

L'activité chirurgicale du cancer colorectal en France : analyse de la base de données du Programme de médicalisation des systèmes d'information, 1998-2001

C. Séblain, R. Ancelle-Park, N. Carré
InVS, Saint-Maurice

Introduction

Avec 36 000 nouveaux cas par an, le cancer colorectal occupe en termes d'incidence la 3^e place chez l'homme et la 2^e chez la femme.

Un programme de dépistage organisé du cancer colorectal a débuté dans 22 départements métropolitains en 2003. Outre la participation au programme, l'efficacité de ce dépistage sera d'autant plus élevée que la prise en charge des patients sera adaptée et de qualité.

L'objectif général de l'étude est de décrire la population opérée pour un cancer colorectal en France ainsi que l'activité des établissements à partir de la base de données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Plus spécifiquement l'étude doit permettre de décrire l'évolution entre 1998 et 2001 :

- de la prise en charge chirurgicale des patients en France métropolitaine ;
- du volume d'activité des établissements concernés.

Méthode(s)

Les données utilisées dans cette étude sont celles du PMSI 1998 à 2001. Elles prennent en compte les données du secteur public et du secteur privé de France métropolitaine.

Une extraction des données a été réalisée sur la catégorie majeure de diagnostic n°6 (CMD 6) correspondants aux « maladies et affections de l'appareil digestif ». Parmi ces séjours, ont été retenus les diagnostics principaux (DP) de cancer colorectal, soit les codes « OMS » de la classification internationale des maladies (CIM 10) suivants : C18 tumeur maligne du colon, C19 tumeur maligne de la jonction recto-sigmoïdienne, C20 tumeur maligne du rectum.

Puis, deux algorithmes d'extraction différents ont été testés en raison de la difficulté à obtenir des cas incidents de cancer colorectal.

Le 1^{er} algorithme de sélection des nouveaux cas de cancer colorectal a retenu les groupes homogènes de malades (GHM) chirurgicaux dont les actes opératoires peuvent être associés à un traitement curatif initial de cancer colorectal : GHM 211 et 212 - résection rectale ; GHM 213 et 214 - intervention majeure sur le gros intestin ; GHM 231 et 232 - intervention sur le rectum et sur l'anus, sauf résection rectale. Selon cet algorithme de sélection, on obtient une moyenne de 30 800 cas de cancer colorectal par année entre 1998 et 2001.

Le 2^e algorithme de sélection des nouveaux cas de cancer colorectal a été réalisé à partir des actes contenus dans le Catalogue des actes médicaux selon 3 critères :

- le caractère classant de l'acte chirurgical, repérable par la lettre (Y) dans la liste ;
- l'acte doit être réalisé à un moment proche du diagnostic initial de cancer colorectal ;
- l'acte est à visée curative.

Ainsi, plusieurs actes ont été retenus :

- les hémicolectomies pour cancer : L691, L429, L248, L249, L242 ;
- les colectomies transverses : L243, L244 ;
- les colectomies totales et subtotaux : L314, L223, L224, L301, L234, L298 ;
- les excisions locales de tumeur du rectum : L387, L335 ;
- les exérèses rectales : L355,356, L407,408, L329, L330,331, L358,359, L332, L473,474, L361, 362, 363, L333, L397, L366 ;
- les colectomies segmentaires immédiates : L503, L504 ;
- les fibroscopies avec polypectomie : L267, L271, L275.

Selon cet algorithme de sélection, on obtient une moyenne de 27 500 cas par année sur la période étudiée.

Résultats

Description de la population d'étude

Selon le premier algorithme on comptait, quelle que soit l'année d'étude, les hommes étaient plus nombreux que les femmes. L'âge médian des patients était de 71 ans. L'analyse par classe d'âge montre que le cancer colorectal concerne des sujets âgés : presque 60 % des patients ont plus de 70 ans alors que cette classe d'âge ne représente que 11 % de la population française.

Les localisations des cancers du colon et rectum étaient par ordre de fréquence : les cancers du colon (C18) avec 60,2 % des séjours chirurgicaux, les diagnostics de cancer du rectum (C20) soit 30,0 %, les cancers de la jonction rectosigmoïdienne (C19) soit 8,8 %. Cette distribution était stable sur la période étudiée. La répartition des localisations tumorales différait significativement selon le sexe ($p < 0,05$).

La différence était particulièrement marquée pour le cancer du rectum : 60 % d'hommes et 40 % de femmes.

La plupart des interventions chirurgicales étaient des interventions majeures sur le gros intestin (GHM 213 et 214), presque 35 % étaient des résections rectales (GHM 221 et 212) et 2 % des interventions sur le rectum ou l'anus (GHM 231 et 232).

Tableau 1 - Distribution de la population par année selon le sexe, l'âge et les localisations tumorales

| Année | 1998 (n=30 334) | 1999 (n=30 484) | 2000 (n=31 228) | 2001 (n=31 301) | Total (n=123 247) |
|-----------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------|
| Sexe Ratio : H/F | 1,2 | 1,2 | 1,2 | 1,2 | 1,2 |
| Classes d'âge (%): > 70 ans | 58,6 | 58,0 | 57,5 | 58,2 | 58 |
| Localisation Tumorale (%): | | | | | |
| Colon | 60,5 | 61 | 61,3 | 61,7 | 61,2 |
| Jonction recto sigmoïdienne | 9 | 9 | 8,6 | 8,7 | 8,8 |
| Rectum | 30,5 | 30 | 30,1 | 29,6 | 30 |
| Total | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |

La prise en charge en milieu hospitalier

Entre 1998 et 2001, 1 154 établissements ont réalisé des interventions chirurgicales de première intention pour un cancer colorectal. 3 % des Centres hospitaliers universitaires (CHU), 32 % des Centres hospitaliers (CH), 57 % des établissements privés (PR), 6 % des établissements participant au service public hospitalier (PSPH) et 2 % des Centres de lutte contre le cancer (CLCC).

L'activité de chirurgie du cancer colorectal, mesurée par le nombre de séjours, était répartie de manière hétérogène selon les différents types d'établissements. Les CHU ont assuré de 15 à 17 % de l'activité selon les années, les CH 24 %, et les PR 51 %. L'analyse de la distribution de l'activité par établissement montre que la médiane d'activité était différente selon la catégorie de l'établissement. Bien qu'ils aient assuré plus de 51 % de l'activité chirurgicale, la médiane du nombre de séjours par PR était de 22,1 séjours. Les CHU avaient une activité médiane forte : de 102,9 séjours par établissement par année.

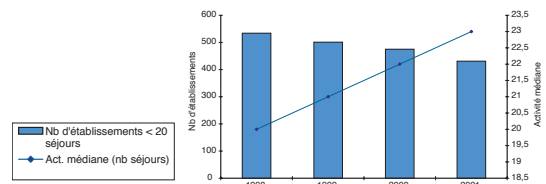
Tableau 2 - Fréquence et activité selon le type d'établissement

| Type d'établissement | Fréquence (%) (n= 1 154) | Activité (%) (n= 30 800) | Act. médiane/ ébt (Nb séjours/an) |
|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| CHU | 3 | 16 | 110,5 |
| PR | 57 | 51 | 22,1 |
| CHU | 32 | 24 | 17,7 |
| PSPH | 6 | 7 | 25,5 |
| CLCC | 2 | 2 | 27,2 |

On observe une augmentation de l'activité médiane quel que soit le type d'établissement, de 20 séjours en 1999 à 23 séjours en 2001.

Le nombre d'établissements réalisant moins de 20 interventions par année a diminué en 4 ans. Il passait de 534 établissements en 1998 à 431 en 2001. Cette diminution concerne principalement les PR (54 %) et les CH (39 %). On observe ainsi une légère tendance à la concentration de l'activité.

Figure 1 - Evolution de l'activité médiane et du nombre d'établissements

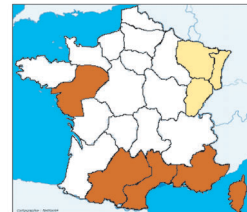


Description de l'activité régionale

Un taux d'incidence brute hospitalière a été calculé correspondant au nombre annuel de séjours chirurgicaux pour cancer colorectal par région sur la population estimée pour 100 000 habitants. Le taux d'incidence brute hospitalière moyen était estimé à 47,9 pour 100 000, compte tenu de la stabilité du nombre de séjours par année. Il variait de 30,8 pour 100 000 en Corse à 79,2 pour 100 000 dans le Limousin.

Au niveau national, les établissements privés représentaient 51,1 % de l'activité totale.

Pourtant, des différences étaient observées au niveau régional. L'activité privée était prépondérante dans le Sud de la France : elle représentait 84,8 % des séjours en Corse et 60,9 % des séjours dans le Languedoc-Roussillon. A l'inverse, dans l'Est de la France, l'activité publique était plus développée.



Les patients avaient tendance à se faire opérer dans leur région de résidence. Au niveau national, 94,3 % des séjours concernaient des patients opérés dans leur région de domicile. Il existait cependant une hétérogénéité parmi les cas opérés en dehors de leur région de domicile. Un taux d'attraction régionale a été calculé correspondant au solde des patients non résidents se faisant hospitaliser dans la région et des patients résidents se faisant hospitaliser en dehors de la région, rapporté au nombre total de patients hospitalisés dans la région. Lorsque ce taux est négatif, il est qualifié de taux de fuite. Ainsi, certaines régions apparaissaient plus attractives que d'autres : le Limousin (7,3 %), l'Alsace (7,3 %) et le Languedoc-Roussillon (6,8 %) avaient les taux d'attraction les plus élevés. A l'inverse, la Corse (31,8 %), la Picardie (23 %), le Poitou-Charentes (10 %) avaient un taux de fuite élevé.

Discussion

Au niveau méthodologique, il n'a pas été possible d'estimer précisément le nombre de nouveaux cas de cancer colorectal. Ce chiffre varie de 27 500 à 30 800 cas selon l'algorithme. A titre indicatif, le nombre de nouveaux cas estimés au cours de l'année 2000, d'après les registres du cancer, était de 36 257 cas. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette différence. Un cancer colorectal découvert à un stade précoce (polype cancéreux) est opéré dans le cadre de la chirurgie ambulatoire. Le séjour dure moins de 24h et sera classé dans la catégorie majeure n° 24. Au contraire, lorsque le cancer est diagnostiqué à un stade tardif, le cancer est inopérable. Dans ce cas, il n'existe pas de résumé de sortie anonyme et ces patients ne sont pas repérables par notre algorithme.

Les résultats de l'étude montrent que le cancer colorectal concernait essentiellement des sujets de plus de 70 ans. Le nombre d'établissements opérant un cancer colorectal reste important mais il tend à diminuer, notamment pour les établissements privés.

L'espérance de vie et la proportion de personnes de plus de 70 ans étant en augmentation, l'activité chirurgicale du cancer colorectal devra intégrer la dimension gériatrique à la prise en charge oncologique.

Il est aussi nécessaire d'établir des critères d'agrément pour la pratique de la chirurgie dans les établissements publics et privés, en particulier, de déterminer une masse critique d'intervention par établissement.