

REGISTRE DU CANCER D'ABIDJAN

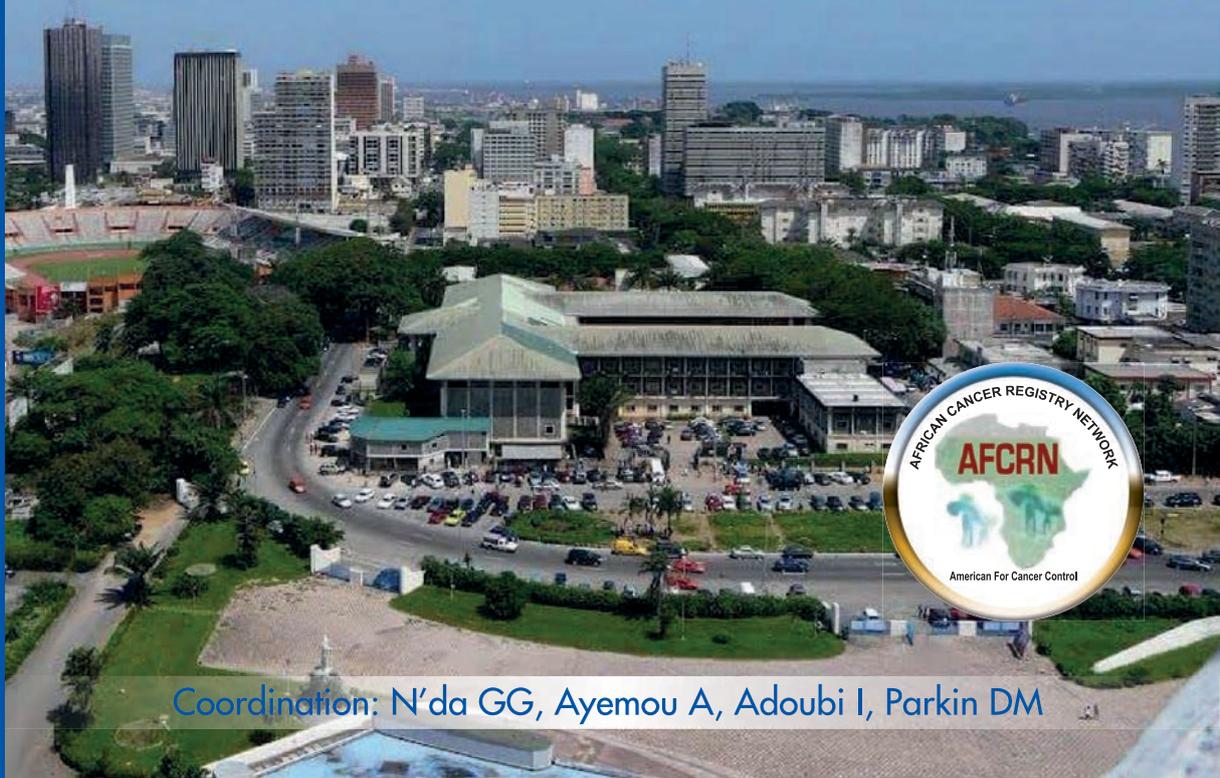
RAPPORT BIENNAL 2014 - 2015

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

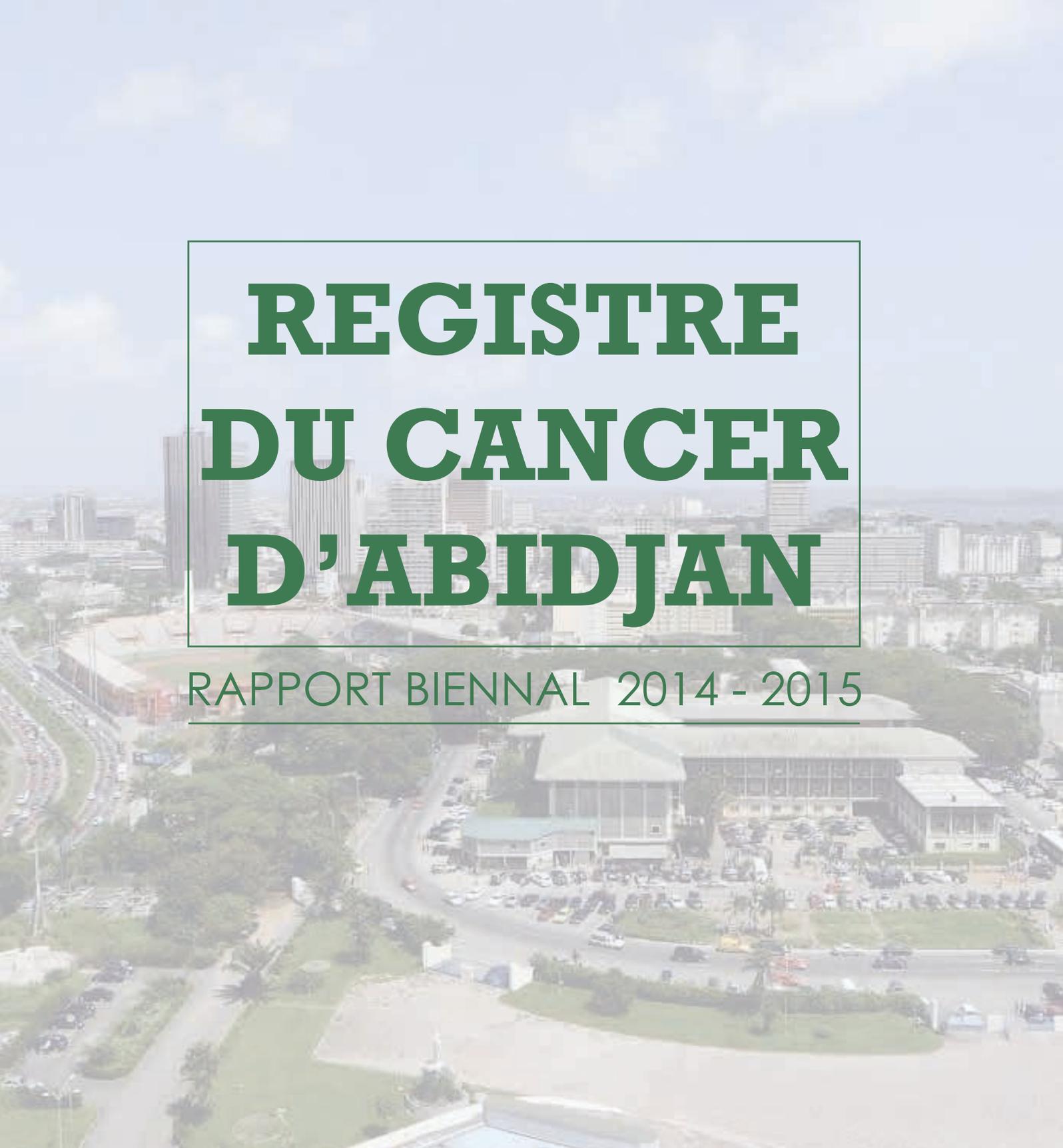
Union - Discipline - Travail



Programme National
de Lutte Contre le Cancer



Coordination: N'da GG, Ayemou A, Adoubi I, Parkin DM



REGISTRE DU CANCER D'ABIDJAN

RAPPORT BIENNAL 2014 - 2015

Registre du Cancer d'Abidjan - Programme National de lutte contre le Cancer

Coordination: N'da GG, Ayemou A, Adoubi I, Parkin DM

Programme National de Lutte Contre le Cancer (PNLCa)

Registre du Cancer d'Abidjan (RCA)

Boulevard de Marseille; km4, TREICHVILLE

17BP 1274 ABIDJAN - Cote d'Ivoire

Tel: +225 21 25 05 85

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 internationaux et locaux qui ont soutenu son fonctionnement :

1. Le Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC)
2. L'Association Internationale des Registres du Cancer (AIRC)
3. Le Réseau Africain des Registres de Cancer (AFCRN) ; le Dr DM Parkin coordonnateur et Ms Biying Liu Son assistante
4. L'Institut National du Cancer - France (INCa)
5. Le Ministère de la Santé et de l'hygiène publique
6. Le CHU de Cocody
7. Le CHU de Treichville
8. Le CHU de Yopougon
9. **Le Laboratoire d'Anatomie pathologique du CHU de Cocody** ; le chef de service et tout le personnel
10. Le Laboratoire d'Anatomie pathologique du **CHU de Treichville** ; le chef de service et tout le personnel
11. L'Hôpital Militaire d'Abidjan (**HMA**)
12. L'Hôpital General d'Abobo Nord
13. Le Centre Wilic (Abidjan-Plateau)
14. Le Laboratoire central (Abidjan-Plateau)
15. Les Polycliniques et cliniques privées de la ville d'Abidjan
16. Le Laboratoire Roche-Côte d'Ivoire
17. Nous sommes reconnaissants envers tout le personnel du Programme National de Lutte contre le Cancer (**PNLCa**) et en particulier du service du registre du Cancer d'Abidjan :

Monsieur El Hadj Hervé Julius BAKARE,
Mesdemoiselles GUIA Nathalie,
KINDA Korotoum,
AMOIKON Marie Thérèse et
KOUAME Sali.

La production et la distribution de ce rapport sont l'œuvre de l'OMS (Bureau Cote d'Ivoire), de l'AFCRN et du PNLCa.

LEXIQUE

AFCRN	African Cancer Registry Network
AJCC	American Joint Committee on Cancer
ASR	Age Standardised Rates (Taux incidence standardise à l'age)
CI5	Cancer Incidence in Five Continents
IACR	International Association of Cancer Registries
IARC/CIRC	International Agency for Research on Cancer/ Centre International de Recherche sur le Cancer
CIM-O	Classification Internationale des Maladies pour l'Oncologie
FIGO	Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SAI	Sans autre indication
PBCR/RCP	Population Based Cancer Registry/ Registre de Cancer Basé sur la Population
PNLCa	Programme National de Lutte contre le Cancer
RCA	Registre du Cancer d'Abidjan
UICC	Union Internationale Contre le Cancer

PLAN

INTRODUCTION

I-.....LE REGISTRE DU CANCER D'ABIDJAN (RCA)

I.1.....La structure et les objectifs

I.2.....Le registre de population

II.....LA MÉTHODOLOGIE

II.1.....Le recueil des données

II.2.....L'enregistrement des cas à partir des certificats de décès

II.3.....La classification et le codage des données

II.4.....La saisie et l'analyse des données

II.5.....Le contrôle de la qualité des données

II.6.....Les critères d'Inclusion et les critères de non inclusion

II.7.....Les méthodes statistiques

III.....LES RESULTATS

III.1.....L'aperçu global des résultats

III.2.....les incidences selon le sexe et par site

III.2-1.....Les cancers de l'homme

III.2-2.....Les cancers de la femme

III.2-3.....Les cancers de l'enfant

IV.....LES COMMENTAIRES

IV.1.....Les difficultés liées à l'enregistrement des cancers à Abidjan

IV.2.....La comparaison des taux du même registre dans le temps (période antérieure)

IV.3.....La comparaison des taux d'incidence avec d'autres pays

CONCLUSION

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

INTRODUCTION

La surveillance épidémiologique du cancer reste un défi majeur pour une politique efficace de contrôle de cette redoutable maladie dans les pays à faible revenu en particulier en Afrique subsaharienne.

Cette surveillance du cancer passe par la mise en place dans ces pays de système d'information performants à travers les registres de cancer basés sur la population (PBCR) couvrant toute l'étendue de leurs territoires.

La mise en place de registres du cancer est une activité laborieuse, continue, nécessitant des moyens matériels et humains.

La Côte d'Ivoire dispose d'un seul registre de cancer: le registre du cancer d'Abidjan qui couvre 20 % de la population nationale. Créé en 1994 il a eu un fonctionnement normal jusqu'en 2000 puis est tombé en désuétude pendant une décennie.

En octobre 2011, le registre redémarre ses activités en se focalisant au début 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.

Les enregistrements 2007-2011 ont servi de base aux estimations des incidences cancers pour toute la Côte d'Ivoire disponibles dans le Globocan 2012 et la collecte 2012-2013 a fait l'objet d'un premier rapport biennal d'incidence des cancers à Abidjan.⁸

Depuis Mai 2013, le Registre du Cancer d'Abidjan est membre du Réseau Africain des Registres de Cancer (AFRCRN) et a été l'hôte de la troisième réunion annuelle de ce réseau dans l'année 2015.

Par arrêté ministériel N°190 MSLS/CAB du 06 Octobre 2014, ce registre devenu un service intégré au Programme National de Lutte contre le Cancer (PNLCA).

Ce deuxième rapport biennal couvrant la période 2014-2015, s'inscrit dans l'objectif de la collecte continue et exhaustive de tous les cas de cancers parmi la population de la ville d'Abidjan, pour la mise à jour de l'incidence du cancer en Côte d'Ivoire.

I-LE REGISTRE DU CANCER D'ABIDJAN

I -1 LA STRUCTURE ET LES OBJECTIFS

Le registre du Cancer d'Abidjan est localisé au sein du Programme National de Lutte Contre le Cancer sis à Treichville, boulevard de Maseille km 4.

Il fonctionne grâce à:

- Un personnel de base composé de;
 - o un coordonnateur, chef du service du registre des cancers;
 - o un informaticien ;
 - o trois enquêtrices ;
 - o une archiviste-secrétaire du registre;

Cette équipe de base travaille sous la responsabilité de la direction-coordination du PNLCA

- Des référents qui sont des médecins ou des paramédicaux, collaborateurs dans chaque service impliqué dans l'enregistrement des cancers.

Le Registre d'Abidjan, en tant que registre de cancer basé sur la population (PBCR) s'est fixé pour objectifs de :

- recenser tous les cas de cancers parmi les personnes résidentes d'Abidjan;
- Publier régulièrement 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.
- Collecter des données de mortalité liée au cancer pour des études de survie.
- 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 cancers en Côte d'Ivoire ;

II -2 LE REGISTRE DE POPULATION

Le registre vise à couvrir le District Autonome d'Abidjan et alentours Ce District comprend outre les 10 Communes de la ville d'Abidjan, les 3 Communes d'Anyama, de Songon et Bingerville.(Tabl. 1, Fig 2)

En l'état actuel de son fonctionnement, l'enregistrement reste limité aux 10 Communes de la ville d'Abidjan.(Tabl. 1, Fig 2)

Les données du dernier recensement effectué en 2014, comptabilisent pour Abidjan une population totale de **4 395 243** habitants selon l'Institut National de la Statistique, soit **20 %** de la population totale du pays.(Fig. 3)

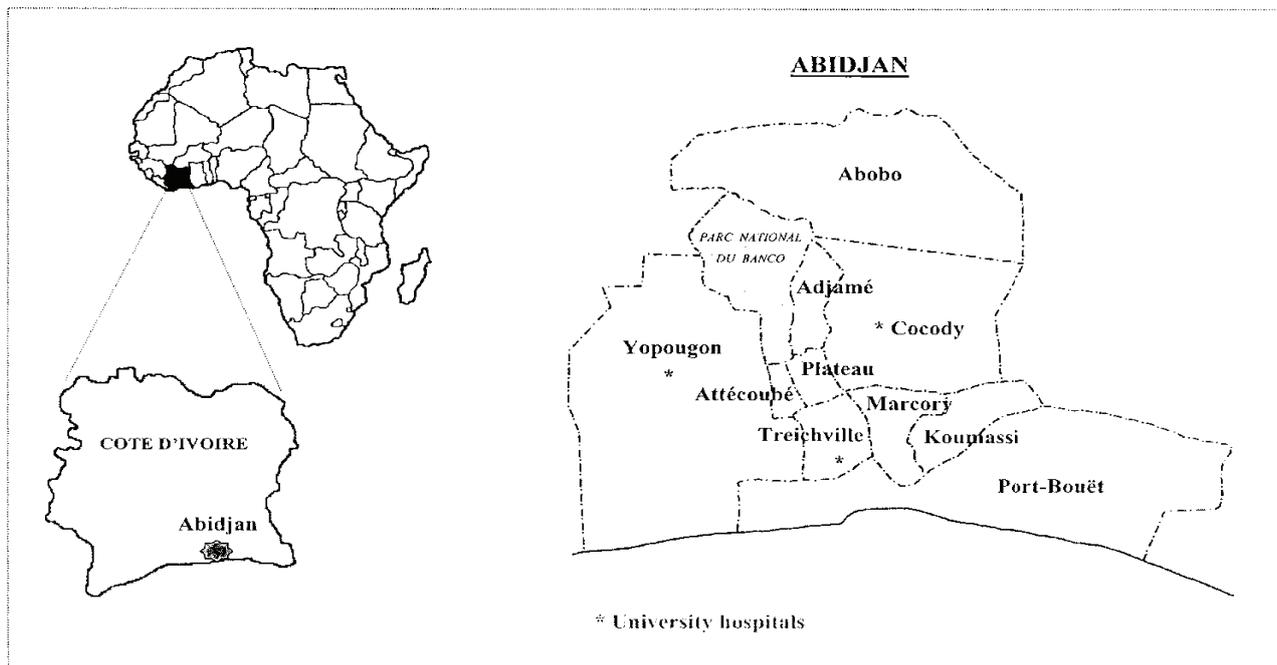


Figure 1: la cote d'ivoire et la ville d'Abidjan

Tableau 1:Subdivision administrative du district d'Abidjan

Ville d'Abidjan	
1	ABOBO
2	ADJAME
3	ATTECOUBE
4	COCODY
5	KOUMASSI
6	MARCORY
7	PLATEAU
8	PORT-BOUET
9	TREICHVILLE
10	YOPOUGON
Communes hors de la ville d'Abidjan	
11	ANYAMA
12	BINGERVILLE
13	SONGON



Figure 2 subdivision administrative du district autonome d'Abidjan

Registre du Cancer d'Abidjan (2014)

ABIDJAN Population Pyramids

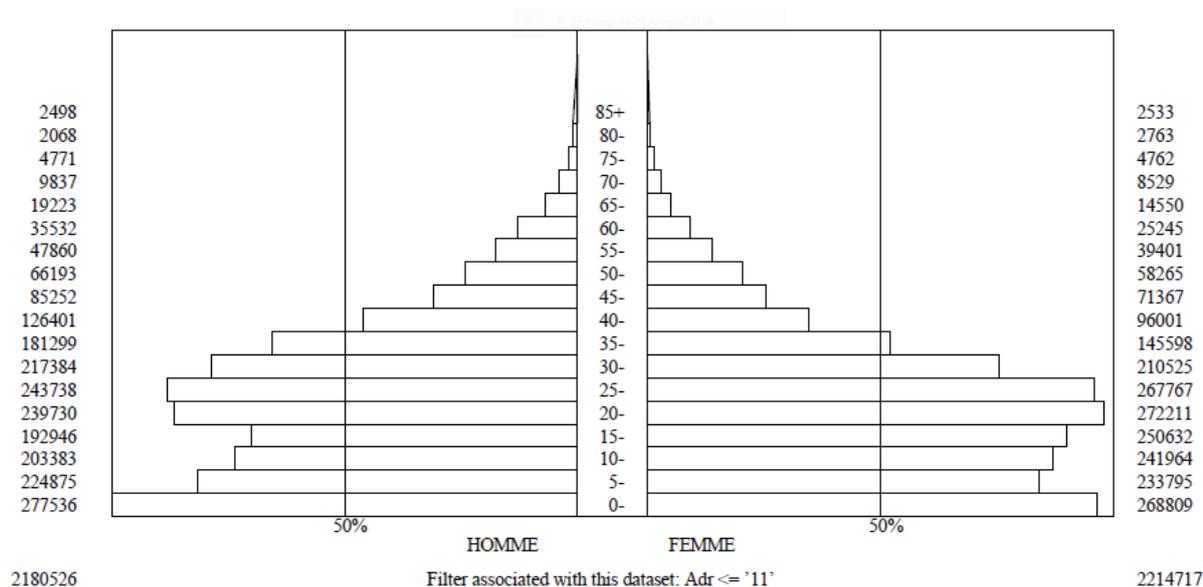


Figure 3 La pyramide des âges de la population d'Abidjan en 2014

II – LA METHODOLOGIE DE TRAVAIL DU RCA

II.1 Le recueil des données

Le recueil des données s'est effectué à partir d'un formulaire (annexe 5) et grâce à la collaboration de divers établissements sanitaires répartis dans la ville d'Abidjan (liste des sources en annexe 4).

On distingue deux méthodes de collecte : 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 régulière au niveau de la source d'information. Ainsi, on procède à l'enregistrement manuscrit des informations sur chaque cas de cancer. Les fiches d'enquêtes soigneusement remplies, sont acheminées au registre dans les meilleures conditions de respect du secret médical.

- Méthode passive

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

II.2 L'enregistrement des cas à partir des certificats de décès

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 par le département de médecine légale.

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

II. 3 La classification et le codage des données

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 version3) ⁶

Pour toutes les localisations, le stade d'extension a été établi selon le code TNM (version 7) 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 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) (Tabl. 2).

Tableau 2 : 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	

II.4 La saisie et l'analyse des données

Le registre d'Abidjan utilise actuellement le logiciel **CANREG 5 version 5.00.39** pour la saisie, le traitement et l'analyse de données.

Le CanReg5 est un logiciel créé par le CIRC, 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.

II.5 Le contrôle de la qualité des données

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.

Des aspects de la validité des données enregistrées sont vérifiés en utilisant des routines automatisées lors de la saisie des données dans CANREG. Les contrôles de cohérence logique entre les données élémentaires sont effectués à chaque saisie : un cancer ne peut pas être diagnostiqué avant la date de naissance d'un patient; un homme ne peut pas avoir le cancer de l'ovaire ou du col de l'utérus, de même qu'une femme ne peut avoir un cancer de la prostate. Aussi le traitement ne peut pas être entrepris pour un patient qui est décédé. Un programme d'édition rejette ces combinaisons impossibles. Il peut aussi signaler des combinaisons improbables ou inhabituels tels que ces termes de morphologie spécifique de site qui ont un seul éventuel code de la topographie par exemple néphroblastome qui survient au rein devrait avoir le code C64.9 de topographie et hépatome qui découle du foie devrait avoir le code de topographie C22.0.

II.6 Les critères d'Inclusion et les critères de non inclusion

Tous les cas, suspectés sur des critères cliniques, radiologiques et/ou biologiques ainsi que tous les cas confirmés à la microscopie, retrouvés dans les sources d'information utilisées sont enregistrés. Cependant, seuls les cas avec résidence habituelle dans l'une des communes d'Abidjan (Res ≤11) seront inclus au moment des analyses d'incidence.

N'ont pas été inclus Les cas de cancers in situ (comportement=2), des tumeurs bénignes (code de comportement=0), et ceux de comportements incertains (code de comportement=1)

II.7 Les méthodes 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 1 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. (Fig.3)

- 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 :

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

- 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 attendue.

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.² (Tabl. 1) 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 3: Population standard mondiale

Classes age	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

- Taux cumulatifs (0-64/0-74).

Ceci est obtenu par le cumul des taux spécifiques à l'âge pour chaque tranche d'âge jusqu'à 64 / 74 ans. Ces taux sont exprimés pour 100 000, le résultat est divisé par 1000, pour obtenir le taux cumulé (Taux cum.) par 100 (%).

C'est approximativement la probabilité (pourcentage de chance) de développer un cancer donné jusqu'à l'âge de 64ans (avant 65 ans)/ jusqu'à l'âge de 74 ans (avant 75 ans).

III – LES RESULTATS

III.1 L'aperçu global des résultats

Au cours de la période de deux ans (2014-2015), **4710** nouveaux cas de cancers ont été enregistrés (hormis les cancers de la peau) : **1945** cas chez les hommes, **2764** cas chez les femmes et **1** cas dont le sexe n'était pas précisé.

Dans l'ensemble des deux sexes, quelques **5,7 %** des cas de cancers sont survenus chez les enfants (0-14 ans) et **20 %** chez les personnes de plus de 65ans. (Fig. 4 et 5)

Tous sites et tous sexes confondus, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent (20,6%), suivi des cancers de la prostate (12,4 %), du col utérin (12%), du foie (7,4%) et des lymphomes (7%). (Tabl. 5)

Il y a eu 2360 cas diagnostiqués pendant l'année 2014 et 2350 cas en 2015, soit une stabilité annuelle du nombre de cas. (Tabl. 6)

Sur les **4710** cas, **3260** soit **69.2 %** ont eu une vérification microscopique (MV) de leur diagnostic.

Les taux les plus faibles de vérification morphologique ont été pour le cancer du foie (16,5%) et le cancer du pancréas (11,9%) (Tabl. 4 et 5)

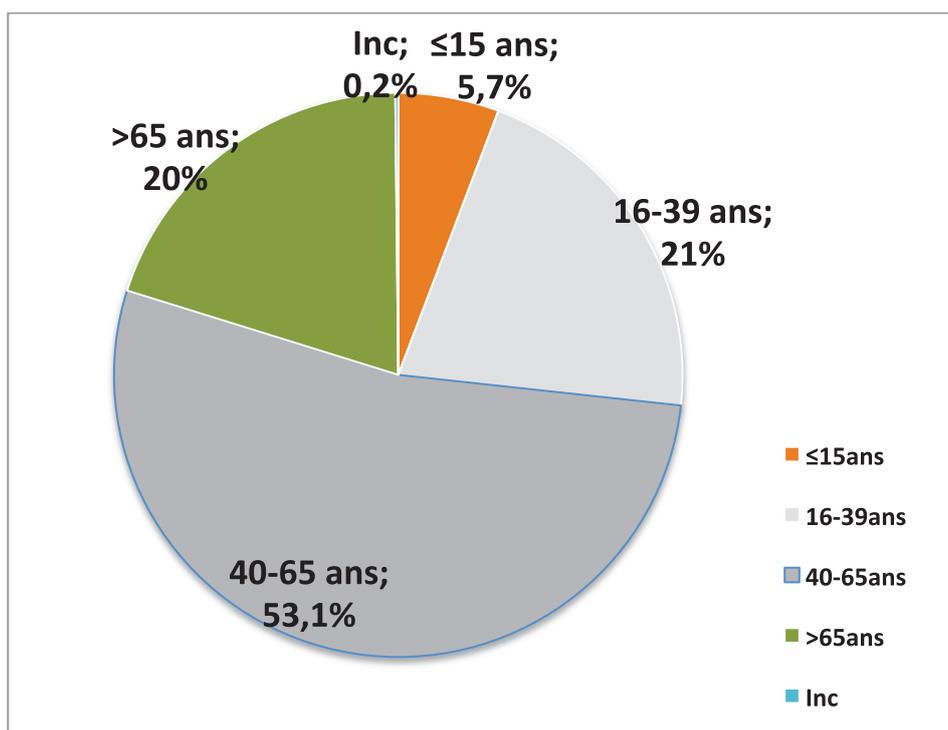


Figure 4 : Répartition de l'ensemble des cas par groupe d'âge

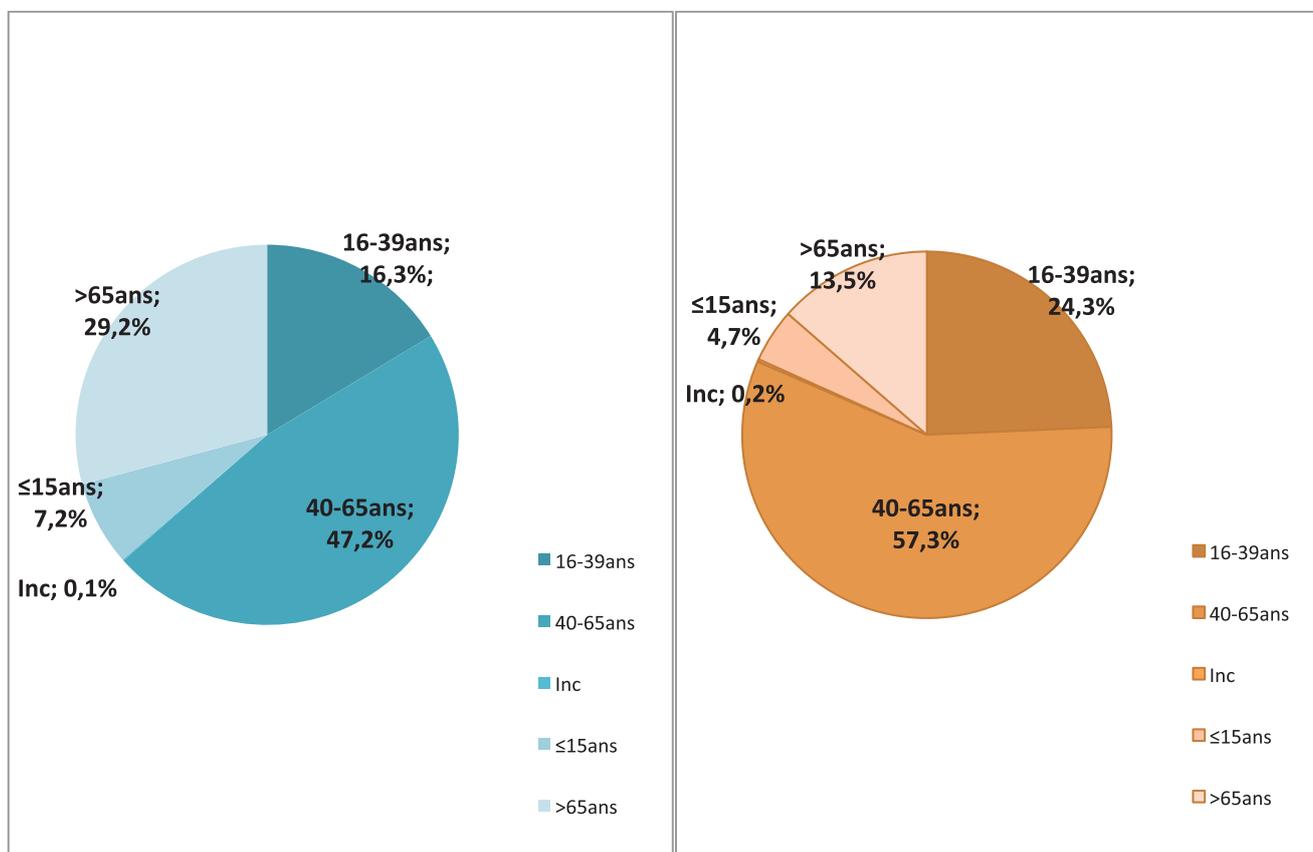


Figure 5 : Répartition par groupe d'âge chez l'homme (à gauche) et chez la femme (à droite)

Tableau 4: Place de la confirmation microscopique du diagnostic

	BASE DE DIAGNOSTIC	Code	Fréquence
CLIN	Clinique	1	1055 (2,2%)
	Radiologie/Endoscopie	2	858 (18,2%)
	Biologie	4	117 (2,5%)
MV	Cytologie	5	219 (4,6%)
	Histologie de métastase	6	116 (2,5%)
	Histologie de tumeur primitive	7	2925 (62,1%)
DCO	Certificat de décès	0	370 (7,9%)
TOTAL			4710 (100%)

Tableau 5 : Répartition des cas selon la fréquence et la base du diagnostic

SITE	Fréquence	MV(%)	CLIN(%)	DCO(%)
Sein	968(20,6%)	85	10,7	4,3
Prostate	583(12,4%)	72,7	20,3	7
Col de l'utérus	565(12%)	80,4	14,3	5,3
Foie	351(7,4%)	16,5	64,4	19,1
Lymphomes	331(7%)	91,2	7,2	1,5
Colon, rectum et anus	225(4,8%)	70,7	23,1	6,2
Estomac	163(3,5%)	75,5	14,1	10,4
Os et tissus mou	152(3,2%)	71,1	23	5,9
Cavité buccale & pharynx	141(3%)	71,6	26,3	2,1
Œil	99(2,1%)	58,6	40,4	1
Ovaire	86(1,8%)	50	36,1	13,9
Poumon et Bronche	81(1,7%)	53,1	28,4	18,5
Leucémies	77(1,6%)	83,1	10,4	6,5
Maladie de Kaposi	77(1,6%)	57,1	40,3	2,6
Utérus, corps	68(1,4%)	66,2	25	8,8
Pancréas	67(1,4%)	11,9	67,2	20,9
Rein	63(1,3%)	41,3	57,1	1,6
Cerveau et SNC	54(1,1%)	18,5	48,2	33,3
Myélome	47(1%)	87,2	10,6	2,1
Vessie	34(0,7%)	50	44,1	5,9
Larynx	31(0,7%)	77,4	22,6	0
Vésicule biliaire	28(0,6%)	46,4	39,3	14,3
Œsophage	23(0,5%)	78,3	13	8,7
Mélanome	12(0,3%)	66,7	33,3	0
Autres et Inc.	384(8,2%)	64,1	21,9	14
Tous sites (sauf C44)	4710(100%)	69,2	22,9	7,9

CLIN = Base non microscopique

MV = Vérification Microscopique

DCO = Certificat de décès seulement

Tables 6a 6b 6c : Nombre de cas et ASR dans les principaux groupes de diagnostic par année (CI5 Editorial)

6a HOMMES

SITE	2014		2015	
	Fréquence	ASR	Fréquence	ASR
Lèvre, cavité buccale et pharynx (C00-14)	42 (4.2)	2.59 (2.6)	33 (3.5)	2.37 (2.3)
Organes Digestifs (C15-26)	261 (26.3)	23.69 (23.5)	249 (26.1)	23.05 (22.5)
Organes Respiratoires (C30-39)	43 (4.3)	4.39 (4.3)	56 (5.9)	6.3 (6.2)
Os, cartilage, mélanome (C40-43)	30 (3)	1.71 (1.7)	21 (2.2)	1.4 (1.4)
Organes génitaux homme (C60-63)	283 (28.6)	44.53 (44.1)	306 (32.1)	48.71 (47.6)
Organes Urinaires (C64-68)	23 (2.3)	1.88 (1.9)	30 (3.1)	2.41 (2.4)
Œil, cerveau, thyroïde etc. (C69-75)	45 (4.5)	3.5 (3.5)	35 (3.7)	2.17 (2.1)
Cancers Hématopoïétiques (C81-96)	127 (12.8)	8.3 (8.2)	130 (13.6)	8.91 (8.7)
Autres et non spécifiés (O&U)	129 (13)	9.79 (9.7)	84 (8.8)	6.41 (6.3)
Tous sites sauf C44 (ALLbC44)	991 (100)	100.94 (100)	954 (100)	102.31 (100)

6b FEMMES

SITE	2014		2015	
	Fréquence	ASR	Fréquence	ASR
Lèvre, cavité buccale et pharynx (C00-14)	30 (2.2)	2.44 (1.9)	36 (2.6)	3.7 (2.8)
Organes Digestifs (C15-26)	179 (13.1)	20.58 (16.1)	180 (12.9)	21.09 (15.7)
Organes Respiratoires (C30-39)	10 (0.7)	1.06 (0.8)	23 (1.6)	2.75 (2.1)
Os, cartilage, mélanome (C40-43)	24 (1.8)	2.08 (1.6)	16 (1.1)	1.11 (0.8)
Sein (C50)	450 (32.9)	37.83 (29.5)	500 (35.8)	42.38 (31.6)
Organes génitaux femme (C51-58)	363 (26.5)	39.69 (31)	401 (28.7)	42.93 (32)
Organes Urinaires (C64-68)	26 (1.9)	2.36 (1.8)	19 (1.4)	1.57 (1.2)
Œil, cerveau, thyroïde etc. (C69-75)	74 (5.4)	5.86 (4.6)	39 (2.8)	3.38 (2.5)
Cancers Hématopoïétiques (C81-96)	99 (7.2)	6.77 (5.3)	99 (7.1)	7.16 (5.3)
Autres et non spécifiés (O&U)	113 (8.3)	9.44 (7.4)	83 (5.9)	7.94 (5.9)
Tous sites sauf (ALLbC44)	1368 (100)	128.11 (100)	1396 (100)	134.02 (100)

6c TOUS SEXES

SITE	2014		2015	
	Fréquence	ASR	Fréquence	ASR
Lèvre, cavité buccale et pharynx (C00-14)	72 (3.1)	2.54 (2.3)	69 (2.9)	2.93 (2.5)
Organes Digestifs (C15-26)	441 (18.7)	22.15 (19.7)	429 (18.3)	22.25 (19.2)
Organes Respiratoires (C30-39)	53 (2.2)	2.87 (2.5)	79 (3.4)	4.6 (4)
Os, cartilage, mélanome (C40-43)	54 (2.3)	1.82 (1.6)	37 (1.6)	1.24 (1.1)
Sein (C50)	458 (19.4)	17.41 (15.5)	510 (21.7)	19.46 (16.8)
Organes génitaux femme (C51-58)	363 (15.4)	18.05 (16)	401 (17.1)	19.45 (16.8)
Organes génitaux homme (C60-63)	283 (12)	23.77 (21.1)	306 (13)	25.91 (22.4)
Organes Urinaires (C64-68)	49 (2.1)	2.19 (1.9)	49 (2.1)	2.02 (1.7)
Œil, cerveau, thyroïde etc. (C69-75)	119 (5)	4.51 (4)	74 (3.1)	2.72 (2.3)
Cancers hématopoïétiques (C81-96)	226 (9.6)	7.52 (6.7)	229 (9.7)	8.04 (6.9)
Autres et non spécifiés (O&U)	242 (10.3)	9.77 (8.7)	167 (7.1)	7.13 (6.2)
Tous sites sauf (ALLbC44)	2360 (100)	112.58 (100)	2350 (100)	115.75 (100)

III.2 Les Incidences selon le sexe et par site

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 1 et 2](#).

III.2 .1 Les Cancers de l'homme

1945 nouveaux cas enregistrés chez l'homme donnent un taux d'incidence ajusté à l'âge (ASR) de **101,6 pour 100 000** hommes. ([Tabl. 6a et annexe 1](#))

La moyenne d'âge des patients a été de 52,4 ans, avec un tiers des cas âgé de plus de 65ans. ([Fig. 5](#))

Le cancer de la prostate (30% ; ASR= **46,3 pour 100 000**) et le cancer du foie (12,6% ; ASR =**9,8 pour 100 000**) sont respectivement au premier et au second rang selon les deux indices.

Les cancers qui suivent en termes de fréquence, sont les Lymphomes non hodgkiniens (9,6% ; ASR= **5,3 pour 100 000**), les cancers colorectaux (5,9% ; ASR=**4,9 pour 100 000**) et les cancers de l'estomac (4,2% ; ASR= **4,8 pour 100 000**) qui sont respectivement au troisième, quatrième et cinquième rang aussi au regard de l'incidence standardisée. ([Fig.7, 8 et annexe 1](#)).

Les courbes des taux d'incidence spécifiques d'âge des principaux cancers de l'homme montrent une constante augmentation de l'incidence des cancers de la prostate à partir de 55 ans et du foie à partir d'un âge relativement jeune (25 ans). Par ailleurs les incidences spécifiques d'âge pour les lymphomes connaissent pour leur part 2 étapes de croissance : une 1ere dans l'enfance partant de 0 à 15 ans et un pic à 5 ans, une deuxième étape partant de l'âge de 30 ans, avec une évolution inconstante comportant 2 pics à 50 et 60 ans. Les incidences spécifiques des cancers colorectaux et de l'estomac connaissent quant à elles une croissance plus irrégulière avec respectivement 2 pics de croissance (50 et 70 ans) et (60 et 70 ans). ([Fig. 6](#))

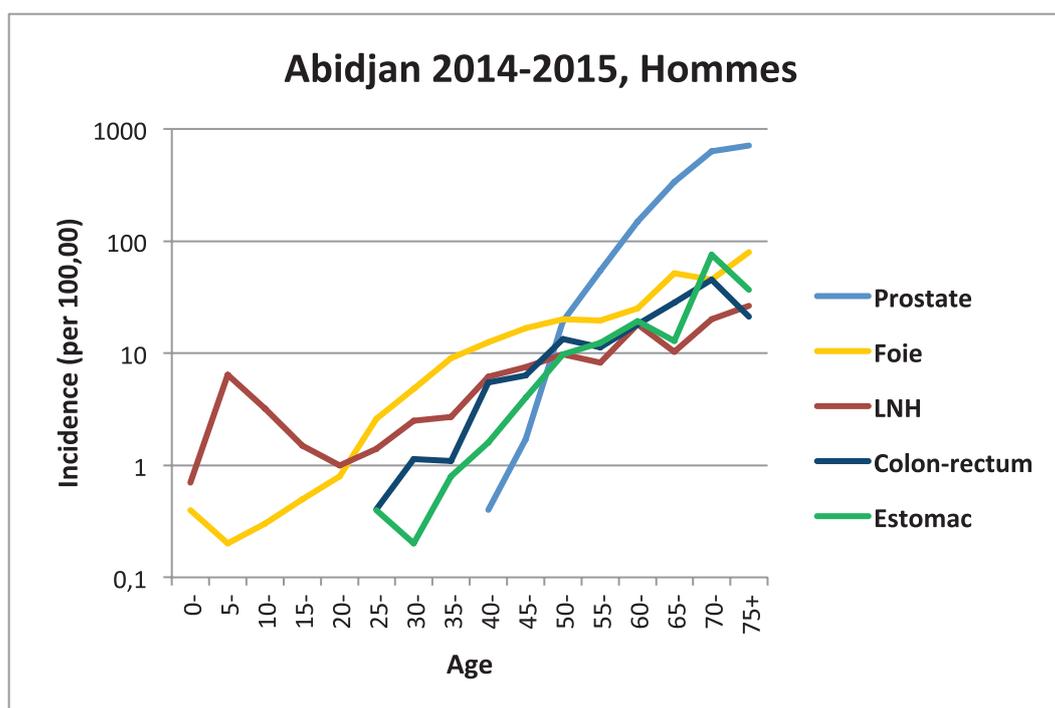


Figure 6 : Evolution des taux spécifiques d'incidence par âge les principaux cancers de l'homme

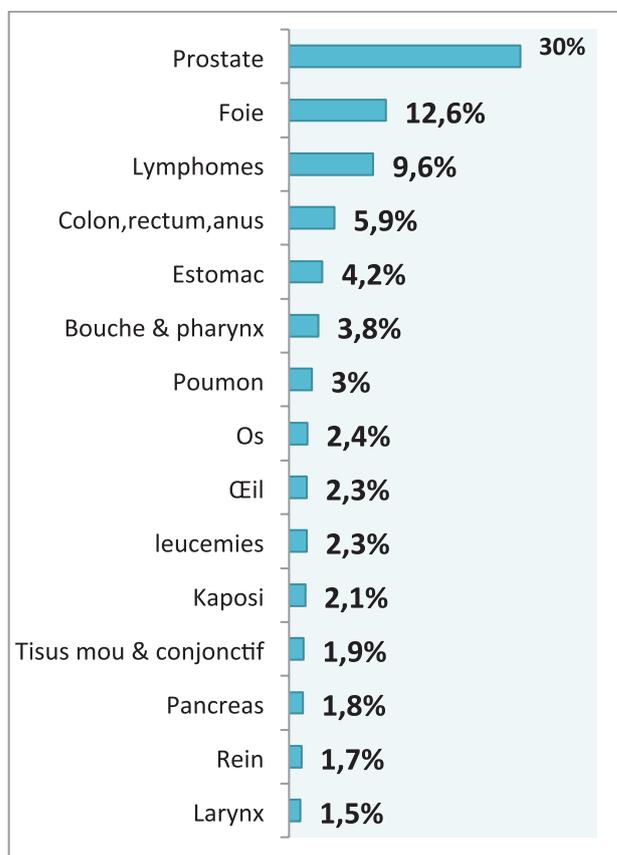


Figure 7 : Fréquences relatives des cas pour le Top 15 (Hommes)

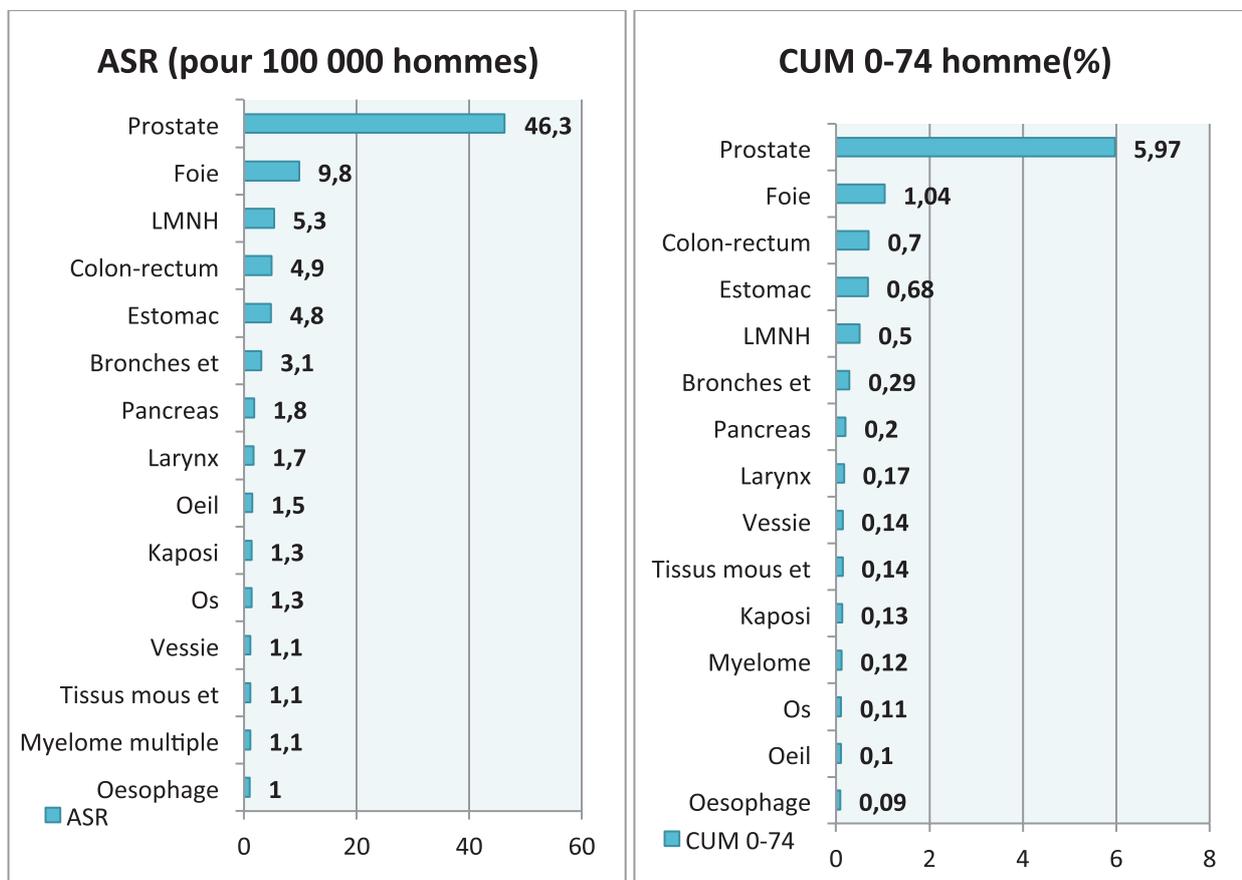


Figure 8: Incidence standardisée (ASR) et le taux cumulé 0-74 pour le Top 15 (Homme)

III.2.2 Les cancers de la femme

2764 nouveaux cas de cancer ont enregistrés chez les femmes durant la période (1368 cancers en 2014 et 1396 en 2015) ; ce qui donne un taux d'incidence ajusté à l'âge (ASR) de **131.1 pour 100 000** femmes.

(Tabl. 6b et annexe 2)

La moyenne d'âge des patientes était de **47,9** ans, avec plus de la moitié âgée de 40 à 65ans et 29% de patientes jeunes (âge inférieur à 40ans). (Fig. 5)

Les cancers les plus importants selon la fréquence sont le cancer du sein (33,4%), du col de l'utérus (20,4%), les lymphomes (5,2%), les cancers colorectaux (4%) et le cancer du foie (3,8%)

En termes d'incidence standardisée à l'âge (ASR), nous avons : au premier rang le cancer du sein (**40,1 pour 100 000**) suivi du cancer du col de l'utérus (**30,5 pour 100 000**), du cancer du foie (**5.7 pour 100 000**), de l'estomac (**5,5 pour 100000**) et des cancers colorectaux (**5.4 pour 100 000**). (Fig.10, 11 et annexes 2)

Les taux d'incidences spécifiques d'âge pour les cancers du sein, du col et du foie connaissent une augmentation constante, puis une tendance évolutive plus ou moins stable après 55 ans. Cependant, l'ampleur du cancer du foie est en deçà, partant d'un âge relativement jeune (20 ans).

Les courbes d'incidence spécifiques à l'âge des cancers colorectaux et de l'estomac donnent lieu pour leur part à une croissance plus irrégulière avec respectivement un pic de croissance à 55 ans et 2 pics de croissance (50 ans et 60 ans). (Fig. 9)

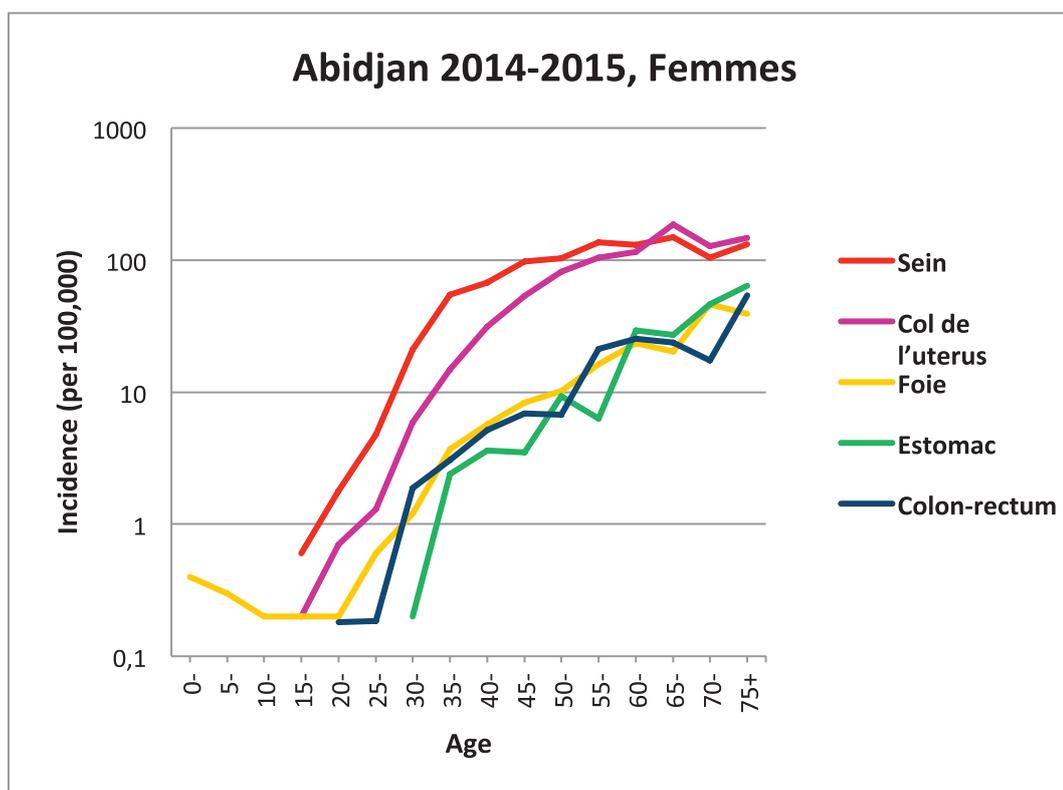


Figure 9 : Evolution des taux spécifiques d'incidence par âge les principaux cancers de la femme

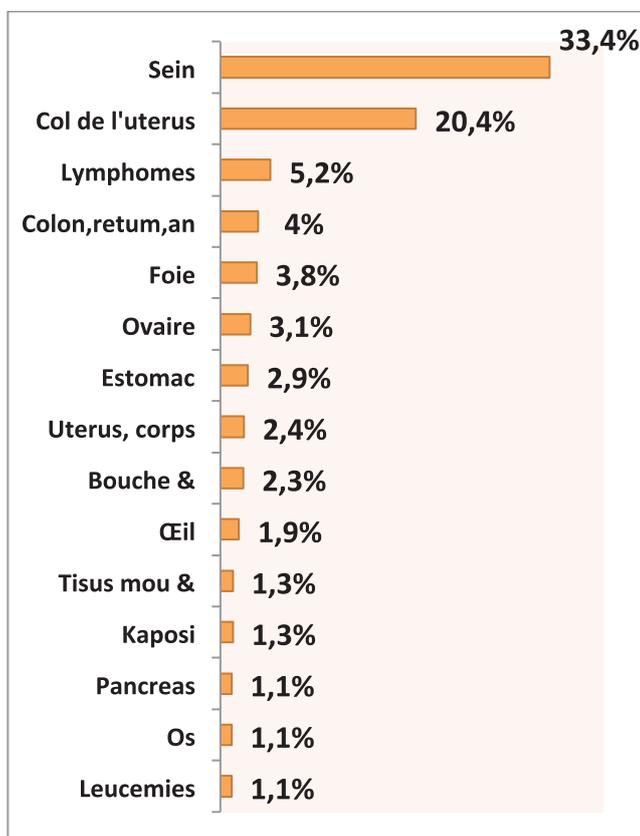
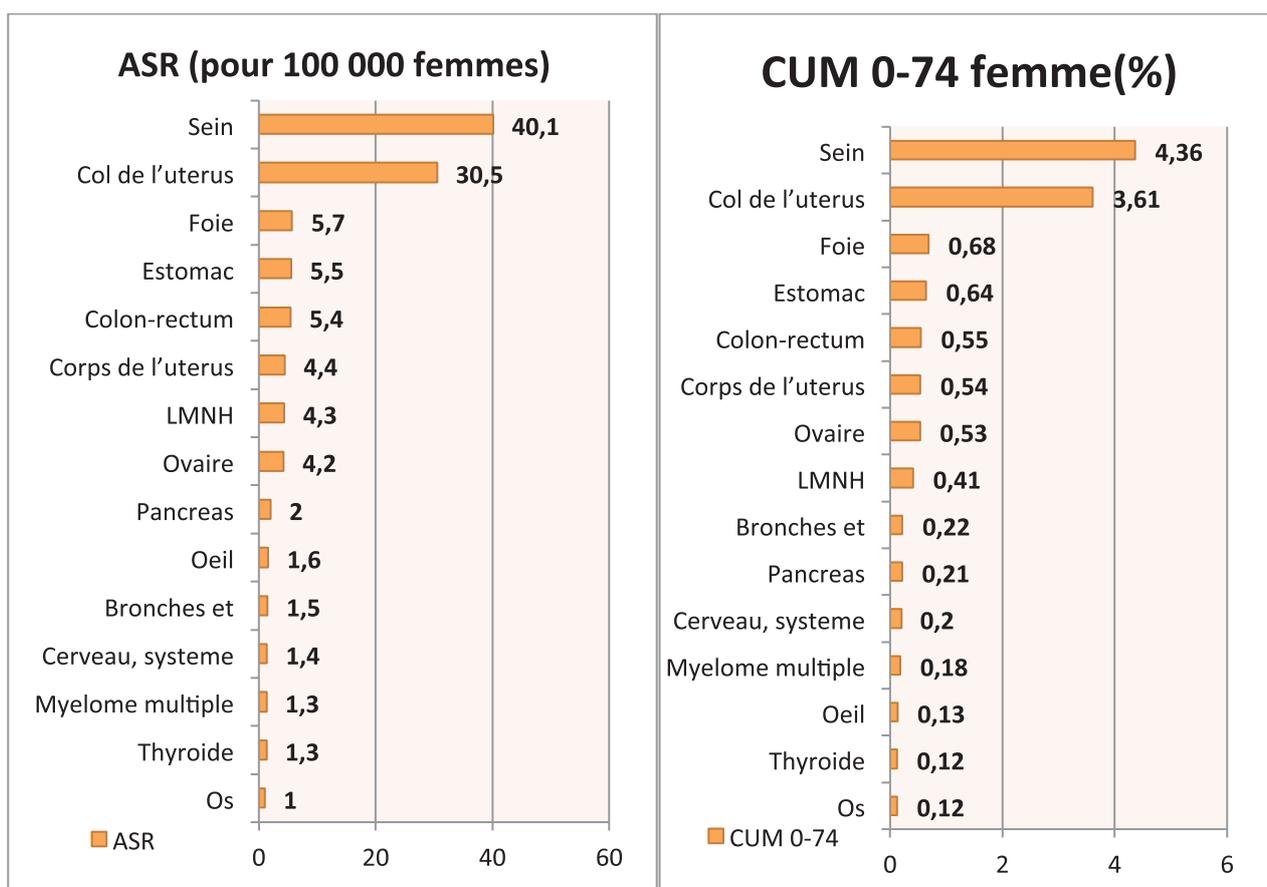


Figure 10 : Fréquences relatives des cas pour le Top 15 (Femmes)



Figures 11: Incidence standardisée (ASR) et le taux cumulé 0-74 pour le Top 15 (Femme)

III.2.3 Les cancers de l'enfant

Le [tableau 7](#) montre les cas de cancers chez les enfants (moins de 15 ans) enregistrés entre 2014 et 2015. 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 ⁹ (Steliarova-Foucher et al, 2005). Le ratio du nombre de cas chez les garçons et les filles est montré (G/F) ainsi que le taux brut et taux standardisé à l'âge (ASR) pour 1 000 000 d'enfants pour chaque type de cancer.

Les cancers de l'enfant ont représenté 5,8% de l'ensemble des cancers. Il y avait un peu plus de cancers chez les garçons (52) que chez les filles (46), le sex-ratio (G/F) étant de 1,1. Le lymphome de Burkitt est la forme la plus commune de cancer (**35,1%, ASR= 30,9 pour 1 000 000**).

Il existe également une fréquence et une incidence élevées de rétinoblastome et de néphroblastome, avec respectivement **16,8 %, ASR= 16,3 pour 1 000 000** et **12 %, ASR= 11,4 pour 1 000 000**.

Les Leucémies qui sont les formes de cancer les plus fréquentes dans les populations occidentales, ont été relativement moins observées (**5,5 %, ASR= 4,9 pour 1 000 000**) avec seulement 15 cas enregistrés durant cette période.

Tableau 7 : Les cancers de l'enfant

	Nombre de cas					Fréq rel (%)	Taux d'incidences pour 1 000 000					
	Total	0-5	5-10	10-15	15-20		(G/F)	0-	0-5	5-10	10-15	Tx brut
Lymphome de Burkitt	94	13	46	35	1,1	35,1	12,5	45,9	38,7	31,9		30,9
Leucémies	15	2	4	9	0,6	5,5	1,9	3,9	9,9	5,1		4,9
Néphroblastome	32	22	7	3	1	12	21,2	6,9	3,3	10,8		11,4
Rétinoblastome	45	36	4	5	1,1	16,8	34,7	3,9	5,5	15,3		16,3
Ostéosarcome	15	4	4	7	3	5,6	3,8	3,9	7,7	5,1		5
Sarcomes tissus mous	18	6	3	9	0,5	6,7	5,7	2,9	9,9	6,1		6,1
Tumeurs du foie	5	4	1	0	1,5	1,9	3,8	0,9	0	1,7		1,8
Bouche & pharynx	8	1	5	2	1	3	0,9	4,9	2,2	2,7		2,6
Cerveau	8	1	5	2	1,7	3	0,9	4,9	2,2	2,7		2,6
Kaposi	4	3	0	1	0,3	1,5	2,9	0	1,1	1,3		1,4
Autres	24	6	9	9	0,5	8,9	5,8	8,9	9,9	8,1		8
Total	268	98	88	82	1,1	100	94,5	87,9	90,8	91,1		91,3

IV – LES COMMENTAIRES

IV.1 Les difficultés liées à l'enregistrement des cancers à Abidjan

○ Basé sur la population l'enregistrement des cancers s'est révélé difficile à Abidjan à cause de certains problèmes qui sont aussi retrouvés presque partout en Afrique.

En effet, il s'agit de l'incertitude de la consultation par un médecin de tous les patients atteints de cancer, de l'insuffisance des moyens de diagnostic et de la mauvaise tenue des dossiers médicaux, qui constituent des obstacles non négligeables.

- La confirmation du diagnostic par histologie ou cytologie.

L'insuffisance de moyen diagnostic relevée plus haut, va impacter sérieusement le niveau de confirmation histologique. En effet, la confirmation morphologique bien que sensiblement améliorée relativement à la période 2012-2013 passant de **60 %** à **69,2 %**, reste faible au regard des standards internationaux.

○ Par ailleurs l'absence d'un système utile de l'état civil qui est capable d'enregistrer des causes de décès signifie qu'une source d'information essentielle pour la complétude et l'évaluation de l'exhaustivité n'est pas disponible.

- 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 habituelle (qui doit être dans la ville d'Abidjan); en effet les patients n'ont pas été interrogés pour déterminer l'endroit précis (et la durée) de résidence. Par ailleurs, nos enregistrements, basés sur des dossiers médicaux très souvent incomplets, implique qu'un très grand nombre des cas enregistrés n'ayant pas la résidence habituelle précisée n'ont pu être inclus.

- L'absence de stadification systématique des cas de cancer par les praticiens :

La classification ou la stadification représente tant un facteur pronostique qu'un critère décisif pour la thérapeutique du cancer. Son absence crée un lourd handicap dans l'évaluation des résultats des différentes campagnes de sensibilisation pour le diagnostic précoce.

Pour la période 2014-15, le stade au diagnostic n'a été retrouvé que pour **26%** des cancers du sein, **18%** des cancers du col utérin et **32%** des cancers colorectaux.

IV.2 La comparaison des taux du même registre dans le temps (périodes antérieures)

Les figures 12 ,13 et 14 montrent une comparaison entre les incidences standardisées à l'âge pour les principaux cancers selon le sexe, entre la période 2014-2015 à Abidjan et celles des périodes 2012-2013 et 1995-1997 observés dans le même registre. ^{3,8}

Le taux d'incidence ajusté à l'âge tout site confondu chez l'homme est passé de 83.7 pour 100 000 à 73,2 pour 100 000 puis à 101,6 pour 100 000. Plus spécifiquement , une constante augmentation entre autres des taux d'incidence des cancers de la prostate de 31.4 pour 100 000 pour atteindre le taux actuel de 46,3 pour 100 000 , de même que les cancers du tractus digestif et les lymphomes non hodgkiniens.

Par ailleurs, nous avons observé une stabilité de l'incidence du cancer du foie autour de 10 pour 100 000 hommes sur les 3 périodes.

Chez la femme, le taux d'incidence ajusté à l'âge tout site de 98.6 pour 100 000 en 1995-1997 est passé à 115,4 pour 100000 en 2012-2013 et actuellement à 131,5 pour 100000. L'incidence du cancer du sein connaît aussi une croissance importante de 21,4 100000 à 36,6 pour 100000, puis 40,1 pour 100000 au fil des 3 périodes. Une tendance fluctuante de l'incidence du cancer du col de l'utérus a été observée de 26,8 pour 100000 en 1995-97 à 24,3 pour 100000 en 2013-13 puis à 30,5 pour 100000 en 2014-15, toutefois ce cancer, précédemment le 1^{er} cancer de la femme, demeure actuellement le second en terme d'incidence.

Les taux d'incidence importants des cancers du sein de l'estomac et du colon-rectum seraient certainement liés tant à l'amélioration et à l'accessibilité des moyens de diagnostic, qu'aux facteurs génétiques mais aussi au mode de vie et à l'alimentation des populations Abidjanaises qui semble calqué sur celui de l'occident.

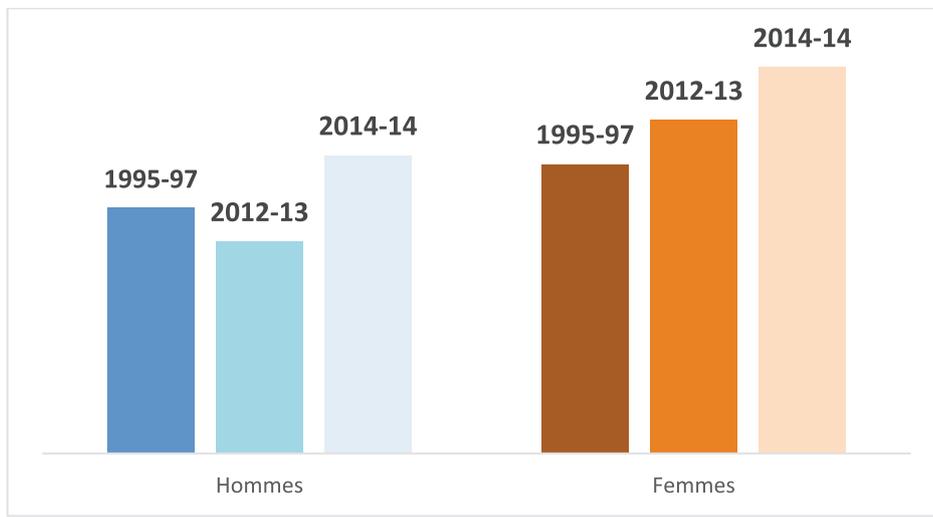


Figure 12 : Evolution des ASR tous sites confondus chez l'homme et chez la femme de 1995 à 2015

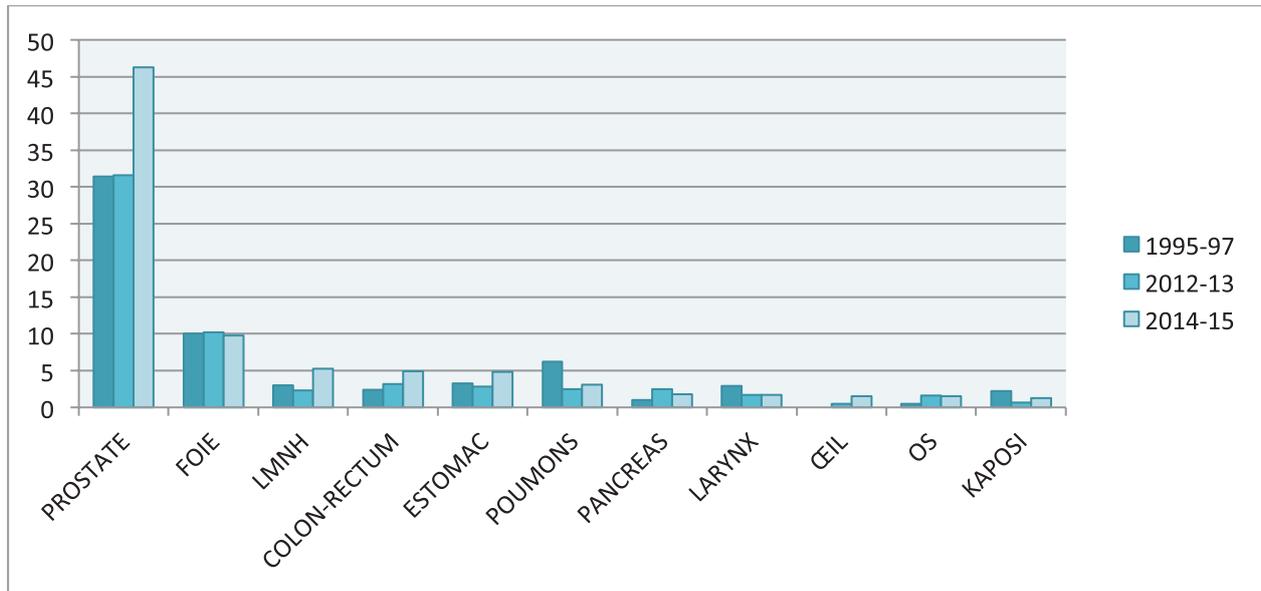


Figure 13 : comparaison des ASR des principaux cancers de l'homme entre 1995-2015

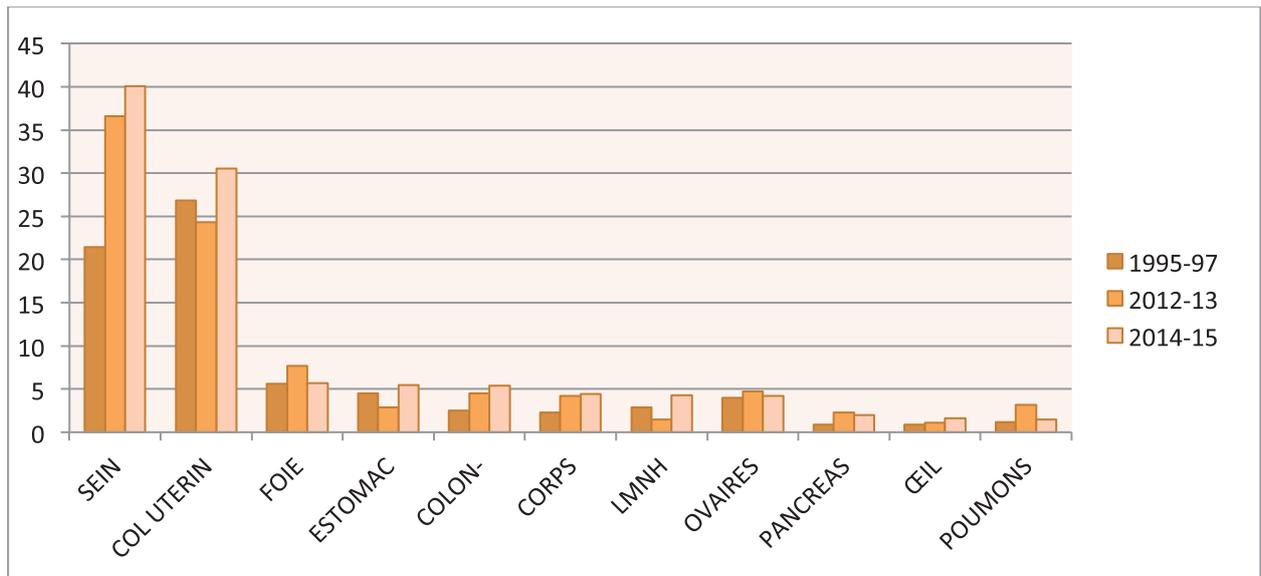


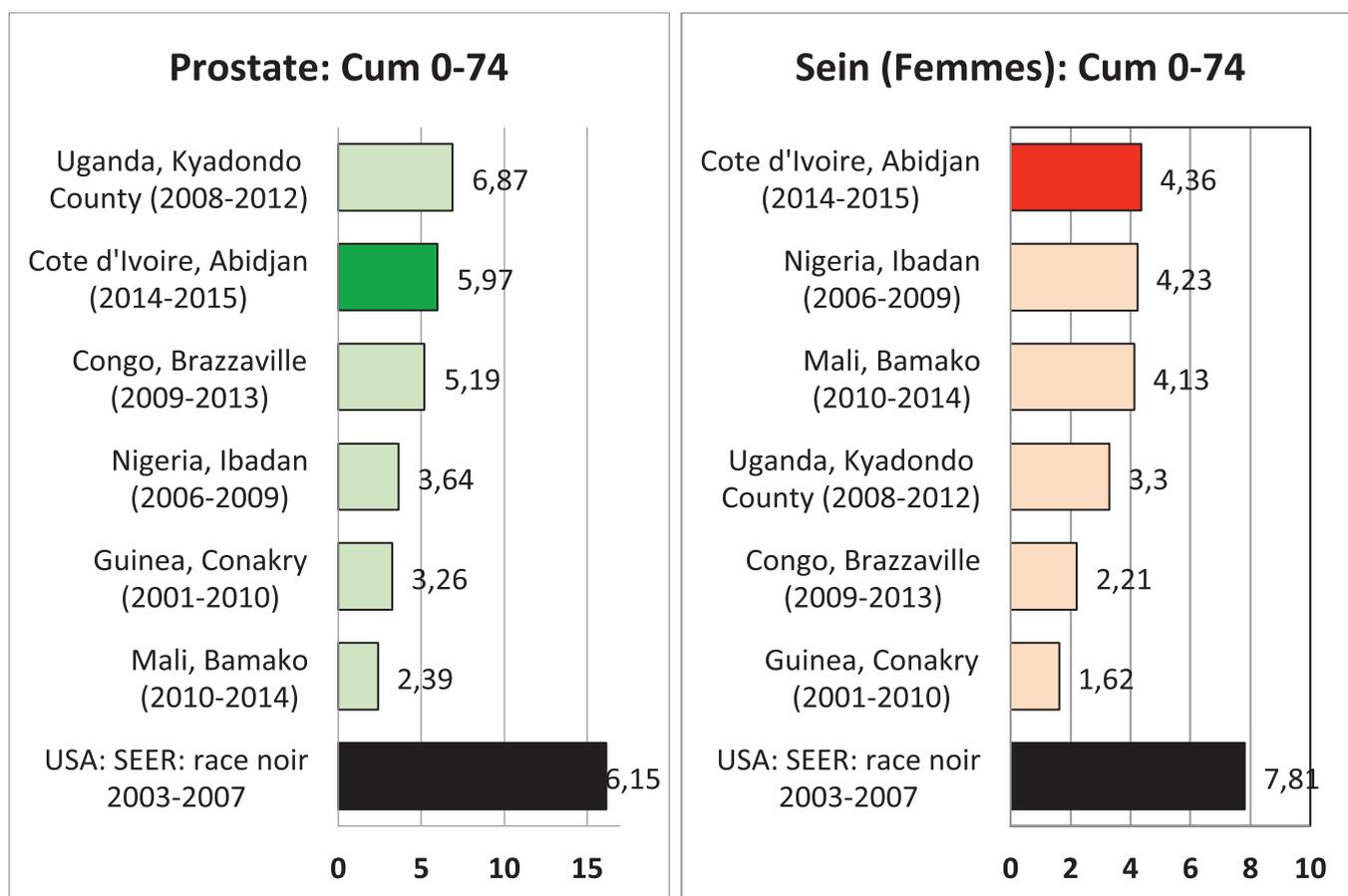
Figure 14 : comparaison des principaux cancers de la femme de 1995 à 2015

IV.3 La comparaison des taux d'incidence cumulés avec d'autres pays

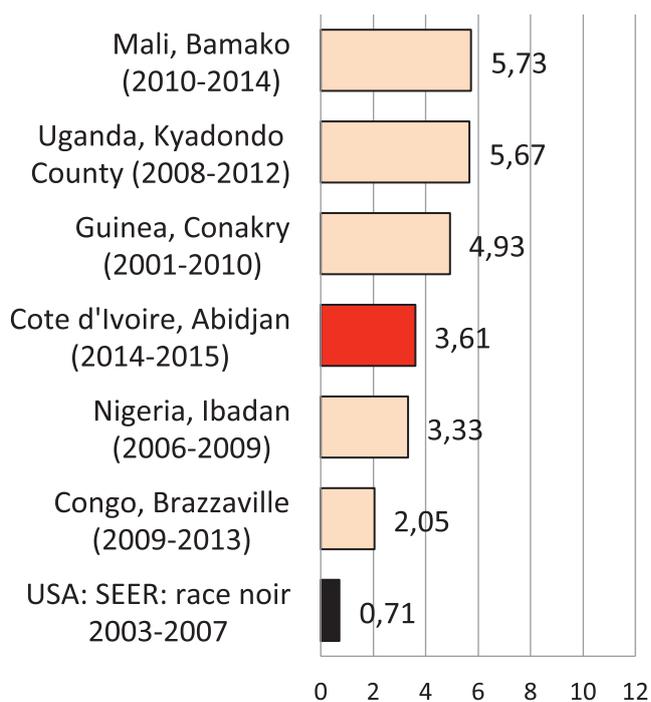
Les Figures 15 à 28 montrent une comparaison entre les taux cumulés (risque de survenue de cancer avant 74ans) à Abidjan (2014-2015) à ceux observés à Brazzaville (Congo) en 2009-2013 à Ibadan, (Nigeria) en 2006-2009, à Bamako (Mali) en 2010-2014, à Conakry (Guinée) en 2001-2010 en Ouganda en 2008-2012 (Cancer in Africa vol 2 in press) ¹ et dans la population noire des zones registre SEER des Etats-Unis (Cancer Incidence in Five Continents, Vol. X) ⁵.

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

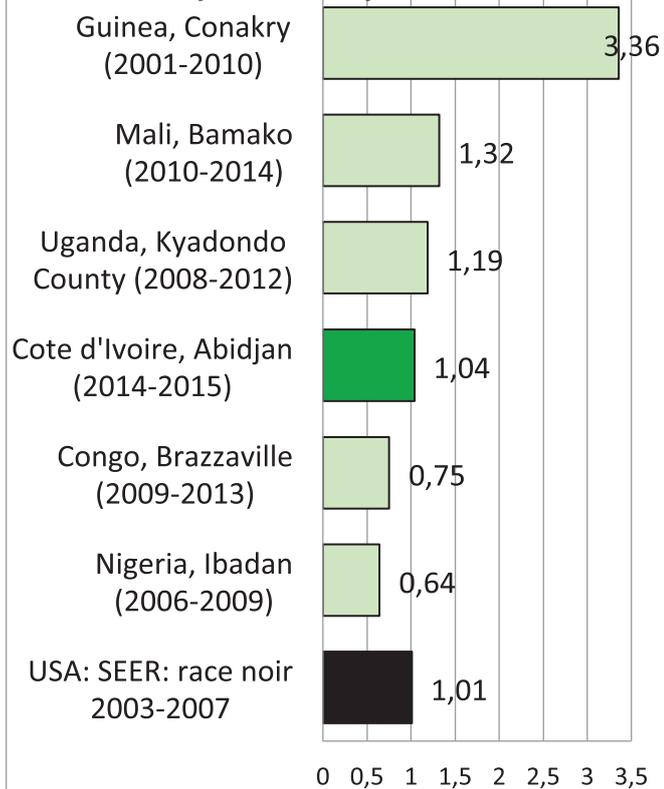
Comparativement aux autres registres, il a été observé des taux relativement élevés de cancer de la prostate, sein de la femme, du foie chez la femme, de l'estomac, du poumon de la femme et des Lymphomes non hodgkiniens.



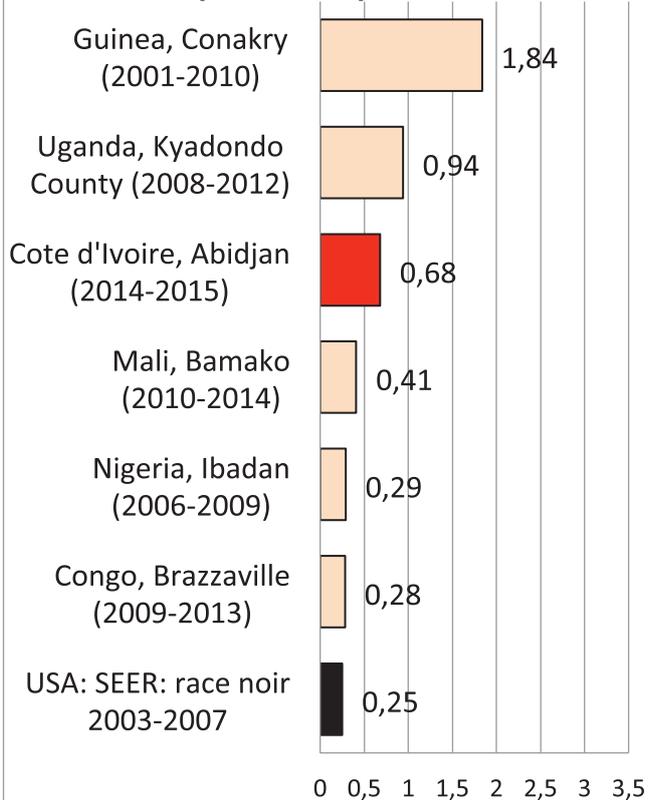
Col uterin: Cum 0-74



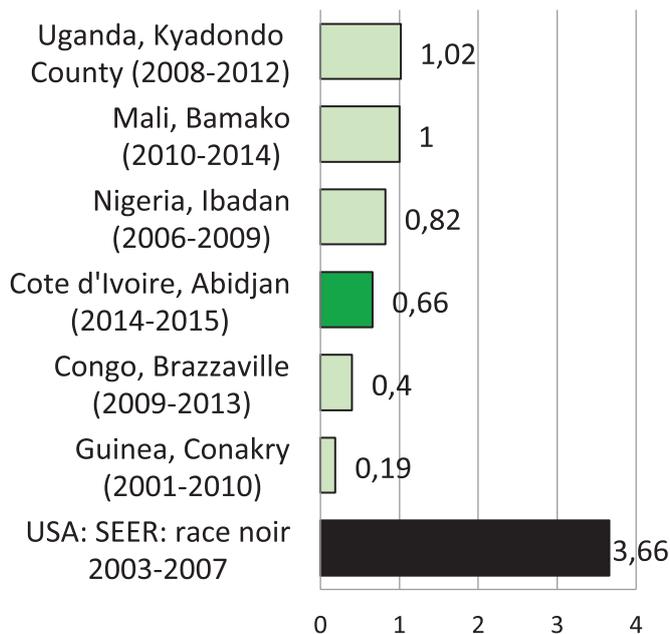
Foie (Hommes): Cum 0-74



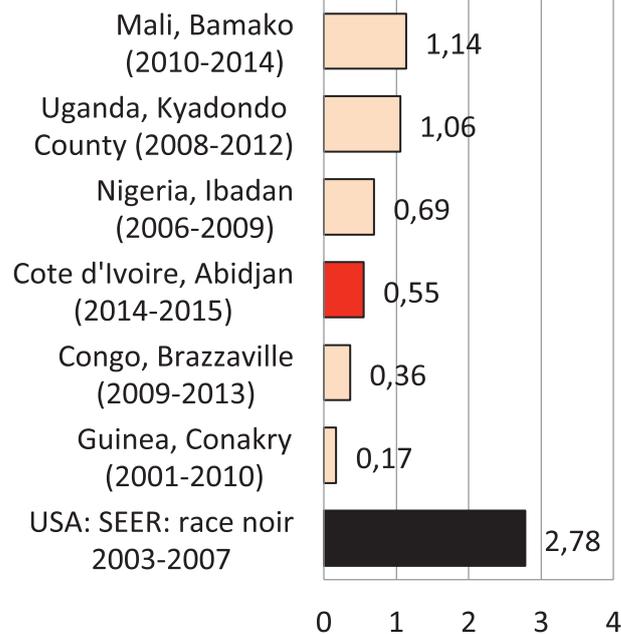
Foie (Femmes): Cum 0-74



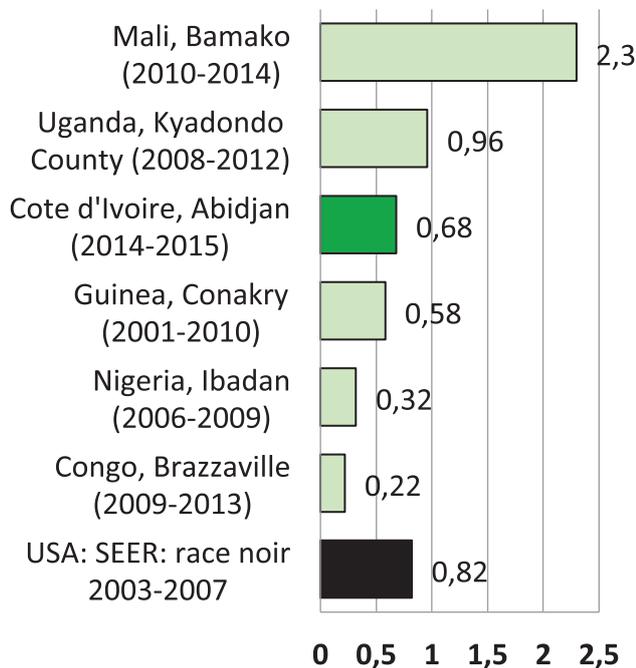
Colon et rectum (Hommes): Cum 0-74



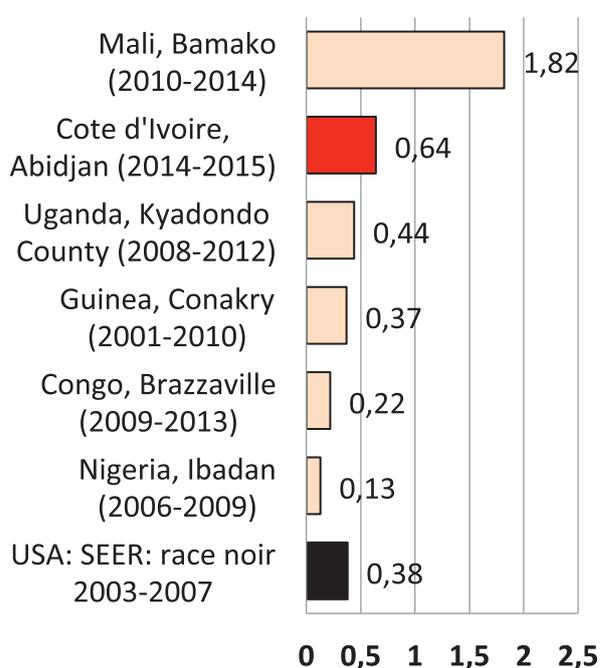
Colon et rectum (Femmes): Cum 0-74



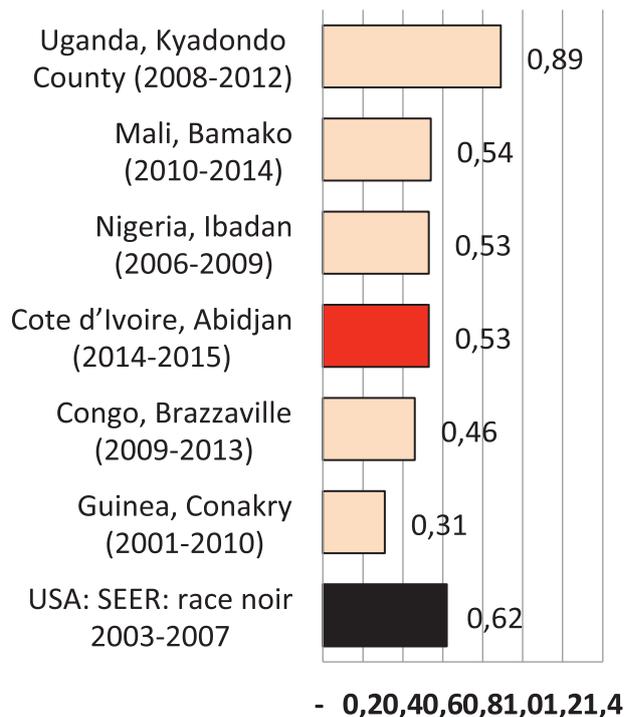
Estomac (Hommes): Cum 0-74



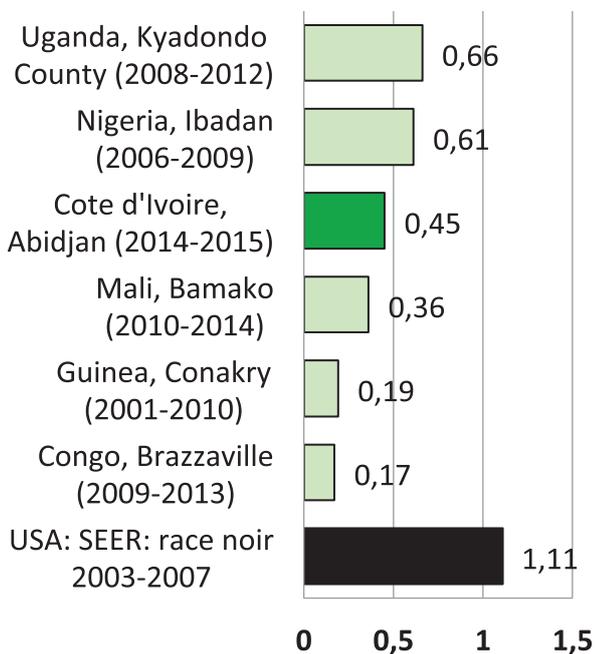
Estomac (Femmes): Cum 0-74



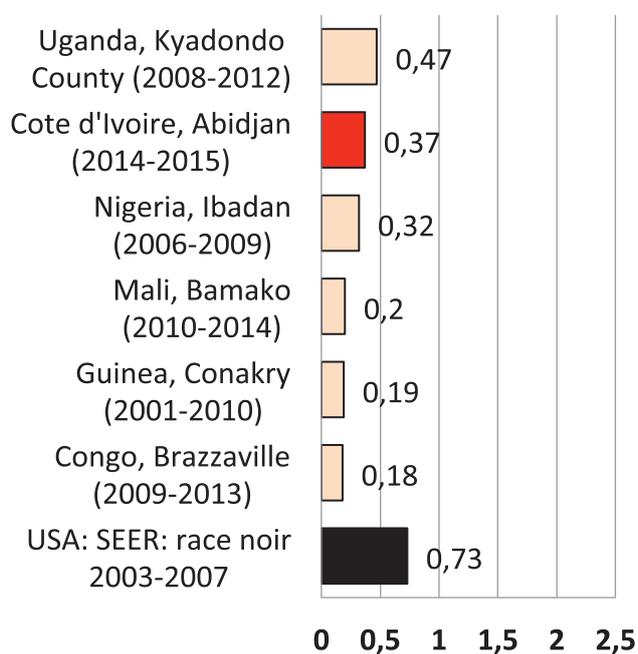
Ovaire: Cum 0-74

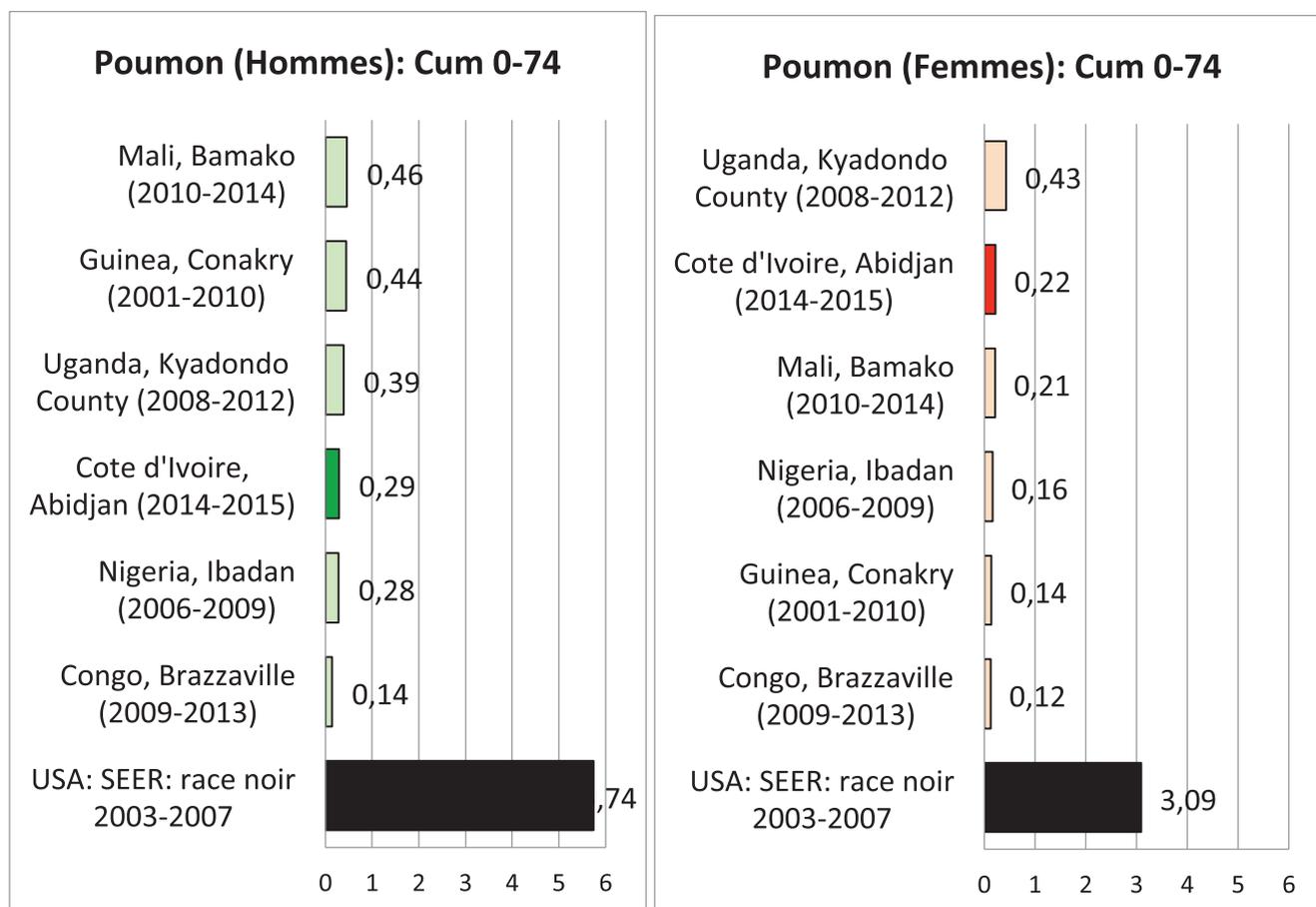


LMNH (age 15+) (Hommes): Cum 0-74



LMNH (age 15+) (Femmes): Cum 0-74





Figures 15-28: comparaison des taux cumulés (risque de cancer de 0 à 74 ans) avec d'autres pays

CONCLUSION

Ces taux d'incidence calculés à partir de la base de données collectée par le registre d'Abidjan et des données de recensement de la population, permettent d'apprécier l'ampleur et le profil global du cancer à Abidjan.

Ces résultats, montrent que la distribution des cancers en Côte d'Ivoire connaît des mutations depuis deux décennies : d'une part la prédominance des cancers liés au style de vie et à l'alimentation, et d'autre part la tendance à la baisse ou à la stabilisation de certains cancers liés aux infections.

Le registre du cancer demeure l'instrument incontournable de la surveillance épidémiologique de cette redoutable maladie. Ainsi le registre du cancer d'Abidjan entend jouer pleinement son rôle pour permettre d'apprécier le fardeau et la survie au cancer en Côte d'Ivoire pour une politique de lutte adaptée.

REFERENCES

- 1. Cancer In Africa Volume 2.** IARC scientific publication. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, in press
- 2. 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.*
- 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. 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.*
- 5. 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.)
- 6. Fritz A, Percy C, Jack A, Shanmugaratnam K, Sobin L, Parkin DM and S. Whelan S.**
Classification Internationale des Maladies pour l'Oncologie. CIMO 3ème édition, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2008.
- 7. Jensen OM, Parkin DM, Maclennan R, Muir CS and Skeet RG.** *Cancer Registration Principles and Methods. Editors: IARC Scientific Publication No. 95, Lyon, (1991).*
- 8. N'da GG, Ayemou A, Adoubi I etc.** *Registre du cancer d'Abidjan : Rapport Biennal 2012-2013 AFRCN publication Abidjan, Cote d'Ivoire, Fevrier 2015.*
- 9. Steliarova-Foucher E, Stiller C, Lacour B, Kaatsch P.** *International Classification of Childhood Cancer, third edition. Cancer. 2005;103:1457-67*

PUBLICATIONS DU REGISTRE

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.*

Islami F , Lortet-Tieulent J, Okello C , Adoubi I, Gombe Mbalawa C, Ward E M, Parkin D. M,, Jemal A . *Tumor size and stage of breast cancer in Cote d'Ivoire and Republic of Cong, results from population-based cancer registries ; The Breast 24 (2015) 713e717*

N'da GG, Ayemou A, Adoubi I etc. *Registre du cancer d'Abidjan : Rapport Biennal 2012-2013 AFCRN publication Abidjan, Cote d'Ivoire, Fevrier 2015.*

ANNEXES

DESCRIPTION DES TABLES D'INCIDENCE (Annexes 1 & 2)

Horizontalement : Nous avons les tranches d'âge (0-4 ans, 5-9 ans,..., 75 ans et plus)

Verticalement :

A droite:

La première colonne représente les numéros de code selon la CIM 10 et ceux-ci correspondent à des sites anatomiques qui se trouvent à l'extrême gauche du tableau.

La deuxième colonne du tableau, donne l'ASR avec en bas l'ASR tous sites et âges confondus.

A gauche: (dans le sens de la droite vers la gauche,)

-la première colonne représente les sites anatomiques,

-la deuxième colonne représente en bas, le total des nouveaux cas tous sites et âges confondus.

A l'intérieur du tableau, nous avons les taux spécifiques d'incidence. Ils correspondent au nombre de cas observés par notre étude pour 100 000 habitants par tranche d'âge.

Annexe 1 : Table d'incidence Hommes

Incidence pour 100,000 par groupe d'âge

SITE	ALL AGES UNK	INC													INC BRUTE	CUM				ASR	CIM (10)					
		0-	5-	10-	15-	20-	25-	30-	35-	40-	45-	50-	55-	60-		65-	70-	75+	(%)			0-64	0-74			
Levre	3	0	-	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,2	0,01	0,01	0,01	0,2	C00
Langue	7	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2	0,4	0,02	0,02	0,02	0,2	C01-02
Bouche	17	0	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2	0,9	0,05	0,06	0,06	0,6	C03-06
Glandes Salivaires	19	0	-	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	1,0	0,04	0,06	0,06	0,5	C07-08
Amygdale	4	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,2	0,01	0,01	0,01	0,1	C09
Autres oropharynx	2	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,1	0,00	0,03	0,03	0,2	C10
Nasopharynx	18	0	-	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	0,9	0,05	0,05	0,05	0,5	C11
Hypopharynx	3	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,2	0,01	0,01	0,01	0,1	C12-13
Pharynx non spécifique*	2	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,1	0,01	0,01	0,01	0,1	C14
Oesophage	17	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	0,9	0,04	0,09	0,09	1,0	C15
Estomac	83	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,9	4,3	0,24	0,68	0,68	4,8	C16
Intestin grele	6	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,3	0,02	0,02	0,02	0,2	C17
Colon	82	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,9	4,2	0,23	0,55	0,55	3,9	C18
Rectum	20	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,5	1,0	0,06	0,11	0,11	0,9	C19-20
Anus	12	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3	0,6	0,03	0,06	0,06	0,5	C21
Foie	245	0	0,4	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5,5	12,6	0,56	1,04	1,04	9,8	C22
Vesicule biliaire	7	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2	0,4	0,03	0,04	0,04	0,3	C23-24
Pancreas	35	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,8	1,8	0,11	0,20	0,20	1,8	C25
Nez, sinus etc.	10	0	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2	0,5	0,03	0,03	0,03	0,3	C30-31
Larynx	29	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,7	1,5	0,08	0,17	0,17	1,7	C32
Bronches et Poumons	58	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,3	3,0	0,15	0,29	0,29	3,1	C33-34
Autres organes thoraciques	2	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,1	0,00	0,04	0,04	0,2	C37-38
Os	47	0	0,7	0,7	0,7	1,0	0,8	0,8	1,8	0,8	1,2	1,7	1,5	-	5,6	-	-	-	-	1,1	2,4	0,09	0,11	0,11	1,3	C40-41
Melanome de la peau	4	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,2	0,01	0,03	0,03	0,3	C43
Autres peau	35	0	-	-	-	0,2	0,5	0,2	0,5	0,2	2,3	2,3	5,2	3,1	2,8	5,1	-	-	-	0,8	7,8	0,09	0,19	0,19	7,5	C44
Mesotheliome	2	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,1	0,00	0,05	0,05	0,2	C45
Sarcome de Kaposi	41	0	0,2	-	-	-	-	-	0,2	2,2	4,3	3,5	1,5	5,2	4,2	5,1	-	-	-	0,9	2,1	0,11	0,13	0,13	1,3	C46
Tissus mous et conjonctifs	37	0	0,5	-	-	0,5	1,4	0,4	0,7	1,4	1,2	1,2	1,5	2,1	-	2,6	15,0	-	-	0,8	1,9	0,06	0,14	0,14	1,1	C47-C49
Sein	18	0	-	-	-	-	-	-	0,3	-	0,4	2,3	4,5	1,0	1,4	-	-	-	-	0,4	0,9	0,05	0,05	0,05	0,6	C50
Penis	2	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,4	-	-	-	-	0,0	0,1	0,01	0,01	0,01	0,2	C60
Prostate	583	0	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	1,7	19,4	54,6	149,9	336,1	631,6	713	-	13,2	30,0	1,13	5,97	5,97	46,3	C61
Testicule	3	0	0,2	-	-	-	0,2	-	-	-	-	-	-	-	1,4	-	-	-	-	0,1	0,2	0,01	0,01	0,01	0,1	C62
Rein	32	0	1,4	1,3	0,5	0,5	-	-	0,2	-	1,6	0,6	1,5	-	4,2	5,1	-	-	-	0,7	1,6	0,06	0,08	0,08	1,0	C64
Vessie	20	0	-	-	-	-	-	-	-	-	0,8	1,2	0,7	1,0	8,3	10,3	-	-	-	0,5	7,0	0,06	0,14	0,14	7,1	C67
Autres organes urinaires	1	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,1	0,00	0,00	0,00	0,0	C68
Oeil	45	0	3,2	0,9	0,5	-	0,2	0,4	0,2	0,5	0,8	1,7	2,2	1,0	1,4	2,6	5,0	0	-	1,0	2,3	0,07	0,10	0,10	1,5	C69
Cerveau, systeme nerveux	26	0	0,2	0,9	-	0,5	0,2	0,4	0,5	-	0,8	1,7	1,5	2,1	1,4	5,1	-	-	-	0,6	7,3	0,05	0,08	0,08	7,0	C70-72
Thyroïde	7	0	-	-	-	-	-	0,4	-	-	-	-	0,7	-	1,4	2,6	5,0	10,5	-	0,2	0,4	0,01	0,05	0,05	0,3	C73
Glande Surrenale	2	0	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,6	-	-	-	0,0	0,1	0,00	0,01	0,01	0,1	C74
Maladie de Hodgkin	25	0	-	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,4	2,6	-	-	-	0,6	1,3	0,04	0,05	0,05	0,8	C78
Lymphome Non-Hodgkinien	161	0	0,7	6,4	3,2	1,5	1,0	1,4	2,5	2,7	6,2	7,5	9,7	8,2	18,0	20,1	10,5	-	-	3,6	8,3	0,35	0,50	0,50	5,3	C82-85, C96
Myelome multiple	26	0	0,2	0,2	-	0,3	0,2	-	-	-	0,8	2,9	2,2	3,1	5,6	2,6	5,0	26,4	-	0,6	1,3	0,08	0,12	0,12	1,1	C90
Leucemie Lymphoïde	10	0	-	-	-	0,3	0,6	-	-	-	0,4	1,2	0,7	-	-	-	-	-	-	0,2	0,5	0,02	0,03	0,03	0,3	C91
Leucemie Myeloïde	9	0	-	0,2	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,7	4,1	-	-	-	-	-	0,2	0,5	0,03	0,03	0,03	0,3	C92-94
Leucemie non spécifiée	26	0	-	-	-	0,7	0,5	0,2	0,2	0,2	0,8	2,3	0,7	1,0	1,4	5,1	5,0	0	-	0,6	1,3	0,05	0,10	0,10	0,9	C95
Autres et non spécifiés	136	0	0,2	0,7	0,7	0,8	1,4	1,0	2,3	1,9	4,3	8,7	13,4	12,4	20,8	38,5	35,1	5,3	-	3,1	7,0	0,34	0,71	0,71	5,7	O&U
Tous sites	1980	0	8,4	12,3	7,0	8,4	10,1	11,5	18,6	30,5	58,5	86,2	131,9	168,0	338,6	595,2	967,5	21,1	-	44,8	100,0	4,45	12,26	103,1	ALL	ALL
Tous sites sauf C44	1945	0	8,4	12,3	6,8	7,9	9,9	11,5	18,1	30,2	56,2	83,9	126,6	164,9	335,9	590,0	952,5	1093,3	-	44,0	100,0	4,36	12,08	101,6	ALLB C44	ALLB C44

ANNEXE 3: Liste des sources d'enregistrement actuelles du registre des cancers d'Abidjan

- ✓ **(01) C.H.U. de Cocody ;**
 - (02)Gynécologie
 - (03)Chirurgie générale et digestive
 - (04)ORL
 - (04)Stomatologie
 - (05) Traumatologie et Orthopédie
 - (06)Chirurgie - Urologie
 - (07)Chirurgie Pédiatrique
 - (12)Ophtalmologie
 - (14)Gastro-Entérologie
 - (15)Rhumatologie
 - (21)P.P.H.
 - (50)Bureau des entrées
- ✓ **(02) C.H.U. de Treichville ;**
 - (01)Cancérologie
 - (02)Gynécologie
 - (03)Chirurgie générale
 - (04)ORL
 - (04)Stomato
 - (05)Traumatologie et Orthopédie
 - (06)Chirurgie - Urologie
 - (07)Chirurgie Pédiatrique
 - (10)Médecines I, II, III et clinique Beda
 - (11) Oncologie pédiatrique
 - (12)OPHTALMOLOGIE
 - (13)Dermatologie
 - (16)Cardiologie
 - (17)Néphrologie
 - (18)Hématologie
 - (21)P.P.H.
 - (40)Radiologie
 - (50)Bureau des entrées
- ✓ **(28) Hôpital Général d'Abobo nord ;**
 - (02)Gynécologie
 - (03)Chirurgie
 - (10)Médecine
- ✓ **(05)Hôpital Militaire d'Abidjan.**
 - (02)Gynécologie
 - (03)Chirurgie
 - (10)Médecine
- ✓ **(03) C.H.U. de Yopougon ;**
 - (02)Gynécologie
 - (03)Chirurgie
 - (04)ORL
 - (04)Stomato
 - (05) Traumatologie et Orthopédie
 - (07)CHIRURGIE PEDIATRIQUE
 - (08)Neurochirurgie
 - (10)Med Interne
 - (17)Néphrologie
 - (18)Hématologie
 - (40)Radiologie
 - (50)Bureau des entrées
- Hôpitaux privés**
 - (10)Polyclinique Sainte Anne-Marie (P.I.S.A.M.) ;
 - (13)Polyclinique Avicenne ;
 - (19)Clinique Danga ;
 - (17)Clinique COBA ;
 - (29)Polyclinique Hôtel Dieu d'Abidjan
 - (20)Groupe Médical du Plateau (GMP)
 - (11)Polyclinique deux plateaux
 - (16)Clinique Indenie
 - (18)Clinique Fatima
 - (22)Clinique les Graces
 - (24)Clinique Farhat
 - (26)Clinique Saint Sauveur Treichville
 - (27)Centre Medico-Chirurgicale Treichville
- ✓ **Laboratoires publics**
 - (01)Anatomopathologie du C.H.U de Cocody ;
 - (02)Anatomopathologie du C.H.U de Treichville ;
- ✓ **Laboratoires privés**
 - (10)Laboratoire d'Anatomopathologie de la P.I.S.A.M ;
 - (15)Laboratoire Wilic ;
 - (16)Laboratoire central.



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(s) 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=ooui, 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 _____



Equipe du registre du cancer d'Abidjan : [Debout gauche vers droite : Mlle Amoikon (Enquêtrice), Mlle Kinda (Enquêtrice), Mlle Guia (Enquêtrice), Dr N'da (Chef de service), Mlle Kouame (archiviste). Assis gauche vers droite : Pr Adoubi (DC PNLCa) ; Dr Ayemou (DC A PNLCa)]

REGISTRE DU CANCER D'ABIDJAN

RAPPORT BIENNAL 2014 - 2015

