

## SYNTHÈSE

# INDICATEURS DE QUALITÉ POUR LA PRISE EN CHARGE DU CANCER DE L'OVAIRE



## SYNTHÈSE

# INDICATEURS DE QUALITÉ POUR LA PRISE EN CHARGE DU CANCER DE L'OVAIRE

ISABELLE SAVOYE, CINDY DE GENDT, JOLYCE BOURGEOIS, HANNA PEACOCK, ROOS LEROY, GEERT SILVERSMIT, SABINE STORDEUR, LIESBET VAN EYCKEN, CÉCILE COLPAERT, PHILIPPE DE SUTTER, HANNELORE DENYS, FRÉDÉRIC GOFFIN, MATHIEU JOURET, MATHIEU LUYCKX, GUY ORYE, DIRK TIMMERMAN, PETER VAN DAM, TOON VAN GORP, GEERT VILLEIRS, LEEN VERLEYE



## ■ PRÉFACE

Depuis plusieurs années, le KCE accorde une grande attention aux indicateurs de qualité en oncologie. Ces indicateurs de qualité permettent aux professionnels de la santé de comparer leurs pratiques à des standards prédéfinis, de manière à identifier leurs points forts et leurs points faibles. Ils peuvent ainsi mettre en œuvre des initiatives d'amélioration de la qualité, éléments moteurs d'un processus continu de recherche des meilleurs soins possibles pour chaque patient.

Ce rapport s'inscrit dans la suite du guide de pratique clinique précédemment développé par le KCE pour le cancer de l'ovaire. Il ne s'agit pas d'un cancer très fréquent, mais sa mortalité est élevée car ses symptômes n'apparaissent souvent qu'à un stade avancé, d'où son surnom de « tueur silencieux ». Partout dans le monde, son taux de survie à cinq ans reste malheureusement inférieur à 50 %, et les chiffres belges, comme ceux d'autres pays européens, n'y font pas exception.

Dans la première phase de cette étude, une série d'indicateurs de qualité ont été élaborés, puis mesurés sur base des données anonymisées des hôpitaux belges. Comme pour les autres rapports du KCE portant sur les indicateurs de qualité, cela a été rendu possible grâce à une excellente collaboration avec la Fondation Registre du Cancer (Belgian Cancer Registry - BCR), qui enverra également à tous les hôpitaux leurs résultats individuels. Nous invitons ici chaleureusement ces hôpitaux à s'appuyer sur cette démarche pour améliorer, pas à pas, leurs processus de soins.

La deuxième phase de l'étude a consisté à comparer les taux de survie selon le nombre de patientes traitées (ou opérées) par hôpital. Les résultats ne sont pas une surprise. Malgré sa prise en charge complexe, le cancer de l'ovaire est actuellement traité dans presque tous les hôpitaux belges, dont certains à raison de quelques patientes par an seulement. Comme déjà démontré pour plusieurs autres types de cancer, les hôpitaux à volume élevé obtiennent en moyenne de meilleurs résultats que les hôpitaux à faible volume. De plus, notre revue de la littérature a identifié d'autres aspects de la qualité des soins pour lesquels les hôpitaux à volume élevé offrent de meilleures garanties. Pour le cancer de l'ovaire aussi, la mission de nos autorités est donc de pouvoir garantir à toutes les patientes, grâce à une concentration réfléchie des soins, menée en concertation avec le secteur de la santé, ce à quoi elles ont droit : les meilleures chances de survie et la meilleure qualité de prise en charge.

Nous tenons également à remercier chaleureusement les experts cliniques et les hôpitaux qui ont participé à la validation des données. Leur contribution a été indispensable à la réalisation de ce rapport.

Christophe JANSSENS  
Directeur Général Adjoint a.i.

Marijke EYSEN  
Directeur Général a.i.



## ■ MESSAGES CLÉS

- Cette étude propose 15 indicateurs de qualité couvrant le diagnostic et le traitement des **cancers épithéliaux de l'ovaire** (borderline et invasifs) et les résultats en termes de complications postopératoires et de survie. Ces indicateurs ont été mesurés sur la base des données de la Fondation Registre du Cancer (*Belgian Cancer Registry* - BCR) relatives à la **période 2014-2018**, couplées aux données de facturation de l'assurance maladie (Agence Intermutualiste) et aux données de statut vital (Banque Carrefour de la Sécurité Sociale). Pour la plupart des indicateurs de qualité, des objectifs ont été définis par les experts cliniques sous la forme de taux minimaux à atteindre pour prétendre à une pratique de qualité. Des résultats suboptimaux permettent d'identifier les domaines dans lesquels la qualité des soins peut être améliorée pour les patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire en Belgique et de cibler des actions précises.
- Les résultats révèlent une **grande dispersion des soins** : 5 119 patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire ont été traitées dans 100 hôpitaux belges différents. La moitié de ces hôpitaux ont traité moins de six patientes avec un cancer invasif de l'ovaire par an. Cette dispersion concerne également la chirurgie du cancer invasif de l'ovaire ; en effet, dans la moitié des hôpitaux, 4 patientes ou moins ont été opérées par an.
- La **survie observée** pour l'ensemble des patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire (borderline et invasif) à un an est de 82,3 % et diminue à 51,9 % à 5 ans. Les **complications postopératoires** concernent 14,2 % des patientes opérées ; la probabilité de **mortalité à 30 jours** après l'opération est de 1,5 %.
- Les chances de survie sont en moyenne significativement plus élevées pour les patientes avec un cancer invasif traitées dans les hôpitaux à volume de traitement / de chirurgie plus élevé, même après prise en compte des caractéristiques des patientes et des tumeurs (case-mix).
- Au niveau national, certains indicateurs de processus liés **au diagnostic et à la stadification** atteignent (ou presque) les objectifs définis, tandis que d'autres sont nettement en-dessous :
  - Une concertation oncologique multidisciplinaire (COM) a été facturée entre 1 mois avant et 3 mois après la date de diagnostic pour 90,6 % des patientes (objectif : 95 %).
  - Un test génétique a été réalisé entre 1 an avant et 1 an après la date d'incidence pour 51,2 % des patientes atteintes d'un cancer invasif (objectif : 90 %).
  - Un diagnostic histologique ou cytologique a été effectué avant le début de la première chimiothérapie pour 99,3 % des patientes (objectif : 100 %).
  - Une chirurgie de stadification (sans lymphadénectomie) a été identifiée chez 29,1 % des patientes présentant un cancer invasif de stade précoce (I-IIA) et chez 19,5 % des patientes présentant des tumeurs borderline de stade I-IIA (objectif : 95 %).
  - Une imagerie abdomino-pelvienne a été réalisée avant le début du traitement chez 88,2 % des patientes chez qui une intervention chirurgicale et/ou un traitement systémique ont été effectués (objectif : 95 %).



- La résection d'au moins 20 ganglions lymphatiques pelviens/para-aortiques a été effectuée chez 27,3 % des patientes opérées pour un cancer invasif précoce de stade I-IIA (pas d'objectif défini pour cet indicateur). En ce qui concerne les patientes présentant une tumeur ovarienne borderline, il n'y a pas eu de résection des ganglions lymphatiques dans 93,0 % des cas, ce qui est conforme aux recommandations.
  - Enfin, nous avons observé une grande variabilité entre les hôpitaux en ce qui concerne le délai entre la première imagerie diagnostique et le début du premier traitement. Pour la moitié des patientes, ce délai était supérieur à 22 jours (pas d'objectif défini pour cet indicateur).
- De même, les résultats des indicateurs relatifs au **traitement par chimiothérapie** montrent des possibilités d'amélioration :
  - Une chimiothérapie à base de platine a été administrée à 86,9 % des patientes de moins de 75 ans atteintes d'un cancer HGSC (*High Grade Serous Carcinoma*) de stade I-IIA (objectif : 90 %). L'intensité de la chimiothérapie est mesurée par le nombre de cycles délivré sur une période de temps. L'objectif visé est 90 % des patientes qui ont été opérées recevant au moins 9 semaines ( $\approx$  3 cycles) de chimiothérapie. Cet objectif a été atteint, tant pour les patientes âgées de moins de 75 ans (90,3 %) que pour les patientes âgées de 75 ans et plus (96,4 %).
  - 95,6 % des patientes de moins de 75 ans avec un cancer invasif de stade IIB-IV ont reçu une chimiothérapie à base de platine (objectif : 90 %), et 82,8 % de celles qui ont été opérées et qui ont entamé une chimiothérapie à base de platine ont reçu au moins 18 semaines ( $\approx$  6 cycles) de chimiothérapie (objectif : 90 %).
  - La chimiothérapie a été initiée dans les 42 jours suivant la chirurgie pour 74,9 % des patientes opérées pour un cancer invasif (objectif : 90 %). Un quart d'entre elles ont commencé la chimiothérapie plus de 43 jours après la chirurgie.
  - Enfin, il est à noter que 11,0 % des patientes diagnostiquées avec un cancer de l'ovaire et décédées entre 2014 et 2018 avaient reçu une chimiothérapie, une thérapie ciblée/immunothérapie ou une hormonothérapie dans les 14 jours précédant leur décès (pas d'objectif défini pour cet indicateur).
- **Les données** communiquées au BCR ne sont pas toujours complètes, en particulier pour la stadification TNM et FIGO. L'envoi au BCR de rapports d'anatomo-pathologie et de chirurgie standardisés permettrait d'unifier les données rapportées et d'en faciliter l'extraction et l'exploitation pour la mesure d'indicateurs de qualité.
- Le BCR enverra des feedbacks individuels à tous les hôpitaux afin de les informer de leurs résultats et de les encourager à améliorer la qualité des soins à leurs patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire,
- La grande dispersion des soins et de l'expertise dans les hôpitaux belges et les associations volume-*outcome* observées soutiennent la recommandation de **concentrer la prise en charge** des patientes atteintes de cancer de l'ovaire dans des centres de référence, conformément au [rapport KCE 219](#) sur l'organisation des soins pour les adultes avec un cancer rare ou complexe.



## TABLE DES MATIÈRES

|        |                                                                                                        |           |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ■      | <b>PRÉFACE.....</b>                                                                                    | <b>1</b>  |
| ■      | <b>MESSAGES CLÉS.....</b>                                                                              | <b>2</b>  |
| 1.     | <b>CONTEXTE ET OBJECTIFS .....</b>                                                                     | <b>6</b>  |
| 1.1.   | LE SYSTÈME BELGE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS EN ONCOLOGIE .....                             | 6         |
| 1.2.   | LE CANCER DE L'OVAIRE.....                                                                             | 7         |
| 1.3.   | OBJECTIFS DE CETTE ÉTUDE.....                                                                          | 7         |
| 2.     | <b>DONNÉES ET MÉTHODES.....</b>                                                                        | <b>8</b>  |
| 2.1.   | IDENTIFICATION ET SÉLECTION DES INDICATEURS DE QUALITÉ .....                                           | 8         |
| 2.2.   | POPULATION CIBLE DE CETTE ÉTUDE.....                                                                   | 8         |
| 2.2.1. | Sources de données .....                                                                               | 8         |
| 2.2.2. | Plus de 5 000 patientes incluses entre 2014 et 2018 .....                                              | 9         |
| 2.2.3. | Traitements administrés .....                                                                          | 10        |
| 2.2.4. | Autres caractéristiques prises en compte .....                                                         | 10        |
| 2.2.5. | Assignation de chaque patiente à un hôpital .....                                                      | 10        |
| 2.3.   | ÉTUDE DE VALIDATION .....                                                                              | 10        |
| 3.     | <b>RÉSULTATS DES INDICATEURS DE QUALITÉ .....</b>                                                      | <b>11</b> |
| 3.1.   | DIAGNOSTIC ET STADIFICATION .....                                                                      | 13        |
| 3.2.   | CHIMIOTHÉRAPIE.....                                                                                    | 14        |
| 3.3.   | COMPLICATIONS, MORTALITÉ ET SURVIE .....                                                               | 15        |
| 4.     | <b>IMPACT DU VOLUME HOSPITALIER SUR LES RÉSULTATS .....</b>                                            | <b>16</b> |
| 4.1.   | GRANDE DISPERSION DES SOINS EN BELGIQUE.....                                                           | 16        |
| 4.2.   | RELATION ENTRE LE VOLUME HOSPITALIER DE PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE<br>ET LA SURVIE EN BELGIQUE..... | 17        |



|      |                                                                                 |           |
|------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 4.3. | RELATION ENTRE LE VOLUME CHIRURGICAL HOSPITALIER ET LA SURVIE EN BELGIQUE ..... | 18        |
| 4.4. | REVUE DE LITTÉRATURE INTERNATIONALE .....                                       | 18        |
| 5.   | <b>CONCLUSION</b> .....                                                         | <b>19</b> |
| ■    | <b>RECOMMANDATIONS</b> .....                                                    | <b>22</b> |
| ■    | <b>RÉFÉRENCES</b> .....                                                         | <b>26</b> |



# 1. CONTEXTE ET OBJECTIFS

## 1.1. Le système belge d'amélioration de la qualité des soins en oncologie

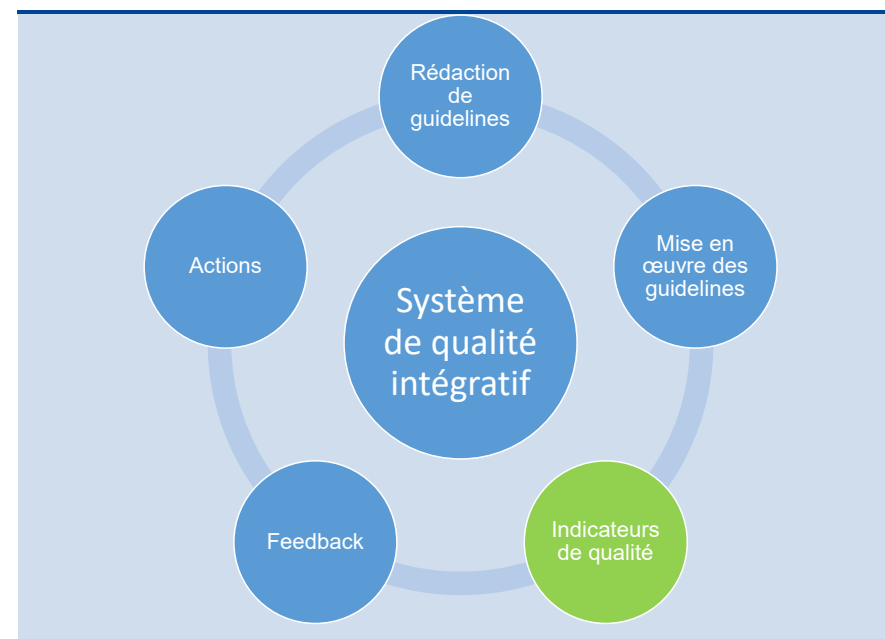
La Belgique s'est engagée depuis plus de dix ans dans des initiatives d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients atteints d'un cancer. L'une d'entre elles est la création d'un système de qualité intégratif comprenant l'élaboration de recommandations (guides de pratique clinique ou *guidelines*), la définition d'indicateurs de qualité et l'envoi d'un feedback aux hôpitaux (voir [rapport KCE 152](#) et Encadré 1).

### Encadré 1 – Système intégratif belge d'amélioration de la qualité en oncologie

Le KCE, le Collège d'Oncologie et le Registre du Cancer (*Belgian Cancer Registry*, BCR) ont mis au point un système de qualité intégratif en oncologie.

- La première étape consiste à rédiger et à diffuser des recommandations de bonne pratique clinique pour un type de cancer donné (*guidelines*).
- Viennent ensuite l'élaboration et la mesure d'une batterie d'indicateurs en vue d'évaluer la qualité de la prise en charge de ce cancer (= étape qui constitue le corps de ce rapport pour le cancer de l'ovaire).
- Un feedback individualisé est ensuite communiqué à tous les hôpitaux belges. Ce feedback permet à chaque hôpital de s'interroger sur l'adéquation de ses pratiques aux recommandations et d'adopter des mesures en vue d'améliorer la qualité des soins.

Après quelques années, ce processus cyclique recommence, avec l'adaptation des recommandations aux données scientifiques les plus récentes.



La démarche d'amélioration de la qualité a déjà été appliquée avec fruit à plusieurs types de cancer : ceux du **rectum** (en collaboration avec PROCARE), du **sein**, du **testicule**, de l'**œsophage** et de l'**estomac**, du **poumon** et des **cancers de la tête et du cou** (pour plus d'informations, voir la [page thématique](#) sur les indicateurs de qualité du site web du KCE).

L'expérience ainsi acquise a servi de base à la présente étude sur l'élaboration et la mesure d'un ensemble d'indicateurs de qualité (IQ) pour la prise en charge du cancer de l'ovaire, et ce à partir du guideline pour le diagnostic, le traitement et le suivi des femmes touchées par le cancer de l'ovaire publié en 2016 par le KCE ([rapport KCE 268](#)).



## 1.2. Le cancer de l'ovaire

En 2019, 697 nouveaux cas de cancer invasif de l'ovaire ont été enregistrés par le BCR en Belgique.<sup>1</sup> Ce n'est donc pas un cancer très fréquent. L'âge moyen au moment du diagnostic est de 67.0 ans et le pic d'incidence est à 70-80 ans. Comme il est souvent déjà généralisé lorsqu'il est diagnostiqué, son pronostic est assez sombre. La survie relative à 5 ans est globalement de 47,7 % en Belgique (2015-2019), mais elle chute à 32,0% au-delà de 70 ans.

Les facteurs de risque connus sont d'une part génétiques (notamment les mutations des gènes *BRCA*, le syndrome de Lynch...) et d'autre part hormonaux (ménopause tardive, obésité, hormonothérapie post-ménopausique prolongée...). Le tabagisme augmente également le risque. Par contre, le nombre élevé de grossesses, l'utilisation de contraceptifs oraux et la ligature des trompes sont des facteurs protecteurs.<sup>2</sup>

L'incidence du cancer invasif de l'ovaire est en diminution progressive en Belgique ; de 9,4/100 000 personnes-an en 2005, elle est passée à 5,9/100 000 en 2019 et cette tendance à la baisse s'observe principalement dans la population âgée de plus de 55 ans.<sup>1</sup>

### Encadré 2 – De quels cancers de l'ovaire parlons-nous dans cette étude ?

Le terme « cancer de l'ovaire » recouvre une grande diversité de tumeurs, dont certaines sont très rares et nécessitent des prises en charge spécifiques qui ne sont pas abordées ici. La présente étude se focalise sur les formes les plus courantes de cancers de l'ovaire, à savoir le **carcinome épithélial de l'ovaire**, de la **trompe de Fallope** et le **carcinome péritonéal primaire**, qu'ils soient **invasifs ou borderline** (à la limite entre une tumeur bénigne et une tumeur maligne). Nous les désignerons dans la suite de ce rapport par l'expression générique « **cancer épithélial de l'ovaire** ».

Les tumeurs malignes d'origine non épithéliale (tumeurs stromales, tumeurs germinales) ne sont pas abordées dans cette étude.

## 1.3. Objectifs de cette étude

Malgré la publication par la Société Européenne d'Oncologie Médicale (ESMO) et la Société Européenne d'Oncologie Gynécologique (ESGO) de guidelines et d'indicateurs pour la prise en charge des cancers de l'ovaire,<sup>3,4</sup> aucun des indicateurs proposés par ces deux sociétés scientifiques n'a été évalué en Belgique. Cela a mené certains cliniciens à demander que soit mis en œuvre d'urgence un audit et un contrôle de qualité pour ces cancers, dont le pronostic reste particulièrement sombre.

Le **premier objectif de cette étude** est donc de **développer un ensemble d'indicateurs de qualité** relatif au diagnostic et au traitement du cancer de l'ovaire et de fournir un **aperçu des schémas de soins et de leurs résultats** pour les patientes atteintes de ce cancer en Belgique. Ces indicateurs permettent d'obtenir une vue d'ensemble de la qualité des soins (notamment en termes de survie) au niveau national et au niveau de chaque hôpital individuellement, d'identifier les pratiques associées aux meilleurs résultats et, le plus important, de définir ce qui peut être fait pour optimiser la prise en charge du cancer de l'ovaire. Comme le prévoit le système de qualité belge (voir Encadré 1), chaque hôpital recevra, après la publication de ce rapport, un **feedback individualisé** de la part du BCR, présentant ses résultats pour les différents indicateurs et les comparant à ceux des autres hôpitaux, dont l'identité restera masquée (**benchmarking**).

À noter que, dans la présente étude, les processus de soins et les résultats sont analysés pour les patientes diagnostiquées en 2014-2018, donc en partie avant la date de publication (29 avril 2016) par le KCE du guide de pratique clinique belge relatif au diagnostic, au traitement et au suivi du cancer de l'ovaire. Pour cette raison, ces indicateurs doivent être considérés comme références de départ pour le suivi de la qualité des soins à l'avenir.

Le **deuxième objectif de cette étude** est d'**évaluer la relation entre le volume d'activité des hôpitaux et leurs résultats**. Les patientes traitées dans des hôpitaux à volume élevé ont-elles de meilleures chances de survie que celles soignées dans des hôpitaux à faible volume d'activité ? En 2014, le [rapport 219 du KCE](#) sur l'organisation des soins pour les cancers rares ou complexes recommandait que le traitement (en particulier chirurgical) des patientes atteintes de cancers de l'ovaire soit effectué dans quelques centres de référence, éventuellement en collaboration avec des centres



périphériques plus proches pour les autres volets de la prise en charge. Cette approche se justifiait par la nature agressive du cancer de l'ovaire et la complexité de son approche chirurgicale.

**Il est à souligner que cette étude ne vise pas à publier le résultat individuel de chaque prestataire de soins ou hôpital.** Les analyses ont été effectuées en utilisant des **données codées** et les résultats sont **rapportés de manière anonyme**, ce qui permet une analyse neutre et constructive, en mettant l'accent sur l'amélioration de la qualité plutôt que sur la concurrence entre les hôpitaux. Nous espérons ainsi que tous les soignants impliqués seront encouragés à améliorer la prise en charge des patientes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire.

## 2. DONNÉES ET MÉTHODES

### 2.1. Identification et sélection des indicateurs de qualité

Un ensemble de 15 indicateurs de qualité a été sélectionné à partir d'une liste initiale de 244 indicateurs potentiels, en concertation avec les experts cliniques et le BCR. Chaque fois que cela était possible, un objectif (*target* ou taux minimal à atteindre) a été défini par consensus d'experts avant l'analyse de l'indicateur. Tous les indicateurs de qualité ont été mesurés au niveau national et par hôpital. Lorsque cela était nécessaire, des analyses complémentaires ont été ajoutées. En particulier, l'analyse des indicateurs de résultats (complications et mortalité à 30 jours ou survie à 5 ans) est ajustée selon des variables de confusion (*case-mix adjustment*) telles que par exemple l'âge au moment du diagnostic, le stade de la tumeur ou les comorbidités (diabète, comorbidité cardiovasculaire et comorbidité respiratoire) (voir 2.2.4).

La description détaillée de la méthodologie (y compris la modélisation statistique) ainsi que les fiches techniques de tous les indicateurs se trouvent dans l'annexe 6 du rapport scientifique.

### 2.2. Population cible de cette étude

#### 2.2.1. Sources de données

La principale source de données de ce projet est la **base de données du BCR**, qui inclut plus de 98 % de tous les cas de cancers diagnostiqués en Belgique. Ces données ont été couplées :

- aux données de l'**assurance maladie** (détaillant les procédures diagnostiques et thérapeutiques remboursées et tous les médicaments remboursés), obtenues grâce à l'Agence Intermutualiste (AIM) ;
- aux données sur le **statut vital** (vivant/décédé), obtenues grâce à la Banque Carrefour de la Sécurité sociale (BCSS).



Le couplage reposait sur le numéro d'identification des patients à la Sécurité sociale (NISS) ; il a été approuvé par le Comité sectoriel de la Sécurité sociale et de la Santé (section santé) de la Commission de la protection de la vie privée.<sup>5</sup>

Étant donné que les codes de la nomenclature INAMI ne sont pas assez spécifiques (ou pas utilisés de manière assez précise) pour déterminer le type de chirurgie pratiquée, des informations ont également été extraites manuellement des rapports d'anatomo-pathologie transmis au BCR (pour plus de détails, voir section 3.3 du rapport scientifique).

L'utilisation de bases de données existantes couplées est un grand avantage car elle permet de disposer de résultats pour toute la Belgique sans exiger un travail d'enregistrement supplémentaire.

### 2.2.2. Plus de 5 000 patientes incluses entre 2014 et 2018

Nous avons identifié dans la base de données du BCR un total de **5 119 patientes atteintes d'un carcinome épithélial de l'ovaire** invasif ou borderline, (90,2 % au niveau de l'ovaire, 7,0 % au niveau des trompes de Fallope et 2,8 % au niveau du péritoine), diagnostiquées **en 2014-2018** et répondant à nos critères de sélection (pour le détail de cette sélection, voir le rapport scientifique).

L'âge moyen au moment du diagnostic est de 64,5 ans. La proportion de patientes âgées de plus de 80 ans n'est que de 16,9 % de la population totale de l'étude, mais elles représentent 50 % des patientes qui n'ont pas été opérées. Près de la moitié des patientes (48,8 %) ne présentaient aucune comorbidité au moment du diagnostic.

Dans l'ensemble, environ deux tiers des patientes dont le stade de cancer était documenté ont été diagnostiquées à un stade avancé de la tumeur (IIB-IV : 64,5 %). Le stade de la tumeur était inconnu pour 14,1% de la population totale de l'étude. Plus de la moitié des tumeurs étaient de grade élevé (53,8 %), et environ les trois quarts étaient invasives (78,6 %).<sup>a</sup> Au total,

<sup>a</sup> Le stade d'un cancer correspond à son degré d'extension tandis que le grade est déterminé par son type histologique. Il existe plusieurs classifications

11.0 % des patientes avaient au moins une autre tumeur maligne diagnostiquée au cours de la période 2004-2018. L'ensemble de ces caractéristiques est résumé dans le Tableau 1. Plus de détails sur les caractéristiques des patientes et de la tumeur au niveau global et par site anatomique sont présentés dans la section 4 du rapport scientifique.

**Tableau 1 – Résumé des caractéristiques des patientes**

| Caractéristiques                         |             | Total<br>(N=5 119) |
|------------------------------------------|-------------|--------------------|
|                                          | N           | %                  |
| Âge                                      |             |                    |
| Moyenne, Déviation Standard (DS, années) | 64,5 (15,0) |                    |
| Stade*                                   |             |                    |
| Précoce (I-IIA)                          | 1 561       | 35,5               |
| Avancé (IIB-IV)                          | 2 834       | 64,5               |
| Inconnu                                  | 724         | 14,1               |
| Grade                                    |             |                    |
| 1 – Bien différencié                     | 684         | 13,4               |
| 2 – Moyennement différencié              | 293         | 5,7                |
| 3 – Peu ou pas différencié               | 2 756       | 53,8               |
| Inconnu                                  | 1 386       | 27,1               |
| Comportement tumoral                     |             |                    |
| Borderline                               | 1 097       | 21,4               |
| Invasif                                  | 4 022       | 78,6               |
| Tumeurs multiples (2004-2018)            |             |                    |
| Non                                      | 4 557       | 89,0               |
| Oui                                      | 562         | 11,0               |

Source : BCR-IMA \*Le stade inconnu n'est pas inclus dans le calcul des pourcentages pour les catégories de stade précoce et avancé.

permettant la « stadification » d'un cancer. Pour la présente étude, une définition technique du stade a été élaborée, combinant la stadification FIGO et la stadification TNM clinique et pathologique.



### 2.2.3. Traitements administrés

La plupart des patientes atteintes d'une **tumeur borderline précoce (stade I-IIA)** ont été traitées uniquement par une intervention chirurgicale (95,7 %). Parmi les patientes atteintes d'un **cancer invasif précoce (stade I-IIA)**, 42,0 % ont eu une chirurgie uniquement et 50,1 % ont eu une chirurgie suivie d'une chimiothérapie. Aucun traitement oncologique n'a été enregistré chez 1,3 % et 2,1 % des patientes avec une tumeur borderline et avec une tumeur invasive de stade précoce, respectivement.

Parmi les patientes atteintes d'un **cancer de stade IIB-IV ou inconnu**, le schéma thérapeutique le plus fréquent est la chimiothérapie néo-adjuvante, suivie d'une intervention chirurgicale et d'une chimiothérapie adjuvante (33,6 %). Pour environ un quart de ces patientes (23,6 %), le traitement a consisté en une intervention chirurgicale suivie d'une chimiothérapie adjuvante, pour 14,4 % en une intervention chirurgicale seule et pour 14,8 % en une chimiothérapie seule. Enfin, pour 10,0 % des patientes, aucun traitement oncologique n'a été enregistré.

### 2.2.4. Autres caractéristiques prises en compte

Certains hôpitaux ont une patientèle qui présente davantage de maladies associées (comorbidités), ce qui peut donner lieu à une mortalité relativement plus élevée. Ainsi, lorsque l'on compare entre eux les soins administrés dans les différents hôpitaux, il est primordial de tenir compte des caractéristiques de leurs patients (ajustement de type « case-mix »).

Dans cette étude, nous avons donc tenu compte, chaque fois que cela s'avérait pertinent et possible, des caractéristiques suivantes: le site anatomique de la tumeur (ovaire, trompe de Fallope, péritoine), le type histologique (séreux ou non séreux), le comportement tumoral (borderline ou invasif), le stade tumoral, l'âge de la patiente au moment du diagnostic, l'état général (indice de performance de l'OMS) au moment du diagnostic, les comorbidités (diabète et comorbidités cardiovasculaires et respiratoires), et le nombre de jours d'hospitalisation dans l'année précédant le diagnostic. La présence de tumeurs multiples a aussi été prise en compte et ce, sur une plus large période (2004-2018).

### 2.2.5. Assignment de chaque patiente à un hôpital

Pour effectuer les analyses *volume-outcome* et le *benchmarking* entre hôpitaux, il est essentiel de pouvoir attribuer les patientes aux hôpitaux dans lesquels ont été effectuées les procédures diagnostiques et thérapeutiques évaluées par les indicateurs. Or beaucoup de patientes sont prises en charge dans plus d'un hôpital (p. ex. chirurgie dans l'hôpital A, chimiothérapie dans l'hôpital B). Par conséquent, nous avons développé des algorithmes différents pour chaque indicateur de qualité, en assignant chaque patiente, selon les cas, à l'hôpital ayant réalisé la première imagerie diagnostique, le traitement principal, etc. L'étude de validation (voir 2.3) a également démontré la validité de ces algorithmes d'assignation. Pour une description détaillée de ces algorithmes, le lecteur est invité à se reporter au rapport scientifique, section 3.4.

## 2.3. Étude de validation

Une phase de validation a été effectuée afin de vérifier la définition technique de chaque indicateur de qualité et la fiabilité des résultats qu'il livre, d'examiner la cohérence entre les procédures médicales mentionnées dans la base de données du BCR (couplées aux données de l'IMA) et les informations provenant des hôpitaux (p. ex. dossiers médicaux, données financières), et d'évaluer l'exactitude des algorithmes d'assignation de chaque patiente à un hôpital. Cette étude de validation a été menée en collaboration avec huit hôpitaux (universitaires et non universitaires) sélectionnés de manière à assurer une représentativité optimale de l'ensemble des hôpitaux belges.

Les résultats ont non seulement révélé une bonne concordance globale des données disponibles, mais ont également permis d'affiner et d'ajuster la méthodologie de l'étude. Toutefois, cette concordance était suboptimale entre la définition (technique) de la chirurgie de cytoréduction, élaborée à partir des informations issues des rapports d'anatomo-pathologie (voir section 3.3.2.2 du rapport scientifique) et les données issues des rapports chirurgicaux (disponibles lors de la validation) rapportant l'ablation ou non de toutes les lésions macroscopiques. Par conséquent, ces données n'ont été présentées que de manière descriptive et ne font pas l'objet d'indicateurs de qualité (voir chapitre 4.3 du rapport scientifique).



Bien que l'étude de validation ait montré une bonne concordance globale avec les données disponibles, elle a souligné l'importance d'améliorer l'exhaustivité des informations de stadification (cTNM, pTNM et FIGO), ainsi que l'envoi au BCR de tous les rapports de pathologie liés au diagnostic et au traitement du cancer par les laboratoires d'anatomie pathologique (y compris ceux où aucune cellule maligne/borderline n'a été détectée). Lors de la mesure des indicateurs de qualité, il est nécessaire de disposer d'informations complètes sur le stade, l'anatomo-pathologie et la chirurgie afin d'identifier la chirurgie pratiquée et d'inclure/exclure correctement les patientes.

### 3. RÉSULTATS DES INDICATEURS DE QUALITÉ

Le Tableau 2 fournit une vue d'ensemble des principaux résultats obtenus au niveau national pour les 15 indicateurs de qualité retenus dans cette étude, et ce, en comparaison avec les objectifs définis au préalable avec les experts. Les résultats sont discutés dans les sections ci-dessous. Davantage de résultats sur la variabilité entre les différents hôpitaux se trouvent dans le rapport scientifique.

**Tableau 2 – Vue d'ensemble des 15 indicateurs de qualité pour le cancer épithélial de l'ovaire**

| ID                                 | Indicateur                                                                                                                                                                           | Résultat | Objectif |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|
| <b>Diagnostic et stadification</b> |                                                                                                                                                                                      |          |          |
| DS01                               | Proportion de patientes avec un cancer épithélial de l'ovaire dont le cas a été discuté en concertation oncologique multidisciplinaire (COM)                                         | 90,6 %   | 95 %     |
| DS02                               | Proportion de patientes avec un cancer <u>invasif</u> pour lesquelles un test génétique a été réalisé                                                                                | 51,2 %   | 90 %     |
| DS03                               | Proportion de patientes chez qui un diagnostic histologique ou cytologique a été posé avant le début de la chimiothérapie                                                            | 99,3 %   | 100 %    |
| DS04                               | A. Proportion de patientes avec un cancer <u>invasif de stade I-IIA</u> chez qui une chirurgie de stadification a été réalisée                                                       | 29,1 %   | 95 %     |
|                                    | B. Proportion de patientes avec une tumeur <u>borderline de stade I-IIA</u> chez qui une chirurgie de stadification a été réalisée                                                   | 19,1 %   | 95 %     |
| DS05                               | Proportion de patientes chez qui une imagerie abdomino-pelvienne a été réalisée avant le début du traitement                                                                         | 88,2 %   | 95 %     |
| DS06                               | Proportion de patientes avec un cancer <u>invasif de stade I-IIA</u> qui ont eu une intervention chirurgicale avec résection d'au moins 20 ganglions lymphatiques (lymphadénectomie) | 27,3 %   | -        |
| DS07                               | Proportion de patientes avec une tumeur <u>borderline</u> qui ont eu une intervention chirurgicale sans lymphadénectomie                                                             | 93,0 %   | -        |



|                                           |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| TT01                                      | Délai médian entre la première imagerie diagnostique et le début du premier traitement                                                                                                                              | 22 jours (EI: 12-37)                                                                                                                                                                                                                                                               | -              |
| <b>Chimiothérapie</b>                     |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                |
| CT01                                      | A. Proportion de patientes avec un <u>carcinome séreux invasif de haut grade de stade I-IIA</u> qui ont reçu une chimiothérapie à base de platine (en association ou en monothérapie)                               | 86,9 % (<75 ans)                                                                                                                                                                                                                                                                   | 90 % (<75 ans) |
|                                           | B. Proportion de patientes avec un <u>cancer invasif de stade IIB-IV</u> qui ont reçu une chimiothérapie à base de platine (en association ou en monothérapie)                                                      | 95,6 % (<75 ans)                                                                                                                                                                                                                                                                   | 90 % (<75 ans) |
| CT02                                      | A. Proportion de patientes avec un <u>carcinome séreux invasif de haut grade de stade I-IIA</u> opérées et traitées par chimiothérapie à base de platine qui ont reçu au moins 9 semaines de chimiothérapie         | 90,3 % (<75 ans)                                                                                                                                                                                                                                                                   | 90 % (<75 ans) |
|                                           | B. Proportion de patientes avec un <u>cancer invasif de stade IIB-IV</u> opérées et traitées par chimiothérapie à base de platine qui ont reçu au moins 18 semaines de chimiothérapie néo-adjuvante et/ou adjuvante | 82,8 % (<75 ans)                                                                                                                                                                                                                                                                   | 90 % (<75 ans) |
| CT03                                      | Proportion de patientes avec un cancer <u>invasif</u> chez qui la chimiothérapie a été initiée dans les 42 jours suivant la chirurgie                                                                               | 74,9 %                                                                                                                                                                                                                                                                             | 90 %           |
| EOL                                       | Proportion de patientes décédées ayant reçu une chimiothérapie, une immunothérapie ou une hormonothérapie dans les 2 semaines précédant leur décès                                                                  | 11,0 %                                                                                                                                                                                                                                                                             | -              |
| <b>Complications, mortalité et survie</b> |                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                |
| OS01                                      | Proportion de patientes qui ont été hospitalisées 30 jours ou plus, réhospitalisées ou qui sont décédées dans les 30 jours suivant l'intervention chirurgicale                                                      | 14,2 %                                                                                                                                                                                                                                                                             | -              |
| OS02                                      | Proportion de patientes décédées dans les 30 jours suivant l'intervention chirurgicale                                                                                                                              | 1,5 %                                                                                                                                                                                                                                                                              | <5 %           |
| OS03                                      | Survie observée (SO) et relative (SR) à 1, 2 et 5 ans après un diagnostic de cancer épithélial de l'ovaire (borderline et invasif)                                                                                  | SO à 1 an : 82,3 % (IC 95% : 81,2 – 83,3)<br>SO à 2 ans : 72,2 % (IC 95% : 71,0 – 73,4)<br>SO à 5 ans : 51,9 % (IC 95% : 50,5 – 53,4)<br><br>SR à 1 an : 83,8 % (IC 95% : 82,7 – 84,9)<br>SR à 2 ans : 75,0 % (IC 95% : 73,6 – 76,2)<br>SR à 5 ans : 56,9 % (IC 95% : 55,3 – 58,5) |                |

EI : écart interquartile ; IC : intervalle de confiance ; SO : survie observée ; SR : survie relative



### 3.1. Diagnostic et stadification

La précision du diagnostic, de la stadification et de l'évaluation de l'état de la patiente est cruciale pour le choix du traitement le plus approprié d'un cancer épithélial de l'ovaire. Le Tableau 2 présente une vue d'ensemble des résultats des huit indicateurs retenus sur ce thème.

Plusieurs indicateurs atteignent ou approchent l'objectif fixé. C'est notamment le cas de l'indicateur DS03, avec 99,3 % des patientes qui ont bénéficié d'un **diagnostic histologique ou cytologique** avant le début de la première chimiothérapie (objectif = 100 %). Cet examen cyto-histopathologique des tissus prélevés permet un diagnostic précis de la tumeur afin de mettre en œuvre le traitement approprié. De même, la proportion de patientes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire pour lesquelles une **concertation oncologique multidisciplinaire (COM)** a été facturée entre 1 mois avant et 3 mois après la date de diagnostic était de 90,6 %, ce qui est légèrement en dessous de l'objectif fixé à 95 % (indicateur DS01) mais il est possible que ce chiffre soit sous-estimé en raison des règles de facturation des COM.

Les autres indicateurs de qualité liés au diagnostic et à la stadification révèlent des résultats inférieurs aux objectifs prédéfinis. Par exemple, 88,2 % des patientes chez qui un traitement chirurgical et/ou systémique sont entamés ont bénéficié d'une **imagerie abdomino-pelvienne** avant le début du traitement, ce qui est inférieur à l'objectif de 95 % (indicateur DS05). Cependant, ces proportions sont plus élevées chez les patientes présentant des tumeurs invasives (92,7 %) et lorsque le traitement a débuté par une chimiothérapie (97,6 %), par rapport à celles dont le traitement a débuté par une intervention chirurgicale (82,0 %). Le CT-scan est la technique d'imagerie qui a été la plus utilisée avant le début du traitement (77,2 %), ce qui est conforme aux recommandations. Une IRM a été réalisée chez 30,7 % des patientes et un pet-scan chez 6,4 %.

<sup>b</sup> Définie dans cette étude comme au moins une salpingo-ovariectomie bilatérale pour les tumeurs invasives (ou unilatérale pour les tumeurs borderline), une cytologie de la cavité péritonéale, une omentectomie partielle

Des **tests génétiques** n'ont été effectués que chez la moitié (51,2 %) des patientes atteintes de cancer invasif entre un an avant et un an après la date du diagnostic, ce qui se situe bien en dessous de l'objectif de 90 % (DS02). Cependant, on observe une nette augmentation du recours à ces tests au fil des ans, passant de 25,9 % pour les patientes diagnostiquées en 2014 à 68,7 % pour les patientes diagnostiquées en 2018. Cette augmentation correspond à la publication de nouvelles guidelines<sup>6, 7</sup> en 2014/2015 et au remboursement des thérapies ciblées (PARP-inhibitors) en 2016 en présence d'une mutation *BRCA*.

Un autre indicateur de qualité qui pourrait être amélioré est la **rapidité de l'initiation du traitement** : chez la moitié des patientes, le délai entre la première imagerie diagnostique et le début du premier traitement est supérieur à 22 jours (Q1-Q3 : 12-37, TT01). Ce temps d'attente médian est plus court (21 jours) lorsque le premier traitement effectué est chirurgical, alors qu'il est de 25 jours avant le début d'une chimiothérapie (en premier traitement). Ce délai médian entre le diagnostic et le début du traitement varie entre 11,5 et 50 jours selon les hôpitaux (*benchmarking* effectué en fonction du centre de diagnostic).

À noter que les informations cliniques sur les raisons du retard du traitement et sur les préférences des patientes n'étaient pas disponibles pour cette étude. Il s'agit cependant d'une information particulièrement importante étant donné que la rapidité de mise en œuvre du traitement est essentielle dans le cas du cancer de l'ovaire.

Un autre point important d'amélioration de la qualité est la **stadification chirurgicale** (DS04). En effet, les examens préopératoires ne permettent pas toujours de prédire la nature maligne ou bénigne d'une tumeur ovarienne, ni son extension. C'est pourquoi il est nécessaire de procéder à une chirurgie de stadification<sup>b</sup> suivie d'une analyse histopathologique permettant de confirmer le diagnostic, d'établir le stade de la tumeur et d'orienter les décisions thérapeutiques. Cependant, notre étude n'a identifié une chirurgie de stadification que pour 29,1 % des patientes atteintes d'un

ou complète et des biopsies péritonéales (ou en substitut, une résection complète/partielle ou des biopsies d'au moins un des organes suivants : côlon (sigmoïde), caecum, intestin grêle, rate, foie, vésicule biliaire, vessie, estomac ou diaphragme).



cancer invasif au stade précoce (I-IIA) et pour 19,5 % des patientes avec une tumeur borderline au stade précoce (I-IIA), ce qui est bien inférieur à l'objectif de 95 %.

Un autre indicateur important qui a montré des résultats sous-optimaux est **la résection des ganglions lymphatiques pelviens et para-aortiques (lymphadénectomie)** en cas de cancer invasif de stade I-IIA (DS06)<sup>c</sup>. En effet, si cette intervention révèle la présence de métastases dans les ganglions, la classification passe à un stade plus avancé, ce qui influence le choix du traitement. Le groupe d'experts belges a considéré que le nombre minimum de ganglions lymphatiques à retirer pour une stadification ganglionnaire adéquate est d'au moins 20 ganglions pelviens et/ou para-aortiques. Cependant, nos résultats montrent que ce nombre minimum n'est obtenu que chez 27,3 % des patientes atteintes d'un cancer invasif de stade I-IIA traitées par une intervention chirurgicale. Ces faibles résultats peuvent être en partie expliqués par différents éléments : soit le chirurgien n'a pas réalisé de lymphadénectomie ou n'a pas retiré suffisamment de ganglions lymphatiques, soit l'anatomo-pathologiste n'a pas recherché tous les ganglions lymphatiques individuels, soit encore le rapport d'anatomo-pathologie n'a pas été transmis au BCR parce qu'aucune malignité n'a été identifiée dans les ganglions réséqués.

La lymphadénectomie n'est pas recommandée en cas de tumeur ovarienne borderline (DS07) car elle n'apporte pas d'informations décisives pour le traitement (la chimiothérapie adjuvante n'étant pas indiquée dans ce cas). Les résultats ont indiqué que chez 93,0 % des patientes opérées pour une tumeur borderline de l'ovaire, aucun ganglion lymphatique n'a été retiré, ce qui est conforme aux recommandations. Il existe toutefois un risque de surestimation de cet indicateur car, en général, seuls les rapports d'anatomo-pathologie dans lesquels des tissus cancéreux ont été retrouvés sont transmis au BCR.

<sup>c</sup> La lymphadénectomie n'est cependant pas recommandée dans les maladies séreuses de bas grade et les tumeurs de stade IA bien différenciées ; ces patientes n'ont donc pas été prises en compte dans la mesure de cet indicateur.

### 3.2. Chimiothérapie

Étant donné que les stratégies de traitement du cancer de l'ovaire dépendent du type histologique et du stade, les indicateurs de qualité relatifs au type de chimiothérapie (CT01) et à la durée de celle-ci (CT02) ont été calculés séparément pour les patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire séreux de haut grade (*High Grade Serous Carcinoma* – HGSC) invasif de stade précoce (I-IIA) et pour les patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire invasif à un stade avancé (IIB-IV). De façon générale, les résultats nationaux obtenus atteignent (ou approchent) l'objectif de 90 % pour les patientes de moins de 75 ans.

Les guidelines recommandent une **chimiothérapie à base de platine** en première ligne, avec une préférence pour le carboplatine plutôt que le cisplatine en raison de son profil de toxicité plus favorable.<sup>8</sup> Parmi les patientes présentant un cancer HGSC au stade I-IIA, 75,2 % ont reçu une chimiothérapie à base de platine. Cette proportion est de 86,9 %, chez les patientes de moins de 75 ans, ce qui est légèrement inférieur à l'objectif de 90 % (CT01A).

Parmi les patientes atteintes d'un cancer invasif de stade IIB-IV (quel que soit le type histologique), 87,1 % ont reçu une chimiothérapie à base de platine. Chez les patientes de moins de 75 ans, cette proportion est de 95,6 %, ce qui est bien supérieur à l'objectif de 90 % (CT01B).

L'association de la **chimiothérapie à base de platine avec le paclitaxel** est devenue la norme depuis plus de 20 ans<sup>8-10</sup> ; cette association a été administrée à 62,4 % des patientes avec un HGSC de stade I-IIA et à 81,2 % des patientes de stade IIB-IV. Les patientes en mauvais état général ou présentant des comorbidités sévères ne reçoivent généralement pas cette chimiothérapie combinée en raison de sa toxicité, ce qui concorde avec les proportions plus faibles observées chez les patientes plus âgées (+80 ans) dans notre étude (57,8 %).



Les guidelines recommandent également d'administrer **entre 3 et 6 cycles de chimiothérapie à base de platine**.<sup>11, 12</sup> Comme le nombre de cycles n'est pas clairement identifiable dans les données et que les administrations sont parfois retardées en raison de la toxicité ou de l'état de la patiente, nous avons mesuré la durée en nombre minimal de semaines de chimiothérapie. Sur la base d'un cycle de 3 semaines, les experts ont défini un nombre minimal de 9 semaines (3 cycles) pour les stades I-IIA (CT02A), et un nombre minimal de 18 semaines (6 cycles) pour les stades IIB-IV (CT02B).

Nos résultats montrent que, parmi les patientes atteintes d'un cancer HGSC de stade I-IIA qui ont été opérées et qui ont reçu une chimiothérapie adjuvante à base de platine, 91,3 % ont reçu au moins 9 semaines ( $\approx$  3 cycles) de chimiothérapie. Cette proportion est de 90,3 % pour les patientes âgées de moins de 75 ans (objectif de 90 % atteint) et de 96,4 % pour les patientes âgées de 75 ans et plus (objectif également atteint).

Parmi les patientes atteintes d'un cancer de stade IIB-IV qui ont été opérées et ont reçu une chimiothérapie néo-adjuvante et/ou adjuvante à base de platine, 81,5 % ont reçu au moins 18 semaines ( $\approx$  6 cycles) de chimiothérapie. La proportion est de 82,8 % pour les patientes âgées de moins de 75 ans (objectif de 90 % non atteint).

Le **délai entre l'opération et le début de la chimiothérapie** est également un facteur à prendre en compte. En effet, s'il est suggéré d'administrer une chimiothérapie adjuvante le plus tôt possible après la chirurgie, il faut également tenir compte de la nécessité de se rétablir après une intervention chirurgicale. La *Society of Gynecologic Oncology* recommande de débiter la chimiothérapie dans les 42 jours suivant la chirurgie.<sup>13</sup>

Nos résultats montrent que, parmi les patientes atteintes d'un cancer invasif qui ont été opérées et ont reçu une chimiothérapie adjuvante, 74,9 % ont commencé la chimiothérapie dans les 42 jours suivant l'intervention, ce qui est inférieur à l'objectif de 90 % (CT03). Le délai médian entre la chirurgie et la chimiothérapie adjuvante est de 33 jours (Q1-Q3 : 25-43).

Enfin, il est important de garder à l'esprit que la **qualité de vie** doit toujours rester une priorité et qu'un traitement anticancéreux ne doit être proposé que s'il existe une chance raisonnable qu'il apporte un bénéfice clinique significatif, c'est-à-dire une amélioration de la qualité de vie ou une prolongation significative de la vie.<sup>14, 15</sup> C'est pour cette raison que

l'indicateur EOL (*End of life*) a été retenu ; il permet de mesurer indirectement l'agressivité de la prise en charge. Nos résultats montrent que parmi les patientes décédées entre 2014 et 2018 d'un cancer épithélial de l'ovaire, 11,0 % avaient reçu un traitement systémique (chimiothérapie, thérapie ciblée/immunothérapie, endocrinothérapie) dans les 14 jours précédant leur décès. Pour la majorité d'entre elles (87,6 %), il s'agissait d'une chimiothérapie.

### 3.3. Complications, mortalité et survie

L'un des défis du traitement du cancer épithélial de l'ovaire est d'atteindre un équilibre acceptable entre l'approche chirurgicale la plus complète possible et la prévention des complications postopératoires et de la mortalité.

Les femmes opérées pour un cancer gynécologique ont souvent un risque élevé de **complications postopératoires**. Les réadmissions non planifiées sont une préoccupation majeure pour les hôpitaux, les médecins et les décideurs.<sup>16</sup> Ainsi, la proportion de réadmissions dans les trente jours après une opération a été proposée comme mesure de qualité de la prise en charge des patientes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire.<sup>17</sup> Dans la présente étude, un séjour prolongé à l'hôpital ( $>$  30 jours) et la mortalité postopératoire dans les 30 jours ont également été retenus pour permettre une évaluation plus large de l'évolution défavorable de la période postopératoire (indicateur OS01). Nos résultats montrent que, parmi les patientes qui ont été opérées, 14,2 % ont eu une récupération postopératoire compliquée. Cette proportion augmente avec le stade du cancer, l'âge des patientes et un mauvais état de santé général. Elle est également plus élevée dans certains hôpitaux que dans d'autres, et ce même en tenant compte du case-mix des patientes.

Une autre manière d'évaluer la qualité des soins et leur adéquation par rapport à l'état de la patiente est la mesure de la **mortalité postopératoire**. En effet, proposer une chirurgie agressive à une patiente en mauvais état général ou qui présente d'importantes comorbidités expose à un risque élevé de complications postopératoires, voire de décès.<sup>18, 19</sup> La mortalité postopératoire à 30 jours (indicateur OS02) est donc révélatrice à la fois de la qualité de la sélection des patientes et de la qualité des soins chirurgicaux eux-mêmes.



Globalement, la proportion de patientes décédées dans les 30 jours suivant l'intervention chirurgicale est de 1,5 %, ce qui est bien inférieur au seuil maximal servant d'objectif (<5 %). A 60 jours, elle est de 2,4 %, et à 90 jours de 3,2 %.

La mortalité postopératoire augmente avec le stade et le comportement tumoral invasif, l'âge des patientes et leur mauvais état de santé général, ainsi qu'avec la durée d'hospitalisation dans l'année précédant le diagnostic. Chez les patientes atteintes d'un cancer de stade IIB-IV, la mortalité postopératoire à 30 jours est plus élevée chez les patientes qui n'ont pas reçu de chimiothérapie néoadjuvante (3,4 %) que chez celles qui en ont reçu (0,9 %).

Enfin, la **survie observée à 1, 2 et 5 ans** reflète la proportion de patientes encore en vie 1, 2 et 5 ans après le diagnostic du cancer (OS03). Ce paramètre prend en compte les « décès toutes causes », c'est-à-dire liées ou non au cancer. La **survie relative**, au contraire, est liée à la surmortalité qui peut être attribuée au cancer spécifique étudié.

D'après nos résultats, la survie observée à un an des patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire (invasif ou borderline) est de 82,3 % et diminue à environ 51,9 % à 5 ans. La survie relative est de 83,8 % à un an et de 56,9 %, à 5 ans, ce qui est assez comparable aux valeurs de la survie observée. En d'autres termes, dans cette population, le cancer de l'ovaire est la principale cause de décès. Si l'on se limite aux cancers invasifs, la survie observée est de 78,0 % à un an et de 41,1 % à 5 ans. Ces chiffres de survie sont comparables à ceux rapportés par d'autres pays occidentaux.<sup>20-22</sup>

Dans un modèle statistique prenant en compte le case-mix des patients, on n'observe que peu de variabilité du risque de décès entre les hôpitaux. Toutefois, les patientes traitées dans l'hôpital avec le volume d'activité le plus élevé présentent un risque de décès significativement moindre. Pour 59 centres, le volume était trop faible pour obtenir des résultats robustes (< 40 patientes sur 5 ans).

## 4. IMPACT DU VOLUME HOSPITALIER SUR LES RÉSULTATS

Plusieurs rapports du KCE ont déjà mis l'accent sur la relation entre le nombre (volume) de patients traités pour certains cancers et les résultats obtenus.<sup>23-27</sup> En ce qui concerne le cancer de l'ovaire en particulier, il a été recommandé de réserver son traitement à des hôpitaux de référence qui prennent en charge un nombre suffisant de patientes pour maintenir un haut niveau d'expertise.<sup>28</sup> Dans cette partie de l'étude, nous nous sommes limités au traitement des cancers de l'ovaire invasifs.

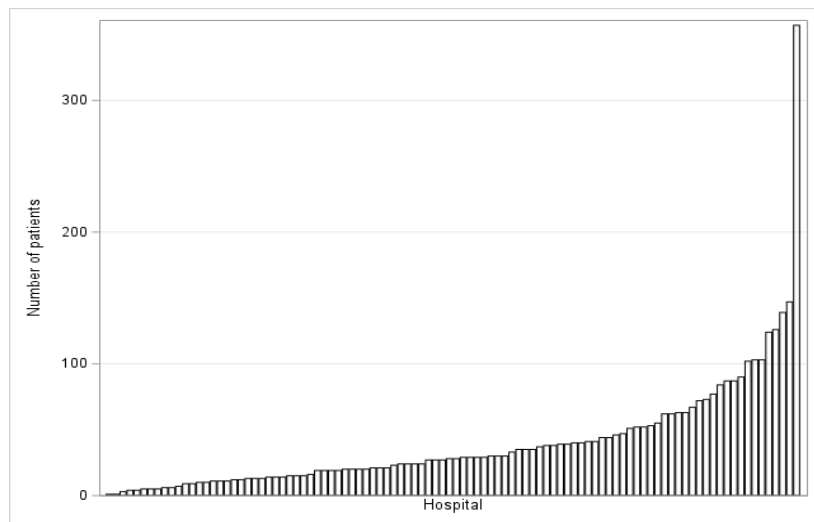
### 4.1. Grande dispersion des soins en Belgique

En ce qui concerne tous les traitements pris globalement, 3 988 patientes<sup>d</sup> diagnostiquées d'un cancer invasif de l'ovaire au cours de la période 2014-2018 ont été traitées dans 100 hôpitaux différents. Le volume médian par hôpital était de 28 patientes sur ces cinq années, ce qui correspond à moins de 6 patientes par an. Un quart des hôpitaux ont traité moins de 3 patientes par an, tandis que les 25 % d'hôpitaux ayant enregistré le plus de cas ont traité 10 patientes par an ou plus (Figure 1).

<sup>d</sup> Sur les 4 022 patientes avec un cancer invasif (Tableau 1), 34 n'ont pas pu être attribuées à un hôpital donné et ont donc été exclues de cette analyse.



**Figure 1 – Distribution des patientes atteintes d'un cancer invasif de l'ovaire dans les hôpitaux (n=100) sur une période de 5 ans (2014-2018)**



Source: BCR – IMA

On observe la même dispersion lorsque l'on analyse les seuls traitements chirurgicaux, avec 3 123 patientes diagnostiquées d'un cancer invasif de l'ovaire opérées dans 98 hôpitaux différents. La moitié des hôpitaux ont opéré 4 patientes ou moins par an. Seuls 5 hôpitaux ont opéré plus de 20 patientes par an.

Cette très grande dispersion des soins et de l'expertise en matière de traitement du cancer invasif de l'ovaire en Belgique contraste avec la centralisation des soins mise en œuvre dans plusieurs pays voisins (p. ex. Pays-Bas, Suède, Angleterre, Norvège, France, etc.). Dans ces pays, de nombreuses études ont démontré une amélioration des résultats pour les patientes et une meilleure adhésion aux guidelines.<sup>29-34</sup> Plus de détails sont disponibles dans la section 5.5.3 du rapport scientifique.

#### 4.2. Relation entre le volume hospitalier de prise en charge thérapeutique et la survie en Belgique

Dans cette partie spécifique de l'analyse, le volume assigné à chaque hôpital correspond au nombre de patientes atteintes d'un cancer **invasif** de l'ovaire nouvellement diagnostiqué qui ont reçu leur **traitement principal** dans cet hôpital au cours de la période d'étude de cinq ans (2014-2018). Les patientes qui ne pouvaient pas être assignées à un hôpital sur la base d'une chirurgie ou d'une chimiothérapie ont été assignées à l'hôpital qui a qui les a enregistrées au BCR.

Nos résultats ont révélé que **les patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire traitées dans des hôpitaux à volume élevé ont en moyenne plus de chances de survivre que celles traitées dans des hôpitaux à faible volume**. La survie médiane des patientes traitées dans les hôpitaux traitant au moins 10 patientes par an est de 4,2 ans, contre 1,7 an dans les hôpitaux traitant moins de 3 patientes par an. La différence est donc supérieure de 2,5 ans en faveur des hôpitaux à volume élevé.

Cette différence est confirmée dans les analyses prenant en compte le cas-mix des hôpitaux : le risque de décès (0-5 ans) toutes causes confondues diminue en moyenne de 1,1 % par patiente supplémentaire. Au-delà de 9 patientes par an, il n'y a plus de diminution du risque de décès. Il convient cependant de noter que pour un certain nombre de patientes (1 131), l'hôpital où la première procédure de diagnostic a été effectuée (« l'hôpital



de diagnostic ») était différent du centre de traitement principal, ce qui peut expliquer en partie les différences de case-mix. Les données administratives disponibles ne nous permettent pas d'établir la raison du changement d'hôpital (p. ex. s'il s'agit d'une décision de l'équipe médicale ou de la patiente).

D'autre part, il est possible qu'une partie des hôpitaux à faible volume discutent du plan de traitement de leurs patientes en concertation oncologique multidisciplinaire avec des centres à volume élevé. Il se peut également que des chirurgiens spécialisés effectuent des opérations de stadification et de cytoréduction dans différents hôpitaux au sein de leur réseau, ce qui diluerait un éventuel effet volume-*outcome*.

### 4.3. Relation entre le volume chirurgical hospitalier et la survie en Belgique

Dans cette partie spécifique de l'analyse, le volume assigné à chaque hôpital correspond au nombre de patientes atteintes d'un cancer invasif de l'ovaire nouvellement diagnostiqué qui ont été **opérées** dans cet hôpital au cours de la période d'étude de cinq ans. Une seule procédure chirurgicale (la chirurgie principale) a été prise en compte par patiente.

Ici également, **les probabilités de survie sont significativement meilleures pour les patientes traitées dans des hôpitaux à volume chirurgical élevé**, même après prise en compte du case-mix : le risque de décès diminue en moyenne de 1,9 % par patiente supplémentaire opérée. Au-delà du seuil de 6 patientes par an, ce risque n'évolue plus. Soixante-six hôpitaux ont opéré 6 patientes ou moins d'un cancer de l'ovaire invasif par an.

L'impact du volume par chirurgien et/ou de la spécialisation du chirurgien n'a pas pu être étudié dans cette étude, mais plusieurs études démontrent que ces paramètres ont un effet indépendant important sur les résultats.<sup>35-37</sup>

Nos résultats indiquent que la mortalité postopératoire moyenne à 30 jours diminue également de façon significative avec l'augmentation du volume chirurgical, jusqu'à un volume de 4 patients par an.

Pour les résultats complets de ces analyses, nous renvoyons le lecteur à la section 5.4 du rapport scientifique.

### 4.4. Revue de littérature internationale

Pour cette partie de notre étude, nous avons également mené une recherche systématique de la littérature relative à la relation volume-*outcome* pour les cancers de l'ovaire. Nous avons identifié 25 études qui, toutes, apportent des preuves solides d'une relation positive entre le volume et les résultats, avec de meilleurs résultats en termes de survie dans les hôpitaux à volume plus élevé que dans les hôpitaux à plus faible volume. Des détails sur la méthodologie de recherche et les résultats sont disponibles dans la section 5.5.3 du rapport scientifique.

La définition de ce que l'on entend par « volume élevé » est assez hétérogène, mais un seuil arbitraire de 20 patientes traitées (ou opérées) par an est souvent cité dans la littérature.<sup>38-40</sup> Dans sa dernière mise à jour, le guideline de l'*European Society of Gynaecological Oncology* (ESGO) considère que le nombre de 20 interventions chirurgicales pour cancer de l'ovaire invasif de stade avancé, par an, par hôpital et par chirurgien, constituent l'objectif minimal requis, tandis que 50 et 100 interventions chirurgicales par an et par hôpital sont proposées comme objectifs intermédiaires et optimaux, respectivement.<sup>41</sup> En outre, si les hôpitaux veulent obtenir l'accréditation ESGO pour la chirurgie du cancer de l'ovaire avancé, ils doivent réaliser un minimum de  $\geq 24$  interventions de chirurgie de cytoréduction complètes (c'est-à-dire définies par l'absence de lésions macroscopiques résiduelles après une exploration minutieuse de l'abdomen) par an dont un minimum de 12 interventions primaires complètes.

La définition du volume minimal des centres de référence fait cependant aussi intervenir d'autres facteurs. Plusieurs études montrent un effet positif du nombre d'opérations par chirurgien, avec un seuil d'au moins dix interventions chirurgicales par chirurgien et par an.<sup>35-37, 42, 43</sup> La spécialisation du chirurgien montre également une relation positive avec la survie.<sup>36</sup>



Les études montrent aussi qu'un volume d'activité plus élevé par hôpital permet à l'ensemble de l'équipe soignante – anesthésistes, infirmiers impliqués dans les soins périopératoires, anatomo-pathologistes... – d'acquérir une expérience suffisante.<sup>44, 45</sup> L'importance des soins périopératoires se reflète dans la relation inverse entre le volume de l'hôpital et la mortalité postopératoire. Comme notre étude, d'autres ont montré que les hôpitaux à volume élevé ont une mortalité postopératoire plus faible, malgré le même niveau de complications postopératoires.<sup>46, 47</sup> Enfin, un volume élevé permet généralement aussi d'offrir les services de soins complets nécessaires dans les centres de référence, comme par exemple une clinique du lymphœdème, un conseil génétique et des soins palliatifs avancés.<sup>28</sup>

En conclusion, les preuves issues de notre recherche systématique de la littérature démontrent qu'il existe un bénéfice à traiter les patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire dans des hôpitaux à volume élevé. Ceci est en accord avec nos résultats qui démontrent une association positive entre le volume chirurgical/volume de traitement et les probabilités de survie des patientes atteintes d'un cancer invasif. Ces éléments convergent donc pour soutenir la mise en œuvre de la concentration des soins pour le cancer de l'ovaire.

## 5. CONCLUSION

Cette étude porte sur la prise en charge de 5 119 patientes diagnostiquées avec un cancer épithélial de l'ovaire durant la période 2014-2018. Même si la Belgique n'a pas à rougir de ses résultats – la mortalité est globalement similaire à celle observée dans d'autres pays occidentaux – ces résultats nationaux recouvrent en réalité une situation très hétérogène. Il s'avère en effet que ces 5 119 patientes ont été opérées et traitées dans la quasi-totalité des 100 hôpitaux que compte notre pays. Par conséquent, une grande partie d'entre elles ont été traitées par des équipes qui ne traitent que 6 cas de cancer de l'ovaire ou moins par an. Le traitement chirurgical fait preuve du même degré de dispersion, avec environ 50 % des hôpitaux belges qui opèrent moins de 5 patientes par an, voire même 2 ou moins pour un quart d'entre eux. Seuls 5 hôpitaux ont opéré plus de 20 patientes nouvellement diagnostiquées par an.

Les résultats de cette étude révèlent également que les patientes atteintes d'un cancer invasif qui ont été traitées dans des hôpitaux prenant en charge davantage de cas ont en moyenne plus de chances de survivre que celles qui ont été traitées dans des centres à plus faible volume. La survie médiane des patientes traitées dans des hôpitaux à volume élevé est de 2,5 ans supérieure (4,2 ans contre 1,7 ans) à celle des patientes traitées dans des hôpitaux à faible volume. Cette différence a été confirmée par des analyses prenant en compte le case-mix des hôpitaux ; les patientes traitées dans les hôpitaux à faible volume ont un risque de décès dans les 5 ans qui est supérieur de 47% comparé à celles prises en charge dans les hôpitaux à volume plus élevé. Une association similaire a été trouvée en ne considérant que le volume chirurgical des hôpitaux.

La concentration des traitements du cancer de l'ovaire – et de la chirurgie en particulier – est déjà mise en œuvre avec succès dans plusieurs pays européens (voir section 5.5.3 du rapport scientifique). Dans un rapport précédent,<sup>28</sup> le KCE recommandait de faire de même en Belgique, en proposant de fixer un volume minimal par hôpital et par chirurgien comme condition de remboursement du traitement. Pourtant, aucun seuil n'est actuellement requis pour les hôpitaux ou les chirurgiens pour la chirurgie du cancer invasif de l'ovaire (et son remboursement) dans les hôpitaux belges. La large dispersion des soins et de l'expertise en Belgique et les



associations volume-*outcome* relevées dans cette étude plaident à nouveau en faveur d'une **concentration des soins** pour les patientes atteintes d'un cancer invasif de l'ovaire dans des centres de référence.

L'*European Society of Gynaecological Oncology* (ESGO) recommande un minimum de 20 interventions de chirurgie cytoréductrice par hôpital et par chirurgien par an (bien qu'elle avance les chiffres de 50 et 100 interventions par hôpital comme objectifs intermédiaires et optimaux, respectivement). Dans la présente étude, nous n'avons pas pu examiner l'effet du nombre ou de la spécialité des chirurgiens (p. ex. si un chirurgien opère dans différents hôpitaux, il se peut que l'effet du volume ait été sous-estimé). Par conséquent, même si nos résultats plaident pour une concentration des soins, il sera également nécessaire, lors de la définition des seuils minimaux, de s'appuyer sur les preuves issues de la littérature, les enseignements provenant d'autres pays et l'expérience clinique des experts belges.

Le volume n'est cependant pas le seul critère à prendre en compte ; une **prise en charge globale** rencontrant les exigences de qualité d'un centre de référence comprend également d'autres aspects, eux aussi décrits dans le rapport 219 du KCE.<sup>38</sup> Pour les cancers de l'appareil génital féminin, des **critères** ont été définis par un groupe de travail multidisciplinaire d'experts cliniciens reconnus. Ces critères portent sur la composition et l'expertise de l'équipe soignante (p. ex. au moins 2 gynécologues oncologues et 1 pathologiste spécialisé dans les cancers gynécologiques, psychologues spécialisés en psycho-oncologie, sexologues, médecins de la fertilité, spécialistes en soins palliatifs et en génétique du cancer), les installations et équipements nécessaires (p. ex. accès à l'endoscopie, possibilité de section congelée per-opératoire, clinique du lymphœdème, conseil génétique), le suivi d'une procédure d'assurance-qualité, l'importance accordée aux soins centrés sur le patient (p. ex. continuité des soins, contrôle de la douleur) et sur l'engagement dans la recherche (p. ex. participation à des études cliniques sur les cancers gynécologiques). Pour

les plus jeunes patientes, des aspects spécifiques tels que les traitements préservant la fertilité (si possible) doivent également être pris en compte. Enfin, la collaboration avec les associations de patients peut également être développée davantage dans les centres de référence.

Bien que l'association entre le volume hospitalier et les indicateurs de processus n'ait pas été évaluée dans cette étude, la littérature suggère également que les patientes traitées dans des hôpitaux à volume élevé sont plus susceptibles de recevoir des soins **conformes aux guidelines**.<sup>34, 38</sup> Ainsi, toute prise en charge de patiente chez qui l'on suspecte un cancer de l'ovaire devrait faire l'objet d'une concertation oncologique multidisciplinaire avec au moins un représentant du centre de référence, et la patiente doit ensuite être orientée vers le centre de référence avant le début du traitement. Toute masse ovarienne complexe devrait être évaluée en préopératoire à l'aide du modèle ADNEX<sup>e</sup> comme recommandé dans le guideline du KCE sur le cancer de l'ovaire ([Rapport KCE 268](#)), de manière à ce que la patiente soit envoyée rapidement vers le centre de référence si nécessaire, et traitée selon les règles de l'art. Ainsi par exemple, la résection de la tumeur doit être réalisée de manière à éviter toute rupture de la capsule qui provoquerait une dissémination des cellules cancéreuses.

Si, pour un cancer invasif, la chirurgie doit toujours être réalisée dans un centre de référence, d'autres parties du parcours de soins (p. ex. la chimiothérapie) doivent pouvoir être réalisées dans des hôpitaux périphériques, en concertation avec le centre de référence et si la patiente le souhaite. Toutefois, il faut s'assurer que ces hôpitaux offrent un programme de soins oncologiques complets et disposent d'une expertise et d'un personnel suffisants. Aussi, le fait de réorienter la patiente vers cet hôpital périphérique ne doit occasionner aucun retard dans l'initiation du traitement. Et enfin, il est important que le suivi et tout traitement complémentaire soient organisés en concertation permanente avec le centre de référence.

<sup>e</sup> Le modèle ADNEX (*Assessment of Different NEoplasias in the adneXa*) permet de distinguer les tumeurs bénignes de l'ovaire des tumeurs malignes et, parmi ces dernières, il distingue quatre sous-types (borderline, stade I,

stades II-IV et métastases) et le degré de risque attaché à chaque sous-type. Il se compose de trois critères cliniques et de six critères échographiques. Il a été introduit par l'*International Ovarian Tumor Analysis* (IOTA) (pour plus d'informations : <http://www.iotagroup.org/adnexmodel/>)



Enfin, il sera important de réévaluer régulièrement la qualité des soins délivrés par ces centres de référence afin de garantir que, même après la certification, la qualité des soins reste un souci constant.

Après la publication de ce rapport, tous les hôpitaux belges recevront – confidentiellement – un rapport d'évaluation individuel de la part du BCR. Ce rapport contiendra leurs propres résultats pour tous les indicateurs de qualité présentés dans ce document, mis en perspective par rapport à ceux de tous les autres hôpitaux pris globalement (*benchmarking*). L'objectif de cette démarche est de permettre aux équipes médicales et aux directions d'hôpitaux de réfléchir à leurs propres résultats et d'identifier les points sur lesquels ils peuvent améliorer la qualité des soins offerts à leurs patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire.

La **confidentialité** des résultats d'études comme celle-ci reste cependant une question très discutée. En effet, pour les patients, ces informations peuvent être d'une grande utilité pour orienter le choix de l'hôpital où ils iront se faire soigner. En Flandre, l'Institut flamand pour la qualité des soins (VIKZ ; [www.zorgkwaliteit.be](http://www.zorgkwaliteit.be)) rend publics les résultats pour divers indicateurs de qualité (p. ex. pour le cancer du sein et le cancer du rectum). Cette transparence n'existe toutefois pas encore en Wallonie et à Bruxelles. Il est probablement temps d'engager une réflexion commune sur la manière de rendre ces informations publiques de manière correcte et accessible au grand public, tant pour les bons résultats que pour les moins bons. C'est pourquoi la publication de tels résultats pourrait se faire, par exemple, via les institutions régionales belges pour la qualité des soins (VIKZ et PAQS) en collaboration avec les hôpitaux (comme c'est déjà le cas en Flandre).

Nous aimerions également saisir l'occasion de ce rapport pour rompre une nouvelle fois une lance en faveur **d'une optimisation et d'une**

**standardisation de la collecte des données** transmises au BCR. En effet, on constate que les informations sur les stades TNM et FIGO des cancers diagnostiqués restent encore trop souvent manquantes. Un investissement dans la formation et le soutien de data managers pour les programmes de soins oncologiques et les laboratoires d'anatomie pathologique contribuerait certainement à améliorer ce point. Dans le cas du cancer de l'ovaire, les données collectées pourraient en outre être élargies aux informations génétiques (p. ex. statut *BRCA*), à l'absence/présence de lésions macroscopiques résiduelles à la fin de la chirurgie de cytoréduction, au nombre et à la localisation des ganglions réséqués, aux éventuelles rechutes, et aux informations sur les patientes impliquées dans des essais cliniques. En plus d'un envoi exhaustif et standardisé des rapports d'anatomo-pathologie, les rapports de chirurgie devraient également être transmis au BCR. Les résultats et expériences rapportés par les patients (PROM et PREM) sont également très importants pour la mesure de la qualité de vie. Enfin, des informations supplémentaires sur les préférences des patientes et les raisons des retards de traitement peuvent aider à interpréter les résultats des indicateurs de qualité.

**Avec les recommandations de ce rapport, nous visons à améliorer la qualité des soins pour les patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire. Les initiatives visant à centraliser les soins du cancer de l'ovaire dans les centres de référence peuvent être soutenues par les résultats de cette étude. Une évaluation continue de la qualité des soins ainsi qu'une collecte de données optimisée restent nécessaires et renforceront encore la voie vers de meilleurs résultats pour ces patientes.**



## ■ RECOMMANDATIONS<sup>f</sup>

***Au Ministre fédéral de la Santé, aux Ministres de la santé des entités fédérées et à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) :***

1. Les cancers de l'ovaire sont des cancers complexes et hétérogènes. L'association volume-*outcome* démontrée dans les hôpitaux belges soutient la mise en œuvre de la concentration des soins pour le cancer de l'ovaire dans des centres de références afin d'améliorer la qualité des soins et de réduire la dispersion de l'expertise et du savoir-faire. Ces centres de référence doivent:
  - disposer d'équipes multidisciplinaires complètes combinant une expertise clinique et technique reconnue dans la prise en charge des cancers de l'ovaire,
  - fonctionner dans le cadre de liens de collaboration suprarégionaux et en étroite collaboration avec les soins de première et deuxième ligne, et
  - faire état d'un volume d'activité suffisant répondant aux normes de qualité. L'*European Society of Gynaecological Oncology* (ESGO) recommande un minimum de 20 chirurgies cytoréductrices pour cancer de l'ovaire invasif de stade avancé par hôpital et par chirurgien par an.
2. Le volume ne doit pas être le seul critère à prendre en compte ; le rapport 219 du KCE sur l'organisation des soins pour les adultes avec un cancer rare ou complexe fournit une description complète des autres exigences importantes que les hôpitaux doivent remplir afin d'être éligibles en tant que centres de référence pour le cancer de l'ovaire. Les patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire plus rare (p. ex. un cancer non épithélial) doivent également être orientées vers ces centres de référence.
3. Une partie du traitement (p. ex. la chimiothérapie) peut être pratiquée dans un hôpital périphérique après concertation avec le centre de référence et en tenant compte des préférences de la patiente. Le suivi et tout traitement complémentaire doivent être organisés en concertation permanente avec le centre de référence.

---

<sup>f</sup> Le KCE reste seul responsable des recommandations.



4. Les centres de référence devraient avoir les moyens d'organiser les soins de telle manière que le fait de réorienter la patiente vers un autre hôpital n'occasionne aucun retard dans l'initiation du traitement.
5. La qualité des soins doit être évaluée régulièrement et les résultats rendus publics. Une réflexion à ce sujet devrait être initiée en concertation avec les parties prenantes, telles que le VIKZ, la PAQS, le BCR, les hôpitaux et les représentants des patients. Il convient d'éviter les certifications "figées et permanentes" de centres de référence qui ne sont plus en mesure de démontrer l'excellence de leurs résultats cliniques.
6. L'INAMI devrait être systématiquement informé par le BCR de l'exhaustivité et de la qualité de l'enregistrement obligatoire des cancers par les programmes de soins oncologiques et les laboratoires d'anatomo-pathologie. En effet, les conditions de leur financement requièrent que des paramètres précis, tels que le stade de la tumeur soient transmis au BCR.
7. La liste des centres de référence établis doit être facilement accessible pour les patients, les médecins généralistes, et les hôpitaux eux-mêmes (p. ex. publiée sur le site web de l'INAMI).

***Aux hôpitaux, collègues et sociétés scientifiques de gynécologie, de chirurgie, d'oncologie médicale, d'anatomo-pathologie et tous les professionnels de soins impliqués dans la prise en charge des cancers de l'ovaire :***

8. Les équipes multidisciplinaires doivent analyser leurs propres résultats pour les indicateurs de qualité communiqués régulièrement dans un rapport de feedback du BCR. Ces résultats doivent être mis en perspective avec ceux obtenus par les autres hôpitaux (*benchmarking*) et des processus d'amélioration de la qualité doivent être mis en place, avec une attention particulière aux indicateurs pour lesquels des résultats inférieurs aux objectifs ont été observés, tels que le délai d'initiation du traitement, la réalisation des tests génétiques nécessaires et la chirurgie de stadification pour les cancers de l'ovaire de stade précoce.
9. Pour éviter une chirurgie inappropriée en cas de suspicion de cancer de l'ovaire à un stade précoce, chaque masse pelvienne doit être évaluée en phase préopératoire à l'aide du modèle ADNEX pour guider les décisions cliniques relatives à la chirurgie (chirurgie vs expectative, laparoscopie vs laparotomie, chirurgie en centre spécialisé ou non). Si un cancer (ou une tumeur borderline) est suspecté, le cas de la patiente doit faire l'objet d'une concertation oncologique multidisciplinaire (COM) préopératoire en présence d'au moins un représentant du centre de référence.



10. La prise en charge doit être organisée et coordonnée de telle manière que la réorientation de la patiente vers le centre de référence n'occasionne aucun retard dans l'initiation du traitement.
11. Les hôpitaux et les laboratoires d'anatomo-pathologie doivent enregistrer correctement chaque cas de cancer et rapporter l'ensemble des données, y compris les stades TNM cliniques et pathologiques (cTNM, (y)pTNM) et le stade FIGO au BCR.
12. Il est nécessaire de prévoir la collecte d'informations sur l'inclusion de patientes dans des essais cliniques ; ces informations doivent être transmises au BCR.
13. Les sociétés scientifiques concernées doivent développer des rapports d'anatomo-pathologie et de chirurgie structurés et standardisés (y compris les informations sur les lésions macroscopiques résiduelles) pour faciliter la collecte de données pertinentes et le transfert de ces informations au BCR.

***Aux laboratoires d'anatomo-pathologie et aux sociétés scientifiques de pathologie :***

14. Les laboratoires d'anatomo-pathologie doivent délivrer leurs rapports au BCR en format synoptique et standardisé, pour *toutes* les procédures diagnostiques et opérations réalisées dans le cadre d'un cancer de l'ovaire (y compris tumeur borderline).

***Au BCR :***

15. Les données suivantes doivent être ajoutées au set de données actuel :
  - Informations génétiques (p. ex. statut *BRCA*) ;
  - Rapports chirurgicaux contenant des informations détaillées sur les procédures chirurgicales, par ex. présence de lésions macroscopiques résiduelles après la chirurgie ;
  - Résection de ganglions lymphatiques (p. ex. nombre et localisation) ;
  - Récidives / progression de la maladie.
16. Le BCR devrait investir davantage dans la formation des data managers des programmes de soins oncologiques ainsi que des laboratoires d'anatomo- pathologie, afin d'améliorer la qualité et l'exhaustivité de l'enregistrement des cancers et des rapports d'anatomo-pathologie.

***Au BCR et au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement :***

17. Afin de mieux évaluer la qualité des soins du point de vue des patientes, une collecte prospective et longitudinale des *Patient-Reported Outcomes/Experiences* (PROMs/PREMs) doit être organisée.



## ■ RÉFÉRENCES

1. Belgian Cancer Registry. Cancer Fact Sheets, Incidence Year 2019. Brussels 2021. Available from: [http://kankerregister.org/media/docs/CancerFactSheets/2019/Cancer\\_Fact\\_Sheet\\_OvarianCancer\\_2019.pdf](http://kankerregister.org/media/docs/CancerFactSheets/2019/Cancer_Fact_Sheet_OvarianCancer_2019.pdf)
2. Webb PM, Jordan SJ. Epidemiology of epithelial ovarian cancer. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2017;41:3-14.
3. Bonte AS, Luyckx A, Wyckmans L, Trinh XB, van Dam PA. Quality indicators for the management of endometrial, cervical and ovarian cancer. European Journal of Surgical Oncology. 2019;45(4):528-37.
4. Querleu D, Ray-Coquard I, Classe JM, Aucoeur JS, Bonnet F, Bonnier P, et al. Quality indicators in ovarian cancer surgery: report from the French Society of Gynecologic Oncology (Société Française d'Oncologie Gynécologique, SFOG). Annals of Oncology. 2013;24(11):2732-9.
5. Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Beraadslaging nr 09/071 van 15 september 2009, laatst gewijzigd op 18 februari 2014, met betrekking tot de mededeling van persoonsgegevens door de verzekeringsinstellingen aan de Stichting Kankerregister in het kader van artikel 45 quinquies van het KB nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen / Délibération n°09/071 du 15 septembre 2009, modifiée le 18 février 2014, relative à la communication de données à caractère personnel par les organismes assureurs à la Fondation Registre du Cancer dans le cadre de l'article 45quinquies de l'AR n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. [Web page].2014. Available from: [https://www.privacycommission.be/sites/privacycommission/files/documents/d%C3%A9lib%C3%A9ration\\_SS\\_071\\_2009.pdf](https://www.privacycommission.be/sites/privacycommission/files/documents/d%C3%A9lib%C3%A9ration_SS_071_2009.pdf)
6. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of epithelial ovarian cancer Edinburgh: 2013 (revised 2018). (SIGN publication no. 135) Available from: [https://www.sign.ac.uk/assets/sign135\\_oct2018.pdf](https://www.sign.ac.uk/assets/sign135_oct2018.pdf)



7. Society of Gynaecologic Oncology. Genetic Testing for Gynecologic Cancer - Position Statement Genetics [Web page]. October 1, 2014 [cited 15 June 2020]. Available from: <https://www.sgo.org/resources/genetic-testing-for-gynecologic-cancer/>
8. Ozols RF, Bundy BN, Greer BE, Fowler JM, Clarke-Pearson D, Burger RA, et al. Phase III trial of carboplatin and paclitaxel compared with cisplatin and paclitaxel in patients with optimally resected stage III ovarian cancer: a Gynecologic Oncology Group study. *J Clin Oncol*. 2003;21(17):3194-200.
9. du Bois A, Luck HJ, Meier W, Adams HP, Mobus V, Costa S, et al. A randomized clinical trial of cisplatin/paclitaxel versus carboplatin/paclitaxel as first-line treatment of ovarian cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2003;95(17):1320-9.
10. Neijt JP, Engelholm SA, Tuxen MK, Sorensen PG, Hansen M, Sessa C, et al. Exploratory phase III study of paclitaxel and cisplatin versus paclitaxel and carboplatin in advanced ovarian cancer. *J Clin Oncol*. 2000;18(17):3084-92.
11. Bell J, Brady MF, Young RC, Lage J, Walker JL, Look KY, et al. Randomized phase III trial of three versus six cycles of adjuvant carboplatin and paclitaxel in early stage epithelial ovarian carcinoma: a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol*. 2006;102(3):432-9.
12. Colombo N, Sessa C, Bois AD, Ledermann J, McCluggage WG, McNeish I, et al. ESMO-ESGO consensus conference recommendations on ovarian cancer: pathology and molecular biology, early and advanced stages, borderline tumours and recurrent disease. *Int J Gynecol Cancer*. 2019.
13. The Society of Gynecologic Oncology (SGO). Quality indicators [Web page]. SGO Policy, Quality and Outcomes Taskforce; 2020 [cited 26 March 2021]. Available from: <https://www.sgo.org/resources/quality-indicators/>
14. Earle CC, Neville BA, Landrum MB, Souza JM, Weeks JC, Block SD, et al. Evaluating claims-based indicators of the intensity of end-of-life cancer care. *Int J Qual Health Care*. 2005;17(6):505-9.
15. Mullins MA, Ruterbusch JJ, Clarke P, Uppal S, Wallner LP, Cote ML. Trends and racial disparities in aggressive end-of-life care for a national sample of women with ovarian cancer. *Cancer*. 2021.
16. AlHilli M, Langstraat C, Tran C, Martin J, Weaver A, McGree M, et al. Risk factors and indications for 30-day readmission after primary surgery for epithelial ovarian cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2015;25(2):193-202.
17. Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *N Engl J Med*. 2009;360(14):1418-28.
18. Di Donato V, Kontopantelis E, Aletti G, Casorelli A, Piacenti I, Bogani G, et al. Trends in Mortality After Primary Cytoreductive Surgery for Ovarian Cancer: A Systematic Review and Metaregression of Randomized Clinical Trials and Observational Studies. *Ann Surg Oncol*. 2017;24(6):1688-97.
19. Walters CL, Schneider KE, Whitworth JM, Fauci JM, Smith HJ, Barnes MN, et al. Perioperative morbidity and mortality in octogenarians with ovarian cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2013;23(6):1006-9.
20. National Cancer Institute. Cancer Stat Facts: Ovarian Cancer [Web page]. 2017 [cited 10 July 2020]. Available from: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/ovary.html>
21. Cancer Research UK. Ovarian Cancer Age-Standardised One-, Five- and Ten-Year Net Survival, Adults (Aged 15-99), England, 2013-2017 [Web page]. 2019 [cited 3 March 2021]. Available from: <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/ovarian-cancer/survival#ref->
22. German Centre for Cancer Registry Data. Ovarian cancer [Web page]. 2021. Available from: <https://www.krebsdaten.de>



- /Krebs/EN/Content/Cancer\_sites/Ovarian\_cancer/ovarian\_cancer\_node.html
23. Leroy R, De Gendt C, Stordeur S, Silversmit G, Verleye L, Schillemans V, et al. Quality indicators for the management of head and neck squamous cell carcinoma. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2019 01/2019. KCE Reports 305 (305) Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_305\\_Quality\\_indicators\\_Head\\_and\\_neck\\_Report.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_305_Quality_indicators_Head_and_neck_Report.pdf)
24. Stordeur S, Vrijens F, Beirens K, Vlayen J, Devriese S, Van Eycken E. Quality indicators in oncology: breast cancer. Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2010. KCE Reports 150C (D/2010/10.273/101) Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/kce\\_150c\\_breast\\_cancer\\_1.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/kce_150c_breast_cancer_1.pdf)
25. Vlayen J, De Gendt C, Stordeur S, Schillemans V, Camberlin C, Vrijens F, et al. Quality indicators for the management of upper gastrointestinal cancer. Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2013. KCE Reports 200 (D/2013/10.273/15) Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_200\\_Quality\\_indicators\\_for\\_the\\_management\\_of\\_upper\\_gastrointestinal\\_cancer.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_200_Quality_indicators_for_the_management_of_upper_gastrointestinal_cancer.pdf)
26. Vlayen J, Vrijens F, Beirens K, Stordeur S, Devriese S, Van Eycken E. Quality indicators in oncology: testis cancer. Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2010. KCE Reports 149 Available from: <https://kce.fgov.be/publication/report/quality-indicators-in-oncology-testis-cancer>
27. Vrijens F, Verleye L, De Gendt C, Schillemans V, Robays J, Camberlin C, et al. Quality indicators for the management of lung cancer. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2016. KCE Reports 266 Available from: [http://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_266\\_LungCancer\\_Report.pdf](http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_266_LungCancer_Report.pdf)
28. Stordeur S, Vrijens F, Henau K, Schillemans V, De Gendt C, Leroy R. Organisation of care for adults with a rare or complex cancer Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2014 10/02/2014. KCE Reports 219 (D/2014/10.273/21) Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_219\\_rare\\_cancers.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_219_rare_cancers.pdf)
29. Eggink FA, Mom CH, Kruitwagen RF, Reyners AK, Van Driel WJ, Massuger LF, et al. Improved outcomes due to changes in organization of care for patients with ovarian cancer in the Netherlands. Gynecologic Oncology. 2016;141(3):524-30.
30. Timmermans M, van der Aa MA, Lalisang RI, Witteveen PO, Van de Vijver KK, Kruitwagen RF, et al. Interval between debulking surgery and adjuvant chemotherapy is associated with overall survival in patients with advanced ovarian cancer. Gynecol Oncol. 2018;150(3):446-50.
31. Dahm-Kahler P, Palmqvist C, Staf C, Holmberg E, Johannesson L. Centralized primary care of advanced ovarian cancer improves complete cytoreduction and survival - A population-based cohort study. Gynecologic Oncology. 2016;142(2):211-6.
32. Palmqvist C, Staf C, Mateoiu C, Johansson M, Albertsson P, Dahm-Kahler P. Increased disease-free and relative survival in advanced ovarian cancer after centralized primary treatment. Gynecol Oncol. 2020;159(2):409-17.
33. Crawford R, Greenberg D. Improvements in survival of gynaecological cancer in the Anglia region of England: are these an effect of centralisation of care and use of multidisciplinary management? BJOG. 2012;119(2):160-5.
34. Bristow RE, Chang J, Ziogas A, Campos B, Chavez LR, Anton-Culver H. Impact of National Cancer Institute Comprehensive Cancer Centers on ovarian cancer treatment and survival. J Am Coll Surg. 2015;220(5):940-50.
35. Bristow RE, Zahurak ML, Diaz-Montes TP, Giuntoli RL, Armstrong DK. Impact of surgeon and hospital ovarian cancer surgical case



- volume on in-hospital mortality and related short-term outcomes. *Gynecol Oncol.* 2009;115(3):334-8.
36. du Bois A, Rochon J, Pfisterer J, Hoskins WJ. Variations in institutional infrastructure, physician specialization and experience, and outcome in ovarian cancer: a systematic review. *Gynecol Oncol.* 2009;112(2):422-36.
37. Woo YL, Kyrgiou M, Bryant A, Everett T, Dickinson HO. Centralisation of services for gynaecological cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012(3):CD007945.
38. Bristow RE, Chang J, Ziogas A, Anton-Culver H. Adherence to treatment guidelines for ovarian cancer as a measure of quality care. *Obstet Gynecol.* 2013;121(6):1226-34.
39. Bristow RE, Chang J, Ziogas A, Randall LM, Anton-Culver H. High-volume ovarian cancer care: survival impact and disparities in access for advanced-stage disease. *Gynecol Oncol.* 2014;132(2):403-10.
40. Bristow RE, Palis BE, Chi DS, Cliby WA. The National Cancer Database report on advanced-stage epithelial ovarian cancer: impact of hospital surgical case volume on overall survival and surgical treatment paradigm. *Gynecologic Oncology.* 2010;118(3):262-7.
41. Fotopoulou C, Concin N, Planchamp F, Morice P, Vergote I, du Bois A, et al. Quality indicators for advanced ovarian cancer surgery from the European Society of Gynaecological Oncology (ESGO): 2020 update. *Int J Gynecol Cancer.* 2020;30(4):436-40.
42. Vernooij F, Heintz AP, Coebergh JW, Massuger LF, Witteveen PO, van der Graaf Y. Specialized and high-volume care leads to better outcomes of ovarian cancer treatment in the Netherlands. *Gynecol Oncol.* 2009;112(3):455-61.
43. Elit L, Bondy SJ, Paszat L, Przybysz R, Levine M. Outcomes in surgery for ovarian cancer. *Gynecol Oncol.* 2002;87(3):260-7.
44. Chafe S, Honore L, Pearcey R, Capstick V. An analysis of the impact of pathology review in gynecologic cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2000;48(5):1433-8.
45. Khalifa MA, Dodge J, Covens A, Osborne R, Ackerman I. Slide review in gynecologic oncology ensures completeness of reporting and diagnostic accuracy. *Gynecol Oncol.* 2003;90(2):425-30.
46. Wright JD, Herzog TJ, Siddiq Z, Arend R, Neugut AI, Burke WM, et al. Failure to rescue as a source of variation in hospital mortality for ovarian cancer. *J Clin Oncol.* 2012;30(32):3976-82.
47. Uppal S, Spencer RJ, Rice LW, Del Carmen MG, Reynolds RK, Griggs JJ. Hospital Readmission as a Poor Measure of Quality in Ovarian Cancer Surgery. *Obstetrics & Gynecology.* 2018;132(1):126-36.



## COLOPHON

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Titre :                    | Indicateurs de qualité pour la prise en charge du cancer de l'ovaire – Synthèse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Auteurs :                  | Isabelle Savoye (KCE), Cindy De Gendt (BCR), Jolyce Bourgeois (KCE), Hanna Peacock (BCR), Roos Leroy (KCE), Geert Silversmit (BCR), Sabine Stordeur (KCE), Liesbet Van Eycken (BCR), Cécile Colpaert (AZ Turnhout, UZ Leuven), Philippe De Sutter (UZ Brussel), Hannelore Denys (UZ Gent), Frédéric Goffin (CHU de Liège), Mathieu Jouret (CHWAPI - Centre Hospitalier de Wallonie Picarde), Mathieu Luyckx (Cliniques Universitaires Saint-Luc), Guy Orye (Jessa ZH Hasselt), Dirk Timmerman (UZ Leuven), Peter Van Dam (UZA - Universitair Ziekenhuis Antwerpen), Toon Van Gorp (UZ Leuven), Geert Villeirs (UZ Gent), Leen Verleye (KCE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Facilitateur de projet :   | Els Van Bruystegem (KCE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Superviseur senior :       | Roos Leroy (KCE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Rédaction de la synthèse : | Karin Rondia (KCE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Relecture :                | Elena Costa (KCE), Marijke Eyssen (KCE), Pascale Jonckheer (KCE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Experts clinique :         | Cécile Colpaert (AZ Turnhout, UZ Leuven), Hannelore Denys (UZ Gent), Philippe De Sutter (UZ Brussel), Maxime Fastrez (CHU St Pierre), Frédéric Goffin (CHU de Liège), Mathieu Jouret (CHWAPI), Mathieu Luyckx (Cliniques universitaires Saint-Luc), Guy Orye (Jessa ZH Hasselt), Dirk Timmerman (UZ Leuven), Peter Van Dam (UZA), Toon Van Gorp (UZ Leuven), Geert Villeirs (UZ Gent), Ignace Vergote (UZ Leuven)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Stakeholders :             | Luk Bruyneel (Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen – Union Nationale des Mutualités Libres), Guy Buyens (The Anticancer Fund), Wim Ceelen (Koninklijk Belgisch Genootschap Heelkunde – Société Royale belge de Chirurgie), Anne De Middelaer (Gynca's – organisatie voor vrouwen met gynaecologische kanker), Dirk De Wachter (VIKZ – Vlaams Instituut voor Kwaliteit en Zorg), Siska Germonpré (Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten – Union Nationale des Mutualités Socialistes), Denis Laurent (AVIQ – Agence pour une Vie de Qualité), Véronique Le Ray (Fondation contre le Cancer - Stichting tegen kanker), Sonia Rademaekers (Esperanza), Ward Rommel (Kom op tegen kanker), Quentin Schoonvaere (PAQS), Koen Traen (VVOG – Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie), Marc Van den Bulcke (Kankercentrum – Centre du cancer, Sciensano), Dirk Van Gestel (BeSTRO-BARO – Belgian Society for Radiotherapy & Oncology), Christiaan Van Haecht (ANMC – LCM - Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes – Landsbond der Christelijke Mutualiteiten), Martine Van Hecke (Test Aankoop – Test Achats), Didier Vander Steichel (Fondation contre le Cancer), Lienke Vandezande (Vereniging voor Verpleegkundigen in Radiotherapie en Oncologie), Wim Vanhecke (Agentschap Zorg en Gezondheid), Karla Venken (Agentschap Zorg en Gezondheid), Annemie Vlayen (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique) |
| Validateurs externes :     | Christina Fotopoulou (Imperial College London, Royaume-Uni), Roy Kruitwagen (Maastricht University Medical Center +, les Pays-Bas), Maaïke Van der Aa (IKNL – Integraal Kankercentrum Nederland, les Pays-Bas)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |



Centres ayant participé à l'étude de validation et personnel impliqué :

UZ Leuven: Toon Van Gorp, Dirk Timmerman, Igance Vergote, Joke de Roover  
Cliniques Universitaires Saint-Luc: Mathieu Luyckx, Laurence Beausart, Monique Kasa-Vubu  
UZ Antwerpen: Peter Van Dam, Tita De Winter, Annick Negers  
Groupe santé CHC: Stéphanie Tock, Yannick Neybuch, Isabelle Mancini  
OLVZ Aalst: Greet Huygh, Louisa Persoons, Frank Staelens, Gwenny De Metter  
CHR de Mouscron: Michel Rojas, Guillaume Delbecque  
AZ Sint-Jan: Jean-Paul Van Gossum  
AZ Sint-Maria Halle: Elke Haest, Nessie Dereymaeker, Marijke Hendrickx

Remerciements :

Nous tenons à remercier Nicolas Fairo (KCE) pour la recherche systématique de la littérature. Nous tenons à souligner l'importante contribution de tous les employés du registre belge du cancer (BCR) qui ont participé à la collecte et au traitement des données, à l'encodage manuel des rapports de pathologie et à la communication avec les hôpitaux. Gilles Macq (BCR) a fourni une assistance pour les analyses de résultats (en volume). Nous tenons également à remercier Kathleen Claes (UZ Leuven) pour sa contribution à l'indicateur de qualité lié aux tests génétiques.

Intérêts déclarés :

Tous les experts et stakeholders consultés pour ce rapport ont été sélectionnés en raison de leur implication dans le domaine Cancer de l'ovaire. A ce titre, il est possible que chacun d'eux présente, jusqu'à un certain point, un inévitable conflit d'intérêt.

Appartenance à un groupe de parties prenantes pour lequel les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Anne De Middelaer (L'asbl Gynca's est une association de patientes pour les femmes atteintes d'un cancer gynécologique, nous défendons donc également les intérêts des femmes atteintes d'un cancer de l'ovaire), Philippe De Sutter (VVOG – Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie), Siska Germonpré (Collaboratrice de l'Association nationale des mutualités socialistes), Sonia Rademaekers (Groupe de pairs Esperanza pour les femmes atteintes d'un cancer gynécologique, fondé par Kom Op Tegen Kanker), Koen Traen (VVOG), Lienke Vandezande (VVRO), Elizabeth Van Eycken (Membre BeSTRO), Geert Villeirs (Belgische Vereniging voor Radiologie)

Titulaire de droits de propriété intellectuelle (brevet, promoteur d'un produit, copyrights, marques déposées, etc.) : Marc Van den Bulcke (Brevet sur 'Detectin of Transgenic Plants', demande de brevet pour le test sérologique multiplex Covid19 (en cours))

Participation à une étude scientifique ou expérimentale en qualité d'initiateur, de chercheur principal ('principal investigator') ou de chercheur : Hannelore Denys (Participation en tant que PI pour plusieurs études sur les ovaires), Marc Van den Bulcke (Projet Horizon 2020oncNGS, Actions conjointes iPAAC, TEHDAS, CSA's B1MG, Healthy Cloud, covid-PHIRI), Maaike Van der Aa (Reçu une subvention du KWF pour un projet sur le cancer du col de



l'utérus), Toon Van Gorp (PI et sous-investigateur pour plusieurs études dans le domaine des tumeurs pelviennes), Ignace Vergote (PI de plusieurs études dans le domaine des tumeurs pelviennes)

Bourse, honoraire ou fonds pour un membre du personnel ou toute autre forme de compensation pour la conduite de la recherche visée au point précédent : Christina Fotopoulou (Honoraire de Roche, Ethicon, GSK, AZ/MSD, Clovis, Tesaro), Dirk Timmerman (Chercheur clinique fondamental pour FWO), Toon Van Gorp (Subventions de FWP et de la Fondation contre le cancer dans le passé), Ignace Vergote (Recherche sous contrat : Oncinvert, Gennab. Subventions (recherche sponsorisée par des entreprises) : Amgen, Roche)

Consultance ou emploi dans une société, association ou organisation à laquelle les résultats de ce rapport peuvent apporter des gains ou des pertes : Hannelore Denys (Conseil et participation au comité consultatif des produits médicaux pour le cancer de l'ovaire), Guy Orye (Proctor pour le robot intuitif Da Vinci)

Rémunération pour une communication, subside de formation, prise en charge de frais de voyage ou paiement pour participation à un symposium : Cécile Colpaert (Paiement par BCR : Fondation registre des cancers pour la formation des data managers en pathologie gynécologique au 12/11/2019), Hannelore Denys (Intervenant lors de congrès nationaux et régionaux, congrès gynécologiques : participation et prise en charge des déplacements des cabinets médicaux, indemnité de formation), Christina Fotopoulou (Voir ci-dessus, idem), Guy Orye (Congrès VVOG), Lienke Vandezande (On me demande régulièrement de parler d'autogestion), Toon Van Gorp (Aide voyage d'Amgen, Roche, BMS dans le passé), Ignace Vergote (Assistance voyage d'Amgen, MSD/Merck, Tesaro, AstraZeneca, Roche dans le passé)

Présidence ou fonction de responsable au sein d'une institution, d'une association, d'un département ou d'une autre entité pour lequel/laquelle les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Philippe De Sutter (Chef du département de gynécologie-oncologie UZ Bruxelles), Sonia Rademaekers (Groupe de pairs Esperanza pour les femmes atteintes d'un cancer gynécologique), Dirk Timmerman (Chef du département de gynécologie-obstétrique UZ Leuven. Il existe une agence d'essais active au sein du service, qui participe également à des études commerciales - je n'ai pas d'intérêt direct à cela - président du groupe de recherche collaboratif International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) - recherche académique pure), Koen Traen (VVOG), Marc Van den Bulcke (Président du Comité de médecine personnalisée de Sciensano (étude pilote NGS)), Lienke Vandezande (Membre du conseil VVRO), Toon Van Gorp (Président du groupe d'intérêt spécial 'Bijzondere Interesse Groep (BIG) Pelviene Oncologie' du VVOG)

Autres intérêts possibles qui pourraient mener à un potentiel ou réel conflit d'intérêts : Dirk Van Gestel (Membre du groupe de travail : « Herziening van de normen radiotherapie »), Ignace Vergote (Consulting Advisory Boards)

Layout :

Ine Verhulst, Joyce Grijseels



**Disclaimer :**

- Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions.
- Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.
- Finalement, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise>).
- Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.

Date de publication : 28 juin 2022

Domaine : Health Services Research (HSR)

MeSH : Carcinoma, Ovarian Epithelial ; Quality of Health Care ; Quality Indicators, Health Care; Quality Assurance, Health Care; Physician's Practice Patterns

Classification NLM : W84.4

Langue : Français

Format : Adobe® PDF™ (A4)

Dépot légal : D/2022/10.273/38

ISSN : 2466-6440

Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »  
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce>.



**Comment citer ce rapport ?**

Savoye I, De Gendt C, Bourgeois J, Peacock H, Leroy R, Silversmit G, Stordeur S, Van Eycken L, Colpaert C, De Sutter P, Denys H, Goffin F, Jouret M, Luyckx M, Orye G, Timmerman D, Van Dam P, Van Gorp T, Villeirs G, Verleye L. Indicateurs de qualité pour la prise en charge du cancer de l'ovaire – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2022. KCE Reports 357Bs. D/2022/10.273/38.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.