



HAL
open science

Délais de prise en charge et survie des patients atteints de tumeurs des voies aérodigestives supérieures : étude sur la population guadeloupéenne entre 2008 et 2016

Gunther Huyghues Des Etages

► To cite this version:

Gunther Huyghues Des Etages. Délais de prise en charge et survie des patients atteints de tumeurs des voies aérodigestives supérieures : étude sur la population guadeloupéenne entre 2008 et 2016. *Organes des sens*. 2018. dumas-01985245

HAL Id: dumas-01985245

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01985245v1>

Submitted on 17 Jan 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DES ANTILLES
ET DE LA GUYANE
2018

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD
N°2018ANTI0300

**DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE ET SURVIE DES PATIENTS ATTEINTS DE
TUMEURS DES VOIES AÉRODIGESTIVES SUPÉRIEURES**

ETUDE SUR LA POPULATION GUADELOUPÉENNE ENTRE 2008 ET 2016

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD
des Antilles et de la Guyane
Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 07 septembre 2018

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

HUYGHUES des ETAGES Gunther Aubin

Directeur de thèse :

Mme le Docteur Jacqueline DELOUMEAUX, Directeur du Registre Général des
Cancers de la Guadeloupe

Président du jury :

Mme le Professeur Suzy DUFLO, chef de service de Chirurgie ORL et Cervico-
Maxillo-Faciale du CHU de la Guadeloupe, Coordinatrice de DES

Membres du jury :

Mr le Professeur Eustase JANKY, directeur de l'Université des Antilles

Mr le Professeur Eric TRUY, chef de service de Chirurgie Otologique et Cervico-
Faciale des Hospices Civiles de Lyon, Hôpital Edouard Herriot

UNIVERSITE DES ANTILLES
ET DE LA GUYANE
2018

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD
N°2018ANTI0300

**DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE ET SURVIE DES PATIENTS ATTEINTS DE
TUMEURS DES VOIES AÉRODIGESTIVES SUPÉRIEURES**
ETUDE SUR LA POPULATION GUADELOUPÉENNE ENTRE 2008 ET 2016

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD
des Antilles et de la Guyane
Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 07 septembre 2018

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

HUYGHUES des ETAGES Gunther Aubin

Directeur de thèse :

Mme le Docteur Jacqueline DELOUMEAUX, Directeur du Registre Général des
Cancers de la Guadeloupe

Président du jury :

Mme le Professeur Suzy DUFLO, chef de service de Chirurgie ORL et Cervico-
Maxillo-Faciale du CHU de la Guadeloupe, Coordinatrice de DES

Membres du jury :

Mr le Professeur Eustase JANKY, directeur de l'Université des Antilles

Mr le Professeur Eric TRUY, chef de service de Chirurgie Otologique et Cervico-
Faciale des Hospices Civiles de Lyon, Hôpital Edouard Herriot



Le Président de l'Université des Antilles : Eustase JANKY
 Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CESAIRE
 Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Suzy DUFLO

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS	
Bruno HOEN	Maladies Infectieuses CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 15 45
Pascal BLANCHET	Chirurgie Urologique CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 95
André-Pierre UZEL	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 66
Pierre COUPPIE	Dermatologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 39
Thierry DAVID	Ophtalmologie CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 55
Suzy DUFLO	ORL – Chirurgie Cervico-Faciale CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 93 46 16
Eustase JANKY	Gynécologie-Obstétrique CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel 05 90 89 13 89
François ROQUES	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 71
Jean ROUDIE	Chirurgie Digestive CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 21 01 - Tel : 05 96 55 22 71
Jean-Louis ROUVILLAIN	Chirurgie Orthopédique CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 28
André CABIE	Maladies Infectieuses CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 23 01
Philippe CABRE	Neurologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 61
Raymond CESAIRE	Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 24 11

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Suite)

Maryvonne DUEYMES-BODENES	Immunologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 24 24
Régis DUVAUFERRIER	Radiologie et imagerie Médicale CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 21 84
Annie LANNUZEL	Neurologie CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 13
Louis JEHEL	Psychiatrie Adulte CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 44
Mathieu NACHER	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 24
Guillaume THIERY (en disponibilité)	Réanimation CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES Tel : 05 90 89 17 74
Magalie DEMAR - PIERRE	Parasitologie et Infectiologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 09
Vincent MOLINIE	Anatomie Cytologie Pathologique CHU de FORT DE FRANCE Tel : 05 96 55 20 85/55 23 50
Philippe KADHEL	Gynécologie-Obstétrique CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 20
Michel DEBANDT	Rhumatologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 23 52
Jeannie HELENE-PELAGE	Médecine Générale CHU de Pointe-à-Pitre / Cabinet libéral Tel : 05 90 84 44 40
Karim FARID	Médecine Nucléaire CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 21 67
Mehdi MEJDOUBI	Radiodiagnostic et imagerie Médicale CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 21 84
Rémi NEVIERE	Physiologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00
Christian SAINTE-ROSE	Radiodiagnostic et imagerie Médicale CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Suite)

Sébastien BREUREC	Bactériologie & Vénérologie CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 12 80
Félix DJOSSOU	Maladies infectieuses et tropicales CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 50 50.
Nicolas VENISSAC	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 ...

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

Franciane GANE-TROPLENT	Médecine générale Cabinet libéral les Abymes Tel : 05 90 20 39 37
--------------------------------	--

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS

HOSPITALIERS

Christophe DELIGNY	Médecine Interne CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 55
Jocelyn INAMO	Cardiologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38
Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE	Endocrinologie CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 03
Marie-Laure LALANNE-MISTRIH	Nutrition CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 00
Narcisse ELENGA	Pédiatrie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 77 37
Moana GELU-SIMEON	Gastroentérologie hépatologie CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 10 10

TABUE TEGUO Maturin	Médecine interne : Gériatrie et Biologie du vieillissement CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 10 10
BACCINI Véronique	Hématologie CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 10 10
CHEFS DE CLINIQUE DES UNIVERSITES - ASSISTANTS DES HOPITAUX	
BANCEL Paul	ORL/Chirurgie maxillo faciale CHU de Pointe-à-Pitre Tél. : Tél. : 0590 89 14 60
BORJA DE MOZOTA Daphné	Gynécologie-Obstétrique CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tél. : 0590 89 19 80
DARCHE Louis	Chirurgie Digestive et Viscérale CHU de Martinique Tél. : 0596 55 20 00
DE RIVOYRE Benoit	Ophtalmologie CHU de Pointe-à-Pitre Tél. : 0590 89 14 50 / 0690 00 93 95
DEBBAGH Hassan	Chirurgie thoracique CHU de Martinique Tél. : 0596 55 22 71
DOURNON Nathalie	Maladies infectieuses CHU de Pointe-à-Pitre Tel : 05 90 89 10 10
GALLI-DARCHE Paola	Neurologie CHU de Martinique Tél. : 0596 55 20 00.
GHASSANI Ali	Gynécologie-Obstétrique CHU de Pointe-à-Pitre Tél. : 0590 89 19 89
CHARMILLON Alexandre	Anesthésie-Réanimation CHU de Pointe-à-Pitre Tél. : 0590 89 11 82
MARY Julia	Rhumatologie CHU de Martinique Tél. : 0596 55 23 52
MOINET Florence	Rhumatologie-médecine interne CHU de Martinique Tél. : 0596 55 22 55
MONFORT Astrid	Cardiologie CHU de Martinique Tél. : 0596 55 23 72

MOUREAUX Clément	Urologie CHU de Pointe-à-Pitre Tél. : 0590 89 13 95
NABET Cécile	Parasitologie et Mycologie CH "Andrée ROSEMON" de Cayenne Tél. : 0594 39 53 59
PARIS Eric	Réanimation CHU de Pointe-à-Pitre Tél. : 0590 89 10 10
PIERRE-JUSTIN Aurélie	Neurologie CHU de Pointe-à-Pitre Tél. : 0590 89 13 40
CHEFS DE CLINIQUE DES UNIVERSITES - ASSISTANTS DES HOPITAUX <i>(Suite)</i>	
SAJIN Ana Maria	Psychiatrie CHU de Martinique Tél. : 0596 55 20 44
SEVERYNS Mathieu	Chirurgie orthopédique CHU de Martinique Tél. : 0596 55 22 21

CHEFS DE CLINIQUE DES UNIVERSITES – MEDECINE GENERALE	
CARRERE Philippe	Médecine Générale CHU de Pointe-à-Pitre /Cabinet Tél. : 0590 8084 05 /Fax : 0590 99 33 07
PLACIDE Axiane	Médecine Générale CHU de Martinique / Cabinet Tél. : 05 96 75 48 27
NIEMETZKI Florence	Médecine Générale CH « Andrée Rosemon » de Cayenne/Cabinet Tél. : 05 94 39 50 50 poste 59 28
MOUNSAMY Josué	Médecine Générale CHU de Pointe-à-Pitre /Cabinet

Professeurs EMERITES	
Georges JEAN-BAPTISTE	Rhumatologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

Serge ARFI	Médecine interne CHU de FORT- DE – France Tel : 05 96 55 22 55 - Fax : 05 96 75 84 45
-------------------	--

Bernard CARME	Parasitologie CH « Andrée Rosemon » de Cayenne/Cabinet Tél. : 05 94 39 50 50
----------------------	---

REMERCIEMENTS

- À Mme le Professeur Suzy DUFLO, Présidente de jury

Vous me faites l'honneur d'accepter d'être Présidente de jury. Vous m'avez accompagné depuis le début de mon internat et vous avez toujours été présente pour me guider. Merci de m'avoir accueilli au sein de votre équipe; travailler à vos côtés me confirme chaque jour que respecter ses engagements et faire preuve de détermination permet d'accomplir de grandes choses. Merci aussi pour le courage dont vous faites preuve et pour votre capacité à rester à l'écoute en cette période très difficile, vous continuez à mener le navire, et puis de toute façon... nous ne sombrerons pas !

- À Mr le Professeur Eustase JANKY

Vous qui me suivez depuis ma 1^{ère} année de médecine, nos échanges professionnels et personnels m'ont été d'une aide précieuse tout au long de mon parcours. C'est donc avec une grande humilité que je vous ai demandé de faire partie de mon jury, et avec beaucoup d'émotion que j'ai reçu votre accord. En ce jour nous bouclons donc une nouvelle boucle ensemble... bien plus longue cette fois, que celle de notre 1^{er} footing !

- À Mr le Professeur Eric TRUY

Vous m'avez accueilli au sein de vos disciples, et m'avez prodigué un enseignement de qualité, je suis admiratif de votre calme pendant la chirurgie, tout paraît si simple... vous m'avez fait confiance et avez toujours été à l'écoute. Malgré la distance vous restez bien présent à mes côtés et je vous remercie d'avoir accédé à ma demande de faire partie de mon jury. Nous nous reverrons, souvent je l'espère, sous des températures moins clémentes qu'en Guadeloupe et d'ici là nous continuons à distance le travail débuté ensemble, je vous adresse ici mes sincères remerciements.

- À Mme le Docteur Jacqueline DELOUMEAUX

Je vous remercie pour votre réactivité, pour votre disponibilité, vous m'avez montré qu'il était possible de vous adresser des demandes « pour hier » et que vous pouviez y accéder le jour même ! Merci de votre patience, de vos conseils, de vos révisions, vos corrections, merci d'avoir accepté de diriger ce travail qui nous tenait à cœur et j'espère que nous ne sommes qu'au début de notre collaboration !

À mes proches,

À ma famille, mon socle, ma base, mes exemples, toujours à mes côtés. Gravés sur ma peau, d'abord sur ma jambe car vous m'avez porté pendant ces longs moments souvent difficiles, puis sur mon torse car le temps était venu pour moi de vous porter à mon tour avec fierté le long de ma route, merci pour votre soutien, merci pour les valeurs que vous m'avez transmises et qui font de moi ce que je suis, merci...merci pour tout...À toi Lulu, notre étoile...qui continue de veiller sur nous...

À mon « Crew » : mon noyau dur, pas un jour sans vous les gars, pas un... et ce peu importe la distance!! Guigui, Dast, Gégé, Nico, tant d'années, tant de rires, sans limite, toujours plus loin, toujours plus haut...et tant de patience à mes côtés!! Le « AFH », merci pour ce que nous avons créé, merci pour la folie - la folie - la folie...toujours plus de folie!!! Merci à mes patronnes, Manoune toujours présente et solide comme un roc ; Magoo, la vibration positive... À mes soldats : mon frère Jo-Black on s'éclate mon pote..., boss-Deak, Mypee le Patron, Noka et Juju, Magic, mes « gars-sûrs », comme on dit « la puissance ne respecte et ne respectera que la puissance », merci pour tous ces moments passés ensemble et ceux à venir.

À mes collègues...et souvent bien plus,

À ceux d'ici...Mes premiers « chefs », Laure toujours dans le plus grand des calmes ; JeanBiz le fêtard; Régine, la bienséance, le respect de soi et des autres ; Sandy-Pete, l'homme vaste et puissant, « wè fwèèèew, vas leur dire ! » ; Manu, tellement brillant et accessible, un véritable exemple en toutes circonstances!! À Marion et Nancy les nouvelles venues. À mes co-internes du début, Jerem-Guilleuh l'artiste ; Alex' Bigoudi et nos discussions de « temple » ; Béa la cool-attitude venue d'Espagne ; Rohy, Karlito le Kapanouh, Aina Rrrraakoto ; Emma, Floflo c'est toi le champion... Aux nouveaux « chefs de la clinique » Paul-paw-paw-paw et Cécé la Virne ; à mes mousquetaires Tcharly le patron des Pec-vs-Pec' et Lorelaï la chanteuse, pardon la Rockstar ! Aux nouveaux co-internes, Léo la casse, la fourge, Alizée, Stephane, ...à la figue...À toute l'équipe de Neurochirurgie et particulièrement au Dr Do, merci pour votre professionnalisme, pour nos échanges concernant les voyages, et surtout pour votre précision en toute circonstance, en effet « ce qui est fait n'est plus à faire ! »

A l'équipe d'ORL de Guadeloupe, une véritable équipe soudée et dynamique ; le secrétariat, la « Chayerie et ses drôles de dames », mister Pete, Débie merci pour les dossier ; les

patronnes de consult' Glagla, Emeline et Sonia, les filles d'hospit' Saikette, Vaness, Tika, Laeti, Carène, Auré, Véro, Soso, Diane, Maire-Laure, mon pote Pete, notre cadre M. JD (nous chercherons des marathoniens !), et tous ceux et celles sans qui le service ne « tournerait » pas aussi bien et qui sont toujours aussi étonnés de me voir arriver si tôt le matin !

À ceux de là-bas... « Béa-Fouinybabe » et Richou mes Bordelais.

À mes maîtres et patrons lyonnais : Au Professeur Thai-Van, pour votre accueil des 1ers jours et à Eugen pour notre collaboration. Au Professeur Disant, merci pour vos enseignements et pour m'avoir fait redécouvrir cette chanson « Fanm ka kolé kon mabouya ». Au Professeur Ceruse, merci d'avoir accueilli un dinosaure aux cheveux bleus dans votre service, merci de votre enseignement et votre écoute. À mes patrons de Villefranche, Djaber toujours calme et réfléchi et Charlotte toujours présente pour la fête, merci pour votre confiance. À mes « Chefs » : Marie, Delphine, Victor, Vincent, Mathilde, Sonia, Carine, Pierre, Zack, Marianne, Maxime, Clémence, Sandra notre « maman », Stéphane. À Fred, merci pour le « magasin » et encore merci pour ta cheminée...Ahouuu...!!

À ma team d'internes lyonnais : ma best Gaux-Mar (on ne te laissera pas assise dans un coin !), ma « meuuuuuuuf » Sophie ; Marion, Nico, Saïmon', Martin from «X-Rousse Powaaa ». À Ananas mangeuse de graines et Thatha mon moussaillon; Fabien grâce à qui on peut encore rire de tout, Maxime le 007 survolté. À mes « Mambo-Girls » Carooooo, Auré, Math-math, Marion-Dion, merci pour nos apéri-mercredi sous toutes leurs formes. À ma Clau-clau, Ruru, Chichi, Jacquot, Kévin, Sophie, Paul, Nasser le skieur, Alexis le champion, Jibé le parfait gendre, Mériem, Gauvain. Aux équipes soignantes, Agathe-chou la patronne ; Anissa, Nora et Laura le trio gagnant ; Megmeg, Lisa, Manon, Widad, Julie et Jojo, les survoltés ! À tous ceux et celles qui ont contribué à rendre ces deux années si palpitantes et inoubliables, merci et ce sera avec beaucoup de bonheur que je vous reverrai au fil des voyages et congrès !

A Fanny, ma future femme...ma Reine,
Et à toi notre petit prince, que nous attendons avec impatience...

« Donnons aux choses la mesure qu'elles ont vraiment et surtout...vivons pleinement »

**DELAIS DE PRISE EN CHARGE ET
SURVIE DES PATIENTS ATTEINTS
DE TUMEURS DES VOIES
AERODIGESTIVES SUPERIEURES**

ETUDE SUR LA POPULATION GUADELOUPEENNE ENTRE 2008 ET 2016

TABLE DES MATIERES

LEXIQUE	13
RESUME	14
ABSTRACT	15
INTRODUCTION	16
MATERIEL ET LES METHODES	18
POPULATION DE L'ETUDE	18
ANALYSES STATISTIQUES	19
RESULTATS	20
DESCRIPTION DE LA POPULATION	21
INCIDENCES	23
ÉVOLUTION DES DELAIS DE PRISE EN CHARGE	25
IMPACT SUR LA SURVIE	28
<i>Survie en fonction des caractéristiques patients</i>	28
<i>Survie en fonction des délais et périodes</i>	29
DISCUSSION	30
POPULATION	30
INCIDENCES	31
ANALYSE DE SURVIE	32
ANALYSE PAR PERIODE	32
<i>Caractéristiques patients par période</i>	32
<i>Caractéristiques tumorales et prise en charge par période</i>	33
<i>Délais de prise en charge par période</i>	33
<i>Le terrain</i>	36
<i>Ce qui a été mis en place</i>	38
SURVIES	39
LIMITES DE L'ETUDE ET BIAIS	39
CONCLUSION	40
ANNEXES	41
REFERENCES	43

LEXIQUE

CepiDC : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de **DéCès**

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies 10^{ème} édition

CS : Consultation

DIAG : « **Diagnostic** » pour date d'inclusion anatomopathologique

HPV : Human Papilloma Virus

InCa : Institut National du Cancer

LBP : Lèvre-Bouche-Pharynx

MOY : Moyenne

PPS : Plan Personnalisé de Soins

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

VADS : Voies Aéro-Digestives Supérieures

RESUME

INTRODUCTION

En Guadeloupe les décès par cancers représentent la 2^{ème} cause de mortalité et la localisation aux VADS est à la 4^{ème} place des cancers diagnostiqués. Les délais de prise en charge débutent dès la 1^{ère} consultation jusqu'à la mise en traitement. L'objectif de ce travail était d'analyser l'évolution des délais et leur impact sur la survie.

METHODE

Une étude rétrospective a été menée entre 2008 et 2016 chez les patients atteints de tumeur des VADS. Nous avons recueilli les données épidémiologiques, histologiques, le stade TNM, le type de traitement et calculés les délais entre la 1^{ère} consultation, le diagnostic anatomopathologique, la RCP et la mise en traitement.

RESULTATS

Cinq cents patients ont été inclus. On retrouvait une majorité de localisations Lèvre-Bouche-Pharynx, une majorité de stade T3-T4 et 94% de carcinomes épidermoïdes. Les incidences standardisées étaient inférieures par rapport à celles de la France hexagonale. Les délais entre la 1^{ère} consultation et le diagnostic anatomopathologique étaient inférieurs à 10 jours, puis entre 12 et 19 jours jusqu'à la RCP et inférieurs à 40 jours pour la mise en traitement. Ces délais n'avaient pas d'impact sur la survie à 3 ans. La survie était meilleure pour les patients diagnostiqués aux stades TNM T1-T2N0 et traités par chirurgie. La survie globale était inférieure à celle observée dans l'Hexagone.

CONCLUSION

Les délais de prise en charge observés étaient en accord avec les recommandations et n'avaient pas d'impact négatif sur la survie globale des patients. Des mesures adaptées doivent être maintenues pour améliorer la prise en charge de cette population plus défavorisée.

(mots : 254)

Mots-clés : VADS, cancer, carcinome épidermoïde, épidémiologie, délais de prise en charge, délai diagnostique

ABSTRACT

BACKGROUND

In Guadeloupe, cancers are the 2nd cause of death; among diagnosed cancers and head and neck localization rank in 4th place. Care delay goes from the first time seeing and ENT doctor to the 1st treatment. The aim of this study was to analyze delays' evolution and their impact on survival.

METHODS

We did a retrospective study between 2008 and 2016 on patients with head and neck cancer in Guadeloupe. We collected epidemiological and histological data, TNM stage, treatment type, and delays between 1st consultation, anatomopathological diagnosis, care-decision and beginning of treatment.

RESULTS

We analyzed data from 500 patients. Most of the localizations were Lips-Mouth-Pharynx. A T3-T4 stage was more frequent and 94% of cases were squamous cell carcinoma. The standardized incidence rate of head and neck tumors was lower than that reported in France. The delays between 1st ENT consultation and diagnosis were under 10 days. They were between 12 and 19 days until collegial care final decision and less than 40 days until the start of the treatment. The reported delays didn't have any impact on 3-years survival. We observed a better survival rate for patients diagnosed with a T1-T2N0 TNM stage and who underwent surgical care. Overall survival was lower that observed in mainland France.

CONCLUSION

Reported delays in Guadeloupe are within ranges and coherent with up to date recommendations and had no negative impact on survival rate for patient with head and neck cancer. Specific approaches are to be continued to improve early care in this more deprived population.

(words: 250)

Keywords: Head and neck, cancer, squamous cell carcinoma, epidemiology, delay in diagnosis, professional delay

INTRODUCTION

Les tumeurs des voies aérodigestives supérieures (VADS) regroupent classiquement les tumeurs des lèvres bouche et pharynx (LBP) d'une part et les tumeurs du larynx d'autre part. Trois facteurs ont été identifiés comme étant à risque d'entraîner l'apparition de ces cancers, il s'agit du tabac et de l'alcool dont la consommation simultanée entraîne un effet synergique; et de l'exposition au Human Papilloma Virus (HPV). En France hexagonale, les estimations des taux d'incidences standardisés pour 100 000 personnes-années étaient parmi les plus élevées d'Europe. En 2012, ils étaient de 16,1 chez l'homme et de 5,6 chez la femme pour la localisation LBP et respectivement de 5,4 et 0,9 pour le larynx. Ces taux étaient inférieurs en Guadeloupe, respectivement de 12,2 chez les hommes et 2,7 chez les femmes pour LBP et de 3,2 et 0,4 pour le larynx[1]. Ces taux moindres ont été classiquement associés à une plus faible consommation tabagique[2]. Les décès par cancers en Guadeloupe représentent la 2^{ème} cause de mortalité après les maladies cardio-vasculaires et la mortalité par cancers des VADS est à la 4^{ème} place après les cancers de prostate, poumon et de l'estomac[3]. Ces tumeurs ont un retentissement immédiat sur la qualité et l'espérance de vie car elles atteignent des structures primordiales qui sont les voies aériennes supérieures et donc la fonction respiratoire, ainsi que les voies digestives supérieures pour l'alimentation. Ces atteintes exposent les patients à un risque de détresse respiratoire aiguë, un état de mal- voire dénutrition et des troubles de l'élocution.

Le parcours du patient débute dès l'apparition du symptôme jusqu'à sa mise en traitement et on peut définir plusieurs délais au cours de cette prise en charge :

- le délai diagnostique, entre la première consultation et le diagnostic anatomopathologique de tumeur maligne
- le délai pré-thérapeutique, entre le diagnostic anatomopathologique et la date de réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) validant le plan personnalisé de soin du patient (PPS)
- le délai de mise en traitement entre la RCP et le premier traitement initié, qu'il soit médical ou chirurgical.

Ces intervalles s'articulent autour du patient avec plusieurs intervenants qui sont le médecin de ville, le spécialiste de ville et/ou de centres hospitaliers et les oncologues-radiothérapeutes. Un des objectifs du plan cancer 2014-2019 est la diminution de ces délais de prise en charge[4]. Les facteurs pouvant influencer sur ces délais peuvent être liés

au patient et à son environnement, ou aux difficultés du parcours de soin des patients (lien ville-hôpital, disponibilité des spécialistes et des infrastructures de prise en charge). En Guadeloupe, la prise en charge des cancers des VADS et l'offre de soins sur le territoire ont connu des modifications depuis une dizaine d'années.

L'objectif de ce travail était d'analyser l'évolution des différents délais de prise en charge et leur impact sur la survie des patients atteints de tumeurs de VADS en Guadeloupe.

MATERIEL ET LES METHODES

POPULATION DE L'ETUDE

L'étude a porté sur les patients résidant en Guadeloupe ayant eu un diagnostic de tumeur maligne des VADS sur la période 2008-2016 et inclus comme cas incident par le Registre des cancers. Le Registre recueille de manière continue et exhaustive depuis 2008 un set de données obligatoires (âge au diagnostic, sexe, date d'incidence du cancer, topographie et morphologie de la tumeur et certains marqueurs spécifiques) pour toutes les localisations cancéreuses, quel que soit l'âge au diagnostic et le lieu de prise en charge des patients. Les données concernant le stade au diagnostic et les traitements sont recherchées dans les dossiers médicaux ou dans les comptes-rendus de RCP. Par ailleurs, une mise à jour du statut vital est effectuée à partir des données du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CepiDC). Pour cette étude une extraction de la base de données du Registre a été réalisée pour les localisations cancéreuses correspondant au code de la classification internationale des maladies 10^{ème} édition (CIM-10), codes C00-C14 et C30-C32 sur la période 2008-2016. Les informations complémentaires non collectées en routine par le Registre (date de 1^{ère} consultation en ORL, date de la 1^{ère} RCP, tabac, alcool, statut HPV) ont été recherchées dans plusieurs sources : application du réseau régional de cancérologie (Courbaril-IDEORCP), base de données du service d'oncologie du CHU de Guadeloupe ; dossiers des patients pris en charge par le service de chirurgie ORL du CHU de Guadeloupe et données du service d'anatomie-pathologique du CHU de Guadeloupe. Ont été exclus de l'étude les patients présentant des lymphomes de localisation ORL, des tumeurs des sinus, des tumeurs des glandes salivaires, ainsi que des métastases de localisation ORL provenant d'autres cancers.

Le Registre des cancers de Guadeloupe fait partie du réseau national de santé publique et son activité de recueil et de traitement de données des cancers fait l'objet d'une autorisation de la Commission Nationale Informatique et Liberté CNIL (autorisation n° 909113 du 29 juin 2009) et d'un avis favorable du Comité Consultatif pour le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS) en date du 9 avril 2009.

ANALYSES STATISTIQUES

Une analyse descriptive de la population a été réalisée par type de localisation (LBP et larynx) et par sexe. Les différents délais d'intérêt ont été calculés à partir des dates disponibles (date 1^{ère} consultation, date du diagnostic anatomopathologique, date de RCP, date de 1^{er} traitement, date des dernières nouvelles et date de décès). Nous avons mesuré et comparé les caractéristiques des patients et les différents délais d'intérêt par sexe et en distinguant trois périodes : 2008-2010, 2011-2013 et 2014-2016. Des tests de comparaison classiques ont été utilisés (test du CHI2 pour les variables qualitatives, test « t » de Student et/ou test de la médiane pour les comparaisons des délais de distribution non normale). Des analyses de survie ont été réalisées avec la méthode de Kaplan-Meier pour les variables étudiées uniquement en tenant compte des 2 périodes, de 2008 à 2010 (période 1) et 2011 à 2013 (période 2) pour avoir un recul suffisant. Les données ont été analysées avec le logiciel Stata©. Les courbes d'incidence ont été réalisées sur Excel©.

RESULTATS

Au total, sur 637 patients diagnostiqués de tumeurs ORL sur la période 2008-2016, 500 ont été inclus pour l'analyse statistique après exclusion des tumeurs des glandes salivaires, des cavités sinusiennes et lymphomes. Les données recherchées n'ayant pas été retrouvées pour toute la population de l'étude, les résultats présentés ont été calculés sur les échantillons dont les données étaient renseignées. Les résultats sont répartis selon les paragraphes suivants : description de la population, incidence, délais de prise en charge et survie.

DESCRIPTION DE LA POPULATION

Les caractéristiques de la population sont détaillées dans **le tableau 1**.

411 cas de tumeurs des VADS ont été diagnostiqués chez les hommes et 89 chez les femmes avec un sex-ratio de 3,8 pour les cancers localisés au niveau LBP et de 8,71 pour le larynx. L'âge moyen au diagnostic était de 63,7 ans pour la population entière (médiane : 63 ans). Il n'y avait pas de différence significative entre les hommes et les femmes concernant l'âge de diagnostic, l'éthylisme, et l'extension ganglionnaire. Le tabagisme était plus important chez les hommes avec 77,3% de fumeurs contre 57,7% chez les femmes. La localisation LBP était la plus fréquente avec une répartition plus élevée chez les femmes que chez les hommes (84,3% vs. 70,3%). Les tumeurs laryngées étaient, elles, plus fréquentes chez les hommes (29,7% vs. 15,7%). Le type histologique était un carcinome épidermoïde dans 94,4% des cas, avec une fréquence plus élevée chez les hommes que chez les femmes (95,6% vs. 88,8%). Il y avait plus d'adénocarcinomes diagnostiqués chez les femmes avec 9 cas contre 5 cas chez les hommes. On retrouvait de façon significative plus de stades T3-4, avec une différence significative entre les sexes (43,8% chez les hommes contre 24,8% chez les femmes). Concernant les délais de prise en charge, la seule différence significative entre les hommes et les femmes portait sur le délai entre le diagnostic anatomo-pathologique et la RCP. On retrouvait un délai médian pour les hommes moins élevé de 14 jours [8-22] et un délai médian chez les femmes de 19 jours [0-30]. Sur la période de l'étude, on dénombrait significativement plus de décès chez les hommes : 233(56,7%) contre 38(42,7%) des femmes

TABLEAU 1 : CARACTERISTIQUES DES PATIENTS AU DIAGNOSTIC DE CANCER DES VADS SUR LA PERIODE 2008-2016*

	Total N=500	Hommes (n=411)	Femmes (n=89)	p
Age au diagnostic, med [EIQ]	63,1 [55-72]	63,1 [55-71]	64,5 [55-76]	NS
Tabac (n=220), Fumeurs (%)	165 (75,0)	150 (77,3)	15 (57,7)	0,03
Alcool (n=240) Buveurs (%)	176 (73,3)	158 (75,2)	18 (60,0)	NS
Topographie LBP (%) Larynx (%)	364 (72,8) 136 (27,2)	289 (70,3) 122 (29,7)	75 (84,3) 14(15,7)	0,007
Histologie Carcinome épidermoïde (%) Adénocarcinome (%) Carcinome non spécifié (%)	472 (94,4) 14 (2,8) 14 (2,8)	393 (95,6) 5 (1,2) 13 (3,2)	79 (88,8) 9 (10,1) 1 (1,1)	<10 ⁻⁴
T (n=338) 1 à 2 (%) 3 à 4 (%)	136 (27,20) 202 (40,40)	106 (25,79) 180 (43,80)	30 (33,71) 22 (24,72)	0,004
CN (n=343) Pas d'envahissement (%) Envahissement (%)	139 (27,80) 204 (40,80)	111 (27,01) 177 (43,07)	28 (31,46) 27 (30,34)	NS
Notion de RCP , n (%)	267 (53,4)	226 (55)	41 (46,1)	NS
1er Traitement (n=431) Chirurgie (%) Radio ou chimio (%) Abstention-refus (%)	138 (27,6) 252 (50,5) 8 (1,6)	114 (27,8) 213 (51,9) 6 (1,5)	24 (27,0) 39 (43,8) 2 (2,2)	NS
Délais en jours, med [EIQ]				
CS-Anapath	8 [4-16]	8 [4-15]	9 [3-20]	NS
Anapath-RCP	14 [8-23]	14 [8-22]	19 [9-30]	0,03
CS -RCP	23 [16-36]	22 [15-36]	27 [19-37]	NS
CS-Traitement	50 [32-79]	50 [33-79]	53 [27-80]	NS
RCP-Traitement	27 [14-47]	27 [14-49]	20 [13-29]	NS
Anapath-Traitement	41 [25-73]	41 [24-73]	42 [25-72]	NS
Nb Décès (%)	271 (54,2)	233 (56,7)	38 (42,7)	0,02

* Lorsque les données n'étaient pas disponibles pour la totalité des patients « n » précise le nombre de patients renseignés

INCIDENCES

La figure 1 expose l'évolution des incidences standardisées entre 2008 et 2016 en Guadeloupe à partir des données du Registre. Depuis 2008 on constate une tendance franche à la diminution de l'incidence pour toutes les localisations puis une augmentation depuis 2012. Les incidences de LBP étaient supérieures à celle du larynx sur chaque année. Les incidences les plus hautes étaient observées en 2008 avec 8,40 pour LBP et 3,82 pour le larynx. Les incidences les plus faibles étaient observées en 2012 pour LBP avec 4,21, et en 2014 pour le larynx avec 1,41. Les courbes de tendance linéaires de LBP et de larynx montrent une diminution de l'incidence sur toute la période de recueil.

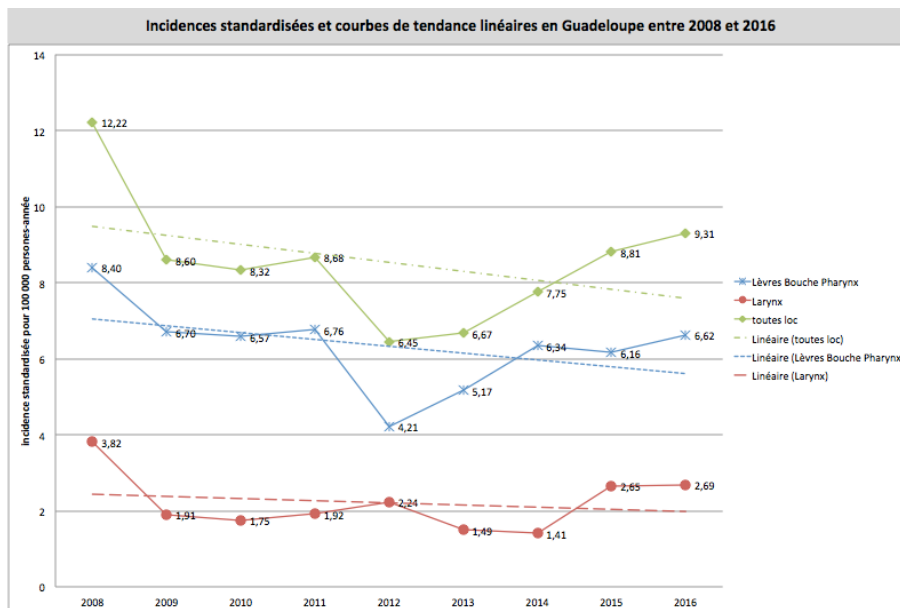


FIGURE 1 : INCIDENCES STANDARDISEES ET COURBES DE TENDANCES.

Les incidences standardisées par localisation et par sexe sont détaillées dans la **figure 2** accompagnées de leurs courbes de tendance. Toutes localisations confondues, les incidences étaient supérieures chez les hommes pour chaque année. En fonction du sexe, les incidences des localisations LBP étaient plus élevées pour chaque année. Les courbes de tendance linéaire chez les hommes tendaient à une diminution au cours des années pour LBP et larynx. Chez les femmes la courbe des LBP tendait à diminuer au cours du temps alors que celle des larynx semblait constante.

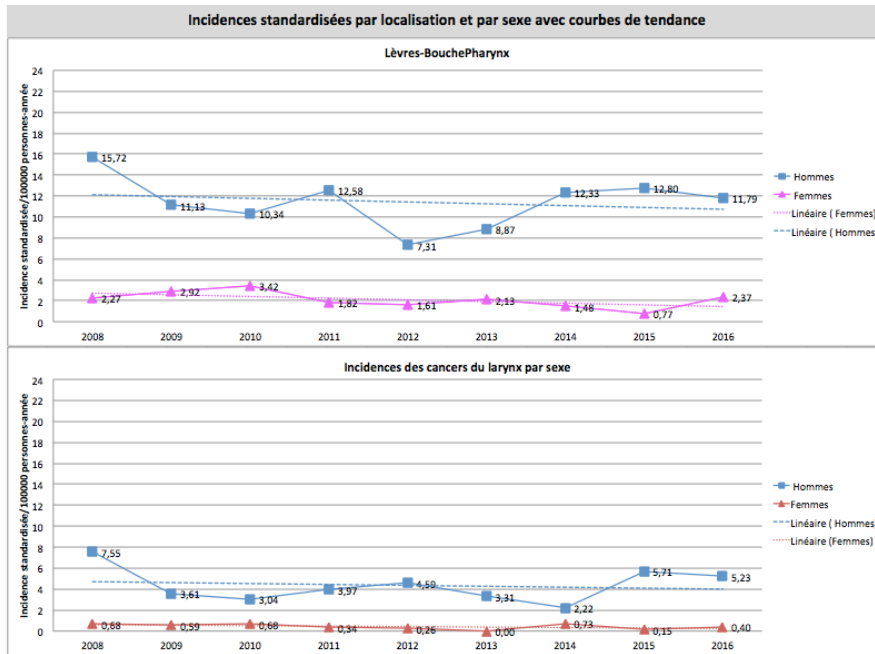


FIGURE 2 : INCIDENCES STANDARDISEES PAR LOCALISATION ET PAR SEXE AVEC COURBES DE TENDANCE.

ÉVOLUTION DES DELAIS DE PRISE EN CHARGE

Le **tableau 2** compare les données de population totale en fonction de 3 périodes égales de 3 années, entre 2008 et 2016. La 1^{ère} période était établie entre 2008 et 2010 ; la 2^{ème} période de 2011 à 2013 correspond à la mise en place d'une part d'un service à visée universitaire et la mise en place d'une RCP structurée avec l'instauration du Centre de Coordination en Cancérologie « les 3C » responsable de l'organisation des RCP sur le territoire. La 3^{ème} période correspond à la période la plus récente de recueil de données du Registre, d'une durée égale de façon à obtenir des données comparables entre elles. Les effectifs d'hommes et femmes diagnostiqués ne présentaient pas de différence significative entre les différentes périodes. On ne retrouvait pas non plus de différence significative entre les 3 périodes pour l'âge de diagnostic, la consommation tabagique et la répartition topographique. On constate une augmentation de la proportion de patients éthyliques chroniques au cours des 3 périodes jusqu'à atteindre 50% parmi les patients renseignés entre 2014 et 2016. Quelle que soit la période, la proportion de stades T3-4 de la classification TNM était plus élevée que celle des stades T1-2. Pour la période 1 on retrouvait 31,9% de T3-T4 contre 18,9% de T1-2, et à la période 2 on retrouvait 45,7% de T3-4 contre 30,5% de T1-2. Pour la période 3 on retrouvait 43,9% T3-4 contre 32,2% de T1-2. Pour ce qui est de l'extension ganglionnaire, la proportion de tumeur avec envahissement ganglionnaire a augmenté de façon significative à chaque période. Elle était de 28,4% à la 1^{ère} période, de 40,4% à la période 2 et de 52,7 % à la période 3. Il y avait une diminution des prises en charge chirurgicales entre les 2 premières périodes: on passe de 29% (49 interventions) à 22,5% (34 interventions), et une augmentation à la 3^{ème} période avec 30,7% (55 interventions) d'interventions chirurgicales. La prise en charge par radio- et/ou chimiothérapie avait l'évolution inverse.

TABLEAU 2 : CARACTERISTIQUES DES PATIENTS PAR PERIODE DE PRISE EN CHARGE *

	2008-2010	2011-2013	2014-2016	p
Sexe				NS
Hommes	134	124	153	
Femmes	35	27	27	
Age au diagnostic, med (SD)	62,6 [53-73]	62,5 [53-76]	64 [57-70]	NS
Tabac (n=220), Fumeurs (%)	21 (12,7)	67 (40,6)	77 (46,7)	NS
Alcool (n=240) Buveurs (%)	21 (11,9)	67 (38,1)	88 (50)	0,04
Topographie, n(%)				NS
LBP	128 (75,7)	108 (71,5)	128 (71,1)	
Larynx	41 (24,3)	43 (28,5)	52 (28,9)	
T, renseignés : 338, n (%)				<10 ⁻⁴
[1 à 2]	32 (18,9)	46 (30,5)	58 (32,2)	
[3 à 4]	54 (31,9)	69 (45,7)	79 (43,9)	
N renseignés : 343), n(%)				<10 ⁻⁴
Pas d'envahissement	36 (21,3)	62 (41,1)	41 (22,8)	
Envahissement	48 (28,4)	61 (40,4)	95 (52,7)	
Notion de RCP, n (%)	32 (18,9)	107 (70,9)	128 (71,1)	<10 ⁻⁴
1er traitement renseigné 431), n(%)				0,001
Chirurgie	49 (29,0)	34 (22,5)	55 (30,7)	
Radio ou chimio	71 (42,0)	86 (57,0)	95 (53,1)	
Abstention-refus	1(0,6)	1 (0,6)	6 (3,3)	

* Lorsque les données n'étaient pas disponibles pour la totalité des patients « n » précise le nombre de patients renseignés. (ns pour non significatif)

La **figure 3** rapporte l'évolution des délais de prise en charge des cancers des VADS, répartis sur les mêmes 3 périodes. Concernant le délai entre la 1ère consultation et le diagnostic anatomopathologique, on ne constatait pas de différence significative entre les 3 périodes avec des délais médians qui restaient ≤ 10 jours. Pour le délai entre le diagnostic anatomopathologique et la 1ère RCP, on observait une diminution entre la 1ère et la 2ème période: de 19 jours [12-29] à 12 jours [7-23], puis un allongement à la 3ème période aboutissant à 15 jours [8-23]. Pour le délai entre la RCP et la mise en traitement qui correspond à la date de la chirurgie ou à la 1ère séance de radio-/chimiothérapie, on n'observait pas de différence significative avec des délais inférieurs à 40 jours. Après analyse des délais, la 2ème et la 3ème période avaient des valeurs quasi-similaires.

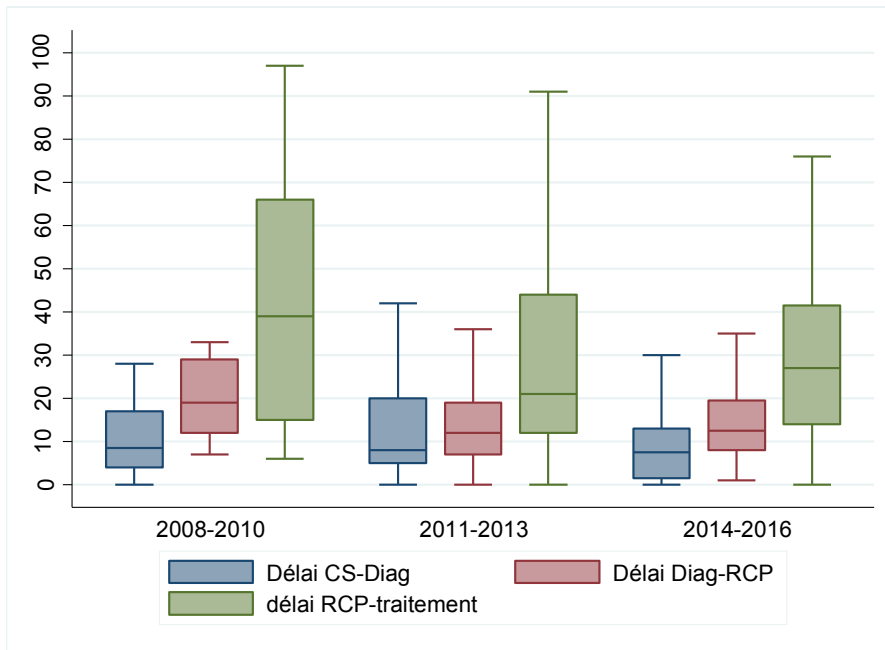


FIGURE 3. ÉVOLUTION DES DELAIS DE PRISE EN CHARGE AVEC : MEDIANE, 1ER ET 4EME QUANTILE, MINIMUM ET MAXIMUM.

IMPACT SUR LA SURVIE

SURVIE EN FONCTION DES CARACTERISTIQUES PATIENTS

Les survies globales à 1 et 3 ans étaient respectivement de 62 et 41% chez les hommes et de 73 et 51% chez les femmes. Pour le stade T on retrouvait une meilleure survie pour les stades locaux à localement avancés T1-2 par rapport aux T3-4 ($p=0,0001$). La médiane n'était pas atteinte pour les T1-2 au bout des 36 mois alors que pour les T3-4 on atteignait la médiane de survie au bout de 16 mois après le diagnostic. Pour le N, les patients N0 avaient une meilleure survie sans atteinte de la médiane au bout de 36 mois, par rapport aux patients N+ avec une médiane à 16 mois après le diagnostic ; ($p=0,0003$). Concernant la survie ajustée au type de 1^{er} traitement, on observait une meilleure survie pour les patients traités par chirurgie par rapport à ceux traités par radio/chimiothérapie avec 50% des survivants probables à 18 mois; ($p<10^{-4}$).

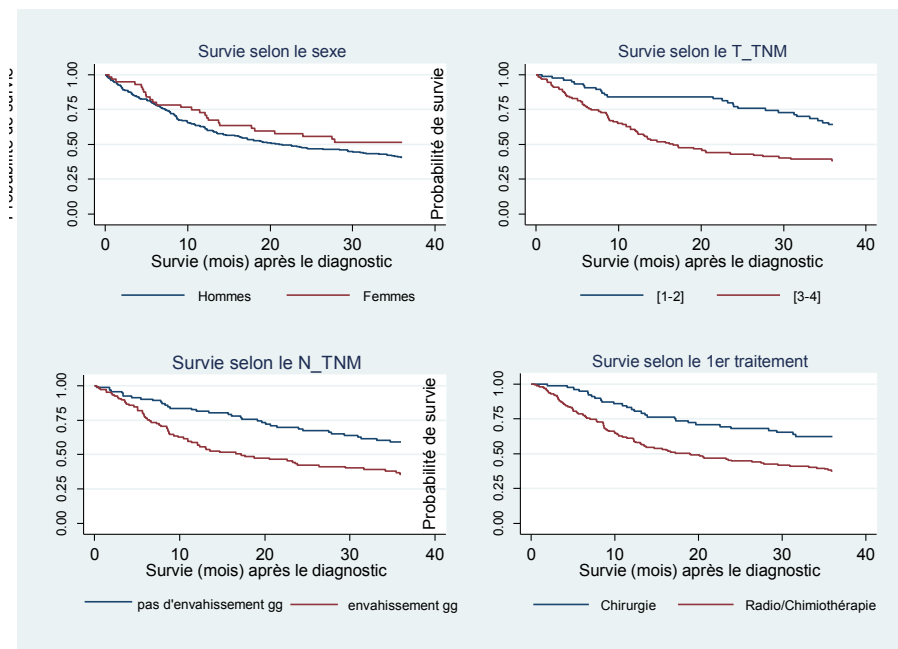


FIGURE 4 : COURBES DE SURVIE A 3 ANS (EN MOIS) EN FONCTION DES CARACTERISTIQUES DES PATIENTS. DE GAUCHE A DROITE ET DE HAUT EN BAS : SURVIE SELON LE SEXE ; SURVIE SELON LE STADE T ; SURVIE SELON LE STADE N ; SURVIE SELON LE 1ER TRAITEMENT INSTAURE.

SURVIE EN FONCTION DES DELAIS ET PERIODES

La figure 5 présente les courbes de survie selon le délai de traitement, la période, la période ajustée au type de traitement, et la période ajustée au type et au délai de traitement. On ne retrouvait aucune différence significative pour les survies à 3 ans.

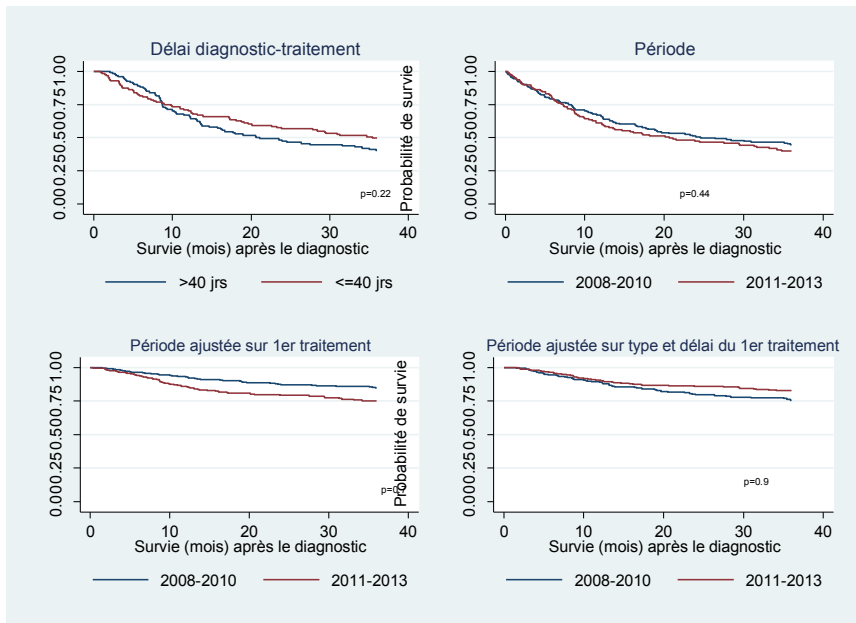


FIGURE 5 : COURBES DE SURVIE A 3 ANS (EN MOIS) EN FONCTION DES DELAIS ET PERIODES. DE GAUCHE A DROITE ET DE HAUT EN BAS : SURVIE SELON LE DELAI DE MISE EN TRAITEMENT ; SURVIE SELON LA PERIODE DE DIAGNOSTIC ; SURVIE SELON LA PERIODE AJUSTEE AU TRAITEMENT ; SURVIE SELON LA PERIODE AJUSTEE AU DELAI DE MISE EN TRAITEMENT.

DISCUSSION

Dans cette étude menée à partir des données du Registre des cancers de Guadeloupe complétées de données sur les différences de temps de prise en charge des patients, nous trouvons une incidence plus faible des cancers des VADS dans notre région par rapport à l'hexagone avec une faible tendance à la baisse sur la période d'étude. Les délais de prise en charge pré-thérapeutiques et thérapeutiques ne modifiaient pas la survie à 3 ans des patients. La survie était meilleure chez les femmes que chez les hommes et était essentiellement associée au stade TNM au moment du diagnostic. Un stade T3-4 était en effet plus fréquemment retrouvé à chaque période et concernant entre 30 et 45% des patients.

POPULATION

Avec un âge médian au diagnostic de 64 ans chez les hommes et 65 ans chez les femmes, notre population était sensiblement plus âgée que celle de l'hexagone où l'âge médian au diagnostic pour 2012 est estimé à 61 ans chez l'homme et 63 ans chez la femme. La répartition des cancers était comparable à celle retrouvée dans la littérature, à savoir une majorité d'hommes atteints de cancers des VADS. Les sex-ratios de 3,8 pour LBP et de 8,71 pour le larynx étaient comparables aux taux de l'hexagone où ils étaient de 4,2 pour LBP et 7,1 pour le larynx [5]. La localisation majeure des cancers VADS de notre échantillon se situe au niveau LBP, avec une proportion plus importante chez les femmes par rapport aux hommes. L'histologie la plus fréquente est le carcinome épidermoïde (94,4% des cas) conformément aux connaissances sur les cancers des VADS. On retrouve plus de stades locaux à localement avancés chez la femme. Cette répartition pourrait être corrélée à la localisation LBP plus fréquente, donc sur des sites tumoraux plus facilement accessibles aux signes d'alerte et au diagnostic.

Dans l'hexagone la proportion de patients tabagiques reste plus élevée chez les hommes, même si on observe une diminution au cours des années, et une augmentation chez les femmes [5]. Dans notre étude il persiste encore trop de données manquantes pour permettre une comparaison avec ces observations.

INCIDENCES

L'incidence des cancers des VADS est en très légère diminution depuis 2008 en Guadeloupe. L'incidence la plus élevée observée pour l'année 2008 (année de mise en place du Registre) et non retrouvée par la suite pourrait être liée à la qualité des critères d'inclusion des cas incidents pour cette 1^{ère} année de recueil avec un glissement de l'enregistrement de cas 2007 en 2008. Néanmoins cette tendance n'a pas été observée pour d'autres localisations. Par ailleurs, les faibles effectifs annuels des cancers des VADS peuvent expliquer à eux seuls ces variations d'incidences et justifient le recours à une estimation d'incidence lissée sur une période quinquennale. Entre 2009 et 2016 les incidences ont fluctué sans remonter aux taux observés en 2008 et restent supérieures chez les hommes pour chaque année ou localisation.

Les incidences des cancers LBP très supérieures à celles du larynx sont responsables de l'évolution de l'incidence globale « toutes localisations confondues ». L'écart observé entre les deux localisations, LPB et pharynx restant les mêmes au cours du temps. La tendance chez les hommes est à la diminution au cours des années pour LBP et larynx. Chez les femmes la tendance des LBP est aussi à la diminution au cours du temps alors que celle des larynx semble constante. Comparée aux données de l'Hexagone, l'incidence des cancers des VADS en Guadeloupe demeure plus faible sur toute la période. En France hexagonale entre 1980 et 2012, les incidences pour la localisation LBP étaient supérieures à 15 pour les hommes et supérieures à 5,6 pour les femmes. Pour le larynx, en excluant 2008 où on avait une incidence à 7,55 pour les hommes en Guadeloupe, les incidences de France hexagonale étaient supérieures à 5,4 chez les hommes et supérieures à 0,9 chez les femmes. Les courbes de tendance observées sont aussi similaires pour les hommes, par contre pour les femmes il y a une franche tendance à l'augmentation quelles que soient les localisations ce qui n'est pas observé dans notre recueil[6].

ANALYSE DE SURVIE

Les survies observées à 1 et 3 ans dans notre population étaient inférieures à celles observées dans l'hexagone pour les hommes et comparables pour les femmes : 70 et 44% chez les hommes et 74 et 54% chez les femmes [7].

L'analyse des survies ne retrouve pas de différence significative en fonction du sexe. Comme il est décrit dans la littérature, on retrouve aussi dans notre population d'étude une meilleure survie pour les stades locaux à localement avancés T1-2 par rapport aux stades avancés T3-4 ; une meilleure survie pour les patients sans envahissement ganglionnaire et une meilleure survie pour les patients pris en charge chirurgicalement.

ANALYSE PAR PERIODE

CARACTERISTIQUES PATIENTS PAR PERIODE

Les 3 périodes définies possèdent des nombres de patients comparables, sans différence significative de répartition quant à l'âge, la consommation de tabac ou la répartition topographique des cancers. On observe cependant une augmentation de la consommation d'alcool interprétée comme étant un éthyisme chronique au cours des 3 périodes. Entre 2008 et 2015, la tendance nationale était à la baisse avec une consommation évaluée en 2008 à 12,30 litres d'OH-pur/hab⁻¹/an⁻¹ pour diminuer à 11,74 litres d'OH-pur/hab⁻¹/an⁻¹ en 2015 [8]. Cependant selon les données du « Baromètre Santé DOM » édité en 2014, la consommation d'OH-pur/hab⁻¹/an⁻¹ en Guadeloupe, qu'elle soit quotidienne, hebdomadaire, mensuelle ou par alcoolisation ponctuelle importante, restait inférieure aux données observées en France hexagonale [9].

CARACTERISTIQUES TUMORALES ET PRISE EN CHARGE PAR PERIODE

La distribution selon le stade T a été la même pour chaque période de recueil avec une majorité de stades T3-4 diagnostiqués, cependant on avait diagnostiqué plus de stades T1-2 entre chaque période. La proportion de N+ a elle aussi augmenté à chaque période. On a constaté que l'évolution de la prise en charge chirurgicale a eu une évolution inverse du stade N0 sur chaque période, mais l'évaluation de l'extension ganglionnaire fait partie des critères à recueillir avant de poser l'indication chirurgicale ; d'où cette évolution parallèle.

DELAIS DE PRISE EN CHARGE PAR PERIODE

Dans notre analyse le seul délai qui variait de façon significative était le délai entre le diagnostic anatomopathologique et la date de RCP, avec des délais moyens inférieurs pour la 2^{ème} et 3^{ème} période par rapport à la 1^{ère}. De plus, ce délai était moins long pour les hommes par rapport aux femmes de 5 jours en moyenne. Un délai plus long pour les femmes avait déjà été décrit par Wildt J. et al., mais ils n'avaient pas retrouvé d'explication et avaient insisté uniquement sur l'importance de réduire ces délais de façon à ce qu'ils deviennent superposables à ceux des hommes[10]. Le délai entre le diagnostic anatomopathologique et la RCP correspond au délai pendant lequel on recueille toutes les informations nécessaires à la décision et la prise en charge thérapeutique du patient. Il s'agit du bilan lésionnel et d'extension avec les différents examens nécessaires en fonction de la lésion initiale. Ce bilan comprend la fibroscopie œso-gastro-duodénale, l'échographie hépatique, le scanner et l'IRM voire TEP-TDM si nécessaire. Cette différence entre hommes et femmes pourrait être rapportée à la différence des localisations tumorales. En effet on a retrouvé plus de lésions au niveau LBP chez les femmes par rapport aux hommes. Les localisations LBP imposent la réalisation beaucoup plus systématique d'IRM alors que pour les tumeurs localisées au larynx cet examen n'est pas systématique. Dans un rapport édité en 2013 par l'InCa, le délai d'obtention d'une IRM dans les DOM pour les bilans d'extension de cancer serait compris entre 12 et 14 jours[11]. Le besoin d'un nombre d'examen d'imagerie plus important aurait donc un effet direct sur la durée du bilan lésionnel et d'extension. La diminution de ce délai après la 1^{ère} période pourrait correspondre à une meilleure articulation entre les différents services responsables de la prise en charge du patient.

L'environnement médical du patient a aussi été amélioré par la mise en place d'un service de Chirurgie ORL à visée universitaire ce qui permet plus de personnel et par la mise en place

des « 3C », Centre de Coordination des Cancers en Guadeloupe, en charge de l'organisation des RCP sur le territoire. Il n'y avait pas de différence significative entre la date de 1^{ère} consultation et le diagnostic anatomopathologique, ni entre la date de RCP et la date de mise en traitement sur les différentes périodes. Cependant, des organisations nationales de différents pays et sociétés savantes ont émis des objectifs de délai pour le début du traitement des cancers de la tête ou du cou. Au Pays-Bas un standard pour la prise en charge des cancers des VADS a été défini en 2004. Le délai entre la première consultation ORL et le début du traitement doit être inférieur à 30 jours, avec un délai maximum pour l'endoscopie de 10 jours et un délai maximum pour le bilan de 17 jours[12]. Au Royaume-Uni les recommandations pour la prise en charge des patients atteints cancers des VADS préconisent des délais successifs de 7 jours entre la première consultation ORL et la panendoscopie, de 7 jours pour avoir le résultat histologique et 14 jours pour le traitement chirurgical ou la mise en traitement par radio/chimiothérapie[13]. En France hexagonale le délai pour le bilan complet des tumeurs des VADS ne doit pas dépasser 4 semaines selon les recommandations de la Société Française d'ORL [14]. Les délais de notre série sont compris entre 7 et 9 jours en moyenne pour l'obtention du diagnostic anatomopathologique, pour celui-ci nos résultats coïncident avec ce qui a été préconisé par ces différentes recommandations. Pour le bilan, les délais observés sont autour de 19 jours pour la 1^{ère} période et entre 12 et 15 jours pour les deux autres périodes. On constate donc qu'à partir de la 2^{ème} période il y a eu une amélioration permettant de se rapprocher de ces recommandations. Par contre pour le délai de mise en traitement, les résultats observés sont largement supérieurs à ces recommandations avec des délais moyens entre 40 et 43 jours en moyenne pour toutes les périodes.

De nombreuses études ont exploré les risques liés au retard de mise en traitement. Nous constatons dans notre étude que les délais entre la 2^{ème} et la 3^{ème} période sont quasi-similaires ; Merletti F et al. avaient déjà conclu après analyse de 316 patients atteints de tumeur du larynx et de l'hypopharynx que la taille des tumeurs n'était pas dépendante du délai de diagnostic mais était liée à l'agressivité de la tumeur [15]. Cependant Waaijer A, et al. ont comparé les scanners de bilan à ceux du repérage en radiothérapie chez 13 patients avec un délai moyen entre ces 2 imageries de 56 jours ; et il en résultait une augmentation moyenne du volume tumoral de 70% et pour 3 patients il en résultait une modification du stade [16].

Un faisceau d'arguments milite donc en faveur d'un impact négatif du délai de mise en œuvre du traitement sur le contrôle local et la survie : dans une approche théorique concernant la

probabilité de contrôle tumoral par radiothérapie, à partir du temps de doublement des clones cellulaires selon le modèle de probabilité de «loi de Poisson », on estime que chaque semaine de délai supplémentaire avant la mise en route d'une radiothérapie diminue de 1% le contrôle tumoral [17]. Schlienger M. dans une revue de la littérature retrouve 5 études décrivant une influence négative du délai de mise en œuvre de la radiothérapie sur le résultat du traitement et 8 études ne retrouvant pas d'influence. L'auteur recommande tout de même de ne pas dépasser 2 semaines pour le temps nécessaire à la réalisation du bilan avant mise en traitement [18].

➤ On retrouve aussi quelques données contradictoires dans la littérature avec d'une part :

Chen et al., dans une méta-analyse rétrospective, qui ont retrouvé une augmentation du risque relatif de récurrence locale après radiothérapie de 1.15 par mois de délai entre le diagnostic et la mise en route du traitement [19]. Huang et al., dans le même type de méta-analyse, retrouvent une augmentation du risque relatif de récurrence locale de 1.17 en cas de délai supérieur à un mois pour le début du traitement par radiothérapie [20]. Fortin et al dans une étude rétrospective retrouvent une augmentation de risque de récurrence locale ou régionale et une diminution de survie en cas de délai de mise en œuvre de la radiothérapie supérieure à 40 jours [21]. De ces trois auteurs, les deux premiers ne parlent que de récurrence locale sans faire d'étude de la survie, seul Fortin a observé une diminution de survie liée à des délais très longs de mise en route de radiothérapie.

➤ Et d'autre part :

Brouha et al. dans une revue de littérature n'ont pas retrouvé d'impact du délai de mise en œuvre de la radiothérapie sur le résultat du traitement [22]. Chana J. et al., ont conclu que la responsabilité du retard de prise en charge était attribuée à celui qui était impliqué dans un délai de plus de 6 semaines entre chaque point du parcours patient (lié au patient ou au médecin). Dans une analyse sur 40 ans, la proportion de patients présentant un retard de prise en charge varie de 46% à 50%. Le patient était le responsable du retard de prise en charge dans la majorité des cas. Sur cette étude ils n'ont pas montré de franc changement sur les délais de prise en charge au cours de ces 40 ans de recueil. Le stade de présentation de la tumeur ou la survie n'étaient pas non plus corrélés aux délais de prise en charge. L'explication serait selon l'auteur que beaucoup de tumeurs des VADS soient « silencieuses » jusqu'à ce qu'elles atteignent un stade avancé. Ils précisent de plus que les symptômes ne sont pas obligatoirement corrélés à la taille de la tumeur ou à son grade [23].

Ce que l'on pourrait appeler le « délai-patient » correspond au délai entre l'apparition des symptômes et la première consultation. En allant plus loin, il s'agirait du délai au cours duquel le patient ressent les symptômes, mais les interprète de façon erronée comme étant bénins et les néglige jusqu'à ce qu'ils soient ressentis comme alarmants à cause de leur intensité, leur durée ou leur retentissement. Wildt et al., en 1995 avaient déjà pensé que cette « procrastination » pouvait être liée aux conditions socio-économiques des patients, mais dans sa méta-analyse il assure que ces délais n'ont pas évolué grandement depuis des décennies, malgré les évolutions en terme de politique de santé publique. Il suggère cependant que ces améliorations auraient tout de même un léger impact qui justifierait de les maintenir afin d'essayer de diminuer ce délai-patient [10].

LE TERRAIN

À ce stade il est donc important de s'attarder sur ce qui pourrait influencer le comportement des patients. Tout d'abord en examinant le terrain dans lequel ont évolué les patients de notre étude, ce en étudiant les différents indicateurs de santé de la population.

La Guadeloupe est une région considérée comme étant à faible démographie médicale avec 84,4% des villes et communes classées en « Zone d'Intervention Prioritaire » par l'Agence Régionale de Santé [24]. Dans un rapport de l'INSEE paru en mai 2017 on dénombrait à 20,1% le taux de guadeloupéens vivant sous le seuil de pauvreté [25]. Le nombre de résidences sans confort (sans douche ni baignoire) était aussi 3 fois plus élevé en Guadeloupe qu'en France hexagonale, on retrouvait 24,7% d'allocataires bénéficiant d'une allocation logement, ce qui en faisait le 4^{ème} département français ; et on retrouvait un taux de 31,4 décès liés à l'alcool pour 100 000 habitants entre 2005 et 2010 [26]. On dénombrait aussi 28,4% de la population comme étant bénéficiaire de Couverture Mutuelle Universelle, ce qui est 4 fois plus élevé qu'en France hexagonale [27]. Entre 2008 et 2014, entre 19,2% et 20% de la population guadeloupéenne était considérée comme étant en situation d'illettrisme [28]. En se référant à la France hexagonale, toutes ces données font de la Guadeloupe une région où le nombre de personnes en situation de précarité est très élevé et en fait une cible majeure d'amélioration sanitaire. L'insularité aussi n'est pas à négliger dans l'impact sur l'environnement de la santé avec l'impossibilité de détenir sur ce même territoire toutes les expertises et tous les moyens humains et technologiques qui sont disponibles en France

hexagonale. La nécessité de recourir à des centres de référence ou le besoin d'adresser des patients à ces centres rallonge considérablement les prises en charge.

En 2007 Kwok J. et al., avaient retrouvé dans une étude rétrospective sur 1231 patients diagnostiqués de cancer des VADS entre 1998 et 2007, que le risque de décès était plus important chez les patients sans couverture sociale et dont le statut socio-économique était considéré comme étant bas [29]. Cette observation a été confirmée par Gino I. et al., dans l'étude parue en 2016 sur une cohorte de 34 437 patients aux Etats-Unis entre 2007 et 2010 portant sur la mortalité associée aux cancers de la tête et du cou en fonction du type d'assurance des patients, reflet du niveau de vie et du statut socio-économique [30].

L' « Interprofessional Education Collaborative Expert Panel » à Washington, qui analyse les mesures de santé publique, a conclu que : réduire l'incidence des cancers de la cavité buccale, améliorer les résultats cliniques, et diminuer les inégalités, sont de vrais challenges de santé publique. Ces cancers sont difficiles à diagnostiquer à des stades précoces de la maladie. De plus les populations à risque sont complexes et fluctuantes, avec les consommations d'alcool et de tabac qui évoluent, l'identification de l'HPV comme facteur de risque, ce qui rend difficile de cibler les populations à risque élevé, grâce à des campagnes focalisées et efficaces [31]. Ce panel d'experts insiste sur le fait qu'il soit nécessaire de promouvoir un modèle « interprofessionnel » de santé qui coordonne les échanges entre les différents acteurs de la prise en charge. Les progrès dans la réduction du risque et la détection rapide pourraient être beaucoup améliorés si l'évaluation de la santé endobuccale était systématique, et le contrôle par le médecin traitant avec une prise en charge entre dentistes et chirurgiens était bien établi. La prise en charge collaborative avec toute l'expertise nécessaire (médecine interne, médecine orale, ORL, dentaire, oncologie, radiothérapie) devrait être une priorité nationale.

CE QUI A ETE MIS EN PLACE

En Guadeloupe on retrouve tout de même plusieurs moyens d'information qui ont été mis en place au cours des années. Des campagnes de communication, des congrès et événements destinés à la population et aux professionnels de santé ont été élaborés en ce sens.

→ La journée d'information et de dépistage (Make Sense Campaign). Cette campagne est orientée pour les médecins généralistes et le grand public avec une diffusion d'information par des tracts distribués dans les cabinets médicaux, une diffusion par les médias locaux (radio et télévision); ainsi que l'organisation de dépistage au sein du CHU de la Guadeloupe par le service de chirurgie ORL et cervico-maxillo-faciale. Elle permet aussi d'échanger des témoignages de patients pris en charge pour des cancers des VADS. Cette campagne a été mise en place en collaboration avec l'European Head and Neck Society en 2013.

→ Le COSEMAG qui regroupe les professionnels du collège d'ORL dans Antilles-Guyane qui se réunit de façon pluriannuelle afin de faciliter des échanges entre les médecins, ORL de ville et les praticiens hospitaliers.

→ les Journées Antillaises de Cancérologie (JAC), qui ont lieu chaque année. Elles sont destinées aux professionnels de santé et au grand public par le biais de diffusions dans les médias et l'organisation de conférences-débats. Chaque année elles sont orientées sur un sujet bien précis de cancérologie et ce pour toutes les spécialités médicales. Sa première édition date de 2010.

Nous avons constaté dans notre étude une amélioration de la prise en charge entre la 1^{ère} période (2008 - 2010) et les 2 autres périodes. Il est très probable qu'il s'agisse en partie du fruit de tous les changements effectués sur l'efficacité de la prise en charge au CHU de la Guadeloupe et sur l'impact des mesures de santé publique précédemment citées.

Gunther HUYGHUES des ..., 26/7/y 16:04

Commentaire [1]:

fanny ardisson 5/9/y 18:54

Commentaire [2]:

Gunther HUYGHUES des ..., 26/7/y 16:05

Commentaire [3]: Detail du titre

fanny ardisson 5/9/y 18:54

Commentaire [4]:

SURVIES

Les analyses de survie par période ne retrouvaient de différence significative en fonction des différents délais. En effet la littérature ne retrouve pas d'impact sur la survie par rapport aux délais de prise en charge, le risque qui a pu être évalué par rapport à des délais trop longs porte sur le risque de récurrence et le d'évolution tumorale en taille [15,17-19].

LIMITES DE L'ETUDE ET BIAIS

Cette étude présente tout de même quelques limites. La 1^{ère} porte sur l'exhaustivité des dossiers. Sur les 500 patient inclus dans l'étude la totalité des données n'était pas retrouvée pour tous les patients. On peut surtout regretter le peu de renseignement quant à la consommation alcool-tabagique. La seconde aussi liée à l'exhaustivité porte sur le statut HPV des tumeurs diagnostiquées. L'HPV est un facteur de risque bien identifié de cancers des VADS et dans cette étude le manque de donnée n'a pas permis de l'inclure aux analyses.

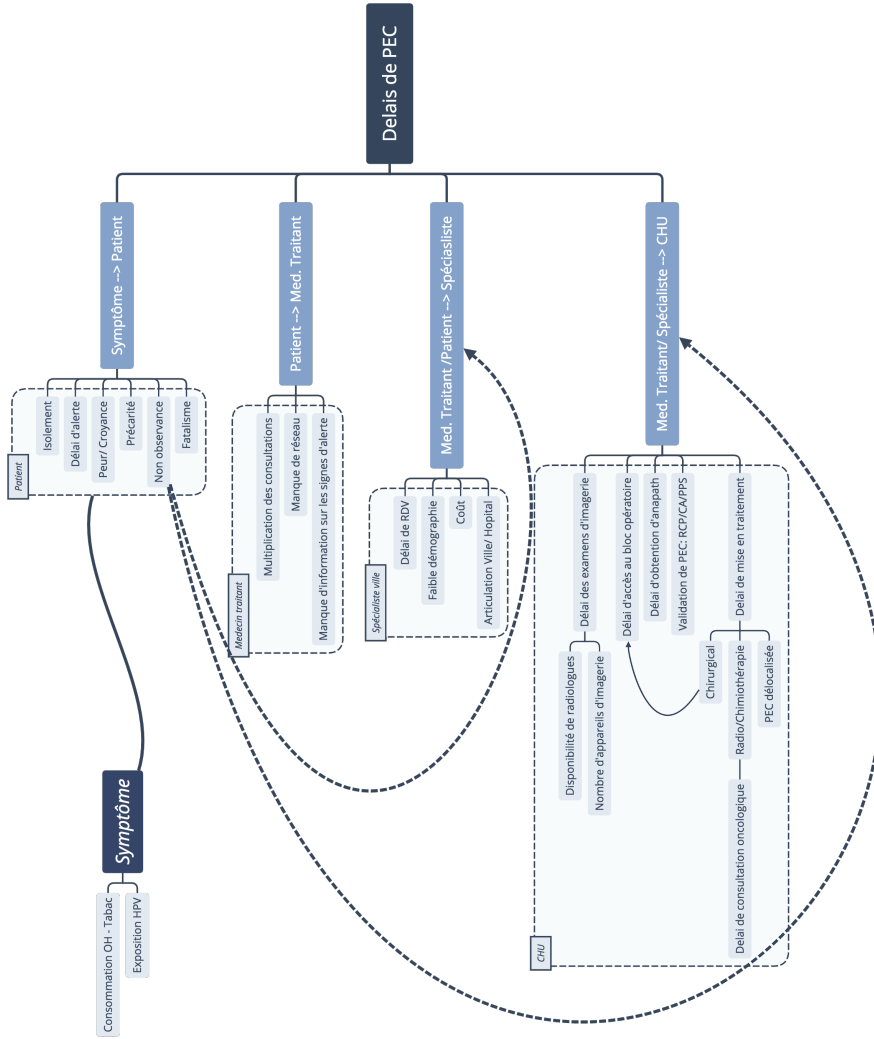
Le principal biais de cette étude porte sur le délai entre l'apparition des symptômes et la 1^{ère} consultation. La majorité des dossiers d'où ont pu être extraites les données, sont ceux qui portent sur les patients qui sont passés au moins une fois au CHU de la Guadeloupe dans leur prise en charge. Même si la base du Registre a permis de recenser la totalité des patients atteints de tumeur des VADS sur la période de recueil, certains d'entre eux ont pu être pris en charge dans les autres structures de soin de l'île et pour ceux-ci nous ne pouvons avoir aucune donnée mis à part le stade et le diagnostic histologique.

CONCLUSION

Cette étude a permis de montrer le fait que nos patients présentaient quelques caractéristiques similaires à celles observées en France hexagonale mais une moins bonne survie avec des critères environnementaux (précarité, insularité) qui font de notre population une population spécifique avec une nécessité de prise en charge adaptée. Les délais de prise en charge des cancers des VADS sont satisfaisants si on les rapporte aux recommandations et aux descriptions de la littérature, et ceux observés n'ont pas d'impact négatif sur la survie probable des patients, même si nous constatons beaucoup de stades avancés au moment du diagnostic qui pourraient être liés au « retard patient ». Nous avons constaté que les mesures de santé publique et de communication entre professionnels, mais aussi avec le grand public, vont dans le sens de la volonté nationale conformément au Plan Cancer 2014- 2019 ; il faut donc les poursuivre, et surtout s'assurer qu'elles restent adaptées à la population cible et ce de façon pérenne. Un effort doit être réalisé sur la démographie médicale locale, l'accessibilité aux examens d'imagerie et la possibilité de mise en route rapide de traitement lorsqu'il s'agit de radiothérapie ; et ce de façon à diminuer les délais de bilan d'extension et améliorer les moyens de prise en charge. Ce travail a permis aussi d'ouvrir sur l'éventualité de la réalisation d'une étude plus poussée sur les éventuels retards de consultations imputables aux patients, entre l'apparition des premiers symptômes et la 1^{ère} consultation avec un spécialiste.

ANNEXES

L'**annexe 1** est une toile causale des délais de prise en charge, elle représente les articulations du parcours des patients, atteints de cancer des VADS, tel qu'il peut être résumé. Elle a pour but de recenser les différents éléments pouvant rallonger les délais de prise en charge. Ces éléments sont inhérents à chacun des acteurs du parcours, en commençant par des facteurs personnels jusqu'à la prise en charge médicale.



Annexe 1. Toile causale des délais de prise en charge des cancers des VADS

REFERENCES

- [1] F. Binder-Foucard, A. Belot, P. Delafosse, L. Remontet, A.-S. Woronoff, et N. Bossard, « Estimation nationale incidence-mortalité par cancer en France-Partie-1 ». Institut national du Cancer, 2013.
- [2] A. Pasquereau, « La consommation de tabac en France: 1ers résultats du Baromètre santé 2017 », p. 9.
- [3] S. Delphine, « Mortalité comparée par cancer aux Antilles et en Métropole, France, 1983-2002 », p. 5.
- [4] « ©Plan Cancer 2014-2019; Guérir et prévenir les cancers: Donnons les mêmes chances à tous, partout en France ». .
- [5] « ©Les cancers en France, Les Données, INCa, édition 2015 ». .
- [6] A. Belot *et al.*, « Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005 », p. 136.
- [7] A. Cowppli-Bony *et al.*, « Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 1 – Tumeurs solides. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2016. 274 p. » févr-2016.
- [8] « Alcohol per capita consumption, from 2008 to 2016 - Updated May 2018 - Global Health Observatory data repository », *World Health Organization*, 2017. [En ligne]. Disponible sur: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1039?lang=en>. [Consulté le: 27-juill-2018].
- [9] J.-B. Richard, C. Cogordan, et S. Merle, « Baromètre santé DOM 2014. Consommations d'alcool », *St.-Maurice Santé Publique Fr.*, p. 16, 2014.
- [10] J. Wildt, T. Bundgaard, et S. M. Bentzen, « Delay in the diagnosis of oral squamous cell carcinoma », *Clin. Otolaryngol.*, vol. 20, n° 1, p. 21-25, févr. 1995.
- [11] A. Samb *et al.*, « Enquête sur les délais de rendez-vous pour une IRM en 2013 », p. 42, 2013.
- [12] X. D. R. Brouha, D. M. Tromp, R. Koole, G. J. Hordijk, J. A. M. Winnubst, et J. R. J.

de Leeuw, « Professional delay in head and neck cancer patients: Analysis of the diagnostic pathway », *Oral Oncol.*, vol. 43, n° 6, p. 551-556, juill. 2007.

[13] T. M. Jones, O. Hargrove, J. Lancaster, J. Fenton, A. Shenoy, et N. J. Roland, « Waiting times during the management of head and neck tumours », *J. Laryngol. Otol.*, vol. 116, n° 04, avr. 2002.

[14] S. Deneuve *et al.*, « Guidelines (short version) of the French Otorhinolaryngology – Head and Neck Surgery Society (SFORL) on patient pathway organization in ENT: The therapeutic decision-making process », *Eur. Ann. Otorhinolaryngol. Head Neck Dis.*, vol. 132, n° 4, p. 213-215, sept. 2015.

[15] F. Merletti *et al.*, « Topographic classification, clinical characteristics, and diagnostic delay of cancer of the larynx/hypopharynx in Torino, Italy », *Cancer*, vol. 66, n° 8, p. 1711-1716, oct. 1990.

[16] A. Waaijer *et al.*, « Waiting times for radiotherapy: consequences of volume increase for the TCP in oropharyngeal carcinoma », *Radiother. Oncol.*, vol. 66, n° 3, p. 271-276, mars 2003.

[17] R. M. Wyatt, A. H. Beddoe, et R. G. Dale, « The effects of delays in radiotherapy treatment on tumour control », *Phys. Med. Biol.*, vol. 48, n° 2, p. 139-155, janv. 2003.

[18] M. Schlienger, « Délais et retards à la radiothérapie : réflexion à propos de trois types de tumeurs », *Cancer/Radiothérapie*, vol. 9, n° 8, p. 590-601, déc. 2005.

[19] Z. Chen, W. King, R. Pearcey, M. Kerba, et W. J. Mackillop, « The relationship between waiting time for radiotherapy and clinical outcomes: A systematic review of the literature », *Radiother. Oncol.*, vol. 87, n° 1, p. 3-16, avr. 2008.

[20] J. Huang, L. Barbera, M. Brouwers, G. Browman, et W. J. Mackillop, « Does Delay in Starting Treatment Affect the Outcomes of Radiotherapy? A Systematic Review », *J. Clin. Oncol.*, vol. 21, n° 3, p. 555-563, févr. 2003.

[21] A. Fortin, I. Bairati, M. Albert, L. Moore, J. Allard, et C. Couture, « Effect of treatment delay on outcome of patients with early-stage head-and-neck carcinoma receiving radical radiotherapy », *Int. J. Radiat. Oncol.*, vol. 52, n° 4, p. 929-936, mars 2002.

[22] X. D. R. Brouha, B. Op De Coul, C. H. J. Terhaard, et G. J. Hordijk, « Does waiting

time for radiotherapy affect local control of T1N0M0 glottic laryngeal carcinoma? », *Clin. Otolaryngol. Allied Sci.*, vol. 25, n° 3, p. 215-218, juin 2000.

[23] « Delay in diagnosis and its effect on outcome in head and neck cancer.pdf » .

[24] « Cartosanté - Projet mutualisé ARS » .

[25] M. Tantin-Macheclerc, A. Couillaud, N. Kempf, B. Celeste, et Y. Calderini, « Dossier Guadeloupe - Des disparités de patrimoine et de revenus marquées ». mai-2017.

[26] Thomas N., Trugeon A., Michelot F., Ochoa A., Castor-Newton M.-J., Cornely V., Merle S., Rachou E., et alii., « Inégalités socio-sanitaires dans les départements d'outre-mer - Analyses infra-régionales et comparaisons avec le niveau national ». Paris : Fnors, novembre 2014, 96 p.

[27] Données CNAMTS, RSI, CCMSA, Calculs Fonds CMU ; Insee, « Part de la population bénéficiaire de Couverture Mutuelle Universelle - mise à jour du 27-11-2017 » .

[28] INSEE, OCDE, et Cours des Comptes, « Données- INSEE, enquête « information et vie quotidienne » ». 2014.

[29] J. Kwok, S. M. Langevin, A. Argiris, J. R. Grandis, W. E. Gooding, et E. Taioli, « The impact of health insurance status on the survival of patients with head and neck cancer », *Cancer*, vol. 116, n° 2, p. 476-485, janv. 2010.

[30] G. Inverso, B. A. Mahal, A. A. Aizer, R. B. Donoff, et S.-K. Chuang, « Health Insurance Affects Head and Neck Cancer Treatment Patterns and Outcomes », *J. Oral Maxillofac. Surg.*, vol. 74, n° 6, p. 1241-1247, juin 2016.

[31] « Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington, D.C.: Interprofessional Education Collaborative. » .

UFR SCIENCES MEDICALES HYACINTHE BASTARAUD

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers. Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science. Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

**UNIVERSITE DES ANTILLES
FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD**

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Thèse pour obtenir le grade de Docteur en Médecine, DES de Chirurgie ORL et Cervico-Faciale

Présentée par : Mr HUYGHUES des ETAGES Gunther.....
Né(e) le à... ..
Département... ..Pays... ..

Et

Intitulée... « Délais de prise en charge et survie des patients atteints de tumeurs des voies aérodigestives supérieures : Etude sur la population guadeloupéenne entre 2008 et 2016

Jury proposé

Président : Mme le Professeur.....DUFLO Suzy...
Juges : Mme ou M le Professeur Professeur JANKY Eustase
M le Professeur...TRUY Eric.....
M le Professeur

Vu Pointe-À-Pitre, le Le Président de Thèse	Pour accord Pointe-À-Pitre, le Le Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur	Professeur Raymond CESAIRE
<p>AUTORISE A SOUTENIR ET A IMPRIMER LA THESE</p> <p>Pointe-À-Pitre, le</p> <p>Le président de l'Université des Antilles</p> <p>Professeur Eustase JANKY</p>	

NOM ET PRENOM : HUYGHUES des ETAGES Gunther

SUJET DE LA THESE : Délais de prise en charge et survie des patients atteints de tumeurs des voies aérodigestives supérieures : Etude sur la population guadeloupéenne entre 2008 et 2016

THESE : MEDECINE

Qualification : Médecine spécialisée

ANNEE : 2018

NUMERO D'IDENTIFICATION : 2018ANTI0300

MOTS CLEFS : Head and neck, cancer, squamous cell carcinoma, epidemiology, delay in diagnosis, professional delay

ABSTRACT

Background : In Guadeloupe, cancers are the 2nd cause of death; among diagnosed cancers and head and neck localization rank in 4th place. Care delay goes from the first time seeing and ENT doctor to the 1st treatment. The aim of this study was to analyze delays' evolution and their impact on survival.

Methods: We did a retrospective study between 2008 and 2016 on patients with head and neck cancer in Guadeloupe. We collected epidemiological and histological data, TNM stage, treatment type, and delays between 1st consultation, anatomopathological diagnosis, care-decision and beginning of treatment.

Results: We analyzed data from 500 patients. Most of the localizations were Lips-Mouth-Pharynx. A T3-T4 stage was more frequent and 94% of cases were squamous cell carcinoma. The standardized incidence rate of head and neck tumors was lower than that reported in France. The delays between 1st ENT consultation and diagnosis were under 10 days. They were between 12 and 19 days until collegial care final decision and less than 40 days until the start of the treatment. The reported delays didn't have any impact on 3-years survival. We observed a better survival rate for patients diagnosed with a T1-T2N0 TNM stage and who underwent surgical care. Overall survival was lower than observed in mainland France.

Conclusion: Reported delays in Guadeloupe are within ranges and coherent with up to date recommendations and had no negative impact on survival rate for patient with head and neck cancer. Specific approaches are to be continued to improve early care in this more deprived population.

(words: 250)

JURY

Président : Mme le Professeur Suzy DUFLO

Membres : Mr le Professeur Eustase JANKY
Mr le Professeur Eric TRUY Membre du jury

Directeur de thèse : Mme le Docteur Jacqueline DELOUMEAUX