

CONTEXTE NATIONAL

Le cancer du côlon-rectum est le plus fréquent des cancers chez l'homme après celui de la prostate et celui du poumon, et chez la femme après le cancer du sein. Ce cancer est rare avant 50 ans, au delà son incidence augmente très rapidement. Le risque de cancer colorectal est une fois et demie plus élevé chez l'homme que chez la femme. On estime qu'un homme sur 17 et qu'une femme sur 20 en seront atteints au cours de son existence [1, 2]. Le nombre de nouveaux cas annuels, estimé par le réseau des registres du cancer (Francim), est d'environ 36 000 pour l'année 2000 en France métropolitaine, dont 53% survenant chez l'homme (17 000 cas). Entre 1990 et 2000, le taux d'incidence (standardisé sur la population mondiale) a augmenté de 7 % chez les hommes et de 5% chez les femmes [1-4].

La France est un pays à risque élevé de cancer colorectal : le taux d'incidence est voisin de ceux des autres pays d'Europe Occidentale, un peu plus faible que ceux d'Amérique du Nord et d'une partie de l'Océanie. Ce cancer est rare en Amérique du Sud, en Asie et surtout en Afrique [1].

Alors que l'incidence augmente, la mortalité par cancer du côlon-rectum diminue chez les hommes comme chez les femmes. Néanmoins, ce cancer a été responsable en 2003 d'environ 16 400 décès [5]. Cette évolution dissociée entre incidence et mortalité semble liée à un diagnostic plus précoce, associé à une amélioration du traitement (baisse de la mortalité opératoire et augmentation de l'opérabilité) [1].

La France est avec la Suisse le pays d'Europe où le taux de survie relative à 5 ans est le plus élevé : 54% pour les hommes et 57% pour les femmes [2, 6].

La France occupe une position moyenne par mortalité du côlon, et plutôt favorable pour celle du rectum [7, 8].

Les personnes atteintes d'un cancer du côlon-rectum sont le plus souvent admises en affection de longue durée (ALD) par leur régime d'Assurance maladie, afin de bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour les soins longs et coûteux nécessités par le diagnostic, le traitement et le suivi de cette affection. En 2004, 29 600 admissions en ALD ont ainsi été prononcées parmi les personnes relevant des 3 principaux régimes de l'assurance maladie [9]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD par cancer du côlon-rectum est estimé à 130 000 en 2004 [10].

Actuellement le traitement de référence du cancer du côlon-rectum non compliqué reste la chirurgie. Les données du Programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI) de l'année 2004 montrent que ce cancer a été la cause principale de plus de 76 000 séjours hospitaliers dans les services de courte durée dont près de 34 500 séjours chirurgicaux [11] (hors séjours itératifs pour séances de chimiothérapie ou de radiothérapie).

Le cancer du côlon-rectum est l'un des cancers susceptibles de bénéficier d'un dépistage de masse. Ce dernier repose sur un test de détection du sang occulte dans les selles (Hemocult®) qui permet de suspecter l'existence de polypes adénomateux, susceptibles de se transformer en cancer ou de lésions coloscéreuse à un stade précoce. En cas de test positif, une coloscopie est réalisée.

Le plan national cancer lancé en 2003 a réaffirmé la nécessité de poursuivre l'expérimentation du dépistage organisé du cancer colorectal [12-13]. En 2006, en France, un programme national de dépistage organisé pilote a été mis en place dans 23 départements métropolitains. Ce programme se développe progressivement, et doit être généralisé à l'ensemble des départements en 2007. Il propose un test de dépistage tous les deux ans aux personnes âgées de 50 à 74 ans. Ce programme devrait permettre de faire diminuer la mortalité par cancer colorectal de 15 à 20% dans la population dépistée, à condition que plus de 50% de la population concernée participe régulièrement au dépistage et qu'une coloscopie soit faite en cas de test positif [4, 14-15]

Les sujets à risque élevé (antécédents personnels ou familiaux de cancer colorectal, ou d'adénome de plus de 1 cm de diamètre, antécédents de maladie inflammatoire de l'intestin ou symptomatologie digestive d'apparition récente) doivent bénéficier d'un suivi spécifique par coloscopie. Des tests de dépistage des prédispositions génétiques peuvent également être proposés dans le cadre de consultation d'oncogénétique aux patients atteints de maladies associées aux gènes majeurs de susceptibilité du cancer colorectal (polypose adénomateuse familiale et syndrome de Lynch) et à leur famille [4].

La prévention primaire du cancer colorectal est également possible car l'alimentation joue un rôle important dans l'étiologie de ce cancer. Le rôle protecteur des légumes et le rôle favorisant d'un apport calorique élevé et de la sédentarité sont les faits les mieux établis [4]. Actuellement, cette prévention primaire s'inscrit principalement dans le cadre du plan national nutrition mis en place en 2001 [16, 17].

Des données récentes suggèrent que le tabac est un facteur d'apparition des adénomes et l'alcool un facteur d'augmentation de leur taille [18, 19].

SITUATION A LA REUNION

Deux sources d'informations permettent d'approcher l'incidence du cancer du côlon-rectum : le registre des cancers (géré par le Département) et les admissions en Affections de Longue Durée pour cancer du côlon-rectum.

- Selon les données du Registre des cancers, 160 nouveaux cas de cancers du côlon-rectum ont été diagnostiqués dans notre région en 2003.

- En moyenne, chaque année, sur la période 2002-2004, près de 130 Réunionnais ont été admis en ALD pour cette affection, par l'un des régimes d'assurance maladie.

- 53% des nouveaux cas de cancers colorectaux (et des admissions en ALD) sont féminins en 2003 ; à l'inverse en 1995 et 2000, respectivement 60 et 52% des cas incidents concernaient des hommes.

- Le cancer du côlon-rectum a été responsable d'environ 50 décès en moyenne chaque année sur la période 2001-2003. Il représente 7% des décès par cancers (chez l'homme comme chez la femme) : il constitue la 3^{ème} cause de mortalité par cancer chez la femme et la 7^{ème} chez l'homme.

- 57% des décès liés à cette affection sont masculins. A structure d'âge comparable, les taux standardisés de mortalité masculins sont 1,8 fois supérieurs aux taux féminins. La mortalité par cancer colorectal concerne majoritairement des personnes âgées : 70% des décès surviennent après 65 ans.

- Le taux de mortalité régionale par cancer colorectal est de 8 décès pour 100 000 hommes et de 6 décès pour 100 000 femmes. Les taux augmentent de manière quasi-continue avec l'âge pour atteindre un taux proche de 115 pour 100 000 chez les plus de 85 ans pour les femmes. Chez les hommes, le taux augmente régulièrement jusqu'à la tranche d'âge des 75-79 ans où il atteint un maximum de 133 décès pour 100 000 ; à partir de cet âge, le taux décroît.

- Comme en métropole, la mortalité régionale 2001-2003 connaît une forte tendance à la baisse depuis deux décennies (-65% par rapport à la période 1981-1983, et -73% en métropole).

- La Réunion est en sous-mortalité par rapport à la moyenne métropolitaine. La mortalité régionale est ainsi inférieure de 39% à la moyenne nationale chez les hommes, et de 46% chez les femmes.

CANCER DU COLON-RECTUM A LA REUNION

Nombre de nouveaux cas de cancer colorectal selon l'âge et le sexe

La Réunion (2003)

	Hommes		Femmes		Total	
	n	%	n	%	n	%
< 25 ans	0	0,0	2	2,4	2	1,3
25-44 ans	10	13,3	8	9,4	18	11,3
45-64 ans	32	42,7	27	31,8	59	36,9
65-84 ans	31	41,3	42	49,4	73	45,6
85 ans et +	2	2,7	6	7,1	8	5,0
Total	75	100,0	85	100,0	160	100,0
+ de 65 ans	33	44,0	48	56,5	81	50,6

Source : Registre des cancers (Département)

Exploitation ORS

Décès par cancer du côlon-rectum selon l'âge et le sexe

La Réunion (moyenne 2001-2003)

	Hommes		Femmes		Total	
	n	%	n	%	n	%
< 25 ans	0	0%	0	0%	0	0%
25-44 ans	0	0%	2	9%	2	4%
45-64 ans	10	36%	4	18%	14	28%
65-84 ans	17	61%	12	55%	29	58%
85 ans et +	1	4%	4	18%	5	10%
Total	28	100%	22	100%	50*	100%
+ de 65 ans	18	64%	16	73%	34	68%

Source : INSERM CépiDc

Exploitation ORS

* 3 cas non renseigné par rapport à l'âge.

Incidence estimée du cancer du côlon-rectum

La Réunion (1990-2003)

	Nombre de nouveaux cas		Taux d'incidence standardisé*	
	Hommes	Femmes	Hommes	femmes
1990	32	31	32,3	18,4
1995	41	27	25,6	13,6
2000	63	58	29,4	22,1
2003	75	85	34,4	32,3

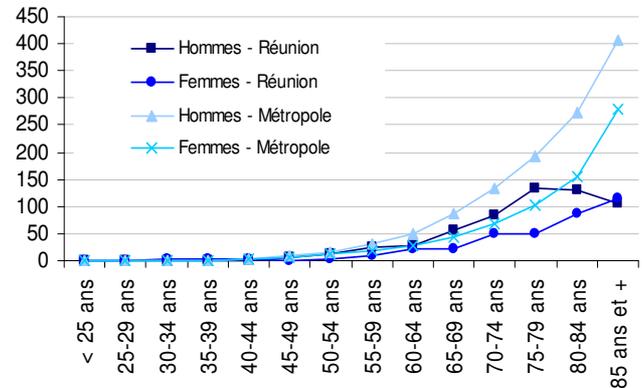
Source : Registre des cancers (Département)

Exploitation ORS

* standardisation sur la population européenne - unité : pour 100 000

Taux bruts de mortalité par cancer du côlon-rectum selon le sexe (Taux pour 100 000 personnes)

La Réunion et France métropolitaine (moyenne 2001-2003)



Source : INSERM-CEPIDC, FNORS

Exploitation ORS

Nombre d'admissions en Affections de Longue Durée (ALD) pour cancer du côlon-rectum selon l'âge et le sexe

La Réunion (moyenne 2002-2004)

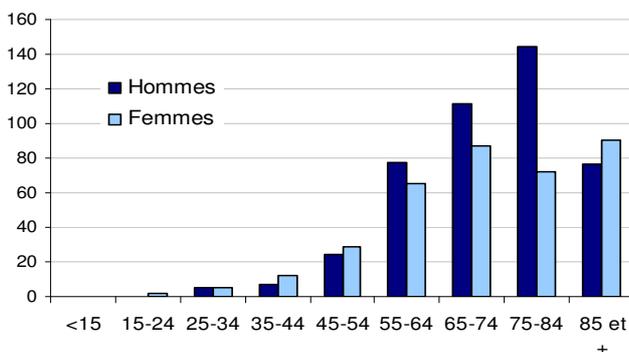
Age	Hommes		Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%
<25 ans	0	0,0	2	2,5
25-44 ans	7	11,3	10	15,5
45-64 ans	29	46,8	29	43,5
65-84 ans	25	40,3	23	34,0
85 ans et +	1	1,6	3	4,5
Total	62	100,0	67	100,0
65 ans et +	26	41,9	26	38,5

Source : CNAMTS, RSI, FNORS

Exploitation ORS

Taux d'admissions en affections de longue durée (ALD) pour cancer du côlon-rectum selon l'âge et le sexe (taux pour 100 000 personnes)

La Réunion (moyenne 2002-2004)



Source : CNAMTS, RSI, FNORS, INSEE

Exploitation ORS

Evolution du taux comparatif de mortalité par cancer du côlon-rectum

La Réunion et France métropolitaine

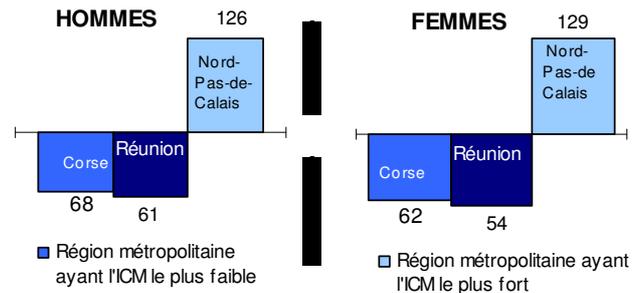
	1981-1983	1998-1992	2001-2003	Evolution par rapport à 1981-1983
Réunion	21,6	15,3	13,1	-65%
Métropole	13,3	11,1	7,7	-73%

Source : INSERM-CEPIDC, INSEE, FNORS

Exploitation ORS

Indices Comparatifs de mortalité par cancer du côlon-rectum

Moyenne 2001-2003



Source : INSERM CépiDc, INSEE, FNORS

Exploitation ORS

CANCER DU COLON-RECTUM A LA REUNION

DEFINITIONS

Incidence : nombre de nouveaux cas apparus sur une période donnée.

Tumeurs malignes du côlon-rectum : codes CIM9 153-154 ; codes CIM10 C18-C21.

Indice comparatif de mortalité (ICM) appelé aussi standardized mortality ratio (SMR) : cet indice permet de comparer, globalement ou pour une cause médicale de décès donnée, la mortalité dans la région ou dans un département, avec la moyenne nationale.

Il s'agit du rapport en base 100 entre le nombre de décès observés dans la région et le nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France Métropolitaine = 100). Un ICM de 61 signifie une mortalité inférieure de 39% à la moyenne métropolitaine. A l'inverse, un ICM de 164 signifie une mortalité supérieure de 64% à la moyenne métropolitaine.

Taux comparatif ou standardisé (sur l'âge) : taux permettant de comparer la situation de 2 territoires ou de 2 périodes en éliminant les effets liés aux différences de structure par âge.

Taux comparatif de mortalité (TCM) : Le taux comparatif (ou taux standardisé direct) est le taux que l'on observerait dans la région ou le département si elle avait la même structure par âge que la population de référence (population de France métropolitaine au recensement de 1990 généralement).

Taux d'incidence standardisé (taux par personne et par an) : C'est l'incidence que l'on observerait dans la population d'étude si elle avait la même structure par âge que la population standard (ici la standardisation est effectuée sur la population européenne).

ALD : Affection de Longue Durée (voir fiche « Affection de Longue Durée »).

CONTEXTE NATIONAL

Pour la rédaction de ce tableau de bord, nous nous sommes inspirés du travail de l'ORS Pays de la Loire qui a permis d'actualiser le contexte national. La source est citée dans l'encart « Références bibliographiques et sources ».

AFFECTIONS DE LONGUE DUREE

Les affections de longue durée (ALD) sont des maladies graves, nécessitant un traitement prolongé et des soins particulièrement coûteux. Ces affections, dont la liste est définie par un décret, sont actuellement au nombre de 30. Les personnes qui en sont atteintes peuvent bénéficier, à leur demande ou à celle de leur médecin, d'une exonération du ticket modérateur pour les soins liés à cette affection.

Le caractère médico-administratif des motifs d'admission en ALD limite leur utilisation directe dans un objectif épidémiologique. Mais l'intérêt de ces données est de mieux perçu aujourd'hui, notamment pour certaines pathologies et/ou certains groupes d'âge, en complémentarité d'autres sources de données ou dans une perspective de suivi temporel.

La liste des 30 maladies ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur (ALD 30) est présentée dans l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale, modifié par le décret n° 2004-1049 du 4 octobre 2004, publié au Journal officiel du 5 octobre.

Pour en savoir plus :

Consulter le tableau de bord sur les Affections de longue durée (édition 2004) sur le site de l'ORS : www.orsrun.net

REGISTRE DES CANCERS DE LA REUNION

Le registre des cancers de La Réunion fonctionne de façon continue depuis 1988. Il est géré, depuis sa création, par le Département de La Réunion au sein de la Direction de la Santé Publique. Il consiste en l'enregistrement de tous les cas incidents de cancers pour les patients domiciliés dans le Département.

Il permet la surveillance de l'évolution de la morbidité cancéreuse, l'évaluation des actions de prévention et des effets thérapeutiques.

En prenant en compte les spécificités de l'île, diversité ethnique, mode de vie, climat, environnement, les données du registre sont précieuses, et ce, d'autant que le plateau technique (moyens diagnostics et thérapeutiques) proposé aux Réunionnais est maintenant proche de celui de la Métropole.

Il est une source utile pour la recherche épidémiologique en étant le point de départ d'investigations étiologiques, grâce à la comparaison des incidences avec les autres registres.

PREVENTION DU CANCER

- **Ligue Nationale Contre le Cancer**

- 19 all Thuyas - 97400 SAINT DENIS - tel : 0262 30 06 00 - tel : 0262 20 12 11 - fax : 0262 20 93 88
- 13 Bis r Antoine Roussin - 97460 SAINT PAUL - tel-fax : 0262 26 61 03

- **ONCORUN**

Imm Europa 2 allée Bonnier - 97400 SAINT DENIS - tel : 0262 46 57 79

Repères bibliographiques et sources

[1] Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000

L. Remontet, A. Buemi, M. Velten et Al. InVS, Réseau Francim, Inserm, Hôpitaux de Lyon, 2003, 217p.

[2] Le cancer dans les régions de France. Mortalité, incidence, affections de longue durée, hospitalisations

FNORS, ORS de Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Limousin, Pays de La Loire, Rhône-Alpes, 2005, 76p. (coll. Les Etudes du Réseau des ORS)

[3] La santé observée dans les Pays de La Loire, Tableau de bord régional sur la santé

Observatoire Régional de la Santé des Pays de La Loire, 2^{ème} édition, juin 2007, 222p.

[4] Epidémiologie et prévention du cancer colorectal

J. Faivre, Ed. Springer-Verlag, 2001, 110p.

[5] Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003

Inserm CépiDc, exploitation FNORS – ORS.

[6] Survie des patients atteints de cancer en France : étude à partir des données des registres du réseau Francim

N. Bossard, M. Velten, L. Remontet et Al., Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, InVS, n°9-10, mars 2007, pp 66-69.

[7] Eurocare-3 : survival of cancer patients diagnosed 1990-94. Results and commentary

M. Sant, T. Aareleid, F. Berrino et Al. Annals of Oncology, vol. 14, suppl. 5, 2003, pp. 61-118.

[8] Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes

www.europa.eu.int/comm/eurostat

[9] Base nationale des Affections de Longue Durée (ALD) 2002-2004

CNAMTS – MSA – RSI, exploitation FNORS – ORS.

[10] Fréquence des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du Régime général de l'Assurance Maladie en 2004

A. Weill, N. Vallier, B. Salanave et Al. Pratiques et Organisation des Soins, Cnamts, vol. 37, n°3, juillet-septembre 2006, pp. 173-188.

[11] Base nationale PMSI MCo 1998-2004, exploitation DREES

[12] Cancer : plan de mobilisation nationale

Mission Interministérielle pour la lutte contre le cancer, 2003, 44p.

[13] La dynamique du plan cancer : un an d'action et de résultats

Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer, Plan cancer cancer, Rapport annuel, 2004, 39 p.

[14] Le cancer colorectal en France. Évaluation 2002 à 2004

H. Goulard, R. Ancelle-Park, M. Julien, J. Bloch, InVS, Saint-Maurice, janvier 2006, 6 p.

[15] Dépistage du cancer colorectal : état des lieux et perspectives

E. Dorval, Ed. Springer-Verlag, 2006, 129p.

[16] Programme national nutrition santé, PNNS 2001-2005

Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère délégué à la santé, 40p. www.sante.gouv.fr

[17] Deuxième programme national nutrition santé 2006 – 2010, actions et mesures

Ministère de la santé et des solidarités, septembre 2006, 51p. <http://www.mangerbouger.fr/pnns/index.php>; www.sante.gouv.fr

[18] Tobacco, alcohol and colorectal tumors : a multishep process

M-C. Boutron, J. Faivre, V. Quipourt, P. Seness, Am J Epidemiol, 1995, 141, 1038-46.

[19] Cancer côlo-rectal in Cancers: prévention et dépistage

D. Sautereau, N. Bouarioua, N. Tubiana-Mathieu, Masson, Paris 2002, 215p.

Pour en savoir plus

Les causes du cancer en France, version abrégée

Académie Nationale de médecine, Académie des sciences – Institut de France, Centre International de Recherche sur le Cancer (OMS – Lyon), Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, avec le concours de l'Institut National du cancer et de l'InVS, septembre 2007, 48p.

Cancer in the European Community and its member states

O-M Jensen, Eur J Cancer, vol 26 n°1, 11-12, 1-1990, p 1 1167-1256.

Estimations d'incidence des cancers 1980-2000

Réseau national des registres des cancers Francim, exploitation FNORS – ORS.

Dépistage des cancers dans les Pays de la Loire – Tableau de bord des indicateurs de fréquence et de couverture du dépistage pour les cancers du sein, du côlon-rectum et du col de l'utérus. Mise à jour décembre 2006

ORS des Pays de La Loire, 2006, 84p.

Variations géographiques des décès par cancers accessibles au dépistage dans les régions métropolitaines, France, 1998-2002

L. Charié-Challine, M. Boussac-Zarebska, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, InVS, n°9-10, mars 2007, pp.70-73.

La prise en charge du cancer

Dossier coordonné par C. Bara et S. Cotte, Actualité et dossier en Santé Publique, HCSP, n°51, juin 2005, pp.3-58.

Rapport de Commission d'orientation sur le cancer

L. Abenham, Commission d'orientation sur le cancer. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Ministère délégué à la recherche et aux nouvelles technologies, 2003, 336p.

La prise en charge du cancer

Dossier coordonné par C. Bara et S. Cotte, Actualité et dossier en Santé Publique, HCSP, n°51, juin 2005, pp.3-58.

L'analyse des séjours chirurgicaux au sein du PMSI : un nouvel indicateur pour l'observation des cancers

M-C. Mouquet, L. Cherie-Challine, C. Marescaux, Drees Document de travail, Série Etudes n° 27, novembre 2002.

Cancer incidence in five continents

International agency for research on cancer world health organization, International association of cancer registries., IARC Scientific Publication, vol II n°143, Lyon, 1997, 1240 p.

Remerciements

Ce tableau de bord n'aurait pu être réalisé sans la participation de nos différents partenaires et producteurs de données. Nous tenons en particulier à remercier : la DRASS, la FNORS, l'INSEE, l'INSERM, l'ORS Pays de la Loire, le Registre des cancers (Département).

Contributions : Dr C. Deloffre (Département), Dr J-Y. Vaillant (Département)

