atteinte des ganglions régionaux et métastases), un médecin avait inscrit un stade dans un rapport du dossier médical. De plus, si un M₀ avait été attribué par défaut lorsque la taille de la tumeur correspondait à T₁, sans atteinte ganglionnaire (N₀), le stade aurait pu être déterminé dans 60 dossiers (91 %).

Le tableau 6 présente la répartition des stades au moment du diagnostic pour les cancers du sein de l'échantillon. Les cancers *in situ* n'étaient pas visés par l'étude, mais un cas s'est glissé par erreur et a été conservé dans l'échantillon. Environ 45 % des cas sont de stade I et seulement 3 % de stade IV.

Tableau 6.
Répartition des stades groupés dans l'échantillon à l'étude
SEIN

STADE GROUPE	REGISTRAIRE
0	1 (1,5)
I	30 (44,8)
IIA	13 (19,4)
IIB	8 (11,9)
IIIA	1 (1,5)
IV	2 (3,0)
Sous-total	55 (82,1%)
Inconnu	12 (17,9)
Total	67 (100,0)

5.2.3 Les classifications SEER

La fréquence d'attribution d'un stade pour les cancers du sein de notre échantillon est semblable pour les classifications de SEER (annexe 5) et le *TNM*. À partir des données présentes au dossier médical, un seul cas de plus a été codé avec le *Summary Stage* de SEER et avec le code d'extension de *EOD* par rapport au stade groupé du *TNM*. L'atteinte des ganglions a pu être déterminée dans 2 cas supplémentaires avec le système *EOD*.

La répartition des cas de cancer selon le *Summary Stage* et selon le stade groupé du *TNM* montre de petites différences pour les cas localisés et régionaux. Ces variations sont dues à une façon différente de mesurer l'extension de la tumeur. Dans le système *TNM*, même si aucun ganglion n'est atteint, le stade peut évoluer à II si la taille de la tumeur est suffisamment grande. Ce n'est pas le cas pour le *Summary Stage*, si la tumeur reste confinée au sein et aux tissus adipeux, le stade localisé (1) est maintenu.

5.2.4 Les principaux rapports contenant l'information sur le stade

Pour le cancer du sein, le rapport de pathologie est la principale source d'information pour la taille de la tumeur et l'atteinte des ganglions régionaux. Dans tous les cas où la taille de la tumeur était connue au dossier, cette information était disponible dans le rapport de pathologie. En ce qui concerne l'atteinte des ganglions régionaux (N), les rapports de radiologie et d'imagerie médicale ont permis de connaître le N (clinique) dans deux cas supplémentaires et une consultation en chirurgie pour un troisième cas. Les rapports de radiologie et d'imagerie médicale ont indiqué les métastases à distance dans tous les cas où cette information était disponible au dossier médical. Le rapport de pathologie n'avait aucune information à ce sujet.

5.3 Information sur le traitement

Pour le cancer du sein, tous les cas ont eu un traitement chirurgical. Cette information était disponible sur le protocole opératoire et toutes les procédures ont pu être codées selon la classification standard ROADS. La date de diagnostic et la date de chirurgie étaient disponibles dans tous les dossiers pour le calcul du délai pour le traitement chirurgical.

Pour les traitements de radiothérapie, dans 84 % des dossiers, il a été possible de savoir si la patiente avait reçu ou non de la radiothérapie. Si l'information n'était pas clairement inscrite au dossier, cette donnée était considérée inconnue. Le lieu de traitement était connu dans 91 % des cas qui ont reçu le traitement : 65 % des personnes auraient été traitées à Montréal (Hôtel-Dieu de Montréal, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Hôpital Notre-Dame, Hôpital Général de Montréal), 20 % au Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke et 6 % aux États-Unis. Dans 9 % des cas, le lieu de traitement n'a pas été identifié. La dose totale de radiothérapie a été trouvée dans un peu plus de la moitié des dossiers des patients qui ont reçu ce type de traitement.

Pour la chimiothérapie, dans 61 % des cas, on sait si un traitement de chimiothérapie était prescrit ou non. L'information sur l'établissement où les services ont été rendus était connue dans 93 % des cas qui ont reçu le traitement. Les traitements de chimiothérapie ont eu lieu dans les mêmes centres hospitaliers que ceux où on a procédé à la chirurgie.

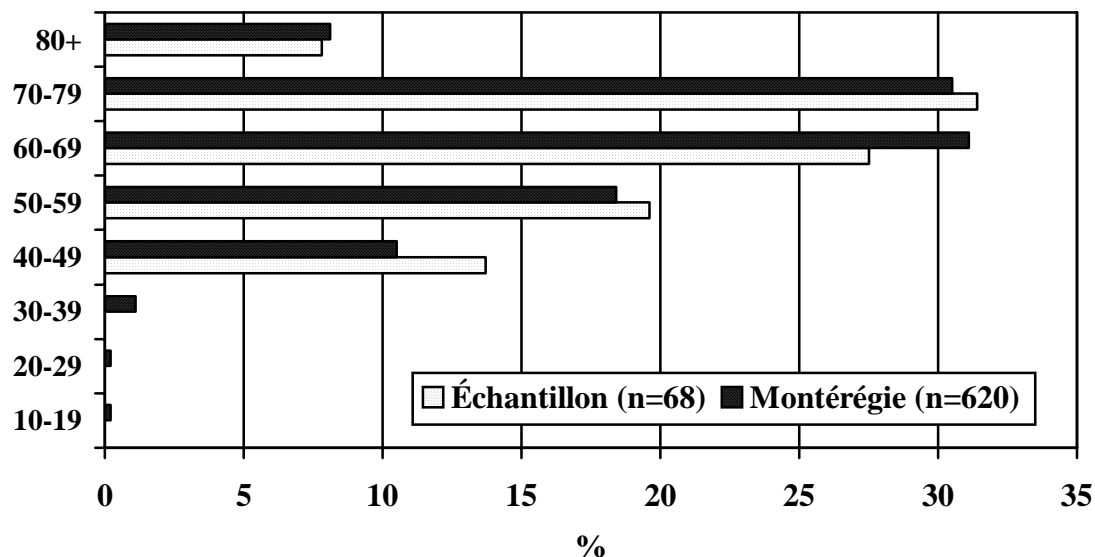
Pour l'hormonothérapie, l'information sur l'utilisation ou non de ce traitement était disponible dans 78 % des cas.

6. POU MON

6.1 Âge et sexe

Dans l'échantillon, 59 % des cas de cancer du poumon sont des hommes. L'âge moyen est 65,5 ans et l'âge médian 65,8 ans. Environ 72 % des cas sont âgés entre 55 et 79 ans. La figure 5 présente la répartition des cas selon les groupes d'âge ainsi que la comparaison avec les cas pour l'ensemble de la Montérégie (diagnostic par histologie et cytologie), déclarés au Fichier des tumeurs pour l'année 2000. Les groupes d'âge les plus fréquents (60-69 et 70-79) sont les mêmes dans les deux groupes, mais l'échantillon comprend proportionnellement plus de cas de 40 à 49 ans et moins de cas de 60 à 69 ans.

Figure 5.
Comparaison de l'échantillon et de l'ensemble des cas en Montérégie déclarés au
Fichier des tumeurs pour l'année 2000, selon le groupe d'âge
POUMON



6.2 Stade de la tumeur au moment du diagnostic

6.2.1 *Le stade inscrit au dossier par un médecin*

Un *TNM* complet pour le cancer du poumon était indiqué par l'un ou l'autre des médecins dans 14 dossiers (27 %). Le stade groupé a pu être établi à partir du *TNM* (complet ou incomplet) inscrits par les médecins dans 25 cas (49 %). L'élément T était indiqué dans 17 dossiers (33 %); les éléments N et M dans 15 dossiers (29 %). Ce sont les rapports de consultation en oncologie, les notes d'évolution, les consultations en radio-oncologie et en pneumologie qui contiennent le plus souvent le *TNM* inscrit par le médecin.

6.2.2 *Le stade déterminé selon l'information présente au dossier médical*

Les informations extraites du dossier médical par les registraires en oncologie ont permis de connaître la taille de la tumeur (T), dans 44 dossiers (86 %). Contrairement aux cancers du sein et du côlon-rectum, la taille de la tumeur pour le cancer du poumon repose sur des critères cliniques dans la majorité des cas (40/44). L'atteinte des ganglions régionaux (N) est connue dans 41 dossiers (80 %), principalement selon les critères cliniques (37/41). La présence ou l'absence de métastases à distance est connue dans 86 % des cas (tableau 7).

Tableau 7.
Présence de l'information au dossier médical
pour constituer le stade TNM de la tumeur
POUMON (n=51)

TYPE DE RAPPORT	Taille n (%)	Ganglions reg. n (%)	Métastases n (%)
Rapport de pathologie	8 (15,7)	4 (7,8)	1 (2,0)
Consultation oncologie	9 (17,6)	9 (17,6)	15 (29,4)
Consultation radio-onco	8 (15,7)	9 (17,6)	13 (25,5)
Protocole opératoire	5 (9,8)	2 (3,9)	1 (2,0)
Radiologie / Imagerie	38 (74,5)	34 (66,7)	41 (80,4)
Feuille sommaire	10 (19,6)	6 (11,8)	21 (41,2)
<i>Autres rapports</i>			
Consultation chirurgie	0	1 (2,0)	2 (3,9)
Histoire et examen physique	0	0	2 (3,9)
Notes d'évolution	8 (15,7)	9 (17,6)	16 (31,4)
Autre : urgence, nutrition, etc.	1 (2,0)	0	0
Consultation autre*	13 (25,5)	10 (19,6)	13 (25,5)
DOSSIER MÉDICAL	44 (86,3)	41 (80,4)	44 (86,3)

* Pneumologie et médecine interne

Un *TNM* complet a pu être codé chez 34 personnes (67 %) atteintes de cancer du poumon et un stade groupé (I à IV) chez 42 personnes, 82 % du groupe étudié. Le stade est clinique dans 39 cas sur 42. La répartition des cas au tableau 8 montre une forte proportion de cas de stade IV (63 %).

Tableau 8.
Répartition des stades groupés dans l'échantillon à l'étude
POUMON

STADE GROUPE	n (%)
Stade IB	3 (5,9)
Stade IIB	1 (2,0)
Stade IIIA	1 (2,0)
Stade IIIB	5 (9,8)
Stade IV	32 (62,7)
Sous-total	42 (82,4)
Inconnu	9 (17,6)
Total	51 (100,0)

6.2.3 Les classifications SEER

Pour le cancer du poumon, le stade a été établi plus fréquemment avec le *Summary Stage* qu'avec le *TNM* à partir des informations présentes au dossier médical. Une différence non négligeable entre les deux classifications concerne les cas à distance qui sont plus fréquents avec le *Summary Stage* (code 7) qu'avec le *TNM* (stade IV). Ceci s'explique par le fait que le cancer du poumon qui s'étend à certaines structures adjacentes comme les côtes et les vertèbres ou la présence d'un épanchement pleural sont considérés à un stade distant par le *Summary Stage* alors que pour le *TNM*, une métastase à distance est nécessaire pour indiquer un stade IV. La répartition du stade selon les classifications de *SEER* est présentée à l'annexe 6.

6.2.4 Les principaux rapports contenant l'information sur le stade

Une différence marquée est observée entre les cancers du sein et du côlon-rectum et le cancer du poumon, quant à l'utilité du rapport de pathologie pour déterminer le stade de la tumeur. Pour le poumon, les rapports d'imagerie médicale et de radiologie constituent les principales sources d'information sur la taille de la tumeur, sur l'atteinte des ganglions régionaux et sur les métastases à distance. De plus, les rapports complémentaires ont constitué une source précieuse de renseignements pour ce siège de cancer. Les consultations en pneumologie et en médecine interne et les notes d'évolution contenaient de l'information sur le stade dans un fort pourcentage des cas.

6.3 Information sur le traitement

Pour le cancer du poumon, déterminer la présence ou l'absence de traitement chirurgical à partir du dossier s'avère une démarche complexe. Le protocole opératoire a fourni cette information pour les patients qui ont subi une chirurgie. Pour les autres personnes, c'est-à-dire la majorité des cas, l'absence de chirurgie a été présumée après l'examen de l'ensemble du dossier, mais aucun rapport médical ne se démarque comme porteur de ce renseignement.

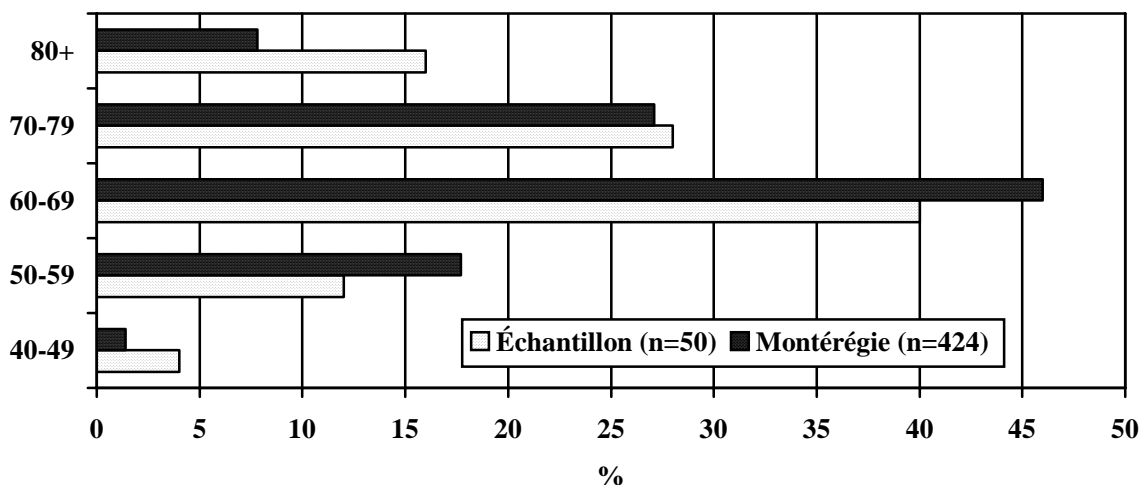
L'information sur la chimiothérapie et la radiothérapie a pu être retracée dans 75 % des cas, principalement à partir des consultations en oncologie, en radio-oncologie, en pneumologie ainsi que dans les notes d'évolution.

7. PROSTATE

7.1 Âge

Dans l'échantillon, les personnes atteintes de cancer de la prostate ont un âge moyen de 69,6 ans et un âge médian de 69,0 ans. On observe que 84 % des cas à l'étude sont âgés de plus de 60 ans; cette proportion est de 81 % chez l'ensemble des cas de la Montérégie (diagnostic par histologie et cytologie) déclarés au Fichier des tumeurs en 2000. Cependant, l'échantillon comprend proportionnellement plus de cas de 80 ans et plus et moins de cas de 50 à 69 ans (figure 6).

Figure 6.
Comparaison de l'échantillon et de l'ensemble des cas en Montérégie déclarés au Fichier des tumeurs pour l'année 2000, selon le groupe d'âge PROSTATE



7.2 Stade de la tumeur au moment du diagnostic

7.2.1 Le stade inscrit au dossier par un médecin

Pour le cancer de la prostate, moins du quart des dossiers comprenait une indication du stade *TNM* dans le dossier médical. Par contre, un autre système de stadification est utilisé par les médecins, soit le *American staging for prostate cancer*. Globalement, un stade a été retrouvé dans 20 dossiers médicaux (40 %) de cancer de la prostate; 9 selon le *TNM* seul, 9 selon le *American Staging* seul et 2 cas où le stade est indiqué dans les deux systèmes. Le stade de la

tumeur inscrit par les médecins se retrouvait principalement sur la feuille sommaire et dans les consultations en urologie.

7.2.2 *Le stade déterminé selon l'information présente au dossier médical*

Le tableau 9 présente l'information recueillie par les registraires en oncologie, dans les dossiers médicaux, afin d'établir le stade chez les personnes atteintes de cancer de la prostate.

Tableau 9.
Présence de l'information au dossier médical
pour constituer le stade TNM de la tumeur
PROSTATE (n=50)

TYPE DE RAPPORT	Taille n (%)	Ganglions reg. n (%)	Métastases n (%)
Rapport de pathologie	43 (86,0)	20 (40,0)	0
Consultation oncologie	0	0	1 (2,0)
Consultation radio-oncologie	0	1 (2,0)	2 (4,0)
Protocole opératoire	3 (6,0)	4 (8,0)	1 (2,0)
Radiologie / Imagerie	1 (2,0)	1 (2,0)	28 (56,0)
Feuille sommaire	0	3 (6,0)	2 (4,0)
<i>Autres rapports</i>			
Consultation chirurgie	3 (6,0)	0	0
Notes d'évolution	2 (4,0)	0	1 (2,0)
Consultation autre*	4 (8,0)	3 (6,0)	5 (10,0)
Résumé de dossier	1 (2,0)	0	0
DOSSIER MÉDICAL	46 (92,0)	22 (44,0)	29 (58,0)

* Consultation en urologie sauf dans un dossier.

Pour le cancer de la prostate, l'information sur la taille de la tumeur (T) est fréquemment disponible alors que l'atteinte des ganglions régionaux et l'extension à distance de la tumeur sont connues dans plus ou moins la moitié des cas. Alors que la taille répond à des critères cliniques dans un peu plus de la moitié des cas, le N est essentiellement basé sur des données pathologiques. Le *TNM* complet a été établi par les registraires en oncologie dans 13 cas (26 %), ce qui représente un faible pourcentage par rapport aux cancers du sein, du côlon-rectum et du poumon. Le stade groupé (tableau 10) a pu être établi pour 5 cas supplémentaires, soit dans 36 % des dossiers. Le stade répond à des critères pathologiques dans la moitié des cas. Le stade groupé est connu malgré l'absence d'un des éléments du *TNM* dans les situations où le N ou le M est positif, ce qui d'emblée correspond à un stade IV, peu importe les autres éléments.

Tableau 10.
Répartition des stades groupés dans l'échantillon à l'étude
PROSTATE

STADE GROUPE	n (%)
Stade II	10 (20,0)
Stade III	2 (4,0)
Stade IV	6 (12,0)
Sous-total	18 (36,0)
Inconnu	32 (66,0)
TOTAL	50 (100,0)

Pour 9 cas où les registraires n'avaient pas suffisamment d'information pour attribuer un stade *TNM* groupé, le médecin avait inscrit au dossier le stade selon le système *American Staging*. Avec les données disponibles, il était difficile de transformer ces stades dans le système *TNM* pour les présenter au tableau 10. Cependant, en considérant l'ensemble des données recueillies et l'information inscrite par les médecins, un stade aurait pu être attribué dans 27 dossiers, c'est-à-dire un peu plus de 54 % des cas.

7.2.3 Les classifications de SEER

Le *Summary Stage* est connu dans le même pourcentage que le stade groupé *TNM*. Toutefois, il y a deux fois plus de stade avancé (IV) avec le *TNM* que de stade distant avec le *Summary Stage*. Ceci est dû à des règles différentes pour les ganglions régionaux. Pour le *TNM*, un stade IV est établi avec des ganglions régionaux positifs peu importe les autres éléments; le *Summary Stage* exige des métastases aux ganglions distants ou aux autres organes pour une atteinte à distance.

Le code d'extension du *EOD* a été plus fréquemment établi que le stade groupé du *TNM* mais l'atteinte des ganglions est connue dans une proportion semblable avec *EOD* ou le *TNM*. Ceci s'explique par les cas qui n'ont pas de métastases mais dont le statut ganglionnaire n'est pas connu. Il est possible de leur attribuer un code *EOD* mais pas un code de *Summary Stage* ni un stade groupé de *TNM*. L'annexe 7 présente les données selon les classifications de *SEER*.

7.2.4 Les principaux rapports contenant l'information sur le stade

Le rapport de pathologie a permis de connaître l'extension locale de la tumeur dans 43 cas (86 %) et les consultations en urologie contenaient cette donnée dans 3 autres dossiers. L'atteinte des ganglions régionaux est aussi connue par les rapports de pathologie dans la majorité des cas; les rapports de radiologie/imagerie et le protocole opératoire ont fourni cette information pour les deux autres cas. L'étendue à distance a été évaluée presque uniquement à partir des rapports de radiologie et d'imagerie médicale; le protocole opératoire contenait cette information pour un cas supplémentaire.

7.3 Information sur le traitement

En ce qui concerne le cancer de la prostate, l'information sur le traitement chirurgical est contenue au dossier médical dans la majorité des cas (94 %). Parmi les dossiers des patients n'ayant pas reçu de traitement chirurgical, 23 % indiquaient clairement l'absence de chirurgie; pour les autres, l'information a été déduite de l'ensemble du dossier. Plusieurs rapports procurent de l'information sur ce traitement : le protocole opératoire, la feuille sommaire, les notes d'évolution, le rapport de pathologie et les consultations en urologie.

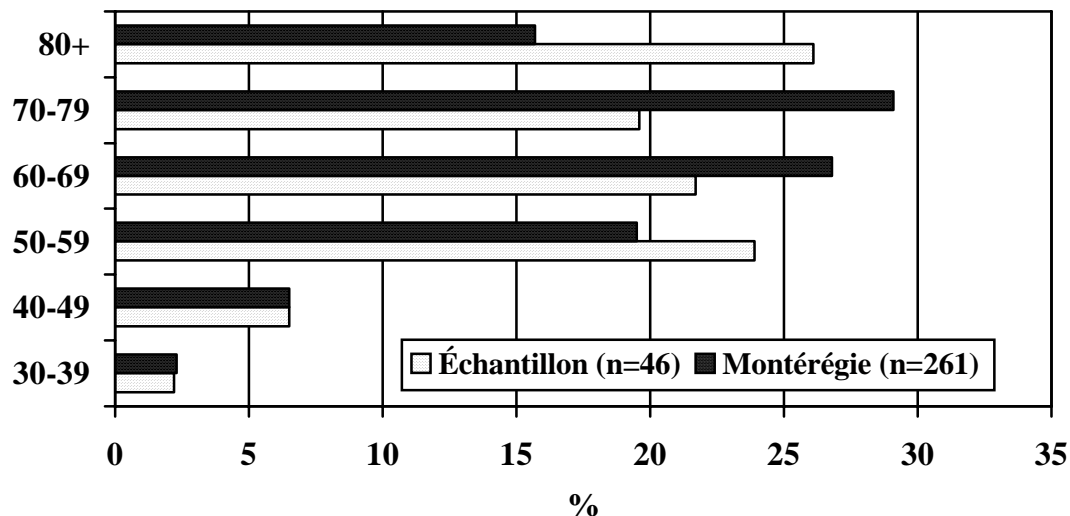
De rares données étaient disponibles pour savoir si d'autres traitements ont été administrés ou non. L'information était plus fréquente pour l'hormonothérapie (32 %) que pour la radiothérapie (18 %). La meilleure source de données pour ces types de traitement était le rapport de consultation en urologie. Il y a peu d'information sur la chimiothérapie pour le cancer de la prostate dans les dossiers médicaux.

8. VESSIE

8.1 Âge et sexe

Les hommes constituent la majorité des cas de cancer de vessie à l'étude (83 %); c'est aussi la situation de la population générale puisque 76 % des cas du Fichier des tumeurs en 2000 était des hommes. L'âge moyen des cas à l'étude est de 69,0 ans et l'âge médian est légèrement inférieur (67,6). Ce cancer atteint plusieurs groupes d'âge de 35 à 95 ans. Dans l'échantillon, les groupes d'âge 50-59 ans et 80 ans et plus sont proportionnellement plus nombreux que les groupes d'âge 60-69 ans et 70-79 ans, lorsque comparés au total des cas de la Montérégie (diagnostic par histologie et cytologie), déclarés au Fichier des tumeurs du Québec en 2000 (figure 7). Cependant, cette comparaison est basée sur des petits nombres, ce qui peut entraîner des variations importantes des pourcentages.

Figure 7.
Comparaison de l'échantillon et de l'ensemble des cas en Montérégie déclarés au
Fichier des tumeurs pour l'année 2000, selon le groupe d'âge
VESSIE



8.2 Stade de la tumeur au moment du diagnostic

8.2.1 Le stade inscrit au dossier par un médecin

Les médecins ont inscrit au dossier médical de l'information qui a permis d'attribuer un stade de la tumeur dans 18 cas (39%) de cancer de vessie. Cette information pouvait être un stade Jewett (*Jewett-Marshall, American Urologic System*) indiqué par A, B, C ou D (6 cas), un stade groupé *TNM* (2 cas), 1 *TNM* complet et 11 *TNM* incomplets mais suffisants pour déterminer le stade groupé. Dans deux dossiers, le stade était indiqué selon deux systèmes. Les deux principaux rapports où était inscrite cette information par un médecin sont la feuille sommaire et le rapport de consultation en urologie.

8.2.2 Le stade déterminé selon l'information présente au dossier médical

Des informations extraites du dossier médical par les registraires en oncologie ont permis de connaître l'extension locale de la tumeur (T) dans 44 dossiers (96 %), presque toujours selon les critères cliniques (38/44). L'atteinte des ganglions régionaux, connue dans moins du quart des cas (10/46), se répartit également selon les critères cliniques et les critères pathologiques. En général, une cystectomie et une lymphadénectomie sont nécessaires pour établir un stade pathologique, ce qui semble avoir été rarement réalisé chez les patients à l'étude. La présence ou l'absence de métastases à distance est connue dans une proportion de 70 % des cas (tableau 11).

Tableau 11.
Présence de l'information au dossier médical
pour constituer le stade TNM de la tumeur
VESSIE (n=46)

TYPE DE RAPPORT	Taille n (%)	Ganglions reg. n (%)	Métastases n (%)
Rapport de pathologie	42 (91,3)	6 (13,1)*	0
Consultation oncologie	1 (2,2)	1 (2,2)	1 (2,2)
Consultation radio-oncologie	1 (2,2)	0	1 (2,2)
Protocole opératoire	2 (4,3)	1 (2,2)	1 (2,2)
Radiologie / Imagerie	2 (4,3)	5 (10,9)	32 (69,6)
Feuille sommaire	3 (6,5)	2 (4,3)	3 (6,5)
<i>Autres rapports</i>			
Consultation urologie	7 (15,2)	1 (2,2)*	1 (2,2)
Notes d'évolution	3 (6,5)	0	2 (4,3)
Résumé de dossier	1 (2,2)	0	0
Autre : divers	0	0	1 (2,2)
DOSSIER MÉDICAL	44 (95,7)	10 (21,8)	32 (69,6)

*Excluant 1 N+

Un *TNM* complet a pu être constitué par les registraires en oncologie dans seulement 8 dossiers (17 %) de cancer de vessie, mais un stade groupé du *TNM* a pu être attribué dans 23 dossiers (tableau 12), principalement un stade clinique (74 % des stades connus). En tenant compte des cas où un stade était inscrit au dossier par un médecin, 29 cas de cancer de vessie auraient pu être caractérisés par un stade de la tumeur au moment du diagnostic

Tableau 12.
Répartition des stades groupés dans l'échantillon à l'étude
VESSIE

STADE GROUPE	n (%)
Stade 0	
Stade 0a	8 (17,4)
Stade 0is	2 (4,3)
Stade I	2 (4,3)
Stade II	3 (6,5)
Stade III	3 (6,5)
Stade IV	5 (10,9)
Sous-total	23 (50,0)
Inconnu	23 (50,0)
TOTAL	46 (100,0)

Pour le cancer de la vessie, certaines difficultés sont rapportées dans la littérature pour distinguer un cancer infiltrant d'un cancer non infiltrant. Il existe deux principaux types de cancer de la vessie : les cancers sessiles « flat tumor » et les carcinomes papillaires. Lorsque les tumeurs sessiles ne dépassent pas la membrane basale, on y réfère comme carcinome *in situ*. Les carcinomes papillaires qui ne dépassent pas la membrane basale ne sont pas des cancers infiltrants mais ils ne sont pas désignés par l'expression *in situ*⁸. Ces appellations peuvent être ambiguës et amener des erreurs de codage pour ces cancers de la vessie. Par exemple, si le pathologiste indique que le carcinome papillaire est « confiné à la muqueuse », qu'il « n'a pas pénétré à travers la membrane basale » ou qu'il « n'envahit pas la sous-muqueuse » sans spécifier « non infiltrant » sur le rapport, les personnes qui analysent et codent les dossiers médicaux peuvent attribuer faussement un code malin si elles ne connaissent pas bien la terminologie pour décrire l'extension locale de la tumeur.

Ces difficultés se sont répercutées dans notre échantillon qui comprend 26 % de tumeurs *in situ* ou non infiltrante alors que les cas visés par l'étude étaient des cancers infiltrants. L'analyse de nos données a permis de comprendre ce phénomène décrit dans les documents de référence sur la détermination du stade du cancer et les difficultés à distinguer les cancers infiltrants des tumeurs *in situ* pour le cancer de la vessie.

8.2.3 Les classifications SEER

Pour le cancer de la vessie, le *Summary Stage* peut être établi par les registraires en oncologie approximativement dans les mêmes proportions que le *TNM* groupé. La difficulté de mesurer l'extension de la tumeur aux ganglions régionaux est la même pour le système *EOD* ou le *TNM*. L'information est rarement au dossier. Cependant, le code d'extension *EOD*, parce qu'il ne tient pas compte des ganglions (considérés séparément), est connu dans un plus grand pourcentage de cas que le stade groupé du *TNM*.

La répartition des stades est différente pour le *Summary Stage* et pour le *TNM* pour ce siège de cancer. Il y a près de deux fois plus de stades avancés (IV) avec le *TNM* que de stades distants avec le *Summary Stage*. Ceci est dû à des règles différentes pour les ganglions régionaux positifs qui correspondent à un stade IV du *TNM*, peu importe les autres composantes du stade; le *Summary Stage* exige des métastases aux ganglions distants ou aux autres organes pour considérer que la tumeur s'est étendue à distance. L'annexe 8 présente les classifications *SEER* pour le cancer de la vessie.

8.2.4 Les principaux rapports contenant l'information sur le stade

Pour le cancer de la vessie, l'information sur la croissance locale de la tumeur (T) est présente sur les rapports de pathologie, dans 96 % des cas connus. Dans seulement deux dossiers, l'information n'était pas présente en pathologie et elle a été trouvée dans un rapport d'oncologie et dans un protocole opératoire. Pour ce qui est de l'atteinte des ganglions régionaux, l'information provient de la pathologie et de l'imagerie médicale. L'information sur les métastases, comme c'est le cas pour les autres sièges de cancer, provient de l'imagerie médicale.

8.3 Information sur le traitement

L'information sur la présence de traitement chirurgical pour le cancer de la vessie a été retrouvée dans 100 % des dossiers; le protocole opératoire était la principale source puisque la majorité des patients ont subi une chirurgie.

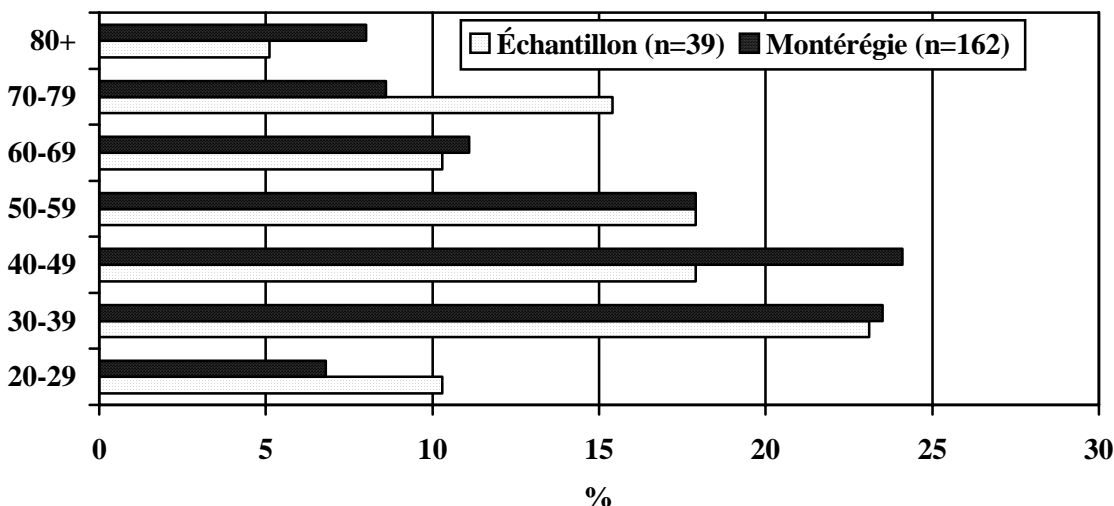
Pour les autres traitements, la chimiothérapie, la radiothérapie et l'immunothérapie (BCG), des informations permettant de savoir si le traitement avait été administré ou non étaient disponibles dans environ le quart des dossiers.

9. COL UTÉRIN

9.1 Âge

L'âge moyen des patientes diagnostiquées pour le cancer du col de l'utérus dans l'échantillon est de 50,7 ans et l'âge médian est de 47,6 ans. Des cas sont présents à tous les âges de 20 à 99 ans. Environ 70 % des cas ont moins de 60 ans.

Figure 8.
Comparaison de l'échantillon et de l'ensemble des cas en Montérégie déclarés au
Fichier des tumeurs pour les années 1996-2000, selon le groupe d'âge
COL UTÉRIN



Les cancers du col utérin déclarés au Fichier des tumeurs (diagnostic par histologie ou cytologie), dans les années 1996-2000 (excluant les *in situ*), ont été utilisés pour la comparaison car l'échantillon regroupe des cas diagnostiqués principalement durant ces années. Le faible nombre de cas hospitalisés (ou en chirurgie d'un jour) pour ce type de cancer, a forcé la recherche de cas dans les années antérieures à 2000 pour notre étude. Les différences apparentes entre les deux populations portent notamment sur la sur-représentation dans notre échantillon des groupes d'âge 20-29 ans et 70-79 ans ainsi que la sous-représentation des groupes 40-49 ans et 80 ans et plus (figure 8).

9.2 Stade de la tumeur au moment du diagnostic

9.2.1 Le stade inscrit au dossier médical par un médecin

Pour le cancer du col utérin, il semble que les médecins ont indiqué le stade selon la classification FIGO (Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique). Il s'agit d'un stade clinique basé essentiellement sur l'examen clinique et des examens radiologiques généralement disponibles dans tous les centres de soins. Le stade clinique est préféré pour le cancer du col pour des raisons d'uniformité car ce type de cancer est fréquemment traité par radiation et les patientes n'ont pas nécessairement de traitement chirurgical qui permet d'établir un stade pathologique⁵. Le TNM utilise les mêmes critères que le FIGO pour l'extension locale de la tumeur. Dans les dossiers médicaux révisés, il existait parfois une incertitude quant à la classification du stade utilisée par le médecin car la notation du stade groupé du TNM est semblable à celle de FIGO.

Sur l'ensemble du dossier médical, 19 dossiers (49 %) comportaient un stade inscrit par un médecin pour le cancer du col utérin.

Les stades inscrits par les médecins sont identifiés sur plusieurs types de rapports du dossier médical, le plus fréquemment sur les consultations en oncologie et radio-oncologie, les notes d'évolution et la feuille sommaire.

9.2.2 Le stade déterminé selon l'information présente au dossier médical

Le tableau 13 présente le résultat de la collecte des données par les registraires en oncologie pour le cancer du col utérin.

Tableau 13.
Présence de l'information au dossier médical
pour constituer le stade TNM de la tumeur
COL UTÉRIN (n=39)

TYPE DE RAPPORT	Taille n (%)	Ganglions reg. n (%)	Métastases n (%)
Rapport de pathologie	24 (61,5)	6 (15,4)	2 (5,1)
Consultation oncologie	3 (7,7)	4 (10,3)	0
Consultation radio-oncologie	3 (7,7)	4 (10,3)	1 (2,6)
Protocole opératoire	8 (20,5)	3 (7,7)	4 (10,3)
Radiologie / Imagerie	4 (10,3)	4 (10,3)	15 (38,5)
Feuille sommaire	6 (15,4)	1 (2,6)	2 (5,1)
Autres rapports	8 (20,5)	2 (5,1)	5 (12,8)
Autres rapports			
Consultation gynécologie et autre	4 (10,3)	1 (2,6)	3 (7,7)
Consultation chirurgie	2 (5,1)	0	1 (2,6)
Histoire et examen physique	1 (2,6)	1 (2,6)	1 (2,6)
Notes d'évolution	1 (2,6)	0	0
DOSSIER MÉDICAL	28 (71,8)	15 (38,5)	18 (46,2)

Pour le col utérin, la croissance locale de la tumeur (T) a pu être établie dans 72 % des cas par les registraires en oncologie, à partir de l'information présente aux dossiers médicaux hospitaliers. Le rapport de pathologie contenait cette information dans 24 cas sur 28. L'atteinte des ganglions régionaux a pu être caractérisée dans 38 % des cas dont la moitié répond aux critères pathologiques. La présence ou non de métastases à distance a pu être établie dans 46 % des cas. Au total, un stade *TNM* complet a pu être attribué à seulement 8 cas (20 %) mais le stade groupé du *TNM* est connu dans 33 % des cas.

Parmi les cancers étudiés, le cancer du col utérin est le seul siège pour lequel la fréquence du stade inscrit par les médecins est supérieure à celle obtenue par l'examen des différents rapports du dossier médical. Il faut noter toutefois que le stade inscrit par le médecin réfère

probablement au système FIGO qui exige moins d'information détaillée que le stade *TNM* visé par l'étude.

Lorsque les stades inscrits par les médecins et ceux déterminés par les registraires sont pris en compte, un stade pourrait être attribué à 67 % des cancers du col utérin de notre étude. Toutefois, il est réaliste de penser que ces stades n'ont pas été déterminés selon les mêmes règles et standards (clinique *versus* pathologique, *TNM versus* FIGO). Ainsi, la répartition des stades (selon les registraires et les médecins) est présentée au tableau 14 à titre indicatif seulement; elle ne doit pas être considérée comme la réalité montérégienne d'autant plus que les nombres sont petits.

Tableau 14.
Répartition des stades groupés dans l'échantillon à l'étude
COL UTÉRIN

	Médecin	Registraire
STADE GROUPE	n (%)	n (%)
Stade 0		4 (10,3)
Stade IA1	2 (5,1)	1 (2,6)
Stade IA2	1 (2,6)	
Stade IB	2 (2,6)	
Stade IB1	3 (7,7)	3 (7,7)
Stade IB2	2 (5,1)	
Stade IIA	1 (2,6)	
Stade IIB	1(2,6)	
Stade IIIA	2 (5,1)	
Stade IIIB	3 (7,1)	3 (7,7)
Stade IV	2 (5,1)	
Stade IVB		2 (5,1)
Sous-total	19 (48,7)	13 (33,3)
Inconnu	20 (51,3)	26 (66,7)
TOTAL	39 (100,0)	39 (100,0)

9.2.3 Les classifications SEER

L'annexe 9 présente les données selon les systèmes de classification de *SEER*. Pour ce siège de cancer, le *Summary Stage* donne des résultats semblables à ceux du stade groupé du *TNM* concernant le pourcentage de stades connus et la proportion de cancer de stade avancé (stade IV ou distant).

Pour ce qui est de la taille de la tumeur, le *EOD* demande plus de précision et un pourcentage plus faible est observé selon les spécifications de cette classification. Il a été

possible d'attribuer un code d'extension dans trois dossiers de plus que le stade groupé du *TNM*, mais l'atteinte des ganglions est connue dans la même proportion des cas.

9.2.4 Les principaux rapports contenant l'information sur le stade

L'information sur la croissance locale du cancer est principalement obtenue par le rapport de pathologie. Dans 14 % des cas, l'information vient du protocole opératoire ou des rapports d'imagerie médicale. L'atteinte des ganglions régionaux est connue par différents rapports : pathologie, imagerie médicale, consultation en oncologie et radio-oncologie et le protocole opératoire. La présence de métastases, comme pour les autres sièges de cancer, est obtenue des rapports d'imagerie médicale.

9.3 Information sur le traitement

Il a été possible de savoir si les patientes avaient subi ou non un traitement chirurgical dans 72 % des cas, pour le cancer du col de l'utérus. Pour le traitement de radiothérapie, des informations ont été retracées dans 51 % des cas et pour la chimiothérapie, dans 26 % des cas.

10. SOMMAIRE : GRADE, STADE DU CANCER ET TRAITEMENTS

Le tableau 15 résume les principaux résultats concernant le grade histopathologique, le stade du cancer et les traitements de première ligne pour les six sièges de cancer à l'étude.

Tableau 15
Résumé des informations présentes dans l'ensemble du dossier médical sur le grade histopathologique, le stade du cancer et sur les traitements de première ligne, par siège de cancer

	Côlon- rectum (n=68)	Sein (n=67)	Poumon (n=51)	Prostate (n=50)	Vessie (n=46)	Col utérin (n=39)
	%	%	%	%	%	%
<i>Grade histopathologique</i>	96	97	73	96	91	77
STADE INSCRIT PAR MÉDECIN						
TNM complet	37	67	27	22	2	
Stade autre	53	-	-	22	13	
Stade TNM ou autre	74	72	49	40	39	49
<i>Stade groupé TNM</i>	37	72	49	22	30	
INFORMATION SUR LE STADE AU DOSSIER						
Taille de la tumeur TNM	96	98	86	92	96	72
Atteinte des ganglions TNM	93	94	80	44	22	38
Présence de métastases TNM	97	85	86	58	70	46
TNM complet	90	81	67	26	17	20
<i>Stade groupé TNM¹</i>	94	82 (91)	82	36	50	33
Stade <i>Summary Stage</i>	94	84	86	34	52	31
Taille <i>EOD</i> (en mm)	94	98	82	26	52	49
Code d'extension <i>EOD</i>	94	84	86	54	85	44
Ganglions <i>EOD</i>	94	97	86	46	26	38
TRAITEMENTS²						
<i>Présence information chirurgie</i>	100	100	96	94	100	72
<i>Présence information radiothérapie³</i>	24 (47)	84	74	18	24	51
<i>Présence information chimiothérapie</i>	62	61	74	6	28	26
<i>Présence information hormonothérapie</i>		78		32		
<i>Présence information autre traitement</i>	-	-	-	-	28	-

1. Pour le cancer du sein, un pourcentage de 91 % est obtenu en attribuant un M0 par défaut avec un T1N0.
2. Les items « Présence information » pour les différents types de traitement (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie, autre traitement) indiquent le pourcentage de cas où le dossier médical permet de dire si le traitement a été reçu ou non.
3. Pour le cancer colorectal, si on considère uniquement les cancers localisés au rectum, l'information est présente dans 47 % des dossiers.

DISCUSSION

1. STADE DU CANCER AU MOMENT DU DIAGNOSTIC

1.1 Importance de l'information sur le stade du cancer

L'étendue de la tumeur, mesurée par le stade au moment du diagnostic est un des facteurs les plus importants pour déterminer le pronostic d'une maladie cancéreuse. Plusieurs systèmes de stadification du cancer ont été développés au cours des années.

Le *Summary Stage* de SEER est une mesure de l'étendue de la tumeur basée sur un concept simple qui classe la tumeur selon qu'elle est localisée (confinement à l'organe d'origine), régionale (atteinte des ganglions ou tissus régionaux) ou distante (atteinte des organes ou ganglions distants par voie lymphatique ou vasculaire). Il réfère à des définitions figées dans le temps ce qui permet une même base de comparaison pour des études longitudinales. Ce concept en fait un outil intéressant pour les épidémiologistes qui souhaitent examiner l'effet du stade sur une longue période sans avoir à recueillir des données détaillées sur l'étendue de la tumeur.

Le stade *TNM* de l'AJCC répond mieux aux besoins cliniques et s'adapte au fur et à mesure que les données scientifiques se raffinent et évoluent. Les trois éléments importants dans le développement du cancer sont 1- la croissance locale du cancer (T pour *tumor*) codée selon la taille de la tumeur ou la profondeur de l'invasion de la tumeur dans les tissus, 2- l'étendue aux ganglions régionaux (N pour *node*) et 3- les métastases (M pour *metastasis*) qui réfère à l'étendue de la tumeur à distance via le système sanguin et lymphatique⁵.

Le stade est un élément descriptif majeur pour illustrer et suivre la situation du cancer dans une population donnée. Par exemple, le stade de la tumeur au moment du diagnostic influence fortement la survie au cancer. Selon les données de *SEER* (1995-2000), pour le cancer du côlon, la probabilité de survie à 5 ans est de 10 % pour un stade distant alors qu'elle est 90 % pour un stade localisé. Pour le cancer du sein, la survie à cinq ans est de 97 % pour les cancers localisés alors que la probabilité de survie baisse à 25 % pour les cancers distants⁹.

1.2 Présence du stade dans les registres du cancer

Aux États-Unis, les hôpitaux qui ont un programme d'oncologie reconnu par la *Commission on Cancer* du *American College of Surgeons* ont l'obligation de mettre en place un registre du cancer qui répond aux critères de cet organisme. Le stade du cancer est une donnée obligatoire du registre. Au Canada, plusieurs registres provinciaux recueillent le stade, parfois pour l'ensemble des sièges de cancer (par exemple l'Alberta), parfois pour certains sièges sélectionnés (communication verbale Michel Beaupré, responsable du Fichier des tumeurs du Québec). Plusieurs initiatives sont en cours au Canada pour susciter la collecte des données sur le stade. Un groupe de travail *Staging Implementation Working Group*

rattaché au *Data Quality Management Committee* sous l'égide du Conseil canadien des registres du cancer travaille présentement à une stratégie d'implantation du stade dans les registres provinciaux. Un comité de l'Association canadienne des agences provinciales de cancer (*Staging Implementation Policy Advisory Committee*) pilote également un projet à ce sujet. Le choix d'une classification du stade du cancer semble s'orienter vers le *Collaborative Staging*, système de stadification en vigueur depuis le premier janvier 2004 aux États-Unis. Ce système vise à aplanir les difficultés reliées à l'utilisation de trois grands systèmes de stade aux États-Unis, le *TNM*, le *Summary Stage* et le *Extent Of Disease*. Le *Collaborative Staging* ne vise pas à remplacer le *TNM* dans le monde clinique mais bien à fournir aux registres du cancer un moyen de déterminer le stade du cancer dans la majorité des cas. Pour ce faire, il utilise toute l'information disponible, qu'elle soit clinique ou pathologique, afin de déterminer le meilleur stade possible « *best stage* », compte tenu de l'information connue.

Même si elles ne sont pas utilisées dans les milieux cliniques, les classifications de *SEER*, (*Summary Stage* et *Extent of Disease*) ont été examinées dans la présente étude à cause de leur intérêt pour la surveillance épidémiologique. De façon générale, la capacité à déterminer le stade de la tumeur à partir des dossiers médicaux est semblable d'un système à l'autre.

2. DISPONIBILITÉ DU STADE DE LA TUMEUR DANS LES DOSSIERS MÉDICAUX

Les rapports du dossier médical hospitalier contenaient l'information pour établir le stade de la tumeur dans la majorité des cas de cancer qui nécessitent une hospitalisation. La situation la plus favorable se rapporte aux cancers qui impliquent une chirurgie en salle d'opération comme traitement de première ligne, notamment le cancer du côlon-rectum et du sein. Pour les sièges de cancer où le recours à la chirurgie est moins fréquent, les rapports médicaux hospitaliers sont nettement moins complets pour établir le stade de la tumeur. Ces éléments seront discutés plus loin pour chacun des sièges étudiés.

2.1 Rapport de pathologie

Au Québec, comme les laboratoires de pathologie sont tous en milieu hospitalier (sauf quelques laboratoires privés en cytologie), le rapport de pathologie constitue une source de données majeure pour caractériser les tumeurs. Il comprend toujours le grade de la tumeur lorsque le spécimen le permet; il précise l'extension locale de la tumeur et qualifie l'atteinte des ganglions régionaux s'il y a lieu. On peut aussi trouver de l'information sur l'atteinte à distance du cancer lorsque des métastases sont analysées en pathologie. Ainsi, pour les cancers généralement traités par la chirurgie comme le cancer du côlon-rectum et du sein, le rapport de pathologie est une source primordiale pour établir le stade du cancer.

Bien que tous les rapports de pathologie se trouvent vraisemblablement au dossier médical, plusieurs rapports pour une même tumeur (ex. biopsie, chirurgie) pourraient se situer dans plus d'un centre hospitalier. Tous les rapports de pathologie concernant une même tumeur sont importants. Le rapport de la chirurgie, généralement situé dans la section hospitalisation, contient l'information la plus précise sur la taille de la tumeur et l'atteinte des ganglions régionaux; un rapport provenant de la section externe correspond le plus

souvent à une première procédure visant le diagnostic pathologique de la tumeur par une biopsie ou une cytoponction. Ce rapport de pathologie est important pour établir la date réelle du diagnostic microscopique la plus proche de la réalité.

2.2. Radiologie/imagerie médicale

Contrairement au rapport de pathologie, les rapports de radiologie et d'imagerie médicale se trouvent fréquemment dans la section externe du dossier médical. Plusieurs peuvent se trouver à l'extérieur du dossier hospitalier, dans une clinique privée. Tous les rapports sont importants pour établir l'étendue de la tumeur.

Dans l'ensemble, 20 % des dossiers étudiés ne contenaient pas de rapport de radiologie ni d'imagerie médicale comme source d'information pour établir le stade de la tumeur. Cette situation est observée surtout pour les sièges de cancer qui n'impliquent pas nécessairement une hospitalisation. Les cancers de la vessie et de la prostate sont des exemples. Il n'y a pas toujours de chirurgie extensive pour le traitement et la condition médicale des patients n'exige par nécessairement une hospitalisation en début de la maladie. Dans ces conditions, l'imagerie médicale peut être réalisée dans les cliniques privées de radiologie.

2.3 Consultation oncologie et radio-oncologie

Ces rapports contiennent souvent un bilan de la situation incluant le stade du cancer au moment du diagnostic. Cependant, ils ne sont pas toujours présents au dossier hospitalier. Les patients peuvent être vus à l'extérieur de l'hôpital ou ne pas avoir eu ce type de consultation. Dans la présente étude, les dossiers hospitaliers d'autres hôpitaux où le patient a consulté n'ont pas été révisés, ce qui limite l'information surtout pour la radio-oncologie. En effet, ce traitement est systématiquement administré ailleurs qu'en Montérégie en raison de l'absence de cette technologie dans les hôpitaux de la région.

2.4 Protocole opératoire

Ce rapport, toujours présent dans le dossier hospitalier en cas de chirurgie, n'est pas le rapport privilégié pour établir le stade du cancer. Le rapport de pathologie qui fait état de l'analyse des tissus prélevés lors de la chirurgie est une source plus complète pour la taille de la tumeur et l'atteinte des ganglions. Le protocole opératoire est surtout utile dans les cas de chirurgie exploratoire ou palliative pour caractériser l'extension de la tumeur.

2.5 Feuille sommaire

Ce rapport fait aussi un bilan de l'hospitalisation. L'information sur le stade du cancer sera inscrite ou non, selon les pratiques des médecins. Sur l'ensemble des dossiers, de l'information sur le stade était inscrite dans 60 % des cas. Pour certains sièges de cancer comme la prostate, il s'agit d'une source majeure pour repérer le stade inscrit par les médecins.

3. DÉTERMINATION DU STADE DU CANCER SELON LES SIÈGES

3.1 Côlon-rectum

Pour le siège côlon-rectum, les informations permettant d'attribuer un stade sont présentes dans les dossiers médicaux dans la majorité des cas. Il s'agit d'un des sièges de cancers où cette information est disponible le plus fréquemment probablement parce que, pour la majorité, les cas subissent une chirurgie en milieu hospitalier.

Le rapport de pathologie pourrait fournir à lui seul des informations pertinentes pour estimer le pronostic de la maladie; il est toutefois insuffisant pour établir le stade car on y trouve rarement l'information sur la présence ou l'absence de métastases à distance. L'utilisation des rapports d'imagerie médicale permet de compléter le tableau et de déterminer le stade de la majorité des cancers du côlon-rectum. Si un registre du cancer était mis sur pied, les informations manquantes dans quelques dossiers pour ce siège de cancer pourraient probablement être obtenues auprès des médecins traitants et consultants.

C'est le siège de cancer où le médecin a inscrit un stade au dossier dans la plus forte proportion, si on considère ensemble les stades *TNM* et le Duke.

En ce qui concerne les classifications *SEER*, le stade a pu être attribué à peu près dans les mêmes proportions que celles observées pour le *TNM*.

La collecte des données sur le stade du cancer colorectal est d'autant plus importante qu'il existe un intérêt et une pertinence pour un programme de dépistage dans la population. Dans un contexte de dépistage, la répartition des stades au moment du diagnostic, avant d'instaurer le programme, serait une information pertinente pour assurer l'évaluation du programme.

Par ailleurs, le *Collaborative Staging*⁸ reconnaît l'antigène carcino-embryogénique (CEA) comme un des facteurs spécifiques qui influencent le pronostic; il recommande d'en faire la collecte au même titre que les éléments qui constituent le stade, soit l'extension locale de la tumeur, l'atteinte des ganglions régionaux et la présence de métastases.

3.2 Sein

Le cancer du sein est aussi un siège de cancer où les médecins ont fréquemment inscrit le *TNM* complet ou les éléments permettant de constituer un stade groupé pour décrire l'étendue de la tumeur dans le dossier médical.

Il est cependant étonnant, qu'après avoir consulté l'ensemble du dossier, les registraires en oncologie n'aient pu déterminer le stade du cancer du sein, dans environ 18 % des cas. Comme pour le côlon-rectum, le rapport de pathologie contenait les données pour décrire l'extension locale et régionale de la tumeur; les rapports de radiographie et d'imagerie médicale complétaient les données sur les atteintes à distance. Les données absentes du dossier médical se rapportent principalement à l'investigation pour le bilan métastatique. Ainsi, dans 10 dossiers sur 67, la présence ou l'absence de métastases à distance n'a pu être établie avec suffisamment de certitude à partir du dossier médical. Il est possible que les médecins aient accès à des examens de radiologie et d'imagerie médicale faits dans des

cliniques privées, dont les résultats n'apparaissent pas au dossier médical. Cette hypothèse est appuyée par le fait que les médecins ont inscrit un stade chez des cas pour lesquels les registraires n'ont pas trouvé l'information au dossier. Ces cas de cancer dont le stade était connu du médecin seulement ne présentait pas d'extension à distance. Si les tumeurs du sein plus petites ou égales à deux centimètres sans atteinte des ganglions régionaux (T₁N₀) étaient considérées sans extension à distance (M₀) en l'absence d'examen complémentaire, un stade aurait été attribué dans 91 % des cas par les registraires en oncologie.

La comparaison du *TNM* groupé avec les classifications *SEER* du stade ne montre pas de différence notable pour le cancer du sein.

La mise en place d'un registre régional du cancer amènerait un questionnement sur la pertinence de collecter l'information sur les autres facteurs suggérés par le *Collaborative Staging*⁸ pouvant influencer le pronostic ou la survie. Les facteurs suivants sont proposés pour le cancer du sein : récepteurs œstrogéniques, récepteurs progestatifs, nombre de ganglions positifs axillaires ipsilatéraux, immunohistochimie (IHC) des ganglions régionaux, études moléculaires des ganglions régionaux, taille de la tumeur – composante infiltrante.

Le plan de surveillance de la lutte contre le cancer du sein¹⁰ propose le suivi de multiples indicateurs. Plusieurs de ces indicateurs ne peuvent être calculés à partir du Fichier des tumeurs du Québec dans sa forme actuelle. Parmi les indicateurs se rapportant plus spécifiquement à la tumeur et à l'étendue de celle-ci, la majorité pourraient être calculés à partir des données recueillies dans notre étude : répartition des cas selon la taille, l'envahissement ganglionnaire, stade *TNM*, proportion des cancers du sein de type carcinome canalaire *in situ*, proportion des nouveaux cas ayant eu une évaluation du grade histologique ou nucléaire et de l'envahissement ganglionnaire par examen pathologique.

3.3 Poumon

Pour déterminer le stade du cancer du poumon, le rapport de pathologie fournit rarement l'information car il est fréquent que le traitement ne fasse pas appel à la chirurgie curatrice. Ainsi, pour ce siège de cancer, on doit fréquemment référer aux données cliniques et radiologiques. Toutefois, ces données sont souvent moins précises et exigent une interprétation de la part de ceux qui colligent l'information. Les registraires en oncologie qui ont révisé les dossiers ont suivi certaines lignes de conduite pour assurer la standardisation de la collecte des données. Cependant, l'établissement du stade a été plus complexe pour ce siège de cancer et le risque d'erreur de classification est plus grand. Cette situation n'est toutefois pas spécifique à notre étude, tous les registres du cancer sont confrontés à ces mêmes difficultés pour le cancer du poumon lorsque l'information clinique et radiologique sont utilisées pour déterminer le stade.

Une des difficultés rencontrées se rapporte à la présence d'un épanchement pleural. Si le médecin avait indiqué la présence d'un épanchement « probablement malin » ou « cancéreux », l'extension locale de la tumeur a été codée T4 plutôt que T3; ceci peut faire une différence de stade groupé de II à III en l'absence de métastases à distance. Un registre du cancer en Montérégie devrait établir une collaboration avec les médecins impliqués dans le diagnostic et le traitement pour réduire ces incertitudes.

Pour le cancer du poumon, le type histologique est aussi un facteur de pronostic important : les carcinomes à petites cellules sont caractérisés par une croissance rapide et une dissémination large par rapport aux carcinomes non à petites cellules. Ainsi, l'histologie du cancer devrait être prise en compte, pour la surveillance du cancer du poumon. D'autres marqueurs biologiques sont à l'étude mais aucun n'est vraiment utilisé sur une base de routine pour attribuer un stade du cancer du poumon.

3.4 Prostate

En comparaison avec les cancers du sein, du côlon-rectum et du poumon, le dossier médical hospitalier n'est pas un bon outil pour établir le stade du cancer de la prostate. L'information sur l'extension locale de la tumeur est souvent disponible car le diagnostic est fait à la suite d'une biopsie dont le matériel est analysé en microscopie dans les laboratoires de pathologie des hôpitaux. Cependant, l'information sur l'atteinte des ganglions (régionaux et distants) est plus rarement disponible s'il n'y a pas eu de chirurgie qui a permis l'excision des ganglions. L'investigation métastatique peut aussi avoir eu lieu en clinique radiologique privée, à l'extérieur de l'hôpital.

Ces résultats concordent avec l'étude sur l'exhaustivité du Fichier des tumeurs qui a montré que les dossiers hospitaliers sous-estiment l'incidence de ce cancer¹¹. Les auteurs de l'étude ont attribué cette situation au fait que ce type de cancer, compte tenu de son évolution, peut parfois être traité par hormonothérapie et radiothérapie sans qu'il y ait nécessairement une chirurgie pour retirer complètement la tumeur.

Pour le cancer de la prostate, d'autres sources de données comme les cliniques de radiologie privées seraient nécessaires pour améliorer l'information pour ce siège de cancer. Cependant, l'utilisation du système *Collaborative Staging* plutôt que le *TNM* pour déterminer le stade ferait une différence pour le cancer de la prostate. Les règles de collecte de données ou « *abstracting* » changent avec ce nouveau système, notamment pour les ganglions régionaux⁸. Pour les « sièges inaccessibles », comme la prostate, la vessie, l'utérus, etc., lorsque le médecin ne mentionne pas que les ganglions sont atteints lorsqu'il y a eu examen, la règle sera d'indiquer l'absence d'atteinte de ganglions plutôt que statut ganglionnaire inconnu. Pour établir ces nouvelles règles, on a considéré que le médecin a tendance à indiquer des résultats positifs ou anormaux mais que l'absence d'un signe clinique ou d'un symptôme n'est pas nécessairement noté au dossier. Ainsi, à moins que des indices (traitement ou autre) nous laissent croire autrement, un N0 serait attribué. Ceci aura pour effet d'augmenter la proportion des cas où le stade est connu.

La collecte des données pour le cancer de la prostate dans le cadre d'un registre devrait tenir compte d'autres facteurs connus pour influencer l'évolution et le pronostic de la maladie. En plus des différents éléments pour déterminer le stade de la tumeur, l'antigène prostatique, le score de Gleason et les phosphatases acides prostatiques sont les facteurs spécifiques identifiés par le *Collaborative Staging*⁸.

3.5 Vessie

Le confinement de la tumeur à la vessie est un des facteurs les plus importants pour le pronostic de ce cancer. L'atteinte des ganglions est un facteur de gravité et l'importance se

mesure en fonction du nombre et de la taille des métastases ganglionnaires. Toutefois, comme pour la prostate, l'investigation des ganglions est difficile à effectuer s'il n'y a pas de chirurgie majeure. Cela explique sans doute que le stade du cancer de la vessie a été déterminé dans un faible pourcentage des cas à partir des informations contenues au dossier médical hospitalier.

Pour ce siège de cancer, l'utilisation du *Collaborative Staging* serait sans doute un atout pour les mêmes raisons que celles mentionnées pour le cancer de la prostate. Il semble qu'aucun autre facteur ne soit assez bien établi pour influencer le pronostic de ce cancer pour l'inclure dans les composantes requises par le *Collaborative Staging*⁸.

Une particularité du cancer de la vessie est l'ambiguïté qui entoure la définition d'un cancer infiltrant et d'un cancer *in situ* ou « non infiltrant ». Compte tenu qu'une proportion importante de ces cancers sont trouvés à un stade 0 (non infiltrant), le codage différent d'une série de cas à l'autre peut entraîner des différences importantes dans la répartition des stades de cancer mais aussi dans le calcul de la survie selon le stade. La prudence s'impose dans la comparaison de ces données sur le cancer de la vessie.

3.6 Col utérin

La collecte des données pour le cancer du col utérin a été laborieuse. Les stades inscrits par les médecins réfèrent probablement au système FIGO mais cela n'était pas toujours évident. La notation pour le stade groupé du TNM est la même que pour le système FIGO. Les registraires en oncologie ont collecté l'information utile pour déterminer les stades TNM, mais les dossiers ne contenaient pas beaucoup d'information. Il est probable qu'une part importante de l'information est à l'extérieur de l'hôpital. Pour assurer une certaine standardisation, l'AJCC⁵ préfère l'utilisation du stade clinique parce que plusieurs patients ne subissent pas de traitement chirurgical qui permet de faire un stade pathologique. L'avènement du nouveau système *Collaborative Staging* rendra plus facile la détermination du stade clinique. Par exemple, pour le cancer du col utérin, lorsque le dossier médical fait état d'un examen clinique avec palpation des annexes sans mention des ganglions, ceux-ci pourront être considérés négatifs.

Plusieurs tumeurs du col utérin sont diagnostiquées à un stade *in situ*, probablement en lien avec le dépistage régulier effectué chez les femmes au moyen du test de Papanicolaou. Il pourrait être intéressant de coder les lésions pré-malignes selon le système de classification Bethesda¹², généralement utilisé par les pathologistes en milieu clinique.

4. GRADE DE LA TUMEUR

Le grade était disponible dans presque tous les dossiers sauf pour le cancer du col utérin et du poumon. C'est toujours le rapport de pathologie qui permet de connaître cette information. C'est donc une donnée facile à obtenir du dossier médical lorsqu'un diagnostic microscopique a été réalisé.

Cependant, le grade n'est pas toujours noté selon les mêmes systèmes et l'évaluation peut varier d'un pathologiste à l'autre, sans compter qu'il peut exister des différences cellulaires à l'intérieur de la même tumeur. La détermination du grade de la tumeur est basée

principalement sur le degré de différenciation des cellules malignes, les caractéristiques du noyau et une estimation de la vitesse de croissance indiquée par l'indice mitotique¹³. Parmi les cancers à l'étude, des systèmes différents de celui du grade nucléaire standard sont recommandés pour certains sièges de cancer, notamment le cancer du sein et de la prostate. Selon le plus récent manuel de *staging* de l'AJCC¹⁴, le grade histologique combiné de Nottingham est recommandé (*Elston-Ellis modification of Scarff-Bloom-Richardson*) pour le cancer du sein. Pour le cancer de la prostate, le « score » de *Gleason* est considéré comme la méthode optimale pour grader la tumeur.

5. PRÉSENCE DES DONNÉES SUR LE TRAITEMENT AU DOSSIER MÉDICAL

L'information présente au dossier médical sur les traitements est parcellaire. Il est généralement plus difficile d'établir avec certitude les traitements reçus par le patient que de déterminer le stade du cancer au moment du diagnostic, et ce, même pour des données aussi simple que la présence et la date du traitement.

5.1 Traitement chirurgical

L'information sur le recours ou non à la chirurgie était disponible au dossier médical dans la presque totalité des cas sauf pour le cancer du col de l'utérus. Les données sont plus précises et faciles à retracer lorsque le patient a effectivement subi une chirurgie car le protocole opératoire renseigne sur la procédure utilisée et la date de la chirurgie. C'est le cas par exemple du cancer du sein, du côlon-rectum et de la vessie où la majorité des patients ont subi une chirurgie comme traitement du cancer.

Par ailleurs, dans le cas du cancer du poumon où un faible pourcentage des cas a eu une chirurgie, l'examen de l'ensemble du dossier médical a été nécessaire pour constater que les autres personnes n'avaient probablement pas eu de chirurgie. Cette information sur l'absence de chirurgie a dû être déduite, car le médecin n'inscrit pas nécessairement au dossier que le patient ne subira pas de chirurgie. Dans une situation de collecte de données en continu pour un registre du cancer, l'absence de chirurgie pourrait être confirmée auprès du personnel soignant.

Dans une moindre mesure, la situation est semblable pour le cancer de la prostate. La collecte des données a conduit à la conclusion qu'il n'y avait pas eu de chirurgie dans 32 % des cas même si l'information n'était pas indiquée de façon précise. Toutefois, il n'est pas possible d'exclure de façon catégorique une chirurgie dans un autre hôpital pour certains d'entre eux.

Pour le cancer du col utérin, le dossier médical hospitalier ne semble pas un outil suffisant pour recueillir de l'information sur le traitement chirurgical. Il n'a pas été possible de déduire avec suffisamment de certitude la présence de traitement chirurgical même si on soupçonne que la majorité des femmes ont eu une chirurgie. En fait, le dossier hospitalier n'est probablement pas une source suffisante pour étudier le cancer du col, souvent diagnostiqué et traité en externe. Même pour identifier les cas à partir du fichier MED-ECHO local, la démarche a été laborieuse et a nécessité la consultation de plusieurs années pour identifier quelques cas par hôpital pour notre étude.

En résumé, pour le traitement chirurgical, le dossier médical semble une bonne source de données pour retracer l'information minimale à enregistrer dans un registre du cancer de population, soit la présence du traitement et la date de la chirurgie, sauf pour le cancer du col utérin. De plus, la procédure chirurgicale a pu être codée selon une classification standard dans l'ensemble des cas. Toutefois, ces résultats s'appliquent à des cas issus du fichier MED-ECHO local de chaque hôpital, donc faisant référence à des patients hospitalisés ou ayant subi une chirurgie d'un jour. La situation pourrait être différente pour les cas diagnostiqués et traités en externe.

5.2 Autres traitements

La chimiothérapie, la radiothérapie, l'hormonothérapie et l'immunothérapie (BCG pour le cancer de la vessie) sont des traitements généralement administrés en externe ou à domicile. La proportion de patients qui ont reçu ou non un de ces traitements est plus difficile à établir que pour la chirurgie.

Si une consultation en oncologie, en radio-oncologie ou dans une spécialité médicale selon le type de cancer (par exemple, pneumologie, urologie, gynécologie, chirurgie) est disponible au dossier, l'information sera plus souvent connue. En l'absence de ces consultations, les notes d'évolution constituent une source intéressante pour ceux qui reçoivent le traitement. En fait, il semble difficile de déterminer avec certitude que les patients n'ont pas eu de traitement, car il n'y aura pas nécessairement d'indication précise à cet effet dans le dossier. Le cancer du sein est le type de cancer pour lequel l'information était la plus complète pour ces autres traitements, retracée principalement dans les consultations en oncologie et en radio-oncologie.

D'autres sources de données devraient être consultées pour compléter l'information sur les traitements. Des démarches auprès des équipes soignantes ou d'autres centres hospitaliers seraient nécessaires, même pour obtenir une information de base sur les autres traitements que la chirurgie.

5.3 Indicateurs du plan de surveillance de la lutte contre le cancer du sein

Le plan de surveillance de la lutte contre le cancer du sein propose une liste d'indicateurs pour mesurer et suivre les progrès de la lutte contre ce cancer¹⁰. Certains indicateurs visent à caractériser le traitement du cancer du sein. Les données recueillies au dossier médical hospitalier permettraient de calculer les indicateurs se rapportant au traitement chirurgical, notamment la proportion des cas ayant eu une chirurgie mammaire conservatrice. Par contre, les indicateurs qui réfèrent aux traitements par radiothérapie, chimiothérapie et hormonothérapie seraient disponibles dans une proportion plus faible. Les données permettant de mesurer les niveaux d'adaptation physique ou celles liées à la santé mentale n'ont pas été recherchées dans notre étude mais il est peu probable que ces données soient disponibles au dossier médical hospitalier.

6. LIMITES DE L'ÉTUDE

Les informations sur les cas de cancer à l'étude ont été exclusivement tirées des dossiers médicaux, identifiées initialement par le service des archives des hôpitaux, par le système MED-ECHO local. Certains patients ont pu consulter dans plusieurs centres hospitaliers (en Montérégie ou ailleurs) pour certains examens mais ces informations n'ont pas été recherchées ailleurs que dans l'hôpital d'origine. Une recherche extensive auprès d'autres hôpitaux et la consultation des médecins impliqués dans le diagnostic et le traitement, auraient apporté des renseignements complémentaires sur le stade de la tumeur. Les résultats issus de ce rapport sont considérés comme des estimés conservateurs sur la présence du stade de la tumeur dans les dossiers médicaux. Lors de la mise en place d'un registre régional du cancer, des informations seraient obtenues de toutes les sources disponibles pour déterminer le stade du cancer.

L'étude ne permet pas d'établir si les renseignements sur le grade, le stade et les traitements non retrouvés au dossier médical sont absents parce qu'ils n'ont pas été inscrits par les médecins ou parce que les rapports pertinents sont absents du dossier (par exemple radiographie faite en clinique privée). Ainsi, il n'est pas possible de présenter un profil d'investigation par type de cancer, ce qui ne faisait pas partie des objectifs de l'étude.

L'étude montre une disparité importante selon les sièges de cancer en ce qui concerne les données disponibles au dossier médical permettant de déterminer le stade de la tumeur au moment du diagnostic. Les procédures d'investigation et de traitement, très variables selon les sièges de tumeurs, sont à l'origine de ces différences observées. Plusieurs situations peuvent expliquer que, dans certains cas, aucun stade ne peut être attribué, notamment le décès avant la fin de l'investigation, le refus des procédures de diagnostic et de traitement, les limites ou contre-indications de certaines procédures diagnostiques à cause de l'âge du patient ou des conditions médicales personnelles⁴.

La détermination du stade du cancer a présenté plus de difficultés pour les sièges où, dans une grande proportion des cas, seules les données cliniques et radiologiques sont disponibles au dossier. Le cancer du poumon est un exemple marquant à cet effet.

CONCLUSION

Le but de cette étude visait à examiner la présence des données sur le stade de la tumeur au moment du diagnostic, le grade histopathologique et les traitements de première ligne dans les dossiers médicaux hospitaliers en Montérégie. Elle a été réalisée dans un contexte où la région de la Montérégie explore la faisabilité de mettre en place un registre régional du cancer. Elle s'inscrit dans un plan global d'implantation du programme de lutte contre le cancer et des mesures pour assurer le suivi et l'évaluation du programme. La volonté de disposer de données, pour mieux caractériser les cancers et les éléments qui influencent le pronostic et la survie, est à l'origine de ces travaux.

Le grade histopathologique devrait être colligé dans le registre du cancer. Il est presque toujours disponible dans le rapport de pathologie sauf pour le cancer du poumon et du col utérin, identifié dans environ les trois-quarts des cas. Une attention particulière devrait être portée aux sièges de cancer pour lesquels l'utilité du grade est reconnue comme facteur de pronostic, notamment le cancer de la prostate. Un effort de standardisation devrait toutefois être entrepris car plusieurs systèmes sont utilisés pour déterminer le grade.

Le stade du cancer au moment du diagnostic a été constitué à partir des dossiers médicaux dans la majorité des cas pour le cancer du sein, du côlon-rectum et du poumon. À partir des différents rapports du dossier hospitalier, les registraires en oncologie ont pu établir le stade du cancer plus souvent que les médecins l'y avait inscrit. Il existe un consensus général dans les registres du cancer, au Québec et ailleurs, sur l'importance de recueillir le stade du cancer, en raison de l'influence qu'il exerce sur le pronostic et la survie.

La collecte des données sur le stade du cancer du sein est primordiale en raison du programme de dépistage systématique pour ce type de cancer au Québec. La répartition des cas selon le stade TNM ou de certains éléments du stade, comme la taille de la tumeur ou l'atteinte des ganglions, sont des indicateurs de détection précoce de la tumeur. Quant au cancer du côlon-rectum, des discussions ont cours présentement sur la pertinence d'implanter un programme de dépistage systématique pour la population du Québec. La connaissance de la répartition des stades au moment du diagnostic, avant d'instaurer un tel programme, serait une mesure fort utile pour l'évaluation ultérieure du programme.

Pour le cancer du col utérin, de la vessie et de la prostate, le contenu des dossiers médicaux hospitaliers n'est pas suffisant pour déterminer tous les éléments du stade de la tumeur. Par contre, le simple fait de relier le registre aux départements de pathologie pour identifier les cas permettrait d'augmenter l'exhaustivité pour ces sièges de tumeurs qui sont souvent diagnostiqués et traités en externe.

Si la pertinence de recueillir le stade du cancer s'avère indiscutable, la démarche pour l'obtenir demeure une opération complexe. Il est donc important que cette opération repose sur des personnes formées et entraînées à utiliser les guides de classification du stade de la tumeur. Les registraires en oncologie, compte tenu de leur formation spécifique dans ce domaine peuvent assurer la plus grande qualité des données. Il est aussi important que chaque élément qui contribue à établir le stade soit recueilli séparément, plutôt que le stade groupé de I à IV. De cette façon, il sera possible d'assurer une comparabilité de façon

longitudinale malgré les changements éventuels dans les systèmes de stade amenés par l'évolution des connaissances.

En ce qui concerne les traitements de première ligne, le dossier médical constitue une source suffisante pour collecter l'information de base sur le traitement chirurgical, soit la présence du traitement et la date de la chirurgie, sauf pour le cancer du col utérin. Toutefois, ces résultats s'appliquent à des patients hospitalisés ou ayant subi une chirurgie d'un jour. La situation pourrait être différente pour les cas diagnostiqués et traités en externe. Pour les autres traitements, d'autres sources de données seraient nécessaires pour compléter l'information. Les données sur le traitement de radiothérapie pourraient être complétées au moyen du système d'information en radio-oncologie, si des ententes peuvent être établies avec les centres qui offrent ce traitement. Pour la chimiothérapie et l'hormonothérapie, la collaboration des médecins oncologues et des infirmières en oncologie permettrait de compléter les informations minimales à ce sujet.

Un registre du cancer bien établi constitue la pierre angulaire de la surveillance du cancer, du suivi et de l'évaluation d'un programme de lutte contre le cancer. L'implantation d'un registre régional, en couvrant un territoire restreint par rapport à la province, pourrait faciliter la collecte des données de certains éléments complexes comme le stade du cancer tout en assurant une grande qualité des données et une standardisation à travers les hôpitaux de la région.

RÉFÉRENCES

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Programme de lutte contre le cancer – Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, Québec, 1998.
2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (Direction générale de la santé publique). *Fichier des tumeurs du Québec (système J65)*, Révisé : janvier 2001.
3. HULTSTROM, D. Editor. *Standards for Cancer Registries, Volume II : Data Standards and Data Dictionary*, seventh edition, Version 10, Springfield, IL : North American Association of Central Cancer Registries, March 2002.
4. YOUNG, J.L., Jr, ROFFERS, S.D., RIES, LAG, FRITZ, A.G., HURLBUT, A.A., (eds). *SEER summary staging manual – 2000 : Codes and coding instructions*, National Cancer Institute, NIH Pub. N° 01-4969, Bethesda, MD, 2001.
5. FLEMING I.D., COOPER J.S., HENSON D.E. et al (eds). *AJCC Cancer Staging Manual*, 5^e édition, Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997.
6. NATIONAL CANCER INSTITUTE. *SEER Extent of disease – 1988. Codes and coding instructions*, 3^e édition, January 1998, [<http://seer.cancer.gov/tools/codingmanuals/>].
7. COMMISSION ON CANCER, STANDARDS OF THE COMMISSION ON CANCER. Vol. II : *Registry Operations and Standards*. Chicago: American College of Surgeons, 1996.
8. COLLABORATIVE STAGING TASK FORCE OF THE AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER. *Collaborative Staging Manual and Coding Instructions, version 1.0*, Jointly published by American Joint Committee on Cancer (Chicago, IL) and U.S., Department of Health and Human Services (Bethesda, MD), 2004, NIH Publication Number 04- 5496.
9. RIES, Lag, EISNER, M.P., KOSARY, C.L., HANKEY, B.F., MILLER, B.A., CLEGG, L., MARIOTTO, A., FEURER, E.J., EDWARDS, B.K. (eds). *SEER Cancer Statistics Review, 1975-2001*, National Cancer Institute, Bethesda, MD, [http://seer.cancer.gov/csr/1975_2001/], 2004.
10. BRISSON, J. et MAJOR, D. *Plan de surveillance de la lutte contre le cancer du sein*, Cadre conceptuel et indicateurs, Ministère de la santé et des services sociaux, janvier 2000.
11. BRISSON, J., MAJOR, D. et PELLETIER E. *Évaluation de l'exhaustivité du registre des cancers du Québec*, Institut national de santé publique du Québec, juin 2003.

12. BETHESDA SYSTEM 2001. Consultation du site Internet en date du 6 mai 2005 : <http://bethesda2001.cancer.gov/terminology.html>.
13. PFEIFER, J.D., WICK, M. *Pathologic Evaluation of neoplastic diseases*, In : Lenhard RE Jr, Osteen RT, Gansler T, eds. *Clinical Oncology*, Atlanta, The American Cancer Society Inc, 2001, p. 123-147.
14. GREENE, F.L., PAGE, D.L., FLEMING, I.D., FRITZ, A.G., BALCH, C.M., HALLER, D.G., MORROW, M., (eds). *AJCC Cancer Staging Manual*, 6^e édition, Chicago, IL, 2002.

ANNEXES

ANNEXE 1

*PROPORTION DES DOSSIERS
RÉVISÉS PAR SIÈGE DE CANCER*

Tableau A.1
Proportion des dossiers révisés par siège de cancer parmi ceux déclarés au
Fichier des tumeurs du Québec en 2000
avec un mode de diagnostic histologie/biopsie ou cytologie

<i>Siège de cancer</i>	<i>Nombre* de cas Fichier des tumeurs</i>	<i>Nombre de cas révisés</i>	<i>%</i>
Côlon-rectum	566	68	12,0
Sein	539	67	12,4
Poumon	389	51	13,1
Prostate	320	50	15,6
Vessie	213	46	21,6

* Tous les nouveaux cas déclarés au Fichier des tumeurs du Québec en 2000 avec un mode de diagnostic histologie/biopsie (code 1) ou cytologie (code 2) pour les hôpitaux de la Montérégie incluant :

- Hôpital Charles-LeMoine
- Centre hospitalier Pierre-Boucher
- Hôpital du Haut-Richelieu
- Réseau Santé Richelieu-Yamaska
- Centre hospitalier Anna-Laberge
- Centre hospitalier Régional du Suroît
- Hôtel-Dieu de Sorel
- Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins
- Centre hospitalier de Granby
- Hôpital Barrie Memorial

ANNEXE 2

OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES

N° : _____

GRADE/STADE

CH : [Nom de l'hôpital]

[SIÈGE DE CANCER] : [Quelques informations spécifiques au siège de cancer, s'il y a lieu]

Dossier : _____ NAM : _____ Date diagnostic : _____ Date Nais. : _____ SEXE : _____ MUNICIPALITÉ : _____ CP : _____
(jj/mm/aa) (jj/mm/aa)

Rapports	Grade ¹	TNM MD	T	N ³	M	SEER Stade sommaire	EOD			Commentaires
							Taille	Code extension	Ganglion	
Pathologie/Cytologie ²										
Consultation/suivi Oncologie										
Consultation radio-oncologie										
Protocole opératoire										
Radiologie/Imagerie										
Feuille sommaire										
Autres, spécifiez :										
Meilleur estimé			TNM :							

¹ Grade : 1 = bien différencié (I) 2 = modérément différencié (II) 3 = mal/pauvrement différencié (III) 4 = indifférencié/anaplasique (IV) 8 = grade absent 9 = grade impossible à déterminer
² Partie du dossier médical : E = externe H = hospitalisation C = correspondance A = autre partie ND = Non disponible
³ Nbre ganglions atteints/Nbre de ganglions prélevés - Taille du plus grand ganglion

N° : _____

TRAITEMENT

CH : [NOM DE L'HÔPITAL]

[SIÈGE DE CANCER]

Refus de traitement : Tous Chirurgie Radiothérapie Chimiothérapie Hormonothérapie Autre : _____

Dossier : _____ NAM : _____ Date diagnostic : (jj/mm/aa) _____ Date Nais. : (jj/mm/aa) _____ SEXE : _____ MUNICIPALITÉ : _____ CP : _____

Rapports	Chirurgie				Radiothérapie			Chimiothérapie			Hormonothérapie		Autre traitement (Expérimental, cancer métastatique, biologique)		
	O/N	Date (jj/mm/aa)	Intervention	CH	O/N	Date début Date fin (jj/mm/aa)	CH	Dose totale	O/N	Date début Date fin (jj/mm/aa)	CH	O/N		Date de début (jj/mm/aa)	O/N
Pathologie Cytologie															
Consultation/ suivi oncologie															
Consultation radio-oncologie															
Protocole opératoire															
Feuille sommaire															
Autres, spécifiez :															
² Commentaires															

¹ Partie du dossier médical : E = externe H = hospitalisation C = correspondance A = autre partie ND = Non disponible

² Indiquer si traitement préchirurgie

ANNEXE 3

***PRINCIPAUX RAPPORTS COMPLÉMENTAIRES UTILISÉS
POUR LA COLLECTE DES DONNÉES,
SELON LE SIÈGE DE CANCER***

Tableau A3.1

Autres rapports du dossier médical consultés pour recueillir des informations sur le stade de la tumeur, selon le siège de cancer

Type de rapport	Côlon-Rectum (n=68) n (%)	Sein (n=67) n (%)	Poumon (n=51) n (%)	Prostate (n=50) n (%)	Vessie (n=46) n (%)	Col utérin (n=39) n (%)
Consultation chirurgie	25 (36,8)	15 (22,4)	3 (5,9)	3 (6,0)		4 (10,3)
Notes d'évolution	19 (27,9)	3 (6,0)	28 (54,9)	5 (10,0)	5 (10,9)	6 (15,4)
Résumé de dossier	8 (11,8)	3 (6,0)	1 (2,0)	1 (2,0)	1 (2,2)	
Consultation autre	2 (2,9)		26 (51,0) ¹	30 (60,0) ²	24 (52,2) ³	11 (28,2) ⁴
Histoire et examen physique		5 (7,5)	2 (3,9)	2 (3,9)	1 (2,2)	2 (5,1)
Feuille traitement oncologie			1 (2,0)	12 (24,0)		
Autre	2 (2,9)		2 (3,9)		1 (2,2)	

1- 22 consultations en pneumologie

2- 29 consultations en urologie

3- 24 consultations en eurologie

4- 8 consultations en gynécologie

ANNEXE 4

***RÉSULTATS SELON LES CLASSIFICATIONS
SEER POUR LES CANCERS DU CÔLON-RECTUM***

Tableau A4.1
Attribution du stade selon les classifications de SEER : côlon-rectum (n=68)

Classifications SEER	Nombre (%)
<i>Summary Stage</i>	64 (94,1)
<i>EOD</i> taille	64 (94,1)
<i>EOD</i> extension	64 (94,1)
<i>EOD</i> ganglions	64 (94,1)

Tableau A4.2
Répartition des cas selon *Summary Stage* de SEER : côlon-rectum

<i>Summary Stage</i>	Nombre (%)
1 - Localisé seulement	21 (30,9)
2 – Régional par extension directe seulement	15 (22,1)
3 – Régional par atteinte des ganglions seulement	6 (8,8)
4 – Régional par atteinte des ganglions et extension directe	10 (14,7)
7 – Distant par atteinte des ganglions / sites à distance	12 (17,6)
Sous-total	64 (94,1)
9 – Inconnu	4 (5,9)
Total	68 (100,0)

Tableau A4.3
Répartition des cas selon *Extent of disease* de SEER : côlon-rectum

Code extension <i>EOD</i>	Nombre (%)
16 – Confiné à la sous-muqueuse	3 (4,4)
20 – Envahissement de <i>muscularis propria</i>	11 (16,2)
30 – Localisé SAI* (confiné au côlon)	1 (1,5)
40 – Envahissement de <i>muscularis</i> (paroi du côlon)	15 (22,1)
42 – Envahissement de tissus graisseux SAI	0
45 – Extension aux tissus conjonctifs adjacents	15 (22,1)
50 – Envahissement de <i>serosa</i> (péritoine, mésothélium)	2 (2,9)
55 – 50 avec 42 ou 45	1 (1,5)
60 – Envahissement d'autres structures adjacentes	5 (7,4)
85 – Métastases	12 (17,6)
Sous-total	65 (95,6)
99 – Inconnu	3 (4,4)
Total	68 (100,0)

SAI : sans autre information (traduction de NOS : not otherwise specified)

ANNEXE 5

***RÉSULTATS SELON LES CLASSIFICATIONS
SEER POUR LES CANCERS DU SEIN***

Tableau A5.1
Attribution du stade selon les classifications de SEER : sein (n=67)

Classifications SEER	Nombre (%)
<i>Summary Stage</i>	56 (83,6)
<i>EOD</i> taille	66 (98,5)
<i>EOD</i> extension	56 (83,6)
<i>EOD</i> ganglions	65 (97,0)

Tableau A5.2
Répartition des cas selon *Summary Stage* de SEER : sein

<i>Summary Stage</i>	Nombre (%)
0 – <i>In situ</i>	1 (1,5)
1 – Localisé seulement	37 (55,2)
3 – Régional par atteinte des ganglions seulement	16 (23,9)
7 – Distant par atteinte des ganglions / site à distance	2 (3,0)
Sous-total	56 (83,6)
9 – Inconnu	11 (16,4)
Total	67 (100,0)

Tableau A5.3
Répartition des cas *Extent of disease* de SEER : sein

Code extension <i>EOD</i>	
0 – <i>In Situ</i>	1 (1,5)
10 – Confiné au tissu mammaire	53 (79,1)
85 – Métastases	2 (3,0)
Sous-total	56 (83,6)
99 – Inconnu	11 (16,4)
Total	67 (100,0)

ANNEXE 6

***RÉSULTATS SELON LES CLASSIFICATIONS
SEER POUR LES CANCERS DU POUMON***

Tableau A6.1
Attribution du stade selon les classifications de SEER : poumon (n=51)

Classifications SEER	Nombre (%)
<i>Summary Stage</i>	44 (86,3)
<i>EOD taille</i>	42 (82,4)
<i>EOD extension</i>	44 (86,3)
<i>EOD ganglions</i>	44 (86,3)

Tableau A6.2
Répartition des cas selon Summary Stage de SEER : poumon

Summary Stage	Nombre (%)
1- Localisé	3 (5,9)
2- Régional, extension directe seulement	2 (3,9)
4 – Régional par atteinte des ganglions et extension directe	1 (2,0)
7 – Distant	38 (74,5)
Sous-total	44 (86,3)
9 – Inconnu	7 (13,7)
Total	51 (100,0)

Tableau A6.3
Répartition des cas selon Extent of Disease de SEER : poumon

Code extension EOD	
10 – Tumeur confinée à un seul poumon	1 (2,0)
30 – Localisé SAI*	2 (3,9)
40 – Extension plèvre viscérale ou SAI, ligament pulmonaire, atélectasie ou pneumonie obstructive n'impliquant pas tout le poumon, pas d'épanchement pleural	3 (5,9)
65 – Nodule tumoral séparé dans le même lobe	1 (2,0)
70 – Extension à la carène, trachée, œsophage, médiastin, gros vaisseaux, etc.	1 (2,0)
72 – Épanchement pleural malin ou SAI	5 (9,8)
75 – Extension au sternum, vertèbre, muscle squelettique et peau du thorax	1 (2,0)
77 – Nodule tumoral séparé dans un autre lobe	3 (5,9)
78 – Extension au poumon du côté opposé, nodule séparé dans poumon du côté opposé	1 (2,0)
85 – Métastases	26 (51,0)
Sous-total	44 (86,3)
99 – Inconnu	7 (13,7)
Total	51 (100,0)

* SAI : sans autre information (traduction de NOS : not otherwise specified)

ANNEXE 7

*RÉSULTATS SELON LES CLASSIFICATIONS
SEER POUR LES CANCERS DE LA PROSTATE*

Tableau A7.1
Attribution du stade selon les classifications de SEER : prostate (n=50)

Classifications SEER	Nombre (%)
<i>Summary Stage</i>	17 (34,0)
<i>EOD</i> taille	13 (26,0)
<i>EOD</i> extension	27 (54,0)
<i>EOD</i> ganglions	23 (46,0)

Tableau A7.2
Répartition des cas selon *Summary Stage* de SEER : prostate

<i>Summary Stage</i>	Nombre (%)
1- Localisé	10 (20,0)
2- Régional, extension directe seulement	2 (4,0)
3 – Régional, atteinte des ganglions seulement	2 (4,0)
7 – Distant	3 (6,0)
Sous-total	17 (34,0)
Inconnu	33 (66,0)
Total	50 (100,0)

Tableau A7.3
Répartition des cas selon *Extent of disease* de SEER : prostate

Code extension <i>EOD</i>	
Non apparente cliniquement : non palpable, non visible à l'imagerie	
13 – Trouvaille fortuite, dans <5% du tissu réséqué	4 (8,0)
14 – Trouvaille fortuite, dans >5% du tissu réséqué	5 (10,0)
15 – Trouvé à la biopsie à l'aiguille pour PSA élevé	7 (14,0)
Cliniquement apparente : palpable ou visible à l'imagerie	
20 – Atteinte d'un seul lobe (apparente cliniquement)	1 (2,0)
23 – Atteinte de plus d'un lobe (apparente cliniquement)	2 (4,0)
Apparente ou inapparente	
30 – Localisé SAI*, confiné à la prostate SAI (apparente cliniquement)	3 (6,0)
32 – INVASION DE LA CAPSULE PROSTATIQUE	1 (2,0)
Extension au-delà de la prostate	
41 – Extension aux tissus périprostatique	1 (2,0)
45 – Extension aux vésicules séminales	1 (2,0)
85 – Métastases	2 (4,0)
Sous-total	27 (54,0)
90 – Inconnu	23 (46,0)
TOTAL	50 (100,0)

* SAI : sans autre information (traduction de NOS : not otherwise specified)

ANNEXE 8

***RÉSULTATS SELON LES CLASSIFICATIONS
SEER POUR LES CANCERS DE LA VESSIE***

Tableau A8.1
Attribution du stade selon les classifications de SEER : vessie (n=46)

Classifications SEER	Nombre (%)
<i>Summary Stage</i>	24 (52,2)
<i>EOD</i> taille	24 (52,2)
<i>EOD</i> extension	39 (84,8)
<i>EOD</i> ganglions	12 (26,1)

Tableau A8.2
Répartition des cas selon Summary Stage de SEER : vessie

Summary Stage	Nombre (%)
0 – <i>In situ</i>	11 (23,9)
1- Localisé	5 (10,9)
2- Régional, extension directe seulement	3 (6,5)
4 – Régional par atteinte des ganglions et extension directe	2 (4,3)
7 – Distant	3 (6,5)
Sous-total	24 (52,2)
Inconnu	22 (47,8)
Total	46 (100,0)

Tableau A8.3
Répartition des cas selon Extent of disease de SEER : Vessie

Code extension EOD	
0 – in situ (jusqu'au 31/12/2004)	1 (2,2)
1 – Carcinome papillaire à cellule transitionnelle, indiqué non invasif	8 (17,4)
3 – Carcinome papillaire à cellule transitionnelle, non invasif selon description	1 (2,2)
6 – Carcinome sessile <i>in situ</i>	1 (2,2)
10 – Confiné à la mucoza	6 (13,0)
15 – Tumeur invasive confinée aux tissus sous-épithéliaux	5 (10,9)
20 – Invasion musculaire SAI*	6 (13,0)
22 – Invasion musculaire couche profonde	1 (2,2)
40 – Extension : gras périvésical SAI, adventia, mesothelium, etc.	1 (2,2)
41 – Tissus périvésical (microscopie)	2 (4,3)
42 – Tissus périvésical (macroscopie)	1 (2,2)
60 – Extension prostate, urètre, uretère	2 (4,3)
65 – Vas deferens, vésicules séminales, fascia recto vésical, etc.	1 (2,2)
85 – Métastases	3 (6,5)
Sous-total	39 (84,8)
99 – Inconnu	7 (15,2)
Total	46 (100,0)

* SAI : sans autre information (traduction de NOS : not otherwise specified)

ANNEXE 9

***RÉSULTATS SELON LES CLASSIFICATIONS
SEER POUR LES CANCERS DU COL UTÉRIN***

Tableau A9.1**Attribution du stade selon les classifications de SEER : col utérin (n=39)**

Classifications SEER	Nombre (%)
<i>Summary Stage</i>	12 (30,8)
<i>EOD taille</i>	19 (48,7)
<i>EOD extension</i>	17 (43,6)
<i>EOD ganglions</i>	15 (38,5)

Tableau A9.2**Répartition des cas selon *Summary Stage de SEER* : col utérin**

<i>Summary Stage</i>	Nombre (%)
0 – In situ	4 (10,3)
1- Localisé	4 (10,3)
2- Régional, extension directe seulement	2 (5,1)
7 – Distant	2 (5,1)
Sous-total	12 (30,8)
Inconnu	27 (69,2)
Total	39 (100,0)

Tableau A9.3**Répartition des cas selon *Extent of disease de SEER* : col utérin**

Code extension <i>EOD</i>	
0 – In situ	3 (7,7)
1 – Néoplasie cervicale intraépithéliale (CIN) grade III	1 (2,6)
11 – Envahissement microscopique minimal	2 (5,1)
20 - Cancer envahissant confiné au col (>5 mm profond, >7 mm étendu)	4 (10,3)
30 – Localisé SAI*	1 (2,6)
65 – Extension à la paroi pelvienne, hydronéphrose ou rein non fonctionnel	4 (10,3)
85 – Métastases	2 (5,1)
Sous-total	17 (43,6)
90 – Inconnu	22 (56,4)
Total	39 (100,0)

* SAI : sans autre information (traduction de NOS : not otherwise specified)