

**Évaluation de la concordance entre
les archivistes médicales et les
médecins spécialistes experts pour
la codification de données devant
être entrées au système d'infor-
mation du Programme québécois
de dépistage du cancer du sein**

**Diane Major, Ph.D.
Sonia Jean, M.Sc.
Robert Jacob, M.Sc.**

Institut national de santé publique du Québec

Juin 2001

AUTEURS

Diane Major, Ph.D.
Sonia Jean, M.Sc.
Robert Jacob, M.Sc.

Centre d'expertise en dépistage, Direction Systèmes de soins et services

REMERCIEMENTS

Pour leur participation professionnelle à ce projet, nous sommes très reconnaissants aux Drs Nathalie Duchesne, Michel-Pierre Dufresne, Gilles Tremblay, Simon Jacob, Louise Provencher et Jean Robert, médecins spécialistes experts et membres du Comité de soutien à la qualité et/ou du Comité des utilisateurs cliniciens du PQDCS, aux archivistes médicales impliquées dans le PQDCS et provenant des régions 05, 07, 13, 14 et du SI-PQDCS, à Mmes Claudia Larochelle, t.r.s. et Luce Beaulieu, a.m.a du Centre d'expertise en dépistage de l'INSPQ.

Nous avons aussi bénéficié des suggestions et commentaires judicieux des membres du Comité d'évaluation du PQDCS qui nous ont permis de présenter les résultats de ce projet à leur réunion du 19 avril 2001; nous remercions pour cette opportunité les membres qui étaient présents, soit : Mme Chantal Beaudet, Dr Jacques Brisson, Dr Patricia Goggin, M. Robert Jacob (co-auteur), Mme Diane Larocque et Mme Pauline Thiboutot.

Ce projet était subventionné par Santé Canada, Laboratoire de contrôle et de surveillance des maladies et du cancer.

Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'INSPQ : <http://www.inspq.qc.ca>

Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.

CONCEPTION GRAPHIQUE

Bellemare Communication Visuelle

DOCUMENT DÉPOSÉ À SANTECOM (<http://www.santecom.qc.ca>)

Cote : N 15,469

DÉPÔT LÉGAL - 3^E TRIMESTRE 2001

BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC

BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA

ISBN 2-550-37896-2

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	iii
LISTE DES FIGURES.....	iii
LISTE DES ANNEXES	v
1. HISTORIQUE.....	1
2. OBJECTIF	1
3. MÉTHODES.....	1
4. RÉSULTATS	3
5. DISCUSSION.....	4

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1 : Plan expérimental
- Tableau 2 : Scores globaux de concordance entre les médecins experts spécialistes et les archivistes médicales pour chaque type de questionnaires
- Tableau 3 : Concordance entre les médecins experts spécialistes et les archivistes médicales pour le questionnaire de confirmation diagnostique
- Tableau 4 : Concordance entre les médecins experts spécialistes et les archivistes médicales pour le questionnaire de pathologie
- Tableau 5 : Concordance entre les médecins experts spécialistes et les archivistes médicales pour le questionnaire de caractérisation et traitement du cancer

LISTE DES FIGURES

- Figure 1 : Distribution des résultats globaux pour chaque type de questionnaires
- Figure 2a : Distribution des résultats par archiviste médicale pour le questionnaire de confirmation diagnostique
- Figure 2b : Distribution des résultats par archiviste médicale pour le questionnaire de pathologie
- Figure 2c : Distribution des résultats par archiviste médicale pour le questionnaire de caractérisation et traitement du cancer
- Figure 3a : Distribution des résultats par médecin expert radiologiste pour le questionnaire de confirmation diagnostique
- Figure 3b : Distribution des résultats par médecin expert pathologiste pour le questionnaire de pathologie
- Figure 3c : Distribution des résultats par médecin expert chirurgien pour le questionnaire de caractérisation et traitement du cancer

LISTE DES ANNEXES

- ANNEXE A : Rapport de confirmation diagnostique
- ANNEXE B : Rapport de pathologie
- ANNEXE C : Rapport détaillé du clinicien concernant le cancer du sein
- ANNEXE D : Description des questions étudiées pour l'analyse des questionnaires standardisés de confirmation diagnostique
- ANNEXE E : Description des questions étudiées pour l'analyse des questionnaires standardisés de pathologie
- ANNEXE F : Description des questions étudiées pour l'analyse des questionnaires standardisés de caractérisation et traitement des cas de cancer (rapport détaillé du clinicien)

1. HISTORIQUE

L'information sur le suivi et l'investigation des femmes avec mammographie anormale dans le cadre du PQDCS provient actuellement souvent de différentes sources, particulièrement dû au fait que 40 à 50% des femmes ont leurs examens complémentaires en dehors des centres de référence pour investigation désignés (CRID).

2. OBJECTIF

Le but de cette étude était d'évaluer la concordance entre une archiviste médicale et un médecin spécialiste expert en maladies du sein pour la saisie d'information standardisée au moyen des formulaires du PQDCS à partir des données présentes dans les dossiers médicaux.

3. MÉTHODES

Trois types d'information concernant les femmes avec mammographie de dépistage anormale en 1998-1999 ont été retenus pour le projet soit : examens de confirmation diagnostique (clinique, radiologique et chirurgicale), pathologie et rapport détaillé sur la caractérisation et le traitement des cas de cancer du sein (rapport détaillé du clinicien). Trois questionnaires différents ont été développés précédemment dans le cadre du PQDCS pour la collecte standardisée de l'information (voir les annexes A, B, C).

Six médecins experts en maladies du sein formés dans 3 spécialités différentes (2 radiologistes, 2 pathologistes et 2 chirurgiens), membres du Comité de soutien à la qualité et/ou du Comité des utilisateurs cliniciens du PQDCS et 5 archivistes médicales dont 4 oeuvrant dans les CRID de 4 régions différentes du Québec et une travaillant à la base de données provinciale du PQDCS (SI-PQDCS) ont été recrutés pour participer à ce projet.

Des dossiers médicaux non nominatifs à partir desquels de l'information standardisée devait être entrée sur les formulaires du PQDCS ont été obtenus des archivistes recrutées dans les différentes régions, en collaboration avec leur coordonnatrice administrative régionale : n = 110 dossiers de confirmation diagnostique, 136 dossiers de pathologie, 91 dossiers de caractérisation et le traitement des cas de cancer, pour un total de 337 dossiers (et donc de formulaires) différents. Les archivistes avaient pour consigne de fournir des dossiers variés, c'est-à-dire reflétant des situations de complexité différente.

Chacun des dossiers médicaux a donc été revu à la fois par une archiviste médicale et un médecin expert spécialiste qui devaient tous deux compléter un questionnaire standardisé du PQDCS pour un même dossier particulier. La distribution aux médecins des dossiers d'une région donnée a été faite de façon aléatoire. Le Tableau 1 présente le plan expérimental.

Pour les deux types d'évaluateurs, les données de chacune des questions étudiées pour les trois types de formulaires ont été colligées sur fichier SPSS. Il est à noter que certaines questions comprenaient plusieurs sous-questions (voir annexes D, E, F).

Pour chaque type de questionnaire, une première analyse mesurait la concordance entre les archivistes médicales et les médecins spécialistes pour l'ensemble des questions étudiées. Pour ce faire, nous devons d'abord estimer la concordance entre les observateurs pour chacune des questions. Cela est fait de manière simple, soit en examinant les deux questionnaires sur chaque question et en allouant la cote 1 pour chaque question où les observateurs concordent. Pour l'ensemble des questions comparées sur un questionnaire, nous obtenons facilement le nombre de questions qui concordent (A_o) et le score global de concordance est calculé en divisant la concordance observée (A_o) par le nombre de questions (I) comparées. Sur l'ensemble des scores globaux de concordance ainsi obtenus, le score moyen, médian (meilleur que la moyenne quand la distribution des scores est non symétrique) et l'écart-type sont ensuite calculés.

Afin d'évaluer la significativité statistique du score moyen et du score médian de concordance, nous devons les comparer avec les scores moyen et médian que nous espérons obtenir par la chance seulement. Nous avons donc simulé la concordance par la chance pour un questionnaire en recodant de façon aléatoire les questions étudiées selon la distribution des réponses aux questions des observateurs. Ce processus a été répété 1 000 fois et nous avons ainsi créé une distribution « bootstrap » des scores globaux (moyen et médian) de concordance par la chance seule; cette distribution reflète l'étendue possible des scores. La tendance centrale de cette distribution sera une estimation de la concordance espérée entre les observateurs, et le 95^e percentile de cette distribution donne le point de coupure pour un test unilatéral de significativité statistique au niveau $\alpha = 0.05$. Si le score moyen ou médian excède ce point de coupure, on rejette l'hypothèse que les observateurs concordent au niveau de la chance seule.

Afin de comparer la consistance entre les archivistes médicales, un graphique de la distribution des scores pour chaque type de questionnaires et pour chaque archiviste a été fait. Cette même procédure a aussi permis de comparer les médecins d'une même spécialité entre eux.

Pour chaque type de questionnaires, la deuxième analyse consistait à mesurer la concordance entre les archivistes médicales et les médecins spécialistes pour chaque question étudiée. Cette analyse nous permet d'identifier les questions ou les sous-questions qui semblent problématiques (c'est-à-dire grande discordance entre les observateurs). Pour ce faire, nous calculons la proportion de concordance pour chaque question et la statistique Kappa (seulement sur les questions ou sous-questions qui sont dichotomiques ou catégorielles). La statistique Kappa mesure le degré de concordance au-dessus de ce qui est possible par la chance seule. Dans la littérature, une classification générale de la concordance entre des observateurs basée sur la valeur de la statistique Kappa est souvent donnée comme suit :

Concordance	Statistique Kappa
Très Bon	> 0,81
Bon	0,80-0,61
Modéré	0,60-0,41
Médiocre	0,40-0,21
Mauvais	0,20-0,00
Très mauvais	< 0,00

Pour ce projet, un item est considéré comme problématique lorsque la proportion d'agrément est inférieure à 80% ou lorsque la statistique du Kappa est inférieure à 0,61.

En plus de la complétion des questionnaires, les archivistes médicales et les médecins spécialistes nous ont fourni de nombreux commentaires sur des feuilles séparées.

4. RÉSULTATS

Le Tableau 2 présente pour chacun des questionnaires, le score moyen, le score médian, la moyenne et le 95^e centile de concordance par la chance entre les réponses et la valeur p de significativité statistique. Pour les trois types de questionnaires : confirmation diagnostique, pathologie et caractérisation du cancer, les scores moyens sont de 87,4, 82,6 et 68,0% respectivement et les scores médians de 89,3, 85,7 et 77,3%. La distribution est asymétrique (Figure 1) et par conséquent les scores médians nous semblent plus représentatifs de la réalité. La valeur p est significative dans tous les cas, c'est-à-dire que la concordance n'est pas attribuable à la chance.

Les Tableaux 3, 4 et 5 présentent la proportion de concordance et le Kappa pour chacune des questions des trois questionnaires. De plus, lorsque pour une question donnée la concordance s'avérait faible, nous avons tenté d'identifier le problème, de proposer différentes solutions et de refaire les analyses statistiques en appliquant les solutions proposées afin de vérifier si les nouveaux Kappa et proportions de concordance étaient améliorés.

Les Figures 2a, 2b, 2c montrent la distribution des résultats pour chacune des archivistes pour les trois types de questionnaires. Pour des raisons techniques, aucun questionnaire d'examen diagnostique n'était disponible pour analyse dans une région. Les Figures 3a, 3b, 3c présentent la distribution des résultats pour chacun des médecins experts d'une même spécialité pour les trois types de questionnaires.

5. DISCUSSION

Le fait que les dossiers à l'étude aient été fournis par les archivistes médicales et le fait que les dossiers analysés n'étaient pas les mêmes pour chacune des archivistes et des évaluateurs sont des limites méthodologiques inhérentes à ce projet. Toutefois, le niveau de concordance et des Kappa statistiques atteints fait en sorte que ces limites affectent peu les conclusions de l'étude.

Les résultats de cette étude pilote démontrent qu'une concordance globale de plus de $85 \pm 10\%$ (score médian $\pm$ SD) entre les archivistes médicales et les médecins spécialistes experts en cancer du sein a pu être atteinte pour l'entrée d'information standardisée dans la banque de données du PQDCS à partir des dossiers médicaux des patientes concernant les examens de confirmation diagnostique et de pathologie.

La concordance concernant la caractérisation du cancer a été un peu moindre et atteignait un score médian de 77,3% et aussi plus variable, avec un écart-type de plus de 25%. Toutefois, il est à noter que ces résultats sont avant l'application de solutions proposées suite à l'identification de problèmes spécifiques souvent répétés et pour lesquels un simple exercice de formation, tant pour les médecins qui dictent les rapports que pour les archivistes médicales qui codent l'information a posteriori à partir de ces rapports, pourrait corriger rapidement la situation.

De façon générale, on note que les archivistes médicales tentent le plus possible de remplir les cases (par exemple, à inscrire un examen comme non fait lorsque l'information n'apparaît pas au dossier médical) alors que les médecins ont plutôt tendance à ne rien inscrire si le fait qu'une information ne se retrouve pas au dossier leur semble suspect (par exemple, s'il n'y a pas de rapport de radiographie pulmonaire alors qu'il existe un rapport de scintigraphie osseuse dans l'évaluation du bilan métastatique). Le fait de reprendre les analyses statistiques en éliminant les cas de non-réponses augmente donc souvent les taux de concordance et un Kappa d'au moins 0,61 est atteint. Il est intéressant de noter que lorsque les deux types d'évaluateurs ont codé un item donné, ils s'entendent sur l'information qui en découle.

Les Tableaux 2, 3 et 4 donnent la proportion de concordance et la statistique du Kappa pour chacun des items (questions) et sous-items pour les trois types de questionnaires, avant et après les corrections proposées.

En se basant sur le fait qu'un Kappa est considéré comme bon et très bon à 0,61 et 0,81 respectivement, on note que l'information sur la pathologie obtient la meilleure performance pour les items pris un à un. Pour ce questionnaire, on remarque cependant que dans la description des tumeurs bénignes et /ou à risque associées à une tumeur maligne, les médecins omettent souvent de cocher la case « aucune observée » alors que les archivistes l'utilisent.

Dans le questionnaire de confirmation diagnostique on retrouve plusieurs items où le Kappa est non valide dû au fort taux de non-réponses à la fois par les archivistes et les médecins ; il s'agit en fait des cas où l'examen physique n'a pas été réalisé et ne le sera jamais. Cette situation fait aussi en sorte que dans plusieurs cas le médecin spécialiste a quand même considéré les examens radiologiques comme non concluants alors que l'archiviste médicale l'inscrivait concluant en absence d'examen physique.

Une situation similaire de non-réponse est aussi rencontrée fréquemment avec le questionnaire de caractérisation du cancer.

Une première correction consistant à ne considérer que les cas où une réponse était présente à la fois dans le rapport standardisé complété par l'archiviste et le médecin spécialiste augmente sensiblement la concordance entre les deux types d'évaluateurs. Si par exemple, on exclut les cas où les médecins spécialistes n'ont rien inscrit à l'envahissement ganglionnaire alors que les archivistes ont répondu à la question, la concordance sur les cas avec réponse passe de 53,8% à 60,0%. L'application d'une seconde correction sur ce même item, i.e. ne pas tenir compte des sous-catégories dans la description de l'envahissement ganglionnaire, ce qui ne change rien à l'évaluation du stade, permet d'atteindre un taux de concordance de l'ordre de 82,0% pour les 66 cas avec réponse. De la même manière, l'application de la première correction pour l'évaluation du stade, à savoir éliminer les cas de non-réponse, permet d'atteindre un taux de concordance de l'ordre de 95,0%.

Les Figures 2a, 2b, 2c montrent que la constance dans les résultats varie d'une archiviste médicale à l'autre. Les Figure 3a, 3b, 3c nous indiquent que le rapport détaillé du clinicien est un rapport pour lequel les résultats varient entre les médecins experts eux-mêmes, et que des règles claires doivent être établies dans ce domaine ; par exemple, il faudra statuer quant à la période qui doit être considérée pour les examens de l'évaluation du bilan métastatique et, par conséquent, pour la définition du stade du cancer (c'est-à-dire au jour de la chirurgie, jusqu'à 2 mois postchirurgie ou même plus tard).

Dans tous les cas, il n'est pas question de porter ici un jugement à savoir si le médecin était justifié ou non de s'abstenir de répondre ou si l'archiviste avait raison ou non de le faire, au contraire, mais plutôt de faire le constat que d'un côté les médecins auraient sans doute besoin de formation quant à leur façon de dicter leurs rapports médicaux pour faciliter la standardisation de l'information, et que de l'autre les archivistes médicales bénéficieraient d'un complément de formation quant aux pratiques de la prise en charge et du traitement du cancer du sein et quant à la façon de colliger certaines données en particulier. Ceci confirme qu'une solide formation sur la standardisation de l'information demeure la pierre angulaire d'une banque de données valide.

Il nous faut aussi tenir compte du fait que les questionnaires servant à la collecte de l'information standardisée doivent être révisés afin de faciliter et de clarifier leur interprétation aussi bien que pour améliorer la validité de l'entrée des données. Les commentaires et suggestions fournis par les participants à cette étude seront pris en considération pour la révision des formulaires.

L'information colligée par les archivistes médicales à partir des dossiers médicaux et entrée à la banque de données du PQDCS peut être considérée comme valide pour les examens de confirmation diagnostique et la pathologie ; l'information sur la caractérisation et le stade du cancer devra être révisée avant évaluation et l'envoi des données 1999 - 2000 à la banque canadienne de données sur le dépistage du cancer du sein en septembre 2001.

Nous pouvons donc conclure qu'avec une formation appropriée sur la façon de rapporter l'information standardisée au PQDCS à partir des dossiers médicaux, et avec l'utilisation de versions révisées des questionnaires, en tenant particulièrement compte des items individuels pour lesquels le Kappa était inférieur à 0,61, le score global de concordance entre les archivistes médicales et les médecins spécialistes experts devrait rapidement augmenter à 90% pour tous types d'information, incluant la caractérisation et le stade du cancer. Les archivistes médicales spécialement formées sont des professionnelles de la santé à privilégier pour l'entrée des données à la banque du PQDCS (SI-PQDCS).

TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Plan expérimental

Archiviste	Rapport de confirmation diagnostique		Rapport de pathologie		Rapport détaillé du clinicien		Total
	A*	B*	C*	D*	E*	F*	
1	-	-	14	15	9	11	49
2	15	14	12	13	8	9	71
3	14	8	12	13	7	9	63
4	15	15	13	15	14	14	86
5	15	14	14	15	5	5	68
Total	59	51	65	71	43	48	337

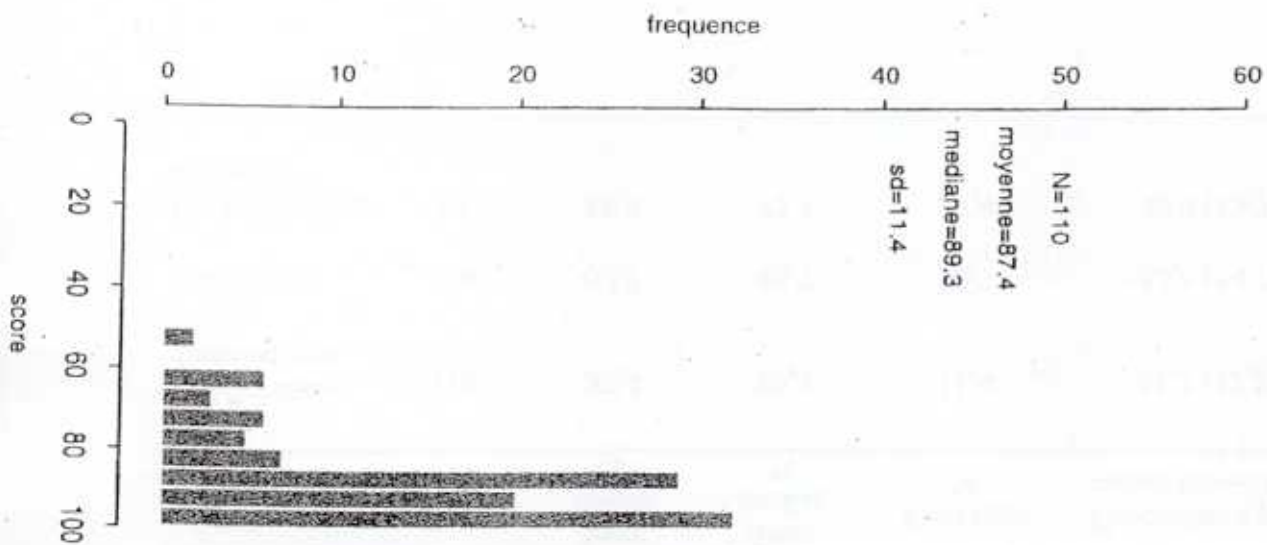
*Médecin: A, B: radiologistes
C, D: pathologistes
E, F: chirurgiens

Tableau 2 : Scores globaux de concordance entre les médecins experts spécialistes et les archivistes médicales pour chaque type de questionnaires

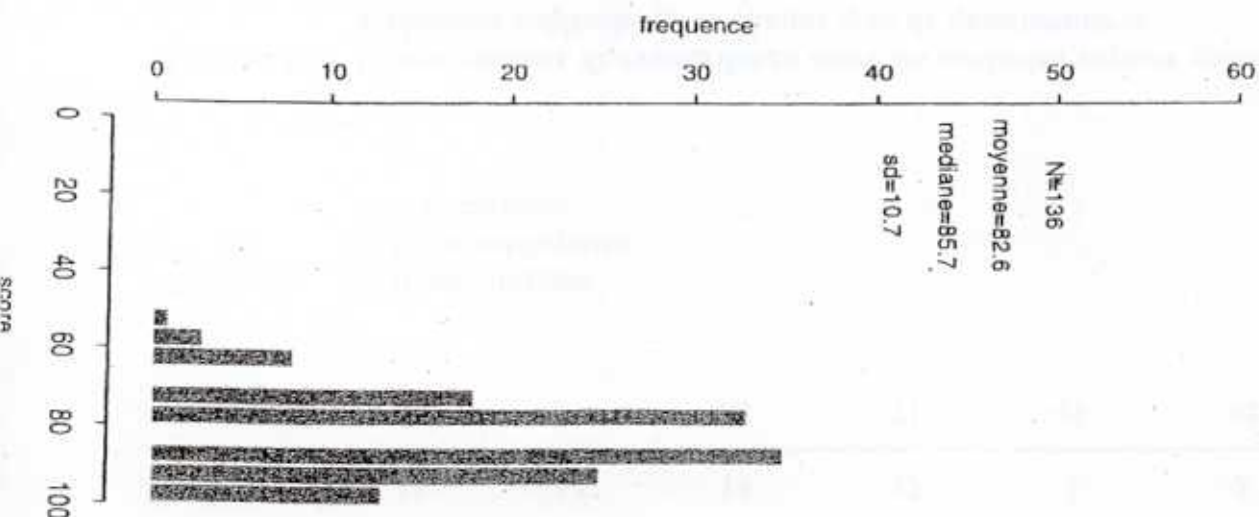
Type de questionnaire	Nombre	Score moyen %	Score médian %	Écart-type %	Concordance par la chance (95e centile)	Valeur p
Confirmation diagnostique	110	87,4	89,3	11,4	51,3 (52,8)	<0,05
Pathologie	136	82,6	85,7	10,7	52,8 (54,7)	<0,05
Caractérisation du cancer	91	68,3	77,3	27,4	50,9 (52,7)	<0,05

Figure 1 : Distribution des résultats globaux pour chaque type de questionnaires

Confirmation diagnostique



Pathologie



Rapport du clinicien

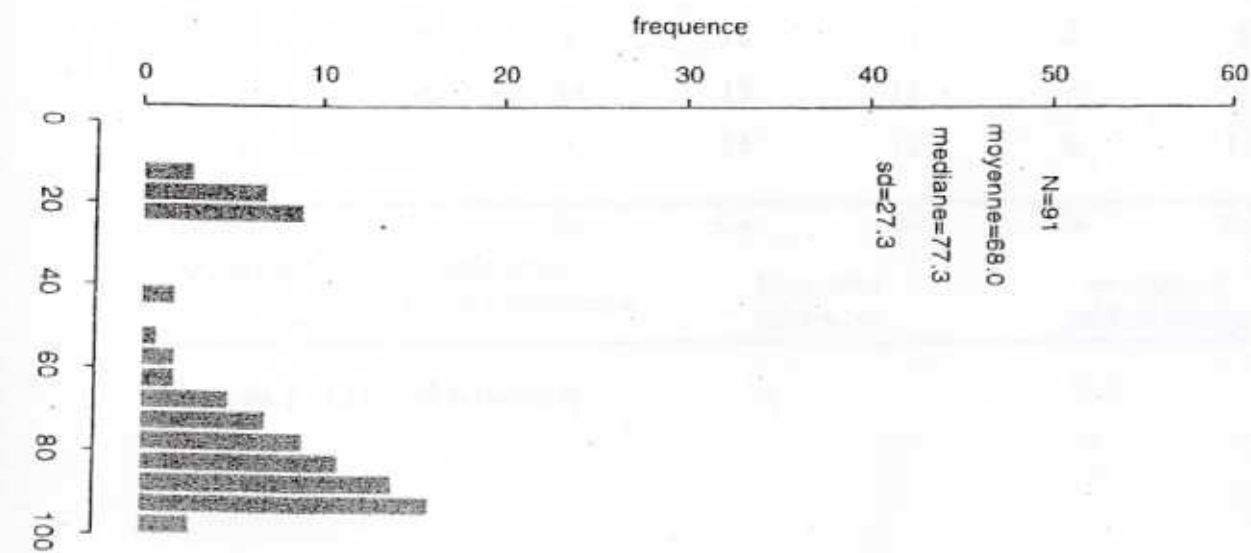


Tableau 3 : Concordance entre les médecins experts spécialistes et les archivistes médicales pour le questionnaire de confirmation diagnostique

Items du questionnaire	Proportion de concordance	Sous-items du questionnaire	Kappa	Item problématique	Identification du problème
1- Examen des seins	70,9	-	*	NA**	-
2- Lésion suspecte décelée à la mammographie (sein droit)	84,5	-	*	NA	-
3- Lésion suspecte décelée à la mammographie (sein gauche)	79,1	-	*	NA	-
4- Ganglions sus-claviculaires (sein droit)	94,5	-	*	NA	-
5- Ganglions sus-claviculaires (sein gauche)	92,7	-	*	NA	-
6- Ganglions axillaires (sein droit)	92,7	-	*	NA	-
7- Ganglions axillaires (sein gauche)	90,9	-	*	NA	-
8- Résultat examen physique	66,4	-	*	NA	-
9- Examens confirmation diagnostique (aucun)	98,2	-	*	NA	-
10- Examen confirmation diagnostique (incidences supplémentaires)	84,5	10a-	0,25	NA	aucune solution
		10b-	0,21		
11- Examen confirmation diagnostique (agrandissements)	76,4	11a-	0,58	oui	aucune solution
		11b-	0,59		
12- Examen confirmation diagnostique (compression)	64,5	12a-	0,32	oui	aucune solution
		12b-	0,37		
13- Examen confirmation diagnostique (échographie)	96,4	13a-	0,94	non	-
		13b-	0,95		
14- Examen confirmation diagnostique (comparaison avec clichés antérieurs)	82,7	-	*	NA	
15- Résultat examen confirmation diagnostique radiologique	56,4	-	0,30	oui	Problème de type A
16- Examens invasifs (aspiration à l'aiguille fine)	95,5	16a-	0,69	non	
		16b-	*		
		16c-	0,90		
17- Examens invasifs (kyste)	95,5	-	*	NA	
18- Examens invasifs (cytologie demand)	97,3	-	0,79	non	
19- Biopsie au tract	90,9	19a-	*	non	
		19b-	*		
		19c-	0,69		
20- Biopsie au tract (résultat)	92,7	-	*	NA	
21- Biopsie incisionnelle	100,0	-	*	NA	
22- Biopsie incisionnelle (résultat)	100,0	-	*	NA	
23- Biopsie excisionnelle	98,2	-	*	NA	
24- Biopsie excisionnelle (résultat)	98,2	-	*	NA	
25- Mastectomie partielle	85,5	25a-	*	NA	
		25b-	*		
26- Mastectomie partielle (résultat)	85,5	-	*	NA	
27- Conclusion de la confirmation diagnostique	82,7	-	0,65	non	
28- Contrôle requis	93,6	28a-	0,36	oui	aucune solution
		28b-	-		

* kappa non valide dû à la forte concordance sur la non-réponse ou faible prévalence.

** NA = cet examen n'a pas été réalisé dans la plupart des cas

Problème de type A: En l'absence d'examen physique des seins, les examens radiologiques peuvent tout de même avoir un résultat concluant: pratique non faite par le spécialiste.

Tableau 4 : Concordance entre les médecins experts spécialistes et les archivistes médicales pour le questionnaire de pathologie

Items du questionnaire	Proportion de concordance	Sous-items du questionnaire	Kappa	Item problématique	Identification du problème	Proportion de concordance après correction	Kappa après correction
1- Latéralité	7,1	-	0,94	non	-	-	-
2-Examen radiologique du prélèvement	49,3	2a- Examen radiologique	0,39	oui	Problème de type A	72,8	0,73
		2b- Microcalcifications	0,54				0,54
3- Date des types de prélèvements	81,6	-	-	non	-	-	-
4-Nombre de fragments et taille	55,1	-	-	oui	Aucune solution	-	-
5- Poids de la pièce chirurgicale	92,6	-	-	non	-	-	-
6-Diagnostic histopathologique	100,0	-	1,00	non	-	-	-
7-Type de lésion bénigne	50,7	7a-	0,34	oui	Problème de type B	62,5	-
		7b-	0,62				0,62
		7c-	0,59				0,59
		7d-	0,43				0,43
		7e-	0,61				0,61
		7f-	0,68				0,68
		7g-	0,88				0,88
		7h-	*				*
		7i-	*				*
		7j-	0,56				0,56
8- Type de lésion à risque élevé	69,9	8a-	0,36	oui	Problème de type B	89,7	-
		8b-	0,67				0,67
		8c-	*				*
		8d-	0,48				0,48
9- Type général de lésions malignes	99,3	-	0,99	non	-	-	-
10- Grade de la lésion	86,0	10a-	0,78	non	-	-	-
		10b-	0,86				
11-Envahissement vasculaire	88,2	-	0,81	non	-	-	-
12-Évidement ganglionnaire	90,4	-	0,85	non	-	-	-
13- Nombre de ganglions métastatiques	98,5	-	0,97	non	-	-	-
14- Nombre total de ganglions examinés	97,8	-	0,96	non	-	-	-

* kappa non valide dû à la forte concordance sur la non-réponse

Problème de type A: Confusion entre examen mammographique et radiographie de la pièce biopsique.

Problème de type B: La case "aucune observée" n'est souvent pas cochée.

Tableau 5 : Concordance entre les médecins experts spécialistes et les archivistes médicales pour le questionnaire de caractérisation et traitement du cancer

Items du questionnaire	Proportion de concordance	Kappa	Item problématique	Identification du problème	Proportion de concordance après correction	Kappa après correction
1- Atteinte ganglionnaire axillaire	57,1	0,23	oui	problème de type A	81,3	0,70
2- Radiographie pulmonaire	53,8	0,32	oui	problème de type A	68,1	0,52
3- Scintigraphie osseuse	50,5	0,35	oui	problème de type A	68,1	0,58
4- Bilan hépatique (enzymes)	47,3	0,23	oui	problème de type A	75,8	0,64
5- Bilan hépatique (échographie du foie)	48,4	0,30	oui	problème de type A	75,8	0,66
6- Autre atteinte métastatique	60,4	-0,1	oui	problème de type A	100,0	1,0
7- État des récepteurs hormonaux (RO)	70,3	0,51	oui	problème de type A	76,9	0,62
8- État des récepteurs hormonaux (RP)	68,1	0,54	oui	problème de type A	75,0	0,63
9- Date de la mastectomie	52,7	-	oui	aucune solution	-	-
10- Type de mastectomie	64,8	0,14	oui	problème de type B	-	-
11- Dissection axillaire	71,4	0,51	oui	problème de type A	75,8	0,59
12- Échantillonnage ganglionnaire axillaire	63,7	0,14	oui	problème de type A	84,6	0,69
13- Radiothérapie complémentaire au sein	76,9	0,45	oui	aucune solution	-	-
14- Chimiothérapie adjuvante	92,3	0,76	non	-	-	-
15- Hormonothérapie adjuvante	74,7	0,44	oui	aucune solution	-	-
16- Traitement expérimental	100,0	1,0	non	-	-	-
17- Autre traitement	100,0	1,0	non	-	-	-
18- Aucun traitement	92,3	*	non	-	-	-
19- Taille de la tumeur primaire	70,3	0,64	oui	Problème de type C et D	75,8 (correction sur C) 97,1 (n=70, correction sur C et D)	0,56 0,93
20- Envahissement ganglionnaire	53,8	0,25	oui	Problème de type D et E	60,0 (correction sur E) 82,0 (n=66, correction sur E et D)	0,34 0,72
21- Métastases à distance	64,8	0,00	oui	Problème de type D	94,0 (n=62)	*
22-Résultat du stade pathologique	63,7	0,50	oui	Problème de type D	95,0 (n=69)	0,65

* kappa non valide à cause du taux de prévalence de la condition.

Problème de type A : L'archiviste a codé non fait alors que le spécialiste a non répondu ou vice-versa. On corrige en mettant les deux à non répondu.

Problème de type B : Pour les tumorectomies, l'archiviste a choisi de coder mastectomie partielle alors que le spécialiste a non répondu. Aucune correction n'est effectuée

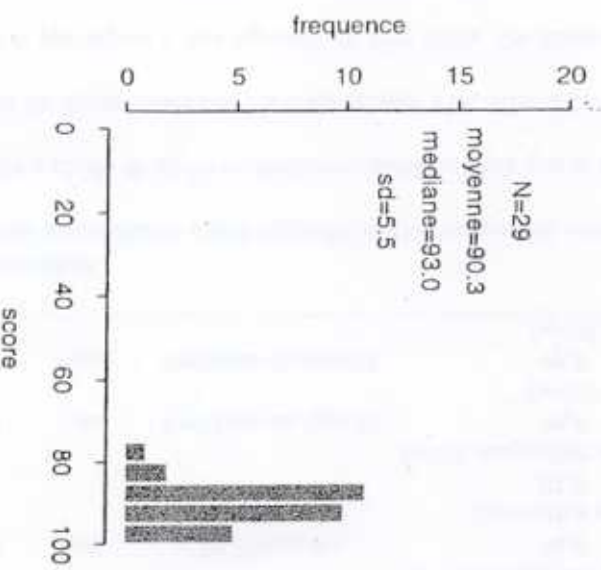
Problème de type C : L'archiviste et le spécialiste code de façon différente les sous-classes T1a, T1b, T1c. On corrige en ne faisant aucune distinction entre ces sous-classes (toutes T1).

Problème de type D : L'archiviste a répondu alors que le spécialiste a non répondu ou vice versa. On élimine complètement les non-réponses.

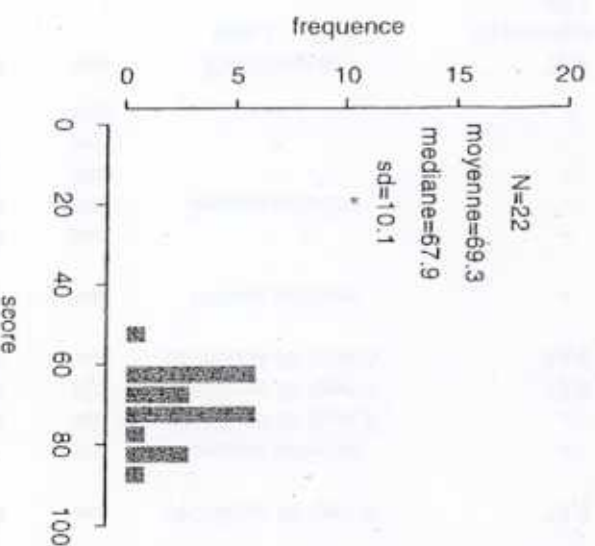
Problème de type E : L'archiviste et le spécialiste codent de façon différente les sous-classes pN1a, pN1b, pN1bi, pN1bii, pN1biii et pN1biv. On corrige en faisant aucune distinction entre ces sous-classes (tous pN1).

Figure 2a : Distribution des résultats par archiviste médicale pour le questionnaire de confirmation diagnostique

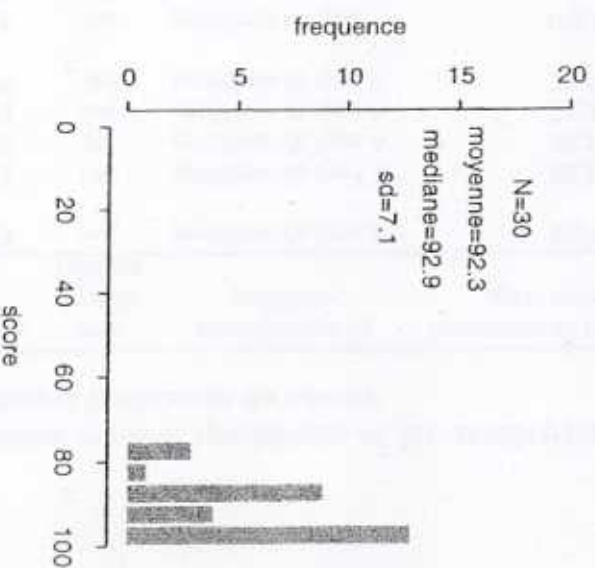
Confirmation diagnostique arch.2



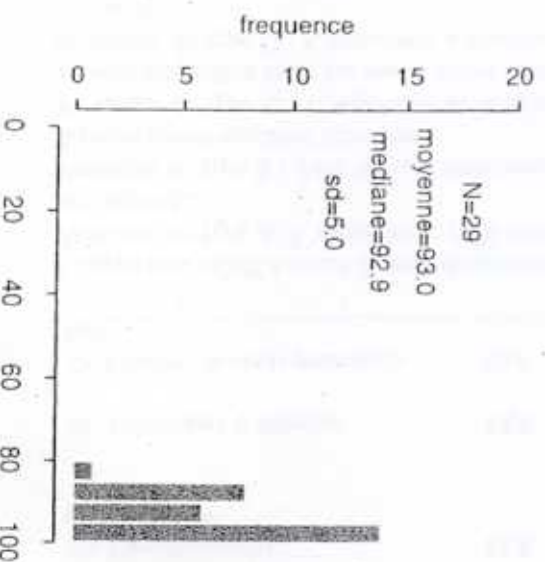
Confirmation diagnostique arch.3



Confirmation diagnostique arch.4



Confirmation diagnostique arch.5



Confirmation diagnostique

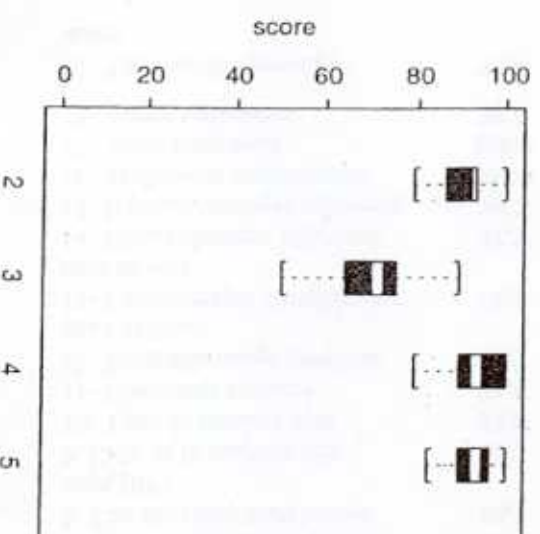
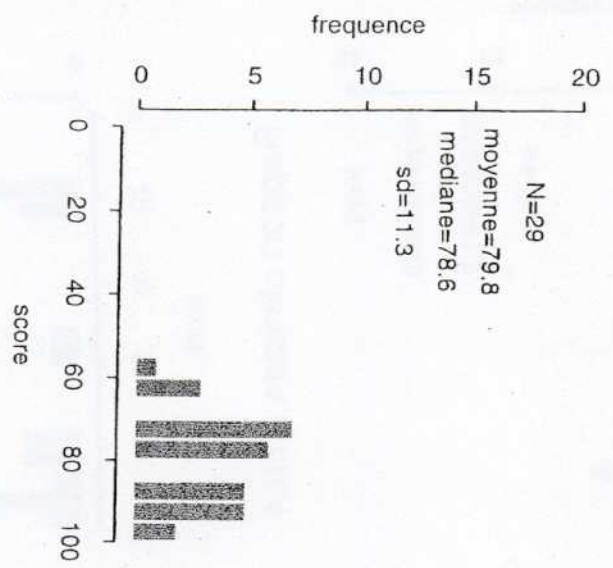
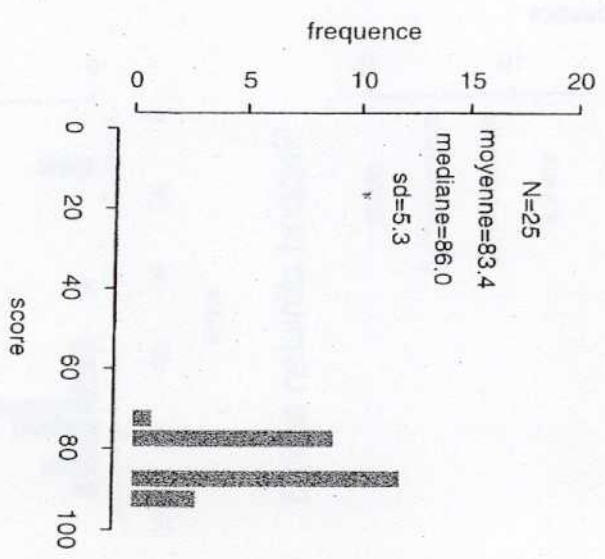


Figure 2b : Distribution des résultats par archiviste médicale pour le questionnaire de pathologie

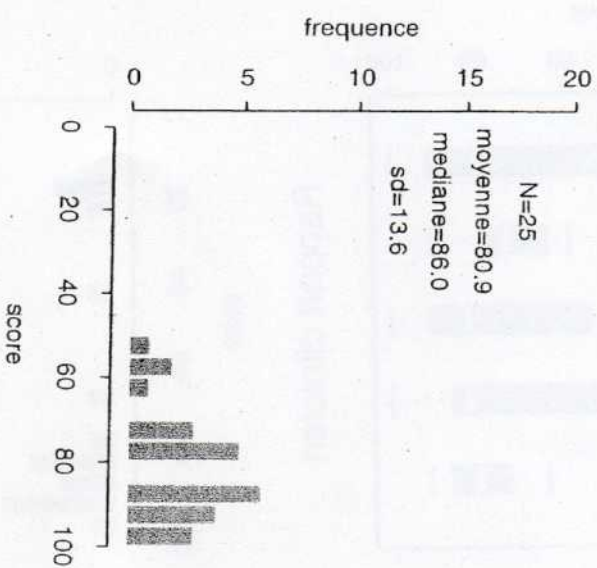
Pathologie arch.1



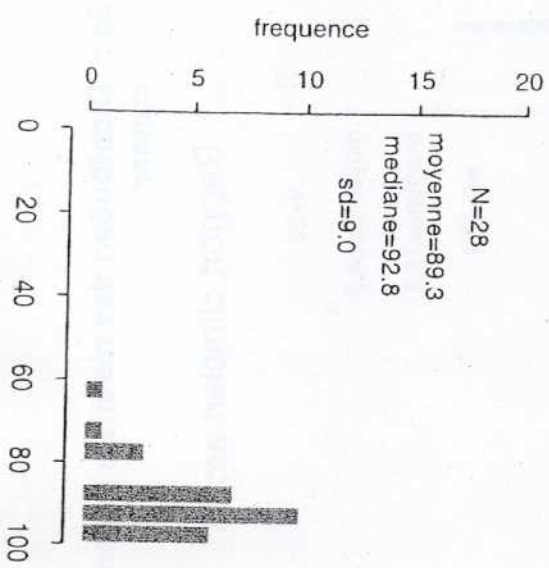
Pathologie arch.2



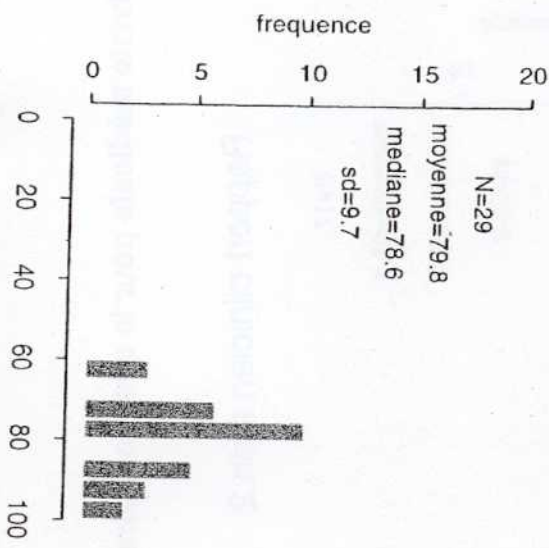
Pathologie arch.3



Pathologie arch.4



Pathologie arch.5



Pathologie

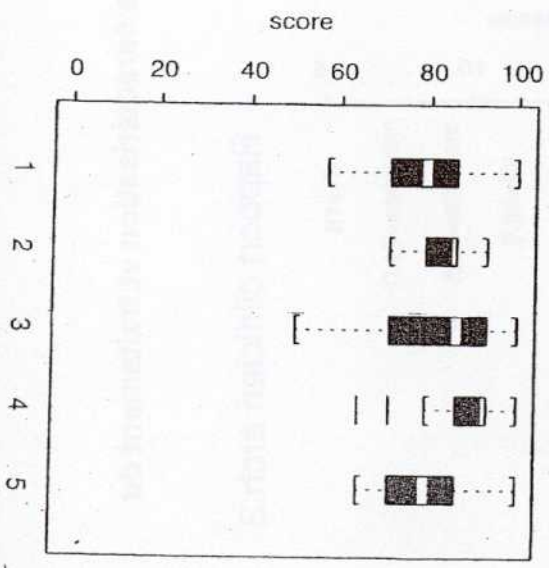
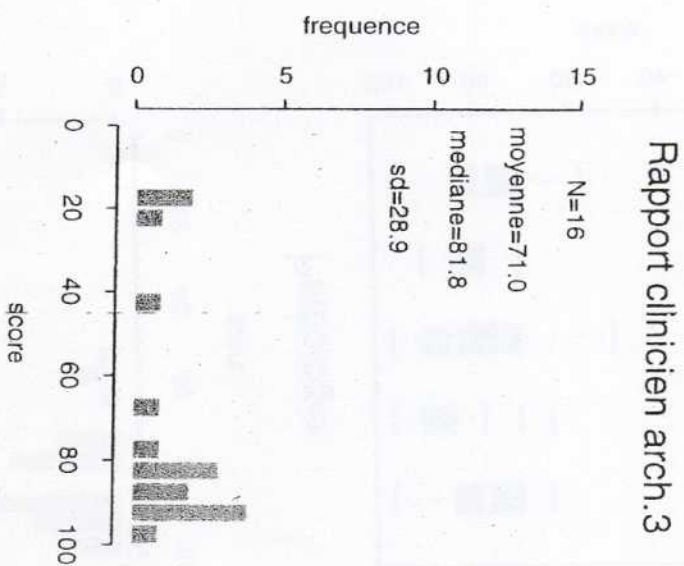
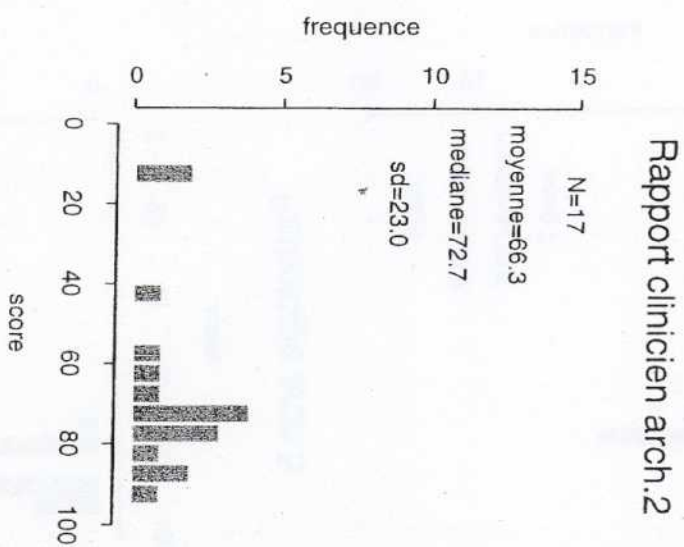
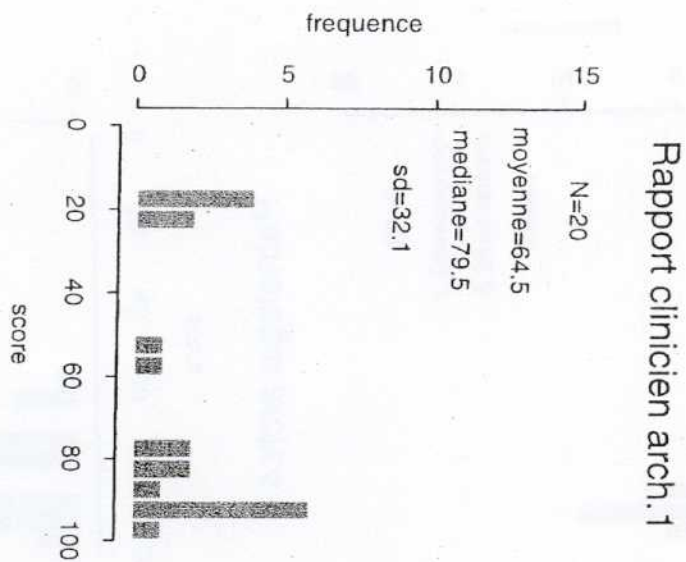
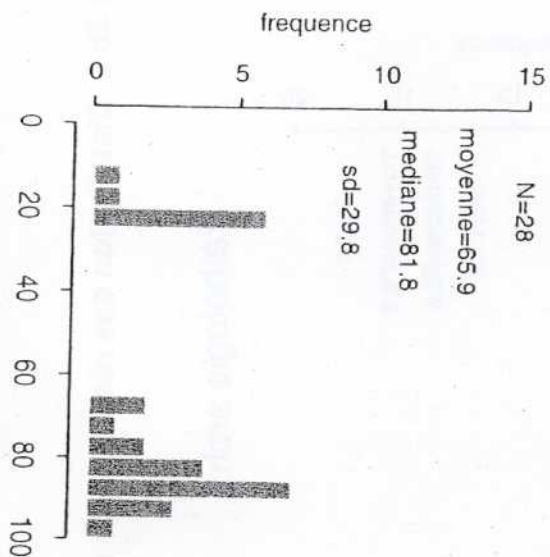


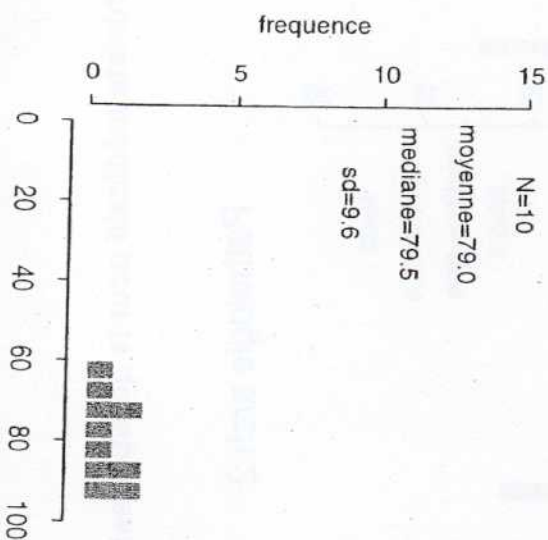
Figure 2c : Distribution des résultats par archiviste médicale pour le questionnaire de caractérisation et traitement du cancer



Rapport clinicien arch.4



Rapport clinicien arch.5



Rapport clinicien

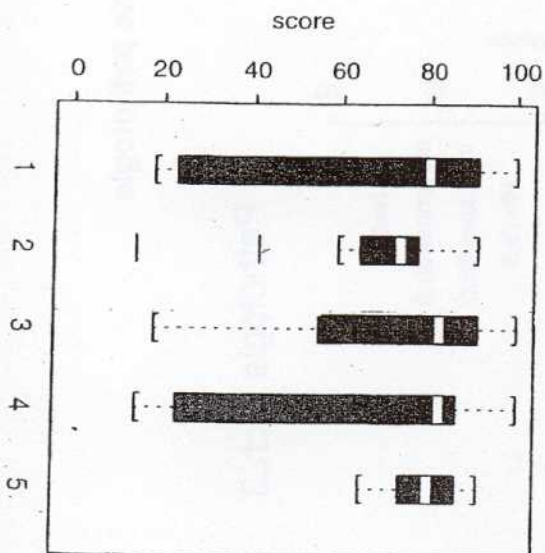


Figure 3a : Distribution des résultats par médecin expert radiologiste pour le questionnaire de confirmation diagnostique

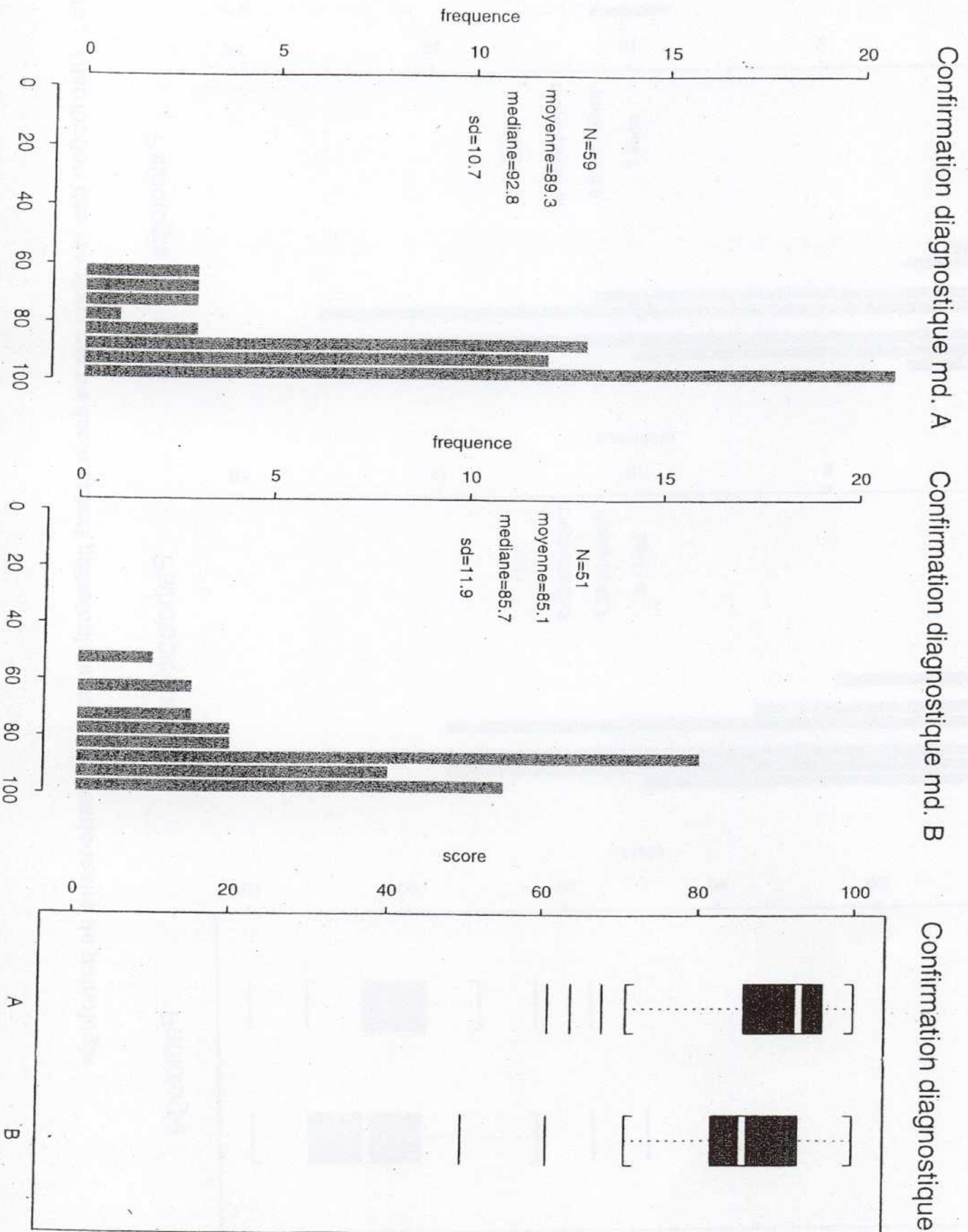


Figure 3b : Distribution des résultats par médecin expert pathologiste pour le questionnaire de pathologie

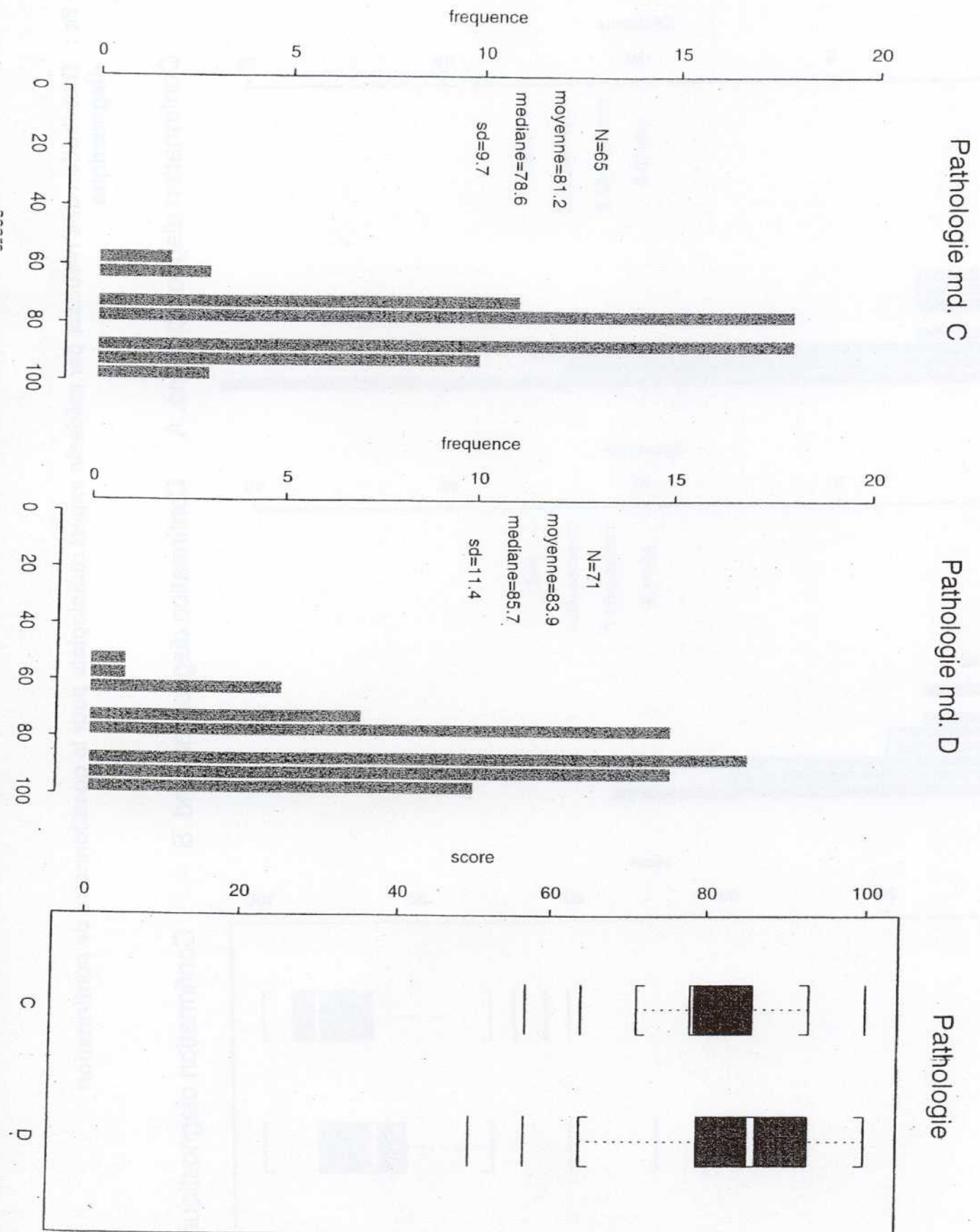
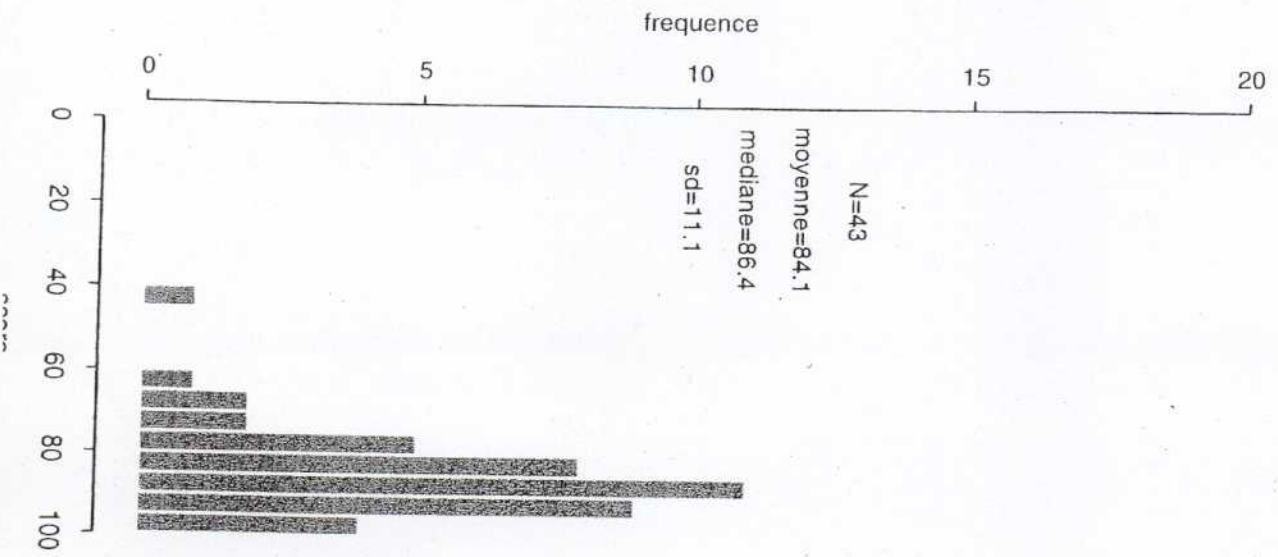
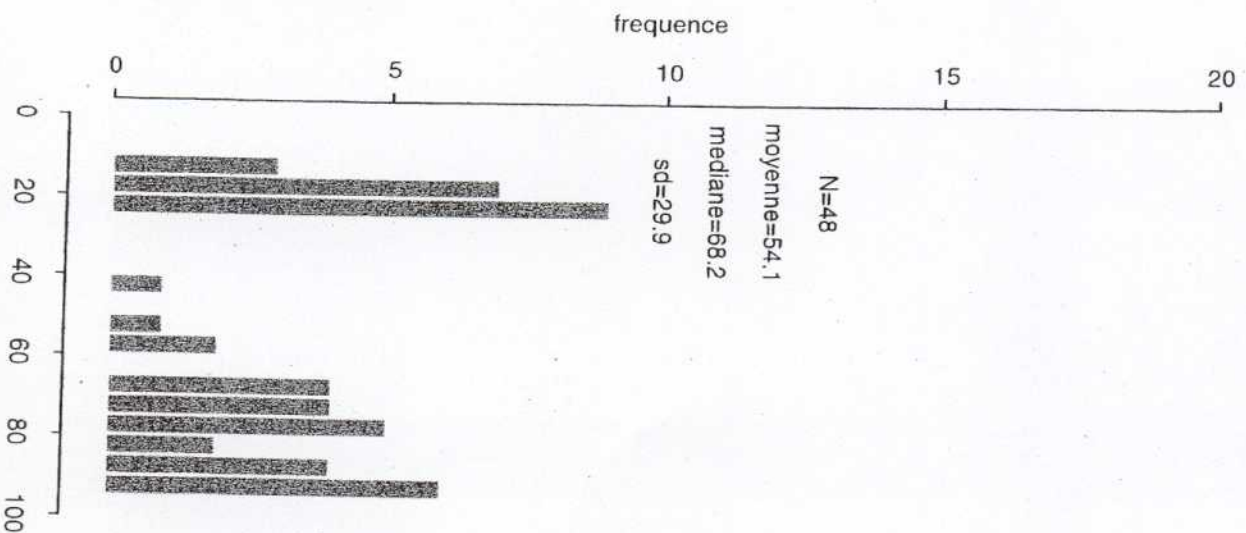


Figure 3c : Distribution des résultats par médecin expert chirurgien pour le questionnaire de caractérisation et traitement du cancer

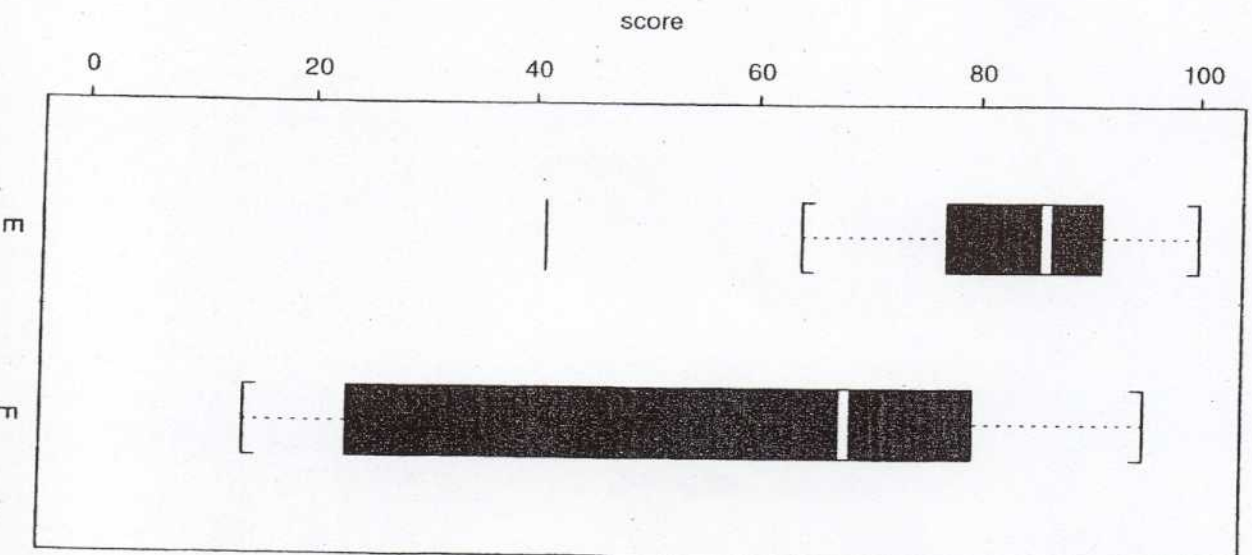
Rapport clinicien md. E



Rapport clinicien md. F



Rapport clinicien



ANNEXE A

Rapport de confirmation diagnostique

RAPPORT DE CONFIRMATION DIAGNOSTIQUE Partie I

1. IDENTIFICATION DU CENTRE

Nom de l'établissement	
Adresse de l'établissement (N° civique, rue)	N° bureau
Ville	Code postal
Code (RAMQ) de l'établissement	

IDENTIFICATION DE LA PARTICIPANTE

Nom		Prénoms	
Date de naissance		Sexe	
Adresse		Code postal	
Ville		Téléphone	
Code (RAMQ)		Date de l'examen	

2. RENDEZ-VOUS

Date de l'appel pour la prise de rendez-vous	a	m	j	Date du premier rendez-vous	a	m	j
--	---	---	---	-----------------------------	---	---	---

3. EXAMENS RÉALISÉS

A) Examen physique

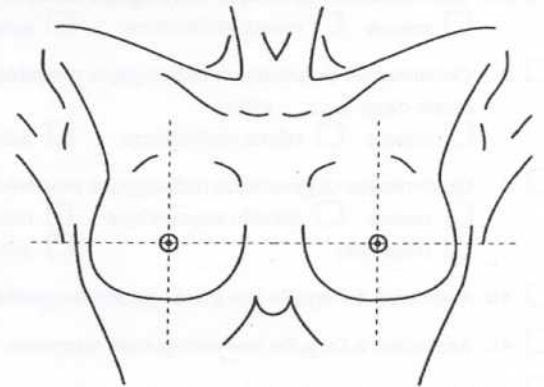
Examen des seins	☐ Sein droit			☐ Sein gauche		
	Palpable	Non palpable	Douteux	Palpable	Non palpable	Douteux
Lésion suspecte décelée à la mammographie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ganglions	Absents	Non suspects	Suspects	Absents	Non suspects	Suspects
Sus-claviculaires	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Axillaires	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Nom	N° de permis	a	m	j
Médecin		Date		

Résultat : ☐ Concluant (complétez la section 4) ☐ Examens supplémentaires nécessaires

Examen physique :

Taille du(des) nodule(s), bidimensionnelle :



Impression diagnostique :

Recommandations :

RAPPORT DE CONFIRMATION DIAGNOSTIQUE Partie II

IDENTIFICATION DE LA PARTICIPANTE

1. IDENTIFICATION DU CENTRE

Nom de l'établissement

Adresse de l'établissement (N° civique, rue)

N° bureau

Ville

Code postal

Code (RAMQ) de l'établissement

3. EXAMENS RÉALISÉS (suite)

B) Examens radiologiques de confirmation diagnostique

☐ Aucun

☐ P Incidences supplémentaires

☐ M Agrandissements

☐ S Compression

☐ U Échographie

☐ F Comparaison avec clichés antérieurs

☐ Sein droit

☐ Sein droit

☐ Sein droit

☐ Sein droit

☐ Sein gauche

☐ Sein gauche

☐ Sein gauche

☐ Sein gauche

Date

a m j

Nom

N° de permis

Médecin

Résultat : ☐ Concluant (complétez la section 4)

☐ Examens supplémentaires nécessaires

Détails du résultat des examens radiologiques de confirmation diagnostique :

☐ 1N Confirmation diagnostique radiologique négative, revoir dans 2 ans

☐ 2N Confirmation diagnostique radiologique bénigne, revoir dans 2 ans

☐ masse ☐ microcalcifications ☐ autres : _____

☐ 3 Confirmation diagnostique radiologique probablement bénigne,

revoir dans _____ mois

☐ masse ☐ microcalcifications ☐ autres : _____

☐ 4 Confirmation diagnostique radiologique modérément suspecte

☐ masse ☐ densité asymétrique ☐ microcalcifications

☐ distorsion ☐ autres : _____

☐ 4B Aspiration à l'aiguille fine stéréoguidée suggérée

☐ 4L Aspiration à l'aiguille fine échoguidée suggérée

☐ 4H Biopsie au trocart stéréoguidée suggérée

☐ 4T Biopsie au trocart échoguidée suggérée

☐ 4Y Biopsie chirurgicale suggérée

☐ 5 Confirmation diagnostique radiologique hautement suggestive de malignité

☐ 5B Aspiration à l'aiguille fine stéréoguidée suggérée

☐ 5L Aspiration à l'aiguille fine échoguidée suggérée

☐ 5H Biopsie au trocart stéréoguidée suggérée

☐ 5T Biopsie au trocart échoguidée suggérée

☐ 5Y Biopsie chirurgicale suggérée

☐ 6 Autres (ABBI, etc.), spécifier : _____

C) Examens invasifs de confirmation diagnostique

☐ A Aspiration à l'aiguille fine

Sein droit : ☐ Échoguidée ☐ Stéréoguidée ☐ Guidée cliniquement

Kyste : ☐ Non ☐ Oui → Cytologie demandée : ☐ Non ☐ Oui

Nom

N° de permis

a m j

Médecin

Date

Résultat : ☐ Concluant (complétez la section 4)

☐ Examens supplémentaires nécessaires

☐ T Biopsie au trocart

Sein droit : ☐ Échoguidée ☐ Stéréoguidée ☐ Guidée cliniquement

Sein gauche : ☐ Échoguidée ☐ Stéréoguidée ☐ Guidée cliniquement

Nom

N° de permis

a m j

Médecin

Date

Résultat : ☐ Concluant (complétez la section 4)

☐ Examens supplémentaires nécessaires

RAPPORT DE CONFIRMATION DIAGNOSTIQUE Partie III

ANNEXE - A

IDENTIFICATION DE LA PARTICIPANTE

1. IDENTIFICATION DU CENTRE

Nom de l'établissement	
Adresse de l'établissement (N° civique, rue)	N° bureau
Ville	Code postal
Code (RAMQ) de l'établissement	

3. EXAMENS RÉALISÉS (suite)

C) Examens invasifs de confirmation diagnostique (suite)

☐ I Biopsie incisionnelle

Sein droit : ☐ Stéréoguidée ☐ Ouverte Sein gauche : ☐ Stéréoguidée ☐ Ouverte

Nom Médecin : _____ N° de permis : _____ Date : _____ a _____ m _____ j

Résultat : ☐ Concluant (complétez la section 4) ☐ Examens supplémentaires nécessaires

☐ E Biopsie excisionnelle

Sein droit : ☐ Stéréoguidée ☐ Ouverte Sein gauche : ☐ Stéréoguidée ☐ Ouverte

Nom Médecin : _____ N° de permis : _____ Date : _____ a _____ m _____ j

Résultat : ☐ Concluant (complétez la section 4) ☐ Examens supplémentaires nécessaires

☐ M Mastectomie partielle

☐ Sein droit ☐ Sein gauche

Nom Médecin : _____ N° de permis : _____ Date : _____ a _____ m _____ j

Résultat : ☐ Concluant (complétez la section 4) ☐ Examens supplémentaires nécessaires

☐ G Autres manoeuvres diagnostiques invasives (incluant système ABBI), décrire :

☐ Sein droit ☐ Sein gauche

Nom Médecin : _____ N° de permis : _____ Date : _____ a _____ m _____ j

Résultat : ☐ Concluant (complétez la section 4) ☐ Examens supplémentaires nécessaires

4. CONCLUSION DE LA CONFIRMATION DIAGNOSTIQUE

Résultat : ☐ Normal ☐ Bénin ☐ Malin ☐ À risque

Contrôle requis : ☐ Oui, dans _____ mois Référée à un intervenant psychosocial : ☐ Oui ☐ Non

Nom Médecin : _____ N° de permis : _____ a _____ m _____ j

Signature du médecin : _____ Date : _____ a _____ m _____ j

Date de l'envoi du rapport au
MÉDECIN TRAITANT

a _____ m _____ j

Date de l'envoi du rapport au
CENTRE DE DÉPISTAGE

a _____ m _____ j

Date de l'envoi du rapport au
PILOTE PROVINCIAL

a _____ m _____ j

ANNEXE B

Rapport de pathologie

RAPPORT DE PATHOLOGIE

Partie I

1. IDENTIFICATION DU CENTRE

Nom de l'établissement (Département de pathologie)

Adresse de l'établissement (N° civique, rue)

N° bureau

Ville

Code postal

Code (RAMQ) de l'établissement

IDENTIFICATION DE LA PARTICIPANTE

2. PRÉLÈVEMENT(S)

 Latéralité : ☐ Sein droit ☐ Sein gauche Examen radiologique du prélèvement : ☐ Non ☐ Oui Microcalcifications : ☐ Absentes ☐ Présentes

Type de prélèvement

Date (a m j)

Numéro du rapport de pathologie

Biopsie à l'aiguille de gros calibre (trocart)

Biopsie incisionnelle

Biopsie excisionnelle

Mastectomie partielle (segmentectomie)

Mastectomie totale

Evidement ganglionnaire

Réexcision du plan d'exérèse

Autre, spécifier :

3. DONNÉES MACROSCOPIQUES

Taille de la pièce chirurgicale
(biopsie excisionnelle, mastectomie partielle)Si plus d'une pièce tissulaire pour
une même intervention chirurgicalePoids total
(pièce chirurgicale, fragments)Nombre de
fragments

Taille de l'agrégat

____, X ____ , X ____ , cm

____, X ____ , X ____ , cm

____ gm

4. DIAGNOSTIC HISTOPATHOLOGIQUE

Catégorie générale : (Ne cocher qu'une seule case)

☐ Bénigne
(Ne remplir que la section A)

☐ Lésion à risque élevé
(Remplir les sections A et B)

☐ Maligne
(Remplir les sections A, B et C)

A) Lésions bénignes

- | | |
|--|--|
| ☐ Aucune observée | ☐ Modifications fibrokystiques |
| ☐ Adénose sclérosante | ☐ Fibroadénome |
| ☐ Papillome unique | ☐ Papillomes multiples |
| ☐ Cicatrice radiaire / lésion sclérosante complexe | ☐ Mastite péricanalaire / ectasie canalaire |
| ☐ Hyperplasie épithéliale intracanaulaire, légère (sans atypie) | ☐ Hyperplasie épithéliale intracanaulaire, modérée ou floride (sans atypie) |
| ☐ Autre, spécifier : _____ | |

B) Lésions à risque élevé

- | | |
|---|--|
| ☐ Aucune observée | ☐ Hyperplasie lobulaire atypique |
| ☐ Hyperplasie intracanaulaire atypique | ☐ Carcinome lobulaire in situ («néoplasie lobulaire») |

C) Lésions malignes

Type général : (Ne cocher qu'une catégorie)

- | | |
|--|--|
| ☐ Carcinome canalaire in situ (intracanaulaire, non-envahissant)
(Remplir les sections C1 et C3) | ☐ Carcinome infiltrant (envahissant)
(Remplir les sections C2 et C3) |
|--|--|

RAPPORT DE PATHOLOGIE Partie II

IDENTIFICATION DE LA PARTICIPANTE

1. IDENTIFICATION DU CENTRE

Nom de l'établissement (Département de pathologie)

Adresse de l'établissement (N° civique, rue)

N° bureau

Ville

Code postal

Code (RAMQ) de l'établissement

4. DIAGNOSTIC HISTOPATHOLOGIQUE (suite)

C1) Carcinome canalaire in situ (intracanalair, non-envahissant)

Aspect architectural (indiquer tous les types) :

☐ Micropapillaire
 ☐ Cribriforme
 ☐ Papillaire
 ☐ Comédocarcinome
 ☐ Solide

Grade nucléaire : ☐ (I) ☐ (II) ☐ (III) ☐ Non évaluable
 Nécrose : ☐ Absente ☐ Présente

Aspect général :

☐ Localisé Diamètre maximal mesurable : _____ cm
☐ Non-localisé Nombre de lames contenant la lésion : _____ lames Nombre total de lames examinées : _____ lames

Microinvasion : ☐ Aucune observée ☐ Douteuse

C2) Carcinome infiltrant (envahissant)

Diamètre maximal (composante envahissante) : _____ cm

Type histologique :

☐ Carcinome canalaire, sans autre indication (SAI)
 ☐ Carcinome tubuleux (tubulaire)
☐ Carcinome cribriforme
 ☐ Carcinome médullaire
☐ Carcinome mucineux
 ☐ Carcinome papillaire
☐ Carcinome lobulaire
 ☐ Autre, spécifier : _____

Grade histologique : ☐ (I) ☐ (II) ☐ (III) ☐ Non évaluable
 Envahissement vasculaire (sanguin ou lymphatique) : ☐ Présent ☐ Aucun observé

Composante intracanalair :

☐ Absente
☐ Présente
 Quelle proportion de la masse tumorale est constituée de carcinome in situ?
☐ Faible (< 25%)
 ☐ Modérée (≥ 25%, < 75%)
 ☐ Importante (≥ 75%, < 90%)
 ☐ Massive (≥ 90%)
 Le carcinome in situ se retrouve à distance de la masse tumorale dominante
 (> 2 mm ou > 1 grand champ à 10.0X) ☐ Non ☐ Oui

C3) Autres renseignements

Maladie de Paget : ☐ Absente ☐ Présente ☐ Ne s'applique pas

Tumeur infiltrante : ☐ Atteint le plan d'exérèse ☐ N'atteint pas le plan d'exérèse ☐ Ne s'applique pas

Carcinome in situ : ☐ Atteint le plan d'exérèse ☐ N'atteint pas le plan d'exérèse ☐ Ne s'applique pas

Évidement ganglionnaire axillaire : ☐ Non ☐ Oui
 Nombre de ganglions métastatiques : _____
 Nombre total de ganglions examinés : _____

Commentaires / informations supplémentaires

Pathologiste

Nom

N° de permis

Signature

Date

a

m

j

ANNEXE C

Rapport détaillé du clinicien concernant le cancer du sein

RAPPORT DÉTAILLÉ DU CLINICIEN CONCERNANT LE CANCER DU SEIN

Partie I

1. IDENTIFICATION DU CENTRE

Nom de l'établissement	
Adresse de l'établissement (N° civique, rue)	N° bureau
Ville	Code postal
Code (RAMQ) de l'établissement	

IDENTIFICATION DE LA PARTICIPANTE

Nom et prénom		Prénoms	
N° de dossier		N° de dossier	
Adresse (N° civique, rue)		N° app.	
Ville	Code postal	Code postal	Code postal
Ind. rég.	Ind. rég.	Ind. rég.	Ind. rég.
Langue choisie	Langue choisie	Langue choisie	Langue choisie
☐ Française	☐ Française	☐ Française	☐ Française

2. BILAN MÉTASTATIQUE

Atteinte ganglionnaire axillaire :	☐ Non	☐ Oui	☐ Inconnu
Radiographie pulmonaire :	☐ Non fait	☐ Normal	☐ Bénin ☐ Suspect ☐ Malin
Scintigraphie osseuse :	☐ Non fait	☐ Normal	☐ Bénin ☐ Suspect ☐ Malin
Bilan hépatique :			
1) Enzymes :	☐ Non fait	☐ Normal	☐ Anormal
2) Échographie du foie :	☐ Non fait	☐ Normal	☐ Bénin ☐ Suspect ☐ Malin
Autre atteinte métastatique :	☐ Non	☐ Oui, site :	

3. ÉTAT DES RÉCEPTEURS HORMONAUX

RO :	☐ Non fait	☐ Négatif	☐ Positif :	(biochimie) : _____ fmol/mg protéine	(immunohistochimie) : _____ %
RP :	☐ Non fait	☐ Négatif	☐ Positif :	(biochimie) : _____ fmol/mg protéine	(immunohistochimie) : _____ %

4. TRAITEMENTS (autres que la technique chirurgicale)

☐ Radiothérapie complémentaire au sein :	Date de début du traitement	a	m	j
☐ Chimiothérapie adjuvante :	Date de début du traitement	a	m	j
Plan de traitement :	Type de chimiothérapie :	Nombre de cycles :		
☐ Hormonothérapie adjuvante :	Date de début du traitement	a	m	j
Agent employé :	☐ Tamoxifen	☐ Autres, spécifier :		
☐ Traitement expérimental :	Date de début du traitement	a	m	j
Titre du protocole :	Investigateur principal :			
☐ Autre traitement (incluant le traitement de maladie d'emblée métastatique) :				
☐ Aucun				

RAPPORT DÉTAILLÉ DU CLINICIEN CONCERNANT LE CANCER DU SEIN

Partie II

ANNEXE - C

1. IDENTIFICATION DU CENTRE

Nom de l'établissement	
Adresse de l'établissement (N° civique, rue)	N° bureau
Ville	Code postal
Code (RAMQ) de l'établissement	

IDENTIFICATION DE LA PARTICIPANTE

Nom et prénom		N° de dossier	
Adresse (n° civique, rue)		N° sup.	
Ville	Code postal	Code postal	Supplément
Ind. rég.	Téléphone (résidence)	Ind. rég.	Téléphone (autre)
Langue choisie		☐ Française ☐ Anglais	

5. RAPPORT DE LA TECHNIQUE CHIRURGICALE

A) Première biopsie positive

- Date de la première biopsie positive : a m j
- Type de prélèvement pour cette biopsie : ☐ Trocart ☐ Aiguille fine (aspiration) ☐ Incisionnel ☐ Excisionnel

B) Mastectomie

- Date de la mastectomie : a m j
- Type de mastectomie : ☐ Partielle (segmentectomie) ☐ Totale ☐ Autre

Dans les cas de mastectomie « Partielle » ou « Autre » :

- Vérification de la marge de résection par le pathologiste :
 - Congélation ☐ Non ☐ Oui
 - Examen macroscopique ☐ Non ☐ Oui
- Exérèse du mamelon : ☐ Non ☐ Oui, pourquoi : _____
- Parenchyme mammaire refermé : ☐ Non ☐ Oui
- Drain utilisé : ☐ Non ☐ Oui

C) Dissection axillaire

- ☐ Non ☐ Oui

Si « Oui » :

- Date de la dissection axillaire : a m j
- Limites anatomiques :
 - médianes : dissection des ganglions sous le petit pectoral ☐ Non ☐ Oui
 - latérales : visualisation du grand dorsal ☐ Non ☐ Oui
 - supérieures : visualisation de la veine axillaire ☐ Non ☐ Oui
- Nerfs identifiés :
 - grand dentelé : ☐ Non ☐ Oui
 - grand dorsal : ☐ Non ☐ Oui
 - grand pectoral : ☐ Non ☐ Oui
- Utilisation de cathéters d'aspiration : ☐ Non ☐ Oui

D) Échantillonnage ganglionnaire axillaire seulement

- ☐ Non ☐ Oui

E) Tissus mous

- La tumeur est-elle fixée à la peau : ☐ Non ☐ Oui
- La tumeur est-elle fixée au fascia : ☐ Non ☐ Oui
- L'aponévrose du pectoral a été réséquée : ☐ Non ☐ Oui
- Le petit pectoral a été sectionné : ☐ Non ☐ Oui
- Le petit pectoral a été réséqué : ☐ Non ☐ Oui, pourquoi : _____
- Le grand pectoral a été sectionné : ☐ Non ☐ Oui
- Le grand pectoral a été réséqué : ☐ Non ☐ Oui, pourquoi : _____

RAPPORT DÉTAILLÉ DU CLINICIEN CONCERNANT LE CANCER DU SEIN Partie III

1. IDENTIFICATION DU CENTRE

Nom de l'établissement	
Adresse de l'établissement (N° civique, rue)	N° bureau
Ville	Code postal
Code (RAMQ) de l'établissement	

IDENTIFICATION DE LA PARTICIPANTE

Nom et prénom		Date de naissance	
Adresse (N° civique, rue)		N° appartement	
Ville	Code postal	Code postal	Supplément
Ind. rég.	Téléphone (résidence)	Ind. rég.	Téléphone (travail)
Langue choisie		☐ Français ☐ Anglais	

6. ÉVALUATION DU STADE PATHOLOGIQUE DU CANCER DU SEIN (TNM) (Référence : American Joint Committee on Cancer, 1992)

☐ TX impossibilité de confirmer une tumeur primaire ☐ T0 pas d'évidence de tumeur primaire ☐ Tis carcinome <i>in situ</i> : carcinome canalaire ou lobulaire, ou maladie de Paget mamelonnaire sans tumeur ☐ T1 tumeur ≤ 2 cm ☐ T1a tumeur ≤ 0,5 cm ☐ T1b 0,5 cm < tumeur ≤ 1 cm ☐ T1c 1 cm < tumeur ≤ 2 cm ☐ T2 2 cm < tumeur ≤ 5 cm ☐ T3 tumeur > 5 cm ☐ T4 tumeur de toutes dimensions fixée à la paroi thoracique ou avec invasion de la peau ☐ T4a fixée à la paroi thoracique ☐ T4b oedème (incluant peau d'orange) ou ulcération de la peau du sein ou nodules satellites de la peau confinés au même sein ☐ T4c à la fois T4a et T4b ☐ T4d carcinome inflammatoire	☐ pNX impossible de confirmer l'état des ganglions (ex : enlevés antérieurement, non disséqués) ☐ pN0 pas de métastase régionale des ganglions lymphatiques ☐ pN1 métastases des ganglions lymphatiques axillaires ipsilatéraux non fixés ☐ pN1a micrométastases seulement (tous ≤ 0,2 cm) ☐ pN1b métastases des ganglions lymphatiques (au moins 1 ganglion > que 0,2 cm) ☐ pN1bi métastases de 1 à 3 ganglions lymphatiques (au moins 1 ganglion > que 0,2 cm et tous < 2 cm) ☐ pN1bii métastases à plus de 4 ganglions lymphatiques (au moins 1 ganglion > que 0,2 cm et tous < 2 cm) ☐ pN1biii extension de la tumeur au-delà de la capsule d'un ganglion métastatique > 2 cm ☐ pN1biv métastase d'un ganglion de plus de 2 cm ☐ pN2 métastases aux ganglions lymphatiques axillaires ipsilatéraux fixés entre eux ou à plusieurs autres structures ☐ pN3 métastases aux ganglions mammaires internes ipsilatéraux	☐ MX impossibilité de confirmer la présence de métastases à distance ☐ M0 pas de métastases à distance ☐ M1 métastases à distance (incluant les métastases aux ganglions sus-claviculaires ipsilatéraux)
---	---	---

RÉSULTAT DU STADE PATHOLOGIQUE DU CANCER DU SEIN

STADE	T	N	M
☐ 0	Tis	N0	M0
☐ I	T1	N0	M0
☐ IIA	T0	N1	M0
☐	T1	N1	M0
☐	T2	N0	M0
☐ IIB	T2	N1	M0
☐	T3	N0	M0
☐ IIIA	T0	N2	M0
☐	T1	N2	M0
☐	T2	N2	M0
☐	T3	N1	M0
☐ IIIB	T4	N0 à N2	M0
☐	Tis à T4	N3	M0
☐ IV	Tis à T4 (incluant TX)	N0 à N3 (incluant NX)	M1
☐ Indéterminé	TX	N0 à N3	MX
☐	Tis à T4	NX	MX
☐	TX	NX	MX

Date de l'envoi du rapport
au médecin traitantDate de l'envoi du rapport
à la coordonnatrice locale

Médecin

Nom

Signature

N° de permis

ANNEXE D

**Description des questions étudiées pour l'analyse des questionnaires
standardisés de confirmation diagnostique**

ANNEXE D

Description des questions étudiées pour l'analyse des questionnaires standardisés de confirmation diagnostique

Question 1 : Examen des seins

Choix de réponse : non répondu, sein droit, sein gauche, les deux seins

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 2 : Lésion suspecte décelée à la mammographie (sein droit)

Choix de réponse : non répondu, palpable, non palpable, douteux

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 3 : Lésion suspecte décelée à la mammographie (sein gauche)

Choix de réponse : non répondu, palpable, non palpable, douteux

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 4 : Ganglions sus-claviculaires (sein droit)

Choix de réponse : non répondu, absents, non suspects, suspects

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 5 : Ganglions sus-claviculaires (sein gauche)

Choix de réponse : non répondu, absents, non suspects, suspects

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 6 : Ganglions axillaires (sein droit)

Choix de réponse : non répondu, absents, non suspects, suspects

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 7 : Ganglions axillaires (sein gauche)

Choix de réponse : non répondu, absents, non suspects, suspects

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 8 : Résultat examen physique

Choix de réponse : non répondu, concluant, examens supplémentaires nécessaires

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 9 : Examens radiologiques de confirmation diagnostique (aucun)

Choix de réponse : coché, pas coché

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 10 : Examens radiologiques de confirmation diagnostique (incidences supplémentaires)

Sous-question 10a : Incidences supplémentaires

Choix de réponse : coché, pas coché

Sous-question 10b: Incidences supplémentaires (latéralité)

Choix de réponse : non répondu, sein droit, sein gauche, les deux seins

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse à ces deux sous-questions.

Question 11 : Examens radiologiques de confirmation diagnostique (agrandissements)

Sous-question 11a : Agrandissements

Choix de réponse : coché, pas coché

Sous-question 11b : Agrandissements (latéralité)

Choix de réponse : non répondu, sein droit, sein gauche, les deux seins

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse à ces deux sous-questions.

Question 12 : Examens radiologiques de confirmation diagnostique (compression)

Sous-question 12a : Compression

Choix de réponse : coché, pas coché

Sous-question 12b : Compression (latéralité)

Choix de réponse : non répondu, sein droit, sein gauche, les deux seins

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse à ces deux sous-questions.

Question 13 : Examens radiologiques de confirmation diagnostique (échographie)

Sous-question 13a : Échographie

Choix de réponse : coché, pas coché

Sous-question 13b : Échographie (latéralité)

Choix de réponse : non répondu, sein droit, sein gauche, les deux seins

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse à ces deux sous-questions.

Question 14 : Examens radiologiques de confirmation diagnostique (comparaison avec clichés antérieurs)

Choix de réponse : coché, pas coché

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 15 : Résultat examens radiologiques de confirmation diagnostique

Choix de réponse : non répondu, concluant, examens supplémentaires nécessaires

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 16 : Examens invasifs de confirmation diagnostique (aspiration à l'aiguille fine)

Sous-question 16a : Aspiration à l'aiguille fine

Choix de réponse : coché, pas coché

Sous-question 16b : Aspiration à l'aiguille fine (sein droit)

Choix de réponse : non répondu, échoguidée, stéréoguidée, guidée cliniquement

Sous-question 16c : Aspiration à l'aiguille fine (sein gauche)

Choix de réponse : non répondu, échoguidée, stéréoguidée, guidée cliniquement

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse à ces trois sous-questions.

Question 17: Résultat examens invasifs de confirmation diagnostique (kyste)

Choix de réponse : non répondu, oui, non

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 18: Résultat examens invasifs de confirmation diagnostique (cytologie demandée)

Choix de réponse : non répondu, oui, non

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 19 : Examens invasifs de confirmation diagnostique (biopsie au trocart)

Sous-question 19a : Biopsie au trocart

Choix de réponse : coché, pas coché

Sous-question 19b : Biopsie au trocart (sein droit)

Choix de réponse : non répondu, échoguidée, stéréoguidée, guidée cliniquement

Sous-question 19c : Biopsie au trocart (sein gauche)

Choix de réponse : non répondu, échoguidée, stéréoguidée, guidée cliniquement

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse à ces trois sous-questions.

Question 20 : Résultat biopsie au trocart

Choix de réponse : non répondu, concluant, examens supplémentaires nécessaires

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 21 : Examens invasifs de confirmation diagnostique (biopsie incisionnelle)

Sous-question 21a : Biopsie incisionnelle

Choix de réponse : coché, pas coché

Sous-question 21b : Biopsie incisionnelle (sein droit)

Choix de réponse : non répondu, stéréoguidée, ouverte

Sous-question 21c : Biopsie incisionnelle (sein gauche)

Choix de réponse : non répondu, stéréoguidée, ouverte

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse à ces trois sous-questions.

Question 22 : Résultat biopsie incisionnelle

Choix de réponse : non répondu, concluant, examens supplémentaires nécessaires

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 23 : Examens invasifs de confirmation diagnostique (biopsie excisionnelle)

Sous-question 23a : Biopsie excisionnelle

Choix de réponse : coché, pas coché

Sous-question 23b : Biopsie excisionnelle (sein droit)

Choix de réponse : non répondu, stéréoguidée, ouverte

Sous-question 23c : Biopsie excisionnelle (sein gauche)

Choix de réponse : non répondu, stéréoguidée, ouverte

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse à ces trois sous-questions.

Question 24 : Résultat biopsie excisionnelle

Choix de réponse : non répondu, concluant, examens supplémentaires nécessaires

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 25 : Examens invasifs de confirmation diagnostique (mastectomie partielle)

Sous-question 25a : Mastectomie partielle

Choix de réponse : coché, pas coché

Sous-question 25b : Mastectomie partielle

Choix de réponse : non répondu, sein droit, sein gauche, les deux seins

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse à ces deux sous-questions.

Question 26 : Résultat mastectomie partielle

Choix de réponse : non répondu, concluant, examens supplémentaires nécessaires

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 27 : Conclusion de la confirmation diagnostique (résultat)

Choix de réponse : non répondu, normal, bénin, malin, à risque

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 28 : Contrôle requis

Sous-question 28a : Contrôle requis

Choix de réponse : non répondu, oui, non

Sous-question 28b : Dans combien de mois?

Choix de réponse : mois

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse à ces deux sous-questions.

ANNEXE E

**Description des questions étudiées pour l'analyse des
questionnaires standardisés de pathologie**

ANNEXE E

Description des questions étudiées pour l'analyse des questionnaires standardisés de pathologie

Question 1 : La latéralité du prélèvement

Choix de réponse : non répondu, sein droit, sein gauche, les deux seins

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 2 : Examen du prélèvement

Sous-question 2a : Examen radiologique du prélèvement.

Choix de réponse : non répondu, oui, non

Sous-question 2b : Microcalcifications

Choix de réponse : non répondu, absentes, présentes

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse à ces deux sous-questions.

Question 3 : Date des types de prélèvements

Les types de prélèvements sélectionnés sont la biopsie à l'aiguille de gros calibre, la biopsie incisionnelle, la biopsie excisionnelle, la mastectomie partielle, la mastectomie totale, l'évidement ganglionnaire et la réexcision du plan d'exérèse.

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé la même date pour au moins un type de prélèvement.

Question 4 : Nombre de fragments et taille

La taille de la pièce chirurgicale, la taille de l'agrégat ainsi que le nombre de fragments sont les sous-items formant l'item 4.

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé la même réponse à au moins une des sous-questions formant la question 4.

Question 5 : Poids total de la pièce chirurgicale

Poids total en grammes de la pièce chirurgicale ou des fragments.

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé le même poids.

Question 6 : Diagnostic histopathologique

Choix de réponse : non répondu, bénigne, lésion à risque élevé, maligne

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 7 : Types de lésions bénignes

Les différents types de lésions bénignes pouvant former cette question sont les suivants:

- Sous-question 7a : Aucune observée**
- Sous-question 7b : Adénose sclérosante**
- Sous-question 7c : Cicatrice radiaire / lésion sclérosante complexe**
- Sous-question 7d : Hyperplasie épithéliale intercanalaire, légère (sans atypie)**
- Sous-question 7e : Hyperplasie épithéliale intracanaire, modérée ou floride (sans atypie)**
- Sous-question 7f : Modifications fibrokystiques**
- Sous-question 7g : Fibroadénome**
- Sous-question 7h : Papillomes multiples**
- Sous-question 7i : Papillome unique**
- Sous-question 7j : Mastite péricanaire / ectasie canalaire**

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé les mêmes types de lésions bénignes (i.e. la même réponse à tous les sous-questions).

Question 8 : Types de lésions à risque élevé

Les différents types de lésions bénignes pouvant former cette question sont les suivants:

- Sous-question 8a : Aucune observée**
- Sous-question 8b : Hyperplasie intracanaire atypique**
- Sous-question 8c : Hyperplasie lobulaire atypique**
- Sous-question 8d : Carcinome lobulaire in situ (« néoplasie lobulaire »)**

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé les mêmes types de lésions à risque élevé (i.e. la même réponse à tous les sous-questions).

Question 9 : Type général de lésions malignes

Choix de réponse : non répondu, carcinome canalaire in situ, carcinome infiltrant

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 10 : Grade de la lésion

Choix de réponse : non répondu, (I), (II), (III), non évaluable

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement le même grade correspondant au type de lésions malignes (10a- grade nucléaire, 10b- grade histologique).

Question 11 : Envahissement vasculaire

Choix de réponse : non répondu, présent, aucun observé

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 12 : Évidement ganglionnaire axillaire

Choix de réponse : non répondu, oui, non

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 13 : Nombre de ganglions métastatiques

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement le même nombre de ganglions métastatiques.

Question 14 : Nombre total de ganglions examinés

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement le même nombre total de ganglions examinés.

ANNEXE F

**Description des questions étudiées pour l'analyse des
questionnaires standardisés de caractérisation et traitement
des cas de cancer (rapport détaillé du clinicien)**

ANNEXE F

Description des questions étudiées pour l'analyse des questionnaires standardisés de caractérisation et traitement des cas de cancer (rapport détaillé du clinicien)

Question 1 : Atteinte ganglionnaire axillaire

Choix de réponse : non répondu, oui, non, inconnu

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 2 : Radiographie pulmonaire

Choix de réponse : non répondu, non fait, normal, bénin, suspect, malin

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 3 : Scintigraphie osseuse

Choix de réponse : non répondu, non fait, normal, bénin, suspect, malin

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 4 : Bilan hépatique (enzymes)

Choix de réponse : non répondu, non fait, normal, anormal

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 5 : Bilan hépatique (échographie du foie)

Choix de réponse : non répondu, non fait, normal, bénin, suspect, malin

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 6 : Autre atteinte métastatique

Choix de réponse : non répondu, oui, non

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 7 : État des récepteurs hormonaux (RO)

Choix de réponse : non répondu, non fait, négatif, positif

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 8 : État des récepteurs hormonaux (RP)

Choix de réponse : non répondu, non fait, négatif, positif

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 9 : Date de la mastectomie

Choix de réponse : date

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même date de la mastectomie.

Question 10 : Type de mastectomie

Choix de réponse : non répondu, partielle, totale, autre

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 11 : Dissection axillaire

Choix de réponse : non répondu, oui, non

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 12 : Échantillonnage ganglionnaire axillaire

Choix de réponse : non répondu, oui, non

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 13 : Radiothérapie complémentaire au sein

Choix de réponse : coché, pas coché

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 14 : Chimiothérapie adjuvante

Choix de réponse : coché, pas coché

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 15 : Hormonothérapie adjuvante

Choix de réponse : coché, pas coché

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 16 : Traitement expérimental

Choix de réponse : coché, pas coché

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 17 : Autre traitement

Choix de réponse : coché, pas coché

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 18 : Aucun traitement

Choix de réponse : coché, pas coché

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 19 : Évaluation du stade pathologique du cancer du sein (taille de la tumeur primaire)

Choix de réponse : TX, T0, TIS, T1a, T1b, T1c, T2, T3, T4a, T4b, T4c, T4d

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 20: Évaluation du stade pathologique du cancer du sein (classification pathologique)

Choix de réponse : pNX, pN0, pN1a, pN1bi, pN1bii, pN1biii, pN1biv, pN2, pN3

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 21: Évaluation du stade pathologique du cancer du sein (métastases à distance)

Choix de réponse : non répondu, MX, M0, M1

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

Question 22: Résultat du stade pathologique du cancer du sein

Choix de réponse : non répondu, stade 0, stade 1, stade IIA, stade IIB, stade IIIA, stade IIIB, stade IV, stade indéterminé

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.