

REGISTRE DU CANCER D'ABIDJAN

RAPPORT BIENNAL : 2012-2013



Coordination: N'da GG, Ayemou A, Adoubi I ... et Coll

RAPPORT BIENNAL 2012-2013 REGISTRE DU CANCER D'ABIDJAN

Coordination: N'da GG, Ayemou A, Adoubi I et coll

Registre du Cancer d'Abidjan (RCA)

Centre Hospitalier Universitaire de Treichville

BPV 03 Abidjan 01

Abidjan

Cote d'Ivoire

Tel: +225 21 24 90 11

Email: registrecancerabidjan@yahoo.fr

Web site: <http://www.afcrn.org/membership/98-registre-des-cancers-d-abidjan>

REMERCIEMENTS

Le Registre du Cancer d'Abidjan (RCA) exprime sa reconnaissance aux partenaires locaux et internationaux qui ont soutenu son fonctionnement :

1. Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC) ;
 2. Association Internationale des Registres du Cancer (AIRC) ;
 3. L'Institut National contre le Cancer en France (INCa) ;
 4. Le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA (MSLS) ;
 5. Le Programme National de Lutte contre le Cancer (PNLCa) ;
 6. Le personnel médical et administratif du CHU de Cocody ;
 7. Le personnel médical et administratif du CHU de Treichville ;
 8. Le personnel médical et administratif du CHU de Yopougon ;
 9. Le personnel médical et administratif de l'Hopital Militaire d'Abidjan (HMA) ;
 10. Le personnel médical et administratif de l'Hopital Houphouët Boigny d'Abobo ;
 11. Les laboratoires d'Anatomie pathologique de Cocody et de Treichville ;
 12. Le Centre Wilic (Abidjan-Plateau) ;
 13. Toutes les polycliniques et cliniques privées de la ville d'Abidjan ;
 14. Les Laboratoires Hoffman La Roche Côte d'Ivoire.
 15. Les Laboratoires Novartis Côte d'Ivoire.
16. Nous sommes reconnaissants envers le personnel du Registre du Cancer d'Abidjan : **Monsieur El Hadj Hervé Julius BAKARE, Mesdemoiselles GUIA Nathalie, KINDA Korotoum et KOUAME Sali**, qui sont responsables de la collecte et du traitement des données.
17. Ce rapport a été préparé avec le soutien technique et financier du Réseau Africain des Registres de Cancer (AFCRN) dont le Registre du Cancer d'Abidjan (RCA) est extrêmement reconnaissant à son coordonateur le Dr DM Parkin et son assistante Ms Biying Liu.
La production et la distribution de ce rapport sont l'œuvre de l'AFCRN et du PNLCa.

PLAN

INTRODUCTION

I - PRESENTATION DE LA VILLE D'ABIDJAN

- I.1- Situation en Côte d'Ivoire
- I.2- Démographie
- I.3- Zones géographiques

II- PRESENTATION DU REGISTRE DU CANCER D'ABIDJAN (RCA)

- II.1- Historique
- II.2- Situation
- II.3- Fonctionnement
- II.4- Objectifs
- II.5- Zone géographique couverte

III - METHODOLOGIE

- III.1- Sources d'information
- III.2- Méthodes de collecte
- III.3- Variables
- III.4- Certificats de décès
- III.5- Classification et codage
- III.6- Logiciel
- III.7- Recherche d'enregistrements multiples
- III.8- Méthodes statistiques

IV - RESULTATS

- IV.1- Résultats globaux
- IV.2- Incidences
- IV.3- Cancer de l'enfant

V - COMMENTAIRES

CONCLUSION

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

INTRODUCTION

Un registre du cancer est une structure médico-administrative qui a pour mission de répertorier tous les cas de cancers survenant sur un territoire défini, et d'assurer l'exploitation à des fins statistiques et épidémiologiques du fichier ainsi constitué.

Le bon fonctionnement d'un registre permet la connaissance de l'incidence, de la prévalence, de la répartition, de la survie et de l'évolution dans le temps des différents cancers.

En santé publique, il permet de prévoir, les actions prioritaires au niveau de la prévention, des moyens à mettre en œuvre pour obtenir un diagnostic précoce et une efficacité thérapeutique maximale.

Le Registre du Cancer d'Abidjan a été créé en 1994 sous l'impulsion du Ministère de la Santé Publique et du Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC); c'est un registre de population qui a fonctionné correctement de 1995 à 2000 avec la publication des premiers résultats en 2000.

Cependant, le fonctionnement normal de ce registre a été interrompu à partir de 2001.

Depuis le dernier trimestre de l'année 2011 a été entrepris, à l'initiative du Programme National de Lutte contre le Cancer (PNLCa), le redémarrage des activités du registre.

Ce rapport qui s'inscrit dans ce cadre, vise à présenter les données du Registre du Cancer d'Abidjan de la période 2012–2013.



Figure 1 : La Côte d'Ivoire

I - PRESENTATION DE LA VILLE D'ABIDJAN

I-1 Situation en Côte d'Ivoire

La ville d'Abidjan se situe dans le Sud de la Côte d'Ivoire sur les bords de la lagune ébrié où elle occupe un plateau peu élevé (50 m d'altitude). (Fig1)

Son site lagunaire lui donne l'apparence d'une ville morcelée où les seuls traits d'union entre les grands ensembles sont les ponts et les digues.

C'est la capitale économique et de loin la plus grande ville du pays. (Fig3)

I-2 Démographie

Les derniers chiffres officiels de la population d'Abidjan sont ceux du recensement de 1998.

Toutefois, il existe des estimations plus récentes de la population, sur la base d'un taux de croissance à 2,8% par an.

L'Institut National de la Statistique (INS) estime la population de la ville d'Abidjan à 4 402 949 Habitants en 2012.

Tableau I: Population de la ville d'Abidjan en 2012

Ages	2012		
	Masculin	Féminin	Total
0-4 ans	254261	244008	498269
5-9 ans	249115	259681	508796
10-14 ans	232605	294173	526778
15-19 ans	238958	333643	572601
20-24 ans	299611	302843	602454
25-29 ans	264119	230222	494341
30-34 ans	199302	168830	368132
35-39 ans	150536	124970	275506
40-44 ans	119007	85935	204942
45-49 ans	85438	50876	136314
50-54 ans	52813	31519	84332
55-59 ans	30931	19093	50024
60-64 ans	18885	14052	32937
65-69 ans	10834	8307	19141
70-74 ans	5980	5356	11336
75-79 ans	2789	3081	5870
80-84 ans	1588	2004	3592
85 ans +	3619	3957	7576
TOTAL	2220395	2182554	4402949

Hommes

Femmes

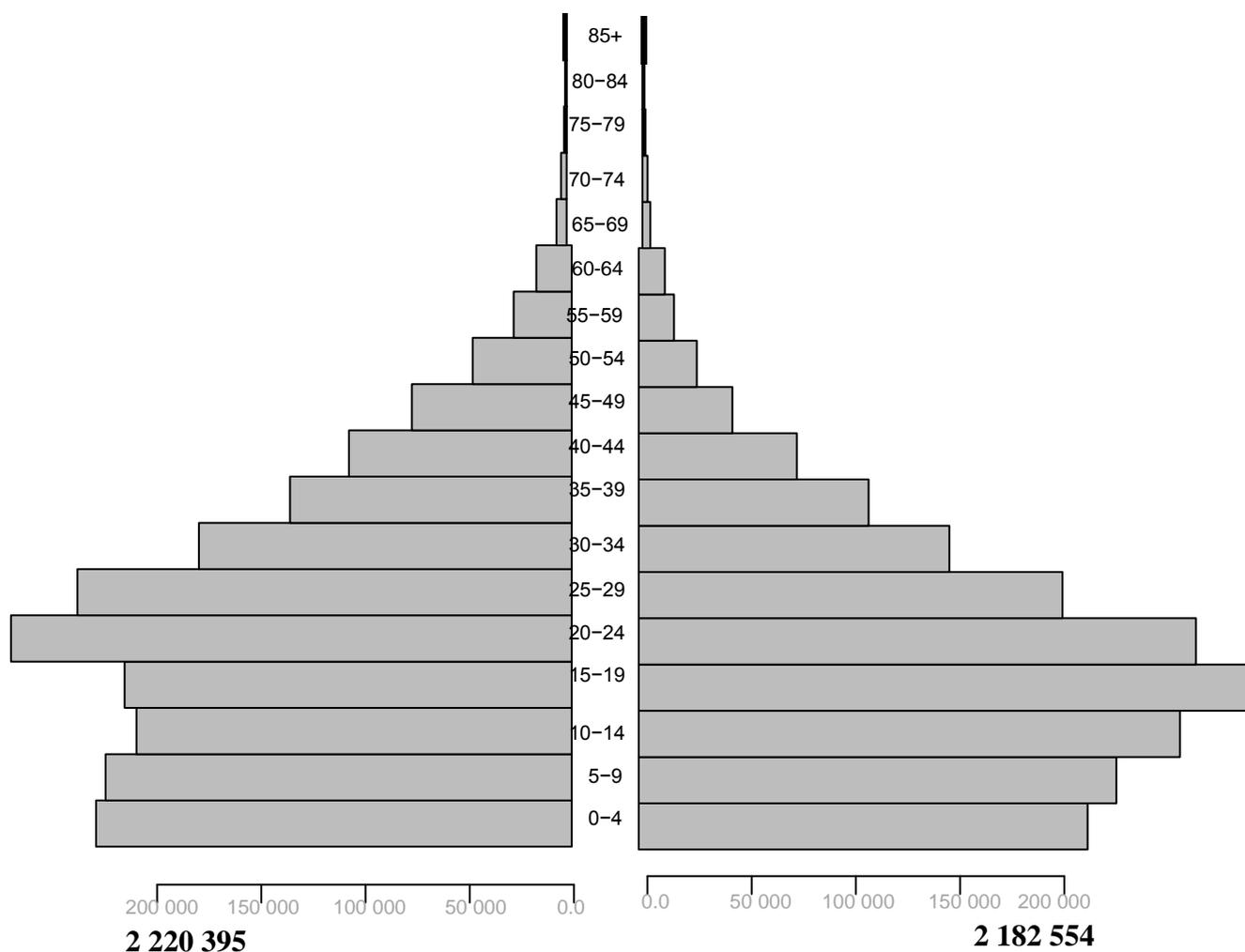


Figure 2 : La pyramide des âges de la population d'Abidjan en 2012

Pour l'année 2014, un recensement général de la population a eu lieu et les chiffres définitifs ne sont pas encore disponibles.

I-3 Zones géographiques

La ville d'Abidjan est divisée en dix communes (loi du 17 Octobre 1980) qui peuvent être regroupées en trois zones.

➤ La zone des affaires : le plateau

C'est le siège du parlement, des ministères, de certaines ambassades... C'est aussi un centre commercial qui regroupe les plus grands magasins et les banques. Il se distingue du reste de la ville par une profusion de maisons à plusieurs étages, buildings et tours, le manque d'espaces verts, ses rues toutes bitumées et entretenues.

➤ Les zones industrielles et portuaires

La plus grande est l'ensemble Vridi-Zone 4, suivie des secteurs de Koumassi, du tronçon Adjamé-Abobo et du secteur de Yopougon.

Dans ces zones dominant de grands bâtiments isolés : la densité d'occupation du sol est faible.

➤ Les zones résidentielles

Il en existe trois sortes:

- **Les quartiers résidentiels aisés**

Ce sont :

Cocody, Marcory résidentiel, une partie de la Zone 4 et quelques îlots dans les autres quartiers. Domaines des villas somptueuses et des jardins privés, ce sont les quartiers les plus sains à cause de l'importance du système de voirie mis en place.

- **Les quartiers résidentiels à habitats économiques**

Ils s'inscrivent dans un vaste programme de lutte contre l'habitat spontané malsain. Ils juxtaposent un type d'habitat horizontal et un type vertical (5 étages au maximum). Les plus grandes réussites sont Port-Bouet, Vridi, des secteurs de Koumassi, Yopougon et Abobo. Ces quartiers forment la transition entre les quartiers résidentiels aisés et les quartiers traditionnels.

- **Les quartiers traditionnels**

Ce sont Adjamé, Treichville, une partie de Koumassi, Marcory, une partie des deux cités dorts périphériques d'Abobo et de Yopougon...

La concession domine dans ces quartiers touffus où l'état de la voirie est médiocre. Pour Abidjan, les contraintes des sites liés au zoning fonctionnel entraînent des déplacements massifs, réguliers de citoyens. Ce qui est la cause de sérieux problèmes de transports.

II - PRESENTATION DU REGISTRE DU CANCER D'ABIDJAN

II-1 Historique

Sur le continent africain, ce n'est que dans les années 90 qu'ont été créés plusieurs registres sous l'impulsion du CIRC ; parmi lesquels le Registre du Cancer d'Abidjan (RCA).

En effet, ce registre a été mis en place en 1994 sous les auspices du Ministère de la Santé Publique et du Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC), filiale de l'Organisation Mondiale de la Santé, basé à Lyon. IL est destiné à recenser tous les cas de cancers de la ville d'Abidjan et banlieue. C'est un registre de population qui a fonctionné correctement de 1995 à 2000 avec la publication des premiers résultats en 2000 (***Cancer Incidence in Abidjan***) dans la revue cancérologique Américaine intitulée « ***Cancer*** ».

Cependant, l'enregistrement dans le cadre du fonctionnement normal d'un Registre de population, a été interrompu pendant une decennie, en raison de l'arrêt de la subvention du CIRC et de la crise militaro-politique qu'a connu la Côte d'Ivoire.

En octobre 2011, le registre redémarre ses activités en se concentrant dans un premier temps sur l'enregistrement rétrospectif des cas de 2007 à 2011, mais, avec en perspective d'avoir une collecte permanente des données à partir de janvier 2012.

En Mai 2013, le Registre du Cancer d'Abidjan devient membre de l'AFCRN à la suite d'une visite de travail de trois jours au mois de février 2012 entre l'équipe du registre d'Abidjan, le coordonnateur du Réseau des Registres de Cancer Africain (AFCRN) et d'un consultant du Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC). .

Ce redemarrage du RCA a été possible avec l'appui technique et financier du Programme National de Lutte contre le Cancer (PNLCa), des laboratoires Hoffman La Roche et de l'AFCRN.

II-2 Situation

Le registre du Cancer d'Abidjan est situé au Centre Hospitalier et Universitaire (C.H.U.) de Treichville.

Ce registre est composé de cinq (05) salles réparties de la façon suivante :

- le bureau du coordonnateur du registre,
- le bureau du Technicien du registre,
- une salle informatique,
- une salle d'archives,
- une salle de réunion: la salle ECHIMANE Kouassi Antoine.

II-3 Fonctionnement

Le registre du cancer fonctionne grâce à :

1°) un personnel de base composé de ;

- un coordonnateur du registre ;
- un informaticien ;
- une archiviste-secrétaire ;
- deux enquêtrices.

2°) des médecins référents qui sont des médecins collaborateurs de chaque service impliqué dans l'enregistrement des cancers.

II-4 Objectifs

Le Registre du Cancer d'Abidjan (RCA) est un registre à base populationnelle.

Ainsi, il s'est fixé pour objectifs de :

- recenser tous les cas de cancers dans la ville d'Abidjan et banlieue ;
- Publier chaque année les taux d'incidence par type de cancers, par tranche d'âge et par sexe ;
- Permettre, en tant qu'organisme, la surveillance épidémiologique qui analysera régulièrement l'évolution des taux d'incidence de cancers dans le temps et leur répartition géographique sur le territoire de la zone qu'il couvre.
- Permettre la précision des priorités en matière de cancer en Côte d'Ivoire à partir des tendances observées. Les données recueillies par ce registre doivent aider les autorités sanitaires dans la planification des services de soins (diagnostic et traitement) et dans les stratégies de prévention des affections cancéreuses en Côte d'Ivoire ;

II-5 Zone géographique couverte

Il s'agit des 10 communes de la ville d'Abidjan :

1 ABOBO. 2 ADJAME. 3 ATTECOUBE .4 COCODY. 5 KOUMASSI. 6 MARCORY. 7 PLATEAU.
8 PORT-BOUET. 9 TREICHVILLE. 10 YOPOUGON (**Fig 3**).

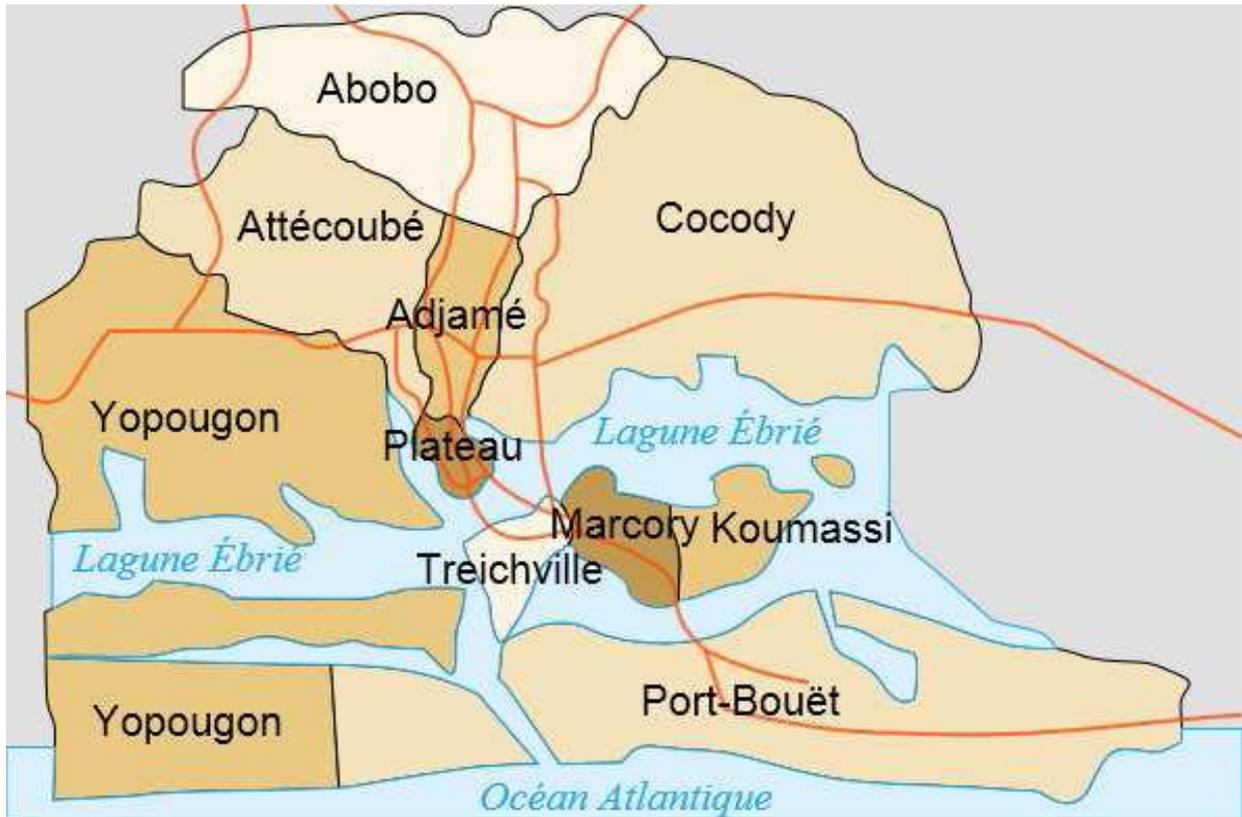


Figure 3: Subdivision administrative de la ville d'Abidjan



Image1 : la façade du Registre du Cancer d'Abidjan (RCA)

III - METHODOLOGIE DE TRAVAIL DU RCA

III-1 SOURCES D'INFORMATION

La collecte de l'information a été possible grâce à la collaboration des divers établissements sanitaires répartis dans la ville d'Abidjan. On distingue deux types de sources d'information :

- les laboratoires d'anatomopathologie et de cytologie d'une part,
- les services cliniques médicaux et chirurgicaux (publics et privés) d'autre part.

La liste des sources d'information se répartit comme suite :

1 - Hôpitaux publics avec leurs des différents services de spécialité

- C.H.U. de Cocody ;
- C.H.U. de Treichville ;
- C.H.U. de Yopougon ;
- Hôpital Général d'Abobo nord ;
- Hôpital Militaire d'Abidjan.

2 - Hôpitaux privés

- Polyclinique Sainte Anne-Marie (P.I.S.A.M.) ;
- Polyclinique Avicenne ;
- Clinique Danga ;
- Clinique COBA ;
- Polyclinique Hôtel Dieu d'Abidjan (HDA) ;
- Polyclinique Groupe Médical du Plateau (GMP).

3 - Laboratoires publics

- Anatomopathologie du C.H.U de Treichville ;
- Anatomopathologie du C.H.U de Cocody ;
- Cytologie du C.H.U. de Treichville ;
- Hématologie du C.H.U de Treichville ;
- Immuno-hématologie du C.H.U de Cocody ;
- Hématologie du C.H.U. de Yopougon.

4 - Laboratoires privés

- Laboratoire d'Anatomopathologie de la P.I.S.A.M. ;
- Laboratoire Wilic ;
- Laboratoire central.

III-2 METHODES DE COLLECTE

Elles sont au nombre de deux : On distingue la méthode active et la méthode passive.

➤ **Méthode active**

C'est le mode principal de fonctionnement du Registre du Cancer d'Abidjan. Il nécessite une présence quotidienne au niveau de la source d'information. Ainsi, on procède à l'enregistrement manuscrit des informations sur chaque patient cancéreux. Les fiches d'enquêtes soigneusement remplies, sont acheminées au registre dans les meilleures conditions de respect du secret médical. Cette méthode active présente plusieurs avantages :

- Le suivi de l'évolution des malades en mettant régulièrement à jour les informations civiles et médicales.
- La conservation de la qualité constante de l'information.
- Le maintien du contact des médecins correspondants qui s'adapteront aux éventuelles modifications techniques (nouveaux systèmes de gestion des dossiers) ou aux évolutions observées dans l'organisation des services.

➤ **Méthode passive**

Les fiches remplies par les médecins correspondants sont collectées pour être déposées au registre. Cette pratique a été très peu utilisée.

III-3 VARIABLES

Le recueil des données s'est effectué à partir d'une fiche d'enquête (annexe 4):

1- l'identification du malade est basée sur :

- le nom,
- le prénom voir le nom de jeune fille,
- le sexe,
- l'âge,
- la date de naissance,
- la résidence,
- le téléphone,
- l'ethnie,
- la religion,
- la profession.

2- La nature de la tumeur fournit les renseignements sur :

- la date d'incidence,
- le site primitif,
- l'histologie,
- la base de diagnostic,
- l'extension,
- la classification,
- le ou les traitements suivi (s).

3 - La source d'information:

- hôpital (privé ou public)
- service clinique
- laboratoires de cytologie ou d'hématologie ou d'histologie

4 -Le suivi avec la date de la dernière rencontre; ainsi que l'état du malade à cette rencontre.

III-4 CERTIFICATS DE DECES

Les certificats de décès sont remplis pour les décès survenus à l'hôpital. La cause du décès est certifiée par les médecins. Les décès survenus à domicile font souvent l'objet d'une autopsie médico-légale par les départements de pathologie.

L'utilisation des certificats de décès comme source d'information est récente et ces certificats sont retrouvés dans les archives des bureaux administratifs des hopitaux.

III-5 CLASSIFICATION ET CODAGE

Chaque item de la fiche d'enquête a un numéro de code. Le site primitif et l'histologie des différentes tumeurs sont codés selon la Classification Internationale des Maladies - Oncologie (CIM-O). Le registre dispose de la troisième édition de cette classification qui est le résultat d'un travail fait par le C.I.R.C. et le N.C.I.

Pour toutes les localisations, le stade d'extension a été établi selon le code TNM (version 6) de l'Union International contre le cancer (UICC). Cependant, pour les cancers du col de l'utérus, le stade d'extension est fait selon la classification de la Fédération Internationale de Gynecologie Obstétrique (FIGO).

La classification TNM et le stade ont été tres peu retrouvés dans les dossiers cliniques.

La base de diagnostic a été exprimée selon la nomenclature proposée par le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) et l'Association Internationale des Registres de Cancers (AIRC) (Tableau 2).

Tableau II : Codes proposés par le CIRC et l'AIRC pour les fondements du diagnostic

Code	Description	Critères
0	Acte de décès uniquement	Les renseignements obtenus sont issus d'un acte de décès
Non microscopique		
1	Clinique	Diagnostic établi avant le décès mais en l'absence des éléments qui suivent (codes 2-7)
2	Examens d'investigation clinique	Toute technique diagnostique, y compris les radiographies, endoscopies, examens d'imagerie, ultrasons, chirurgie exploratrice (type laparotomie) et autopsies, en l'absence d'éléments diagnostiques tissulaires.
4	Marqueurs tumoraux spécifiques	Y compris les marqueurs biochimiques et / ou immunologiques propres à une localisation tumorale.
Microscopique		
5	Cytologie	Examen cellulaire d'une localisation primitive ou secondaire, y compris les liquides prélevés par endoscopie ou à l'aiguille; mais aussi examen microscopique des prélèvements de sang périphérique et de moelle osseuse.
6	Histopathologie d'une métastase	Examen histopathologique des tissus impliqués dans une métastase, y compris les échantillons autopsiques.
7	Histopathologie d'une tumeur primitive	Examen histopathologique des tissus impliqués dans la tumeur primitive, quelle que soit la méthode utilisée pour les obtenir, y compris toute méthode d'incision et biopsie de la moelle osseuse ; mais aussi échantillons autopsiques de la tumeur primitive.
9	Inconnu	

III-6 LOGICIEL

Le registre d'Abidjan utilise actuellement le logiciel CANREG 5 pour la saisie, le traitement et l'analyse de données.

Le CanReg5 est un logiciel créé par le C.I.R.C. Il est destiné à tous les registres de cancer des pays en voie de développement, aussi bien en Afrique, en Asie qu'en Amérique latine.

III-7 RECHERCHE D'ENREGISTREMENTS MULTIPLES

Un fichier indexé sur certaines variables telles que le nom, le prénom, l'âge, le numéro d'enregistrement, la localisation du cancer, inclus dans le logiciel Canreg5 permet de rechercher les cas supposés similaires. Après croisement, si le cas est confirmé comme existant, il sera supprimé après la mise à jour du premier enregistrement.

III-8 METHODES STATISTIQUES

➤ Incidence ou morbidité

C'est le nombre de nouveaux cas d'une maladie donnée dans une population donnée au cours d'une période d'observation donnée.

➤ Taux d'incidence

Il correspond au nombre de nouveaux cas d'une maladie donnée sur la population de référence.

$$ti = \frac{\text{Nombre de nouveaux cas d'une maladie donnée}}{\text{Population de référence (nombre de personne - années cumulées sur la même période)}}$$

Il est habituellement exprimé pour 100 000 personnes pour une année.

La taille de la population à risque, mesurée en personne-temps, est estimée par la taille de la population d'Abidjan au milieu de la période d'étude.

Dans notre cas, c'est la population de 2012 qui a été choisie par défaut comme le montrent les tableaux I et figure 2.

➤ Taux bruts et taux spécifiques

pour une population p où on suppose avoir A comme classe d'âge.

$A = 18$ et les différentes classes sont : 0 - 4 ans, 5 - 9 ans, 10-14 ans, 15-19 ans,, 80 - 84 ans et 85 ans et plus .

On appellera r_i le nombre de cas par classe d'âge. le total des cas sera R et s'exprimera comme suit :

$$R = \sum r_i = r_1 + r_2 + r_3 + \dots + r_A.$$

on appellera (n_i) la population de chaque tranche d'âge et la population totale N s'exprimera comme suit :

$$N = \sum n_i = n_1 + n_2 + n_3 + \dots + n_A.$$

Le taux d'incidence brut est $\frac{R}{N}$

Rapporté à 100 000 habitants, on l'appellera C et il est égal à $\frac{R}{N} \times 100\,000$.

Soit:

$$C = \frac{\sum r_i}{\sum n_i} \times 100.000$$

Pour chaque tranche d'âge, l'incidence spécifique pour 100 000 habitants sera donc :

$$a_i = \frac{r_i}{n_i} \times 100.000$$

➤ Standardisation et taux standardisés

Les méthodes de standardisation ont pour objectif de rendre comparables les niveaux d'incidence entre populations à structure de répartition par âge différents. En effet la structure d'âge d'un groupe a une très grande influence dans l'apparition d'une maladie comme le cancer, quelque soit la localisation étudiée.

Il existe deux méthodes de standardisation:

- La standardisation directe ou méthode de la population-type
- La standardisation indirecte **ou méthode de l'incidence-type.**

La standardisation directe ou méthode de la population-type a été utilisée par le Registre du Cancer d'Abidjan.

Cette méthode utilise la population standard mondiale présentée en 1966 par Doll et Al. (Tableau III)

Elle consiste à appliquer le taux calculé à la population standard mondiale. Ce qui donne un taux comparatif d'incidence appelé **A. S. R.** (age-standardized incidence rate) et s'exprime par

$$A.S.R. = \frac{\sum aiwi}{\sum wi}$$

ai = taux spécifique / 100 000

Wi = population standard mondiale par tranche d'âge

Tableau III: Population standard mondiale

Classes d'âge	wi
0 - 4	12.000
5 - 9	10.000
10 - 14	9.000
15 - 19	9.000
20 - 24	8.000
25 - 29	8.000
30 - 34	6.000
35 - 39	6.000
40 - 44	6.000
45 - 49	6.000
50 - 54	5.000
55 - 59	4.000
60 - 64	4.000
65 - 69	3.000
70 - 74	2.000
75 - 79	1.000
80 - 84	500
85 et +	500
Total	100.000

IV - RESULTATS

IV-1 RESULTATS GLOBAUX

Au cours de la période de deux ans (2012-2013), **2479** nouveaux cas de cancers (CIM-10 codes C00-C95) ont été enregistrés, **956** cas chez les hommes et **1523** cas chez les femmes.

Les cas de cancers in situ (comportement=2), des tumeurs bénignes (code de comportement=0), et ceux de comportements incertains (code de comportement=1) sont exclus, ainsi que les cas non residents à Abidjan (Res>11), ou sans mention du lieu de residence habituel (Res=99).

Sur les **2479** cas, **1499** soit **60.5 %** ont eu une verification microscopique de leur diagnostic.

Les taux les plus faibles de verification morphologique ont été pour le cancer du foie (14, 4%) et le cancer du pancréas (20, 7%) (Tbleau IV)

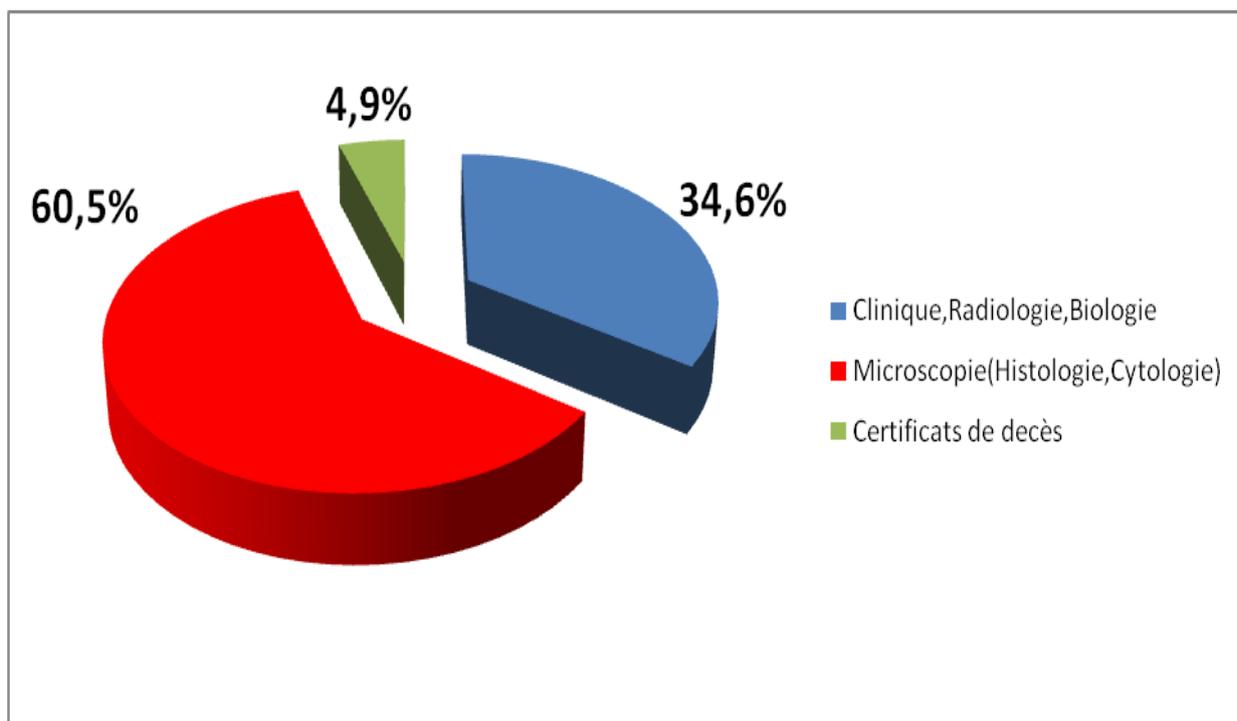


Figure 4: Place de la confirmation microscopique du diagnostic

Tableau IV : Répartition des cas selon la base du diagnostic

SITE	CAS	MV(%)	CLIN(%)	DCO(%)
Cavité buccale & pharynx	75	61,3	36	1,3
Oesophage	6	66,7	33,3	0
Estomac	59	62,7	32,2	5,1
Colon, rectum, anus	121	64,5	31,4	4,1
Foie	264	14,5	79	6,5
Pancreas	53	20,7	68	11,3
Larynx	23	65,2	26,1	8,7
Poumons, trachée, bronches	54	38,9	51,9	9,2
Melanome de la peau	9	88,9	11,1	0
Sein	531	79,5	16	4,5
Prostate	252	67,1	30,2	2,7
Col de l'utérus	280	67,5	30,4	2,1
Testicule	2	100	0	0
Corps & Uterus NOS	43	60,5	34,9	4,6
Ovaires & annexes	68	53	44,1	2,9
Rein & Appareil urinaire SAI	28	57,1	39,3	3,6
Vessie	25	24	72	4
Cerveau & Sytème nerveux	15	46,7	40	13,4
Thyroïde	21	47,6	47,6	4,8
Autres	71	45,1	32,4	9,5
Lymphomes	115	90,5	6,9	2,6
Leucémies	21	90,5	9,5	0
Tous les sites sauf C44	2432	60,8	34,3	4,9
Tous les sites	2479	60,5	34,6	4,9

MV (Verification Morphologique) **CLIN** (Dagnostic clinique) **DCO** (certificat de deces)

IV-2 INCIDENCES

Les résultats détaillés, montrant le nombre nouveaux de cas de cancer enregistrés, et les taux d'incidence pour 100 000, selon le sexe, le type de cancer et le groupe d'âge, sont dans les tableaux d'incidence en annexes I et II.

Ces résultats sont résumés sur les figures 5-6-7-8.

Nombre de cas dans la période, par groupe d'âge et par sexe

La Figure 5 montre la répartition des cas enregistrés dans la période de deux ans, par grand groupe d'âge et le sexe.

Dans l'ensemble des deux sexes, quelques 4% des cas de cancers sont survenus dans l'enfance (0-14 ans), et 12% chez les personnes âgées (70 ans ou plus).

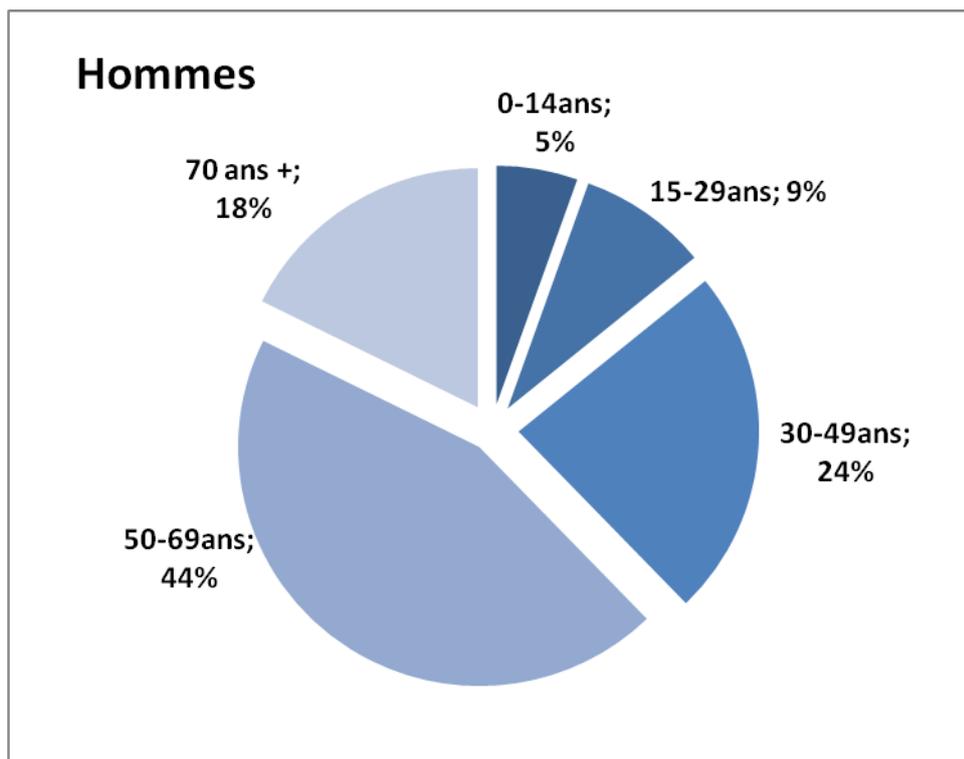


Figure 5a : répartition des cas par groupe d'âge chez l'homme

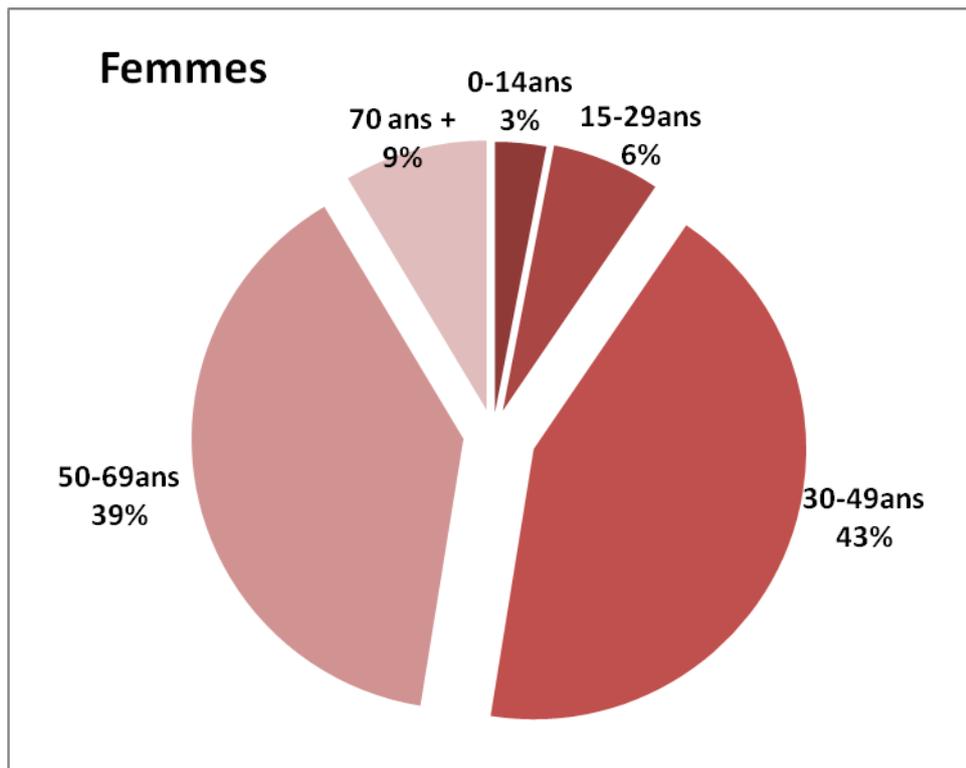


Figure 5b : répartition des cas par groupe d'âge chez la femme

Les cancers les plus courants, selon le sexe

Le classement des différents cancers peut varier, selon qu'ils sont considérés en termes de nombre de cas ou d'incidence standardisée (ASR) :

Chez les hommes, le cancer de la prostate (**27% ; ASR 31,6 pour 100 000**) et le cancer du foie (**19,1% ; ASR 10,2 pour 100 000**) sont respectivement au premier et au second rang selon les deux indices.

Alors que les cancers qui suivent en termes de fréquence, sont les lymphomes non hodgkiniens (NHL, 6,6%), le cancer du colon (4,3%) et les sarcomes osseux (4,1%) ; en considérant l'incidence standardisée, ce sont plutôt les cancers colo-rectaux (**3,3 pour 100 000**), les cancers de l'estomac (**2,8 pour 100 000**) et les cancers broncho-pulmonaires (**2,5 pour 100 000**) qui sont respectivement au troisième, quatrième et cinquième rang.

Chez les femmes, les cancers les plus importants selon la fréquence sont le cancer du sein (35,5%), du col de l'utérus (18,7%), du foie (5,7%) des ovaires (4,5%) et les lymphomes non hodgkiniens (2,4%).

En termes d'ASR, nous avons : au premier rang le cancer du sein (**36,6 pour 100 000**) suivi du cancer du col de l'utérus (**24,3 pour 100 000**), le cancer du foie (**7,7 pour 100 000**), les cancers colo-rectaux (**5,4 pour 100 000**) puis les cancers ovariens (**4,7 pour 100 000**).

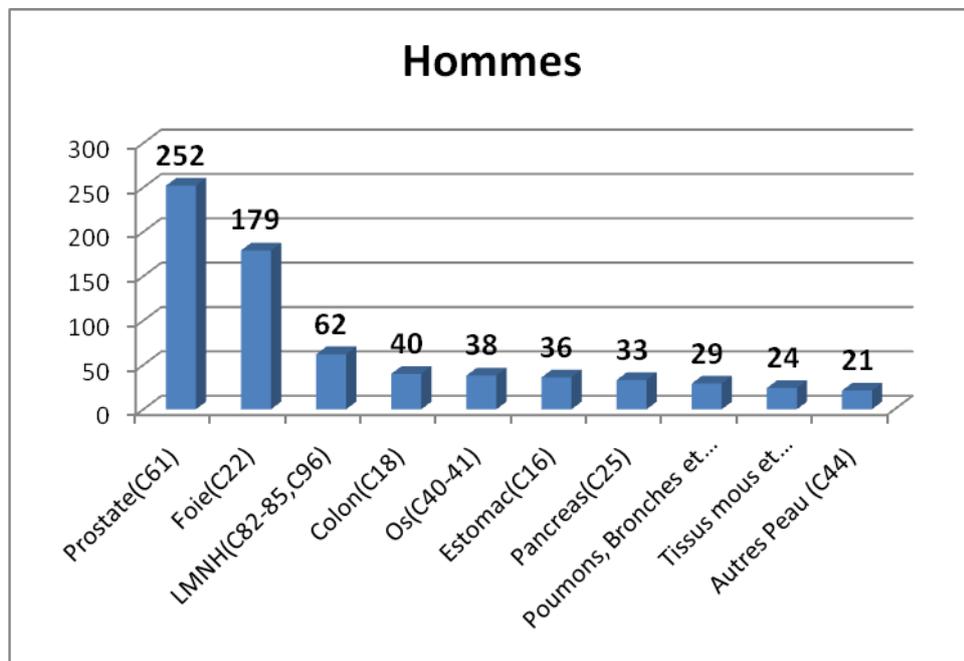


Fig 6a : les dix premiers cancers en nombre des cas chez l'homme

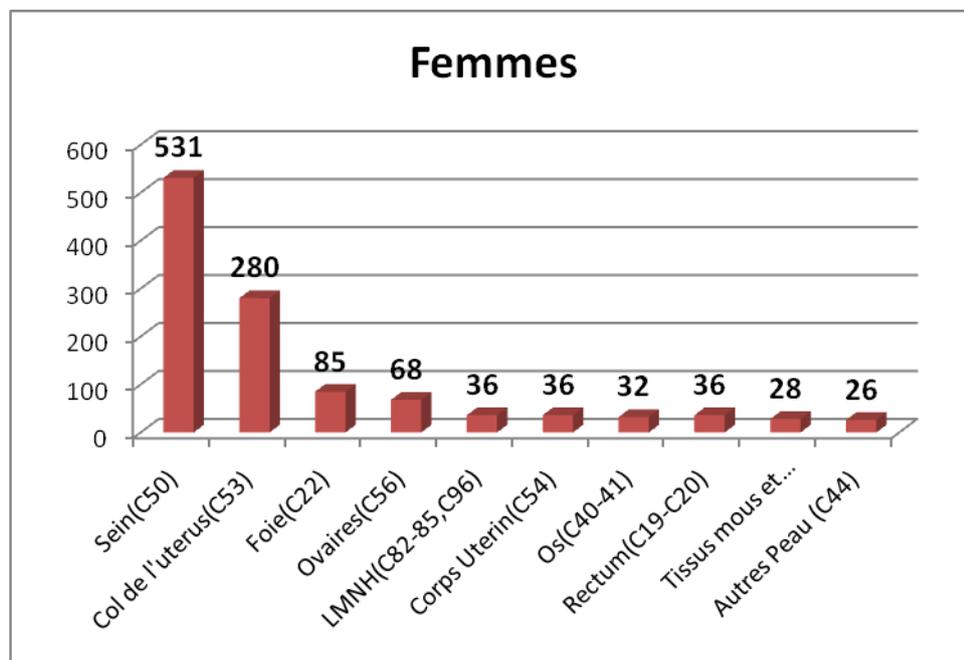


Fig 6b : les dix premiers cancers en nombre des cas chez la femme

Registre du Cancer d'Abidjan (2012-2013)
Top ASR per 100 000 (H&F)

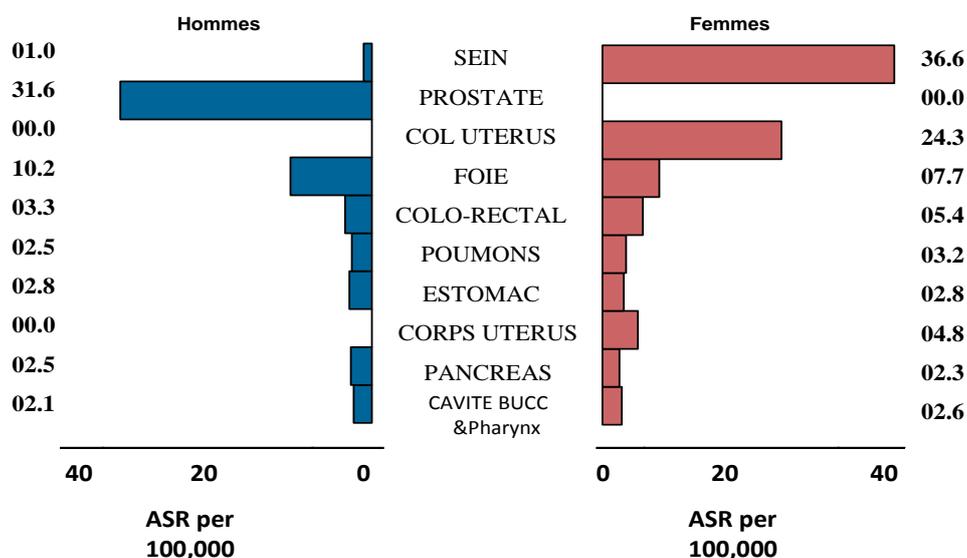


Figure 7 : cancers les plus incidents selon le sexe (ASR)

La Figure 8a indique les taux d'incidence spécifiques d'âge pour les cancers les plus importants des hommes: Cancer de la prostate, du foie, du colon, de l'estomac et du poumon.

Ces courbes montrent une constante augmentation de l'incidence par âge, bien que cette augmentation commence à un âge relativement jeune pour les cancers du foie et du colon à la différence des cancers de la prostate, de l'estomac et du poumon.

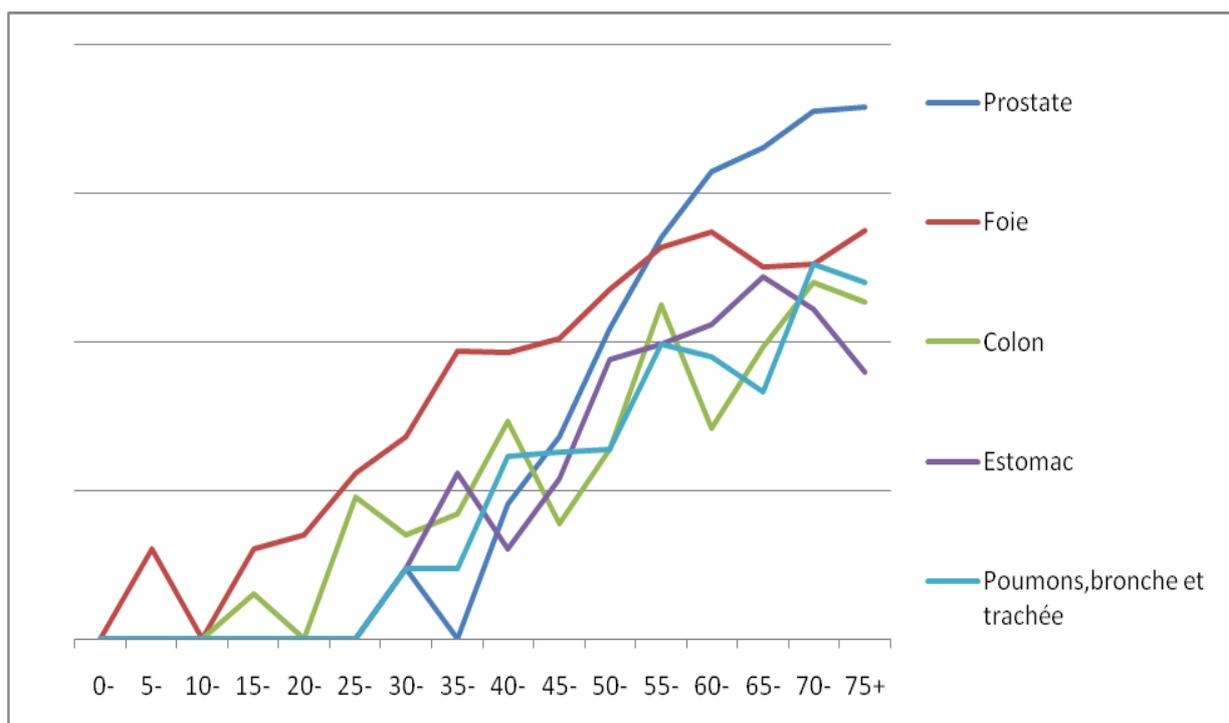


Figure 8a: Evolution des taux spécifiques d'incidence par groupe d'âge des principaux cancers de l'homme

La Figure 8b montre les taux d'incidences spécifiques d'âge pour les cancers les plus fréquents des femmes. Les taux d'incidence de cancers du col de l'utérus, du sein et du foie connaissent une augmentation constante et ont tendance à être plus ou moins stables après 50 ans. Cependant, l'ampleur du cancer du foie est un peu en deçà.

Cette augmentation est également notée pour le cancer des ovaires, commence à un âge relativement jeune.

Le cancer du corps de l'utérus quand à lui apparait relativement plus tardivement avec une evolution plus inconstante comportant une chute minime entre 40 et 50 ans et apres 75ans.

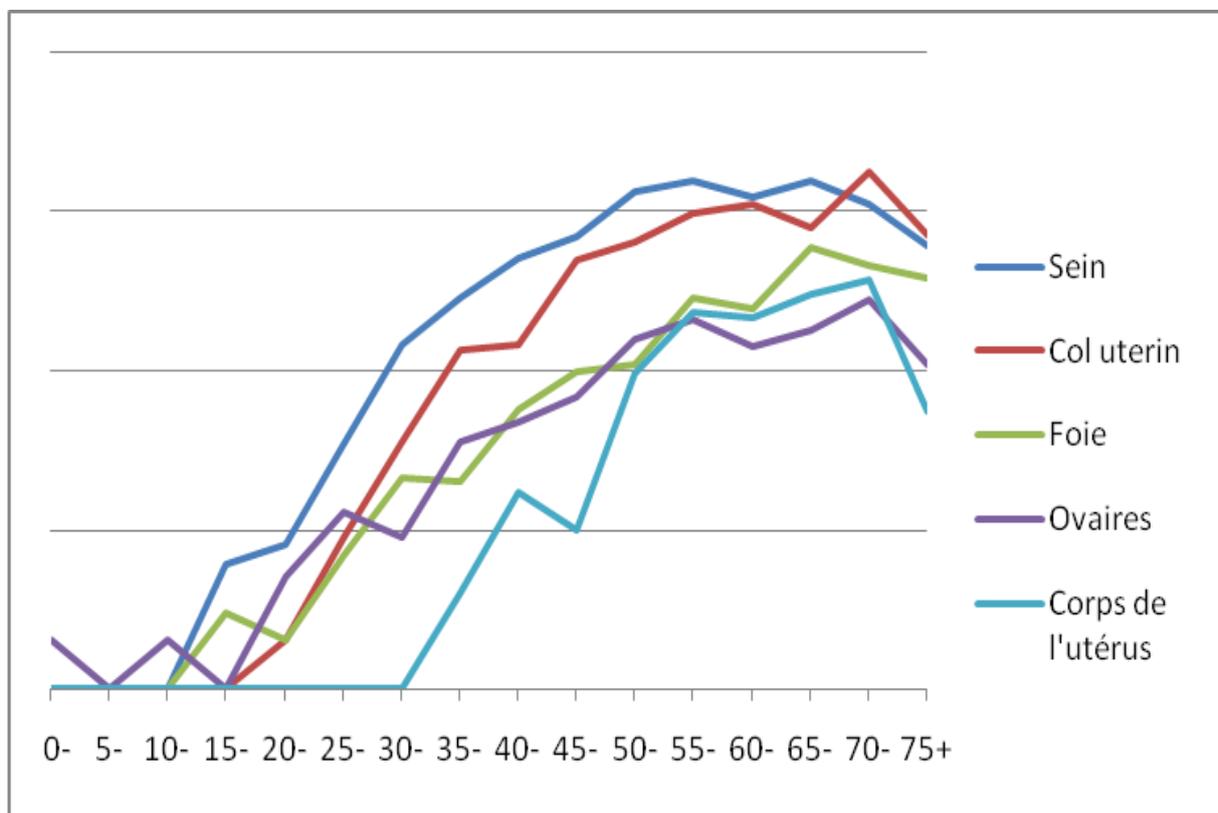


Figure 8b: Evolution des taux spécifiques d'incidence par groupe age des principaux cancers de la femme

IV-3 LES CANCERS DES ENFANTS

Le Tableau V montre les cas de cancers chez les enfants (0-14 ans) enregistrés entre 2012-2013. Le nombre de cas enregistrés et les taux d'incidence (pour 1 000 000) par groupe d'âge de cinq ans sont présentés pour la plupart des cancers importants de l'enfance, définies selon la Classification Internationale de l'Enfance Cancer (Steliarova-Foucher et al, 2005). Le ratio du nombre de cas chez les garçons et les filles est montré (M / F) ainsi que le taux brut et taux standardisé à l'âge, pour chaque type de cancer.

Il y avait un peu plus de cancers chez les garçons (52) que chez les filles (46). Le sex-ratio étant de 1,13. Le lymphome de Burkitt est la forme la plus commune de cancer (43, 9 %, ASR= 13,8 pour 1 000 000). Il existe également une fréquence élevée de retinoblastome (14, 3 %, ASR= 5 pour 1 000 000).

Les Leucémies qui sont les formes de cancer les plus fréquentes dans les populations occidentales, ont été relativement moins observées (8, 2 %, ASR= 2,7 pour 1 000 000) avec seulement 8 cas enregistrés.

Tableau V : Les cancers de l'enfant

	Nombre de cas				Sexe ratio (H/F)	Fréquence relative (%)	Taux d'incidences pour 1 000 000				
	0-4	5-9	10-14	Total			0-4	5-9	10-14	Taux brut	ASR
	Lymphomes										
- Burkitt	9	23	11	43	1,38	43,9	9	22,6	10,4	14	13,8
- Autres	1	1	1	3	--	3,1	1	0,9	0,9	0,9	0,9
Leucemie	3	5	0	8	0,6	8,2	3	4,9	0	2,6	2,7
Néphroblastome	4	2	1	7	2,5	7,1	4	19	0,9	2,2	2,4
Retinoblastome	10	2	2	14	1	14,3	10	1,9	1,8	4,5	5
Ostéosarcome	0	2	3	5	0,25	5,1	0	1,9	2,8	1,6	1,4
Sarcomes tissus mous	2	2	0	4	1	4,1	2	1,9	0	1,3	1,4
Tumeurs du foie	0	2	0	2	--	2	0	1,9	0	0,6	0,6
Autres	3	4	5	12	0,5	12,2	3	3,9	4,7	3,9	3,8
Total	32	43	23	98	1,13	100	32,1	42,2	21,8	31,4	32,3

V - COMMENTAIRES

L'enregistrement des cancers a été difficile à Abidjan. Les problèmes rencontrés sont communs à l'enregistrement en Afrique : il s'agit de l'incertitude de la consultation de tous les malades de cancer par un médecin ainsi que l'insuffisance des moyens de diagnostic. Ces difficultés sont aggravées par la dispersion des soins médicaux et l'absence de systèmes d'information hospitaliers ou des archives centralisées. La recherche de cas constitue alors un travail laborieux avec une nécessité de visites répétitives à de nombreux services hospitaliers.

En dépit de ces difficultés, un effort encourageant a été fait avec un personnel limité, et l'absence de financement permanent pour identifier et enregistrer tous les nouveaux cas dans une population de plus de 4 millions d'habitants.

➤ **Les facteurs à considérer dans l'interprétation des observations**

- La difficulté de définir le «lieu de résidence»:

Pour qu'un cas soit pris en compte dans les calculs statistiques il est nécessaire d'avoir une précision sur l'adresse de la résidence habituelle. En effet, nos enregistrements, basés sur des dossiers médicaux très souvent incomplets, impliquent qu'un grand nombre de cas enregistrés n'ayant pas la résidence habituelle précisée, ont été exclus.

- Pour la période présentée dans ce rapport, il est nécessaire de considérer l'effet sur les taux calculés de l'incertitude concernant la population à risque : Les chiffres de la population étaient basés sur des projections du recensement de 1998 (14-15 ans plus tôt). Bien qu'il y ait un récent recensement concernant l'année 2014, le biais lié à ces estimations est à prendre en compte.

➤ **Comparaison des taux du même registre dans le temps (période antérieure)**

Les figures 9a et 9b montrent une comparaison entre l'incidence standardisée selon l'âge (ASR) pour les 10 cancers fréquents de l'homme (fig.9a) et de la femme (fig. 9b) entre 2012-2013 à Abidjan, avec ceux de 17 ans plus tôt (1995-1997) observés dans le même registre, telles que publiées dans la revue "Cancer" en 2000.

Chez l'homme nous observons soit une stabilité pour certains cancers tels que le cancer de la prostate et le cancer du foie, soit une regression minime d'autres cancers comme les cancers de l'estomac et du poumon, tandis que chez la femme, tous les taux d'incidence sont en nette augmentation à l'exception du cancer du col de l'utérus qui connait une baisse remarquable.

Les taux d'incidence importants des cancers du sein, colo-rectaux et du poumon seraient certainement liés au mode de vie des populations Abidjannaises qui semble calqué sur celui de l'occident: la consommation abusive de l'alcool et du tabac, la sédentarité etc.

Les cancers viro-induits : le foie et le col de l'utérus toujours relativement fréquents (Hepatite B et C et HPV 16 et 18), avec cependant une légère baisse des taux du cancer du col utérin qui se presente dans notre travail en deuxième position après celui du sein. Nous pouvons surment expliquer cette diminution par les différents programmes de depistage et traitement des lésions précancéreuses initiés depuis quelques années par le PNLCA.

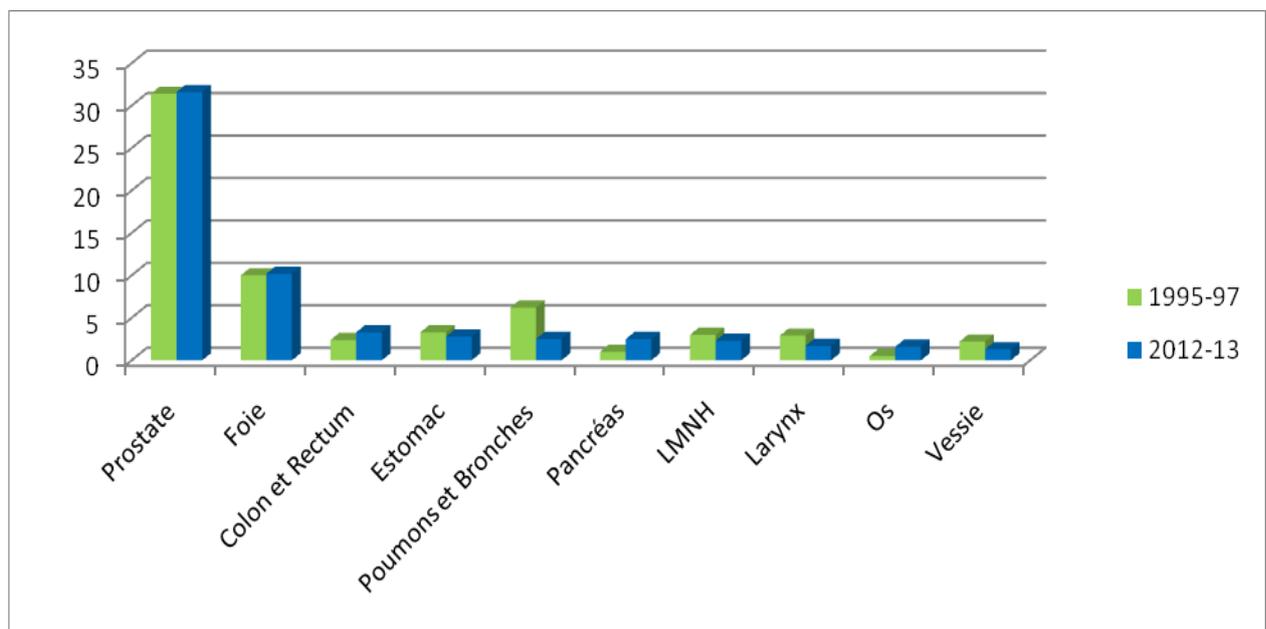


Figure 9a: comparaison des ASR des 10 premiers cancers chez l'homme entre 1995-97 et 2012-13

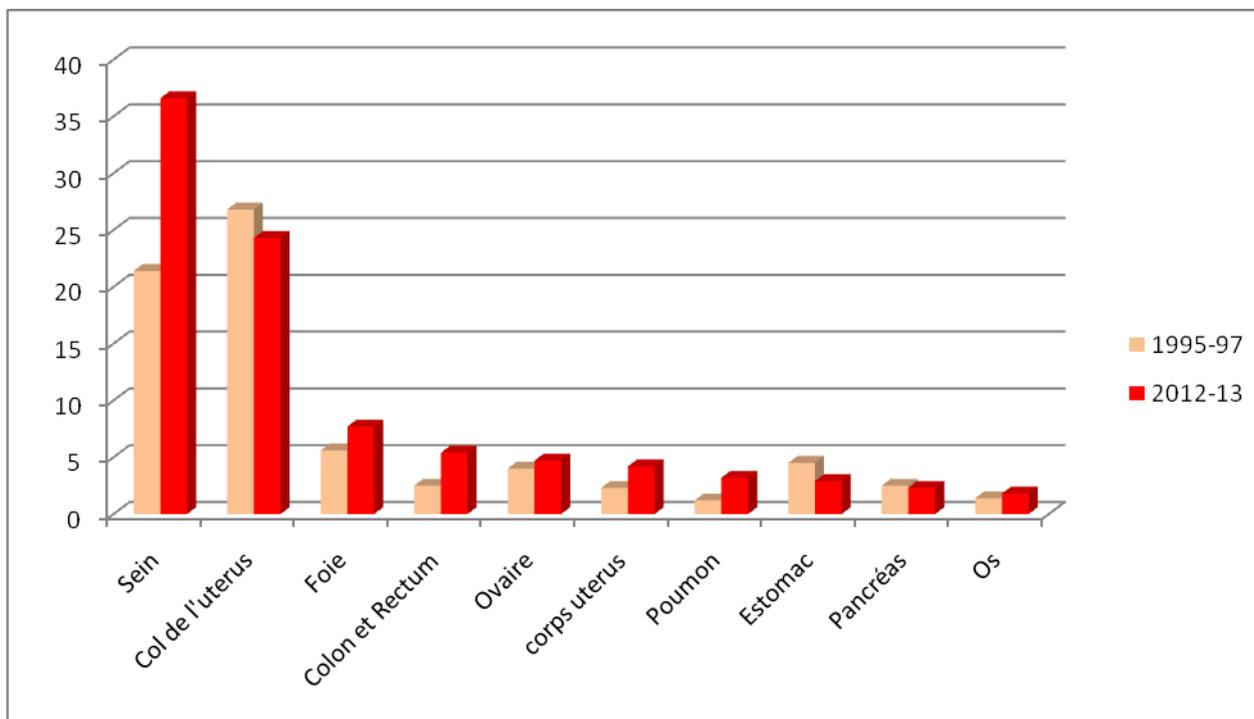


Figure 9b: comparaison des ASR des 10 premiers cancers chez la femme entre 1995-97 et 2012-13

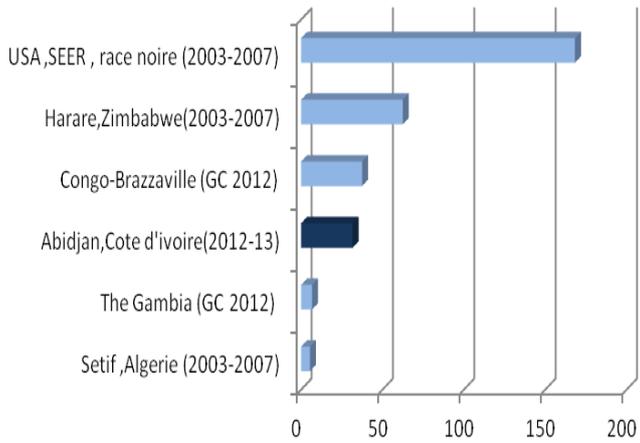
➤ **Comparaison des taux d'incidence avec d'autres registres**

les Figures 10 à 19 montrent une comparaison entre les taux d'incidences standardisés selon l'âge à Abidjan (2012-2013) à ceux observés en 2003-2007 à Harare (Zimbabwe), à Setif (Algérie), dans la population noire des zones registre SEER des Etats-Unis (Curado et al, 2010), au Congo et en Gambie 2012 (Globocan 2012).

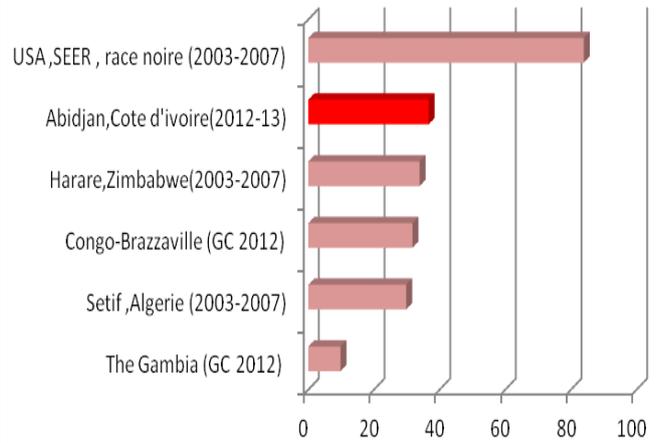
Les résultats pour les cinq cancers les plus fréquents des hommes à Abidjan (à gauche) et chez les femmes (à droite).

Comparativement aux autres registres, une incidence relativement élevée de cancer du sein, du foie et des ovaires est à noter.

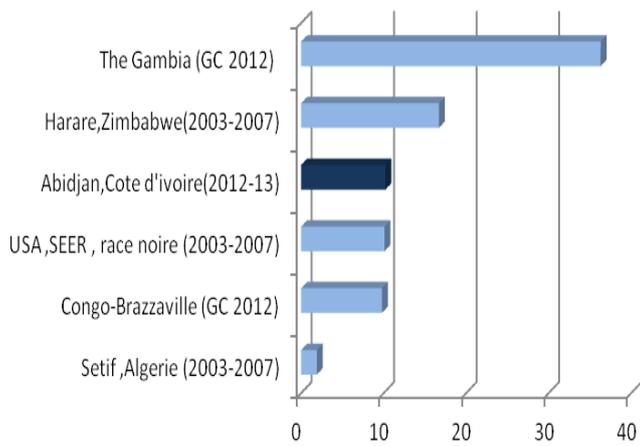
PROSTATE



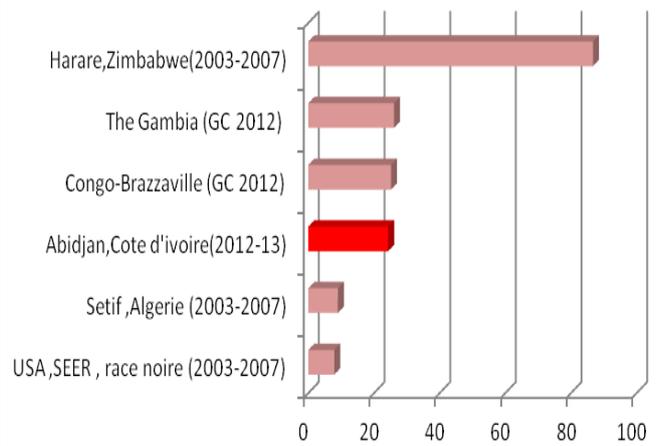
SEIN



FOIE



COLUTERIN



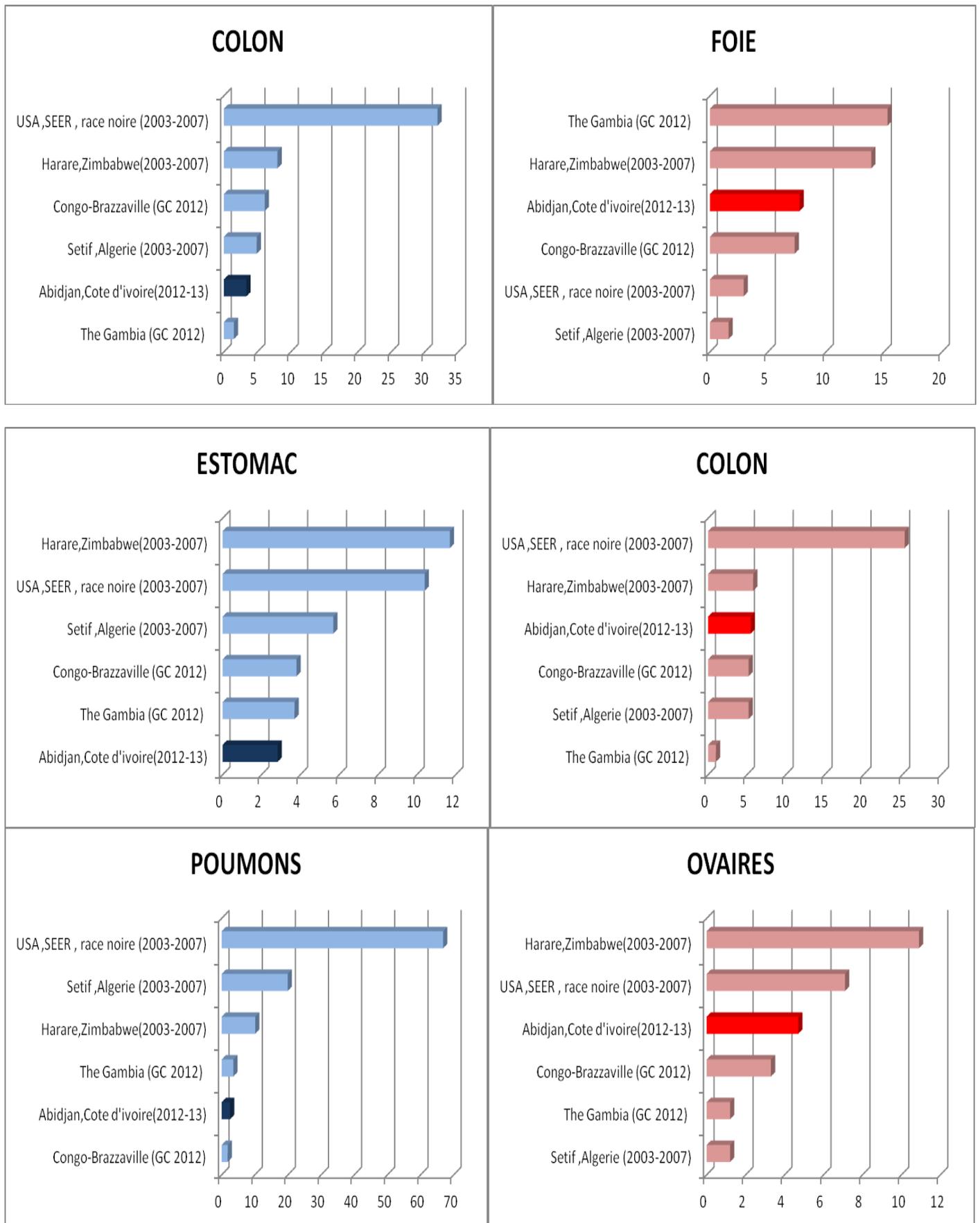


Figure 10-19: comparaison des taux d'incidence avec d'autres registres

CONCLUSION

Bien que les taux d'incidence calculés à partir de la base de données du registre d'Abidjan et d'une estimation de la population peuvent être relativement sous estimés, le profil global devrait être un reflet fidèle de la réalité.

Ces résultats, montrent que la distribution des cancers en Côte d'Ivoire tend à changer depuis une décennie.

Il y a donc une nécessité de réadapter la politique nationale de lutte contre le cancer.

Le registre des cancers demeure un instrument incontournable dans cette lutte, car il permet une surveillance épidémiologique de cette redoutable maladie.

Un registre de cancer est avant tout, un point de départ pour la recherche en cancérologie.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1/ Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, accessed on day/month/year.

2/ Forman D, Bray F, Brewster DH, Gombe Mbalawa C, Kohler B, Piñeros M, Steliarova-Foucher E, Swaminathan R and Ferlay J eds (2013)

Cancer Incidence in Five Continents, Vol. X (electronic version) Lyon, IARC. <http://ci5.iarc.fr> last accessed on [date].

(The printed version of this volume: IARC Scientific Publication No. 164.)

3/ Echimane AK, Ahnoux AA, Adoubi I, Hien S, Mbra K, D' Horpock A et al. Cancer incidence in Abidjan, Ivory Coast first results from the cancer registry, 1995-1997 cancer 2000; 89 (3): 653.

4/ Doll R, Smith PG. Comparison between registries: age-standardized rates. In Waterhouse JAH, Muir CS, Shanmugaratnam K, Powell J, Peacham D, Whelan S (eds) *Cancer Incidence in Five Continents*. Vol. IV, pp 671-675, IARC Scientific Publication No 42 Lyon: IARC, 1982.

5/ Fritz, A., Percy, C. Jack, A., Shanmugaratnam, K., Parkin, D.M. and Whelan, S. (Eds).

International Classification of Diseases for Oncology, 3rd edition. World Health Organisation, Geneva, (2000).

6/ Jensen OM, Parkin DM, Maclennan R, Muir CS and Skeet RG. .Cancer Registration Principles and Methods. Editors: IARC Scientific Publication No. 95, Lyon, (1991).

ANNEXES

Annexe 1 : Table d'incidence Hommes

SITE	Tout AGE	0-	5-	10-	15-	20-	25-	30-	35-	40-	45-	50-	55-	60-	65-	70-	75+	TAUX BRUT	Freq (%)	ASR	CIM 10
Levre	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.	0	0	0	C00
Langue	6	-	-	-	-	-	-	-	0,3	0,4	0,6	1,9	-	-	-	8,4	.	0,1	0,6	0,3	C01-02
Bouche	8	-	-	-	0,2	-	0,4	0,3	0,3	-	-	-	1,6	5,3	-	-	.	0,2	0,9	0,4	C03-06
Glandes salivaires	12	-	-	-	0,4	0,2	-	0,3	-	-	0,6	0,9	3,2	10,6	-	-	.	0,3	1,3	0,7	C07-08
Amygdales	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,9	1,6	-	4,6	-	.	0,1	0,3	0,3	C09
Autres oropharynx	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	-	-	-	-	-	.	0	0,1	0	C10
Nasopharynx	7	-	-	-	-	0,2	0,4	0,3	-	-	0,6	-	-	2,6	-	-	6,25	0,2	0,7	0,4	C11
Hypopharynx	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,6	-	-	.	0	0,1	0,1	C12-13
Pharynx non specifié	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.	0	0	0	C14
Oesophage	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,9	-	2,6	-	-	.	0,1	0,3	0,2	C15
Estomac	36	-	-	-	-	-	-	0,3	1,3	0,4	1,2	7,6	9,7	13,2	27,7	16,7	6,25	0,8	3,9	2,8	C16
Intestin grele	4	-	-	-	-	0,2	-	-	-	-	0,6	-	-	-	4,6	8,4	.	0,1	0,4	0,4	C17
Colon	40	-	-	-	0,2	-	0,9	0,5	0,7	2,9	0,6	1,9	17,8	2,6	9,2	25,1	18,7	0,9	4,3	2,5	C18
Rectum	11	-	-	-	-	-	0,2	0,3	-	0,8	0,6	-	1,6	5,3	9,2	-	6,25	0,2	1,2	0,8	C19-20
Anus	3	-	-	-	-	0,2	0,2	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	.	0,1	0,3	0	C21
Foie	179	-	0,4	-	0,4	0,5	1,3	2,3	8,6	8,4	10,5	22,7	43,6	55,6	32,3	33,4	56,3	4	19,1	10,2	C22
Vesicule et voies biliaires	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	-	-	2,6	4,6	-	.	0,1	0,3	0,3	C23-24
Pancreas	33	-	-	-	-	0,2	0,2	0,5	0,3	1,3	2,3	4,7	4,8	10,6	13,8	33,4	12,5	0,7	3,5	2,5	C25
Nez, sinus etc.	7	-	-	-	-	-	0,4	0,3	-	-	0,6	-	-	7,9	-	-	.	0,2	0,7	0,4	C30-31
Larynx	19	-	-	-	-	-	0,2	0,8	-	-	0,6	0,9	4,8	13,2	9,2	8,4	12,5	0,4	2	1,7	C32
Poumons,bronche et trachée	29	-	-	-	-	-	-	0,3	0,3	1,7	1,8	1,9	9,7	7,9	4,6	33,4	25	0,7	3,1	2,5	C33-34
Autres organes thoraciques	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.	0	0	0	C37-38
Os	38	-	0,2	-	0,8	0,8	0,9	1,3	1,3	-	0,6	3,8	6,5	2,6	4,6	16,7	6,25	0,9	4,1	1,6	C40-41
Melanome de la peau	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,9	-	2,6	-	-	.	0	0,2	0,2	C43
Autres Peau	21	-	-	0,2	-	0,2	0,6	1	0,3	1,7	-	0,9	-	5,3	4,6	16,7	.	0,5	2,2	1	C44
Mesotheliome	1	-	-	-	-	-	-	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	.	0	0,1	0	C45

Sarcome de Kaposi	16	-	-	-	-	0,2	-	0,5	1	0,8	0,6	2,8	3,2	2,6	4,6	-	.	0,4	1,7	0,7	C46
Tissus mou et conjonctif	24	0,4	-	-	0,4	0,7	0,4	0,3	0,7	-	1,2	2,8	4,8	-	9,2	-	6,25	0,5	2,6	1,1	C47,C49
Sein	12	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	0,6	1,9	3,2	7,9	9,2	-	6,25	0,3	1,3	1	C50
Penis	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	-	1,6	-	-	8,4	.	0,1	0,3	0,3	C60
Prostate	252	-	-	-	-	-	-	0,3	-	0,8	2,3	12,3	50,1	140,3	203,1	359,5	381,4	5,7	27	31,6	C61
Testicule	2	-	-	-	-	-	-	0,3	0,3	-	-	-	-	-	-	-	.	0	0,2	0	C62
Autres organes genitaux males	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8,4	.	0	0,1	0,2	C63
Rein	15	0,8	0,2	-	-	0,2	0,2	-	0,7	-	0,6	1,9	1,6	2,6	4,6	-	.	0,3	1,6	0,6	C64
Bassinnet du rein	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.	0	0	0	C65
Urether	0	.	.	.	.	.	.	.	.	-	.	.	.	.	.	.	.	0	0	0	C66
Vessie	16	0,2						0,3		0,8	.	1,9	6,5	5,3	9,2	8,4	6,25	0,4	1,7	1,3	C67
Autres organes urinaires	0	.	.	.	.	.	.	.	.	-	.	.	.	.	.	.	.	0	0	0	C68
Œil	16	0,8	0,2	0,4	0,2	.	.	.	1	0,4	0,6	1,9	.	2,6	.	.	.	0,4	1,7	0,5	C69
Cerveau, systeme nerveux	8	-	-	-	-	0,2	-	0,3	0,3	0,4	-	-	4,8	-	-	-	6,25	0,2	0,9	0,4	C70-72
Thyroïde	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5,3	-	-	.	0	0,2	0,2	C73
Glande surrenale	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.	0	0	0	C74
Autres glandes endocrines	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.	0	0	0	C75
Maladie de Hodgkin	8	0,2	0,2	0,2	0,2	-	-	0,3	-	0,8	-	0,9	-	-	-	-	.	0,2	0,9	0,2	C81
Lymphomes Non-Hodgkinien	62	0,8	3,4	0,9	0,6	0,2	0,6	0,5	0,7	2,5	2,3	4,7	9,7	5,3	4,6	-	12,5	1,4	6,6	2,3	C82-85,C96
Myelome multiple	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,9	-	-	-	-	.	0	0,2	0,1	C90
Leucemie lymphoïde	3	-	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,6	-	8,4	.	0,1	0,3	0,3	C91
Leucemie Myeloïde	1	-	-	-	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.	0	0,1	0	C92-94
Leucemie non spécifiée	7	0,2	0,2	-	-	0,3	-	0,3	-	-	0,6	-	-	-	4,6	-	.	0,2	0,7	0,3	C95
Desordres Myeloproliferative	1	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.	0	0,1	0	MPD
Syndrome Myelodysplastic	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	-	-	-	-	-	.	0	0,1	0	MDS
Autres & non spécifiée	37	-	0,2	0,2	-	0,2	0,6	1,3	0,7	0,8	1,2	2,8	1,6	13,2	23,1	16,7	25	0,8	4	2,8	O&U
Tous sites	956	3,3	5,2	1,9	3,8	4,3	7,4	12,3	19,3	25,6	33,9	86,2	192,4	341,5	401,5	610,4	594	21,5		73,2	Tous
Tous sites sauf peau C44	935	3,3	5,2	1,7	3,8	4,2	6,8	11,3	18,9	23,9	33,9	85,2	192,4	336,2	396,9	593,6	594	21,1	100	72,2	Tous bC44

Annexe 2: Table d'incidence Femmes

SITE	Tout AGE	0-	5-	10-	15-	20-	25-	30-	35-	40-	45-	50-	55-	60-	65-	70-	75+	Taux brut	Freq (%)	ASR	CIM 10
Levre	4	-	-	-	-	-	0,2	-	-	-	1	-	-	-	6	-	5,5	0,1	0,3	0,4	C00
Langue	7	-	-	-	-	0,2	-	-	-	0,6	2	1,6	-	3,6	6	-	.	0,2	0,5	0,6	C01-02
Bouche	12	-	-	-	-	-	-	0,6	0,4	1,7	-	3,2	2,6	3,6	6	-	5,5	0,3	0,8	0,9	C03-06
Glandes salivaires	11	-	-	-	-	-	0,4	1,2	0,4	-	1	1,6	-	-	12	-	.	0,3	0,7	0,6	C07-08
Amygdales	1	-	-	-	-	-	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.	0	0,1	0	C09
Autres oropharynx	1	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	-	-	-	-	-	-	.	0	0,1	0	C10
Nasopharynx	1	-	-	-	-	-	-	-	0,4	-	-	-	-	-	-	-	.	0	0,1	0	C11
Hypopharynx	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.	0	0	0	C12-13
Pharynx non specifié	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.	0	0	0	C14
Oesophages	3	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	-	1,6	-	3,6	-	-	.	0,1	0,2	0,3	C15
Estomac	23	-	-	-	-	-	-	0,9	-	0,6	-	4,8	5,2	14,2	42,1	9,3	11,1	0,5	1,5	2,9	C16
Intestin grele	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	7,1	-	-	.	0,1	0,3	0,4	C17
Colon	26	-	0,2	-	-	-	0,2	0,6	0,4	0,6	4,9	9,5	7,9	10,7	6	-	11,1	0,6	1,7	2	C18
Rectum	28	-	-	-	-	-	0,2	0,6	0,4	1,7	2,9	4,8	26,2	3,6	12	9,3	5,5	0,6	1,9	2,4	C19-20
Anus	13	-	-	-	-	-	-	0,9	0,8	0,6	1	1,6	2,6	3,6	12	9,3	.	0,3	0,9	1,1	C21
Foie	85	-	-	-	0,3	0,2	0,7	2,1	2	5,8	9,8	11,1	28,8	24,9	60,2	46,7	38,7	1,9	5,7	7,7	C22
Vesicule et voies biliaires	10	-	-	-	-	-	-	0,3	-	0,6	-	-	10,5	3,6	6	-	11,1	0,2	0,7	1,1	C23-24
Pancreas	20	-	-	-	-	-	-	-	0,8	0,6	1	4,8	7,9	17,8	18,1	9,3	5,5	0,5	1,3	2,3	C25
Nez, sinus etc.	9	-	-	0,2	-	-	0,2	-	0,4	0,6	1	3,2	2,6	-	-	-	5,5	0,2	0,6	0,5	C30-31
Larynx	4	-	-	-	-	-	-	0,3	-	1,7	-	-	-	-	-	-	.	0,1	0,3	0,1	C32
Poumons Trachée et bronches	25	-	-	-	-	-	-	-	-	1,2	2,9	1,6	10,5	10,7	18,1	28	33,2	0,6	1,7	3,2	C33-34
Aytres organes thoraciques	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.	0	0	0	C37-38
Os	32	-	0,2	0,5	0,3	0,5	0,7	0,9	1,2	0,6	3,9	4,8	-	14,2	6	9,3	.	0,7	2,1	1,8	C40-41
Melanome de la peau	7	-	-	-	-	-	-	-	0,4	0,6	1	1,6	2,6	-	-	9,3	5,5	0,2	0,5	0,6	C43
Autres Peau	26	-	-	-	-	0,8	-	0,3	1,2	2,3	2,9	3,2	2,6	3,6	12	9,3	16,6	0,6	1,7	1,8	C44
Mesotheliome	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,6	-	-	-	.	0	0,1	0,1	C45
Sarcome de Kaposi	22	0,2	-	-	-	0,2	0,7	2,1	2,8	1,2	-	1,6	-	-	-	-	.	0,5	1,5	0,5	C46
Tissus mou et conjonctif	28	-	0,4	-	0,3	0,2	0,2	1,5	-	0,6	2,9	6,3	5,2	10,7	-	18,7	11,1	0,6	1,9	2	C47,C49
Sein	531	-	-	-	0,6	0,8	3,5	14,5	28,4	50,6	69,8	134,8	154,5	124,5	156,5	112	60,8	12,2	35,5	36,6	C50

Vulve	14	-	-	-	-	-	0,2	-	0,8	-	2	4,8	10,5	3,6	-	9,3	.	0,3	0,9	1,2	C51
Vagin	8	-	-	-	-	-	0,2	-	0,8	-	1	-	5,2	3,6	-	-	5,5	0,2	0,5	0,6	C52
Col uterin	280	-	-	-	-	0,2	0,9	3,6	13,6	14,5	49,1	65	96,9	110,3	78,2	177,4	71,9	6,4	18,7	24,3	C53
Corps uterus	36	-	-	-	-	-	-	-	0,4	1,7	1	9,5	23,6	21,3	30,1	37,3	5,5	0,8	2,4	4,2	C54
Uterus non specifié	7	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	2	1,6	5,2	-	-	9,3	.	0,2	0,5	0,6	C55
Ovaires	68	0,2	-	0,2	-	0,5	1,3	0,9	3,6	4,7	6,9	15,9	21	14,2	18,1	28	11,1	1,6	4,5	4,7	C56
Autres organes genitaux	1	-	-	-	-	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.	0	0,1	0	C57
Placenta	10	-	-	-	0,1	0,2	0,2	0,9	0,8	0,6	-	-	-	-	-	-	5,5	0,2	0,7	0,2	C58
Rein	13	-	0,2	0,2	-	0,2	-	0,3	1,2	1,2	1	3,2	-	-	6	-	.	0,3	0,9	0,6	C64
Bassinnet du rein	0	.	.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.	0	0	0	C65
Urether	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	0	0	C66
Vessie	9	.	.	.	.	.	.	.	.	1,2	2	.	2,6	.	6	.	16,6	0,2	0,6	0,9	C67
Autres organes urinaires	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	-	.	.	.	.	.	.	0	0	0	C68
Oeil	22	1,2	0,2	.	0,1	.	0,2	0,9	0,4	1,2	.	4,8	7,9	.	6	.	.	0,5	1,5	1,1	C69
Cerveau, systeme nerveux	7	-	0,2	0,2	-	.	0,2	0,3	-	0,6	1	-	-	3,6	.	.	.	0,2	0,5	0,3	C70-72
Thyroide	19	-	-	-	-	.	0,2	-	1,2	1,7	3,9	1,6	5,2	7,1	.	18,7	5,5	0,4	1,3	1,5	C73
Glande surrenale	0	-	-	-	-	.	.	-	-	-	-	-	-	-	.	.	.	0	0	0	C74
Autres glandes endocrines	0	-	-	-	-	.	.	-	-	-	-	-	-	-	.	.	.	0	0	0	C75
Maladie de Hodgkin	6	-	-	-	0,1	.	0,2	-	-	1,2	1	-	2,6	-	.	.	.	0,1	0,4	0,3	C81
Lymphomes Non-Hodgkinien	36	1	1,2	1,2	0,1	.	0,9	-	0,4	2,9	1	3,2	2,6	3,6	.	18,7	.	0,8	2,4	1,5	C82-85,C96
Myelome multiple	1	-	-	.	.	-	-	-	0,4	-	-	-	-	-	.	.	.	0	0,1	0	C90
Leucemie lymphoide	1	-	-	.	.	-	-	-	-	-	-	1,6	-	-	.	.	.	0	0,1	0,1	C91
Leucemie Myeloide	1	-	-	.	.	-	0,2	-	-	-	-	-	-	-	.	.	.	0	0,1	0	C92-94
Leucemie non specifiée	8	0,4	0,6	.	.	-	-	-	-	-	.	1,6	2,6	3,6	.	.	.	0,2	0,5	0,4	C95
Desordres Myeloproliferative	1	-	-	.	.	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-	.	.	.	0	0,1	0	MPD
Syndrome Myelodysplastic	0	-	-	.	.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.	.	.	0	0	0	MDS
Autres & non specifiée	41	-	0,2	.	0,1	0,3	0,2	0,9	2,4	2,9	3,9	4,8	18,3	7,1	.	18,7	22,1	0,9	2,7	2,8	O&U
Tous sites	1523	3,1	3,3	2,4	2,2	4,5	12,2	34,4	66	108,2	185,7	318,9	476,6	437,7	523,6	588,1	370,5	34,9		115,4	Tous
Tous sites sans peau C44	1497	3,1	3,3	2,4	2,2	3,6	12,2	34,1	64,8	105,9	182,8	315,7	474	434,1	511,6	578,8	353,9	34,3	100	113,6	Tous bC44

ANNEXE 3: Traduction des sites

Code CIM10	Sites en Anglais	Sites en Français
C03 - C06	Mouth	Bouche
C10	Oropharynx	Oropharynx
C11	Nasopharynx	Rhinopharynx
C12-13	Hypopharynx	Hypopharynx
C15	Oesophagus	Œsophage
C16	Stomach	Estomac
C17	Small intestine	Intestin grêle
C18	Colon	Gros intestin
C19-C20	Rectum	Rectum
C22	Liver	Foie
C23-C24	Gallbladderetc.	Vésicule, Voiesbiliaires extra-hépatiques
C25	Pancreas	Pancréas
C30-C31	Nose, Sinusesetc.	Nez, Sinus, oreille moyenne et interne
C32	Larynx	Larynx
C33-C34	Bronchus, Lung	Poumons, Bronches
C40-C41	Bone	Os
C47-C49	Connective tissue	Tissu conjonctif
C44	Other skin	Peau à l'exception des mélanomes
C50	Femalebreast	Sein de la Femme
C50	Male breast	Sein de l'Homme
C55	Uterus	Utérus
C53	Cervixuteri	Col de l'utérus
C58	Placenta	Placenta
C54	Corpus uteri	Corps de l'utérus
C56	Ovary etc.	Ovaire, Trompe, Ligament large
C57	Otherfemalegenital	Autres organes génitaux féminins
C61	Prostate	Prostate
C62	Testis	Testicule
C63	Other male genital	Autres organes génitaux mâles
C67	Bladder	Vessie
C64	Kidney	Rein
C69	Eye	Œil
C70-72	Brain, nervous system	Cerveau, Système nerveux
C73	Thyroid	Glande thyroïde
C75	Other endocrine	Autres glandes endocrines
C81	Hodgkin' s Disease	Maladie de Hodgkin
C90	Multiple myeloma	Myélome multiple
C91	Lymphoidleukaemia	Leucémie lymphoïde
C92-94	Myeloidleukaemia	Leucémie myéloïde
C95	Leukaemia, cellunpected	Leucémie, cellules inexplorées
C80	PSU (Primary Site Uncertain)	Site primaire inconnu



AFCRN-REGISTRE du CANCER d'ABIDJAN

Formulaire de déclaration de cancer



Numéro du Registre du Cancer

--	--	--	--	--	--	--	--

1. PATIENT

Numéro d'identité: _____

Nom (s) de famille

Prénom (s)

Date de naissance

 Age:

 Sexe:

 (1=homme, 2=femme, 9=inconnu)

Adresse habituelle:

Profession

Numéro de Téléphone:

Groupe Ethnique

2. TUMEUR

Date d'incidence** :

 (Jour/Mois/Année)

Origine du diagnostic: 0. Certificat de décès seul 4. Marqueur spécifique 6. Histologie / métastases
 1. Clinique seule 5. Cytologie / Hématologie 7. Histologie/tumeur primitif.
 2. investigations Paracliniques (radio, etc) 9. Inconnu

Site primaire de la tumeur C.

Morphologie: M /

Stade:

 T :

 N :

 M :

3. TRAITEMENT:

Chirurgie Radiothérapie Chimiothérapie Autre (spécifier)
 Hormonothérapie
 [1=oui, 2=Non, 9=inconnu]

4. SOURCE d'INFORMATION

Institution/service: _____

N° de dossier _____

Laboratoire _____

 Numéro du laboratoire _____

5. SUIVI

Date du dernier contact (Jour/Mois/Année): _____

Statut lors du dernier contact (1=vivant, 2=décédé, 9=inconnu) _____

Cause du décès (1= ce cancer, 2= autre cause, 9= inconnu)

Formulaire rempli par: _____ Date _____ Signature _____

Vérifié par : _____ Date _____ Signature _____