



Avec le



Réseau de Cancérologie d'Aquitaine

PROJET ONCOGERIATRIE 2008

Etude de la prise en charge des personnes âgées atteintes d'un cancer en Gironde en 2008

Rapport rédigé par A Tulon, F Colombani, G Coureau
Version aout 2012

Registre général des cancers de la Gironde
Institut de Santé Publique d'Epidémiologie et de Développement (ISPED)
146 rue Léo Saignat
33076 Bordeaux cedex

SOMMAIRE

1. Contexte	3
2. Objectif	3
3. Matériel et méthodes	3
3.1. Schéma d'étude	3
3.2. Population d'étude	3
3.3. Variables utilisées pour l'analyse	3
3.4. Analyses statistiques	6
4. Résultats	6
4.1. Résultats généraux	6
4.2. Résultats pour les 4 localisations les plus fréquentes	8
4.2.1. Mode de découverte et base de diagnostique	8
4.2.2. Grades des tumeurs	9
4.2.3. Présence de métastases	9
4.2.4. Mise sous traitement pour la tumeur	10
4.2.5. Démarche thérapeutique chez les patients traités	11
4.2.6. Passage en RCP	13

1. Contexte

Dans les pays développés, l'espérance de vie tend à s'allonger et a pour conséquence l'augmentation de la population en général, mais aussi plus spécifiquement de la part de la population âgée.

Le risque de cancer étant fortement lié à l'âge, les maladies cancéreuses occupent une place croissante dans une population vieillissante de plus en plus importante. Ainsi, le cancer représente la première cause de mortalité chez les 65-79 ans en France depuis 2004. Le cancer du sujet âgé constitue donc un défi en termes de diagnostic et de prise en charge et une meilleure connaissance des caractéristiques des cas de cancer dans cette population pourra contribuer à améliorer ces aspects.

2. Objectif

Les objectifs de l'étude sont de :

- décrire les spécificités des cas incidents de tumeurs malignes primitives solides chez les personnes âgées en Gironde à partir des données 2008 des registres de cancers girondins
- comparer ces spécificités pour les 4 localisations cancéreuses les plus fréquentes (Prostate, Sein, Côlon-Rectum, Poumon) entre 3 strates d'âge : 40-64 ans, 65-74 ans et 75 ans et plus

3. Matériel et méthodes

3.1. Schéma d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale rétrospective en population.

3.2. Population d'étude

Les cas pris en compte pour cette étude sont toutes les nouvelles tumeurs malignes infiltrantes diagnostiquées en 2008 chez les sujets de plus de 15 ans résidant en Gironde au moment du diagnostic et respectant les critères du Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC).

Pour l'estimation de l'incidence des cas de cancers, nous disposons des données des registres spécialisés du système nerveux central, des hémopathies malignes et du mésothéliome pleural donc ces tumeurs ont été incluses dans les calculs d'incidence.

Pour l'analyse des tumeurs du sein, les tumeurs survenues chez les hommes ont été incluses.

3.3. Variables utilisées pour l'analyse

Variables liées au patient

- L'**âge au diagnostic** a été construit à partir de la reconstitution des dates de naissance du patient et d'incidence de la tumeur, tel que $\text{âge au diagnostic} = \text{date d'incidence} - \text{date de naissance}$.

- Les **strates d'âge** :

- pour les données d'incidence, une stratification de la population d'étude sur l'âge 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 ainsi que sur la distribution de l'âge dans notre population. D'autre part, la strate des personnes «

non âgées» a été restreinte aux [40-69 ans]. En effet, en sélectionnant l'âge de 40 ans comme valeur seuil inférieure, entre 90 et 95% des cancers des moins de 70 ans ont été conservés et une amplitude d'âge comparable dans les deux groupes a été obtenue.

- pour l'étude des localisations les plus fréquentes, 3 strates d'âge ont été définies : [40-64 ans], [65-74 ans], [75 ans-++].

Variables concernant le diagnostic de la tumeur

- La **date d'incidence** correspond à la date de diagnostic de la tumeur. Elle a été reconstituée à partir des jours, mois et année de diagnostic. La variable année de diagnostic pour une tumeur donnée est toujours enregistrée. Par contre, si le jour ou le mois de diagnostic étaient manquants ces informations ont été remplacées par la date fictive du « 15/06 » de l'année 2008.

- Le **mode de découverte** caractérise les circonstances dans lesquelles la tumeur a été découverte chez le patient. Il a été étudié, dans notre analyse, sous la forme d'une variable en 3 classes :

- dépistage et maladie à risque lorsque la tumeur a été découverte à l'occasion d'un examen de dépistage (individuel ou de masse) ou lors du suivi du patient pour une autre pathologie en lien avec son cancer
- fortuit et clinique lorsque la tumeur a été découverte à l'occasion d'un examen complémentaire réalisé dans le cadre d'une recherche d'autre pathologie, lors du suivi du patient pour une autre pathologie sans rapport avec son cancer, après le décès du patient ou bien sur présentation de symptômes dus à la présence de la tumeur, mais aussi dans le cas de symptômes liés à une métastase à distance du primitif
- inconnu lorsque le mode de découverte est inconnu

- **Méthode de diagnostic la plus sûre** : la base de diagnostic la plus valide définie selon les critères de l'European Network of Cancer Registries (ENCR) regroupe toutes les méthodes les plus pertinentes de diagnostic utilisées (microscopiques, non-microscopiques et marqueurs tumoraux). Dans cette étude, seul le diagnostic histologique c'est-à-dire le diagnostique réalisé sur examen histologique de la tumeur primaire à partir d'une biopsie de celle-ci a été analysé car c'est la méthode la plus fiable.

Variables liées aux caractéristiques de la tumeur

- La **localisation** des tumeurs a été créée en regroupant les organes en tenant compte des codes topographiques et morphologiques qui sont codées de façon très précise en utilisant la Classification Internationale des Maladies pour l'Oncologie 3^{ème} édition (CIM-O 3).

- Le **grade** de la tumeur défini selon la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est un élément histopronostique qui indique le degré de malignité de la tumeur. Il a été codé en 4 catégories pour l'analyse :

- bien différencié
- moyennement différencié
- peu différencié ou indifférencié
- inconnu lorsqu'on n'a pas d'information sur la différenciation

Il a été utilisé seulement pour les cancers du côlon-rectum et du poumon car les cancers du sein et de la prostate sont caractérisés selon des grades spécifiques.

- Le **grade de Scarff-Bloom-Richardson (SBR)** pour les tumeurs du sein est défini par l'addition de trois critères (architecture, atypies cytonucléaires et nombre de mitoses) et est codé en 4 catégories :

- bien différencié
- moyennement différencié
- peu différencié
- inconnu lorsque l'information n'est pas connue du registre

- Le **score de Gleason** pour les tumeurs de la prostate est basé sur l'architecture des cellules cancéreuses et se construit à partir du grade OMS. Il a été utilisé dans notre étude en variable catégorielle à 3 classes :

- inférieur à 7 lorsque le grade OMS était bien différencié ou moyennement différencié
- supérieur ou égal à 7 lorsque le grade OMS était peu différencié ou indifférencié
- inconnu lorsque le grade OMS était inconnu

- La **présence de métastases** a été étudiée en se servant du facteur M de la classification pronostique TNM. Elle a été analysée en 3 classes : 0 (absence de métastases), 1 (présence de métastases), X (inconnu).

Variables concernant la prise en charge de la tumeur

- La **prise en charge de la tumeur** a été étudiée en regardant si il y avait ou non mise en place d'un traitement spécifique. La variable en 3 classes suivante a été utilisée :

- mise sous traitement spécifique de la tumeur lorsqu'un traitement a été administré dans les premiers mois suivant le diagnostic qu'il s'agisse de chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, curiethérapie, hormonothérapie, immunothérapie ou d'un autre traitement anticancéreux
- traitement symptomatique ou surveillance lorsque le patient n'a reçu aucun traitement anticancéreux ou uniquement un traitement symptomatique
- traitement inconnu

- La **démarche thérapeutique** chez les patients traités a été examinée de façon à voir quels étaient les types de traitement les plus utilisés parmi la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie ou un autre traitement (dont hormonothérapie).

- Le **nombre de traitements** a également été analysé chez les patients traités grâce à une variable binaire prenant les modalités un seul traitement / plusieurs traitements afin de savoir si des associations thérapeutiques étaient prescrites.

L'analyse concernant les types de traitement a été réalisée en tenant compte du statut métastatique ou non métastatique de la tumeur.

- L'évaluation du **passage en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)** a été effectuée pour toutes les localisations de cancers (sauf hémopathies malignes et système nerveux central car registre distinct) puis pour les 4 localisations tumorales les plus fréquentes. Le passage en RCP a été analysé en ne tenant compte que des réunions qui avaient eu lieu après la date d'incidence ou bien 3 mois avant celle-ci afin de ne pas prendre en compte un passage en RCP antérieur pour une autre tumeur.

3.4. Analyses statistiques

Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentages et les variables quantitatives ont été décrites en utilisant la moyenne, l'écart type, la médiane et les 1er et 3ème quartiles de la distribution.

Les comparaisons de fréquence entre les différentes strates d'âge ont été faites en utilisant le test du Chi-2 d'indépendance ou le test de Fisher exact lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5.

Les tests ont tous été réalisés au risque d'erreur de 5% et les données ont été analysées avec le logiciel SAS 9.2.

L'incidence recense le nombre de nouveaux cas d'une maladie (en l'occurrence ici, le cancer) dans une population définie (la population girondine), sur une période de temps donnée (1er Janvier au 31 Décembre 2008). Les données d'incidences présentées dans ce rapport ont été calculées en utilisant le taux d'incidence brut donné par la formule suivante :

$$\text{Taux d'incidence brut} = \frac{\text{Nombre de nouvelles tumeurs}}{\text{Nombre de personnes-temps à risque}} \quad \text{pour l'année 2008}$$

Le nombre de personnes-temps à risque correspond à la population girondine de la période considérée. Ces données démographiques ont été recueillies auprès du réseau Francim (données issues de l'Insee).

4. Résultats

4.1. Résultats généraux

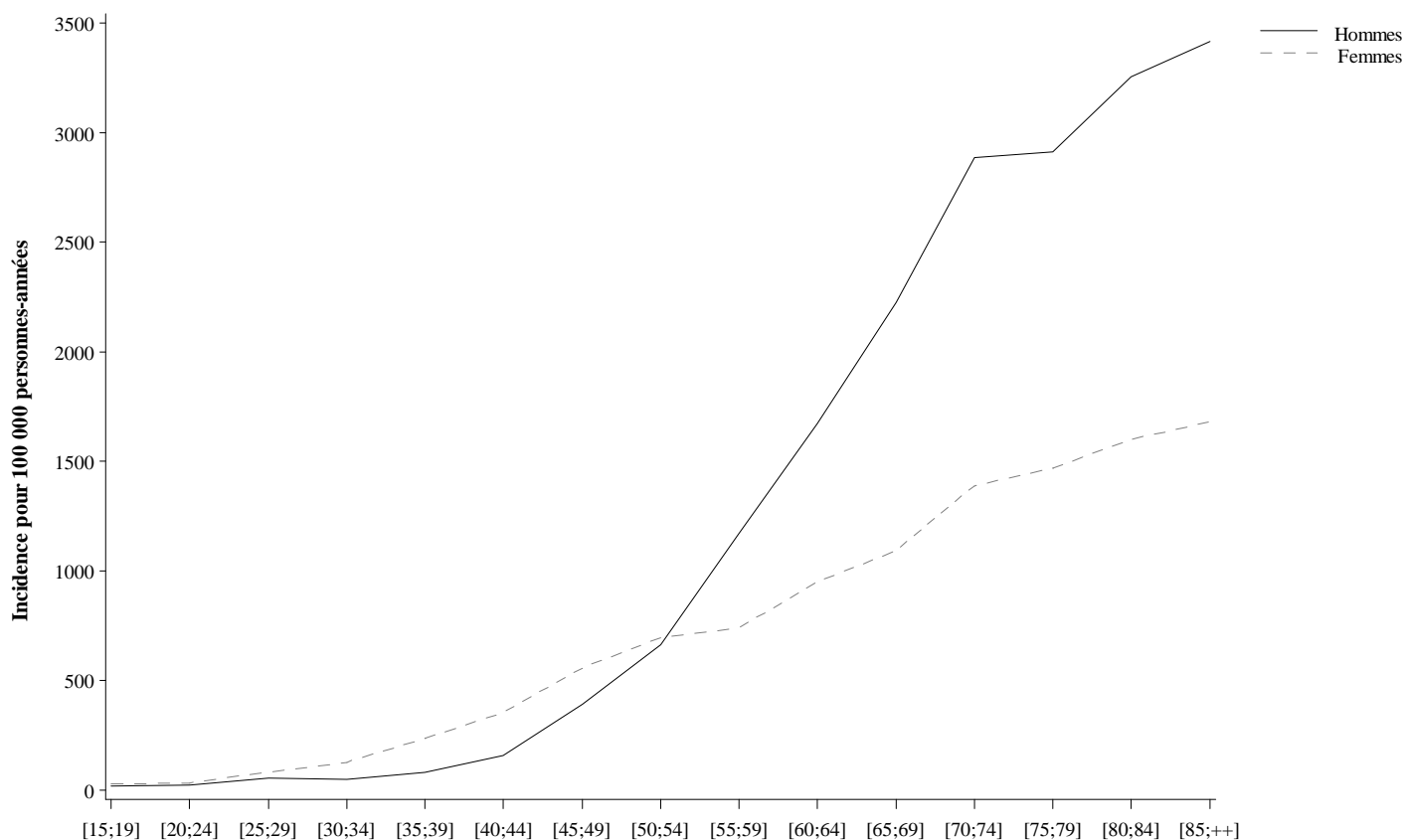
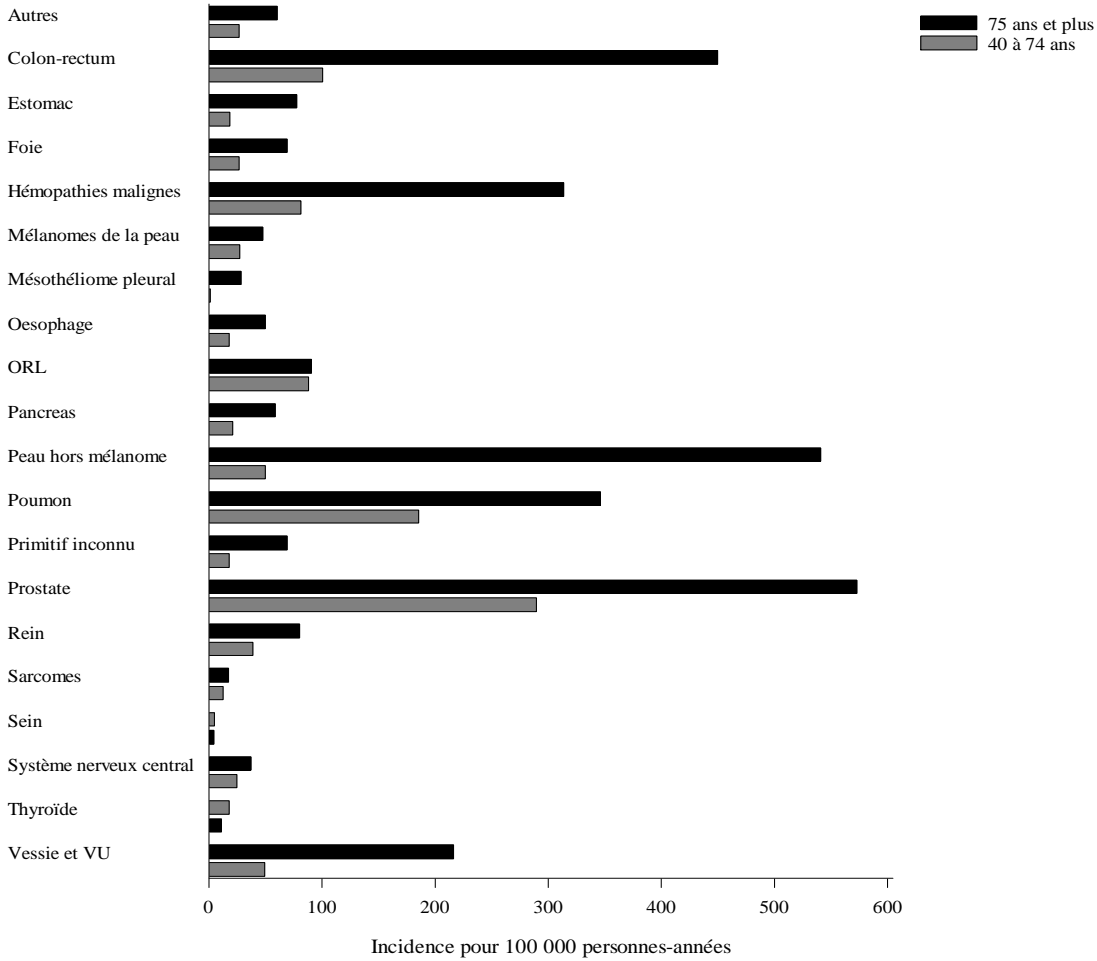


Figure 1 : Taux d'incidence brute des tumeurs en Gironde en 2008 en fonction de l'âge et du sexe

Hommes



Femmes

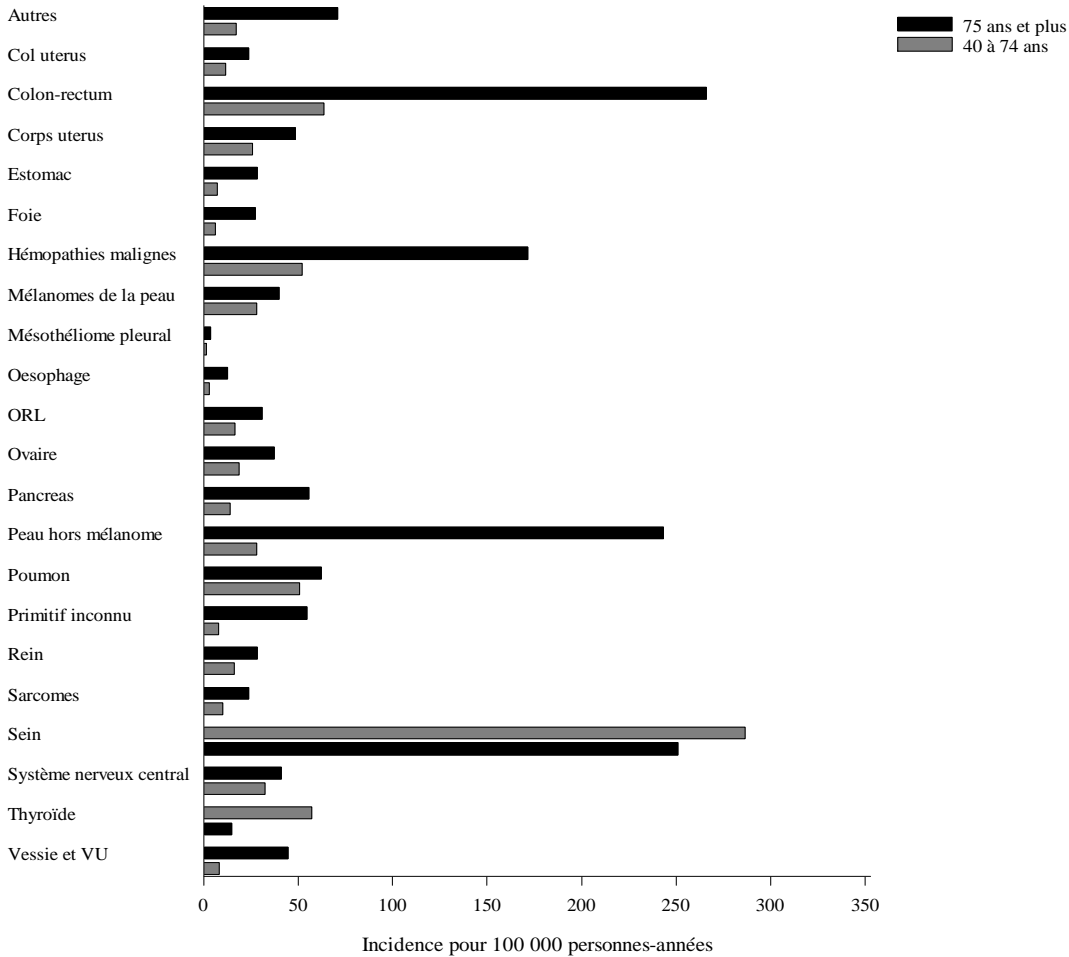


Figure 2 : Taux d'incidence brute par localisation chez les 40/69 ans et les 70 ans et plus selon le sexe

Les localisations les plus fréquentes chez les hommes de 75 ans et plus sont la prostate, la peau hors mélanome, le colon-rectum et le poumon ; chez les femmes de 75 ans et plus ce sont le colon-rectum, le sein et la peau hors mélanome. Le taux d'incidence brut des tumeurs du sein est plus important chez les femmes de moins de 75 ans.

4.2. Résultats pour les 4 localisations les plus fréquentes

4.2.1. Mode de découverte et base de diagnostique

Tableau 1 : Mode de découverte en fonction de l'âge (N=3921)

Mode de découverte (3 classes)	[40;64]		[65;74]		[75;++]		p
	N	%	N	%	N	%	
Colon-rectum							0,013
Dépistage et maladie à risque	22	8,8	15	6,8	13	3,1	
Fortuit et clinique	207	82,8	193	87,3	369	87,4	
Inconnu	21	8,4	13	5,9	40	9,5	
Poumon							0,678
Dépistage et maladie à risque	21	4,7	9	4,1	5	2,4	
Fortuit et clinique	355	79,2	176	80,0	174	82,9	
Inconnu	72	16,1	35	15,9	31	14,8	
Prostate							<0,0001
Dépistage et maladie à risque	289	71,5	247	61,6	107	40,4	
Fortuit et clinique	76	18,8	120	29,9	133	50,2	
Inconnu	39	9,7	34	8,5	25	9,4	
Sein							<0,0001
Dépistage et maladie à risque	261	40,8	112	47,5	30	14,7	
Fortuit et clinique	272	42,5	80	33,9	128	62,8	
Inconnu	107	16,7	44	18,6	46	22,6	

Tableau 2 : Diagnostique histologique en fonction de l'âge (N=3921)

Diagnostique histologique	[40;64]		[65;74]		[75;++]		p
	N	%	N	%	N	%	
Colon-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	392	97,8	234	88,3	<0,0001
Sein	638	99,7	232	98,3	195	95,6	0,0001

Parmi les cancers du poumon, de la prostate et du sein, **la proportion de diagnostics histologiques réalisés est moins importante chez les patients de 75 ans et plus** que chez les moins de 75 ans.

Pour le cancer colorectal, la proportion de diagnostics histologiques réalisés ne présente pas de différence significative selon l'âge.

4.2.2. Grades des tumeurs

Tableau 3 : Grade SBR en fonction de l'âge (N=1080)

Grade SBR	[40;64]		[65;74]		[75;++]		p
	N	%	N	%	N	%	
Sein							0,059
Bien différencié	127	19,8	32	13,6	44	21,6	
Moyennement différencié	320	50,0	136	57,6	89	43,6	
Peu différencié	135	21,1	42	17,8	46	22,6	
Inconnu	58	9,1	26	11,0	25	12,3	

La répartition des grades SBR des cancers du sein n'est pas différente selon l'âge ($P > 0,05$).

Tableau 4 : Score de Gleason en fonction de l'âge (N=1070)

Score de Gleason (2 classes)	[40;64]		[65;74]		[75;++]		p
	N	%	N	%	N	%	
Prostate							<0,0001
Inférieur à 7	226	55,9	203	50,6	94	35,5	
Supérieur ou égal à 7	162	40,1	182	45,4	136	51,3	
Inconnu	16	4,0	16	4,0	35	13,2	

La proportion de cancer de la prostate ayant un score de Gleason supérieur ou égal à 7 est plus élevée chez les patients âgés de 75 ans et plus que chez les moins de 75 ans.

4.2.3. Bilan d'extension

Tableau 5 : Présence de métastase (3 classes) en fonction de l'âge (N=3921)

M	[40;64]		[65;74]		[75;++]		p
	N	%	N	%	N	%	
Colon-rectum							0,004
0	131	52,4	107	48,4	211	50,0	
1	66	26,4	75	33,9	93	22,0	
X	53	21,2	39	17,7	118	28,0	
Poumon							0,087
0	116	25,9	70	31,8	55	26,2	
1	271	60,5	110	50,0	116	55,2	
X	61	13,6	40	18,2	39	18,6	
Prostate							<0,0001
0	222	55,0	236	58,9	114	43,0	
1	15	3,7	13	3,2	25	9,4	
X	167	41,3	152	37,9	126	47,6	
Sein							<0,0001
0	516	80,6	193	81,8	117	57,4	
1	16	2,5	7	3,0	27	13,2	
X	108	16,9	36	15,3	60	29,4	

- Cancers prostate, sein et colon-rectum : **la proportion de Mx est plus importante chez les patients âgés de 75 ans et plus** que chez les moins de 75 ans.
- Cancers prostate et sein : **la proportion de M1 est plus importante chez les patients âgés de 75 ans et plus** que chez les moins de 75 ans.
- Cancer poumon : on ne constate pas de différence concernant la présence de métastase en fonction de l'âge.

4.2.4. Traitement pour la tumeur

Tableau 6 : Prise en charge de la tumeur en fonction du statut métastatique et de l'âge (N=3447)

Prise en charge de la tumeur	[40;74]		[75;++]		p
	N	%	N	%	
Colon-rectum métastatique					0,001
Traitement spécifique	132	98,5	71	86,6	
Traitement symptomatique ou surveillance	2	1,5	11	13,4	
Colon-rectum non métastatique					<0,0001
Traitement spécifique	316	99,7	293	94,2	
Traitement symptomatique ou surveillance	1	0,3	18	5,8	
Poumon métastatique					<0,0001
Traitement spécifique	286	89,9	64	66,7	
Traitement symptomatique ou surveillance	32	10,1	32	33,3	
Poumon non métastatique					<0,0001
Traitement spécifique	224	94,1	57	74,0	
Traitement symptomatique ou surveillance	14	5,9	20	26,0	
Prostate métastatique					
Traitement spécifique	26	100,0	22	100,0	
Traitement symptomatique ou surveillance	0	0,0	0	0,0	
Prostate non métastatique					<0,0001
Traitement spécifique	569	91,9	109	73,7	
Traitement symptomatique ou surveillance	50	8,1	39	26,3,	
Sein métastatique					0,99
Traitement spécifique	20	95,2	25	96,2	
Traitement symptomatique ou surveillance	1	4,8	1	3,9	
Sein non métastatique					0,005
Traitement spécifique	843	100,0	166	98,2	
Traitement symptomatique ou surveillance	0	0,0	3	1,8	

- Cancers poumon et colon-rectum : la proportion de patients ayant un traitement spécifique du cancer est plus faible chez les 75 ans et plus que chez les moins de 75 ans (idem pour cancers prostate et sein non métastatiques).

- Cancer prostate métastatique : tous les patients ont un traitement spécifique.

Notons que pour les tumeurs hormono-sensibles les traitements permettent de traiter tous les patients quelque soit l'âge (notamment pour les tumeurs de la prostate et du sein).

4.2.5. Démarche thérapeutique chez les patients traités

Tableau 7 : Chirurgie en fonction du statut métastatique et de l'âge (N=2577)

Chirurgie	[40;64]		[65;74]		[75;++]		p
	N	%	N	%	N	%	
Patients non métastatique							
Colon	87	98,9	95	99,0	210	99,1	0,99
Rectum	79	94,1	47	97,9	72	88,9	0,142
Poumon	86	58,9	32	41,0	13	22,8	<0,0001
Prostate	263	90,1	196	70,8	13	11,9	<0,0001
Sein	611	99,0	223	98,7	144	86,8	<0,0001

Tableau 8 : Radiothérapie en fonction du statut métastatique et de l'âge (N=2577)

Radiothérapie	[40;64]		[65;74]		[75;++]		p
	N	%	N	%	N	%	
Patients non métastatique							
Colon	1	1,1	3	3,1	2	0,9	0,302
Rectum	39	46,4	21	43,8	32	39,5	0,666
Poumon	53	36,3	30	38,5	27	47,4	0,345
Prostate	41	14,0	57	20,6	39	35,8	<0,0001
Sein	482	78,1	171	75,7	95	57,2	<0,0001

Tableau 9 : Chimiothérapie en fonction du statut métastatique et de l'âge (N=2497)

Chimiothérapie	[40;64]		[65;74]		[75;++]		p
	N	%	N	%	N	%	
Patients métastatique							
Colon	32	88,9	35	76,1	27	50,9	0,0003
Rectum	23	92,0	21	84,0	11	61,1	0,060
Poumon	178	84,8	66	86,8	39	60,9	<0,0001
Sein	12	80,0	3	60,0	5	20,0	0,0003
Patients non métastatique							
Colon	46	52,3	36	37,5	41	19,3	<0,0001
Rectum	54	64,3	29	60,4	33	40,7	0,006
Poumon	93	63,7	40	51,3	24	42,1	0,013
Sein	316	51,2	58	25,7	11	6,6	<0,0001

- Poumon, prostate et sein non métastatiques : la proportion de patients opérés est moins élevée chez les patients de 75 ans et plus.

Notons que l'AFU recommande, pour les tumeurs de la prostate, de ne pas faire de prostatectomie totale chez les patients de 75 ans et plus.

- Prostate non métastatique : la proportion de radiothérapie réalisée est plus grande chez les patients de 75 ans et plus.

- La proportion de chimiothérapie réalisée est moins importante chez les patients de 75 ans et plus (pour les 4 localisations).

Tableau 10 : Autre traitement en fonction du statut métastatique et de l'âge (N=3188)

Autre traitement	[40;64]		[65;74]		[75;++]		p
	N	%	N	%	N	%	
Patients métastatique							
Hormonothérapie							
Prostate	7	50,0	8	66,7	22	100,0	0,0004
Sein	8	53,3	2	40,0	19	76,0	0,155
Patients non métastatique							
Hormonothérapie							
Prostate	43	14,7	73	26,4	89	81,7	<0,0001
Sein	410	66,5	145	64,2	98	59,0	0,203
Autre							
Prostate	14	4,8	22	8,0	6	5,5	
Sein	13	2,1	9	4,0	2	1,2	

Tableau 11 : Association thérapeutique en fonction du statut métastatique et de l'âge (N=3223)

Association thérapeutique	[40;64]		[65;74]		[75;++]		p
	N	%	N	%	N	%	
Colon-rectum métastatique							
Plusieurs traitements	43	70,5	36	50,7	22	31,0	<0,0001
Un traitement	18	29,5	35	49,3	49	69,0	
Colon-rectum non métastatique							
Plusieurs traitements	100	58,1	69	47,9	79	27,0	<0,0001
Un traitement	72	41,9	75	52,1	214	73,0	
Poumon métastatique							
Plusieurs traitements	113	53,8	31	40,8	18	28,1	0,001
Un traitement	97	46,2	45	59,2	46	71,9	
Poumon non métastatique							
Plusieurs traitements	74	50,7	24	30,8	12	21,1	0,0001
Un traitement	72	49,3	54	69,2	45	79,0	
Prostate métastatique							
Plusieurs traitements	6	42,9	5	41,7	8	36,4	0,932
Un traitement	8	57,1	7	58,3	14	63,6	
Prostate non métastatique							
Plusieurs traitements	50	17,1	65	23,5	38	34,9	0,001
Un traitement	242	82,9	212	76,5	71	65,1	
Sein métastatique							
Plusieurs traitements	13	86,7	3	60,0	12	48,0	0,039
Un traitement	2	13,3	2	40,0	13	52,0	
Sein non métastatique							
Plusieurs traitements	545	88,3	194	85,8	107	64,5	<0,0001
Un traitement	72	11,7	32	14,2	59	35,5	

La proportion de patients ayant plusieurs traitements associés est moins élevée chez les 75 ans et plus que chez les moins de 75 ans, excepté pour les tumeurs du sein non métastatiques.

4.2.6. Passage en RCP

Tableau 12 : Passage en RCP (3 mois avant) en fonction de l'âge (N=7194)

Passage en RCP (3 mois avant)	[40;64]		[65;74]		[75;++]		p
	N	%	N	%	N	%	
Toutes localisations hors HM et SNC	2144	71,4	1248	69,4	1268	53,0	<0,0001

Tableau 13 : Passage en RCP (3 mois avant) en fonction de l'âge (N=3921)

Passage en RCP (3 mois avant)	[40;64]		[65;74]		[75;++]		p
	N	%	N	%	N	%	
Colon-rectum	199	79,6	169	76,5	266	63,0	<0,0001
Poumon	374	83,5	175	79,6	140	66,7	<0,0001
Prostate	222	55,0	247	61,6	137	51,7	0,029
Sein	570	89,1	211	89,4	161	78,9	0,0004

La proportion de passage en RCP est moins importante chez les patients de 75 ans et plus.

Conclusion

Ces premiers résultats confirment l'hypothèse d'une différence de prise en charge des patients plus âgés, avec en particulier un diagnostic histologique moins souvent confirmé, un bilan d'extension moins souvent réalisé, une présentation moins fréquente en RCP et stratégies thérapeutiques différentes.

D'autres analyses permettront d'évaluer le délai entre la date de diagnostic, la date de RCP et la date de premier traitement.

Il paraît nécessaire d'approfondir les travaux en oncogériatrie notamment par rapport au choix des traitements.