

CONTEXTE NATIONAL

Selon les estimations établies par le Réseau français des registres des cancers (Francim), le nombre de nouveaux cas annuels de cancers du côlon-rectum diagnostiqués en France est passé de 25 500 à 36 400 entre 1985 et 1995. Pendant cette période, le taux d'incidence (standardisé sur la population mondiale) est passé de 22 à 27 pour 100 000 chez les hommes et de 35 à 42 chez les femmes. Ces cancers occupent la troisième place après le cancer du poumon et de la prostate chez les hommes et la seconde place après le cancer du sein chez les femmes. La majorité des cas (61 %) sont des cancers du côlon, et les autres, moins fréquents, sont des cancers du rectum (27 %) ou de la jonction recto-sigmoïdienne (12 %) [1].

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

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

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

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

SITUATION EN ALSACE : FAITS MARQUANTS

- *L'Alsace se trouve en tête des régions où la mortalité par cancer colo-rectal est la plus élevée chez les hommes et en deuxième position chez les femmes.*
- *Entre les périodes 1988-90 et 1995-97, la mortalité par cancers du côlon et du rectum a diminué significativement (-11 %) chez les hommes*
- *Le taux d'incidence est en discrète augmentation chez les hommes et chez les femmes.*
- *Les taux de mortalité croissent avec l'âge et près de 50 % des décès observés surviennent après 75 ans.*
- *Chaque année, environ 500 personnes en moyenne sont admises en affection de longue durée dans la région pour cancers du côlon et du rectum.*

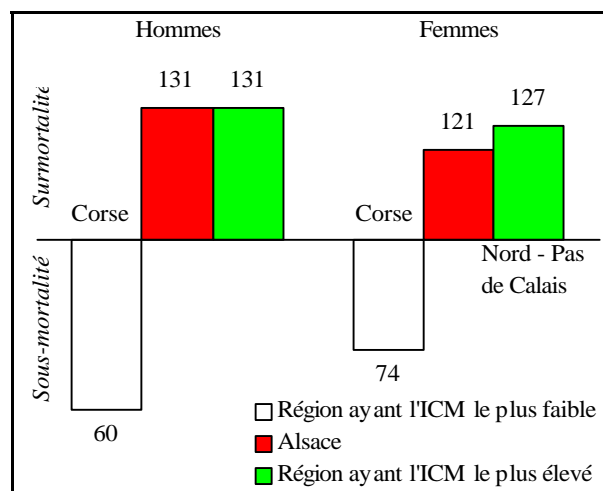
● Surmortalité par cancer colo-rectal en Alsace

Au cours de la période 1995-97, 499 décès annuels par cancer colo-rectal sont survenus en Alsace (260 hommes et 239 femmes). Les taux bruts de mortalité s'élèvent à 31,1 pour 100 000 habitants chez les hommes et à 27,4 pour 100 000 habitants chez les femmes.

L'Alsace se retrouve, chez les hommes, en tête des régions où la mortalité par cancer colo-rectal est la plus élevée, et en seconde position chez les femmes. L'écart entre les régions est important avec des ICM qui varient chez les hommes de 131 dans notre région à 60 en Corse, et chez les femmes de 127 en Nord-Pas-de-Calais à 74 en Provence-Alpes-Côtes d'Azur.

L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test du chi² au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.

Indices comparatifs de mortalité (ICM)
par cancers du côlon et du rectum en 1995-97
(ICM France métropolitaine = 100)



Sources : INSERM SC8, INSEE estimations 1.1.96 et 97
Exploitation ORS

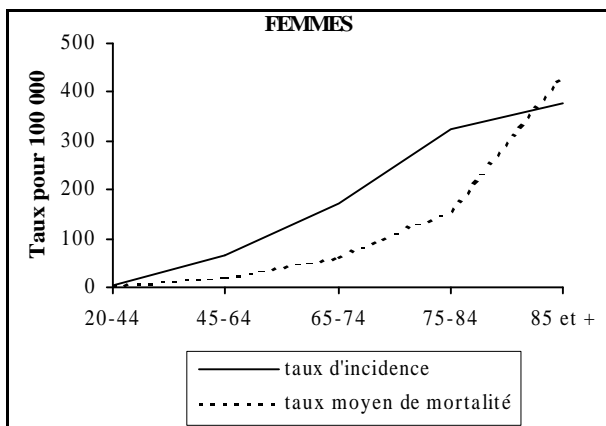
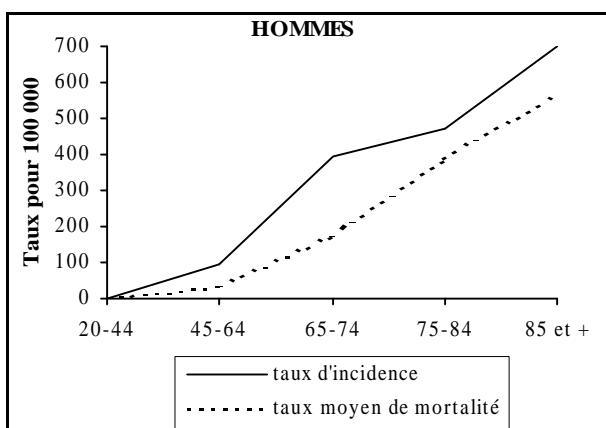
LES CANCERS DU COLON ET DU RECTUM

Incidence en 1996 et mortalité en 1995-97 par cancers du côlon-rectum en Alsace

	20-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et +	Total
Incidence 1996						
HOMMES						
nb cas /ans	6	175	221	91	41	534
taux /100 000	1,8	96,1	396,5	472,8	698,6	64,7*
FEMMES						
nb cas /ans	16	117	135	128	69	465
taux /100 000	4,9	65,1	170,9	322,7	375,9	53,8*
Mortalité 1995-97						
HOMMES						
nb cas /ans	4	57	93	69	37	260
taux /100 000	1,2	30,2	159,8	329,1	620,3	31,1*
FEMMES						
nb cas /ans	8	33	57	72	70	239
taux /100 000	2,3	18,0	70,9	170,5	364,7	27,4*

Sources : Registres des Cancers 67 et 68, INSERM SC8
INSEE estimations Exploitation ORS
* Taux annuels bruts

Taux d'incidence en 1996 et taux moyen de mortalité en 1995-97 par cancers du côlon-rectum en Alsace



Sources : Registres des Cancers 67 et 68, INSERM SC8
INSEE estimations Exploitation ORS

● Près d'un tiers de nouveaux cas de cancers du côlon-rectum se déclare chez les personnes de moins de 65 ans

En 1996, on recense 534 nouveaux cas de cancers du côlon-rectum chez les hommes pour 260 décès (1995-97). Pour les femmes l'effectif annuel est de 465 cas pour 239 décès.

Ce cancer est plus précoce chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes, 34 % des nouveaux cas se déclarent avant 65 ans et 75 % avant 75 ans. Chez les femmes, 29 % des nouveaux cas se déclarent avant 65 ans et 58 % avant 75 ans. Pour les deux sexes, le taux d'incidence augmente avec l'âge.

Les Registres des Cancers en Alsace

Pionnier en France, le Bas-Rhin dispose d'un registre des cancers depuis 1975. Le Haut-Rhin l'a suivi en 1988. A ce jour, les années 1988 à 1996 sont communes aux deux registres. Ce qui permet de disposer des données d'incidence effectivement observées dans la région.

● Les décès surviennent plus tardivement

Chez les hommes, 23 % des décès surviennent avant 65 ans et 59 % avant 75 ans. Le taux de décès augmente avec l'âge.

Chez les femmes, 17 % des décès surviennent avant 65 ans et 41 % avant 75 ans. Le taux de décès augmente avec l'âge.

Ce n'est que chez les femmes de 85 ans ou plus que l'on observe une mortalité supérieure à l'incidence.

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

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

LES CANCERS DU COLON ET DU RECTUM

● Les cancers du côlon et du rectum représentent 12 % des admissions en ALD pour cancers

Au cours de la période 1993-95, 512 cas (279 hommes et 233 femmes) de cancers du côlon et du rectum sont reconnus chaque année en affection de longue durée par les trois principaux régimes de sécurité sociale.

Près de 61 % de ces cas concernent des personnes entre 55 et 74 ans.

● Un taux d'incidence des cancers du côlon-rectum en hausse

Le nombre de nouveaux cas de cancers du côlon-rectum entre 1988 et 1996 varie de 487 à 534 chez les hommes et de 430 à 465 chez les femmes. On constate que le taux d'incidence standardisé augmente de 4 % chez les hommes alors qu'il est stable chez les femmes.

● Diminution de la mortalité masculine par cancers du côlon et du rectum entre 1988-90 et 1995-97

Entre 1981-83 et 1995-97, les effectifs moyens de décès chez les hommes (231 pour 260) comme chez les femmes (217 pour 239) ont connu de légères augmentations.

Les taux comparatifs de mortalité qui éliminent les variations liées à la structure par âge de la population permettent d'affiner ces observations.

Chez les hommes, en Alsace comme en France, la mortalité par cancers du côlon et du rectum a diminué significativement entre les deux périodes.

En l'espace de 14 ans, le taux comparatif masculin a diminué de 10,4 % en Alsace et de 10,1 % en France métropolitaine.

Chez les femmes, la diminution observée n'est significative que pour la France métropolitaine (-14,7 %).

Admissions en affections de longue durée pour cancers du côlon et du rectum en Alsace en 1993-95 (moyenne annuelle)

Age	Hommes		Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%
25-34 ans	3	1,0	3	1,3
35-44 ans	7	2,6	9	3,9
45-54 ans	32	11,5	21	8,9
55-64 ans	85	30,3	53	22,6
65-74 ans	95	34,1	79	33,8
75-84 ans	46	16,5	48	20,5
85 ans et plus	11	4,1	21	9,0
Total	279	100,0	233	100,0

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM

Exploitation ORS

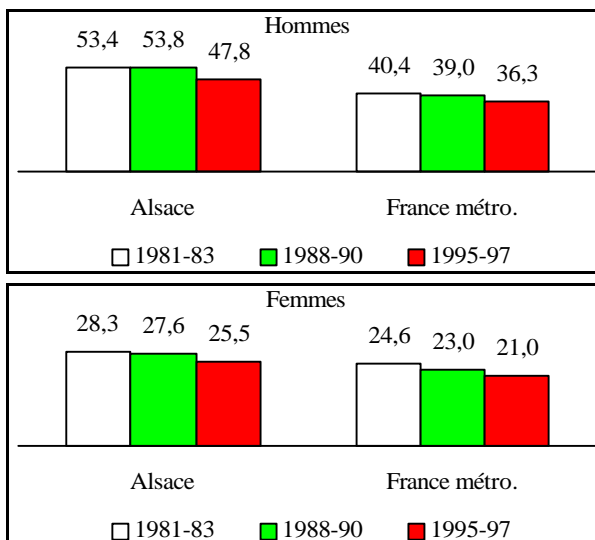
Incidence du cancer du côlon-rectum en 1988 et en 1996 en Alsace

	1988	1996
Hommes		
Nombre de nouveaux cas / an	487	534
Taux d'incidence pour 100 000 *	47,3	49,0
Femmes		
Nombre de nouveaux cas / an	430	465
Taux d'incidence pour 100 000 *	28,7	28,7

Source : Registres des Cancers 67 et 68

* Taux standardisé sur la population mondiale

Evolution de la mortalité* par cancers du côlon-rectum entre 1981-83, 1988-90 et 1995-97



Sources : INSERM SC8, INSEE RGP 90, INSEE estimations

Exploitation ORS

* Taux pour 100 000 personnes (standardisés sur la population française au RP90)

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

Les données figurant dans ce document concernent les assurés et ayant-droits du régime général, du régime agricole et de celui des artisans ou commerçants. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces régimes et sont présentées sous forme de nombres annuels moyens de premiers avis favorables entre 1993 et 1995.

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

LES CANCERS DU COLON ET DU RECTUM

● Une incidence élevée en comparaison des registres des cancers voisins

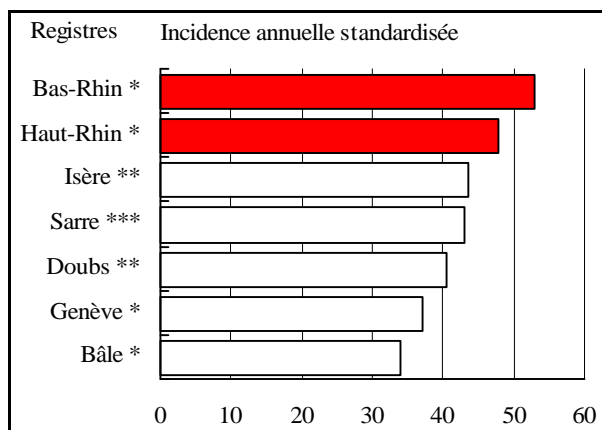
En Alsace, l'incidence masculine des cancers du côlon et du rectum est particulièrement haute : en effet, avec des taux d'incidence standardisés (sur la population mondiale) de 53,0 cas pour 100 000 habitants et de 47,7 pour 100 000, le Bas-Rhin et le Haut-Rhin arrivent respectivement premier et second des départements ayant le taux d'incidence le plus élevé.

En ce qui concerne l'incidence féminine, la situation est plus mitigée : c'est le Haut-Rhin qui présente le taux le plus élevé, avec 30,3 cas pour 100 000 habitants tandis que le Bas-Rhin arrive en 5^e position avec un taux d'incidence de 26,5 pour 100 000.

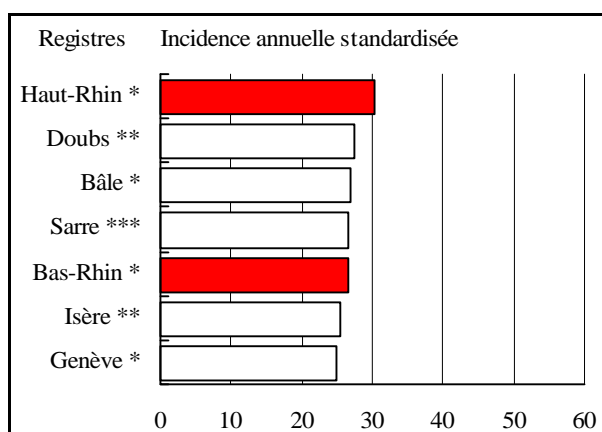
On peut noter que les écarts d'incidences mesurés entre les différents registres sont ici beaucoup plus restreints que pour les valeurs masculines.

Comparaison de l'incidence des cancers du côlon-rectum entre registres

Sexe Masculin



Sexe Féminin



Source : Registre des Cancers du Bas-Rhin et du Haut-Rhin
* 1994-96, ** 1993-95, *** 1995

Références du contexte national :

[1] Koloscielny S., Rezvani A., Laplanche A., Estève J., Ferlay J., Réseau Francim, "Estimation de l'incidence des cancers en France - 1983-1987", Les Editions Inserm, Paris, 1996.

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

[3] Revue Prescrire. "Dossier cancer colorectal". n°187, 1998, p. 609-623.