Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2021

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 27 Avril 2021 à Poitiers
par Melle Marion DUVOUX

Etat des lieux des délais de prise en charge diagnostique et thérapeutique des cancers du sein opérables au CHU de Poitiers, facteurs favorisants et limitants.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Xavier FRITEL

Membres : Monsieur le Professeur Nicolas ISAMBERT

Monsieur le Professeur Jean Pierre FAURE

Monsieur le Docteur Raphael PELLEVOIZIN

Directeur de thèse : Madame le Docteur Amélie CARIOU

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2021

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 27 Avril 2021 à Poitiers
par Melle Marion DUVOUX

Etat des lieux des délais de prise en charge diagnostique et thérapeutique des cancers du sein opérables au CHU de Poitiers, facteurs favorisants et limitants.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Xavier FRITEL

Membres : Monsieur le Professeur Nicolas ISAMBERT

Monsieur le Professeur Jean Pierre FAURE

Monsieur le Docteur Raphael PELLEVOIZIN

Directeur de thèse : Madame le Docteur Amélie CARIOU

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le Doyen,

Année universitaire 2020 - 2021

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation **(en disponibilité)**
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie (**retraite 01/03/2021**)
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique (**en mission 2020/21**)
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie **(en cours d'intégration PH)**
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail **(en détachement)**
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (**en mission 1 an à/c nov.2020**)
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (**en dispo 1 an**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Phillippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Xavier FRITEL,

Merci de me faire l'honneur d'accepter la présidence de ce jury, veuillez trouver dans ce travail le témoignage de ma profonde reconnaissance pour votre enseignement pendant ces 5 années.

A Monsieur le Professeur Jean Pierre FAURE,

Merci d'avoir accepté de faire partie du jury pour juger ce travail et de l'intérêt que vous porterez à ce sujet. Veuillez trouver ici l'expression de mon plus grand respect.

A Monsieur le Professeur Nicolas ISAMBERT,

Merci d'avoir accepté de faire partie du jury pour juger ce travail et de l'intérêt que vous porterez à ce sujet. Veuillez trouver ici l'expression de mon plus grand respect.

A Monsieur le Docteur Raphael PELLEVOIZIN,

Merci d'avoir accepté de faire partie du jury pour juger ce travail, cela me rend fière et heureuse de te compter parmi mes pères. Tu as été là lorsque je ne savais même pas que j'en avais besoin, et je t'en serais éternellement reconnaissante. Je te fais confiance pour garder ce côté révolutionnaire qui m'a sauvé.

A Madame le Docteur Amélie CARIOU,

Je te remercie de m'avoir confié ce travail, de l'avoir dirigé et d'avoir été de la plus grande des patience et bienveillance. Ton empathie, le calme de tes mots et de ta personne, et ta diplomatie m'inspirent au quotidien.

A mes parents et mon frère,

Votre soutien est sans faille et m'impressionne sans cesse, je suis heureuse de mes accomplissements car je sais qu'ils vous rendent fiers, même si certains (Rémi) ne l'avouent qu'à demi-mots. Je sais de qui je tire l'insolence et la pugnacité qui m'ont tant apporté dans ma formation. Votre exemple me force chaque jour à choisir la meilleure façon de faire parmi les autres, et peu importe combien m'en coûte. Ce combat mental est permanent et j'espère un jour avoir la même tempérance que celle qui m'a été inculquée.

A l'équipe de gynécologie-obstétrique d'Angoulême,

A Mélanie Roblin, je ne connais simplement pas de meilleur médecin que toi, à Mélie Sarreau, dépasser le côté dark-Mélie pour trouver un joyau, au Dr Chartier et son soucis du détail, à Damien Robilliard qui force mon optimisme par pure volonté d'opposition, à Brigitte Fontaine et Claudine Quemeneur avec qui j'ai appris mes premiers forceps, à Delphine Demondion et Barnabé Bouvarel j'ai si hâte de vous retrouver et évoluer à vos côtés, à Denis Tariel, voilà.
A tout le reste de l'équipe des sage-femmes, des auxiliaires, des aides-soignantes, des infirmières de chir ambu et de chir 3. Que j'ai hâte d'être à la maison.

Aux gynécologues-obstétriciens qui m'ont apporté ici et là,

Aicha N DOYE pour la confiance que tu as dû avoir à me laisser faire ma première VMI, et pour nos cocas qui me manquent, Merouze pour la bienveillance de mon pref de la SDN, Pauline Bertherat un tel exemple dans absolument tout, Marie Fourreau qui m'a vu au début et à la fin, Bertrand pour son phlegme et son humour nonchalant
Sans oublier le Dr CARLIER-GUERIN, le Dr SARFATI, le Dr GODARD, le Dr GUILHEN, le Dr FERRY, le Dr SEDILLE, le Dr DEVAUD, le Dr BAUER, et le Dr SOHIER.
Et pour tous les contre-exemples aussi, qui ont au moins le mérite de nous apprendre ce que l'on ne doit surtout pas reproduire.

Aux urologues qui m'ont parfois plus formé que les gynécologues

Au Dr BON, dieu sur terre de la chirurgie, vous auriez fait un excellent gynécologue (haha !), au Dr OITCHAYOMI, la précision de tes mains, le calme de ta voix, au Dr BENMEZIANI, ton franc parler et ta bienveillance aux patients m'inspirent, au Dr ESTRADE, apprendre le calme face à la tempête, et au Dr GUILLAUME.
Au Dr BERNARDEAU merci de ne plus fixer les petites lèvres, au Dr PILLOT, je ne sais pas si j'ai beaucoup appris en faisant des prostate robot mais qu'est ce que c'était cool, au Dr DELPECH, au Dr VALLAT, au Dr VALLEE, au Dr BISCANS, au Dr DUCOUSSO, au futur Dr CHAPELLE et au Dr CHARLES. Aux ibodes et ide du CHA et CHU, je vous voudrais bien dans ma team !
Et last but not least, au Dr BRETON, si on m'avait dit qu'on s'entendrait si bien je n'y aurais pas cru, cœur cœur love.

A mes amis,

A Loïc Rochefeuille,

Voilà, tu es au sommet de cette liste d'amis, pourtant je ne saurais t'écrire ici tout ce pourquoi je te remercie. Que les larmes couleront sur mon visage lorsque tu retourneras dans ton île !

A Marine Darrigade Fleury,

A cette si belle rencontre, à cette tête que tu as qui réfléchit si vite, à l'absence de jugement permanent, celle à qui je peux tout dire et tout écouter, à tes défauts que j'aime aussi. Je veux te voir toujours et ne jamais te perdre.

A Charlotte Bergeon,

Un retour aux sources quand on se voit, merci de me ré-apprendre le bonheur des moments simples.

A Nadia Ali Benali,

Celle qui supporte tout, mes nausées après être passée derrière le bar en Grèce, les angoisses qui me poussent à débarquer chez toi n'importe quand ; merci d'avoir été à la base de ce voyage à Marrakech qui nous a tant rapprochées.

A Angèle Bonnin,

Loin des yeux mais non loin du cœur, tabernacle quand est-ce qu'on se voit ?

Aux réunionnais Léa Chenard, Margaux Dewinter et Raphael Mondon,

Léa la plus belle âme que je connaisse. Margaux la folie qui me ressemble. Raphael, le moins de mots mais toujours dans le mille.

A Manon Sorel, Margaux Boutonnet, Agathe Lutgen,

Des cointernes d'abord, des amies surtout ensuite, Princesse Sorel, Douceur Boutonnet et Ouragan Lutgen.

A Sophia Gaudefroy, Pierre Chenu, Pierre Netter, Marie-Caroline Roch, Clara Lopes, Julie Salvan,

A ces premières rencontres qui m'ont donné la passion d'Angoulême, vous êtes tous partis mais serez toujours les bienvenus !

A Félicien Mahiet,

Une partie de ma vie terminée pendant laquelle j'ai beaucoup appris, et dont les enseignements me sont utiles au quotidien. Maintenant je mange des légumes, probablement grâce à toi.

A Angougou RPZ et les autres,
Imanol Onseyène Anchordoqui, Benjamin Rebecca Labarbe, Mathie Gonz', Papa Ours, Pierre Quentin Carbillet, Stephane Scheer, Léa Merguez Guilloteau, Xabi L'Escargot Doat, Thomas Druart, Loïc Boisliveau, Thomas Olivier, Hector Bleicher, Thomas Dadalt, Valentin Rolle, Kamel Chellali, Céline Olivier.

Aux colocs,

Ugo Carrere l'hypochondriaque, Morgane « Mais Enfin » Montupet, Villiam Bloch, Lisa Carrière, et Jérémie Fontanelle. Pour les petits déjeuners en musique, les « ptites bouteilles », les marvels, les matchs de rugby, de foot et grand prix, les imitations, et le pepsi toujours au frais ! Camille Cottin vous remercie.

Aux copines du Lundi,
Jeanne Jayot, Agate Bourg, Estelle Ben Brahim, Agathe Métais, Pauline Grapin.

A mes cointernes de gynéco,
Sandrine Gbia, merci pour le soutien lors de nos premiers pas, j'espère que ta carrière sera à la hauteur de ta personne, Hugo Camilli, Mehdi Assouan, Tom Roynard, Océanne Clergue, Edwin Angermann, Margot Denis, Marion Laroque, Perrine Auzon, Lucie Chaudey, et Julien Marenciano pour son courage et sa largeur d'épaule.

A mes cointernes du dernier semestre,
A Juliette Capitaine, Blandine Baduel, Maryne Goujeau, Mathilde Badets, Cécile Mautalen et Marie Sophie Luneau, merci d'avoir supporté mon stress et rendu ce dernier stage d'interne si doux. Aux prochaines vogues !

Aux pharmaciens,
A Manu Ribeiro De Sousa et à Yann Fougère, acteur de l'ombre de la thèse.

Aux copains du lycée,
Romain Ouchet, Rémi Godard, Quentin Gauchet.

A tous les autres, Manu Hoarau, Benjamin Esnault, Thibault Marty, Guillaume Valarche, Emmanuel Steiner, Julie Magret, Pierric Gay, Thomas Pinto Leite, Solene Roques, Marie Rolland…

Et à tous les autres que j'ai oublié.

SOMMAIRE

ABREVIATIONS 11
INTRODUCTION 12
MATERIEL ET METHODES 13
1. Type d'étude 13
2. Population de l'étude 13
3. Objectif principal et seçondaires 13
4. Recueil de données 13
5. Recommandations HAS 15
Figure 1 : Principaux délais et recommandations 15
6. Recommandations CNGOF en lien avec l'épidémie de COVID 19 16
7. Analyse des données 16
RESULTATS 17
1. Caractéristiques de la population 17
Figure 2 : Diagramme de flux *17*
Tableau 1 : Caractéristiques de la population *19*
2. Délais de prise en charge diagnostique et thérapeutique des cancers du sein opérés au CHU de Poitiers 20
a. Délais de prise en charge préopératoire 20
Figure 3 : Délai d'accès au premier traitement *20*
b. Délais de prise en charge postopératoire 21
Figure 4 : Délai entre chirurgie et radiothérapie adjuvante en l'absence de chimiothérapie adjuvante *21*
Figure 5 : Délai entre chirurgie et radiothérapie adjuvante lorsqu'il existe une chimiothérapie adjuvante *22*
Tableau 2 : Délais de prise en charge au CHU de Poitiers *22*
3. Impact de l'épidémie de COVID 19 sur les délais de prise en charge 23
Tableau 3 : Comparaison des délais de prise en charge entre la période avant et pendant COVID 19 *23*
4. Délais de prise en charge diagnostique et thérapeutique et évolution annuelle 24
Figure 6 : Evolution annuelle des délais préopératoires *24*
Figure 7 : Evolution annuelle des délais postopératoires de 2014 à 2020 *25*
5. Délais de prise en charge diagnostique et thérapeutique et facteurs favorisants et limitants entre 2014 et 2019 25
a. Facteurs liés au délai de premier traitement 25
Tableau 4 : Facteurs liés au délai entre la mammographie et le premier traitement *25*
b. Facteurs liés au délai entre la Chirurgie et la Radiothérapie 26
Tableau 5 : Facteurs liés au délai entre la chirurgie et la radiothérapie adjuvante *26*
c. Facteurs liés au délai entre la Mammographie et la Biopsie 26
Tableau 6 : Facteurs liés au délai entre la mammographie et la biopsie *26*
6. Etude des flux géographiques des patientes 27
Figure 8 : Etude des flux géographiques des patientes de 2014 à 2020 *27*

DISCUSSION 28
CONCLUSION 31
BIBLIOGRAPHIE 32
ANNEXES 35
1. Table complète des caractéristiques de la population 35
2. Table complète de comparaison de période avant et pendant COVID 19 39
3. Classification TNM du cancer du sein 43
4. Classification Bi-RADS de l'ACR 44

RESUME 45
SERMENT 46

ABREVIATIONS

BRCA 1 et 2 = Breast cancer 1 et 2
CHU = Centre Hospitalier Universitaire
CIS = Carcinome In Situ
CNIL = Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COVID 19 = coronavirus Disease 19
EUSOMA = European Society of Breast Cancer specialists
GS = Ganglion Sentinelle
HAS = Haute Autorité de Santé
HER 2 = Human Epithelial Growth Factor Receptor-2
IC = Intervalle de Confiance
INCA = Institut National du Cancer
IRM = Imagerie par Résonance Magnétique
Ki67 = Index de prolifération de l'antigène Ki-67
OMS = Organisation Mondiale de la Santé
NST = Non Specific Type
OR = Odds Ratio
RCP = Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RH= Récepteurs Hormonaux
SBR = Grade histopronostique Scarff Bloom Richardson

INTRODUCTION

Le cancer du sein est le plus fréquent et la première cause de décès par cancer chez la femme (1). En France, l'incidence de cette maladie est estimée à 58 459 nouveaux cas de cancer en 2018, entrainant plus de 12 000 décès (2). La survie du cancer du sein, tous stades confondus, à 5 ans est de 88% (2). Il a été démontré que les délais dans la prise en charge thérapeutique du cancer du sein sont associés au risque de récidive locale et à la survie globale (3–7).

En France, depuis 2003 la lutte contre le cancer est organisée à travers des plans cancer qui permettent de structurer le combat contre la maladie, le plan cancer de 2014-2019 (8) avait pour mission par son objectif numéro 2.1 de réduire les délais entrainant des pertes de chance. Dans l'idée de poursuivre ces objectifs, l'Institut National Contre le Cancer a ensuite proposé sa stratégie décennale de lutte contre le cancer 2021-2030 à la demande du ministère de la santé (9).

L'Institut National Contre le Cancer a réalisé une étude sur les délais de prise en charge concernant les quatre cancers les plus fréquents, dont le cancer du sein. Cela a permis de montrer les inégalités de délais pourvoyeurs de perte de chance et a initié la marche vers l'équité de prise en charge. Dans cet optique la Haute Autorité de Santé a défini des recommandations de délais de prise en charge orientant vers la bonne pratique dans le parcours de soins du cancer du sein (10). Celles-ci associées aux recommandations européennes pour l'assurance de la qualité dans le dépistage et le diagnostic du cancer du sein de 2007 indiquant un intervalle maximum de 6 semaines entre la date du premier examen diagnostic et la date de chirurgie ou premier traitement ; donnent les objectifs de délais dans le traitement du cancer du sein.

Ces objectifs de délais risquent d'être mis à mal par l'épidémie mondiale de COVID 19 évoluant depuis le début de l'année 2020. En effet les autorités sanitaires françaises ont établi des restrictions forçant le système de soin à se ré-organiser, et certaines sociétés savantes ont établi des recommandations afin de prioriser les prises en charge dans le cancer du sein, modifiant ainsi parfois les stratégies thérapeutiques habituelles (11).

L'objectif de cette étude était de dresser un état des lieux des délais de prise en charge dans le parcours de soins des patientes atteintes d'un cancer du sein opérable au CHU de Poitiers, d'étudier les facteurs influençant sur ces délais et d'étudier l'impact de l'épidémie de COVID 19 sur ces délais.

MATERIEL ET METHODES

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique, observationnelle incluant toutes les patientes prise en charge chirurgicalement pour un cancer du sein au CHU de Poitiers entre le 01/01/2014 et le 31/12/2020.

Cette étude non interventionnelle n'a pas nécessité de consentement.

2. Population de l'étude

Etaient éligibles dans cette étude, toutes les patientes majeures opérées pour un cancer du sein au CHU de Poitiers entre 2014 et 2020, quel que soit le stade TNM. Ces dernières ont été identifiées à partir du logiciel de programmation opératoire OPERA.

Les critères d'exclusion étaient les suivants : mineur ; sexe masculin ; lésion bénigne ; lésion atypique ; absence de chirurgie.

3. Objectif principal et secondaires

L'objectif principal de cette étude était l'évaluation des délais de prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein opérable au CHU de Poitiers.

Les objectifs secondaires étaient l'évaluation de la modification de ces délais en lien avec l'épidémie de COVID 19 ; l'étude de l'évolution annuelle des délais de prise en charge, leurs facteurs favorisants et limitants, et l'étude des flux géographiques des patientes.

4. Recueil des données

Etaient recensées toutes les patientes opérées d'un cancer du sein à l'aide du logiciel de programmation opératoire OPERA ; puis tous les dossiers étaient examinés à la recherche des critères d'inclusion et d'exclusion. Les données ont été recueillies via la lecture du dossier médical informatique TELEMAQUE 2.0 et la lecture des fiches RCP résumant la proposition de prise en charge du réseau 3C Onco-nouvelle Aquitaine, site de Poitiers.

Pour chaque patiente incluse, des données sociodémographiques (âge au moment de la prise en charge, lieu de résidence) et médicales (IMC, mode de détection du cancer, caractère première tumeur ou récidive, caractère in situ ou invasif, type histologique, stade UICC, grade histopronostique SBR ou EE, statut d'expression des récepteurs hormonaux (RO et RP), statut Her2, index de proliferation Ki67) ont été recueillies.

Afin de calculer les délais de prise en charge, 8 dates ont été répertoriées : date de réalisation de la mammographie repérant l'anomalie ACR 4 ou 5, date de la réalisation de la biopsie, date de la réalisation de la chirurgie, date de la première cure de la chimiothérapie néoadjuvante, date de prescription de l'hormonothérapie néoadjuvante, date de la première séance de la radiothérapie adjuvante, date de la première cure de la chimiothérapie adjuvante, date de prescription de l'hormonothérapie adjuvante. Auxquelles ont été ajoutés la date de réalisation d'une IRM mammaire, d'une deuxième biopsie, et d'une reprise chirurgicale, s'il y avait lieu.

Ces dates définissaient ainsi 6 délais :

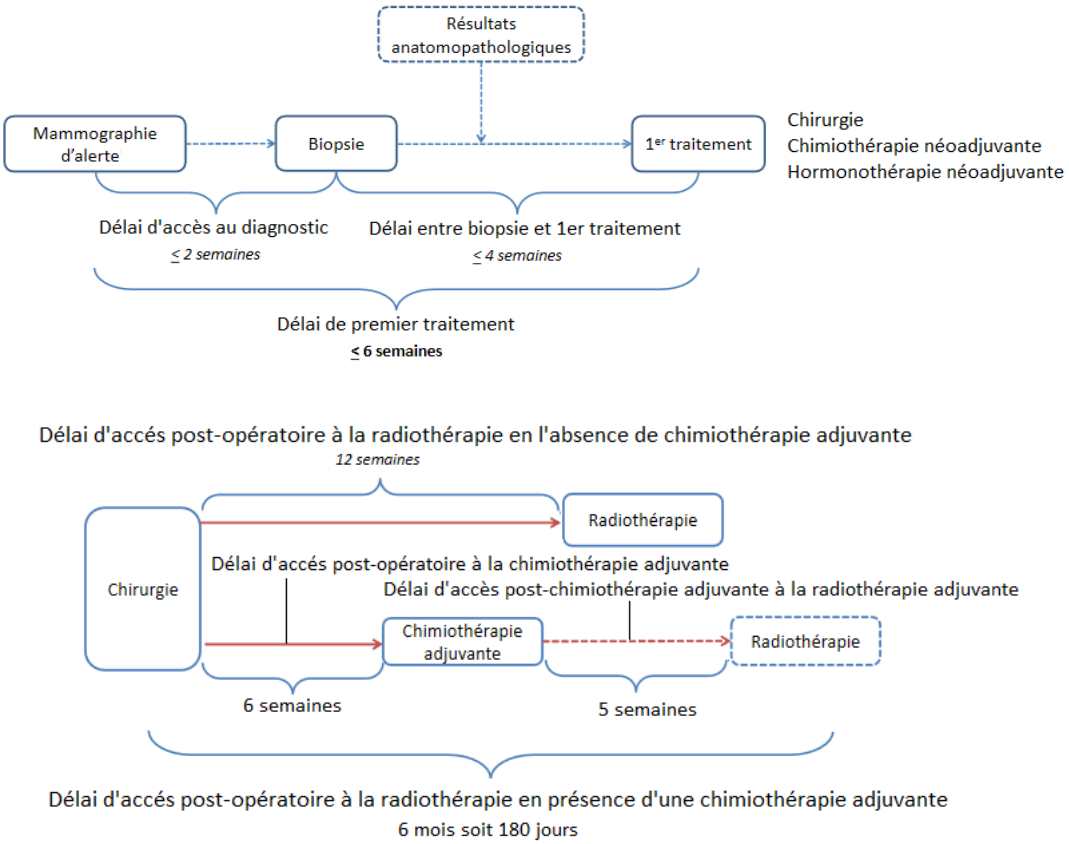
- Délai d'accès au diagnostic : délai entre la mammographie et la date de réalisation de la biopsie
- Délai de premier traitement : délai entre la mammographie et l'intervention chirurgicale ou la chimiothérapie néoadjuvante ou l'hormonothérapie néoadjuvante
- Délai d'accès post-opératoire à la radiothérapie adjuvante en l'absence de chimiothérapie adjuvante : délai entre la date de l'intervention chirurgicale et la première séance de radiothérapie
- Délai d'accès post-opératoire à la radiothérapie adjuvante en présence de chimiothérapie adjuvante : délai entre la date de l'intervention chirurgicale et la première séance de radiothérapie lorsqu'il existait une chimiothérapie adjuvante
- Délai d'accès post-opératoire à la chimiothérapie adjuvante : délai entre les dates de l'intervention chirurgicale et la première cure de chimiothérapie adjuvante
- Délai d'accès post-chimiothérapie à la radiothérapie adjuvante : délai entre les dates de la dernière cure de chimiothérapie et la radiothérapie adjuvante

5. Recommandations HAS

Actuellement en France les parcours de soins des patientes atteintes d'un cancer du sein s'organisent en suivant les recommandations dictées par l'HAS de 2010 (16). En ce qui concerne l'initiation de la radiothérapie, le délai maximum après chirurgie, en l'absence de chimiothérapie adjuvante, doit être inférieur à 12 semaines (84 jours). Si une chimiothérapie adjuvante est indiquée, elle est débutée dans les 3 à 6 semaines (42 jours) après la chirurgie, la radiothérapie doit être débutée au plus tard 6 mois (180 jours) après la chirurgie et au maximum 5 semaines (35 jours) après la chimiothérapie. L'HAS ne donne pas de recommandation précise de délai pour la prise en charge pré-chirurgicale.

Mais les recommandations européennes pour l'assurance de qualité dans le dépistage et le diagnostic du cancer du sein de 2007 (17) donnent l'objectif de réaliser la chirurgie dans les 6 semaines suivant la mammographie.

Figure 1 : Principaux délais et recommandations



6. Recommandations CNGOF en lien avec l'épidémie COVID 19

Les sociétés savantes se sont regroupées via le CNGOF afin d'établir des recommandations sur les adaptations de prise en charge à mettre en œuvre au sein du parcours de soins du cancer du sein (10).

Concernant la modification des délais de prise en charge dans le cancer du sein, on note les recommandations de suspension du dépistage organisé ; la possibilité d'une hormonothérapie première afin de décaler un geste chirurgical (chez les sujets à comorbidités importantes avec cancer invasif lentement évolutif et hormonodépendant (luminal A)) ; le report jusqu'à 3 mois des chirurgies des cancers canalaires in situ de grade bas ou intermédiaire en dehors de formes nodulaires ; le report à 6 semaines des chirurgies des cancers canalaires in situ d'autres formes ; le recours possible à une hormonothérapie d'attente entre chirurgie et radiothérapie avec report de radiothérapie de 3 à 6 mois.

7. Analyse des données

Les patientes ont été incluses et réparties dans le groupe « année » selon leur date de chirurgie (de 2014 à 2020). Les variables qualitatives ont été décrites à l'aide d'effectifs (proportions), les variables quantitatives l'ont été via la moyenne (écart-type).

La comparaison des sujets entre 2 périodes d'étude a fait l'objet de tests exacts de Fisher et de tests de Student. Les résultats ont été fournis sous la forme de différences de moyenne et d'Odd Ratios avec intervalle de confiance à 95% et p-value <5%.

Pour l'étude des facteurs liés aux modifications de délais de prise en charge, des régressions linéaires univariées ont été réalisées. Les résultats ont été présentés sous la forme de coefficients β avec intervalle de confiance à 95% et p-values < 5%.

L'ensemble des analyses et figures a été réalisé sous le logiciel R version 4.0.1 avec un seuil alpha fixé à 5%.

RESULTATS

1. Caractéristiques de la population

Entre le 1er Janvier 2014 et le 31 Décembre 2020, 1312 patients ont été opérées d'une chirurgie mammaire au Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers. Chez ces patients éligibles, on notait 5 hommes, 21 chirurgies prophylactiques et 5 chirurgies à visée esthétique, qui ont été exclus. Chez les patientes opérées d'une tumeur mammaire, on répertoriait 246 lésions bénignes, 3 tumeurs d'un autre type histologique (lymphome, mélanome, carcinome épidermoïde), et 3 patientes finalement non opérées, qui ont également été exclues de l'analyse statistique.

Finalement, l'analyse a porté sur 1029 patientes de 2014 à 2020, représenté en figure 1.

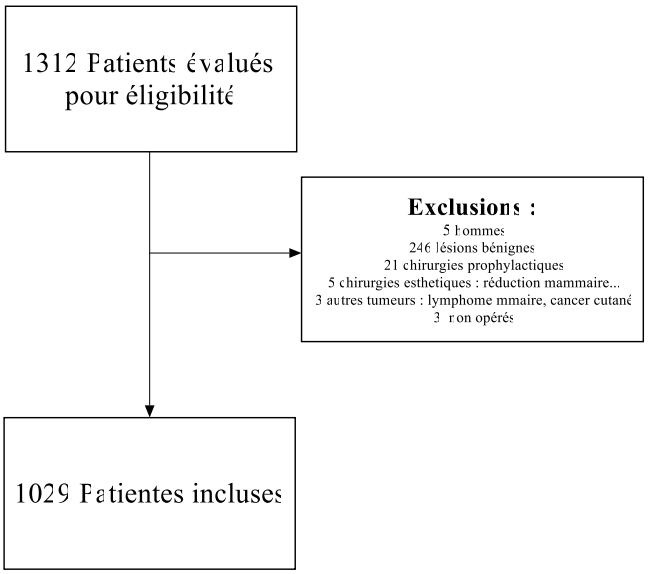


Figure 2 : Diagramme de flux

Parmi les 1029 patientes étudiées, 855 (91%) étaient atteintes d'un carcinome invasif qui pouvait ou non être associé à une composante in situ et 89 (9,4%) patientes étaient atteintes d'un carcinome exclusivement in situ. Les caractéristiques de la population sont présentées en tableau 1.

Concernant le mode de découverte, 431 patientes (45%) ont découvert leur maladie suite à l'apparition d'un symptôme, 442 patientes (46%) à la suite d'un examen de dépistage, et 77 patientes (8,1%) lors du suivi d'une précédente tumeur du sein.

Il s'agissait d'une première tumeur pour 824 patientes (86%), et d'une récidive pour 128 patientes (13,4%) ; de localisation unilatérale dans 97% des cas contre bilatérale dans 3,6% des cas.

Il s'agissait de carcinome de type canalaire non spécifique (NST) dans 77% des cas, de type lobulaire dans 11% des cas, et mixte dans 3% des cas. A propos des critères histo-pronostiques des cancers invasifs, on retrouvait 28% de grade I, 40% de grade II, 30% de grade III. A propos des carcinomes in situ, on retrouvait 11% de bas grade, 33% de grade intermédiaire, 54% de haut grade.

La taille tumorale initiale était en moyenne de 24mm. On notait une atteinte ganglionnaire pour 518 patientes soit 50% de la population. Les récepteurs hormonaux étaient positifs à hauteur de 84% pour les récepteurs aux œstrogènes et 70% pour les récepteurs à la progestérone. Une surexpression HER2 était retrouvée dans 15% des cas. L'index de prolifération Ki67 était retrouvé élevé, soit supérieur à 20%, dans 45% des cas.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

Caractéristique	Total, N = 1029[1]
Age	61 (15)
IMC	26,6 (5,7)
Département de résidence	
86	696 (73%)
79	183 (19%)
36	36 (3,8%)
16	21 (2,2%)
37	12 (1,3%)
17	5 (0,5%)
87	3 (0,3%)
Autre	2 (0,1%)
Mode découverte	
Dépistage	442 (46%)
Radio pulmonaire	1 (0,1%)
Suivi	77 (8,1%)
Symptôme	431 (45%)
Première tumeur/recidive	
Première tumeur	824 (86%)
Bilatérale	1 (0,1%)
Récidive homolatérale	64 (6,7%)
Récidive controlatérale	50 (5,2%)
Récidive sans précision	14 (1,5%)
Latéralité	
Bilatérale	34 (3,6%)
Droite	437 (46%)
Gauche	481 (51%)
Taille lésion (mm)	24 (19)
Invasif/in situ	
In situ	89 (9,4%)
Invasif	855 (91%)
Type histologique	
NST	723 (77%)
Lobulaire	107 (11%)
Mixte	28 (3,0%)
Autre	77 (8,2%)
Grade	
Bas grade	10 (1,1%)
Grade intermédiaire	29 (3,1%)
Haut grade	47 (5,0%)
I	246 (26%)
II	342 (37%)
III	262 (28%)
Présence d'une atteinte ganglionnaire	518 (50%)
HER2 positif	130 (15%)
Récepteurs aux oestrogènes positifs	713 (84%)
Récepteurs à la progesterone positifs	600 (70%)
Ki67 élevé	371 (45%)
IRM mammaire réalisée	203 (20%)
2eme biopsie ou plus réalisée	126 (12%)
Reprise chirurgicale réalisée	81 (7,9%)

[1]Moyenne (ET); n (%)

2. Délais de prise en charge diagnostique et thérapeutique des cancers du sein opérés au CHU de Poitiers

a. Délais de prise en charge préopératoire

Toutes les patientes de l'analyse ont bénéficié d'une prise en charge chirurgicale, on retrouvait majoritairement une chirurgie partielle dans 67% des cas (N=694) ; et une chirurgie axillaire à type de technique du ganglion sentinelle dans 68% des cas (N=702).

La date de mammographie a pu être retrouvé dans 77,3% des cas (N=795), et la date de biopsie dans 84,4% des cas (N=868). Le bilan initial a comporté également une IRM mammaire dans 20% des cas, et une deuxième biopsie ou plus dans 12% des cas.

Pour 239 patientes soit 23%, on retrouvait la réalisation d'une chimiothérapie néoadjuvante. La prise en charge adjuvante comportait une radiothérapie dans 77% des cas (N=795), une chimiothérapie dans 34% des cas (N=350), et une hormonothérapie dans 65% des cas (N=672).

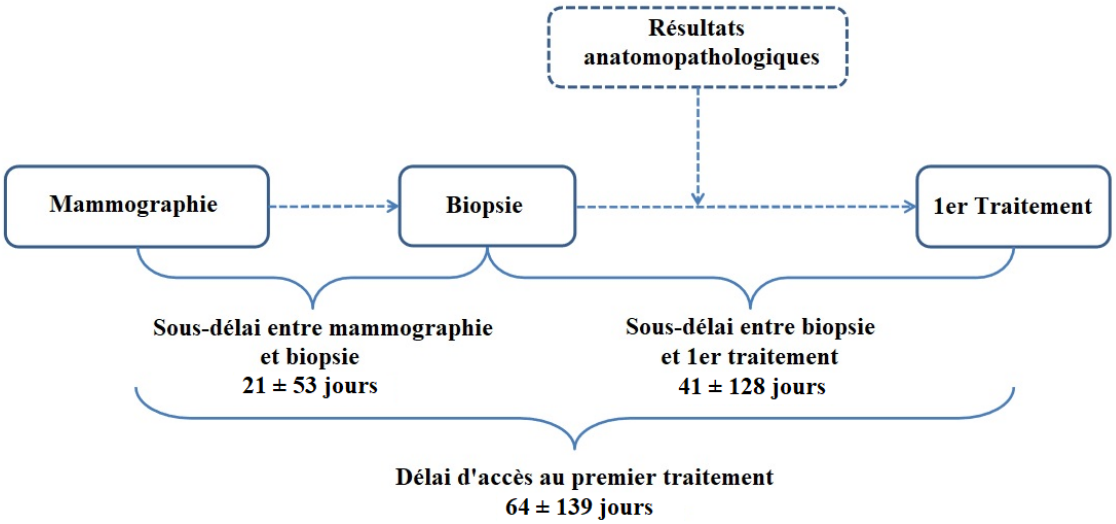


Figure 3 : Délai d'accès au premier traitement

Concernant les délais de prise en charge ; le délai d'accès au premier traitement correspondant au délai entre la mammographie et le premier traitement pouvant être une chirurgie, une chimiothérapie néoadjuvante ou une hormonothérapie néoadjuvante ; on retrouvait un délai de 64 jours en moyenne soit environ 9 semaines. On notait 27% des patientes (N=211) avec un délai inférieur à 6 semaines (42 jours).

Les sous-délais d'accès au premier traitement comprenait le délai entre la mammographie et la biopsie et le délai entre la biopsie et le premier traitement.

Le délai entre la mammographie et la biopsie était en moyenne de 21 jours soit 3 semaines, on notait un délai inférieur à 7 jours dans 32% des cas (N=248), entre 7 et 14 jours dans 33% des cas (N=257), un délai entre 15 et 30 jours dans 22% des cas (N=170), et un délai supérieur à 30 jours dans 14% des cas (N=109).

Le délai entre la biopsie et le premier traitement était en moyenne de 41 jours soit environ 6 semaines.

b. Délais de prise en charge postopératoire

Le délai moyen d'accès à la radiothérapie adjuvante après chirurgie en l'absence de chimiothérapie adjuvante était de 66 jours, soit environ 10 semaines. On notait 85% des patientes (N=422) avec un délai inférieur à 12 semaines (84 jours).

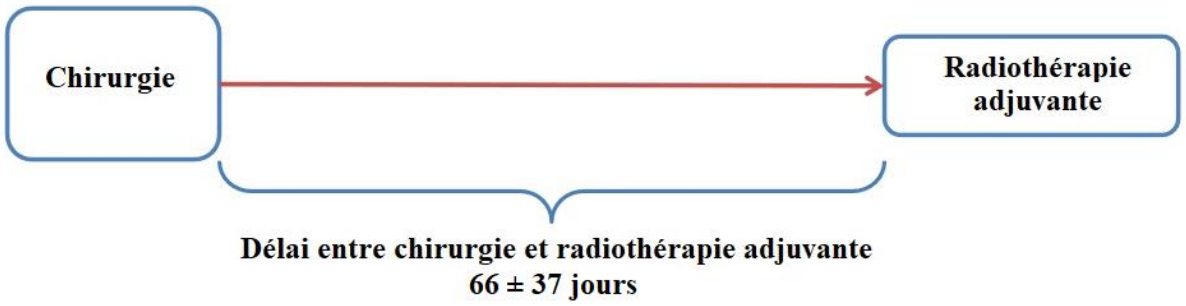


Figure 4 : Délai entre chirurgie et radiothérapie adjuvante en l'absence de chimiothérapie adjuvante

Le délai d'accès à la radiothérapie adjuvante lorsqu'il existait une chimiothérapie adjuvante était de 196 jours moyen soit 6 mois 1/2. On notait 27% des patientes (N=55) avec un délai inférieur à 180 jours (6 mois).

Le délai chirurgie et chimiothérapie adjuvante était en moyenne de 51 jours soit 7 semaines et le délai entre chimiothérapie adjuvante et radiothérapie adjuvante était de 145 jours soit 20 semaines. On notait 32% des patientes (N=81) un délai inférieur à 6 semaines (42 jours) concernant l'intervalle entre chirurgie et chimiothérapie.

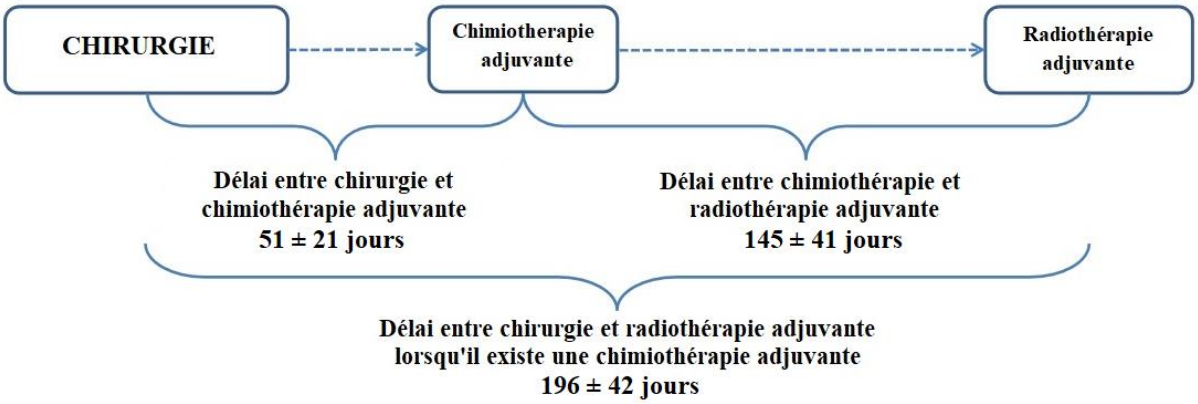


Figure 5 : Délai entre chirurgie et radiothérapie adjuvante lorsqu'il existe une chimiothérapie adjuvante

Caractéristique	Total, N = 1029[1]
Délais préopératoires	
Délai [Mammographie - Biopsie] (jours)	21 (53)
Valeur(s) manquante(s)	245
< 7 jours	248 (32%)
[7 - 14] jours	257 (33%)
[15 - 30] jours	170 (22%)
> 30 jours	109 (14%)
Délai [Biopsie - 1er traitement] (jours)	41 (128)
Délai [Mammographie - 1er traitement] (jours)	64 (139)
Délai [Mammographie - 1er traitement] respectant les recommandations soit < 6 semaines (42 jours)	
Non	584 (73%)
Oui	211 (27%)
Délais postopératoires	
Délai [Chirurgie - Radiothérapie adjuvante] chez les sujets sans chimiothérapie adjuvante (jours)	66 (37)
Délai [Chirurgie - Radiothérapie adjuvante] respectant les recommandations chez les sujets sans chimiothérapie adjuvante soit < 12 semaines (84 jours)	
Non	77 (15%)
Oui	422 (85%)
Délai [Chirurgie - Radiothérapie adjuvante] chez les sujets avec chimiothérapie adjuvante (jours)	196 (42)
Délai [Chirurgie - Radiothérapie adjuvante] respectant les recommandations chez les sujets avec chimiothérapie adjuvante soit < 6 mois (180 jours)	
Non	147 (73%)
Oui	55 (27%)
Délai [Chirurgie - Chimiothérapie adjuvante] (jours)	51 (21)
Délai [Chirurgie - Chimiothérapie adjuvante] respectant les recommandations soit < 6 semaines (42jours)	
Non	176 (68%)
Oui	81 (32%)
Délai [Chimiothérapie adjuvante – Radiothérapie adjuvante] (jours)	145 (41)

[1]Moyenne (ET); n (%)

Tableau 2 : Délais de prise en charge au CHU de Poitiers de 2014 à 2020

3. Impact de l'épidémie de COVID 19 sur les délais de prise en charge diagnostique et thérapeutique des cancers du sein opérés au CHU de Poitiers

La période « Pendant COVID 19 » de notre étude a été définie à compter du 20 Mars 2020, date d'annonce de pandémie mondiale par l'OMS. Celle-ci a été comparée aux deux années précédentes soit l'année 2018 et 2019 comme référence « Avant COVID ».
Les populations étaient comparables en dehors des caractéristiques du mode de découverte par le suivi, la récidive controlatérale, le type histologique autre que NST, lobulaire ou mixte, la présence d'une atteinte ganglionnaire, qui étaient significativement en plus grand nombre en période COVID. La reprise chirurgicale était significativement plus fréquente en période avant COVID.
Par rapport à la période avant COVID, la période COVID n'était pas caractérisée par un allongement significatif des délais de prise en charge diagnostique ou thérapeutique. La comparaison des deux périodes est représentée en tableau 3, et l'ensemble des caractéristiques des patientes de cette analyse est consultable en annexe.

Caractéristique	Avant COVID, N = 447[1]	Pendant COVID, N = 146[1]	Taille d'effet[2]	P value
Délais préopératoires				
Délai [Mammographie - Biopsie] (jours)	20 (41)	17 (38)	µ=-3,2 [-12 ; 5,5]	0,5
Délai [Biopsie - 1er traitement] (jours)	35 (192)	49 (43)	µ=13 [-8,1 ; 35]	0,2
Délai [Mammographie - 1er traitement] (jours)	58 (197)	66 (59)	µ=8,2 [-16 ; 32]	0,5
Délai [Mammographie - 1er traitement] respectant les recommandations				
Non	257 (75%)	70 (69%)	Référence	
Oui	85 (25%)	32 (31%)	OR=1,4 [0,82 ; 2,3]	0,2
Délais postopératoires				
Délai [Chirurgie - Radiothérapie adjuvante] chez les sujets sans chimiothérapie adjuvante (jours)	62 (39)	64 (43)	µ=2,1 [-9,8 ; 14]	0,7
Délai [Chirurgie - Radiothérapie adjuvante] respectant les recommandations chez les sujets sans chimiothérapie adjuvante				
Non	22 (11%)	9 (14%)	Référence	
Oui	178 (89%)	57 (86%)	OR=0,78 [0,32 ; 2,0]	0,7
Délai [Chirurgie - Radiothérapie adjuvante] chez les sujets avec chimiothérapie adjuvante (jours)	196 (51)	184 (20)	µ=-13 [-27 ; 1,8]	0,084
Délai [Chirurgie - Radiothérapie adjuvante] respectant les recommandations chez les sujets avec chimiothérapie adjuvante				
Non	67 (73%)	9 (53%)	Référence	
Oui	25 (27%)	8 (47%)	OR=2,4 [0,71 ; 7,8]	0,15
Délai [Chirurgie - Chimiothérapie adjuvante] (jours)	51 (18)	48 (15)	µ=-2,8 [-10 ; 4,5]	0,4
Délai [Chirurgie - Chimiothérapie adjuvante] respectant les recommandations				
Non	80 (68%)	16 (70%)	Référence	
Oui	37 (32%)	7 (30%)	OR=0,95 [0,30 ; 2,7]	>0,9
Délai [Chimiothérapie adjuvante – Radiothérapie adjuvante] (jours)	148 (50)	135 (23)	µ=-13 [-28 ; 2,3]	0,095

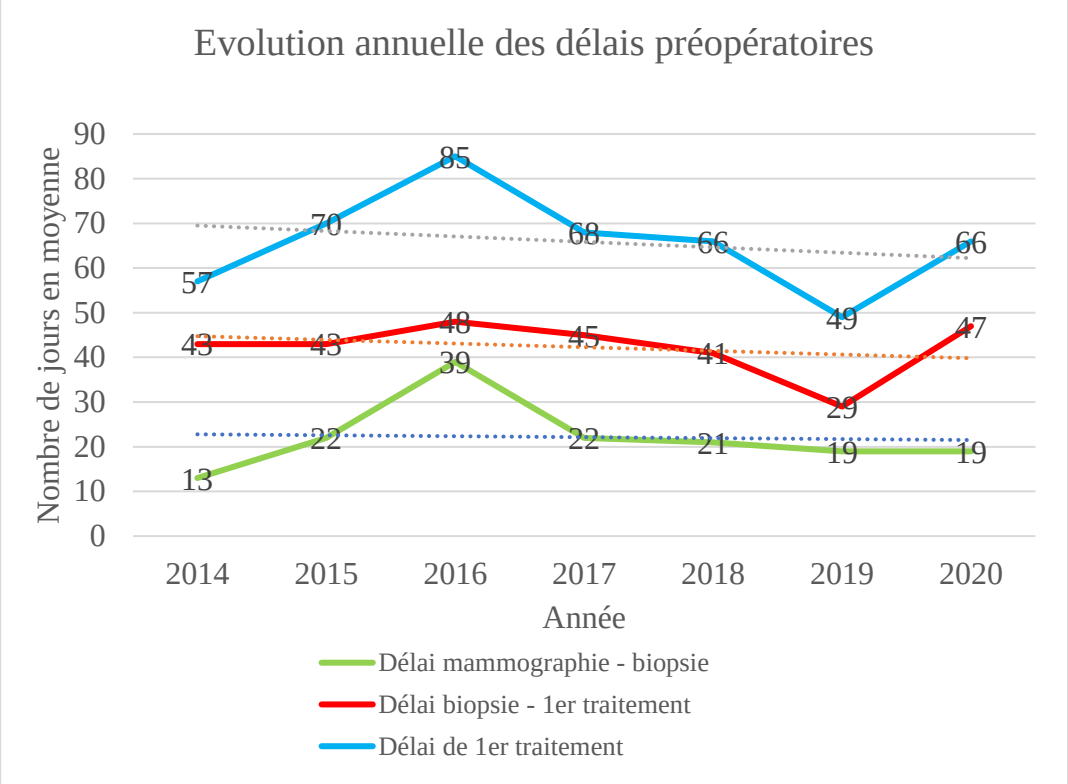
[1]Moyenne (ET); n (%) [2]OR: Odd Ratio; µ: différence moyenne

Tableau 3 : Comparaison des délais de prise en charge entre la période avant et pendant COVID 19

4. Délais de prise en charge diagnostique et thérapeutique et évolution annuelle

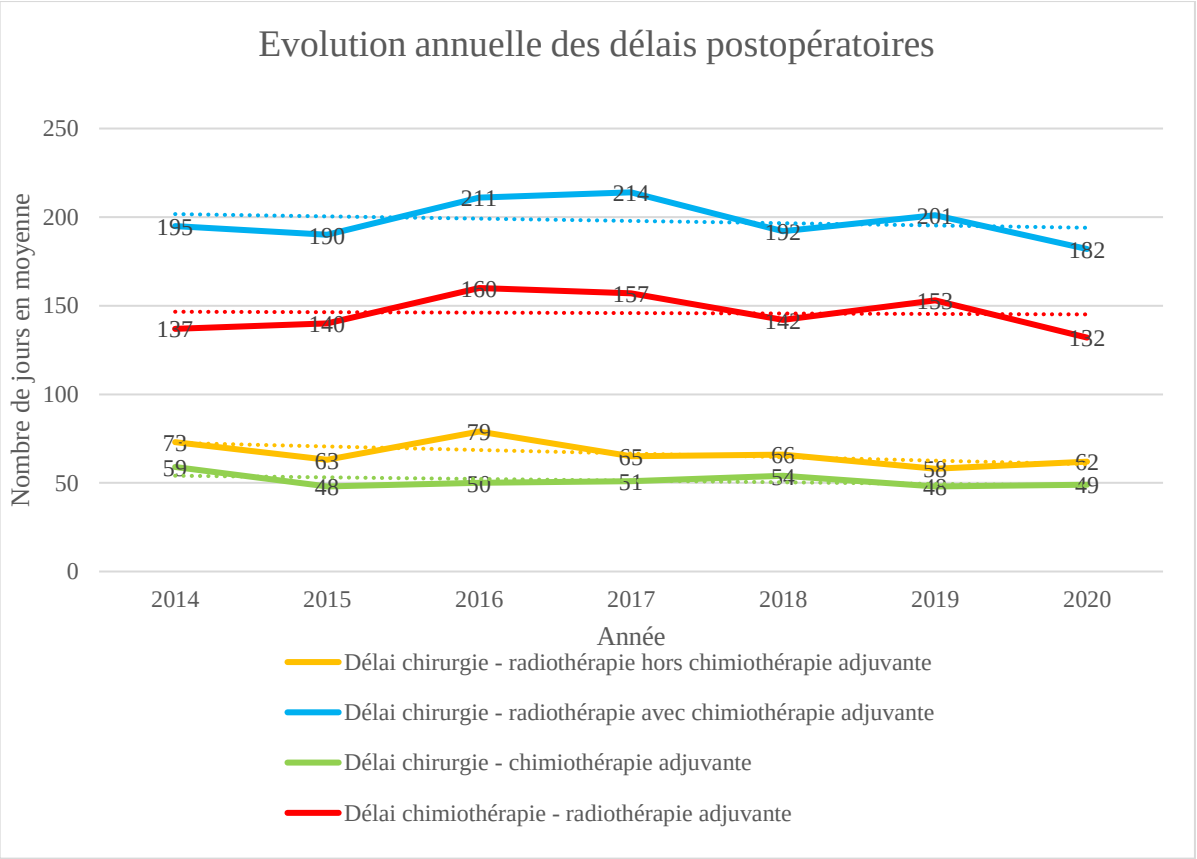
L'analyse de l'évolution annuelle des délais préopératoires montre une stabilité du délai entre mammographie et biopsie entre 2014 à 2020. On notera une tendance à l'infléchissement du délai entre biopsie et premier traitement et du délai de premier traitement entre 2014 et 2019 avec une ascension en 2020.

Figure 6 : Evolution annuelle des délais préopératoires



L'analyse de l'évolution annuelle des délais postopératoires montre une stabilité des délais de 2014 à 2020 ; on note un léger infléchissement du délai entre la chirurgie et la radiothérapie dans les deux cas d'absence et de présence de chimiothérapie adjuvante.

Figure 7 : Evolution annuelle des délais postopératoires de 2014 à 2020



5. Délais de prise en charge diagnostique et thérapeutique et facteurs favorisants et limitants entre 2014 et 2019

a. Facteurs liés au délai de premier traitement

On ne retrouvait pas de facteur lié à une modification significative du délai de premier traitement comme représenté en tableau 4.

Tableau 4 : Facteurs liés au délai entre la mammographie et le premier traitement entre 2014 et 2019

Caractéristique	N	Beta	95% CI[1]	p-value
Découverte durant le suivi	654	-0,76	-48 ; 47	p>0,9
Récidive	655	-4,3	-41 ; 32	p=0,8
Taille de la lésion (en mm)	654	-0,14	-0,72 ; 0,45	p=0,6
Tumeur invasive	655	-24	-65 ; 17	p=0,2
Histologie lobulaire	649	8,4	-30 ; 47	p=0,7
Réalisation d'une IRM mammaire	655	9,1	-19 ; 37	p=0,5
Réalisation d'une 2e biopsie	655	19	-14 ; 53	p=0,3
Réalisation d'une reprise chirurgicale	655	10	-27 ; 48	p=0,6
N+	653	8,8	-15 ; 32	p=0,5

[1]CI = intervalle de confiance

b. Facteurs liés au délai entre la Chirurgie et la Radiothérapie

Les récidives de tumeurs étaient significativement liées à un raccourcissement du délai entre la chirurgie et la radiothérapie (β=-31 [-59 ; -3,3] p=0,028). A l'inverse une tumeur de type invasive (β=40 [18 ; 62] p<0,001), la réalisation d'une reprise chirurgicale (β=45 [26 ; 63] p<0,001), et l'envahissement ganglionnaire (β=26 [14 ; 37] p<0,001) étaient significativement liées à une augmentation de ce délai.

Tableau 5 : Facteurs liés au délai entre la chirurgie et la radiothérapie adjuvante entre 2014 et 2019

Caractéristique	N	Beta	95% CI[1]	p-value
Découverte durant le suivi	583	-27	-62 ; 8,3	p=0,13
Récidive	583	-31	-59 ; -3,3	**p=0,028**
Taille de la lésion (en mm)	581	0,24	-0,06 ; 0,54	p=0,12
Tumeur invasive	583	40	18 ; 62	**p<0,001**
Histologie lobulaire	578	-4,6	-23 ; 14	p=0,6
Réalisation d'une IRM mammaire	583	7,1	-6,6 ; 21	p=0,3
Réalisation d'une 2e biopsie	583	-3,3	-20 ; 13	p=0,7
Réalisation d'une reprise chirurgicale	583	45	26 ; 63	**p<0,001**
N+	581	26	14 ; 37	**p<0,001**

[1]CI = intervalle de confiance

c. Facteurs liés au délai entre la Mammographie et la Biopsie

Aucun des facteurs étudiés n'était significativement lié à une modification du délai entre la mammographie et la biopsie.

Tableau 6 : Facteurs liés au délai entre la mammographie et la biopsie entre 2014 et 2019

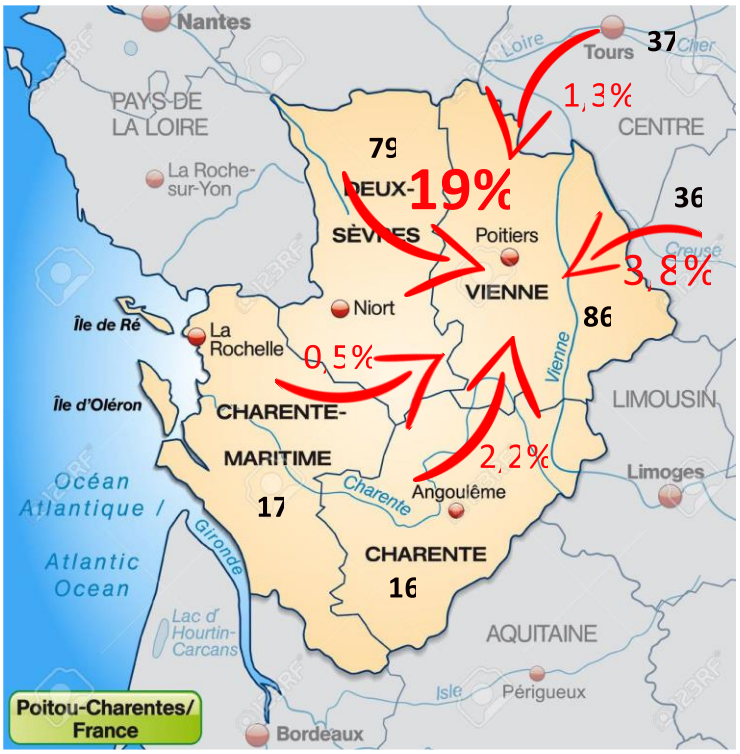
Caractéristique	N	Beta	95% CI[1]	p-value
Découverte durant le suivi	644	5,7	-12 ; 24	p=0,5
Récidive	646	-2,8	-17 ; 11	p=0,7
Taille de la lésion (en mm)	644	-0,04	-0,26 ; 0,18	p=0,7
Tumeur invasive	645	-4,7	-20 ; 10	p=0,5
Histologie lobulaire	639	-4,1	-19 ; 10	p=0,6
Réalisation d'une IRM mammaire	646	-5,2	-15 ; 5,2	p=0,3
Réalisation d'une 2e biopsie	646	-3,7	-16 ; 8,7	p=0,6
Réalisation d'une reprise chirurgicale	646	6,6	-7,4 ; 21	p=0,4
N+	644	-3,9	-13 ; 4,8	p=0,4

[1]CI = intervalle de confiance

6. Etude des flux géographiques des patientes

Concernant la localisation géographique, la grande majorité des patientes prises en charge au CHU de Poitiers, soit 73% (N=696), résidaient dans le département de la Vienne. Les autres patientes provenaient principalement du département voisin des Deux-Sèvres pour 19% d'entre elles (N=183), puis de l'Indre pour 3,8% (N=36), de la Charente pour 2,2% (N=21), de l'Indre et Loire pour 1,3% (N=12) et de Charente Maritime pour 0,5% (N=5). Il n'a pas été observé de modifications de ces flux géographiques au fil des années.

Figure 8 : Etude des flux géographiques des patientes de 2014 à 2020



DISCUSSION

L'objectif de cette étude était de dresser un état des lieux des délais de prise en charge dans le parcours de soins des patientes atteintes d'un cancer du sein opérable au CHU de Poitiers, d'étudier les facteurs modifiant ces délais et d'étudier l'impact de l'épidémie de COVID 19 sur ces délais.

Il s'agit de la première étude au CHU de Poitiers concernant l'ensemble des délais de prise en charge diagnostique et thérapeutique dans le parcours des femmes atteintes d'un cancer du sein de 2014 à 2020.

En Mars 2019, l'Institut National du Cancer a élaboré en partenariat avec la Haute Autorité de Santé des indicateurs de qualité et de sécurité des soins spécifiques au cancer du sein basés sur les recommandations de bonne pratique afin de « favoriser la mise en œuvre de démarches d'amélioration de la qualité et renforcer la pertinence des soins » (12). Parmi les 10 indicateurs, 3 concernent les délais de prise en charge avec une cible à atteindre et un niveau d'alerte permettant l'évaluation interne des établissements.

Concernant le délai d'accès au traitement, notre étude met en évidence un délai moyen de 64 jours soit environ 9 semaines, et un délai recommandé inférieur à 6 semaines respecté dans 27% des cas. Cela est inférieur à la cible d'alerte de l'indicateur correspondant de l'Inca qui est de 80%. Cependant la référence de l'examen diagnostique d'alerte de l'indicateur est définie par une mammographie faisant suspecter la présence d'un cancer, en dehors du cas où une 2ème mammographie est réalisée plus d'un mois après la 1ére mammographie ; ce critère n'a pas été étudié dans notre étude et est potentiellement pourvoyeur de délais prolongés. Notre étude rejoint les résultats de la thèse du Dr RAPHAEL PELLEVOIZIN soutenue en Octobre 2019 évaluant la prise en charge des patientes présentant un cancer du sein opérable au CHU de Poitiers entre 2013 et 2018 à l'aide des critères EUSOMA (13) mettant en évidence des délais de prise en charge supérieur aux 6 semaines du critère EUSOMA avec un délai moyen de 6,9 ± 3,3 semaines et seulement 59,4% des patientes prises en charge chirurgicalement dans les 6 semaines après leur premier examen diagnostic d'un cancer invasif du sein. L'étude des délais de prise en charge dans le cancer du sein de l'Inca de 2011 montrait une augmentation du délai d'accès à la chirurgie en lien avec la caractéristique in situ (14). Nous n'avons pas mis en évidence cette association dans notre étude, et il n'y avait pas de facteur étudié qui modifiait significativement le délai d'accès au premier traitement.

Concernant les délais post-opératoires, notre étude retrouve des délais prolongés entre la chirurgie et le traitement complémentaire. On retrouvait un délai moyen d'accès à la radiothérapie adjuvante après chirurgie en l'absence de chimiothérapie adjuvante de 66 jours, soit environ 10 semaines. On notait 85% des patientes avec un délai conforme aux recommandations soit inférieur à 12 semaines (84 jours), ce qui est en deçà de la cible d'alerte placée à 90% dans l'IQSS de l'Inca concernant ce délai. Celui-ci est d'autant moins conforme lorsqu'il existait une chimiothérapie adjuvante, avec un délai d'accès à la radiothérapie de 196 jours moyen soit 6 mois ½, avec seulement 27% des patientes présentant avec un délai inférieur aux recommandations de 180 jours (6 mois). Notre étude retrouvait le caractère invasif de la tumeur, la reprise chirurgicale et l'envahissement ganglionnaire comme facteur associés à une augmentation du délai entre chirurgie et radiothérapie, ce qui n'était pas retrouvé dans l'étude des délais de l'Inca de 2011. Le délai entre chirurgie et chimiothérapie adjuvante était en moyenne de 51 jours soit 7 semaines avec 32% des patientes (N=81) dont le délai était inférieur aux recommandations de 6 semaines (42 jours), ce qui est inférieur de la cible d'alerte de l'IQSS de l'Inca placé à 85%.

Pour autant ces délais sont supérieurs à ceux retrouvés lors de l'étude de la thèse du Dr AUDREY GRAND en 2017 concernant l'évaluation des délais de prise en charge du cancer du sein et de ses déterminants entre 2016 et 2017 au CHU de Poitiers ; dont le délai moyen entre chirurgie et radiothérapie adjuvante était de 79,3 jours et le délai moyen entre chirurgie et radiothérapie lorsqu'une chimiothérapie adjuvante était réalisée de 201,2 jours. Cette diminution des délais d'accès à la radiothérapie en post-opératoire est en accord avec l'analyse de l'évolution annuelle de notre étude.

L'Inca a décrit un autre indicateur concernant le respect du délai recommandé entre la fin de la chimiothérapie adjuvante et la radiothérapie qui n'a pas pu être étudié dans notre étude du fait de l'absence de recueil de la date de fin de chimiothérapie. Également notre étude a pour faiblesse de ne pas pouvoir décrire le taux de disponibilité de date, en effet l'absence de date a été répertorié en valeur manquante comme l'absence de traitement. Cela explique le grand nombre de valeurs manquantes de notre étude.

Notre étude n'a pas comporté d'analyse de l'impact de ces délais sur la récidive et sur la survie des patientes, pour autant la littérature révèle depuis longtemps un impact négatif de l'allongement de ces délais sur la récidive locale et la survie globale (15). L'étude la plus récente de Hanna et al. en 2020 portant sur 1 272 000 patients, notamment atteintes de cancers du sein,

montre une augmentation du risque de décès de 4% lors d'un retard de 2 semaines à la prise en charge chirurgicale, de 17% lors d'un retard de 8 semaines, et de 26% lors d'un retard de 12 semaines (16). Cela représente en termes de prévision de décès supplémentaire 10 patients décédés lors d'un délai retardé de 4 semaines, 20 patientes pour un retard de 8 semaines, 31 patientes pour un retard de 12 semaines. Dans notre étude, le délai de premier traitement était allongé de 3 semaines ce qui laisse supposer une diminution de la survie ; pour autant une étude propre au délai pré-chirurgical serait nécessaire afin de mieux comparer nos résultats. A noter que cette méta-analyse reposait notamment sur des études britanniques, américaines et canadiennes (5,17–19) dont les recommandations de délai entre diagnostic et chirurgie sont de 4 semaines, et ainsi sont inférieures aux recommandations en vigueur en France et dont l'extrapolation des résultats à notre étude doit tenir compte. Enfin la définition précise des dates de référence de prise en charge est importante dans le calcul des délais afin d'uniformiser les résultats et pouvoir les comparer. Les recommandations françaises de la HAS et les recommandations européennes ne donnent pas de définition précise, seul l'Inca nous définit dans la publication des indicateurs de sécurité des soins les bornes de ces délais et permet ainsi l'uniformisation des délais et leur comparaison.

Concernant l'impact des délais post-opératoires sur la survie, Gupta et al. retrouvait une augmentation de la récidive locale lors d'une radiothérapie retardée avec un risque relatif de 1,08 (IC 95% : 1,02 – 1,14) par mois de délai (20), et Mateo et al. avait démontré un impact négatif sur la survie globale et sans récidive des patientes avec un délai prolongé de 20 semaines entre chirurgie conservatrice et traitement adjuvant (21).

L'épidémie de COVID 19, présente depuis Mars 2020, a fait craindre des retards de prise en charge en cancérologie (22–26). Les autorités sanitaires ont émis à travers le monde des recommandations visant à prioriser les prises en charge avec en France la suspension du dépistage organisé, le recours à une hormonothérapie dans l'attente d'un geste chirurgical ou d'une radiothérapie adjuvante en post-opératoire et le report des chirurgies des cancers canalaires in situ (11). Il aurait pu être observé une augmentation des délais de prises en charge à tous les niveaux du parcours secondaire soit à un accès au soin très altéré lors notamment des périodes de confinement, soit par crainte des patientes d'une transmission virale au décours d'une consultation médicale entrainant une négligence sanitaire. De même il aurait pu être mis en évidence des délai raccourcis du fait du souhait de priorisation de la prise en charge carcinologique pendant la période pandémique. La littérature retrouve un impact négatif de l'épidémie de COVID 19 sur les délais de prise en charge en cancérologie (27–31), pour autant

l’impact sur la survie globale n’est pas encore démontré devant le manque de recul.

Concernant l’étude de l’impact de l’épidémie COVID 19 sur les délais de prise en charge dans le parcours de soins des patientes incluses, il n’y avait pas de différence significative entre les délais pendant et en dehors de la période COVID. On note seulement un allongement du délai moyen d’accès au premier traitement et du délai entre biopsie et premier traitement pendant la période COVID sans que cela ne soit significatif. Pour autant notre étude n’évaluait pas le délai entre premier symptôme et prise en charge diagnostique qui a pu être modifié du fait de la suspension du dépistage organisé, et n’a pas évalué le sous-groupe des carcinomes in situ dont la prise en charge pouvait être impactée. Des études complémentaires seraient ainsi nécessaires afin d’évaluer avec recul l’impact de l’épidémie de COVID 19 dans le parcours de soin des femmes atteintes d’un cancer du sein.

CONCLUSION

Ce travail évaluait les délais de prise en charge du parcours de soin des patientes atteintes d’un cancer du sein opérable au CHU de Poitiers et révèle des délais allongés notamment sur le délai de premier traitement. Une analyse propre à ce délai et des facteurs associés aux retards de prise en charge serait intéressante afin de concourir à l’amélioration de nos pratiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Int J Cancer. 1 mars 2015;136(5):E359-386.

2. SPF. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 - Sein [Internet]. [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: /import/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-metropolitaine-1989-2018-sein

3. Barchielli A, Paci E, Balzi D, Bianchi S, Crocetti E, del Turco MR, et al. Early diagnosis, place of diagnosis and persistent differences at 10 years in breast cancer survival. Hospitals and breast clinic cases prognosis. Eur J Cancer Prev Off J Eur Cancer Prev Organ ECP. août 1999;8(4):281-7.

4. Mikeljevic JS, Haward R, Johnston C, Crellin A, Dodwell D, Jones A, et al. Trends in postoperative radiotherapy delay and the effect on survival in breast cancer patients treated with conservation surgery. Br J Cancer. 5 avr 2004;90(7):1343-8.

5. Yun YH, Kim YA, Min YH, Park S, Won YJ, Kim DY, et al. The influence of hospital volume and surgical treatment delay on long-term survival after cancer surgery. Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol. oct 2012;23(10):2731-7.

6. Wagner JL, Warneke CL, Mittendorf EA, Bedrosian I, Babiera GV, Kuerer HM, et al. Delays in primary surgical treatment are not associated with significant tumor size progression in breast cancer patients. Ann Surg. juill 2011;254(1):119-24.

7. Vujovic O, Yu E, Cherian A, Perera F, Dar AR, Stitt L, et al. Effect of interval to definitive breast surgery on clinical presentation and survival in early-stage invasive breast cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 1 nov 2009;75(3):771-4.

8. Le Plan cancer 2014-2019 - Les Plans cancer [Internet]. [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/Les-Plans-cancer/Le-Plan-cancer-2014-2019

9. La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 - Stratégie de lutte contre les cancers en France [Internet]. [cité 19 avr 2021]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/La-strategie-decennale-de-lutte-contre-les-cancers-2021-2030

10. ald_30_gm_ksein_vd.pdf [Internet]. [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-02/ald_30_gm_ksein_vd.pdf

11. Gligorov J, Bachelot T, Pierga J-Y, Antoine E-C, Balleyguier C, Barranger E, et al. COVID-19 et personnes suivies pour un cancer du sein : recommandations françaises pour la pratique clinique de Nice-St Paul de Vence, en collaboration avec le Collège Nationale des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), la Société d'Imagerie de la Femme (SIFEM), la Société Française de Chirurgie Oncologique (SFCO), la Société Française de Sénologie et Pathologie Mammaire (SFSPM) et le French Breast Cancer Intergroup-UNICANCER (UCBG). Bull Cancer (Paris). mai 2020;107(5):528-37.

12. Cancer du sein : indicateurs de qualité et de sécurité des soins - Ref : DONIQSSCS19 [Internet]. [cité 10 avr 2021]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Cancer-du-sein-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins

13. Biganzoli L, Marotti L, Hart CD, Cataliotti L, Cutuli B, Kühn T, et al. Quality indicators in breast cancer care: An update from the EUSOMA working group. Eur J Cancer Oxf Engl 1990. nov 2017;86:59-81.

14. Etude sur les délais de prise en charge des cancers du sein et du poumon - Ref : ETUDELSEINPOU12 [Internet]. [cité 13 avr 2021]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Etude-sur-les-delais-de-prise-en-charge-des-cancers-du-sein-et-du-poumon

15. Richards MA, Westcombe AM, Love SB, Littlejohns P, Ramirez AJ. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. Lancet Lond Engl. 3 avr 1999;353(9159):1119-26.

16. Hanna TP, King WD, Thibodeau S, Jalink M, Paulin GA, Harvey-Jones E, et al. Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. BMJ. 4 nov 2020;371:m4087.

17. Bleicher RJ, Ruth K, Sigurdson ER, Beck JR, Ross E, Wong Y-N, et al. Time to Surgery and Breast Cancer Survival in the United States. JAMA Oncol. mars 2016;2(3):330-9.

18. Mateo AM, Mazor AM, Obeid E, Daly JM, Sigurdson ER, Handorf EA, et al. Time to Surgery and the Impact of Delay in the Non-Neoadjuvant Setting on Triple-Negative Breast Cancers and Other Phenotypes. Ann Surg Oncol. mai 2020;27(5):1679-92.

19. Polverini AC, Nelson RA, Marcinkowski E, Jones VC, Lai L, Mortimer JE, et al. Time to Treatment: Measuring Quality Breast Cancer Care. Ann Surg Oncol. oct 2016;23(10):3392-402.

20. Gupta S, King WD, Korzeniowski M, Wallace DL, Mackillop WJ. The Effect of Waiting Times for Postoperative Radiotherapy on Outcomes for Women Receiving Partial Mastectomy for Breast Cancer: a Systematic Review and Meta-Analysis. Clin Oncol R Coll Radiol G B. déc 2016;28(12):739-49.

21. Mateo AM, Mazor AM, Obeid E, Daly JM, Sigurdson ER, Handorf EA, et al. Time to Surgery and the Impact of Delay in the Non-Neoadjuvant Setting on Triple-Negative Breast Cancers and Other Phenotypes. Ann Surg Oncol. mai 2020;27(5):1679-92.

22. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020 [Internet]. [cité 18 févr 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020

23. Li J, Wang H, Geng C, Liu Z, Lin Y, Nie J, et al. Suboptimal declines and delays in early breast cancer treatment after COVID-19 quarantine restrictions in China: A national survey of 8397 patients in the first quarter of 2020. EClinicalMedicine. sept 2020;26:100503.

24. Nagar H, Formenti SC. Cancer and COVID-19 - potentially deleterious effects of delaying radiotherapy. Nat Rev Clin Oncol. juin 2020;17(6):332-4.

25. Maringe C, Spicer J, Morris M, Purushotham A, Nolte E, Sullivan R, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. Lancet Oncol. août 2020;21(8):1023-34.

26. Juanjuan L, Santa-Maria CA, Hongfang F, Lingcheng W, Pengcheng Z, Yuanbing X, et al. Patient-reported Outcomes of Patients With Breast Cancer During the COVID-19 Outbreak in the Epicenter of China: A Cross-sectional Survey Study. Clin Breast Cancer. oct 2020;20(5):e651-62.

27. Vose JM. Delay in Cancer Screening and Diagnosis During the COVID-19 Pandemic: What Is the Cost? Oncol Williston Park N. 15 sept 2020;34(9):343.

28. Patt D, Gordan L, Diaz M, Okon T, Grady L, Harmison M, et al. Impact of COVID-19 on Cancer Care: How the Pandemic Is Delaying Cancer Diagnosis and Treatment for American Seniors. JCO Clin Cancer Inform. nov 2020;4:1059-71.

29. Tachibana I, Ferguson EL, Mahenthiran A, Natarajan JP, Masterson TA, Bahler CD, et al. Delaying Cancer Cases in Urology during COVID-19: Review of the Literature. J Urol. nov 2020;204(5):926-33.

30. Wallis CJD, Novara G, Marandino L, Bex A, Kamat AM, Karnes RJ, et al. Risks from Deferring Treatment for Genitourinary Cancers: A Collaborative Review to Aid Triage and Management During the COVID-19 Pandemic. Eur Urol. juill 2020;78(1):29-42.

31. Chen G, Wu Q, Jiang H, Li Z, Hua X, Hu X, et al. Impact of treatment delay due to the pandemic of COVID-19 on the efficacy of immunotherapy in head and neck cancer patients. J Hematol OncolJ Hematol Oncol. 11 déc 2020;13(1):174.

32. Moletta L, Pierobon ES, Capovilla G, Costantini M, Salvador R, Merigliano S, et al. International guidelines and recommendations for surgery during Covid-19 pandemic: A Systematic Review. Int J Surg Lond Engl. juill 2020;79:180-8.

ANNEXE 1 : Table complète des caractéristiques de la population

Caractéristique	2014, N = 110[1]	2015, N = 78[1]	2016, N = 115[1]	2017, N = 77[1]	2018, N = 270[1]	2019, N = 177[1]	2020, N = 202[1]	Total, N = 1029[1]
Age	63 (14)	61 (15)	64 (15)	60 (14)	61 (15)	62 (13)	59 (15)	61 (15)
IMC	26,3 (5,5)	26,7 (5,2)	26,5 (6,3)	27,2 (6,1)	26,6 (5,9)	26,8 (5,6)	26,3 (5,2)	26,6 (5,7)
Valeur(s) manquante(s)	1	1	2	1	50	1	35	91
Département de résidence								
79	17 (15%)	8 (10%)	8 (7,0%)	16 (21%)	52 (22%)	45 (26%)	37 (22%)	183 (19%)
86	84 (76%)	64 (82%)	101 (88%)	56 (73%)	161 (69%)	120 (68%)	110 (65%)	696 (73%)
36	6 (5,5%)	3 (3,8%)	3 (2,6%)	1 (1,3%)	7 (3,0%)	3 (1,7%)	13 (7,6%)	36 (3,8%)
16	1 (0,9%)	2 (2,6%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (3,9%)	5 (2,8%)	4 (2,4%)	21 (2,2%)
87	1 (0,9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (0,9%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (0,3%)
37	1 (0,9%)	1 (1,3%)	3 (2,6%)	2 (2,6%)	1 (0,4%)	2 (1,1%)	2 (1,2%)	12 (1,3%)
17	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (2,6%)	0 (0%)	1 (0,6%)	2 (1,2%)	5 (0,5%)
46	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,6%)	1 (0,1%)
12	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,6%)	1 (0,1%)
Valeur(s) manquante(s)	0	0	0	0	38	1	32	71
Mode découverte								
Dépistage	36 (33%)	35 (45%)	41 (36%)	42 (55%)	103 (45%)	108 (62%)	77 (46%)	442 (46%)
Radio pulmonaire	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,6%)	0 (0%)	1 (0,1%)
Suivi	15 (14%)	9 (12%)	9 (7,8%)	6 (7,8%)	15 (6,6%)	4 (2,3%)	19 (11%)	77 (8,1%)
Symptôme	59 (54%)	34 (44%)	65 (57%)	29 (38%)	109 (48%)	62 (35%)	73 (43%)	431 (45%)
Valeur(s) manquante(s)	0	0	0	0	43	2	33	78
Première tumeur/recidive								
Première tumeur	92 (84%)	72 (92%)	100 (87%)	68 (88%)	191 (84%)	162 (92%)	139 (82%)	824 (86%)
Bilatérale	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,1%)
Récidive homolatérale	12 (11%)	3 (3,8%)	10 (8,7%)	6 (7,8%)	19 (8,3%)	0 (0%)	14 (8,3%)	64 (6,7%)
Récidive controlatérale	6 (5,5%)	3 (3,8%)	4 (3,5%)	3 (3,9%)	18 (7,9%)	0 (0%)	16 (9,5%)	50 (5,2%)
Récidive sans précision	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	14 (8,0%)	0 (0%)	14 (1,5%)
Valeur(s) manquante(s)	0	0	0	0	42	1	33	76
Latéralité								
Bilatérale	2 (1,8%)	3 (3,8%)	10 (8,7%)	2 (2,6%)	5 (2,2%)	7 (4,0%)	5 (3,0%)	34 (3,6%)
Droite	49 (45%)	38 (49%)	57 (50%)	40 (52%)	105 (46%)	82 (47%)	66 (39%)	437 (46%)
Gauche	59 (54%)	37 (47%)	48 (42%)	35 (45%)	117 (52%)	87 (49%)	98 (58%)	481 (51%)
Valeur(s) manquante(s)	0	0	0	0	43	1	33	77
Taille lésion (mm)	28 (21)	24 (17)	29 (23)	32 (23)	22 (20)	19 (14)	20 (15)	24 (19)

Caractéristique	2014, N = 110[1]	2015, N = 78[1]	2016, N = 115[1]	2017, N = 77[1]	2018, N = 270[1]	2019, N = 177[1]	2020, N = 202[1]	Total, N = 1029[1]
Valeur(s) manquante(s)	0	0	0	0	48	3	34	85
Invasif/in situ								
In situ	10 (9,1%)	7 (9,0%)	6 (5,2%)	7 (9,1%)	21 (9,5%)	15 (8,5%)	23 (14%)	89 (9,4%)
Invasif	100 (91%)	71 (91%)	109 (95%)	70 (91%)	199 (90%)	161 (91%)	145 (86%)	855 (91%)
Valeur(s) manquante(s)	0	0	0	0	50	1	34	85
Type histologique								
NST	92 (84%)	63 (81%)	82 (73%)	52 (72%)	157 (72%)	150 (85%)	127 (76%)	723 (77%)
Lobulaire	5 (4,5%)	7 (9,0%)	14 (12%)	13 (18%)	38 (17%)	14 (8,0%)	16 (9,5%)	107 (11%)
Mixte	6 (5,5%)	3 (3,8%)	4 (3,6%)	3 (4,2%)	5 (2,3%)	3 (1,7%)	4 (2,4%)	28 (3,0%)
Autre	7 (6,4%)	5 (6,4%)	12 (11%)	4 (5,6%)	19 (8,7%)	9 (5,1%)	21 (12%)	77 (8,2%)
Valeur(s) manquante(s)	0	0	3	5	51	1	34	94
Grade								
Bas grade	2 (1,9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (0,9%)	4 (2,3%)	2 (1,2%)	10 (1,1%)
Grade intermédiaire	2 (1,9%)	1 (1,3%)	2 (1,7%)	3 (3,9%)	7 (3,2%)	8 (4,5%)	6 (3,6%)	29 (3,1%)
Haut grade	6 (5,6%)	7 (9,0%)	4 (3,5%)	4 (5,3%)	10 (4,6%)	3 (1,7%)	13 (7,8%)	47 (5,0%)
I	17 (16%)	21 (27%)	28 (24%)	11 (14%)	74 (34%)	51 (29%)	44 (27%)	246 (26%)
II	40 (37%)	24 (31%)	49 (43%)	41 (54%)	73 (34%)	58 (33%)	57 (34%)	342 (37%)
III	41 (38%)	25 (32%)	32 (28%)	17 (22%)	51 (24%)	52 (30%)	44 (27%)	262 (28%)
Valeur(s) manquante(s)	2	0	0	1	53	1	36	93
N +	57 (52%)	47 (60%)	51 (44%)	38 (49%)	143 (53%)	67 (38%)	115 (57%)	518 (50%)
Valeur(s) manquante(s)	0	0	0	0	2	0	1	3
HER2 +	11 (11%)	8 (11%)	15 (14%)	16 (24%)	31 (16%)	32 (20%)	17 (12%)	130 (15%)
Valeur(s) manquante(s)	11	7	6	9	72	16	56	177
RE +	80 (80%)	62 (87%)	94 (87%)	54 (77%)	168 (85%)	128 (81%)	127 (86%)	713 (84%)
Valeur(s) manquante(s)	10	7	7	7	72	18	55	176
RP +	68 (68%)	55 (77%)	73 (68%)	47 (67%)	147 (74%)	101 (64%)	109 (74%)	600 (70%)
Valeur(s) manquante(s)	10	7	7	7	72	18	55	176
Ki67 +	62 (65%)	45 (64%)	58 (53%)	29 (48%)	61 (33%)	67 (43%)	49 (35%)	371 (45%)
Valeur(s) manquante(s)	15	8	6	16	87	20	60	212
IRM mammaire réalisée	21 (19%)	11 (14%)	27 (23%)	25 (32%)	49 (18%)	32 (18%)	38 (19%)	203 (20%)
2e biopsie réalisée	16 (15%)	10 (13%)	19 (17%)	16 (21%)	16 (5,9%)	27 (15%)	22 (11%)	126 (12%)
Reprise chirurgicale réalisée	19 (17%)	8 (10%)	18 (16%)	10 (13%)	1 (0,4%)	25 (14%)	0 (0%)	81 (7,9%)
Délai [Mammographie - 1er traitement] (jours)	57 (45)	70 (67)	85 (116)	68 (53)	66 (67)	49 (279)	66 (54)	64 (139)
Valeur(s) manquante(s)	9	15	32	11	88	17	62	234

Caractéristique	2014, N = 110[1]	2015, N = 78[1]	2016, N = 115[1]	2017, N = 77[1]	2018, N = 270[1]	2019, N = 177[1]	2020, N = 202[1]	Total, N = 1029[1]
Délai [Mammographie - 1er traitement] respectant les recommandations								
Non	67 (66%)	42 (67%)	64 (77%)	53 (80%)	133 (73%)	124 (78%)	101 (72%)	584 (73%)
Oui	34 (34%)	21 (33%)	19 (23%)	13 (20%)	49 (27%)	36 (22%)	39 (28%)	211 (27%)
Valeur(s) manquante(s)	9	15	32	11	88	17	62	234
Délai [Chirurgie - Chimiothérapie adjuvante] (jours)	59 (40)	48 (14)	50 (16)	51 (19)	54 (21)	48 (15)	49 (16)	51 (21)
Valeur(s) manquante(s)	82	53	90	53	214	116	164	772
Délai [Chirurgie - Chimiothérapie adjuvante] respectant les recommandations								
Non	21 (75%)	16 (64%)	16 (64%)	17 (71%)	41 (73%)	39 (64%)	26 (68%)	176 (68%)
Oui	7 (25%)	9 (36%)	9 (36%)	7 (29%)	15 (27%)	22 (36%)	12 (32%)	81 (32%)
Valeur(s) manquante(s)	82	53	90	53	214	116	164	772
Délai [Chirurgie - Radiothérapie] tous sujets confondus (jours)	105 (66)	104 (69)	108 (59)	113 (74)	103 (71)	106 (81)	93 (66)	104 (70)
Valeur(s) manquante(s)	27	13	25	24	123	32	84	328
Délai [Chimiothérapie adjuvante – Radiothérapie adjuvante] (jours)	137 (24)	140 (21)	160 (19)	157 (40)	142 (37)	153 (60)	132 (34)	145 (41)
Valeur(s) manquante(s)	88	57	95	60	227	128	172	827
Délai [Chirurgie - Radiothérapie adjuvante] chez les sujets avec chimiothérapie adjuvante (jours)	195 (30)	190 (21)	211 (23)	214 (35)	192 (38)	201 (61)	182 (34)	196 (42)
Valeur(s) manquante(s)	88	57	95	60	227	128	172	827
Délai [Chirurgie - Radiothérapie adjuvante] respectant les recommandations chez les sujets avec chimiothérapie adjuvante								
Non	16 (73%)	14 (67%)	17 (85%)	15 (88%)	31 (72%)	36 (73%)	18 (60%)	147 (73%)
Oui	6 (27%)	7 (33%)	3 (15%)	2 (12%)	12 (28%)	13 (27%)	12 (40%)	55 (27%)
Valeur(s) manquante(s)	88	57	95	60	227	128	172	827
Délai [Chirurgie - Radiothérapie adjuvante] chez les sujets sans chimiothérapie adjuvante (jours)	73 (40)	63 (39)	79 (20)	65 (15)	66 (43)	58 (34)	62 (41)	66 (37)
Valeur(s) manquante(s)	49	34	45	41	166	81	114	530
Délai [Chirurgie - Radiothérapie adjuvante] respectant les recommandations chez les sujets sans chimiothérapie adjuvante								
Non	12 (20%)	5 (11%)	24 (34%)	3 (8,3%)	15 (14%)	7 (7,3%)	11 (12%)	77 (15%)
Oui	49 (80%)	39 (89%)	46 (66%)	33 (92%)	89 (86%)	89 (93%)	77 (88%)	422 (85%)
Valeur(s) manquante(s)	49	34	45	41	166	81	114	530
Délai [Biopsie - 1er traitement] (jours)	43 (42)	43 (39)	48 (27)	45 (26)	41 (76)	29 (271)	47 (38)	41 (128)

Caractéristique	2014, N = 110[1]	2015, N = 78[1]	2016, N = 115[1]	2017, N = 77[1]	2018, N = 270[1]	2019, N = 177[1]	2020, N = 202[1]	Total, N = 1029[1]
Valeur(s) manquante(s)	6	8	8	1	75	8	55	161
Délai [Mammographie - Biopsie] (jours)	13 (18)	22 (52)	39 (115)	22 (47)	21 (47)	19 (34)	19 (37)	21 (53)
Valeur(s) manquante(s)	14	18	32	11	88	18	64	245
Délai [Mammographie - Biopsie] (jours)								
< 7 jours	50 (52%)	23 (38%)	25 (30%)	17 (26%)	57 (31%)	38 (24%)	38 (28%)	248 (32%)
[7 - 14] jours	19 (20%)	14 (23%)	27 (33%)	26 (39%)	60 (33%)	60 (38%)	51 (37%)	257 (33%)
[15 - 30] jours	17 (18%)	16 (27%)	16 (19%)	16 (24%)	39 (21%)	36 (23%)	30 (22%)	170 (22%)
> 30 jours	10 (10%)	7 (12%)	15 (18%)	7 (11%)	26 (14%)	25 (16%)	19 (14%)	109 (14%)
Valeur(s) manquante(s)	14	18	32	11	88	18	64	245

[1]Moyenne (ET); n (%)

ANNEXE 2 : Table complète de comparaison de période avant et pendant COVID 19

Caractéristique	Avant COVID, N = 447[1]	Pendant COVID, N = 146[1]	Taille d'effet[2]	P value
Age	61 (14)	59 (16)	μ=-2,6 [-5,6 ; 0,33]	0,082
IMC	26,7 (5,8)	26,3 (5,0)	μ=-0,34 [-1,4 ; 0,73]	0,5
Valeur(s) manquante(s)	51	27		
Département de résidence				
79	97 (24%)	23 (19%)	OR=0,75 [0,43 ; 1,3]	0,3
86	281 (69%)	80 (66%)	OR=0,88 [0,56 ; 1,4]	0,6
36	10 (2,5%)	8 (6,6%)	OR=2,8 [0,94 ; 8,1]	**0,041**
16	14 (3,4%)	4 (3,3%)	OR=1,0 [0,23 ; 3,1]	>0,9
87	2 (0,5%)	0 (0%)	OR=0,00 [0,00 ; 18]	>0,9
37	3 (0,7%)	2 (1,7%)	OR=2,3 [0,19 ; 20]	0,3
17	1 (0,2%)	2 (1,7%)	OR=6,8 [0,35 ; 403]	0,13
46	0 (0%)	1 (0,8%)	OR=Inf [0,09 ; Inf]	0,2
12	0 (0%)	1 (0,8%)	OR=Inf [0,09 ; Inf]	0,2
Valeur(s) manquante(s)	39	25		
Mode découverte				
Dépistage	211 (52%)	57 (48%)	OR=0,82 [0,53 ; 1,3]	0,4
Radio pulmonaire	1 (0,2%)	0 (0%)	OR=0,00 [0,00 ; 130]	>0,9
Suivi	19 (4,7%)	14 (12%)	OR=2,7 [1,2 ; 5,8]	**0,010**
Symptôme	171 (43%)	49 (41%)	OR=0,93 [0,60 ; 1,4]	0,8
Valeur(s) manquante(s)	45	26		
Première tumeur/recidive				
Première tumeur	353 (87%)	99 (82%)	OR=0,68 [0,38 ; 1,3]	0,2
Bilatérale	0 (0%)	0 (0%)	OR=0,00 [0,00 ; Inf]	>0,9
Récidive homolatérale	19 (4,7%)	8 (6,7%)	OR=1,4 [0,53 ; 3,6]	0,5
Récidive controlatérale	18 (4,5%)	13 (11%)	OR=2,6 [1,1 ; 5,8]	**0,014**
Récidive sans précision	14 (3,5%)	0 (0%)	OR=0,00 [0,00 ; 1,0]	**0,047**
Valeur(s) manquante(s)	43	26		
Latéralité				
Bilatérale	12 (3,0%)	3 (2,5%)	OR=0,84 [0,15 ; 3,2]	>0,9
Droite	187 (46%)	51 (42%)	OR=0,85 [0,55 ; 1,3]	0,5
Gauche	204 (51%)	66 (55%)	OR=1,2 [0,78 ; 1,8]	0,4

Caractéristique	Avant COVID, N = 447[1]	Pendant COVID, N = 146[1]	Taille d'effet[2]	P value
Valeur(s) manquante(s)	44	26		
Taille lésion (mm)	21 (18)	20 (16)	μ=-0,47 [-3,8 ; 2,9]	0,8
Valeur(s) manquante(s)	51	27		
Invasif/in situ				
In situ	36 (9,1%)	18 (15%)	Référence	
Invasif	360 (91%)	101 (85%)	OR=0,56 [0,30 ; 1,1]	0,086
Valeur(s) manquante(s)	51	27		
Type histologique				
NST	307 (78%)	84 (71%)	OR=0,69 [0,43 ; 1,1]	0,11
Lobulaire	52 (13%)	11 (9,2%)	OR=0,67 [0,31 ; 1,4]	0,3
Mixte	8 (2,0%)	4 (3,4%)	OR=1,7 [0,36 ; 6,4]	0,5
Autre	28 (7,1%)	20 (17%)	OR=2,6 [1,3 ; 5,1]	**0,003**
Valeur(s) manquante(s)	52	27		
Grade				
Bas grade	6 (1,5%)	2 (1,7%)	OR=1,1 [0,11 ; 6,4]	>0,9
Grade intermédiaire	15 (3,8%)	6 (5,1%)	OR=1,4 [0,42 ; 3,8]	0,6
Haut grade	13 (3,3%)	8 (6,8%)	OR=2,1 [0,75 ; 5,7]	0,11
I	125 (32%)	29 (25%)	OR=0,71 [0,42 ; 1,2]	0,2
II	131 (33%)	42 (36%)	OR=1,1 [0,71 ; 1,8]	0,7
III	103 (26%)	30 (26%)	OR=1,0 [0,58 ; 1,6]	>0,9
Valeur(s) manquante(s)	54	29		
N +	210 (47%)	89 (61%)	OR=1,7 [1,2 ; 2,6]	**0,004**
Valeur(s) manquante(s)	2	0		
HER2 +	63 (18%)	14 (14%)	OR=0,75 [0,37 ; 1,4]	0,5
Valeur(s) manquante(s)	88	44		
RE +	296 (83%)	89 (86%)	OR=1,3 [0,68 ; 2,7]	0,5
Valeur(s) manquante(s)	90	43		
RP +	248 (69%)	74 (72%)	OR=1,1 [0,68 ; 1,9]	0,7
Valeur(s) manquante(s)	90	43		
Ki67 +	128 (38%)	37 (36%)	OR=0,94 [0,58 ; 1,5]	0,8
Valeur(s) manquante(s)	107	44		
IRM mammaire réalisée	81 (18%)	30 (21%)	OR=1,2 [0,70 ; 1,9]	0,5
2e biopsie réalisée	43 (9,6%)	18 (12%)	OR=1,3 [0,69 ; 2,4]	0,3

Caractéristique	Avant COVID, N = 447[1]	Pendant COVID, N = 146[1]	Taille d'effet[2]	P value
Reprise chirurgicale réalisée	26 (5,8%)	0 (0%)	OR=0,00 [0,00 ; 0,45]	**<0,001**
Délai [Mammographie - 1er traitement] (jours)	58 (197)	66 (59)	µ=8,2 [-16 ; 32]	0,5
Valeur(s) manquante(s)	105	44		
Délai [Mammographie - 1er traitement] respectant les recommandations				
Non	257 (75%)	70 (69%)	Référence	
Oui	85 (25%)	32 (31%)	OR=1,4 [0,82 ; 2,3]	0,2
Valeur(s) manquante(s)	105	44		
Délai [Chirurgie - Chimiothérapie adjuvante] (jours)	51 (18)	48 (15)	µ=-2,8 [-10 ; 4,5]	0,4
Valeur(s) manquante(s)	330	123		
Délai [Chirurgie - Chimiothérapie adjuvante] respectant les recommandations				
Non	80 (68%)	16 (70%)	Référence	
Oui	37 (32%)	7 (30%)	OR=0,95 [0,30 ; 2,7]	>0,9
Valeur(s) manquante(s)	330	123		
Délai [Chirurgie - Radiothérapie] tous sujets confondus (jours)	104 (76)	89 (63)	µ=-16 [-32 ; 0,41]	0,056
Valeur(s) manquante(s)	155	63		
Délai [Chimiothérapie adjuvante – Radiothérapie adjuvante] (jours)	148 (50)	135 (23)	µ=-13 [-28 ; 2,3]	0,095
Valeur(s) manquante(s)	355	129		
Délai [Chirurgie - Radiothérapie adjuvante] chez les sujets avec chimiothérapie adjuvante (jours)	196 (51)	184 (20)	µ=-13 [-27 ; 1,8]	0,084
Valeur(s) manquante(s)	355	129		
Délai [Chirurgie - Radiothérapie adjuvante] respectant les recommandations chez les sujets avec chimiothérapie adjuvante				
Non	67 (73%)	9 (53%)	Référence	
Oui	25 (27%)	8 (47%)	OR=2,4 [0,71 ; 7,8]	0,15
Valeur(s) manquante(s)	355	129		
Délai [Chirurgie - Radiothérapie adjuvante] chez les sujets sans chimiothérapie adjuvante (jours)	62 (39)	64 (43)	µ=2,1 [-9,8 ; 14]	0,7
Valeur(s) manquante(s)	247	80		
Délai [Chirurgie - Radiothérapie adjuvante] respectant les recommandations chez les sujets sans chimiothérapie adjuvante				

Caractéristique	Avant COVID, N = 447[1]	Pendant COVID, N = 146[1]	Taille d'effet[2]	P value
Non	22 (11%)	9 (14%)	Référence	
Oui	178 (89%)	57 (86%)	OR=0,78 [0,32 ; 2,0]	0,7
Valeur(s) manquante(s)	247	80		
Délai [Biopsie - 1er traitement] (jours)	35 (192)	49 (43)	µ=13 [-8,1 ; 35]	0,2
Valeur(s) manquante(s)	83	41		
Délai [Mammographie - Biopsie] (jours)	20 (41)	17 (38)	µ=-3,2 [-12 ; 5,5]	0,5
Valeur(s) manquante(s)	106	46		
Délai [Mammographie - Biopsie] (jours)				
< 7 jours	95 (28%)	34 (34%)	Référence	
[7 - 14] jours	120 (35%)	33 (33%)	OR=0,91 [0,55 ; 1,5]	0,7
[15 - 30] jours	75 (22%)	20 (20%)	OR=0,89 [0,48 ; 1,6]	0,8
> 30 jours	51 (15%)	13 (13%)	OR=0,85 [0,40 ; 1,7]	0,7
Valeur(s) manquante(s)	106	46		

[1]Moyenne (ET); n (%)

[2]OR: Odd Ratio; µ: différence moyenne

ANNEXE 2 : CLASSIFICATION TNM DU CANCER DU SEIN

Tumeur primaire (T)	Ganglions lymphatiques régionaux (N)	Métastase à distance (M)
T1 : Tumeur ≤20 mm dans la plus grande dimension	**Nx** : Les ganglions lymphatiques régionaux ne peuvent pas être évalués (p. ex. enlevés précédemment)	**M0 :** Aucune preuve clinique ou radiographique de métastases à distance
T1a : Tumeur >1 mm mais ≤5 mm dans la plus grande dimension	**N0 :** Pas de métastase ganglionnaire régionale	**M1** : Métastases détectables à distance, déterminées par des moyens cliniques et radiographiques classiques et/ou histologiquement prouvées > 0,2 mm
T1b : Tumeur >5 mm mais ≤10 mm dans la plus grande dimension	**N1 :** Métastases aux ganglions lymphatiques axillaires mobiles ipsilatéraux de niveau I, II	
T1c : Tumeur >10 mm mais≤20 mm dans la plus grande dimension	**N2a :** Métastases dans les ganglions lymphatiques axillaires ipsilatéraux de niveau I, II fixés les uns aux autres (matés) ou à d'autres structures	
T2 : Tumeur >20 mm mais ≤50 mm dans la plus grande dimension	**N2b :** Métastases uniquement dans les ganglions mammaires internes ipsilatéraux internes détectés cliniquement et en l'absence de lésions axillaires de niveau I, II cliniquement évidentes	
T3 : Tumeur >50 mm dans la plus grande dimension	**N3a :** Métastases dans les ganglions lymphatiques infraclaviculaires ipsilatéraux	
T3 : Tumeur >50 mm dans la plus grande dimension	**N3b :** Métastases dans le(s) ganglion(s) lymphatique(s) interne(s) ipsilatéral(s) et axillaire(s)	

ANNEXE 3 : CLASSIFICATION Bi-RADS de l'ACR

CLASSIFICATION EN SIX CATÉGORIES DES IMAGES MAMMOGRAPHIQUES EN FONCTION DU DEGRÉ DE SUSPICION DE LEUR CARACTÈRE PATHOLOGIQUE (EN DEHORS DES IMAGES CONSTRUITES ET DES VARIANTES DU NORMAL) - CORRESPONDANCE AVEC LE SYSTÈME BIRADS DE L'AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOY (ACR)

ACR 0 : Des investigations complémentaires sont nécessaires :
comparaison avec les documents antérieurs, incidences complémentaires, clichés centrés comprimés, agrandissement de microcalcifications, échographie, etc. C'est une classification « d'attente », qui s'utilise en situation de dépistage ou dans l'attente d'un second avis, avant que le second avis soit obtenu ou que le bilan d'imagerie soit complété et qu'ils permettent une classification définitive.
ACR 1 : Mammographie normale.
ACR 2 : Il existe des anomalies bénignes ne nécessitant ni surveillance ni examen complémentaire :
· Opacité ronde avec macrocalcifications (adénofibrome ou kyste)
· Ganglion intramammaire
· Opacité(s) ronde(s) correspondant à un/des kyste(s) typique(s) en échographie
· Image(s) de densité graisseuse ou mixte (lipome, hamartome, galactocèle, kyste huileux)
· Cicatrice(s) connue(s) et calcification(s) sur matériel de suture
· Macrocalcifications sans opacité (adénofibrome, kyste, adiponécrose, ectasie canalaire sécrétante, calcifications vasculaires, etc.)
· Microcalcifications annulaires ou arciformes, semi-lunaires, sédimentées, rhomboédriques 1 · Calcifications cutanées et calcifications punctiformes régulières diffuses
ACR 3 : Il existe une anomalie probablement bénigne pour laquelle une surveillance à court terme est conseillée :
· Microcalcifications rondes ou punctiformes régulières ou pulvérulentes, peu nombreuses, en petit amas rond isolé
· Petit(s) amas rond(s) ou ovale(s) de calcifications amorphes, peu nombreuses, évoquant un début de calcification d'adénofibrome
· Opacité(s) bien circonscrite(s), ronde(s), ovale(s) ou discrètement polycyclique(s) sans microlobulation, non calcifiée(s), non liquidiennes en échographie
· Asymétrie focale de densité à limites concaves et/ou mélangée à de la graisse
ACR 4 : Il existe une anomalie indéterminée ou suspecte qui indique une vérification histologique :
· Microcalcifications punctiformes régulières nombreuses et/ou groupées en amas aux contours ni ronds, ni ovales · Microcalcifications pulvérulentes groupées et nombreuses · Microcalcifications irrégulières, polymorphes ou granulaires, peu nombreuses · Image(s) spiculée(s) sans centre dense · Opacité(s) non liquidienne(s) ronde(s) ou ovale(s) aux contours lobulés, ou masqués, ou ayant augmenté de volume · Distorsion architecturale en dehors d'une cicatrice connue et stable · Asymétrie(s) ou surcroît(s) de densité localisé(s) à limites convexes ou évolutif(s)
ACR 5 : Il existe une anomalie évocatrice d'un cancer :
· Microcalcifications vermiculaires, arborescentes ou microcalcifications irrégulières, polymorphes ou granulaires, nombreuses et groupées
· Groupement de microcalcifications quelle que soit leur morphologie, dont la topographie est galactophorique
· Microcalcifications associées à une anomalie architecturale ou à une opacité
· Microcalcifications groupées ayant augmenté en nombre ou microcalcifications dont la morphologie et la distribution sont devenues plus suspectes
· Opacité mal circonscrite aux contours flous et irréguliers
· Opacité spiculée à centre dense

RESUME

Objectif : L'objectif de cette étude était de dresser un état des lieux des délais de prise en charge dans le parcours de soins des patientes atteintes d'un cancer du sein opérable au CHU de Poitiers, d'étudier les facteurs influençant ces délais et d'étudier l'impact de l'épidémie de COVID 19 sur ces délais.

Matériel et Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique, observationnelle incluant toutes les patientes prise en charge chirurgicalement pour un cancer du sein au CHU de Poitiers entre le 01/01/2014 et le 31/12/2020. Ont été collectées des données socio-démographiques, de caractéristique tumorale ainsi que les dates de prise en charge dans le parcours de soin en cancérologie.

Résultats : 1029 patientes ont été incluses entre le 1er Janvier 2014 et le 31 Décembre 2020. Le délai de premier traitement était de 64 ± 139 jours en moyenne, le délai de radiothérapie adjuvante en l'absence de chimiothérapie adjuvante était de 66 ± 37 jours en moyenne, le délai de radiothérapie adjuvante en présence de chimiothérapie adjuvante était de 192 ± 42 jours en moyenne, et le délai de chimiothérapie adjuvante était de 51 ± 21 jours en moyenne. Ces délais étaient conformes aux recommandations respectivement à hauteur de 27%, 85%, 55% et 32% des cas. On ne notait pas de différence significative de délais de prise en charge entre les périodes avant et pendant l'épidémie de COVID 19.

Conclusion : Cette étude révèle des délais allongés de prise en charge chez les patientes atteintes d'un cancer du sein au CHU de Poitiers, et de manière prédominante sur le délai de premier traitement.

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT

⌘⌖⌘⌖⌘

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

⌘⌖⌘⌖⌘