

Prise en charge des cancers les plus fréquents chez les personnes âgées en Gironde en 2008

Registre Général
des **CANCERS** de la Gironde

B. Amadeo¹, H. Demeaux², F. Colombani³, S. Hoppe², S. Mathoulin-Pelissier⁴, G. Coureau¹

¹Registre général des cancers, F-33000 Bordeaux, France. ²Réseau de cancérologie d'Aquitaine, F-33000 Bordeaux, France. ³Centre de coordination en cancérologie (3C) du CHU de Bordeaux. F-33000 Bordeaux, France. ⁴Inserm-CICEC7, Centre d'investigation clinique-Epidémiologie clinique, F-33000 Bordeaux, France

Introduction

Le cancer est la première cause de mortalité chez les personnes âgées (PA) en France depuis 2004 et représente plus de 30 % de l'ensemble des cancers diagnostiqués après 75 ans

→ En 2005, l'Institut national du Cancer (Inca) a créé des unités pilotes de coordination en oncogériatrie (UPCOG) pour optimiser la prise en charge de la PA atteinte de cancer.

→ Un des objectifs du plan cancer 2009-2013 est l'amélioration des délais de prise en charge des cancers pour réduire les inégalités face aux soins.

Objectifs

- Faire un état des lieux de la situation des cancers les plus fréquents en Gironde en terme d'incidence chez la personne-âgée,
- Décrire les caractéristiques de ces cancers et leur prise en charge,

Méthodes

Schéma d'étude et population

Les cas pris en compte sont toutes les nouvelles tumeurs malignes infiltrantes diagnostiquées par le registre général des cancers de la Gironde en 2008

- chez les sujets de plus de 40 ans,
- résidant en Gironde au moment du diagnostic et respectant les critères du Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC).

Les tumeurs enregistrées par les registres des hémopathies (HM) et du système nerveux central (SNC) de la Gironde n'ont pas été prises en compte,

Données utilisées pour l'analyse

- Le patient (âge et sexe du patient),
- La tumeur (date d'incidence, mode de découverte, base de diagnostic, topographie, morphologie, extension avec la classification TNM dans certains cas),
- La prise en charge de la tumeur (évaluation du passage en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire - RCP).

Stratification utilisée

- Pour les données d'incidence : une stratification a été réalisée afin de distinguer les plus âgés des plus jeunes. L'âge limite a été fixé à 75 ans, en se basant sur les données de la littérature, qui mentionnent le plus souvent un arrêt des dépistages organisés du cancer et un retard de diagnostic de la pathologie cancéreuse et de son traitement à partir de cet âge,
- Pour l'étude des localisations les plus fréquentes (côlon-rectum, du poumon, de la prostate et du sein): 3 strates d'âge ont été définies : [40-64 ans], [65-74 ans] et [75 ans-++].

Analyse statistique à partir de logiciel SAS® 9.2

- Description des taux bruts d'incidence (Tib) par localisation,
- Caractéristiques des tumeurs en fonction des strates d'âge.

Résultats

Description de l'incidence par localisation

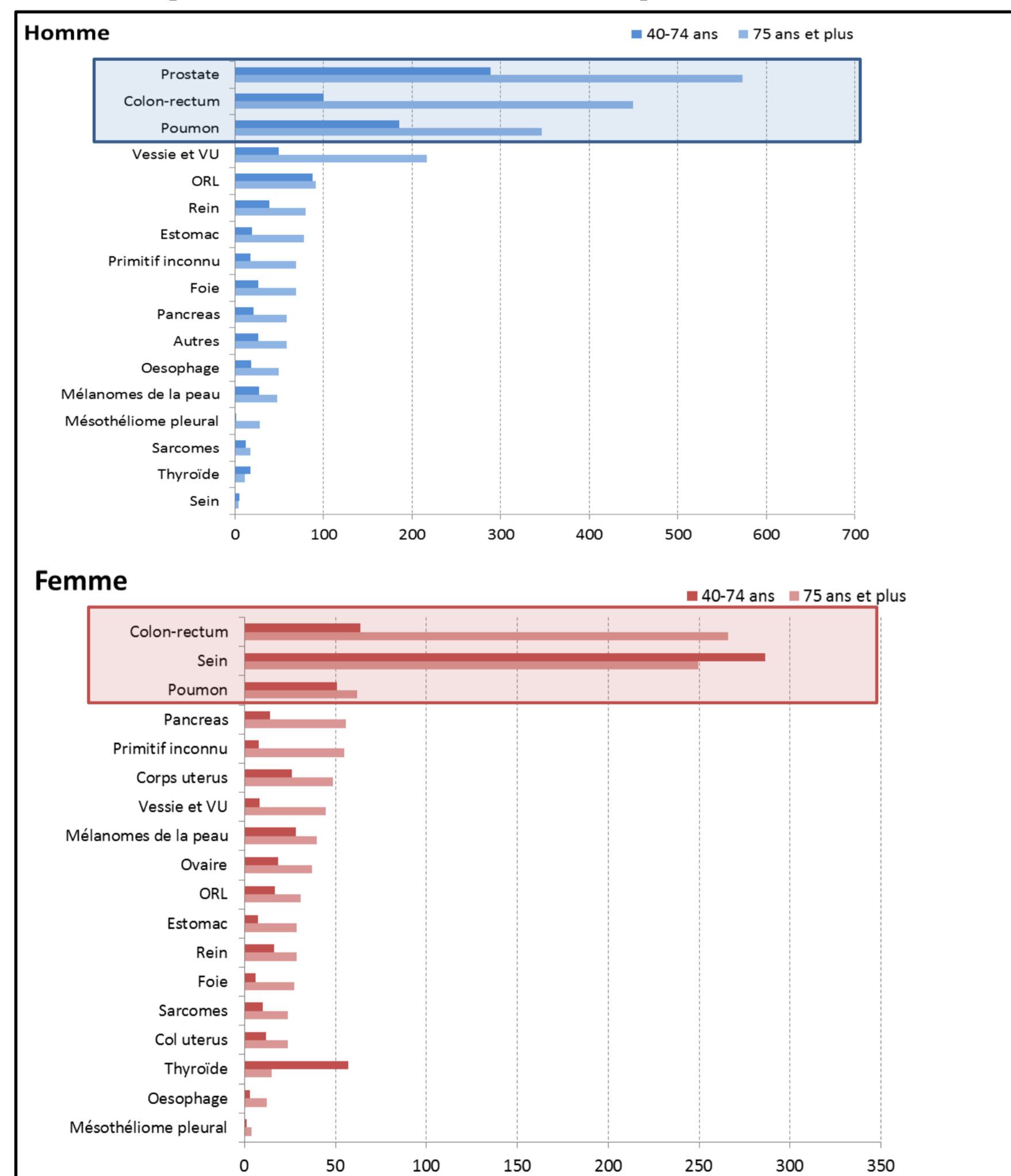


Figure 1. Taux d'incidence brut par localisation chez les 40-74 ans et les 75 ans et plus selon le sexe. Registres des cancers de la Gironde, données 2008.

Mode de découverte et diagnostic histologique

Tableau 1. Mode de découverte en fonction de l'âge selon les quatre localisations de cancer les plus fréquentes (N=3 917). Registre général des cancers de la Gironde, données 2008.

	[40;64] N (%)	[65;74] N (%)	[75;++] N (%)	p-value
Côlon-rectum (N=893)				
Dépistage et maladie à risque	22 (8,8)	15 (6,8)	13 (3,1)	0,013
Fortuit et clinique	207 (82,8)	193 (87,3)	369 (87,4)	
Inconnu	21 (8,4)	13 (5,9)	40 (9,5)	
Poumon (N=878)				
Dépistage et maladie à risque	21 (4,7)	9 (4,1)	5 (2,4)	0,678
Fortuit et clinique	355 (79,2)	176 (80,0)	174 (82,9)	
Inconnu	72 (16,1)	35 (15,9)	31 (14,8)	
Prostate (N=1067)				
Dépistage et maladie à risque	289 (71,5)	244 (61,3)	107 (40,4)	<0,0001
Fortuit et clinique	76 (18,8)	120 (30,2)	133 (50,2)	
Inconnu	39 (9,7)	34 (8,5)	25 (9,4)	
Sein (N=1079)				
Dépistage et maladie à risque	261 (40,8)	112 (47,5)	30 (14,8)	<0,0001
Fortuit et clinique	272 (42,5)	80 (33,9)	128 (63,1)	
Inconnu	107 (16,7)	44 (18,6)	45 (22,2)	

Tableau 2. Diagnostic histologique en fonction de l'âge selon les quatre localisations de cancer les plus fréquentes (N=3 917). Registre général des cancers de la Gironde, données 2008.

	[40;64] N (%)	[65;74] N (%)	[75;++] N (%)	p-value
Côlon-Rectum	240 (96,0)	215 (97,3)	394 (93,4)	0,067
Poumon	314 (70,1)	146 (66,4)	120 (57,1)	0,005
Prostate	398 (98,5)	389 (97,7)	234 (88,3)	<0,0001
Sein	638 (99,7)	232 (98,3)	194 (95,6)	<0,0001

La distribution du mode de découverte du cancer variait significativement entre les trois groupes d'âge à l'exception des cancers du poumon (tableau 1).

Le dépistage et maladie à risque était faible (<10 %) quel que soit les classes d'âges pour les cancers du côlon-rectum et du poumon. Pour la prostate et le sein, la part de dépistage et maladie à risque était respectivement de 72 % et 41 % chez les 40-64 ans, et 61 % et 48 % chez les 65-74 ans.

Concernant la confirmation histologique du diagnostic, elle était significativement moins fréquente chez les sujets de 75 ans et plus que chez les sujets les plus jeunes à l'exception du cancer colorectal (p-value >0,05) (tableau 2).

Bilan d'extension et passage en RCP

Tableau 3. Présence de métastase* (2 classes) en fonction de l'âge pour les quatre localisations de tumeurs les plus fréquentes (N=3854). Registre général des cancers de la Gironde, données 2008.

	[40;64] N (%)	[65;74] N (%)	[75;++] N (%)	p-value
Côlon-rectum				
absence	184 (73,6)	146 (66,1)	329 (78,0)	0,004
présence	66 (26,4)	75 (33,9)	93 (22,0)	
Poumon				
absence	177 (39,5)	110 (50,0)	94 (44,8)	0,055
présence	271 (60,5)	110 (50,0)	116 (55,2)	
Prostate				
absence	389 (96,3)	385 (96,7)	240 (90,6)	0,001
présence	15 (3,7)	13 (3,3)	25 (9,4)	
Sein				
absence	624 (97,5)	229 (97,0)	176 (86,7)	<0,0001
présence	16 (2,5)	7 (3,0)	27 (13,3)	

*Les bilans d'extension inconnus ont été classés dans les tumeurs sans métastase.

Tableau 4. Passage en réunion de concertation pluridisciplinaire en fonction de l'âge selon les quatre localisations de cancer les plus fréquentes (N=3 917). Registre général des cancers de la Gironde, données 2008.

Passage en RCP (3 mois avant)	[40;64] N (%)	[65;74] N (%)	[75;++] N (%)	p-value
Côlon-rectum	202 (80,8)	170 (76,9)	267 (63,3)	<0,0001
Poumon	376 (83,9)	176 (80,0)	142 (67,6)	<0,0001
Prostate	224 (55,4)	251 (63,1)	140 (52,8)	0,0174
Sein	572 (89,4)	212 (89,8)	162 (79,8)	0,0008
Toutes localisations hors HM et SNC	2162 (72,0)	1261 (70,3)	1294 (54,2)	<0,0001

La présence de métastase apparaît plus élevée chez les 75 ans et plus pour le cancer de la prostate et du sein (p-value <0,001). Pour les tumeurs du côlon-rectum, la présence de métastase était plus élevée dans la classe des 65-74 ans. Pour les tumeurs du poumon, bien que la répartition ne diffère pas selon les classes d'âge (p-value >0,05) la présence de métastase était plus élevée chez les plus jeunes (tableau 3).

Toutes localisations confondues, la proportion de passage en RCP était plus faible chez les patients de 75 ans et plus (54 %) par rapport aux patients plus jeunes. En stratifiant sur les quatre localisations les plus fréquentes, le même constat était observé avec des variations selon les organes. Le passage en RCP était plus élevé que pour l'ensemble des tumeurs à l'exception du cancer de la prostate (tableau 4).

Conclusion

Les résultats de cette étude suggèrent certaines spécificités dans la prise en charge des cancers primitifs solides les plus fréquents (sein, prostate, poumon et colon-rectum) chez les patients âgés de 75 ans et plus, avec notamment un diagnostic histologique moins souvent confirmé et un bilan d'extension moins souvent réalisé par rapport aux patients plus jeunes.

Cette étude a montré une diminution de l'exhaustivité du passage en RCP chez les patients les plus âgés nécessitant d'être évaluée. D'ailleurs, un projet financé par La Ligue sera initié en 2014 en collaboration avec le registre du Tarn pour rechercher d'éventuelles inégalités d'accès au soin et de qualité de la prise en charge initiale des patients atteints de cancers colorectaux.