

# les cancers du côlon et du rectum

## Contexte national

Selon les estimations établies par le Réseau Français des Registres des Cancers (Francim), le nombre de nouveaux cas annuels de cancers du côlon-rectum diagnostiqués en France est passé de 25 500 à 36 400 entre 1985 et 1995. Pendant cette période, le taux d'incidence (standardisés sur la population mondiale) est passé de 22 à 27 pour 100 000 chez les hommes et de 35 à 42 chez les femmes. Ces cancers occupent la seconde place après le cancer du poumon chez les hommes et le cancer du sein chez les femmes.

La majorité des cas (61 %) sont des cancers du côlon, et les autres, moins fréquents, sont des cancers du rectum (27 %) ou de la jonction recto-sigmoïdiennes (12 %) (1).

Avec 16 000 décès annuels, les cancers du côlon et du rectum constituent la seconde cause de décès par cancers, tous sexes confondus. Ce cancer est rare avant 45 ans, l'incidence et la mortalité croissent à partir de cet âge. L'âge moyen de décès est d'environ 70 ans.

Ce cancer a fait l'objet de nombreuses études pour repérer les facteurs de risque. Les lésions pré-cancéreuses que sont les adénomes (tumeurs bénignes autrement désignées sous le terme de polypes), sont reconnues comme principaux facteurs de risque. On estime que les trois quarts des cancers colo-rectaux résultent de la transformation maligne d'un adénome. On observe également une augmentation du risque de cancer en rapport avec les formes étendues de colites ulcéreuses (formes sévères de rectocolite hémorragique et de maladie de Crohn). Par ailleurs, le rôle de l'alimentation est reconnu dans la mesure où certains aliments peuvent favoriser la survenue de ces cancers (graisses animales, viande, alcool) alors que d'autres ont un rôle protecteur (légumes, fruits).

Actuellement, la politique de prévention s'oriente vers la mise en oeuvre d'une stratégie de dépistage précoce, utilisant un test de recherche de saignement occulte dans les selles (Hémocult), qui fait l'objet d'expériences dans plusieurs départements. Le consensus organisé sous l'égide de l'ANAES en 1998 (2) conclut de manière réservée : "le dépistage du cancer colo-rectal est possible par la recherche de saignement occulte dans les selles dans le cadre de campagne de dépistage de masse soumises à des conditions strictes de réalisation. Son efficacité pour les sujets à risque moyen ne pourra être définitivement affirmée en France qu'après l'examen des résultats de l'étude bourguignonne et après la démonstration de sa faisabilité par des études pilotes".

De l'autre côté de l'Atlantique, le consensus est atteint : les recommandations nord-américaines sont en faveur du dépistage de masse (3).

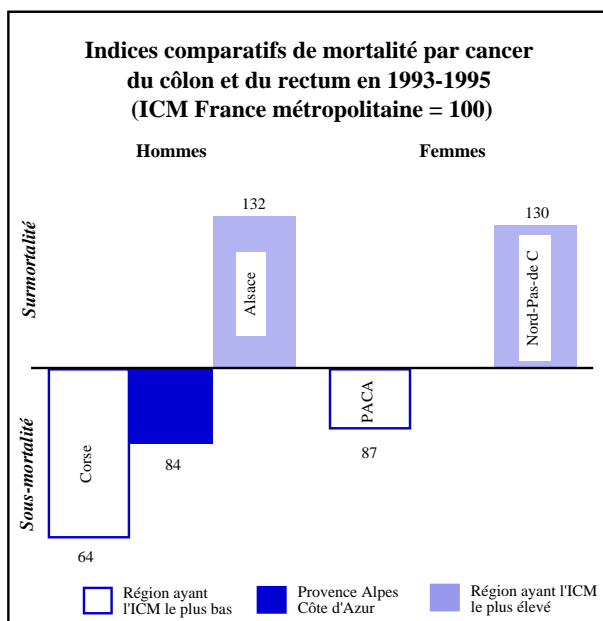
## Situation en Provence-Alpes-Côte d'Azur : Faits marquants

- La Provence-Alpes-Côte d'Azur est l'une des régions où la mortalité par cancers colo-rectaux est la plus faible avec 14 % de décès en moins par rapport au niveau national.
- Près de 2500 nouveaux cas de cancers du côlon rectum chaque année avec un taux d'incidence en augmentation de 1985 à 1995.
- Environ 800 cas de cancers colo-rectaux déclarés par an par les trois régimes d'Assurance Maladie.
- Le nombre de décès par cancers colo-rectaux est en baisse de 8 % chez les hommes entre 1988-90 et 1993-95, tandis que la baisse observée chez les femmes n'est pas significative.

## Une sous-mortalité importante pour les deux sexes

Sur la période 1993-95, 1213 décès annuels par cancers colo-rectaux sont survenus en moyenne dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (627 hommes et 586 femmes). Les taux bruts de mortalité sont de 29,5 décès pour 100 000 hommes et de 25,6 décès pour 100 000 femmes. Une fois les effets de structure par âge neutralisés on observe des indices comparatifs de mortalité inférieurs à la moyenne nationale tant pour les hommes que pour les femmes. Cette sous-mortalité par cancer colo-rectal est une des plus faibles des régions françaises avec la Corse chez les hommes alors que la région présente le plus faible indice comparatif de mortalité chez les femmes.

L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi *standardized mortality ratio (SMR)*, est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge avaient été identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test de Chi<sup>2</sup> au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.



Source : INSERM SC8  
INSEE estimations

Exploitation : ORS

La Santé Observée  
en Provence Alpes  
Côte d'Azur

# les cancers du côlon et du rectum

Incidence estimée en 1992 et mortalité en 1993-95 par cancer du côlon-rectum en Provence-Alpes-Côte d'Azur

	20-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et +	Total
<b>Incidence estimée en 1992</b>						
<b>HOMMES</b>						
nb cas /an	32	307	451	321	87	1198
taux/100 000	4,2	63,4	245,5	365,1	326,7	57,1
<b>FEMMES</b>						
nb cas /an	32	251	342	356	168	1149
taux/100 000	4,1	49,7	149,4	234,6	280,0	50,9
<b>Mortalité 1993-95</b>						
<b>HOMMES</b>						
nb cas /an	13	110	195	197	112	627
taux/100 000	1,7	22,3	97,9	220,7	420,5	29,5
<b>FEMMES</b>						
nb cas /an	10	80	126	183	187	586
taux/100 000	1,2	15,4	51,3	127,6	286,5	25,6

Sources : Francim, INSERM SC8

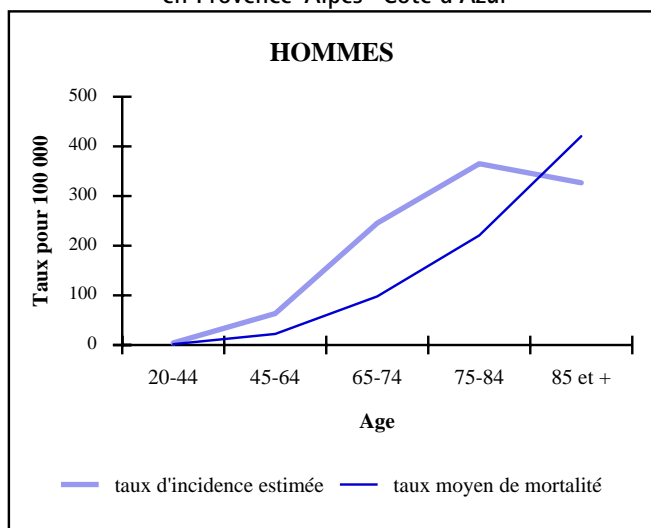
Exploitation ORS

## Plus du quart des nouveaux cas de cancers du côlon-rectum se déclare chez des personnes de moins de 65 ans

Chez les hommes, 28 % des nouveaux cas se déclarent avant 65 ans et 66 % avant 75 ans. Le taux d'incidence augmente jusqu'à la tranche d'âge 75-84 ans et diminue légèrement par la suite.

Chez les femmes, 25 % des nouveaux cas se déclarent avant 65 ans et 54 % avant 75 ans. Le taux d'incidence augmente avec l'âge sans discontinuer.

Taux d'incidence estimée en 1992 et taux moyen de mortalité en 1993-95 par cancer du côlon-rectum en Provence-Alpes-Côte d'Azur

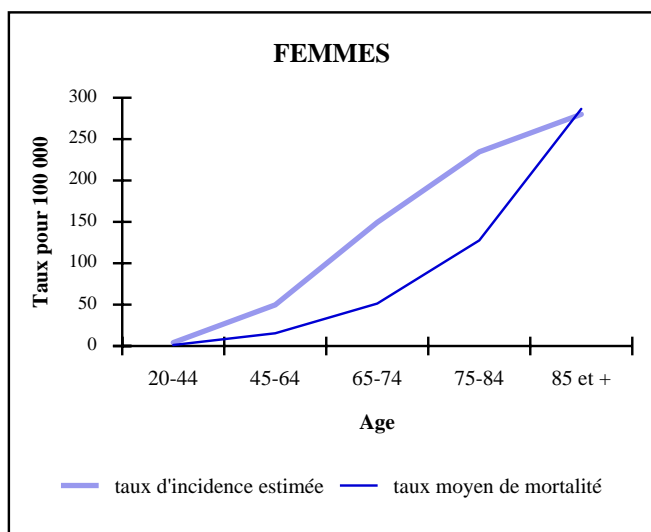


## Les décès surviennent plus tardivement

Chez les hommes, 20 % des décès surviennent avant 65 ans et 51 % avant 75 ans. Le taux de décès augmente avec l'âge surtout à partir de 65 ans.

Chez les femmes, 15 % des décès surviennent avant 65 ans et 37 % avant 75 ans. Le taux de décès augmente avec l'âge.

L'importance des décès dans les tranches d'âge les plus élevées peut être rapprochée du fait que l'âge moyen du diagnostic est de 70 ans. Cependant, les taux bruts de mortalité par tranche d'âge montrent que la mortalité pour cette pathologie est plus grande chez les hommes que chez les femmes, la différence s'accroissant avec l'âge.



### Estimations FRANCIM

Les données d'incidence utilisées correspondent aux données des registres du cancer français du réseau FRANCIM qui couvre environ 10 % de la population française. Elles proviennent de 9 départements : Bas-Rhin, Calvados, Côte d'Or, Doubs, Haut-Rhin, Hérault, Isère, Somme et Tarn. La méthode d'estimation du nombre de cas incidents par région, âge, sexe et localisation s'appuie sur le rapport Incidence/Mortalité des régions couvertes par les registres du cancer. L'utilisation de ce rapport s'intègre dans une modélisation prenant en compte l'effet de l'âge et du temps.

Taux comparatif de mortalité ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de 1990, deux sexes confondus).

Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises.

Sources : Francim, INSERM SC8  
INSEE estimations

Exploitation ORS

# les cancers du côlon et du rectum

## Les admissions en affections de longue durée pour cancer du côlon et du rectum

Chaque année, en moyenne, 820 cas de cancer du côlon et du rectum sont reconnus au titre des affections de longue durée par l'ensemble des régimes de sécurité sociale. 66 % des cas sont déclarés chez des personnes de 65 ans et plus. On observe une nette sous-déclaration des cas en comparaison avec les estimations d'incidence. Moins de la moitié des cancers du côlon-rectum font l'objet d'une demande d'exonération du ticket modérateur.

## Une augmentation de l'incidence par cancer de l'intestin

D'après les estimations de Francim, le taux d'incidence du cancer du côlon-rectum a augmenté de 3 points en 10 ans pour les hommes soit moins que chez les femmes pour lesquelles ce taux a augmenté de 5 points entre 1985 et 1995.

## Une diminution de la mortalité par cancer du côlon-rectum notamment chez les hommes

Après une tendance à l'augmentation entre les périodes 1981-83 et 1988-90, la mortalité par cancer du côlon-rectum chez les hommes est en baisse significative entre 88-90 et 93-95 de -7,9 % soit une diminution deux fois plus importante qu'au niveau national (-3,8 %).

Chez les femmes, on observe également une tendance à la baisse (-5,3 %) mais qui n'apparaît pas significative dans la région alors qu'elle l'est au niveau France.

Les taux standardisés de mortalité par cancer colo-rectal en Provence-Alpes-Côte d'Azur restent cependant inférieurs à ceux de l'ensemble de la France, la différence étant plus importante pour les hommes que pour les femmes.

*En cas d'affection comportant un traitement prolongé et une thérapie particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité Sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites "de longue durée" (ALD) est établie par décret. La liste actuelle porte sur 30 affections ou groupes d'affections.*

*Les données figurant dans ce document concernent les assurés et ayants-droits du régime général, du régime agricole et du régime des professions indépendantes. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces trois régimes et sont présentées sous forme de nombres annuels moyens de premiers avis favorables entre 1990 et 1992.*

*Ce nombre dépend de la morbidité régionale, mais aussi d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins conseils. Il ne s'agit donc pas d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité.*

## Admissions en affections de longue durée pour les cancers du côlon et du rectum (moyenne annuelle) en Provence-Alpes-Côte d'Azur en 1993-95

	Hommes		Femmes	
	Nb	%	Nb	%
25-34 ans	1	0,2	5	1,3
35-44 ans	11	2,5	13	3,4
45-54 ans	42	9,6	34	8,9
55-64 ans	105	24,1	67	17,4
65-74 ans	150	34,4	115	29,9
75-84 ans	92	21,1	103	26,8
85 ans et +	35	8,0	47	12,2
<b>Total</b>	<b>436</b>	<b>100</b>	<b>384</b>	<b>100</b>

Source : CNAMTS, CCMSA, CANAM

Exploitation : ORS

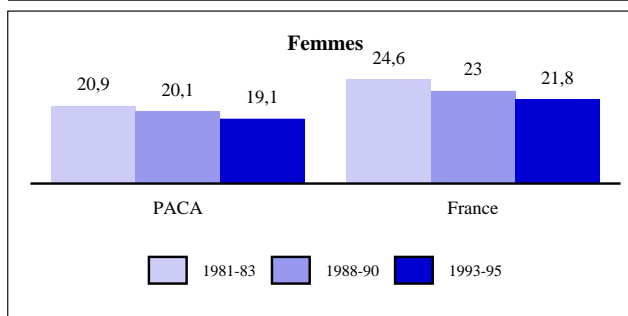
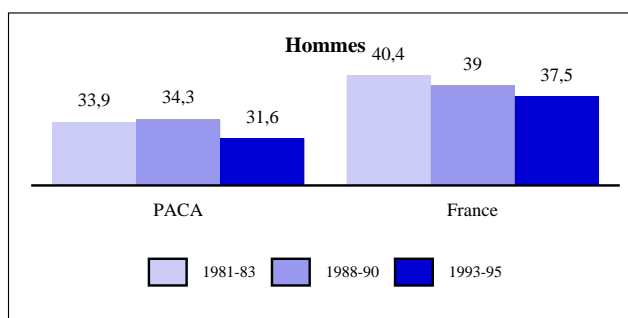
## Incidence estimée du cancer du côlon-rectum en 1985 et 1992 et projections pour 1995 en Provence-Alpes-Côte d'Azur

	1985	1992	1995
<b>Hommes</b>			
Nombre de nouveaux cas	981	1198	1307
Taux d'incidence pour 100 000*	29,6	32,1	32,7
<b>Femmes</b>			
Nombre de nouveaux cas	889	1149	1331
Taux d'incidence pour 100 000*	19,4	22,3	24,5

Sources : Francim

\*Taux standardisé sur la population mondiale

## Evolution de la mortalité\* par cancer du côlon-rectum entre 1981-1983, 1988-1990 et 1993-95



Source : INSERM SC8, INSEE RGP 90

Exploitation : ORS

INSEE estimations au 1.1.1994 et 95

\*Taux pour 100 000 personnes (standardisés sur la population française au RP 90)

# les cancers du côlon et du rectum

## Les cancers en Provence Alpes Côte d'Azur : Analyse des causes de décès et de l'incidence

### Les cancers du côlon-rectum

Dans le cadre de l'élaboration du SROS de cancérologie, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation a chargé l'Observatoire Régional de la Santé de réaliser une analyse des causes de décès et de l'incidence des cancers en région Provence Alpes Côte d'Azur. Afin de confronter les résultats de cette étude à la pratique des médecins, six groupes de spécialistes de la région ont été réunis.

La sous-mortalité observée au niveau régional se retrouve aussi au niveau des départements sauf dans le Vaucluse

Les zones d'emploi présentant les plus fortes sous-mortalités sont celles de Menton et de Nice dans les Alpes Maritimes et celle d'Arles dans les Bouches du Rhône. Par contre, on remarque une surmortalité significative dans les zones de Brignoles pour les deux sexes et dans la zone de Salon uniquement chez les hommes. L'analyse multivariée par régression linéaire permet d'isoler deux indicateurs permettant de déterminer à 62% les variations de mortalité. Ce sont : les taux de natalité et le montant des honoraires des médecins généralistes, corrélés positivement. ( $R^2$  ajusté = 0.62). Alors que le taux de natalité reflète essentiellement le bas niveau socio-économique de la zone, le montant des honoraires des médecins généralistes est révélateur de zones où les spécialistes sont peu nombreux et où le recours aux généralistes reste prédominant avec pour conséquence une forte activité de ces derniers.

Selon les experts de la région les campagnes de prévention des cancers colo-rectaux devraient être renforcées :

- par des recommandations concernant l'alimentation qui devrait être plus riche en fibres et légumes,
- par un dépistage de masse par un test hémocult tous les deux ans puisque cette pratique a permis d'obtenir une réduction de 15 % de la mortalité dans les populations soumises pendant 10 ans à un dépistage systématique.

Ces dernières années sont marquées par une augmentation de la survie qui entraîne une plus grande fréquence des formes métastatiques.

Le développement récent des chimiothérapies adjuvantes a modifié les besoins de soins en cancérologie pour les cancers colo-rectaux.

Ainsi l'hospitalisation à domicile devrait être développée pour les traitements adjuvants des cancers coliques au stade C de Dukes.

Ces experts recommandent la mise en place de réseaux en cancérologie digestive comme cela se fait actuellement pour le cancer du sein.

Le renforcement des liens entre les équipes des différents départements pourrait être optimisé par l'utilisation de moyens de vidéo-transmission,

De même que la formation des praticiens qui est primordiale pour la prise en charge correcte des cancers du rectum. en particulier l'exérèse du mésorectum, les études montrent en effet dans ces cancers un effet "surgeron related" très important.

Ainsi que la nécessaire de standardisation des protocoles et l'homogénéisation des pratiques de soins.

Composition du groupe d'experts : Pr SASTRE (Marseille), Dr Jean-François SEITZ (Marseille), Dr PERIER (Marseille), Pr Patrick RAMPAL (Nice)

#### Référence du contexte national :

(1) Koloscielny S., Rezvani A., Laplanche A., Estève J., Ferlay J., Réseau Francim, "Estimation de l'incidence des cancers en France-1983-1987", Les éditions INSERM, Paris, 1996.

(2) Conférence de consensus. "Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du côlon". Texte de consensus : texte long. 29-30 janvier 1998. *Gastroenterol. Clin. Biol.* 1998, 22, 205-218.

(3) Revue Prescrire. "Dossier cancer côlo-rectal". n°187, 1998, p.609-623.