

Le cancer colorectal

Décembre 2012

**Béatrice BOUFFARD (ORS), Julie DEBARRE (ORS), Gautier DEFOSSEZ (Registre),
Julien GIRAUD (ORS), Pierre INGRAND (Registre/ORS)**

La surveillance épidémiologique des cancers entre dans le cadre plus général d'observation de l'état sanitaire de la population régionale. Cette observation constitue une aide au pilotage et à l'évaluation des mesures de prévention et de prise en charge des cancers, telles qu'elles sont mentionnées dans le schéma régional de prévention (fiche n° 3) [1]. De même, le renforcement de la surveillance épidémiologique des cancers est inscrit dans le plan cancer 2009-2013 (mesure 7) [2]. L'ancienneté du dispositif d'enregistrement des causes de décès permet une analyse de la situation épidémiologique des cancers sur de longues périodes temporelles et des échelles infrarégionales. Utiles pour la formulation d'hypothèses sur les variations du risque cancer, les indicateurs de mortalité ne suffisent cependant pas pour mesurer ce risque [3].

Ainsi, l'analyse de la situation épidémiologique des cancers doit reposer sur la confrontation des données de mortalité et d'incidence. Pour la première fois en Poitou-Charentes, cette confrontation est rendue possible par la production, par le Registre des cancers de la région, des taux d'incidence par localisation.

Le financement de l'Agence régionale de la santé Poitou-Charentes permet la publication, via un partenariat entre l'Observatoire régional de la santé et le Registre, de 8 fiches sur l'épidémiologie des cancers définis comme prioritaires dans la région (cf. *localisations ci-contre*), traduisant les analyses conjointes des indicateurs de mortalité et d'incidence.

Liste des localisations étudiées

Mélanome de la peau

Cancer colorectal

Cancer du sein

Cancer de la prostate

Cancer broncho-pulmonaire

Cancer du col de l'utérus

Lymphome malin non hodgkinien

Myélome

SYNTHÈSE 43 décès annuels dus au cancer colorectal pour 100 nouveaux cas dans la région

Le cancer colorectal (CCR) est une tumeur maligne de la muqueuse du côlon ou du rectum, représentant aujourd'hui en France le 3^{ème} cancer le plus fréquent derrière le cancer de la prostate et le cancer du sein et la 2^{ème} cause de décès par cancer après le cancer du poumon. Le CCR se développe dans 60 à 80 % des cas à partir d'une tumeur bénigne, appelée aussi polype ou adénome, qu'il convient de détecter et d'enlever par coloscopie pour que le cancer n'apparaisse pas. La recherche de sang dans les selles est aujourd'hui un moyen efficace de dépister la maladie à un stade précoce de son développement. La coloscopie permet d'en affirmer le diagnostic.

	Hommes			Femmes		
	Effectif	TsM (1)	TsE (2)	Effectif	TsM (1)	TsE (2)
Incidence en Poitou-Charentes (2008-2009)	782	38,9	59,0	635	24,4	36,7
Mortalité en Poitou-Charentes (2007-2009)	331	14,4	23,2	274	8,1	13,0
Ratio Mortalité/Incidence	42 % (3)			43 %		

(1) TsM : Taux standardisé sur la population mondiale (pour 100 000 habitants)
(2) TsE : Taux standardisé sur la population européenne (pour 100 000 habitants)
(3) Note de lecture : chez les hommes pour 100 cas de cancer colorectal, 42 décès sont comptabilisés.

Sources : Registre des cancers Poitou-Charentes, Inserm CépiDc, Insee Rp 2008-2009
Exploitations : Registre des cancers Poitou-Charentes, ORS Poitou-Charentes

La région Poitou-Charentes enregistre en moyenne annuelle **43 décès dus au cancer colorectal pour 100 nouveaux cas**, 55 % de décès et de nouveaux cas concernent les hommes. L'incidence au niveau national augmente régulièrement depuis 1980 mais montre depuis 2000 un ralentissement, tandis que la mortalité diminue de 22 % depuis 1990 quel que soit le sexe. Cette évolution dissociée entre incidence et mortalité suggère l'effet d'un diagnostic plus précoce du CCR et d'une amélioration de son pronostic.

L'incidence masculine et la mortalité par CCR sont particulièrement élevées dans le département des **Deux-Sèvres**. Les comparaisons départementales indiquent également une surmortalité masculine dans la Vienne ainsi qu'une sous mortalité en Charente.

La moitié des CCR infiltrants ont été diagnostiqués après 75 ans (alors que la moyenne d'âge au diagnostic est de 70 ans en France [8]) et près d'un tiers des CCR sont métastatiques au diagnostic (stade IV). La plupart des CCR naissant d'un adénome, l'**amélioration de la détection précoce** et de la résection de cette tumeur bénigne reste un objectif majeur.

Contexte : Nutrition et hérédité sont les deux principaux facteurs de risque

De bonnes règles hygiéno-diététiques et une participation au dépistage organisé permettent de réduire les risques de CCR

Les facteurs étiologiques majeurs sont l'alimentation riche en graisses, en sucres raffinés et en protéines animales, associée à un faible niveau d'activité physique. Le tabac et l'alcool pourraient également jouer un rôle néfaste, le premier en favorisant la survenue de polypes, le second en contribuant à l'augmentation de leur taille. A l'inverse, il est bien établi qu'une consommation élevée de fruits et légumes joue un rôle protecteur, les mécanismes invoqués étant le plus souvent l'effet antioxydant des caroténoïdes, des vitamines C et E et du sélénium. Le CCR a pour caractéristique d'être habituellement précédé par un polype adénomateux. Or, sur 100 adénomes, 10 atteindront une taille d'1 cm et 25 deviendront des cancers en une dizaine d'années. Un programme de dépistage a donc été généralisé à l'ensemble du territoire national en 2008 pour les personnes âgées de 50 à 74 ans afin d'identifier la maladie à un stade précoce de son développement par la recherche de sang occulte dans les selles (test Hémocult®). Selon plusieurs études [4;5;6], il est établi qu'en proposant un test Hémocult® tous les 2 ans à chaque personne âgée de 50 à 74 ans dites à risque moyen, suivi d'une coloscopie en cas de positivité du test, il est possible de diminuer de 15 à 20 % la mortalité par CCR, en se basant sur un taux de participation de 50 %. Sur la période 2009-2010, le taux national de participation au programme était de 34 % (36,5 % chez les femmes et 31,4 % chez les hommes). En Poitou-Charentes, sur la même période, ce taux était de 37,1 % [7].

Un risque accru dans certaines situations

Certaines personnes ont un risque plus important d'être atteint de CCR et répondent donc à une stratégie de dépistage ciblée par coloscopie d'emblée. C'est le cas des personnes à risque élevé ayant un antécédent personnel de tumeur colorectale, un antécédent familial d'adénome ou de CCR, des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Les personnes à risque très élevé sont celles ayant un antécédent familial au premier degré de tumeur colorectale avec la polypose adénomateuse familiale ainsi que celles ayant des cancers colorectaux héréditaires sans polypose (syndrome de Lynch).

Un taux de mortalité en diminution progressive depuis 20 ans

En 2009, 17 042 personnes sont décédées d'un CCR en France. Depuis 1990, le taux de mortalité par cancer colorectal a diminué de 22 % de manière progressive, en France comme en Poitou-Charentes. Chez les hommes, les taux régionaux sont toujours supérieurs aux taux nationaux alors que chez les femmes, les niveaux sont identiques.

Un ralentissement de l'évolution des taux d'incidence depuis 2000

En 2011, le nombre de nouveaux cas de CCR en France est estimé à 40 500, 21 300 hommes et 19 200 femmes. Entre 1980 et 2005, l'incidence a augmenté de 0,5 % par an chez les hommes et de 0,3 % chez les femmes. Cependant, les tendances récentes montrent un ralentissement de l'évolution des taux d'incidence pour les deux sexes entre 2000 et 2005. Cette évolution, avérée aux États-Unis, reste à confirmer en France. Les raisons de cette baisse ne sont pas encore établies [8].

Une tumeur fréquemment localisée au niveau du côlon et plus souvent masculine

Tableau 1 : Caractéristiques des patients atteints de tumeur colorectale en Poitou-Charentes

Caractéristiques des patients (2008 et 2009)	Néoplasie de haut grade (n=1 194)	Cancer <i>in situ</i> et intra-muqueux*	Cancer infiltrant (n=2 834)	P
Sexe				
Hommes	771 (65%)	209 (63 %)	1 565 (55 %)	< 0,0001
Femmes	423 (35 %)	122 (37 %)	1 269 (45 %)	
Moyenne d'âge au diagnostic	66,6 [65,9;67,2]	68,7 [67,6;69,9]	72,6 [72,2;73,1]	< 0,0001
Répartition par classes d'âge				
15-49	84 (7 %)	14 (4 %)	115 (4 %)	< 0,0001
50-74	792 (66 %)	220 (66 %)	1 302 (46 %)	
75 et +	318 (27 %)	97 (30 %)	1 423 (50 %)	
Localisation				
Côlon	889 (75 %)	220 (66 %)	1 757 (62 %)	< 0,0001
Rectum et jonction	305 (25 %)	108 (33 %)	1 007 (36 %)	
Anus et canal anal	-	3 (1 %)	70 (2 %)	
Département de domicile	64 NR			
Charente	98 (8 %)	27 (8 %)	518 (18 %)	< 0,0001
Charente-Maritime	371 (31 %)	196 (59 %)	1 018 (36 %)	
Deux-Sèvres	275 (23 %)	65 (20 %)	646 (23 %)	
Vienne	386 (32 %)	43 (13 %)	652 (23%)	

* Le stade intra-muqueux correspond à une invasion du chorion muqueux sans risque d'envahissement lymphatique (classification de Vienne) et est ainsi classé parmi les cancers *in situ* (recommandation internationale)

NR : Non renseigné

Source et exploitation : Registre des cancers Poitou-Charentes

Le registre Poitou-Charentes a recensé 4 359 patients atteints de tumeur colorectale en 2008 et 2009 : 1 194 néoplasies de haut grade (27 %), 331 cancers *in situ* et intra-muqueux (8 %) et 2 834 CCR infiltrants (65 %).

Près de 94 % des CCR infiltrants étaient des adénocarcinomes. Parmi les néoplasies de haut grade, 52 % étaient des adénomes tubulo-villeux, 42 % des adénomes tubuleux et 6 % des adénomes villosités.

La moitié des CCR infiltrants ont été diagnostiqués après 75 ans contre 66 % dans la tranche d'âge 50-74 ans pour les formes non infiltrantes.

Ces tumeurs concernaient plus souvent les hommes. Elles étaient localisées plus fréquemment au niveau du côlon, principalement pour les néoplasies de haut grade.

Près d'un tiers des CCR (31 %) étaient métastatiques au diagnostic (stade IV).

La moitié des CCR sont diagnostiqués après 75 ans

Tableau 2 : Nombre de nouveaux cas et de décès annuels moyens par cancer colorectal en Poitou-Charentes

Effectif	Incidence (2008-2009)			Mortalité (2007-2009)		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Effectif	782	635	1417	331	274	605
Age au diagnostic ou au décès (ans)						
Moyenne [Intervalle de confiance à 95%]	71,8 [71,2;72,4]	73,6 [73,0;74,4]	72,6 [72,2;73,1]	73,6 [72,9;74,3]	76,5 [75,7;77,3]	74,9 [74,4;75,4]
Médiane (min-max)	73 (28-98)	76 (32-101)	75 (28-101)	-	-	-
De 15 à 49 ans	27 (3 %)	30 (5 %)	57 (4 %)	7 (2 %)	6 (2 %)	13 (2 %)
De 50 à 74 ans	395 (51 %)	255 (40 %)	650 (46 %)	127 (38 %)	77 (28 %)	204 (34 %)
75 ans et plus	360 (46 %)	350 (55 %)	710 (50 %)	197 (60 %)	191 (70 %)	388 (64 %)
Département de domicile						
Charente	143 (18 %)	114 (18 %)	257 (18 %)	56 (17 %)	49 (18 %)	105 (17 %)
Charente-Maritime	280 (36 %)	231 (36 %)	511 (36 %)	126 (38 %)	106 (39 %)	232 (38 %)
Deux-Sèvres	181 (23 %)	142 (23 %)	323 (23 %)	69 (21 %)	64 (23 %)	133 (22 %)
Vienne	178 (23 %)	148 (23 %)	326 (23 %)	80 (24 %)	56 (20 %)	136 (22 %)

Sources : Registre des cancers Poitou-Charentes, Inserm CépiDc

Exploitations : Registre des cancers Poitou-Charentes, ORS Poitou-Charentes

En moyenne chaque année, **1 417 nouveaux cas et 605 décès** dus à un CCR sont enregistrés en Poitou-Charentes. Parmi eux, 55 % des nouveaux cas et 55 % des décès sont masculins. Le CCR est le **second cancer le plus fréquent** en région Poitou-Charentes, après le cancer de la prostate. Il est également situé au 2^{ème} rang des cancers les plus mortels, après le cancer broncho-pulmonaire pour les hommes et le cancer du sein pour les femmes. La moyenne d'âge au diagnostic est de 73 ans (moyenne nationale de 70 ans [8]), et l'âge moyen au décès est de 75 ans. La moitié des CCR sont **diagnostiqués après 75 ans** et environ les deux tiers des décès ont lieu après cet âge.

Un taux d'incidence masculin élevé et une surmortalité dans les Deux-Sèvres

Tableau 3 : Taux bruts et taux standardisés d'incidence et de mortalité du cancer colorectal selon le sexe (pour 100 000 personnes-années)

	Incidence (2008-2009)			Mortalité (2007-2009)		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Taux brut	91,5	69,8	80,3	39,0	30,3	34,5
Taux standardisé (Réf. Europe)						
France (incidence 2005 [8]- mortalité 2007-09)	56,6	36,5	46,6	21,8	12,7	16,6
Poitou-Charentes	59,0	36,7	46,6	23,2	13,0	17,4
Charente	55,1	33,2	43,0	19,2	11,1	14,6*
Charente-Maritime	56,1	34,7	44,2	23,6	13,3	17,7
Deux-Sèvres	67,0*	41,8	53,3	23,3	15,1	18,6*
Vienne	60,1	38,3	47,9	25,9*	12,5	18,2
Taux standardisé (Réf. Monde)						
France (incidence 2005 [8]- mortalité 2007-09)	37,7	24,5	31,1	13,7	8,0	10,5
Poitou-Charentes	38,9	24,4	31,0	14,4	8,1	10,9
Charente	36,6	22,5	28,9	12,0	6,9	9,1*
Charente-Maritime	36,7	22,8	29,1	14,7	8,3	11,1
Deux-Sèvres	44,9*	28,1	35,9	14,3	9,4	11,5
Vienne	39,0	25,6	31,6	16,1*	8,0	11,5

* indique une différence significative avec la France métropolitaine à 5 %

Sources : Registre des cancers Poitou-Charentes, Francim 2005 [6], Inserm CépiDc, Insee RP 2008 et 2009

Exploitations : ORS Poitou-Charentes, Registre des cancers Poitou-Charentes

Le taux d'incidence régional de CCR est proche de la moyenne nationale. En 2007-2009, le taux régional de mortalité chez les hommes comme chez les femmes est également similaire à celui de la France.

A l'intérieur du territoire régional, les taux d'incidence les plus importants de CCR sont observés dans le département des Deux-Sèvres, avec des taux d'incidence significativement plus élevés que ceux estimés au niveau national chez les hommes. Le constat est similaire pour la mortalité par CCR avec des taux de mortalité significativement plus élevés qu'en France dans le département des Deux-Sèvres tous sexes confondus et également une surmortalité masculine dans le département de la Vienne. Au contraire, la Charente présente une sous-mortalité par cancer colorectal par rapport au territoire national.

METHODOLOGIE LES SOURCES

✖ Données d'incidence

Les données d'incidence sont fournies par le recensement actif des nouveaux cas de cancer par le registre au sein de la population de Poitou-Charentes, quel que soit le lieu de prise en charge. Les sources de notification des cas incidents de cancer sont multiples en région, sur les départements limitrophes et plusieurs structures d'attraction spécifiques en région parisienne (110 structures partenaires) : laboratoires d'anatomie et de cytologie pathologiques et CRISAP Poitou-Charentes, départements d'information médicale des établissements de santé et CORIM Poitou-Charentes, déclarations d'Affections de longue durée (ALD) du régime général de l'Assurance maladie, du régime social des indépendants (RSI) et du régime agricole (MSA), fiches de réunion de concertation pluridisciplinaire en oncologie, et données de l'Enquête permanente cancer des CRLCC limitrophes (Institut Bergonié et Institut de Cancérologie de l'Ouest). Avant leur exploitation statistique, les données médicales sont croisées, vérifiées manuellement puis codées selon les standards nationaux et internationaux d'enregistrement (IACR, IARC, Francim). Les données sont disponibles pour les années 2008 et 2009.

✖ Données de mortalité

Etablie à partir du certificat et du bulletin de décès, la statistique nationale des causes médicales de décès est élaborée annuellement depuis 1968 par le CépiDc de l'Inserm, en collaboration avec l'Insee. Les décès des personnes domiciliées au niveau régional et national sont enregistrés de manière quasi-exclusive. La période étudiée est 2007-2009.

✖ Données de population

Les données de population ont été fournies par le recensement de population de l'Institut de statistique et des études économiques (INSEE). La population prise en compte dans cette fiche est la population moyenne sur la période 2008-2009.

LES INDICATEURS

- le nombre de décès annuels moyens pour la période 2007-2009 et le nombre de nouveaux cas annuels moyens pour la période 2008-2009 pour la région Poitou-Charentes,
- le taux brut de mortalité (ou d'incidence) correspondant au nombre de décès (ou de nouveaux cas) pour 100 000 individus,
- le taux de mortalité (ou d'incidence) standardisé TsM (standardisation sur la population mondiale de 1976 [9]) ou TsE (standardisation sur la population européenne) correspondant au nombre de décès (ou de nouveaux cas) sur 100 000 individus si la population étudiée (régionale ou départementale) avait la même structure d'âge et de sexe que la population de référence (mondiale ou européenne). Cette méthode de standardisation permet de comparer les taux à des échelles géographiques et des périodes différentes.
- le ratio mortalité sur incidence est le rapport entre le nombre de décès observés sur 100 nouveaux cas observés sur la même période.

LES CODES ET LES NOMENCLATURES

Les causes de décès sont codées selon la 10^{ème} version de la Classification internationale des maladies (CIM-10). La topographie et la morphologie des tumeurs sont codées selon la Classification internationale des maladies en oncologie – 3^{ème} révision. Seuls les comportements invasifs sont considérés pour le calcul des taux d'incidence. Le tableau suivant précise les codes utilisés pour le cancer colorectal :

Localisation cancéreuse	Cim03 topo	Cim03 morpho	Cim-10
Côlon-Rectum-Anus	C18-21	Toutes	C18-C21

Références bibliographiques

- [1] ARS Poitou-Charentes. Projet régional de santé du Poitou-Charentes - Schéma régional de prévention. Décembre 2011. 210 p.
- [2] INCa. Plan cancer 2009-2013. Février 2009. 138 p.
- [3] InVS. Surveillance épidémiologique des cancers en France : utilisation des bases de données medico-administrative. BEH n°5-6. 31 janvier 2012. p 53-84.
- [4] Kronborg O et al. Randomised study of screening for colorectal cancer with faecal-occult-blood test. Lancet. 1996 Nov 30;348(9040):1467-71.
- [5] Hardcastle JD et al. Randomised controlled trial of faecal-occult-blood screening for colorectal cancer. Lancet. 1996 Nov 30;348(9040):1472-7.
- [6] Faivre J et al. Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study. Gastroenterology. 2004 Jun;126(7):1674-80.
- [7] DREES. Dépistage du cancer colorectal in l'Etat de santé de la population en France. Suivi des objectifs de la loi de santé Publique. Rapport 2011. p. 258-261.
- [8] Belot A. et al. Estimation de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1980 à 2005. Rev Epidemiol Sante Publique. 2008 Jun;56(3): 159-75.
- [9] Waterhouse J. and al. Cancer Incidence in Five continents, Lyon, IARC, 1976. Vol.3. p.456.

Pour en savoir plus :

- INCa, La ligue contre le cancer. Les traitements du cancer du colon. Mars 2010. 67 pages. (Téléchargeable sur www.e-cancer.fr)
 INCa, La ligue contre le cancer. Les traitements du cancer du rectum. Juillet 2010. 79 pages. (Téléchargeable sur www.e-cancer.fr)

Vous pouvez retrouver l'ensemble des fiches sur les sites du registre (<http://medphar.univ-poitiers.fr/registre-cancers-poitou-charentes/index.php>), de l'ORS (www.ors-poitou-charentes.org) et du site ESPRIT (www.esprit-poitou-charentes.com).

