



Du diagnostic au premier traitement : délais de prise en charge des cancers enregistrés par les registres spécialisés du réseau Francim 1999-2008

COLLECTION

État des lieux & des connaissances

CANCERS DU CÔLON ET RECTUM

CANCER DU SEIN

CANCER DE LA THYROÏDE

HÉMOPATHIES MALIGNES

TUMEURS DU SYSTÈME NERVEUX
CENTRAL

Agence sanitaire et scientifique de référence dédiée au cancer, l'**Institut National du Cancer** stimule, soutient et met en œuvre une politique coordonnée de lutte contre la maladie. Créé par la loi de santé publique du 9 août 2004, l'INCa regroupe environ 150 collaborateurs en quatre entités opérationnelles : Recherche et innovation, Santé publique et soins, Recommandations et qualité de l'expertise, Communication et information.

Ce document est consultable sur le site : www.e-cancer.fr



CE DOCUMENT S'INSCRIT DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN CANCER 2009-2013.

Mesure 6 :

Produire et communiquer annuellement des informations sur le cancer et la cancérologie

Action 7.1 :

Renforcer et rationaliser le dispositif des registres existants

Mesure 19 :

Renforcer la qualité des prises en charge pour tous les malades atteints de cancer

LISTE DES CONTRIBUTEURS

REGISTRES SPÉCIALISÉS DES CANCERS

Coordination du recueil des données

Dr Anne-Marie BOUVIER

Registre bourguignon des cancers digestifs

Dr Anne-Marie BOUVIER, Pr Jean FAIVRE

Registre des tumeurs digestives du Calvados

Pr Guy LAUNOY

Registre finistérien des tumeurs digestives

Pr Michel ROBASKIEWICZ, Mme Mélanie DAOULAS

Registre des cancers du sein et autres cancers gynécologiques de Côte-d'Or

Dr Patrick ARVEUX

Registre des hémopathies malignes de Côte-d'Or

Pr Marc MAYNADIE, Mme Morgane MOUNIER

Registre des hémopathies malignes de la Gironde

Dr Alain MONNEREAU, Mme Sandra LE GUYADER-PEYROU

Registre des hémopathies malignes de Basse-Normandie

Pr Xavier TROUSSARD

Registre des cancers de la thyroïde de Marne Ardennes

Dr Claire SCHVARTZ

Registre des tumeurs primitives du système nerveux central de la Gironde

Dr Isabelle BALDI

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

Département Observation Veille Evaluation

Nicole RASAMIMANANA CERF

Lionel LAFAY

Natalie VONGMANY

Dr Philippe Jean BOUSQUET

AVERTISSEMENT

L'objectif principal de ce rapport est de présenter, à partir des données des registres spécialisés du réseau Francim, les délais de prise en charge pour les cancers du sein, du côlon, du rectum, de la thyroïde, des tumeurs bénignes et malignes du système nerveux central et des hémopathies malignes les plus fréquentes, enregistrés selon la spécialisation de chaque registre, dans les départements du Calvados, de la Marne et des Ardennes, de la Côte-d'Or, du Finistère, de la Gironde et de la Saône-et-Loire.

Par conséquent, ces données ne concernent que les départements couverts par les registres spécialisés. Elles ne peuvent en aucun cas être extrapolées au niveau national.

Ces données sont présentées sous forme de tableaux accompagnés de quelques commentaires descriptifs.

Ce rapport s'inscrit dans le cadre d'un travail plus général sur les délais de prise en charge des cancers, en complément de deux autres études, une sur les délais de prise en charge des cancers du sein et du poumon ([rapport paru en juin 2012](#)) et une autre étude sur la prise en charge des cancers du côlon et de la prostate (rapport à paraître début 2013). Une synthèse et une interprétation des résultats fournis par ces trois rapports seront ultérieurement effectuées.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	6
LES REGISTRES SPÉCIALISÉS DE CANCERS ET LE RÉSEAU FRANÇAIS DES REGISTRES DE CANCER (FRANCIM)	7
MÉTHODES	9
CANCERS DU CÔLON ET DU RECTUM - DÉPARTEMENTS DU CALVADOS, DE LA CÔTE-D'OR, DE LA SAÔNE-ET-LOIRE, ET DU FINISTÈRE	12
SOURCES DE DONNÉES.....	12
RÉSULTATS.....	13
CANCER DU CÔLON.....	13
CANCER DU RECTUM.....	16
CANCERS DU SEIN - DÉPARTEMENT DE LA CÔTE-D'OR	19
SOURCE DE DONNÉES	19
RÉSULTATS.....	19
CANCERS DE LA THYROÏDE - DÉPARTEMENTS DE LA MARNE ET DES ARDENNES	23
SOURCE DE DONNÉES	23
RÉSULTATS.....	23
LES HÉMOPATHIES MALIGNES - DÉPARTEMENTS DE LA CÔTE-D'OR ET DE LA GIRONDE, RÉGION BASSE NORMANDIE	26
SOURCES DE DONNÉES.....	26
RÉSULTATS.....	27
LES TUMEURS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL - DÉPARTEMENT DE LA GIRONDE	31
SOURCE DE DONNÉES	31
RÉSULTATS.....	31
CONCLUSION	38
RÉFÉRENCES	39

INTRODUCTION

La lutte contre le cancer nécessite, pour les cliniciens comme pour les responsables de la santé publique, de surveiller de manière fiable et précise les tendances temporelles de la fréquence des cancers, ainsi que la nature et la qualité des soins qui sont prodigués aux malades. Il est important pour cela de disposer d'indicateurs de santé établis en plusieurs points du territoire et provenant de systèmes de surveillance pérennes.

En France, les personnes atteintes de cancer sont prises en charge par un système de soins très décentralisé, aux lieux de traitement et aux intervenants multiples. L'amélioration de l'efficacité du système de santé dans le domaine des cancers tant au niveau de la prise en charge thérapeutique que du dépistage et de la prévention primaire passe par un système d'information fiable, précis et durable. Les registres de cancer sont aujourd'hui en France la principale source de données pouvant produire de tels indicateurs sans biais de recrutement, répondant aux exigences de qualité et de rigueur scientifique (Bouvier AM, 2003 ; Parkin DM, 1985).

L'évaluation des pratiques de soins est nécessaire au bon fonctionnement d'un système de santé. Le délai de prise en charge des patients atteints de cancers est actuellement une préoccupation des autorités sanitaires et la réduction des inégalités de cette prise en charge est une priorité du Plan cancer 2009-2013¹, tel que décrit dans la mesure 19. Un des objectifs de cette mesure est de « Mieux connaître les délais de prise en charge afin de réduire les inégalités d'accès aux soins que constituent les retards éventuels ». Les mécanismes à l'origine de ces inégalités sont multiples et peuvent intervenir à toutes les étapes de la prise en charge. Les données des registres spécialisés permettent de les identifier car ce sont des données exhaustives de la zone couverte par le registre, et reflètent les pratiques de soins de l'ensemble des personnes atteintes de cancer, quels que soient les établissements de soins les prenant en charge.

Ce document présente, à partir des données des registres spécialisés du réseau Francim couvrant les années 1999-2008, des informations sur la prise en charge des cancers du sein, du côlon, du rectum, de la thyroïde, des tumeurs bénignes et malignes du système nerveux central et des hémopathies malignes les plus fréquentes, enregistrés selon la spécialisation de chaque registre, dans les départements du Calvados, de la Marne et des Ardennes, de la Côte-d'Or, du Finistère, de la Gironde et de la Saône-et-Loire. Ce rapport présente en particulier les délais de prise en charge préthérapeutique, c'est-à-dire entre la date du diagnostic du cancer et la date du premier traitement.

Il s'adresse aussi bien aux cliniciens qu'aux décideurs et responsables de santé publique, afin de surveiller de manière fiable et précise les tendances temporelles de la fréquence des cancers, ainsi que la nature et la qualité des soins qui sont prodigués aux malades.

La mise à jour et la publication régulières de ces indicateurs s'inscrivent dans le cadre de la mesure 6, l'action 7.1 et la mesure 19 du Plan cancer 2009-2013, et sont, par ailleurs, inscrites dans le Programme de travail partenarial 2011-2013 entre le réseau Francim, le département de biostatistiques des Hospices civils de Lyon, l'InVS et l'INCa.

¹ <http://www.plan-cancer.gouv.fr/>

LES REGISTRES SPÉCIALISÉS DE CANCERS ET LE RÉSEAU FRANÇAIS DES REGISTRES DE CANCER (FRANCIM)

Les registres, tels que définis par le Comité national des registres (CNR) sont des structures assurant un recueil exhaustif et continu de données nominatives intéressant un ou plusieurs événements de santé dans une population géographiquement définie, à des fins de santé publique et de recherche épidémiologique par une équipe ayant les compétences appropriées². Les registres vont permettre d'obtenir des informations sur tous les nouveaux cas d'une pathologie apparaissant dans une zone géographique bien définie, et lorsqu'ils le peuvent de décrire cette pathologie et de faire progresser ainsi la connaissance sur les causes de la maladie, sa survenue et son évolution.

En cancérologie, deux types de registres coexistent :

- d'une part, les registres généraux qui recensent l'ensemble des cas de cancers survenant dans la zone géographique considérée quel que soit le type de cancer ;
- d'autre part, les registres spécialisés qui ne recensent, dans une zone géographique considérée, que certains types de cancers (cancers digestifs, cancers gynécologiques, hémopathies...) ou les cas survenant dans un groupe particulier (enfants).

Ces deux types de registres sont complémentaires et peuvent cohabiter sur une même zone géographique. La zone géographique est le plus souvent un département, mais certains registres peuvent être régionaux voire nationaux (exemple : registres pédiatriques). Les registres sont soumis à une qualification de trois ans (nouvelle qualification) et de quatre ans (requalification) délivrée par le Comité national des registres (CNR). Ils sont financés principalement par des subventions de l'Institut de veille sanitaire (InVS) et de l'Institut national du cancer (INCa).

En France, les registres généraux et spécialisés de cancer qualifiés par le CNR sont rassemblés au sein du réseau Francim des registres français de cancer dont l'objectif est d'harmoniser les pratiques d'enregistrement, de coordonner les travaux utilisant les données collectées par ses registres. Une partie de ces données sont centralisées au sein d'une base de données commune gérée par le service de biostatistiques des Hospices civils de Lyon. Cette base est administrée par un comité de pilotage quadripartite regroupant le réseau Francim, les Hospices civils de Lyon, l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Institut national du cancer (INCa). Elle permet de fournir les estimations d'incidence au niveau national et régional et de réaliser des études sur la survie.

Au 1^{er} janvier 2011, le nombre de registres généraux métropolitains et ultramarins qualifiés par le Comité national des registres était de 14, et celui de registres spécialisés d'organe (appareil digestif, sein et organes gynécologiques, hémopathies malignes, système nerveux central) de 8. À ceux-ci vient s'ajouter le registre de la thyroïde de Marne-Ardennes.

Le dispositif des registres généraux et spécialisés est complété par 2 registres nationaux pédiatriques qui enregistrent les tumeurs solides et les hémopathies malignes dont la couverture est étendue depuis le 1^{er} janvier 2011 jusqu'à l'âge de 18 ans. Enfin, le registre multicentrique du mésothéliome couvre 22 départements.

² Arrêté du 6 novembre 1995 relatif au Comité national des registres, version modifiée

Actuellement, le dispositif français des registres spécialisés d'organe regroupe :

- le registre bourguignon des cancers digestifs (Côte-d'Or, Saône-et-Loire) ;
- le registre des hémopathies malignes de Côte-d'Or ;
- le registre des cancers gynécologiques de Côte-d'Or ;
- le registre des hémopathies malignes de la Gironde ;
- le registre des tumeurs primitives du système nerveux central de la Gironde ;
- le registre des tumeurs digestives du Calvados ;
- le registre régional des hémopathies malignes de Basse-Normandie ;
- le registre finistérien des tumeurs digestives ;
- le registre des cancers de la thyroïde de Marne Ardennes.

Comme les registres généraux, les registres spécialisés recueillent les données nécessaires pour la production d'indicateurs de référence telle l'incidence et la survie. De plus, de par leur rôle spécifique d'expertise pour le type ou le groupe de cancer enregistré, les registres spécialisés collectent en routine ou lors d'enquêtes ponctuelles des informations plus détaillées notamment des données sur le stade d'extension des tumeurs au moment du diagnostic ainsi que des données sur le traitement.

Ces données permettent aux registres spécialisés de mener et/ou de participer à des projets de recherche axés sur une meilleure connaissance des causes du cancer ou de leur prise en charge par le système des soins. Les informations produites par ces travaux permettent ainsi d'apprécier l'amélioration de la prise en charge diagnostique et thérapeutique et son impact sur l'amélioration de la survie de l'ensemble des personnes atteintes de cancer. Elles permettent d'aider les décideurs dans leurs choix présents et futurs de santé publique.

MÉTHODES

Les résultats présentés portent sur tous les cas de cancer du côlon, du rectum, du sein, de la thyroïde, d'hémopathies malignes les plus fréquentes (à savoir les hémopathies lymphoïdes qui représentent 75 % des lymphomes) et de tumeurs bénignes et malignes du système nerveux central enregistrés par les différents registres spécialisés.

Neuf départements français (Ardennes, Calvados, Côte-d'Or, Finistère, Gironde, Manche, Marne, Orne et Saône-et-Loire) sont dotés d'un registre ou de plusieurs registres spécialisés de cancers.

La période d'étude couvre les années 1999-2008 ou 2002-2008 pour les registres dont l'année de création est postérieure à 1999. Deux périodes de diagnostic ont été définies : 1999-2003 (ou 2002-2003) et 2004-2008.

D'une manière générale, les données sont présentées en trois tableaux :

- **Le premier tableau** présente, pour chaque localisation de cancer et période de diagnostic, la répartition de l'ensemble des cas diagnostiqués selon le sexe, l'âge, la zone de résidence et le stade au diagnostic (pour les cancers du côlon/rectum, le cancer du sein, les hémopathies malignes).
 - **Le deuxième tableau** présente, pour chaque période, la répartition des cas selon la nature des traitements initiaux reçus et la finalité de celui-ci (curative ou palliative).
 - Les traitements sont regroupés en traitement chirurgical (à visée curative ou palliative), chimiothérapie, radiothérapie (voir définitions ci-après).
 - Pour les tumeurs du système nerveux central, la répartition des cas selon la finalité du traitement n'est pas présentée et est remplacée par la répartition selon les symptômes initiaux.
 - Pour les hémopathies malignes, qui ne sont traitées que par chimiothérapie et/ou radiothérapie la prise en charge est présentée dans le premier tableau avec la répartition selon les facteurs sociodémographiques.
 - **Le troisième tableau** décrit la distribution du délai de prise en charge, c'est-à-dire la période de temps entre la date de diagnostic et la date de début du premier traitement, pour l'ensemble de la période de diagnostic étudiée (1999-2008). Les délais moyen et médian (calculés en nombre de jours) sont présentés globalement selon les principales caractéristiques des cas : sexe, classe d'âge, catégorie de la commune de résidence, période du diagnostic (1999-2003 et 2004-2008), et premier traitement reçu. De plus, ils sont présentés pour chaque sous-type histologique et par stade pour les hémopathies malignes et pour chaque type histologique pour les tumeurs du système nerveux central.
-
- ✓ Le délai moyen de prise en charge, correspond à la moyenne des délais enregistrés pour chaque patient. Il est présenté avec l'écart-type qui mesure la dispersion des délais individuels.
 - ✓ Le délai médian est la valeur en dessous de laquelle se trouve la moitié des patients. Il est présenté avec les valeurs du 1^{er} quartile et du 3^{ème} quartile (voir définitions ci-dessous).

Définitions

- Les communes de résidence sont réparties à partir de la base des unités urbaines 1999 de l'INSEE³, en 3 catégories (urbaines, périurbaines et rurales) définies ainsi :
 - ✓ les communes urbaines regroupent les villes-centres (communes d'une unité urbaine multicommunale et dont la population représente plus de 50 % de la population de cette unité urbaine) et les villes isolées (constituant une unité urbaine à elles seules) ;
 - ✓ les communes périurbaines sont les communes d'une unité urbaine qui ne sont pas villes-centres ;
 - ✓ les communes rurales sont les communes qui ne rentrent pas dans la constitution d'une unité urbaine : les communes sans zone de bâti continu de 2 000 habitants, et celles dont moins de la moitié de la population municipale est dans une zone de bâti continu.
- Le délai de prise en charge est défini comme étant la période de temps entre la date de diagnostic et la date de début du premier traitement. Il est estimé en nombre de jours.
- Le premier quartile (Q1) du délai est la valeur en dessous de laquelle se trouvent 25 % des patients (et respectivement 75 % des patients ont connu un délai supérieur à cette valeur).
- Le 3^{ème} quartile (Q3) du délai est la valeur au-dessous de laquelle se trouvent 75 % des patients (et respectivement 25 % des patients ont connu un délai supérieur à cette valeur).
- Chimiothérapie : traitement du cancer par des substances chimiques qui tuent ou affaiblissent les cellules cancéreuses. C'est un traitement général qui vise à détruire les cellules cancéreuses ou à les empêcher de se multiplier dans l'ensemble du corps. Il existe de nombreux médicaments de chimiothérapie, souvent associés entre eux pour augmenter l'efficacité du traitement. Ils peuvent être administrés par perfusion, piqûre ou sous forme de comprimés. Les médicaments de chimiothérapie touchent les cellules cancéreuses, mais aussi les cellules saines qui se divisent rapidement, ce qui peut provoquer des effets secondaires : nausées, vomissements, perte des cheveux, fatigue... Ces effets, variables selon les médicaments et la réaction de la personne, sont temporaires mais souvent difficiles à supporter.
- Radiothérapie : Traitement du cancer par des rayons qui détruisent les cellules cancéreuses ou arrêtent leur développement. La radiothérapie possède un effet curatif important pour de nombreuses tumeurs et tient une place prépondérante dans les traitements conservateurs non mutilants.
- Résection/traitement chirurgical(e) : opération qui consiste à enlever une anomalie, une tumeur, un organe ou une partie d'organe lors d'une recherche de diagnostic ou d'un traitement. C'est un traitement local qui peut être précédé ou suivi d'un autre traitement : chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie, immunothérapie...
- Néoadjuvant : se dit d'un traitement qui précède un traitement principal. Le plus souvent, le but d'un traitement néoadjuvant est de réduire la taille de la tumeur avant de pratiquer une opération chirurgicale ou une radiothérapie qu'il rend ainsi plus faciles. Une chimiothérapie, une radiothérapie ou une hormonothérapie peuvent être des traitements néoadjuvants.
- Hormonothérapie : traitement du cancer qui vise à réduire ou à empêcher l'activité ou la production d'une hormone susceptible de stimuler la croissance d'une tumeur cancéreuse. Certains cancers sont hormonosensibles : la croissance de leurs cellules est activée par une hormone. Ils peuvent donc, dans certains cas, être traités par une hormonothérapie qui va empêcher l'action de l'hormone sur les cellules cancéreuses et donc, freiner ou stopper le développement du cancer.
- Traitement à visée curative : traitement en intention de guérir. Il s'applique lorsqu'il est permis d'espérer, au moment du diagnostic, l'obtention d'une rémission complète suffisamment prolongée pour que l'espérance de vie du malade redevienne comparable à celle de la population des individus possédant les mêmes caractéristiques sociodémographiques.

³ http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=zonages/unites_urbaines.htm

- **Traitement à visée palliative** : c'est un traitement qui, compte tenu des données actuelles de la science, ne permet pas d'espérer, raisonnablement d'obtenir la guérison. Dans ce cas, l'objectif principal des traitements est de contrôler l'évolution de la maladie et de maintenir une bonne qualité de vie.

Définition du délai de prise en charge : cas particuliers

- **Cancers thyroïdiens**

Le délai de prise en charge présenté correspond au délai entre le diagnostic qui est le plus souvent posé au moment de la chirurgie et la réalisation du traitement par l'iode 131 (premier traitement institué).

- **Tumeurs du système nerveux central**

La définition du délai de prise en charge, comme étant la période de temps entre la date de diagnostic et la date de début du premier traitement, n'a pas été retenue. En effet, le diagnostic de ces tumeurs est le plus souvent posé au moment de l'intervention chirurgicale qui correspond à la date du premier traitement (recommandations OMS), ce qui conduit à des délais nuls pour la plupart des patients.

Par conséquent, les délais présentés pour les patients traités sont de deux types :

- ✓ d'une part, le délai entre la date des premiers symptômes (lorsqu'ils étaient mentionnés et datés) et la date du premier traitement reçu,
- ✓ et d'autre part, le délai entre la date de l'imagerie et la date du premier traitement.

CANCERS DU CÔLON ET DU RECTUM - DÉPARTEMENTS DU CALVADOS, DE LA CÔTE-D'OR, DE LA SAÔNE-ET-LOIRE, ET DU FINISTÈRE

Sources de données

Les données proviennent des trois registres spécialisés dans les cancers digestifs, couvrant 4 départements :

- le registre spécialisé de cancers digestifs du Calvados ;
- le registre bourguignon des cancers digestifs (Côte-d'Or, Saône-et-Loire) ;
- le registre des cancers digestifs du Finistère.

Concernant les cancers du côlon, les données ne concernent que trois départements : le Calvados, la Côte-d'Or et la Saône-et-Loire. Pour les cancers du rectum, les données sont disponibles pour les quatre départements.

Chacun des trois registres assure un recueil actif et exhaustif de tous les nouveaux cas de cancers digestifs primitifs invasifs ou *in situ* de personnes dont la résidence principale se situe dans le ou les départements correspondants.

En tant que registres spécialisés, ils ont la particularité de recueillir pour chaque nouveau cas enregistré, des données précises sur le stade d'extension des tumeurs, la prise en charge thérapeutique (recueil de l'acte chirurgical, du traitement par chimiothérapie et du traitement par radiothérapie), l'évolution de la maladie cancéreuse (type de récurrence et traitements ultérieurs) et la survie. Ces données permettent aux équipes de ces registres de mener des projets de recherche sur les déterminants socioéconomiques de l'incidence, de la prise en charge et de la survie des cancers.

Qualifiés par le CNR, les trois registres adhèrent au réseau Francim.

Nom du registre	Registre des tumeurs digestives du Calvados	Registre bourguignon des cancers digestifs	Registre des tumeurs digestives du Finistère
Année de création	1978	1976	1984
Année de première qualification	1984	1988	1997
Évènements de santé enregistrés	Nouveaux cas de cancers digestifs	Nouveaux cas de cancers digestifs	Nouveaux cas de tumeurs malignes du système digestif et du péritoine, invasives et <i>in situ</i>
Zone géographique couverte	Département du Calvados (14)	Départements de la Côte-d'Or (21) et de la Saône-et-Loire (71)	Département du Finistère (29)
Taille approximative de la population couverte	660 000 habitants	1 061 000 habitants	885 910 habitants
Nombre approximatif de cas notifiés annuellement	850	1 300	1 100

Source : InVS : http://archives.invs.sante.fr/surveillance/comite_national_des_registres/liste_des_registres.htm

Résultats

Cancer du côlon

◆ Description des cas (tableau 1)

Entre le 1^{er} janvier 1999 et le 31 décembre 2008, 7 875 cas de cancer du côlon étaient diagnostiqués dans les départements du Calvados, de la Côte-d'Or, et de la Saône-et-Loire.

La répartition des cas selon l'âge, le sexe et le lieu de résidence ne variait pas de manière importante entre les départements ni entre les deux périodes de diagnostic. Plus de la moitié des cas étaient des hommes. Les patients étaient majoritairement âgés de 65 ans et plus (entre 72,2 à 77,1 % des cas diagnostiqués en 2004-2008 selon les départements) et plus de 6 patients sur 10 atteints de cancers du côlon au cours de la période 2004-2008 résidaient en zone urbaine ou périurbaine.

Globalement, la répartition du stade d'extension des cancers du côlon au moment du diagnostic ne variait pas de manière importante entre les départements. La proportion des cancers de stade I a légèrement progressé entre les deux périodes étudiées (1999-2003 et 2004-2008) dans les 3 départements.

Tableau 1. Répartition des cas de cancer du côlon enregistrés de 1999 à 2008 dans les 3 registres spécialisés selon le sexe, la classe d'âge, la zone de résidence et le stade au diagnostic

		Registre 1		Registre 2		Registre 3	
		1999-2003	2004-2008	1999-2003	2004-2008	1999-2003	2004-2008
Nombre de cas total		1161	1353	1434	1497	1133	1297
Sexe	Hommes	57,2 %	55,7 %	53,2 %	53,6 %	52,6 %	54,0 %
	Femmes	42,8 %	44,3 %	46,8 %	46,4 %	47,4 %	46,0 %
Classe d'âge	<65 ans	26,4 %	27,8 %	21,8 %	22,9 %	25,8 %	26,5 %
	65-74 ans	27,5 %	27,9 %	31,3 %	29,1 %	28,9 %	25,3 %
	75-84 ans	32,5 %	31,1 %	32,4 %	34,6 %	31,9 %	34,4 %
	85 ans et plus	13,7 %	13,2 %	14,6 %	13,4 %	13,4 %	13,8 %
Zone de résidence	Urbaine	45,7 %	45,5 %	47,8 %	48,5 %	50,1 %	44,1 %
	Périurbaine	18,4 %	16,7 %	14,7 %	16,8 %	18,3 %	19,4 %
	Rurale	35,9 %	37,8 %	37,5 %	34,8 %	31,6 %	36,5 %
Stade au diagnostic	I	13,0 %	18,2 %	15,8 %	17,5 %	12,7 %	14,6 %
	II	33,8 %	32,1 %	33,2 %	31,1 %	28,9 %	28,1 %
	III	22,1 %	20,6 %	22,4 %	22,0 %	26,0 %	24,2 %
	IV	26,6 %	25,2 %	24,6 %	25,4 %	27,0 %	28,3 %
	Inclassables	4,5 %	3,9 %	4,0 %	3,9 %	5,5 %	4,9 %

◆ Prise en charge des cas (tableau 2)

La grande majorité des patients étaient opérés (entre 93,9 et 96,2 % en 2004-2008 selon les départements). Le geste chirurgical consistait en une exérèse à visée curative pour la majorité des patients (environ 70 %), la seule permettant d'obtenir la guérison.

Une chimiothérapie de première intention était réalisée beaucoup plus rarement, chez 3,1 % à 6,1 % des patients atteints de cancers du côlon selon la période et le département.

La proportion de patients ayant pu bénéficier d'une résection chirurgicale à visée curative ne variait pas entre les départements et évoluait peu entre les deux périodes d'étude. En revanche, la proportion de patients traités par chimiothérapie avait doublé entre les deux périodes dans deux départements passant d'environ 3 % en 1999-2003 à 6 % en 2004-2008.

Tableau 2. Prise en charge des cas de cancers du côlon enregistrés de 1999 à 2008 dans les registres spécialisés

		Registre 1		Registre 2		Registre 3	
		1999-2003	2004-2008	1999-2003	2004-2008	1999-2003	2004-2008
Nombre de cas total		1161	1353	1434	1497	1133	1297
Premier traitement reçu^a	Radiothérapie	-	-	-	-	-	-
	Chimiothérapie	3,1 %	6,0 %	3,6 %	3,8 %	3,5 %	6,1 %
	Radio- et chimiothérapie	-	-	-	-	-	-
	Chirurgie seule	96,9 %	94,0 %	96,4 %	96,2 %	96,5 %	93,9 %
Type de traitement chirurgical	A visée curative ^b	70,1 %	70,1 %	70,1 %	71,5 %	68,2 %	69,8 %
	A visée palliative	23,6 %	23,0 %	24,9 %	22,3 %	27,4 %	26,7 %
	Patients n'ayant pu être réséqués	6,4 %	6,9 %	5,0 %	6,3 %	4,4 %	3,5 %

^a une radiothérapie préopératoire est recommandée pour certains cas de cancers du rectum, pas pour les cancers du côlon. Une chimiothérapie est recommandée pour certains cas de cancers du côlon ou du rectum

^b une résection chirurgicale à visée curative, c'est-à-dire ne laissant aucun résidu tumoral lors de l'examen de la pièce opératoire, est le traitement recommandé chaque fois que possible.

◆ Délai de prise en charge des cas (tableau 3)

Les délais de prise en charge ne variaient pas de façon importante entre les départements. Sur l'ensemble de la période 1999-2008, le délai moyen entre le diagnostic et le premier traitement était estimé entre $17,5 \pm 38,6$ et $20,7 \pm 32,0$ jours selon les départements. Le délai médian était estimé entre 9 et 14 jours selon le département.

Les délais de prise en charge ont augmenté entre les deux périodes de diagnostic (1999-2003 et 2004-2008) dans les trois départements.

Il est possible que les modifications du bilan préthérapeutique, avec la diffusion d'exams morphologiques tels que le scanner, l'échoendoscopie ou l'IRM, ou la mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaires puissent en partie expliquer l'allongement de ces délais de prise en

charge. Des études complémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre ces évolutions et optimiser les stratégies thérapeutiques pour ces patients.

Tableau 3. Délais entre le diagnostic et le 1^{er} traitement (jours) des cas de cancer du côlon enregistrés de 1999 à 2008 dans les registres spécialisés selon le sexe, la classe d'âge, la zone de résidence, la période de diagnostic et le type de premier traitement reçu

		Registre 1		Registre 2		Registre 3	
		Délai moyen ± écart-type	Délai médian [Q1-Q3]	Délai moyen ± écart-type	Délai médian [Q1-Q3]	Délai moyen ± écart-type	Délai médian [Q1-Q3]
Nombre de cas total		2514		2931		2430	
Ensemble des cas		19,2 ± 28,0	12 [0-28]	20,7 ± 32,0	14 [4-28]	17,5 ± 38,6	9 [0-28]
Sexe	Hommes	20,8 ± 27,1	14 [2-29]	21,5 ± 26,6	15 [5-30]	18,9 ± 39,6	11 [0-30]
	Femmes	17,0 ± 29,0	8 [0-24]	19,9 ± 37,2	12 [4-26]	15,9 ± 37,4	7 [0-25]
Classe d'âge	<65 ans	18,9 ± 22,1	14 [1-28]	22,4 ± 23,0	17 [6-32]	17,5 ± 34,1	13 [0-29]
	65-74 ans	21,8 ± 29,8	14 [0-32]	21,1 ± 24,4	16 [6-29]	20,2 ± 38,8	12 [0-31]
	75-84 ans	18,0 ± 26,5	9 [1-26]	19,3 ± 27,0	13 [4-27]	18,7 ± 43,5	8 [0-28]
	85 ans et plus	16,4 ± 38,5	4 [0-17]	20,5 ± 61,9	7 [1-21]	8,1 ± 31,4	0 [0-14]
Zone de résidence	Urbaine	19,1 ± 28,7	12 [0-28]	21,1 ± 36,7	14 [4-27]	16,3 ± 34,7	9 [0-27]
	Périurbaine	20,0 ± 25,3	14 [2-29]	19,9 ± 28,7	13 [4-28]	18,7 ± 25,3	12 [0-31]
	Rurale	18,9 ± 28,3	10 [0-27]	20,6 ± 26,0	14 [4-30]	18,5 ± 48,4	8 [0-28]
Période de diagnostic	1999-2003	14,1 ± 26,4	7 [0-20]	18,2 ± 35,2	11 [4-23]	15,9 ± 44,9	8 [0-25]
	2004-2008	23,5 ± 28,6	17 [4-33]	23,2 ± 28,3	16 [5-33]	18,9 ± 32,1	11 [0-31]
Premier traitement reçu	Radiothérapie	-	-	-	-	-	-
	Chimiothérapie	-	-	-	-	-	-
	Radio- et chimiothérapie	-	-	-	-	-	-
	Chirurgie seule	18,5 ± 28,0	10 [0-27]	19,9 ± 29,4	13 [4-28]	17,1 ± 37,9	9 [0-27]

Cancer du rectum

◆ Description des cas (tableau 4)

Entre le 1^{er} janvier 1999 et le 31 décembre 2008, 4 022 cas de cancers du rectum étaient diagnostiqués dans les départements du Calvados, de la Côte-d'Or, du Finistère et de la Saône-et-Loire.

La répartition des cas selon l'âge, le sexe et le lieu de résidence ne variait pas de manière importante entre les départements ni entre les deux périodes de diagnostic. Les cas survenaient majoritairement chez les hommes (entre 54,8 et 63,8 % des cas diagnostiqués en 2004-2008 selon les départements), les personnes âgées de 65 ans et plus (entre 63,9 et 70,9 % des cas en 2004-2008 selon les départements) ainsi que les patients résidant en zone urbaine ou rurale.

Globalement, la répartition des cas selon le stade d'extension des cancers du rectum au moment du diagnostic ne variait pas de manière importante entre les départements. La proportion des cancers inclassables (cancers non résécables pour lesquels la taille n'est pas mesurable et non métastatiques) était supérieur à 10 % dans trois départements.

Tableau 4. Répartition des cas de cancer du rectum enregistrés de 1999 à 2008 dans les registres spécialisés selon le sexe, la classe d'âge, la zone de résidence et le stade au diagnostic

		Registre 1		Registre 2		Registre 3		Registre 4	
		1999-2003	2004-2008	1999-2003	2004-2008	1999-2003	2004-2008	1999-2003	2004-2008
Nombre de cas total		266	316	466	450	457	526	743	798
Sexe	Hommes	60,9 %	54,8 %	59,9 %	63,8 %	60,0 %	63,3 %	60,7 %	63,3 %
	Femmes	39,1 %	45,3 %	40,1 %	36,2 %	40,0 %	36,7 %	39,3 %	36,7 %
Classe d'âge	<65 ans	29,7 %	29,1 %	27,7 %	33,3 %	31,7 %	31,8 %	28,4 %	36,1 %
	65-74 ans	29,0 %	31,7 %	37,1 %	28,4 %	24,5 %	28,5 %	39,3 %	27,3 %
	75-84 ans	30,1 %	28,8 %	24,0 %	28,7 %	34,8 %	31,0 %	24,1 %	28,0 %
	85 ans et +	11,3 %	10,4 %	11,2 %	9,6 %	9,0 %	8,7 %	8,1 %	8,6 %
Zone de résidence	Urbaine	46,2 %	48,1 %	41,6 %	41,8 %	46,8 %	45,4 %	59,4 %	58,0 %
	Périurbaine	14,7 %	15,2 %	17,0 %	16,2 %	18,6 %	16,9 %	17,9 %	17,5 %
	Rurale	39,1 %	36,7 %	41,4 %	42,0 %	34,6 %	37,7 %	22,7 %	24,4 %
Stade au diagnostic	I	23,4 %	26,3 %	23,5 %	25,3 %	30,6 %	28,5 %	28,3 %	24,7 %
	II	24,0 %	17,8 %	18,8 %	18,1 %	16,9 %	16,9 %	20,7 %	22,4 %
	III	18,9 %	21,0 %	19,4 %	17,6 %	18,2 %	18,8 %	25,3 %	26,5 %
	IV	19,6 %	21,6 %	24,0 %	26,8 %	23,6 %	23,6 %	20,5 %	21,1 %
	Inclassables	14,1 %	13,3 %	14,4 %	12,2 %	10,7 %	12,2 %	5,2 %	5,3 %

◆ Prise en charge des cas (tableau 5)

Selon les départements, entre 38,7 et 60,4 % des patients diagnostiqués au cours de la période 2004-2008 étaient opérés sans traitement adjuvant initial.

La proportion de patients ayant pu bénéficier d'une résection chirurgicale à visée curative ne variait pas entre les départements et évoluait peu entre les deux périodes concernées.

La radiothérapie était utilisée comme traitement initial dans 5,3 à 21,4 % des cas diagnostiqués en 2004-2008 selon les départements. Son utilisation conjointement à une chimiothérapie était très variable d'un département à l'autre de même que celle de la chimiothérapie. Entre les deux périodes d'étude, une baisse de l'utilisation de la radiothérapie comme traitement initial est observée sur l'ensemble des départements alors que l'utilisation de la chimiothérapie seule ou associée à une radiothérapie a augmenté.

Tableau 5. Prise en charge initiale des cas de cancer du rectum enregistrés de 1999 à 2008 dans les registres spécialisés

		Registre 1		Registre 2		Registre 3		Registre 4	
		1999-2003	2004-2008	1999-2003	2004-2008	1999-2003	2004-2008	1999-2003	2004-2008
Nombre de cas total		266	316	466	450	457	526	743	798
Premier traitement reçu^a	Radiothérapie	38,6 %	21,4 %	41,4 %	30,1 %	17,8 %	5,3 %	21,3 %	19,0 %
	Chimiothérapie	2,9 %	11,0 %	5,0 %	22,6 %	1,7 %	4,7 %	3,0 %	4,5 %
	Radio- et chimiothérapie	8,1 %	25,5 %	5,7 %	8,7 %	27,9 %	43,2 %	7,1 %	16,1 %
	Chirurgie seule	50,4 %	42,1 %	48,0 %	38,7 %	52,6 %	46,8 %	68,6 %	60,4 %
Type de traitement chirurgical	A visée curative ^b	68,6 %	69,3 %	64,0 %	62,7 %	63,5 %	68,1 %	75,8 %	75,3 %
	A visée palliative	27,3 %	23,6 %	29,9 %	31,5 %	29,3 %	26,6 %	18,8 %	19,6 %
	Patients n'ayant pu être réséqués	4,2 %	7,0 %	6,1 %	5,8 %	7,2 %	5,3 %	5,4 %	5,1 %

^a une radiothérapie préopératoire est recommandée pour certains cas de cancers du rectum, pas pour les cancers du côlon. Une chimiothérapie est recommandée pour certains cas de cancers du côlon ou du rectum

^b une résection chirurgicale à visée curative, c'est-à-dire ne laissant aucun résidu tumoral lors de l'examen de la pièce opératoire, est le traitement recommandé chaque fois que possible.

◆ Délai de prise en charge des cas (tableau 6)

Sur l'ensemble de la période de l'étude, le délai moyen de prise en charge variait de 27,0 ± 22,4 jours à 39,0 ± 32,8 jours selon les départements.

Comme pour le cancer du côlon, les délais de prise en charge ont augmenté entre les deux périodes de diagnostic dans les quatre départements et étaient plus longs pour les cancers localisés au rectum que pour les cancers coliques.

Il est possible que les modifications du bilan préthérapeutique, avec la diffusion d'exams morphologiques tels que le scanner, l'échoendoscopie ou l'IRM, ou la mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaires puissent en partie expliquer l'allongement de ces délais de prise en

charge. Des études complémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre ces évolutions et optimiser les stratégies thérapeutiques pour ces patients.

Tableau 6. Délais (jours) entre le diagnostic et le début du traitement des cas de cancer du rectum enregistrés de 1999 à 2008 dans les registres spécialisés selon le sexe, la zone de résidence, la période de diagnostic et le type de premier traitement reçu

		Registre 1		Registre 2		Registre 3		Registre 4	
		Délai moyen ± écart-type	Délai médian [Q1-Q3]						
Nombre de cas total		582		916		983		1541	
Ensemble des cas		39,0 ± 32,8	34 [19-51]	37,6 ± 34,4	30 [16-46]	35,4 ± 38,2	32 [15-50]	27,0 ± 22,4	23 [11-39]
Sexe	Hommes	40,9 ± 35,2	35 [19-54]	40,1 ± 34,3	32 [19-49]	36,8 ± 41,2	34 [16-51]	28,0 ± 22,1	24 [12-40]
	Femmes	36,4 ± 28,9	33 [18-47]	33,5 ± 34,1	26 [12-41]	33,1 ± 32,7	30 [14-50]	25,4 ± 22,8	21 [9-37]
Classe d'âge	<65 ans	40,5 ± 36,3	35 [19-52]	40,4 ± 36,5	31 [20-50]	40,6 ± 35,8	34 [21-53]	28,3 ± 20,3	26 [13-40]
	65-74 ans	42,6 ± 33,6	39 [22-56]	38,0 ± 33,5	33 [17-44]	36,3 ± 33,0	35 [14-52]	25,4 ± 20,6	21 [11-35]
	75-84 ans	36,3 ± 27,8	31 [19-47]	33,4 ± 28,3	27 [14-44]	32,2 ± 38,9	28 [9-49]	26,5 ± 23,7	22 [8-39]
	85 ans et plus	31,0 ± 30,8	28 [7-42]	38,0 ± 45,8	21 [11-41]	22,0 ± 58,1	25 [8-46]	30,0 ± 31,0	23 [8-43]
Zone de résidence	Urbaine	37,9 ± 31,9	33 [16-49]	37,6 ± 34,9	30 [17-43]	32,4 ± 44,7	30 [14-48]	27,7 ± 23,1	24 [11-40]
	Périurbaine	36,6 ± 27,4	33 [20-47]	37,4 ± 35,5	27 [18-44]	42,3 ± 36,3	36 [20-55]	26,7 ± 22,3	23 [11-38]
	Rurale	41,3 ± 35,7	35 [21-53]	37,7 ± 33,5	30 [15-49]	35,9 ± 29,0	34 [15-51]	26,5 ± 21,2	22 [12-39]
Période de diagnostic	1999-2003	34,7 ± 29,2	30 [14-48]	32,7 ± 31,2	26 [13-41]	29,0 ± 37,4	26 [13-44]	22,2 ± 19,4	19 [9-32]
	2004-2008	42,7 ± 35,2	36 [23-55]	42,6 ± 36,7	34 [20-53]	40,9 ± 38,1	38 [21-55]	31,4 ± 24,0	29 [14-45]
Premier traitement reçu	Radiothérapie	38,1 ± 23,8	34 [23-46]	38,4 ± 25,6	33 [22-45]	37,7 ± 31,1	32 [19-49]	32,3 ± 19,7	28 [18-43]
	Chimiothérapie	46,3 ± 39,7	41 [24-59]	30,8 ± 25,2	27 [15-40]	31,0 ± 15,6	30 [21-35]	31,0 ± 19,9	26 [17-41]
	Radio- et chimiothérapie	40,2 ± 15,5	39 [28-49]	37,8 ± 18,8	35 [25-48]	43,4 ± 23,8	42 [29-55]	36,8 ± 20,1	35 [22-48]
	Chirurgie	38,0 ± 40,5	28 [4-56]	39,0 ± 43,7	25 [8-53]	28,9 ± 46,6	21 [1-44]	23,3 ± 22,8	20 [5-34]

CANCER DU SEIN - DÉPARTEMENT DE LA CÔTE-D'OR

Source de données

Les données proviennent du registre des cancers du sein et des cancers gynécologiques de Côte-d'Or. Ce registre, créé en 1982, réactivé par une nouvelle équipe en 2005, est le seul registre spécialisé dans ces pathologies en France. Il assure un recueil actif et exhaustif de tous les nouveaux cas de cancers du sein — *in situ* et infiltrant — diagnostiqués chez des femmes domiciliées dans le département de la Côte-d'Or au moment du diagnostic. Sont également enregistrés les néoplasies lobulaires et les autres cancers gynécologiques (utérus, ovaires...).

Le registre dispose de données précises et fiables sur les patientes, les pathologies concernées et l'ensemble des traitements. Ces données permettent à l'équipe du registre de développer des projets de recherche sur la prise en charge des patientes âgées, les inégalités sociales dans l'accès au dépistage du cancer et à la prise en charge, la survie et la qualité de vie des patients atteints de cancer du sein et autres cancers gynécologiques (Gentil-Brevet J, 2008 ; Dabakuyo TS, 2008 ; Dabakuyo TS, 2009 ; Hamidou Z, 2010). Des études évaluant l'impact des inégalités sociales dans l'accès au dépistage du cancer du sein, ainsi que l'influence des facteurs socioéconomiques sur l'incidence des cancers du sein et autres cancers gynécologiques sont également en cours.

Qualifié par le CNR, le registre des cancers du sein et des cancers gynécologiques de Côte-d'Or adhère au réseau Francim.

Nom du registre	Registre des cancers du sein et des cancers gynécologiques de Côte-d'Or
Année de création	1982
Année de première qualification	1996
Évènements de santé enregistrés	Nouveaux cas de cancers gynécologiques
Zone géographique couverte	Département de la Côte-d'Or (21)
Taille approximative de la population couverte	268 000 femmes
Nombre approximatif de cas notifiés annuellement	420 cancers du sein invasif, 70 cancers <i>in situ</i> du sein 150 autres cancers gynécologiques

Source : InVS : http://archives.invs.sante.fr/surveillance/comite_national_des_registres/liste_des_registres.htm

Résultats

◆ Description des cas (tableau 7)

Entre 1999 et 2008, 3 700 cas de cancers infiltrants du sein ont été diagnostiqués en Côte-d'Or dont plus de 99 % chez les femmes. La majorité des patients étaient âgés de moins de 65 ans (57,7 % des cas diagnostiqués en 2004-2008) et résidaient en zone urbaine ou périurbaine (respectivement 56,5 % et 31,0 % des cas en 2004-2008).

La proportion de patients âgés de 65-74 ans a légèrement augmenté de 21,3 % en 1999-2003 à 23,2 % en 2004-2008 ainsi que celle des 75-84 ans (12,3 % en 1999-2003 contre 14,7 % en 2004-2008) alors que celle des moins de 65 ans a diminué passant de 61,6 % à 57,7 %.

L'augmentation de la part des 65-74 ans est probablement due à la mise en place du programme de dépistage organisé du cancer du sein en 2004 en Côte-d'Or. Le vieillissement de la population et l'augmentation de l'espérance de vie pourraient expliquer l'augmentation de la part des 75-84 ans. Sur la période 2004-2008, la fréquence de cancer du sein de stade précoce (stade I) a augmenté (passant de 46,1 % sur 1999-2003 à 47,8 % sur 2004-2008) probablement du fait du dépistage.

Le stade d'extension de la tumeur au moment du diagnostic était renseigné dans 98,1 % des cas. La majorité des cancers du sein diagnostiqués dans le département était de stade I (46,1 % en 1999-2003, 47,8 % en 2004-2008) et de stade II (40,2 % en 1999-2003, 37,4 % en 2004-2008).

Tableau 7. Répartition des cas de cancer du sein enregistrés de 1999 à 2008 en Côte-d'Or selon le sexe, la classe d'âge, la zone de résidence et le stade au diagnostic

		Registre 1	
		1999-2003	2004-2008
Nombre de cas total		1736	1964
Sexe	Hommes	0,8 %	0,8 %
	Femmes	99,2 %	99,2 %
Classe d'âge	<65 ans	61,6 %	57,7 %
	65-74 ans	21,3 %	23,2 %
	75-84 ans	12,3 %	14,7 %
	85 ans et plus	4,8 %	4,5 %
Zone de résidence	Urbaine	56,7 %	56,5 %
	Péri urbaine	30,2 %	31,0 %
	Rurale	13,1 %	12,5 %
Stade au diagnostic	I	46,1 %	47,8 %
	II	40,2 %	37,4 %
	III	4,7 %	3,9 %
	IV	2,2 %	2,2 %
	Inclassables	4,8 %	7,5 %
	Inconnu	1,9 %	1,2 %

◆ **Prise en charge des cas (tableau 8)**

La grande majorité des patients (83,7 % en 2004-2008) a subi une intervention chirurgicale afin de traiter la tumeur. Au cours de la même période, le geste chirurgical consistait en une exérèse à visée curative pour 91,6 % des patients.

Une chimiothérapie néoadjuvante (avant la chirurgie) était réalisée chez 8,9 % des patients diagnostiqués en 2004-2008 et une hormonothérapie chez 4,5 % des patients. Ces proportions

étaient en augmentation par rapport à celles observées en 1999-2003 (respectivement 5,4 % et 2,8 %).

Tableau 8. Prise en charge des cas de cancer du sein enregistrés de 1999 à 2008 en Côte-d'Or

		Registre 1	
		1999-2003	2004-2008
Nombre de cas total		1736	1964
Premier traitement reçu	Chirurgie seule	88,2 %	83,7 %
	Chimiothérapie ^a	0,0 %	0,3 %
	Chimiothérapie néoadjuvante ^b	5,4 %	8,9 %
	Radiothérapie	0,5 %	0,3 %
	Hormonothérapie	2,8 %	4,5 %
	Chirurgie + hormonothérapie	0,3 %	0,0 %
	Chimiothérapie néoadjuvante + hormonothérapie	0,1 %	0,1 %
	Radiothérapie + hormonothérapie	0,1 %	0,0 %
	Non traités	0,6 %	0,9 %
	Inconnu	2,1 %	1,4 %
Type de traitement	A visée curative ^c	92,7 %	91,6 %
	A visée palliative ^d	4,4 %	5,3 %
	Non traités	0,6 %	0,9 %
	Inconnu	2,2 %	2,1 %

^a Chimiothérapie : patients traités par chimiothérapie sans prise en charge chirurgicale

^b Chimiothérapie néoadjuvante : patients traités par chimiothérapie avant la chirurgie

^c Traitement à visée curative : patients traités, non métastatiques au moment du diagnostic

^d Traitement à visée palliative : patients traités, métastatiques au moment du diagnostic

◆ Délai de prise en charge des cas (tableau 9)

Le délai moyen de prise en charge des patients était de $15,2 \pm 22,7$ jours sur l'ensemble de la période 1999-2008 et le délai médian de 10 jours.

Le délai moyen de prise en charge était plus long chez les patients de sexe féminin ($15,3 \pm 22,8$ jours), ceux de moins de 65 ans ($16,0 \pm 21,5$), ceux résidant en milieu urbain ($16,1 \pm 23,6$ jours) au moment du diagnostic et les patients traités par chimiothérapie sans prise en charge chirurgicale ($33,8 \pm 16,6$ jours).

Ce délai a plus que doublé entre les deux périodes de diagnostic passant de $9,2 \pm 20,5$ jours sur la période 1999-2003 à $20,4 \pm 23,3$ jours sur la période 2004-2008.

Tableau 9. Délais (jours) entre le diagnostic et le début du traitement des cas de cancer du sein enregistrés de 1999 à 2008 en Côte-d'Or selon le sexe, la zone de résidence, la période de diagnostic et le type de premier traitement reçu

		Registre 1	
		Délai moyen \pm écart-type	Délai médian [Q1-Q3]
Nombre de cas total		3700	
Ensemble des cas		15,2 \pm 22,7	10 [0-25]
Sexe	Hommes	3,5 \pm 7,7	0 [0-0]
	Femmes	15,3 \pm 22,8	10 [0-25]
Classe d'âge	<65 ans	16,0 \pm 21,5	13 [0-26]
	65-74 ans	14,8 \pm 20,0	8 [0-26]
	75-84 ans	13,3 \pm 29,3	0 [0-21]
	85 ans et plus	11,6 \pm 27,7	0 [0-14]
Zone de résidence	Urbaine	16,1 \pm 23,6	12 [0-26]
	Périurbaine	14,7 \pm 22,1	8 [0-25]
	Rurale	12,0 \pm 19,4	2 [0-20]
Période de diagnostic	1999-2003	9,2 \pm 20,5	0 [0-14]
	2004-2008	20,4 \pm 23,3	19 [0-29]
Premier traitement reçu	Chirurgie seule	14,3 \pm 22,2	6 [0-25]
	Chimiothérapie ^a	33,8 \pm 16,6	36 [33-41]
	Chimiothérapie néoadjuvante ^b	21,9 \pm 11,1	21 [14-28]
	Radiothérapie	23,3 \pm 26,0	11 [7-41]
	Hormonothérapie	20,9 \pm 41,4	10 [3-21]
	Chirurgie + hormonothérapie	-	-
	Chimiothérapie néoadjuvante + hormonothérapie	22,0 \pm 8,9	19 [15-32]
	Radiothérapie + hormonothérapie	-	-

^a Chimiothérapie : patients traités par chimiothérapie sans prise en charge chirurgicale

^b Chimiothérapie néoadjuvante : patients traités par chimiothérapie avant la chirurgie

CANCER DE LA THYROÏDE - DÉPARTEMENTS DE LA MARNE ET DES ARDENNES

Source de données

Les données proviennent du registre des cancers de la thyroïde Marne-Ardenne, le seul registre spécialisé pour les cancers de la thyroïde en France.

Créé en 1975, il assure un recueil exhaustif de tous les cas de cancers de la thyroïde des patients domiciliés dans les départements de la Marne (51) et des Ardennes (08).

En tant que registre spécialisé, il a la particularité de recueillir pour chaque nouveau cas enregistré, des données très précises caractérisant le cancer et sa prise en charge. Ces informations permettent de surveiller l'évolution des cancers de la thyroïde dans le temps en fonction de différentes caractéristiques notamment le sexe, l'âge, le type histologique, la taille de la tumeur, le stade de cancer, les modalités de diagnostic et de prise en charge, l'évolution et les causes de décès.

Nom du registre	Registre des cancers de la thyroïde Marne-Ardenne
Année de création	1975
Année de première qualification	2000
Évènements de santé enregistrés	Nouveaux cas de cancers de la thyroïde
Zone géographique couverte	Département de la Marne (51) et des Ardennes (08)
Taille approximative de la population couverte	850 000 habitants
Nombre approximatif de cas notifiés annuellement	91

Source : InVS : http://archives.invs.sante.fr/surveillance/comite_national_des_registres/liste_des_registres.htm

Résultats

◆ Description des cas (tableau 10)

Entre le 1^{er} janvier 1999 et le 31 décembre 2008, 954 cas de cancer de la thyroïde étaient diagnostiqués en Marne et Ardennes : 476 entre 1999 et 2003 et 478 entre 2004 et 2008.

Parmi les cas, la part des femmes est trois fois plus importante que celle des hommes (respectivement 74,3 % et 25,7 % des cas en 2004-2008). La majorité des patients étaient âgés entre 40 et 64 ans et résidaient en zone urbaine (respectivement 60,3 % et 62,8 % des cas diagnostiqués en 1999-2003 et 2004-2008).

La répartition des patients en fonction de l'âge, du sexe, et de la zone de résidence variait peu entre les périodes 1999-2003 et 2004-2008.

Tableau 10. Répartition des cas de cancer de la thyroïde enregistrés de 1999 à 2008 dans les départements de Marne et Ardennes selon le sexe, la classe d'âge et la zone de résidence

		Registre 1	
		1999-2003	2004-2008
Nombre de cas total		476	478
Sexe	Hommes	24,4 %	25,7 %
	Femmes	75,6 %	74,3 %
Classe d'âge	< 20 ans	2,3 %	1,3 %
	20-39 ans	25,2 %	20,7 %
	40-64 ans	55,0 %	62,3 %
	65-74 ans	11,3 %	11,7 %
	75 ans et plus	6,1 %	4,0 %
Zone de résidence	Urbaine	60,3 %	62,8 %
	Périurbaine	19,5 %	17,6 %
	Rurale	20,2 %	19,7 %

◆ Prise en charge des cas (tableau 11)

La quasi-totalité des patients atteints de cancer de la thyroïde ont eu un traitement à visée curative. Le traitement était chirurgical pour 99,6 % des cas, associé à de l'iode 131 pour près de la moitié des cas (49,8 % en 1999-2003 et 45,0 % en 2004-2008) s'il existait des facteurs pronostiques défavorables. Ce traitement qui intervient en complément de la chirurgie n'a qu'exceptionnellement un caractère urgent.

Tableau 11. Prise en charge des cas de cancer de la thyroïde enregistrés de 1999 à 2008 dans les départements de Marne et Ardennes

		Registre 1	
		1999-2003	2004-2008
Nombre de cas total		476	478
Premier traitement reçu	Radiothérapie	-	-
	Chimiothérapie	-	-
	Radio- et chimiothérapie	-	-
	Chirurgie ^a	99,6 %	99,6 %
	Chirurgie + Iode 131 ^b	49,8 %	45,0 %
Type de traitement	A visée curative	99,6 %	99,6 %
	A visée palliative	0,4 %	0,4 %
	Non traités	0,0 %	0,0 %

^a Les patients traités sans chirurgie sont pris en charge pour un traitement palliatif : 950/954 patients traités par chirurgie.

^b Iode 131 : 452 patients traités par de l'iode 131

◆ Délai de prise en charge des cas (tableau 12)

Le délai moyen entre le diagnostic posé au moment de la chirurgie et la réalisation du traitement par l'iode 131 était de $75,0 \pm 130,5$ jours pour l'ensemble des patients et le délai médian de 31 jours [avec une forte dispersion, intervalle interquartile : 8-672].

Le délai moyen de prise en charge thérapeutique par l'iode 131 était plus long chez la femme que chez l'homme (respectivement $80,7 \pm 146,3$ et $58,3 \pm 62,8$ jours).

Ce délai moyen était plus court chez les patients résidant en zone rurale. Il augmentait avec l'âge chez les patients âgés de 20 ans et plus.

Le délai moyen de prise en charge a diminué entre les deux périodes de diagnostic ($88,1 \pm 150,7$ en 2004-2008 contre $60,6 \pm 102,2$ jours en 1999-2003).

Tableau 12. Délais (jours) entre le diagnostic et le début du traitement des cas* de cancer thyroïdien enregistrés de 1999 à 2008 en Côte-d'Or selon le sexe, la zone de résidence, la période de diagnostic et le type de premier traitement reçu

		Registre 1	
		Délai moyen \pm écart-type	Délai médian [Q1-Q3]
Nombre de cas total		452	
Ensemble des cas		$75,0 \pm 130,5$	31 [8-672]
Sexe	Hommes	$58,3 \pm 62,8$	32 [11-226]
	Femmes	$80,7 \pm 146,3$	30 [11-672]
Classe d'âge	< 20 ans	$106,0 \pm 173,2$	35 [28-41]
	20-39 ans	$66,5 \pm 102,0$	29 [13-330]
	40-64 ans	$70,7 \pm 110,9$	32 [11-617]
	65-74 ans	$84,7 \pm 164,7$	32 [16-369]
	75 ans et plus	$154,9 \pm 310,6$	29 [18-162]
Zone de résidence	Urbaine	$76,8 \pm 138,0$	31 [11-634]
	Périurbaine	$81,7 \pm 148,5$	32 [13-308]
	Rurale	$63,7 \pm 81,5$	30 [14-297]
Période de diagnostic	1999-2003	$88,1 \pm 150,7$	32 [13-665]
	2004-2008	$60,6 \pm 102,2$	29 [11-495]
Premier traitement reçu	Radiothérapie	-	-
	Chimiothérapie	-	-
	Radio- et chimiothérapie	-	-
	Chirurgie	-	-
	Chirurgie + Iode 131	$75,0 \pm 130,5$	31 [8-672]

(*) Délai en jours : délai entre la date de diagnostic et la date du traitement par l'iode 131 (premier traitement institué). Le diagnostic étant posé à la chirurgie, les dates de diagnostic et de réalisation de la chirurgie sont identiques

LES HÉMOPATHIES MALIGNES - DÉPARTEMENTS DE LA CÔTE-D'OR ET DE LA GIRONDE, RÉGION BASSE NORMANDIE

Sources de données

Les données proviennent des trois registres spécialisés dans les hémopathies malignes :

- le registre régional spécialisé des hémopathies malignes de Basse-Normandie (RRHMBN) ;
- le registre des hémopathies malignes de la Côte-d'Or
- le registre des hémopathies malignes de Gironde.

Chacun de trois registres recueille de manière exhaustive et continue les nouveaux cas d'hémopathies malignes survenant chez des personnes dont la résidence principale se situe dans la région ou les départements correspondants, quel que soit le lieu de diagnostic.

En tant que registres spécialisés, ils ont la particularité de recueillir pour chaque nouveau cas enregistré, des données précises sur le stade d'extension des tumeurs, la prise en charge thérapeutique, l'évolution de la maladie cancéreuse et la survie. Ces données permettent aux équipes de ces registres de produire des données d'épidémiologie descriptive sur ces maladies, mais également de mener des travaux de recherche ou des projets de santé publique, de participer à des travaux de recherche collaboratifs aux niveaux national et international (Turner JJ, 2010).

Qualifiés par le CNR, les trois registres sont organisés en réseau spécifique (REPIH) et adhèrent au réseau Francim.

	Registre régional des hémopathies malignes de Basse Normandie	Registre des hémopathies malignes de la Côte-d'Or	Registre des hémopathies malignes de Gironde
Année de création	2004	1980	2002
Année de première qualification	2005	1989	2002
Évènements de santé enregistrés	Nouveaux cas d'hémopathies malignes	Nouveaux cas d'hémopathies malignes	Nouveaux cas d'hémopathies malignes
Zone géographique couverte	Départements du Calvados (14), de l'Orne (61) Manche (50)	Département de la Côte-d'Or (21)	Département de la Gironde (33)
Taille approximative de la population couverte	1 500 000 habitants	500 000 habitants	1 400 000 habitants
Nombre approximatif de cas notifiés annuellement	725	350	750

Source : InVS : http://archives.invs.sante.fr/surveillance/comite_national_des_registres/liste_des_registres.htm

Résultats

Les résultats présentés concernent les trois principaux sous-types d'hémopathies lymphoïdes (lymphomes de Hodgkin, lymphomes B diffus à grandes cellules et lymphomes folliculaires) qui représentent 75 % des lymphomes (cancers du système lymphatique). Par ailleurs, la période d'étude ne couvre que les années 2002-2008 pour les registres dont l'année de création est postérieure à 1999.

◆ Description et prise en charge des cas (tableau 13)

Entre le 1^{er} janvier 1999 et le 31 décembre 2008, 2 388 cas d'hémopathies lymphoïdes (lymphomes de Hodgkin, lymphomes B diffus à grandes cellules et lymphomes folliculaires) ont été diagnostiqués en Basse Normandie, en Côte-d'Or et en Gironde.

Les patients atteints de lymphomes B diffus à grandes cellules représentaient entre 44 et 52 % des lymphomes diagnostiqués en 2004-2008 selon les registres. La majorité des patients bénéficiait d'un traitement soit curatif soit symptomatique (87 à 94 % en 2004-2008 selon les départements).

Tableau 13. Répartition des cas d'hémopathies lymphoïdes enregistrés par les registres spécialisés selon le sexe, la classe d'âge, le type d'hémopathie et la modalité de prise en charge*

		Registre 1		Registre 2		Registre 3	
		2002-2003	2004-2008	1999-2003	2004-2008	2002-2003	2004-2008
Nombre de cas total		161	387	291	333	319	897
Sexe	Hommes	52 %	50 %	52 %	43 %	52 %	54 %
	Femmes	48 %	50 %	48 %	57 %	48 %	46 %
Classe d'âge	< 15 ans	3 %	3 %	1 %	2 %	2 %	2 %
	16-50 ans	29 %	26 %	27 %	29 %	32 %	24 %
	51-65 ans	19 %	24 %	27 %	27 %	22 %	27 %
	66-75 ans	23 %	20 %	21 %	19 %	20 %	22 %
	75 ans et plus	27 %	28 %	23 %	24 %	24 %	25 %
Groupe morphologique des lymphomes (L.)	L. de Hodgkin	27 %	22 %	20 %	28 %	27 %	22 %
	L. B diffus à grandes cellules	52 %	52 %	52 %	44 %	46 %	47 %
	L. folliculaires	22 %	26 %	28 %	29 %	27 %	31 %
Prise en charge thérapeutique	Traité	-	87 %	87 %	94 %	90 %	89 %
	Non traité	-	13 %	13 %	6 %	10 %	11 %

(*) La "prise en charge thérapeutique" correspond à la proportion de patients traités (que le traitement soit curatif ou symptomatique) ou non traités (abstention thérapeutique ou décès prématuré)

◆ Délai de prise en charge des cas (tableau 14)

Selon les registres, le délai moyen de prise en charge des patients était estimé entre 26 ± 22 et 47 ± 48 jours pour les lymphomes de Hodgkin, entre 28 ± 47 et 36 ± 42 jours pour les lymphomes B diffus à grandes cellules et entre 50 ± 43 et 117 ± 194 jours pour les lymphomes folliculaires. Le délai médian, était compris entre 22 et 37 jours pour les lymphomes de Hodgkin, entre 22 et 27 jours pour les lymphomes B diffus à grandes cellules et entre 33 et 48 jours pour les lymphomes folliculaires.

Ces délais variables reflètent en premier lieu la nature aiguë ou chronique des maladies considérées. En effet, le délai est plus court pour les lymphomes diffus à grandes cellules B que pour les lymphomes folliculaires dont l'évolution est plus lente.

De même, à histologie constante, les maladies disséminées (stade III/IV) étaient plus rapidement traitées que les maladies plus localisées (stade I/II).

Les différences observées dans les délais pourraient s'expliquer par une offre de soins contrastée d'un département à l'autre (c'est-à-dire le nombre de services et de lits pouvant accueillir ces maladies et leur capacité à hospitaliser rapidement un patient pour sa prise en charge). Cette interprétation n'exclut pour autant pas d'autres causes comme celles associées au patient (sa catégorie d'âge, son niveau social) qui font actuellement l'objet d'un programme de recherche.

Tableau 14. Délais (jours)* entre le diagnostic et le début du premier traitement des cas d'hémopathies lymphoïdes enregistrés par les registres spécialisés selon le sexe, la classe d'âge, la zone de résidence, la période de diagnostic et le stade au diagnostic**

Lymphomes de Hodgkin		Registre 1		Registre 2		Registre 3	
		Délai moyen \pm écart-type	Délai médian [Q1-Q3]	Délai moyen \pm écart-type	Délai médian [Q1-Q3]	Délai moyen \pm écart-type	Délai médian [Q1-Q3]
Nombre de cas total		129		150		278	
Ensemble des cas		47 ± 48	37 [18-56]	26 ± 22	22 [14-33]	29 ± 21	25 [15-36]
Sexe	Hommes	51 ± 42	43 [20-75]	26 ± 17	22 [13-35]	30 ± 24	24 [15-37]
	Femmes	43 ± 55	33 [14-47]	28 ± 26	21 [15-33]	28 ± 16	26 [17-35]
Classe d'âge	< 16 ans	9 ± 4	10 [7-12]	16 ± 12	13 [7-18]	16 ± 6	15 [11-21]
	16-50 ans	51 ± 54	38 [26-53]	24 ± 14	21 [14-31]	28 ± 22	25 [15-32]
	51-65 ans	60 ± 35	53 [32-80]	29 ± 19	27 [16-44]	29 ± 16	24 [18-40]
	66-75 ans	36 ± 37	26 [15-47]	40 ± 27	32 [24-47]	43 ± 21	37 [26-63]
	75 ans et plus	54 ± 48	41 [20-79]	42 ± 52	28 [9-61]	37 ± 22	31 [19-50]
Zone de résidence	Urbaine et périurbaine	47 ± 49	37 [19-55]	29 ± 25	26 [15-37]	29 ± 21	24 [15-35]
	Rurale	48 ± 45	36 [9-81]	24 ± 16	20 [12-30]	29 ± 16	26 [17-40]
Période	1999-2003	-	-	26 ± 21	20 [14-33]	-	-
	2002-2003	-	-	-	-	28 ± 26	24 [14-31]
	2004-2008	45 ± 39	37 [19-56]	27 ± 23	24 [14-34]	30 ± 18	26 [17-37]
Stade	I/II	53 ± 59	37 [23-56]	26 ± 16	22 [15-33]	30 ± 23	27 [16-37]

	III/IV	40 ± 28	37 [20-54]	26 ± 27	20 [11-30]	27 ± 18	22 [15-34]
--	--------	---------	------------	---------	------------	---------	------------

Lymphomes B diffus à grandes cellules		Registre 1		Registre 2		Registre 3	
		Délai moyen ± écart-type	Délai médian [Q1-Q3]	Délai moyen ± écart-type	Délai médian [Q1-Q3]	Délai moyen ± écart-type	Délai médian [Q1-Q3]
Nombre de cas total		282		297		557	
Ensemble des cas		36 ± 42	27 [8-49]	28 ± 47	22 [12-34]	32 ± 33	25 [15-38]
Sexe	Hommes	33 ± 31	26 [10-52]	23 ± 18	21 [10-31]	31 ± 29	25 [14-40]
	Femmes	38 ± 50	29 [8-48]	34 ± 66	24 [13-37]	33 ± 38	25 [15-37]
Classe d'âge	< 16 ans	7 ± 6	8 [0-12]	24 ± 21	24 [9-39]	11 ± 12	6 [2-25]
	16-50 ans	29 ± 28	18 [5-46]	21 ± 23	15 [7-31]	27 ± 20	22 [13-37]
	51-65 ans	32 ± 27	26 [16-47]	25 ± 20	22 [14-31]	37 ± 12	27 [17-42]
	66-75 ans	48 ± 41	35 [16-68]	38 ± 90	23 [14-34]	31 ± 25	27 [15-37]
	75 ans et plus	36 ± 54	25 [6-46]	27 ± 17	23 [13-40]	32 ± 37	25 [16-39]
Zone de résidence	Urbaine et périurbaine	36 ± 44	27 [8-49]	27 ± 23	22 [12-35]	32 ± 33	25 [14-38]
	Rurale	37 ± 35	29 [11-52]	29 ± 68	21 [12-33]	33 ± 33	27 [16-38]
Période	1999-2003	-	-	29 ± 64	21 [11-29]	-	-
	2002-2003	-	-	-	-	30 ± 40	21 [12-33]
	2004-2008	35 ± 42	27 [9-48]	26 ± 17	26 [14-36]	33 ± 31	27 [16-41]
Stade	I/II	32 ± 28	29 [9-47]	25 ± 16	22 [13-34]	35 ± 37	27 [17-41]
	III/IV	36 ± 52	25 [10-43]	28 ± 54	21 [12-34]	29 ± 29	22 [13-36]

Lymphomes folliculaires		Registre 1		Registre 2		Registre 3	
		Délai moyen ± écart-type	Délai médian [Q1-Q3]	Délai moyen ± écart-type	Délai médian [Q1-Q3]	Délai moyen ± écart-type	Délai médian [Q1-Q3]
Nombre de cas total		135		177		360	
Ensemble des cas		117 ± 194	48 [22-82]	72 ± 131	33 [22-65]	50 ± 43	37 [26-63]
Sexe	Hommes	138 ± 207	65 [23-121]	68 ± 102	31 [21-65]	51 ± 51	35 [21-61]
	Femmes	94 ± 178	42 [20-67]	76 ± 156	34 [22-65]	49 ± 34	39 [26-63]
Classe d'âge	< 16 ans	-	-	-	-	-	-
	16-50 ans	87 ± 108	48 [32-81]	52 ± 54	34 [26-70]	43 ± 39	35 [19-48]
	51-65 ans	100 ± 217	43 [13-68]	73 ± 150	29 [18-56]	56 ± 48	41 [27-63]
	66-75 ans	130 ± 210	42 [21-103]	92 ± 163	35 [25-74]	49 ± 42	38 [22-63]
	75 ans et plus	160 ± 205	83 [42-242]	55 ± 66	37 [20-65]	46 ± 33	36 [19-63]
Zone de résidence	Urbaine et périurbaine	117 ± 191	44 [21-103]	61 ± 90	33 [21-63]	49 ± 44	36 [22-61]
	Rurale	117 ± 205	60 [22-78]	89 ± 176	32 [23-65]	52 ± 39	43 [25-75]
Période	1999-2003	-	-	54 ± 124	28 [18-46]	-	-
	2002-2003	-	-	-	-	45 ± 44	36 [22-52]
	2004-2008	117 ± 194	48 [22-82]	87 ± 137	39 [24-73]	51 ± 43	37 [23-64]
Stade	I/II	191 ± 265	65 [42-356]	67 ± 73	44 [26-72]	59 ± 38	49 [31-83]
	III/IV	64 ± 111	37 [16-66]	67 ± 119	31 [22-56]	45 ± 45	35 [21-50]

(*) les délais moyens ont été calculés lorsque les effectifs étaient suffisants.

(**) le stade présenté ici correspond au stade Ann Arbor (codé de I à IV) utilisé pour évaluer l'extension de la maladie au diagnostic. Il est regroupé en deux catégories (I ou II versus III ou IV).

LES TUMEURS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL - DÉPARTEMENT DE LA GIRONDE

Source de données

Les données proviennent du registre des tumeurs primitives du système nerveux central de la Gironde.

Créé en 1999, il assure un recueil exhaustif et continu de tous les cas de tumeurs primitives du système nerveux central (SNC), bénignes ou malignes, des patients (adultes et enfants) domiciliés dans le département de la Gironde (33), ceci en s'appuyant sur un réseau de cliniciens hospitaliers et privés.

En tant que registre spécialisé, il a la particularité de recueillir pour chaque nouveau cas enregistré, des données très précises caractérisant le cancer et sa prise en charge. Ces informations permettent de surveiller activement l'évolution des tumeurs primitives chez l'adulte et l'enfant dans le temps, de comparer les données aux données nationales et de permettre la recherche dans le domaine de l'étiologie de ces tumeurs.

Qualifié par le CNR, le registre des tumeurs primitives du système nerveux central de la Gironde adhère au réseau Francim.

Nom du registre	Registre des tumeurs primitives du système nerveux central de la Gironde
Année de création	1999
Année de première qualification	2004
Évènements de santé enregistrés	Nouveaux cas de tumeurs primitives du système nerveux central
Zone géographique couverte	Département de la Gironde (33)
Taille approximative de la population couverte	1 400 000 habitants
Nombre approximatif de cas notifiés annuellement	240

Source : InVS : http://archives.invs.sante.fr/surveillance/comite_national_des_registres/liste_des_registres.htm

Résultats

◆ Description et prise en charge des cas (tableau 15)

Entre le 1^{er} janvier 1999 et le 31 décembre 2008, 2 445 patients atteints de tumeurs du SNC étaient diagnostiqués en Gironde.

Au cours de la période 2004-2008, près de 6 cas sur 10 étaient des femmes, plus de la moitié des cas (54,7 %) survenaient chez les personnes âgées de 16 à 64 ans et près d'un quart (23,0 %) chez les 75 ans et plus. La majorité des cas (80,9 %) résidaient en zone urbaine ou périurbaine au moment du diagnostic.

Tableau 15. Répartition des cas de tumeurs du système nerveux central enregistrées de 1999 à 2008 dans le département de la Gironde selon le sexe, la classe d'âge et la zone de résidence

		Registre 1	
		1999-2003	2004-2008
Nombre de cas total		2445	
Sexe	Hommes	47,5 %	42,2 %
	Femmes	52,5 %	57,8 %
Classe d'âge	< 16 ans	5,9 %	4,7 %
	16-64 ans	56,7 %	54,7 %
	65-74 ans	20,3 %	17,7 %
	75 ans et plus	17,1 %	23,0 %
Zone de résidence	Urbaine et périurbaine	81,5 %	80,9 %
	Rurale	18,5 %	19,1 %

◆ Prise en charge des cas (tableau 16)

Environ un tiers des patients n'avait pas reçu de traitement à visée curative, une proportion qui tend à décroître légèrement au fil des années.

Parmi les patients traités, plus de la moitié des patients ont bénéficié d'une exérèse initiale (58,4 % sur la période 2004-2008). Au cours de la même période, 7,3 % des patients étaient traités par radiothérapie et 1,2 % par chimiothérapie.

Tableau 16. Prise en charge et symptômes initiaux des cas de tumeurs du système nerveux central enregistrés de 1999 à 2008 dans les départements de la Gironde

		Registre 1	
		1999-2003	2004-2008
Nombre de cas total		2445	
Premier traitement reçu	Radiothérapie	6,9 %	7,3 %
	Chimiothérapie	0,9 %	1,2 %
	Chirurgie	53,8 %	58,4 %
	Autre	2,5 %	0,7 %
	Aucun	35,8 %	32,4 %
Symptôme initial	Céphalées	5,0 %	10,0 %
	Déficits sensitifs ou moteurs	39,2 %	51,4 %
	HTIC	1,1 %	4,4 %
	Épilepsie	9,5 %	15,1 %
	Autres	2,6 %	9,0 %
	Non précisé	39,6 %	4,5 %
	Aucun	3,0 %	5,7 %

◆ Délai de prise en charge des cas (tableaux 17 et 18)

Rappel

Les délais présentés pour les patients traités sont de deux types : d'une part, le délai entre la date des premiers symptômes (lorsqu'ils étaient mentionnés et datés) et la date du premier traitement reçu et d'autre part, le délai entre la date de l'imagerie et la date du premier traitement.

Ces délais sont présentés pour les principaux types histologiques (tumeurs neuroépithéliales, méningiomes, neurinomes) et selon deux périodes de diagnostic (1999-2003 et 2004-2008).

Les délais ont été calculés au jour près pour les tumeurs neuroépithéliales et les méningiomes, et au mois près pour les neurinomes et les autres tumeurs.

Les patients n'ayant pu dater avec précision leurs premiers symptômes présentaient *a priori* des délais plus longs : les délais estimés sont donc vraisemblablement inférieurs aux délais réels de l'ensemble des patients atteints de tumeur du système nerveux central. Par ailleurs, les données ne sont pas présentées pour les variables dont les effectifs sont faibles (N<5).

Sur la période 2004-2008, le délai médian entre l'apparition des symptômes inauguraux et le premier traitement était estimé à 25 [intervalle interquartile : 10-55] jours pour les tumeurs neuroépithéliales, 24 [intervalle interquartile : 9-70] jours pour les méningiomes, 185 [intervalle interquartile : 122-291] jours pour les neurinomes et 91 [intervalle interquartile : 34-153] jours pour les autres types de tumeurs (tableau 17).

Au cours de la même période, le délai médian entre l'imagerie et le premier traitement était de 10 [intervalle interquartile : 6-27] jours pour les tumeurs neuroépithéliales, 14 [intervalle interquartile : 6-37] jours pour les méningiomes, 92 [intervalle interquartile : 42-153] jours pour les neurinomes et 16 [4-78] jours pour les autres tumeurs (tableau 18).

De manière générale, ces délais étaient plus courts pour les tumeurs de l'enfant.

Le délai médian entre les premiers symptômes et le traitement s'est raccourci entre les périodes 1999-2003 et 2004-2008 : il a diminué de 40 % pour les tumeurs neuroépithéliales, de 78 % pour les méningiomes et de 42 % pour les neurinomes. Pour les neurinomes, ce raccourcissement concernait également le délai entre la date d'imagerie et le premier traitement (- 36 %).

Ces délais étaient assez comparables entre les hommes et les femmes, à l'exception des méningiomes (tumeurs des méninges) pour lesquels le délai médian en 2004-2008 entre les premiers symptômes et le traitement était plus long chez les femmes (35 [11-85] jours vs 11 [6-26] jours).

On n'observait pas de différence notable entre zones rurales et urbaines concernant les délais médians pour les tumeurs neuroépithéliales et les méningiomes. En revanche, le délai médian entre les symptômes inauguraux et le diagnostic était plus long en zone rurale pour les neurinomes (tumeurs des nerfs crâniens et spinaux) (220 [185-305] jours vs 182 [121-291] jours).

Tableau 17. Distribution des délais (en jours) entre les premiers symptômes et le début du premier traitement des tumeurs du SNC enregistrées en Gironde selon le sexe, la classe d'âge, la zone de résidence, la période de diagnostic et le premier traitement reçu

Tumeurs neuroépendymales		1999-2003			2004-2008		
		N	Délai moyen ± écart-type	Délai médian [Q1-Q3]	N	Délai moyen ± écart-type	Délai médian [Q1-Q3]
Ensemble des cas		74	182 ± 429	42 [14-126]	170	63 ± 146	25 [10-55]
Sexe	Hommes	43	149 ± 293	42 [14-111]	97	71 ± 175	23 [10-53]
	Femmes	31	229 ± 568	42 [19-143]	73	52 ± 95	25 [11-55]
Classe d'âge	< 16 ans	9	257 ± 649	19 [10-70]	15	110 ± 173	20 [8-175]
	16-64 ans	43	146 ± 288	50 [19-126]	99	50 ± 103	23 [10-49]
	65-74 ans	17	282 ± 620	61 [28-374]	33	67 ± 189	29 [12-54]
	75 ans et plus	5	27 ± 26	19 [14-22]	23	78 ± 210	27 [11-55]
Zone de résidence	Urbaine et périurbaine	58	206 ± 476	52 [19-129]	136	59 ± 131	23 [10-56]
	Rurale	16	97 ± 150	41 [8-99]	34	76 ± 197	25 [11-40]
Premier traitement reçu	Radiothérapie	<5	-	-	9	66 ± 28	57 [46-81]
	Chimiothérapie	<5	-	-	5	238 ± 443	44 [42-47]
	Chirurgie	69	191 ± 443	42 [14-126]	155	57 ± 132	20 [10-49]
	Autre	<5	-	-	<5	-	-

Tumeurs des méninges		1999-2003			2004-2008		
		N	Délai moyen ± écart-type	Délai médian [Q1-Q3]	N	Délai moyen ± écart-type	Délai médian [Q1-Q3]
Ensemble des cas		57	166 ± 231	109 [26-182]	108	76 ± 145	24 [9-70]
Sexe	Hommes	19	138 ± 180	88 [26-170]	28	32 ± 72	11 [6-26]
	Femmes	38	180 ± 253	115 [25-185]	80	92 ± 160	35 [11-85]
Classe d'âge	< 16 ans	<5	-	-	<5	-	-
	16-64 ans	42	164 ± 235	115 [34-183]	72	86 ± 168	25 [7-75]
	65-74 ans	9	200 ± 273	65 [26-169]	17	74 ± 97	42 [13-85]
	75 ans et plus	6	125 ± 139	94 [10-182]	19	43 ± 54	23 [10-55]
Zone de résidence	Urbaine et périurbaine	47	182 ± 247	116 [26-185]	99	79 ± 150	24 [8-71]
	Rurale	10	91 ± 113	51 [25-128]	9	50 ± 61	24 [17-57]
Premier traitement reçu	Radiothérapie	<5	-	-	30	68 ± 55	55 [41-84]
	Chimiothérapie	<5	-	-	<5	-	-
	Chirurgie	56	168 ± 232	112 [26-183]	314	77 ± 148	148 [8-69]
	Autre	<5	-	-	<5	-	-

Tumeurs des nerfs crâniens et spinaux*		1999-2003			2004-2008		
		N	Délai moyen ± écart-type	Délai médian [Q1-Q3]	N	Délai moyen ± écart-type	Délai médian [Q1-Q3]
Ensemble des cas		12	518 ± 507	320 [186-754]	60	254 ± 235	185 [122-291]
Sexe	Hommes	8	541 ± 594	294 [186-761]	24	270 ± 294	173 [122-243]
	Femmes	<5	-	-	36	244 ± 189	214 [156-320]
Classe d'âge	< 16 ans	<5	-	-	<5	-	-
	16-64 ans	11	558 ± 511	336 [221-764]	49	264 ± 258	183 [121-365]
	65-74 ans	<5	-	-	8	206 ± 64	189 [158-235]
	75 ans et plus	<5	-	-	<5	-	-
Zone de résidence	Urbaine et périurbaine	9	367 ± 313	252 [150-744]	48	249 ± 247	182 [121-291]
	Rurale	<5	-	-	12	277 ± 184	220 [185-305]
Premier traitement reçu	Radiothérapie	<5	-	-	<5	-	-
	Chimiothérapie	<5	-	-	<5	-	-
	Chirurgie	12	518 ± 507	320 [186-754]	59	254 ± 237	183 [122-306]
	Autre	<5	-	-	<5	-	-

Autres tumeurs du SNC		1999-2003			2004-2008		
		N	Délai moyen ± écart-type	Délai médian [Q1-Q3]	N	Délai moyen ± écart-type	Délai médian [Q1-Q3]
Ensemble des cas		26	150 ± 339	40 [25-100]	37	170 ± 257	91 [34-153]
Sexe	Hommes	12	188 ± 474	31 [9-89]	14	115 ± 110	91 [61-123]
	Femmes	14	117 ± 168	54 [31-100]	23	204 ± 313	91 [31-243]
Classe d'âge	< 16 ans	<5	-	-	7	404 ± 499	107 [61-881]
	16-64 ans	17	211 ± 409	62 [12-214]	22	139 ± 131	92 [36-183]
	65-74 ans	<5	-	-	<5	-	-
	75 ans et plus	<5	-	-	5	56 ± 56	34 [31-61]
Zone de résidence	Urbaine et périurbaine	21	154 ± 362	43 [30-100]	26	130 ± 187	70 [24-123]
	Rurale	5	132 ± 247	25 [0-65]	11	265 ± 370	123 [36-428]
Premier traitement reçu	Radiothérapie	<5	-	-	<5	-	-
	Chimiothérapie	<5	-	-	<5	-	-
	Chirurgie	14	259 ± 439	83 [48-251]	33	183 ± 270	92 [31-183]
	Autre	8	18 ± 15	19 [3-31]	<5	-	-

Tableau 18. Distribution des délais (en jours) entre l'imagerie et le début du premier traitement des tumeurs du SNC enregistrées en Gironde selon le sexe, la classe d'âge, la zone de résidence, la période de diagnostic et le premier traitement reçu

Tumeurs neuroépendymales		1999-2003			2004-2008		
		N	Délai moyen ± écart-type	Délai médian [Q1-Q3]	N	Délai moyen ± écart-type	Délai médian [Q1-Q3]
Ensemble des cas		76	47 ± 179	7 [5-18]	230	34 ± 85	10 [6-27]
Sexe	Hommes	45	43 ± 180	7 [5-15]	133	32 ± 83	9 [6-28]
	Femmes	31	54 ± 180	7 [4-30]	97	38 ± 87	10 [6-26]
Classe d'âge	< 16 ans	11	112 ± 299	5 [3-37]	20	67 ± 149	5 [2-51]
	16-64 ans	46	45 ± 178	8 [5-17]	139	37 ± 91	10 [6-28]
	65-74 ans	14	18 ± 31	7 [4-13]	43	20 ± 26	12 [6-20]
	75 ans et plus	5	14 ± 6	15 [10-18]	28	22 ± 20	15 [7-32]
Zone de résidence	Urbaine et périurbaine	64	55 ± 194	9 [4-24]	181	37 ± 89	10 [6-32]
	Rurale	12	8 ± 5	7 [5-11]	49	26 ± 66	9 [6-16]
Premier traitement reçu	Radiothérapie	<5	-	-	11	59 ± 47	40 [31-73]
	Chimiothérapie	<5	-	-	6	27 ± 14	29 [15-33]
	Chirurgie	66	36 ± 150	7 [4-17]	212	33 ± 87	9 [6-21]
	Autre	<5	-	-	<5	-	-

Tumeurs des méninges		1999-2003			2004-2008		
		N	Délai moyen ± écart-type	Délai médian [Q1-Q3]	N	Délai moyen ± écart-type	Délai médian [Q1-Q3]
Ensemble des cas		86	111 ± 324	11 [4-44]	193	39 ± 77	14 [6-37]
Sexe	Hommes	25	34 ± 97	7 [5-13]	46	35 ± 118	8 [5-22]
	Femmes	61	143 ± 376	13 [4-50]	147	40 ± 59	18 [6-48]
Classe d'âge	< 16 ans	<5	-	-	<5	-	-
	16-64 ans	63	120 ± 324	10 [4-49]	126	39 ± 89	13 [5-35]
	65-74 ans	15	127 ± 405	17 [6-46]	38	44 ± 50	21 [10-75]
	75 ans et plus	8	10 ± 14	4 [2-11]	29	31 ± 42	13 [8-45]
Zone de résidence	Urbaine et périurbaine	72	125 ± 351	11 [4-43]	163	39 ± 82	14 [6-34]
	Rurale	14	40 ± 74	7 [5-44]	30	38 ± 42	20 [6-64]
Premier traitement reçu	Radiothérapie	5	58 ± 53	32 [21-106]	6	69 ± 43	66 [42-96]
	Chimiothérapie	<5	-	-	<5	-	-
	Chirurgie	80	116 ± 335	10 [4-42]	186	38 ± 78	14 [6-35]
	Autre	<5	-	-	<5	-	-

Tumeurs des nerfs crâniens et spinaux*		1999-2003			2004-2008		
		N	Délai moyen ± écart-type	Délai médian [Q1-Q3]	N	Délai moyen ± écart-type	Délai médian [Q1-Q3]
Ensemble des cas		22	415 ± 718	143 [44-498]	97	138 ± 206	92 [42-153]
Sexe	Hommes	10	244 ± 229	191 [58-378]	49	155 ± 260	90 [37-166]
	Femmes	12	558 ± 944	114 [43-758]	48	120 ± 130	95 [46-153]
Classe d'âge	< 16 ans	<5	-	-	<5	-	-
	16-64 ans	16	471 ± 799	234 [51-566]	77	111 ± 102	92 [49-153]
	65-74 ans	5	81 ± 66	93 [27-134]	16	278 ± 437	129 [37-222]
	75 ans et plus	<5	-	-	<5	-	-
Zone de résidence	Urbaine et périurbaine	19	425 ± 767	134 [44-498]	74	136 ± 223	87 [42-153]
	Rurale	<5	-	-	23	144 ± 141	123 [37-184]
Premier traitement reçu	Radiothérapie	<5	-	-	<5	-	-
	Chimiothérapie	<5	-	-	<5	-	-
	Chirurgie	19	410 ± 744	134 [44-498]	96	138 ± 207	92 [40-153]
	Autre	<5	-	-	<5	-	-

Autres tumeurs du SNC		1999-2003			2004-2008		
		N	Délai moyen ± écart-type	Délai médian [Q1-Q3]	N	Délai moyen ± écart-type	Délai médian [Q1-Q3]
Ensemble des cas		40	100 ± 258	21 [3-50]	50	70 ± 130	16 [4-78]
Sexe	Hommes	19	160 ± 362	19 [0-122]	22	104 ± 171	30 [6-122]
	Femmes	21	46 ± 75	22 [5-31]	28	44 ± 78	14 [4-57]
Classe d'âge	< 16 ans	7	15 ± 12	18 [0-22]	9	110 ± 225	34 [2-91]
	16-64 ans	25	119 ± 286	31 [4-122]	28	80 ± 117	22 [5-123]
	65-74 ans	<5	-	-	<5	-	-
	75 ans et plus	5	10 ± 9	15 [0-15]	9	26 ± 27	23 [5-32]
Zone de résidence	Urbaine et périurbaine	32	117 ± 286	21 [3-73]	36	73 ± 139	16 [4-71]
	Rurale	8	33 ± 41	20 [3-50]	14	64 ± 106	17 [7-101]
Premier traitement reçu	Radiothérapie	<5	-	-	<5	-	-
	Chimiothérapie	<5	-	-	<5	-	-
	Chirurgie	18	201 ± 364	43 [21-203]	42	62 ± 99	12 [4-78]
	Autre	18	17 ± 30	5 [0-22]	<5	-	-

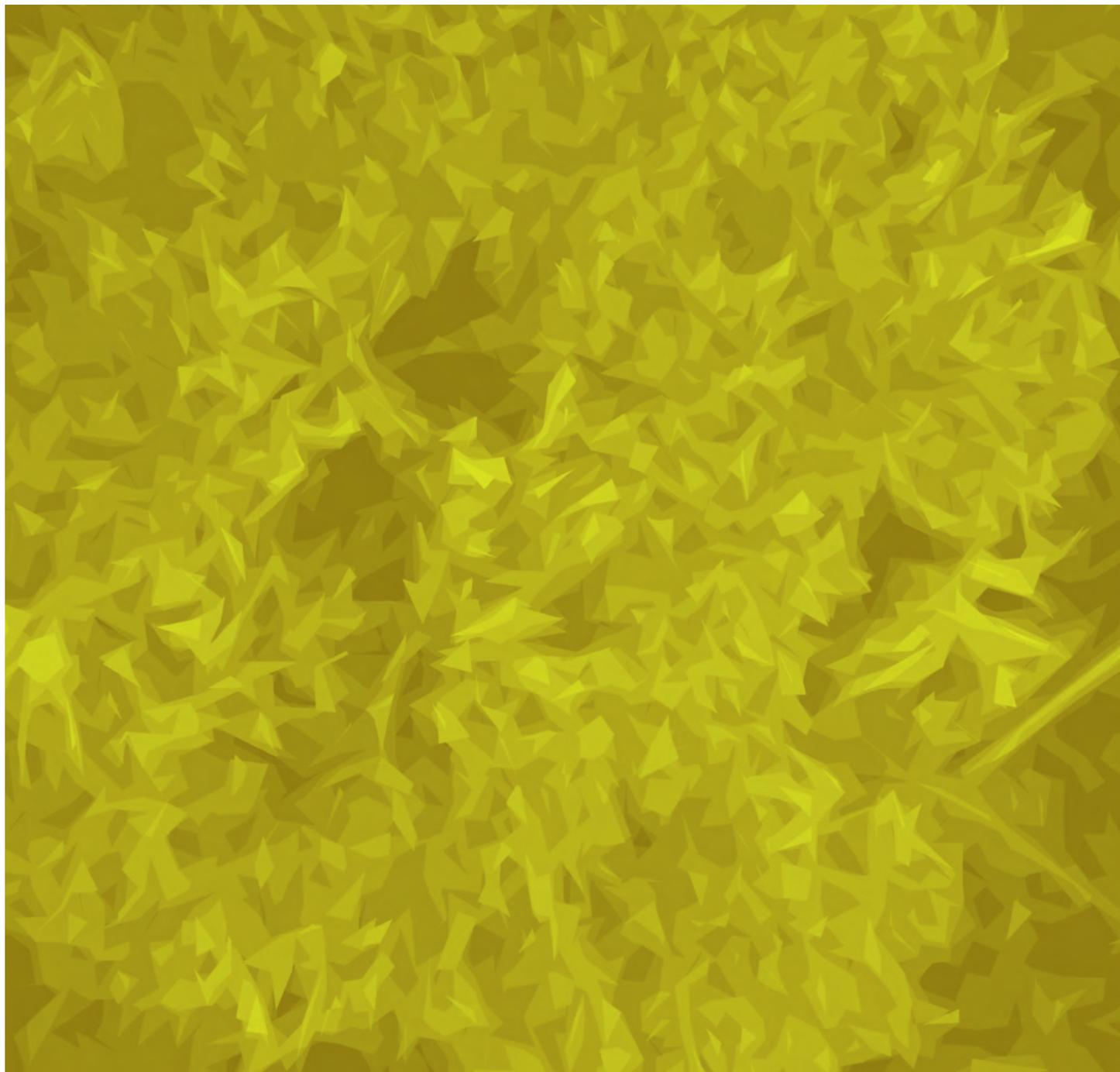
CONCLUSION

Ce travail repose sur la mise en commun des données recueillies pendant une dizaine d'années dans 9 registres spécialisés du réseau des registres de cancers validés français « FRANCIM ». Il permet de connaître avec précision les délais de prise en charge des patients atteints de cancer une fois le diagnostic établi. Obtenus à partir des données de registres de population, ces résultats s'affranchissent des biais de recrutement inhérent aux études hospitalières et reflètent la réalité vécue par les patients en France.

Cette action concertée du réseau Francim, de l'InVS et de l'INCa permet, conformément aux attentes du Plan cancer 2009-2013, de produire des indicateurs nationaux de santé utiles à la population, aux chercheurs, aux cliniciens et aux décideurs en santé publique et de mesurer leur hétérogénéité sur le territoire français. La poursuite de telles actions permettrait maintenant d'identifier les déterminants cliniques, démographiques, socioéconomiques ou organisationnels à l'origine de l'hétérogénéité constatée.

RÉFÉRENCES

- Bouvier AM, Dancourt V, Faivre J. Le rôle des registres de cancers dans la surveillance, la recherche épidémiologique et la prévention de la maladie. Bull Cancer 2003 ; 90 (10) : 865-71
- Dabakuyo TS, Bonnetain F, Roignot P, Poillot ML, Chaplain G, Altwegg T, Hedelin G, Arveux P. Population-based study of breast cancer survival in Cote d'Or (France): prognostic factors and relative survival. Ann Oncol. 2008 Feb;19(2):276-83.
- Dabakuyo TS, Fraisse J, Causeret S, Gouy S, Padeano MM, Loustalot C, Cuisenier J, Sauzedde JM, Smail M, Combier JP, Chevillote P, Rosburger C, Boulet S, Arveux P, Bonnetain F. A multicenter cohort study to compare quality of life in breast cancer patients according to sentinel lymph node biopsy or axillary lymph node dissection. Ann Oncol. 2009 Aug;20(8):1352-61. Epub 2009 May 25.
- Danzon A, Le Moal J, Chérié-Challine L, Viso AC. La surveillance épidémiologique des cancers en France: outils actuels et perspectives. BEH thématique. 331 janvier 2012 / n° 5-6 : 54-58.
- Gentil-Brevet J, Còlon na M, Danzon A, Grosclaude P, Chaplain G, Velten M, Bonnetain F, Arveux P. The influence of socio-economic and surveillance characteristics on breast cancer survival: a French population-based study. Br J Cancer. 2008 Jan 15;98(1):217-24.
- Hamidou Z, Causeret S, Dabakuyo TS, Gentil J, Arnould L, Roignot P, Altwegg T, Poillot ML, Bonnetain F, Arveux P. Population-based study of ovarian cancer in Côte d'Or: prognostic factors and trends in relative survival rates over the last 20 years. BMC Cancer. 2010 Nov 10; 10:622.
- Parkin DM, Wagner G, Muir CD (Eds). The role of the registry in cancer control. Lyon: IARC Scientific Publications no 66: International Agency for Research on Cancer, 1985.
- Turner JJ, Morton LM, Linet MS, Clarke CA, Kadin ME, Vajdic CM, Monnereau A, Maynadié M, Chiu BC, Marcos-Gragera R, Costantini AS, Cerhan JR, Weisenburger DD. InterLymph hierarchical classification of lymphoid neoplasms for epidemiologic research based on the WHO classification (2008): update and future directions. Blood 2010, 116



Édité par l'Institut National du Cancer (INCa)
Tous droits réservés - Siren 185 512 777
Conception/réalisation : INCa
Illustrations : DR
ISSN : 1959-6324

Pour plus d'informations
www.e-cancer.fr

Toutes les informations
sur le Plan cancer 2009-2013
www.plan-cancer.gouv.fr

Un accès direct, simple et dynamique
aux principales données actualisées
www.lesdonnees.e-cancer.fr

Institut National du Cancer
52, avenue André Morizet
92513 Boulogne-Billancourt Cedex

Tél. : 01 41 10 50 00
Fax : 01 41 10 50 20
diffusion@institutcancer.fr

RÉF. : DELPRICHK12