HEMOPATHIES MALIGNES

40 ANS

D'ENREGISTREMENT EN CÔTE D'OR



Inserm
La science pour la santé
From science to health

CHU Dijon Bourgogne
Centre Hospitalier Universitaire

UFR SCIENCES DE SANTÉ DIJON

EDITO

L'édito des 40 ans

Le registre des hémopathies est une structure qui collecte les données des patients atteints d'hémopathie maligne dans la population du département de la Côte d'Or. Il a été créé en 1980 par Madame le Pr Paule-Marie Carli qui nous a quitté en 2024 et à qui nous dédions cet opus.

Le registre est en effet la première structure de ce type dédiée aux hémopathies créée dans le monde et elle reste une rareté. Sa force réside dans l'ancienneté de sa base de données et le nombre élevé des données recueillies qui couvrent toute la période du diagnostic de la maladie, sa prise en charge et son évolution.

Le registre fournit ainsi des données importantes aux autorités publiques dans le cadre de son partenariat avec le réseau national FRANCIM, l'INCA et Santé Publique France. Il collabore aussi avec de nombreux groupes de recherche européens et internationaux ce qui lui permet de publier régulièrement des données scientifiques de haut niveau sur ces pathologies. Il est reconnu par l'INSERM depuis 1989 et est membre à part entière du centre INSERM de Dijon (Equipe Epithem, CTM 1231).

Ce document est destiné à diffuser les informations épidémiologiques synthétiques sur les différentes hémopathies dans le département de la Côte d'Or au terme de quarante années d'enregistrement (1980-2019).

Pr. Marc Maynadié
Directeur du RHEMCO

SOMMAIRE

P4. Vue d'ensemble

Hémopathies Lymphoïdes

P8. Focus sur les LNH
P9. Lymphome de Hodgkin
P10. Lymphome B Diffus à Grandes Cellules
P11. Lymphome Folliculaire
P12. Lymphome de la Zone Marginale
P13. Lymphomes Lymphoplasmocytaires
P14. Lymphome T cutané
P15. Lymphome T non cutané
P16. Leucémie Lymphoïde Chronique
P17. Myélome Multiple
P18. Leucémies Aiguës Lymphoblastiques

Hémopathies Myéloïdes

P19. Leucémies Aiguës Myéloïdes
P20. Syndromes Myéloprolifératifs
P21. Syndromes Myélodysplasiques

ABRÉVIATIONS

LAL : Leucémies Aiguës Lymphoblastiques
LT : Lymphome T
LAM : Leucémies Aiguës Myéloïdes
L.Burkitt : Lymphome de Burkitt
LBDGC : Lymphome B Diffus à Grandes Cellules
LF : Lymphome Folliculaire
LH : Lymphome de Hodgkin
LNH-B : Lymphomes malins Non Hodgkiniens B
LNH-T/NK : Lymphomes malins Non Hodgkiniens T et Natural Killer
LLC : Leucémie Lymphoïde Chronique
LM : Lymphome du Manteau
L.tricho : Leucémie à tricholeucocytes
LZM : Lymphome de la Zone Marginale
MM : Myélome Multiple
SMD : Syndromes Myélodysplasiques
SMP : Syndromes Myéloprolifératifs chroniques
SMD-SMP : Syndromes Myélodysplasiques/Myéloprolifératifs

GUIDE DE LECTURE

Nombre de cas : Hémopathie maligne diagnostiquée chez un habitant de la Côte d'Or pendant la période 1980-2019. Une personne pouvant présenter plusieurs hémopathies malignes, un patient peut correspondre à plusieurs cas si les deux hémopathies ne sont pas directement reliées (dans le cas contraire, une seule tumeur sera décomptée).

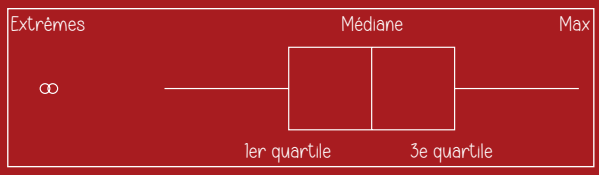
Taux d'évolution : Correspond au pourcentage de variation moyenne de l'incidence entre deux années sur l'ensemble de la période 1980-2019 (estimé par un modèle de Poisson).

Incidence : Synonyme du nombre de cas. Le taux d'incidence est le rapport entre le nombre de cas et la population (rapportée ici en nombre de cas /100 000 personnes/an). Dans ce document les taux d'incidence sont standardisés (TSE = Taux d'incidence Standardisé sur la population standard Européenne) afin de permettre des comparaisons entre plusieurs périodes de temps et aires géographiques.

Survie nette estimée : Correspond à la survie qui serait observée si le décès ne pouvait être dû qu'à la pathologie étudiée (estimée par la méthode de Pohar Perme et modélisée par la méthode des splines pénalisées). Par rapport à la survie observée (prise en compte de toutes les causes de décès), cela permet de dégager l'impact propre de la pathologie sur l'espérance de vie. Dans ce livret, elle a été estimée jusqu'à 20 ans, mais la fiabilité des estimations diminuent au delà de 5 ans.

Rapport H/F : Rapport des taux d'incidence chez l'homme et chez la femme. S'il est supérieur à 1, il est en faveur de l'homme.

Médiane : Valeur divisant la population en deux parts égales (50% de la population à une valeur inférieure, 50% de la population à une valeur supérieure, voir schéma ci-contre).



Vue d'ensemble

10 893 cas

Le contingent le plus important des hémopathies malignes est celui des LNH-B qui représente plus de 30% des cas mais compte de nombreuses entités dont les LBDGC et les LF. Les LLC, les MM et les SMP sont les entités les plus fréquentes qui représentent chacune plus de 10% des cas. Les autres entités sont toutes inférieures à 10%.

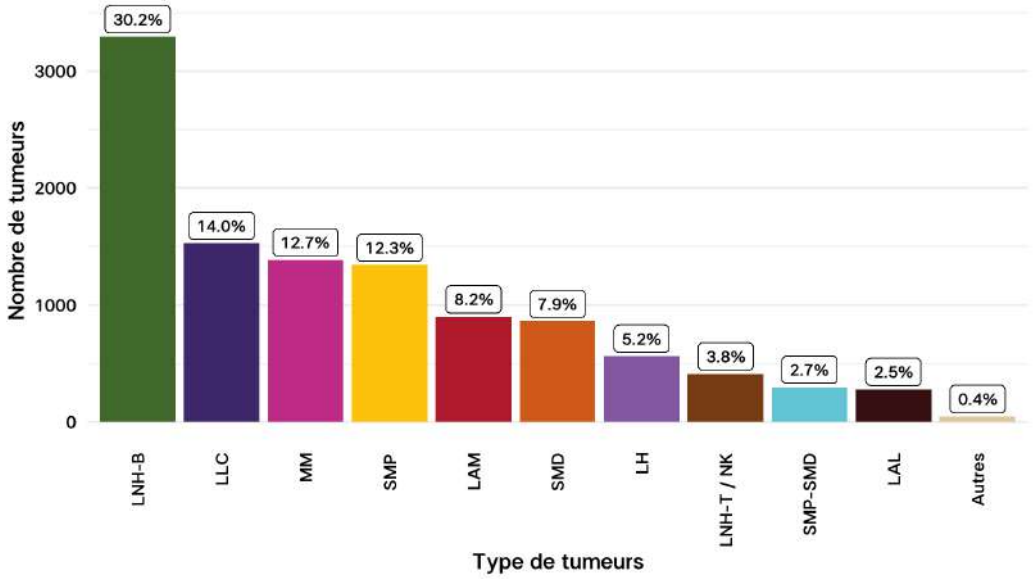


Figure : Répartition des cas par type de lymphome

La répartition par sexe montre que la quasi totalité des entités sont plus fréquentes chez l'homme que la femme.

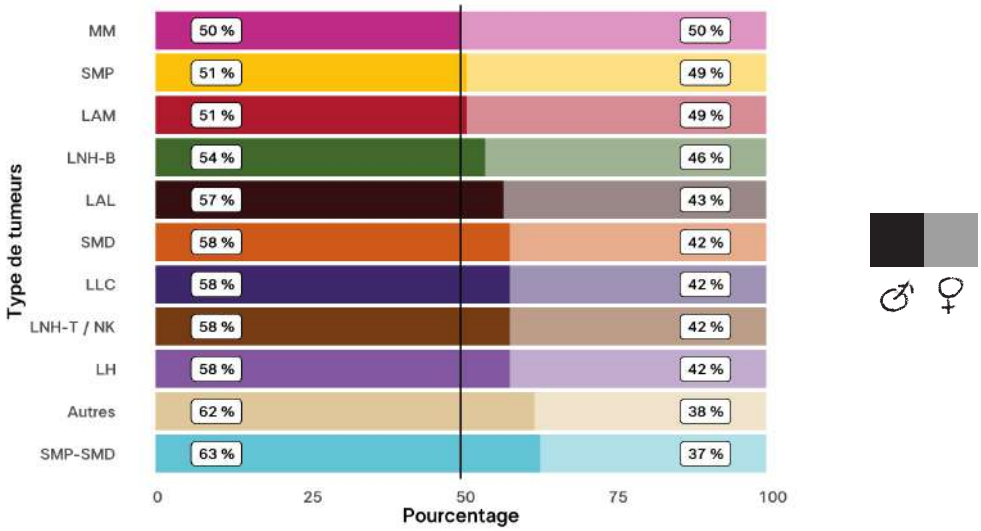


Figure : Proportion de cas selon le sexe

En dehors des LAL et des LH qui surviennent respectivement à 15 ans et 36 ans, l'âge médian de survenue des différentes hémopathies est supérieur à 60 ans ce qui en font des pathologies du sujet âgé.

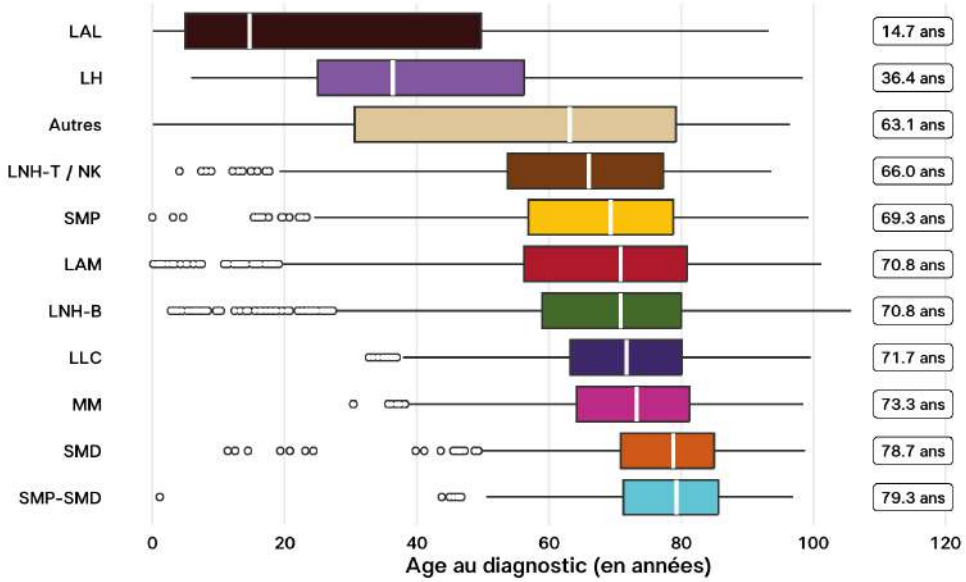
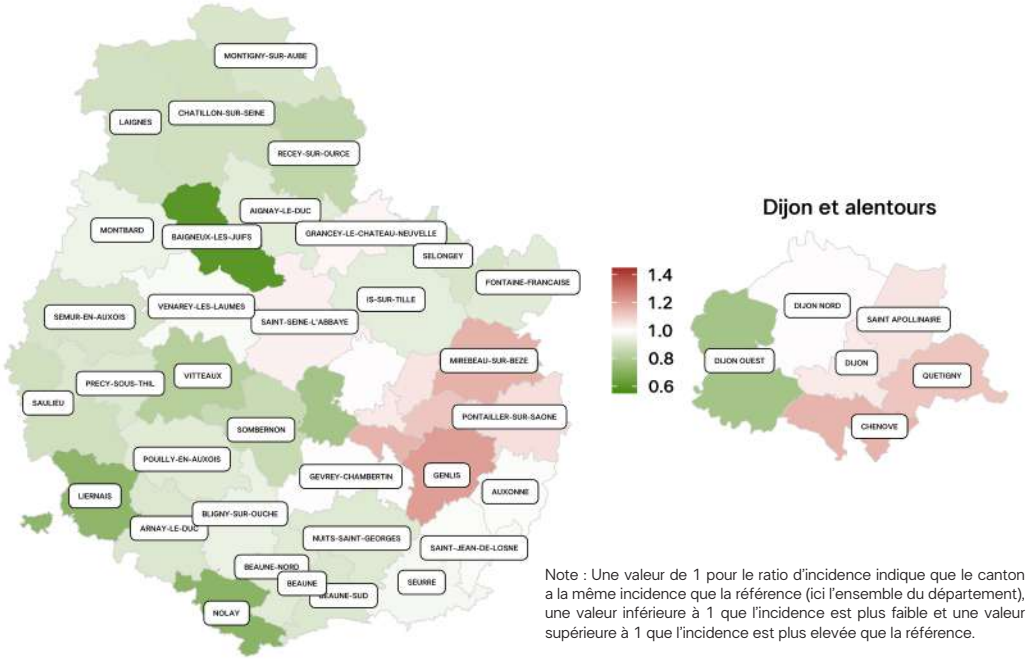


Figure : Distribution de l'âge en fonction du type d'hémopathie maligne



Note : Une valeur de 1 pour le ratio d'incidence indique que le canton a la même incidence que la référence (ici l'ensemble du département), une valeur inférieure à 1 que l'incidence est plus faible et une valeur supérieure à 1 que l'incidence est plus elevée que la référence.

Figure : Ratio d'incidence standardisé pour toutes hémopathies malignes en Côte d'Or (Découpage canton 2013 adapté)

La répartition géographique des cas dans le département de la Côte d'Or est représentée selon le découpage des anciens cantons en raison de leur plus grande pertinence. On note une transversale Sud-Est/Nord-Ouest dont le pic du taux d'incidence standardisée est situé dans le territoire dijonnais.

La figure ci-dessous présente les taux d'incidence des principaux sous-types d'hémopathies en fonction de la période de diagnostic. Il existe une augmentation de l'incidence dans 70% des sous-types qui touche ceux qui sont d'ailleurs les plus fréquents.

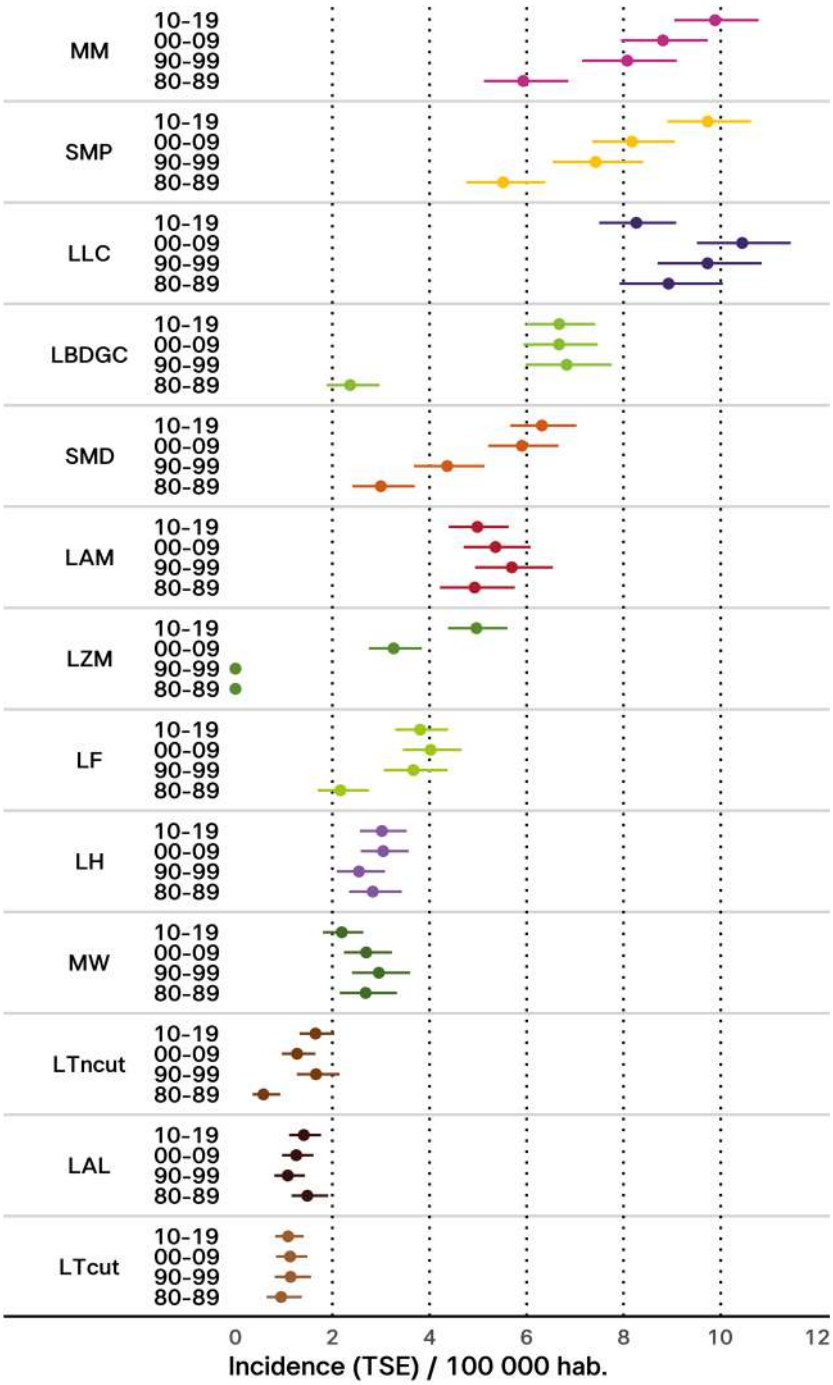


Figure : Incidence par maladie en fonction des périodes

La figure ci-dessous présente les taux de survie nette à 5 ans des sous-types d'hémopathies en fonction de la période de diagnostic. La survie s'est améliorée dans 6 entités qui sont celles avec le plus mauvais pronostic et est restée stable dans 5 entités.

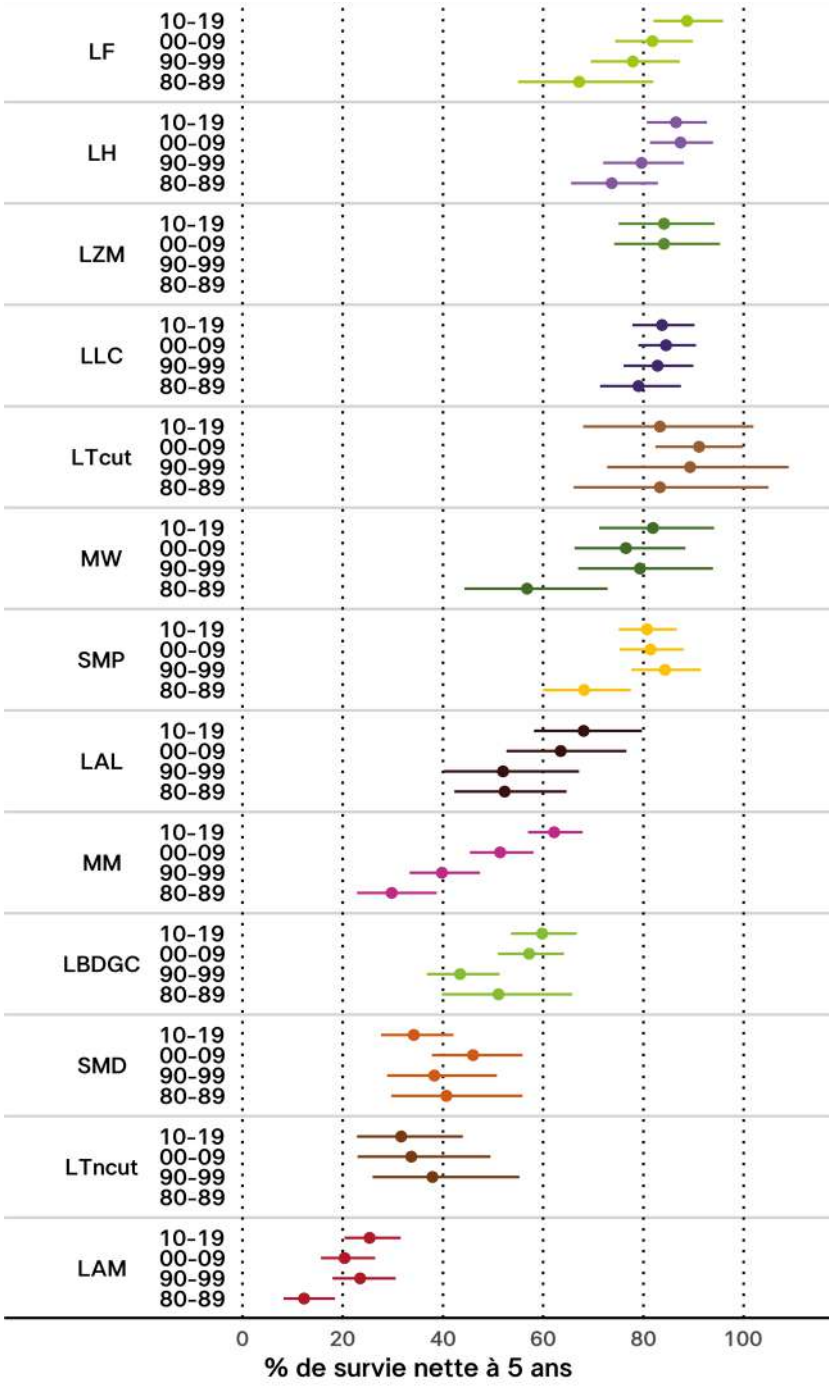


Figure : Survie nette par maladie en fonction des périodes

Focus sur les LNH

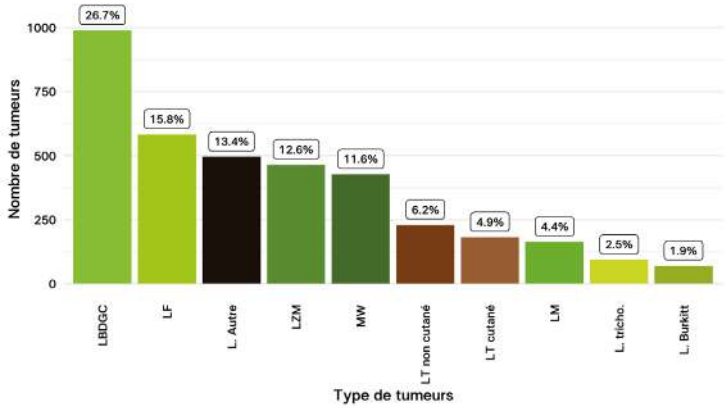


Figure : Répartition par type de lymphome

Les prolifération lymphoïdes sont très variées, dominées par le lymphome B diffus à grandes cellules. Les entités les moins fréquentes étant les proliférations des lymphocytes T, le lymphome du manteau, les leucémies à tricholeucocytes et le lymphome de Burkitt.

Le lymphome folliculaire est la seule entité qui est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Les hémopathies malignes sont en général plus fréquentes chez l'homme, en particulier dans le lymphome de Burkitt, la leucémie à tricholeucocytes et le lymphome du manteau.

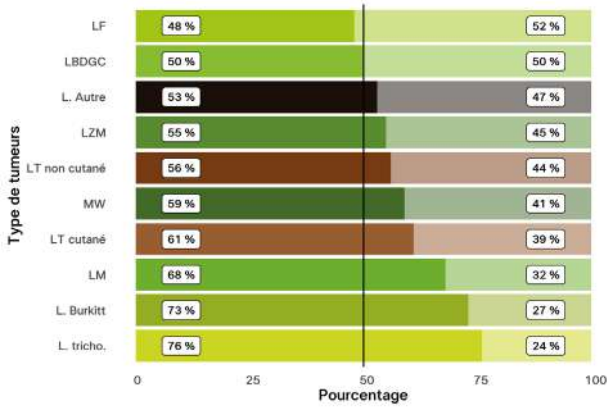


Figure : Répartition par sexe

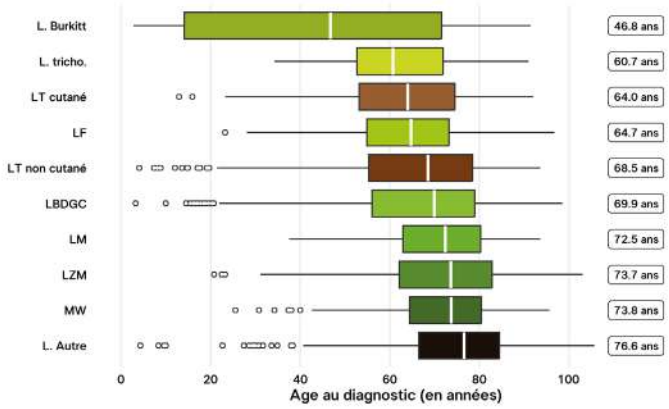


Figure : Distribution de l'âge en fonction du type de lymphome

En dehors du lymphome de Burkitt, l'âge médian de survenue est toujours supérieur à 60 ans. Il est même supérieur à 70 ans dans le lymphome du manteau, le lymphome de la zone marginale, la maladie de Waldenström et quelques entités beaucoup plus rares.

Lymphome de Hodgkin

560 cas

Âge médian : 36 ans

Taux d'évolution 𝒩 : 0,7%

Rapport ♂/♀ : 1,35

Le lymphome de Hodgkin est une prolifération de cellules lymphoïdes B dont on distingue 4 types, le principal étant la forme scléro-nodulaire. Elle survient chez des sujets jeunes pour la plupart même s'il existe un pic chez le sujet âgé. L'incidence est assez stable jusqu'aux années 2000-2004 puis augmente légèrement depuis.

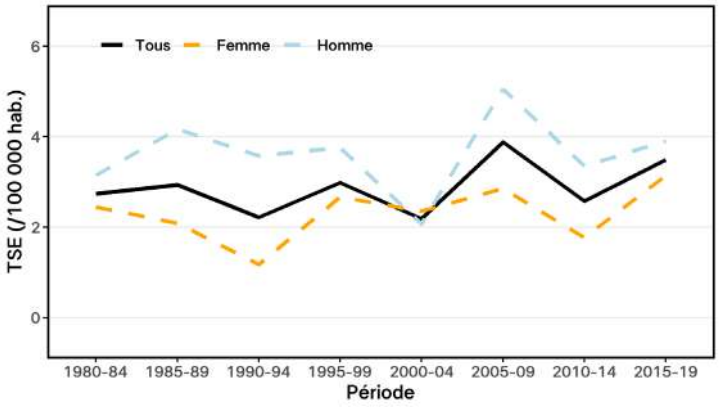


Figure : Incidence en Côte d'Or entre 1980 et 2019

La survie de ces proliférations 5, 10 et 20 ans après le diagnostic, est meilleure chez la femme que chez l'homme. Elle est près de deux fois supérieure 20 ans après le diagnostic chez les sujets de moins de 40 ans. Elle s'est améliorée régulièrement au cours du temps passant par exemple de 64% à 86%, 10 ans après le diagnostic. La figure de droite montre que la survie s'est améliorée au fil du temps, surtout chez le sujet âgé.

Survie nette	à 5 ans	à 10 ans	à 20 ans
Sexe			
Homme	80%	78%	62%
Femme	86%	79%	75%
Âge			
< 40 ans	95%	92%	86%
≥ 40 ans	67%	62%	44%
Période de diagnostic			
1980-89	74%	65%	54%
1990-99	79%	77%	66%
2000-09	87%	86%	-
2010-19	87%	-	-

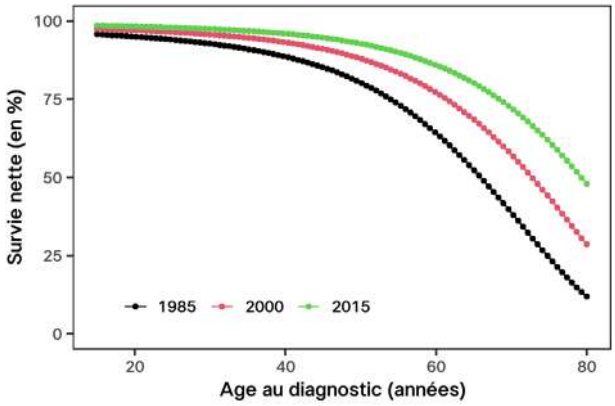


Figure : Evolution de la survie nette à 5 ans

Lymphome B Diffus à Grandes Cellules

990 cas

Âge médian : 70 ans

Taux d'évolution : 2,6%

Rapport ♂/♀ : 1,01

Le lymphome B diffus à grandes cellules est une prolifération de lymphocytes B survenant surtout chez le sujet âgé. L'évolution de son incidence est marquée par une augmentation rapide entre 1980 et 2000 pour se stabiliser ensuite. Malgré de nombreux travaux de recherche, il n'a pas encore été possible d'identifier de façon formelle la cause de ces changements.

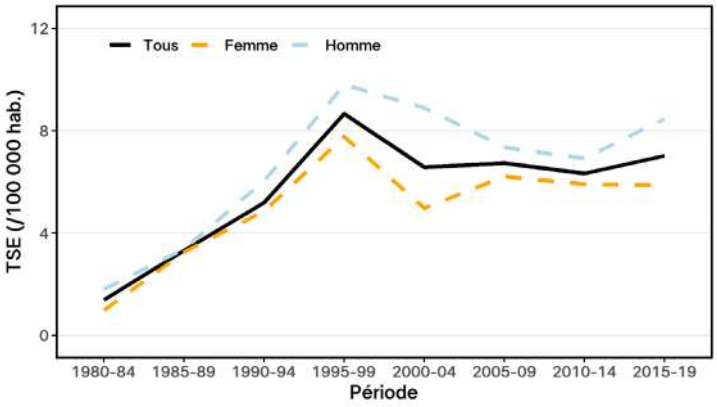


Figure : Incidence en Côte d'Or entre 1980 et 2019

La survie de ces prolifération 5, 10 et 20 ans après le diagnostic, est meilleure chez la femme que chez l'homme. Elle est près de sept fois supérieure 20 ans après le diagnostic chez les sujets de moins de 70 ans. Elle s'est améliorée régulièrement au cours du temps passant par exemple de 39% à 54%, 10 ans après le diagnostic. La figure de droite montre que la survie s'est améliorée au fil du temps chez tous les sujets quel que soit leur âge.

Survie nette	à 5 ans	à 10 ans	à 20 ans
Sexe			
Homme	52%	44%	29%
Femme	57%	50%	38%
Âge			
< 70 ans	68%	63%	57%
≥ 70 ans	40%	32%	9%
Période de diagnostic			
1980-89	51%	39%	32%
1990-99	43%	36%	26%
2000-09	57%	54%	-
2010-19	60%	-	-

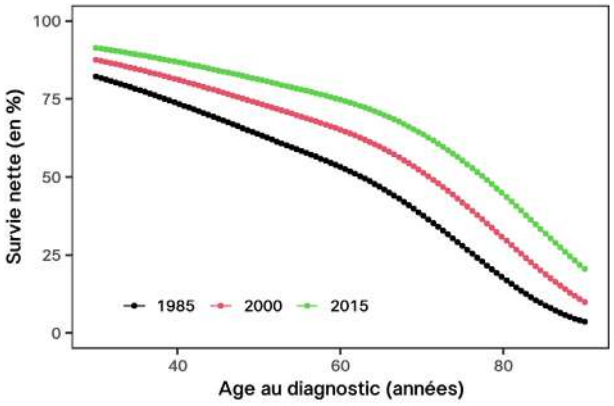


Figure : Evolution de la survie nette à 5 ans

Lymphome Folliculaire

584 cas

Âge médian : 65 ans

Taux d'évolution : 1,8%

Rapport ♂/♀ : 0,93

Le lymphome folliculaire est la seconde prolifération lymphoïde B par ordre de fréquence, particulière par sa prédominance féminine. Il survient à un âge médian plutôt jeune parmi les hémopathies malignes. L'évolution de son incidence est aussi marquée par une augmentation rapide entre 1980 et 2000 pour se stabiliser ensuite. Malgré de nombreux travaux de recherche, il n'a pas encore été possible d'identifier de façon formelle la cause de ces changements.

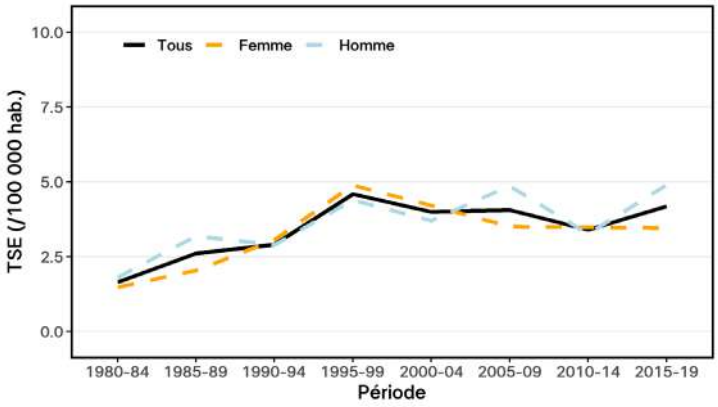


Figure : Incidence en Côte d'Or entre 1980 et 2019

La survie de cette prolifération 5, 10 et 20 ans après le diagnostic, est équivalente chez la femme et chez l'homme. Elle est près de deux fois supérieure 20 ans après le diagnostic chez les sujets de moins de 65 ans. Elle s'est beaucoup améliorée au cours du temps passant par exemple de 49% à 82%, 10 ans après le diagnostic. La figure de droite montre que l'amélioration de la survie nette touche en particulier les sujets âgés.

Survie nette	à 5 ans	à 10 ans	à 20 ans
Sexe			
Homme	81%	75%	61%
Femme	82%	74%	60%
Âge			
< 65 ans	91%	83%	69%
≥ 65 ans	71%	67%	32%
Période de diagnostic			
1980-89	67%	49%	25%
1990-99	78%	69%	49%
2000-09	82%	82%	-
2010-19	89%	-	-

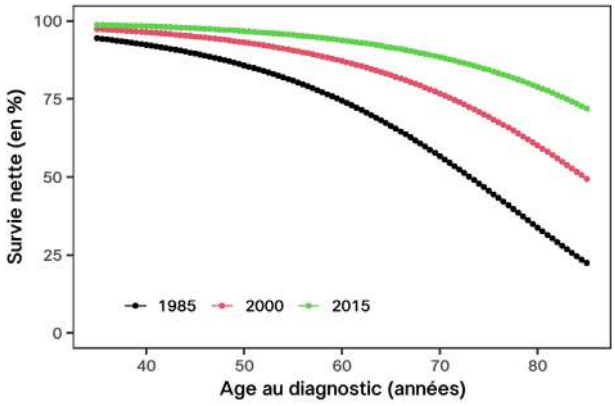


Figure : Evolution de la survie nette à 5 ans

Lymphome de la Zone Maginale

416 cas

Âge médian : 74 ans

Taux d'évolution : 8.1%

Rapport ♂/♀ : 1.18

Les résultats présentés ici regroupent les données des trois sous types de LZM. Leur identification dans la classification internationale date de la fin des années 1990 aussi les données stabilisées ne sont disponibles que depuis 2000. Ce sont des proliférations qui surviennent en majorité chez l'homme, à un âge médian de 74 ans. On observe une augmentation rapide de leur incidence depuis le début du siècle, plus marquée chez l'homme que chez la femme.

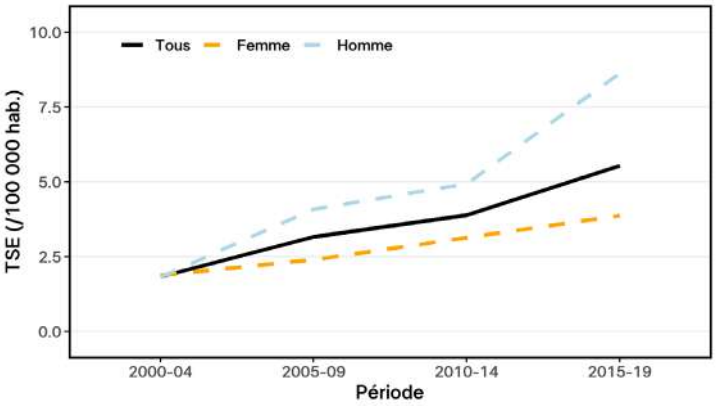


Figure : Incidence en Côte d'Or entre 1980 et 2019

La survie de ces proliférations 5 et 10 ans après le diagnostic, est plus élevée chez la femme que chez l'homme. Elle est restée stable au cours du temps dans les limites de nos observations. La figure de droite montre que l'âge est un facteur important du pronostic.

Survie nette	à 5 ans	à 10 ans
Sexe		
Homme	76%	78%
Femme	93%	93%
Âge		
< 70 ans	93%	84%
≥ 70 ans	78%	84%
Période de diagnostic		
2000-09	84%	80%
2010-19	84%	-

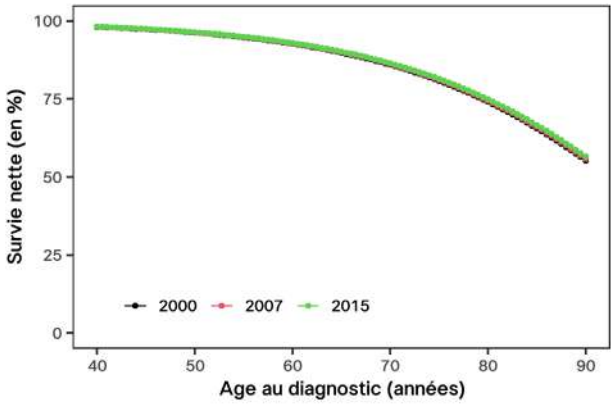


Figure : Evolution de la survie nette à 5 ans

Lymphomes Lymphoplasmocytaires

428 cas

Âge médian : 74 ans

Taux d'évolution : -0,5%

Rapport ♂/♀ : 1,45

Les lymphomes lymphoplasmocytaires regroupent différents sous types rares, dont l'identification n'a pas forcément de légitimité clinique. Ils surviennent à un âge médian de 74 ans avec une nette prédominance masculine. L'évolution de leur incidence est plutôt marquée par une diminution modérée, peut-être la marque d'une classification plus performante.

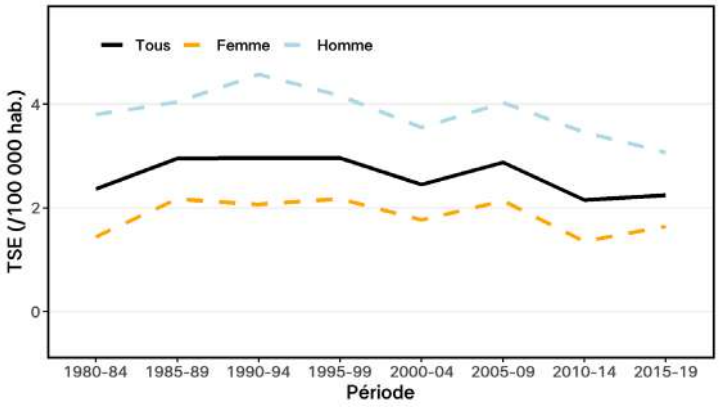


Figure : Incidence en Côte d'Or entre 1980 et 2019

La survie de ces prolifération 5, 10 et 20 ans après le diagnostic, est meilleure chez la femme que chez l'homme. Elle est un peu meilleure 20 ans après le diagnostic chez les sujets de moins de 70 ans. Elle s'est améliorée régulièrement au cours du temps passant par exemple de 49% à 71%, 10 ans après le diagnostic. La figure de droite montre que l'amélioration de la survie nette touche tous les âges.

Survie nette	à 5 ans	à 10 ans	à 20 ans
Sexe			
Homme	71%	62%	47%
Femme	79%	60%	57%
Âge			
< 70 ans	88%	73%	41%
≥ 70 ans	67%	54%	38%
Période de diagnostic			
1980-89	57%	49%	N.E
1990-99	79%	51%	N.E
2000-09	77%	71%	-
2010-19	82%	-	-

Note : NE = Non Estimable

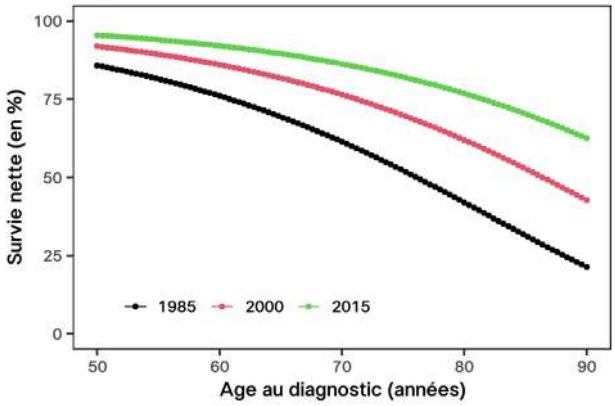


Figure : Evolution de la survie nette à 5 ans

Lymphome T cutané

182 cas

Âge médian : 64 ans

Taux d'évolution : 0,6%

Rapport ♂/♀ : 1,56

Le lymphome T cutané est une prolifération rare survenant à un âge médian de 64 ans ce qui est plutôt jeune pour les hémopathies. La prédominance masculine est nette. L'évolution de l'incidence est tout à fait modérée dans le temps et équivalente dans les deux sexes.

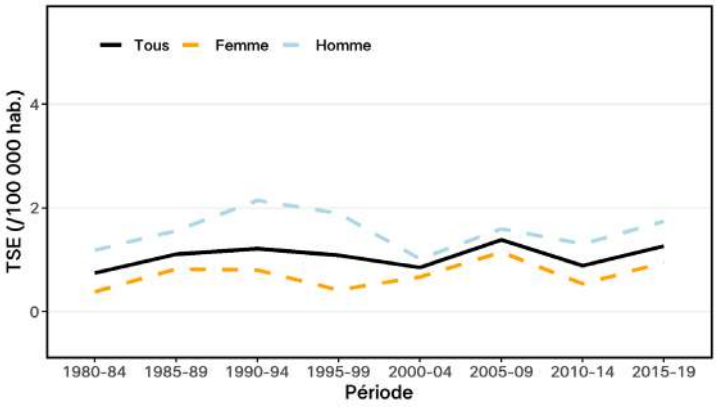


Figure : Incidence en Côte d'Or entre 1980 et 2019

Dix ans après le diagnostic, la survie est plus élevée chez la femme que chez l'homme. Elle est de 96% chez les sujets de moins de 60 ans alors qu'elle n'est que de 80% chez les sujets de plus de 60 ans au diagnostic.

Survie nette	à 5 ans	à 10 ans
Sexe		
Homme	88%	78%
Femme	87%	87%
Âge		
< 60 ans	97%	96%
≥ 60 ans	83%	80%
Période de diagnostic		
1980-89	83%	63%
1990-99	89%	68%
2000-09	91%	95%
2010-19	83%	-

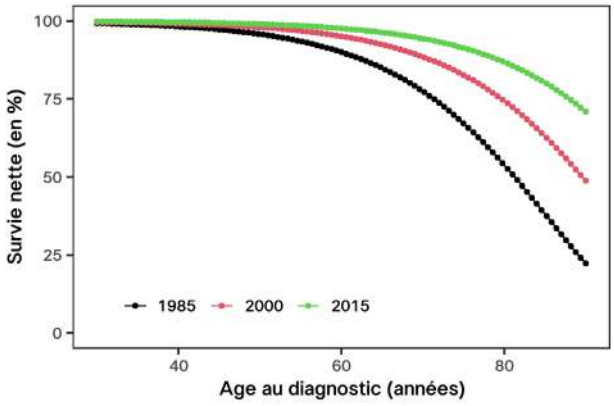


Figure : Evolution de la survie nette à 5 ans

Lymphome T non cutané

230 cas

Âge médian : 69 ans

Taux d'évolution : 2,3%

Rapport ♂/♀ : 1,28

Le lymphome T non cutané est aussi une prolifération rare survenant à un âge médian de 69 ans, avec une prédominance masculine. L'évolution de l'incidence est marquée par une augmentation progressive dans le temps et quasi équivalente dans les deux sexes.

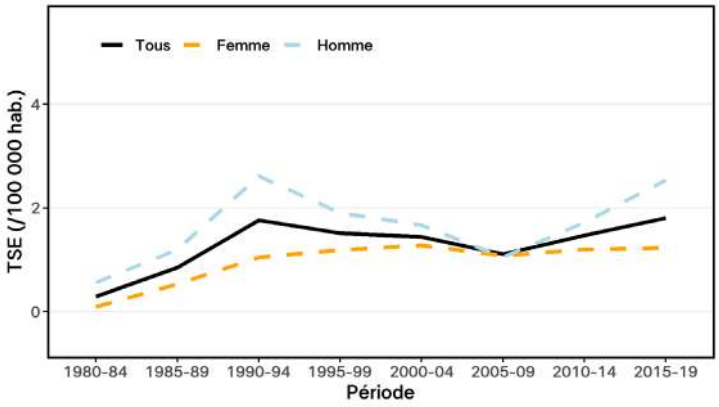


Figure : Incidence en Côte d'Or entre 1980 et 2019

La survie de ces proliférations 5 et 10 ans après le diagnostic, est équivalente chez la femme et chez l'homme. Dix ans après le diagnostic, elle est de 39 % chez les sujets de moins de 60 ans alors qu'elle est de 27% chez les sujets de plus de 60 ans au diagnostic. Elle ne s'est pas améliorée au cours du temps (cf figure de droite) mais ces chiffres reflètent plutôt des changements de la classification.

Survie nette	à 5 ans	à 10 ans
Sexe		
Homme	35%	33%
Femme	39%	32%
Âge		
< 60 ans	46%	39%
≥ 60 ans	27%	27%
Période de diagnostic		
1980-89	57%	50%
1990-99	38%	31%
2000-09	34%	22%
2010-19	32%	-

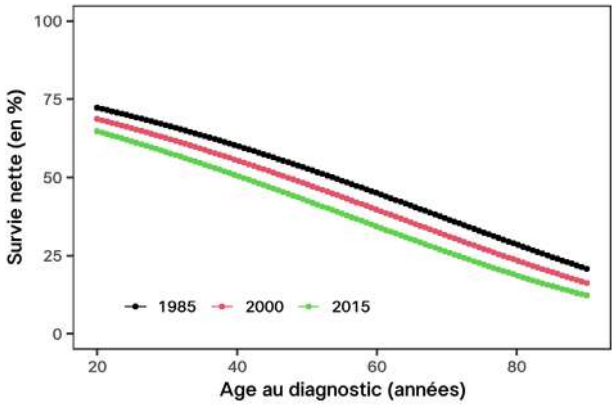


Figure : Evolution de la survie nette à 5 ans

Leucémie Lymphoïde Chronique

1527 cas

Âge médian : 72 ans

Taux d'évolution : 0%

Rapport ♂/♀ : 1,39

La leucémie lymphoïde chronique est la première prolifération lymphoïde B par ordre de fréquence. Elle est plus fréquente chez l'homme et survient à un âge médian de 72 ans. L'évolution de son incidence est marquée par une grande stabilité au fil du temps dans les deux sexes.

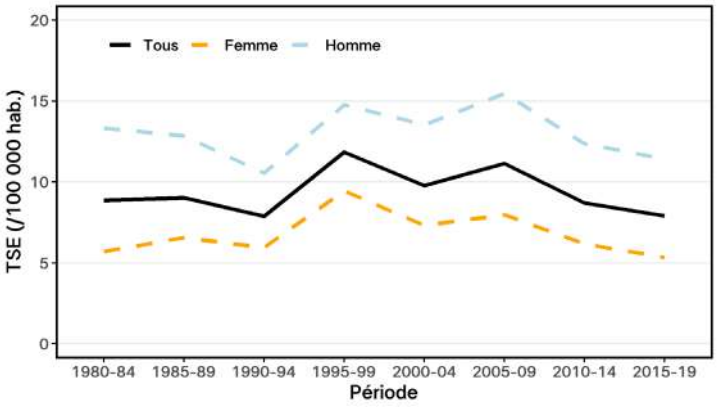


Figure : Incidence en Côte d'Or entre 1980 et 2019

La survie de ces prolifération 5, 10 et 20 ans après le diagnostic, est meilleure chez la femme que chez l'homme. 20 ans après le diagnostic, elle est de 63% chez les sujets de moins de 70 ans alors qu'elle est de 53% chez les sujets de plus de 70 ans au diagnostic. Elle s'est beaucoup améliorée régulièrement au cours du temps passant par exemple de 48% à 74%, 10 ans après le diagnostic.
La figure de droite montre que l'amélioration de la survie nette touche principalement les sujets âgés.

Survie nette	à 5 ans	à 10 ans	à 20 ans
Sexe			
Homme	81%	60%	N.E
Femme	86%	74%	N.E
Âge			
< 70 ans	93%	80%	63%
≥ 70 ans	75%	54%	53%
Période de diagnostic			
1980-89	79%	48%	32%
1990-99	83%	67%	69%
2000-09	85%	74%	-
2010-19	84%	-	-

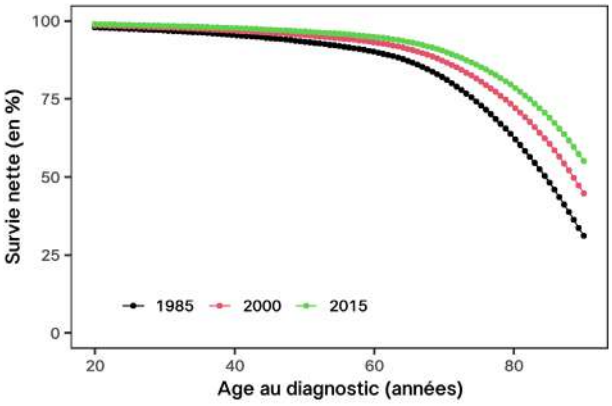


Figure : Evolution de la survie nette à 5 ans

Myélome Multiple

1 385 cas

Âge médian : 73 ans

Taux d'évolution : 1,6%

Rapport ♂/♀ : 1

Le myélome multiple est une prolifération lymphoïde B à la fin de la différenciation. Elle est un peu plus fréquente chez l'homme que chez la femme et survient à un âge médian de 73 ans. L'évolution de son incidence est marquée par une augmentation régulière équivalente dans les deux sexes.

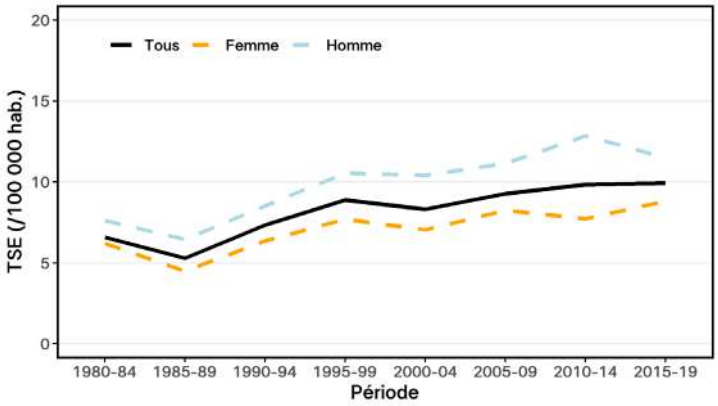


Figure : Incidence en Côte d'Or entre 1980 et 2019

La survie nette à 5, 10 et 20 ans après le diagnostic, est meilleure chez l'homme que chez la femme. 20 ans après le diagnostic, elle est de 21% chez les sujets de moins de 70 ans alors qu'elle est inférieure à 4% chez les sujets de plus de 70 ans au diagnostic. Elle s'est beaucoup améliorée régulièrement au cours du temps passant par exemple de 13% à 33%, 10 ans après le diagnostic. L'arrivée de nouveaux médicaments est source d'amélioration du pronostic qui à 5 ans est passé de 30% à 62%. La figure de droite montre que l'amélioration de la survie nette touche tous les âges.

Survie nette	à 5 ans	à 10 ans	à 20 ans
Sexe			
Homme	52%	32%	11%
Femme	48%	25%	8%
Âge			
< 70 ans	67%	45%	21%
≥ 70 ans	38%	16%	4%
Période de diagnostic			
1980-89	30%	13%	1%
1990-99	40%	17%	7%
2000-09	51%	33%	-
2010-19	62%	-	-

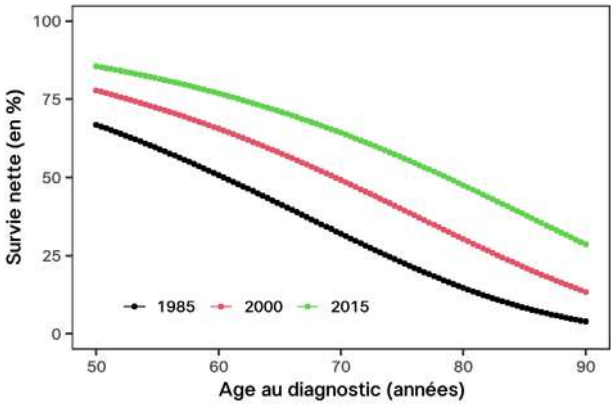


Figure : Evolution de la survie nette à 5 ans

Leucémies Aiguës Lymphoblastiques

277 cas

Âge médian : 15 ans

Taux d'évolution : 0%

Rapport ♂/♀ : 1,35

Les leucémies aiguës lymphoblastiques sont des prolifération de cellules lymphoïdes immatures qui surviennent principalement chez l'enfant. Elles sont de différents types en fonction de la lignée atteinte (B ou T) et du niveau de différenciation. Elles sont plus fréquentes chez l'homme et leur incidence reste stable au cours du temps dans les deux sexes.

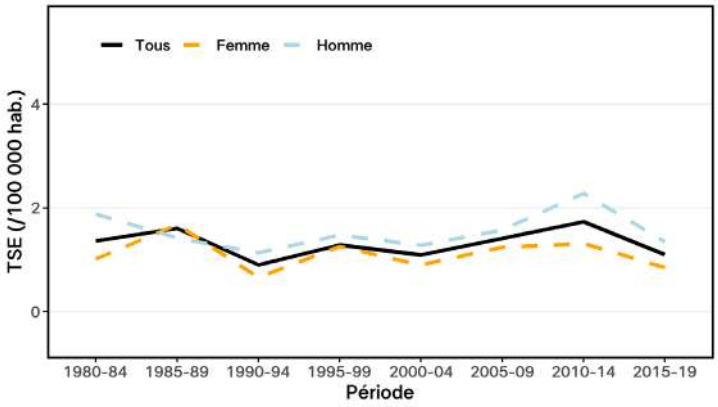


Figure : Incidence en Côte d'Or entre 1980 et 2019

La survie nette 5, 10 et 20 ans après le diagnostic, est équivalente chez la femme et chez l'homme.20 ans après le diagnostic, elle est de 75% chez les sujets de moins de 20 ans alors qu'elle est de 30 % chez les sujets de plus de 20 ans au diagnostic. Elle s'est améliorée régulièrement au cours du temps passant par exemple de 45% à 62%, 10 ans après le diagnostic. La figure de droite montre que l'amélioration de la survie nette touche tous les âges.

Survie nette	à 5 ans	à 10 ans	à 20 ans
Sexe			
Homme	60%	55%	52%
Femme	58%	55%	55%
Âge			
< 20 ans	79%	76%	75%
≥ 20 ans	40%	34%	30%
Période de diagnostic			
1980-89	52%	45%	43%
1990-99	52%	48%	48%
2000-09	64%	62%	-
2010-19	68%	-	-

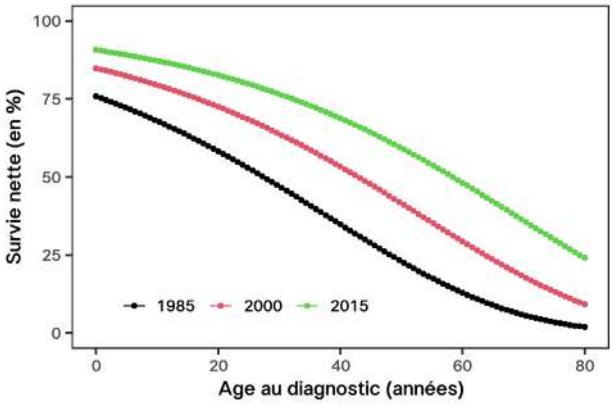


Figure : Evolution de la survie nette à 5 ans

Leucémies Aiguës Myéloïdes

898 cas

Âge médian : 71 ans

Taux d'évolution : 0,1%

Rapport ♂/♀ : 1,05

Les leucémies aiguës myéloïdes sont assez diverses selon la lignée touchée, le niveau de différenciation et les anomalies génétiques et moléculaires présentes dans la cellule atteinte. Elles surviennent plutôt chez les hommes, à un âge médian de 71 ans. L'incidence est globalement stable au cours du temps.

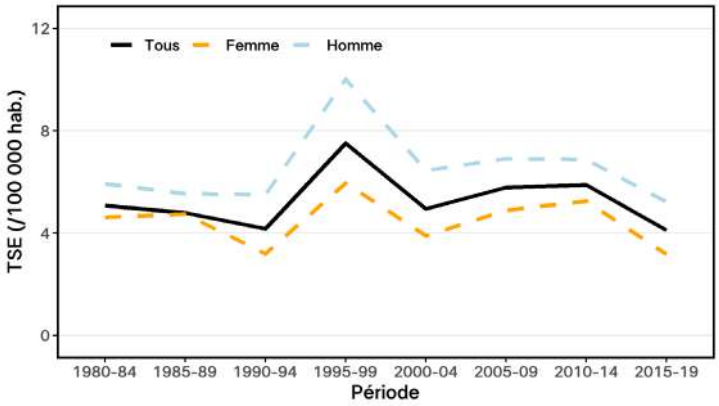


Figure : Incidence en Côte d'Or entre 1980 et 2019

La survie nette 5, 10 et 20 ans après le diagnostic, équivalente chez la femme et chez l'homme reste peu élevée. 20 ans après le diagnostic, elle est de 26% chez les sujets de moins de 70 ans alors qu'elle est inférieure à 1% chez les sujets de plus de 70 ans au diagnostic. Elle s'est améliorée modestement au cours du temps passant par exemple de 8% à 19%, 10 ans après le diagnostic. La figure de droite montre que l'amélioration de la survie nette touche essentiellement les sujets jeunes.

Survie nette	à 5 ans	à 10 ans	à 20 ans
Sexe			
Homme	21%	16%	12%
Femme	21%	16%	14%
Âge			
< 70 ans	37%	30%	26%
≥ 70 ans	6%	3%	1%
Période de diagnostic			
1980-89	12%	8%	6%
1990-99	24%	19%	17%
2000-09	20%	15%	-
2010-19	25%	-	-

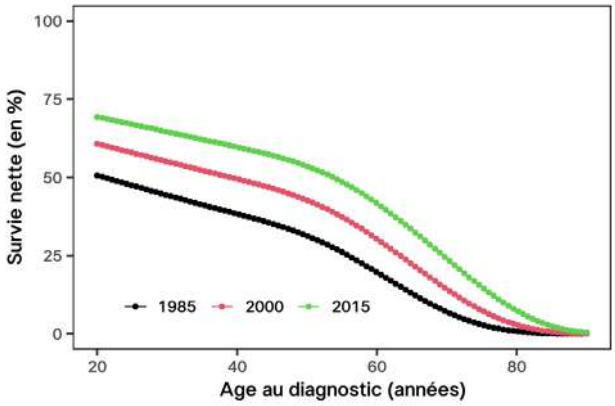


Figure : Evolution de la survie nette à 5 ans

Syndromes Myéloprolifératifs

1341 cas

Âge médian : 69 ans

Taux d'évolution : 1,9%

Rapport ♂/♀ : 1,04

Les syndromes myéloprolifératifs sont des prolifération chroniques touchant les lignées myéloïdes. Ils surviennent un peu plus souvent chez l'homme, à un âge médian de 69 ans. Leur incidence augmente régulièrement et a doublé depuis 1980.

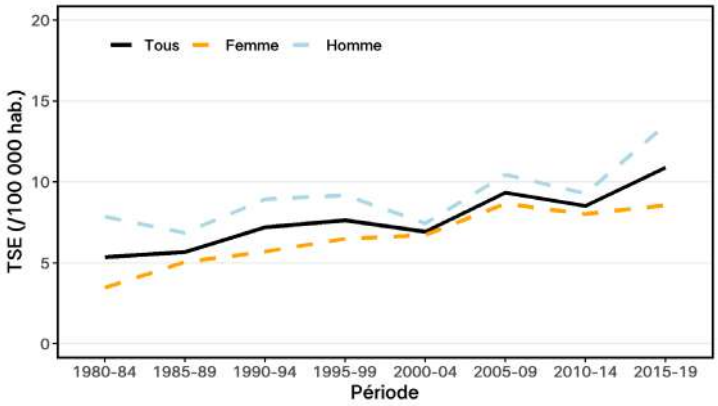


Figure : Incidence en Côte d'Or entre 1980 et 2019

La survie nette 5, 10 et 20 ans après le diagnostic, est meilleure chez la femme que chez l'homme. 20 ans après le diagnostic, elle est de 49% chez les sujets de moins de 70 ans alors qu'elle est de 13% chez les sujets de plus de 70 ans au diagnostic. Elle s'est beaucoup améliorée régulièrement au cours du temps passant par exemple de 46% à 74%, 10 ans après le diagnostic. La figure de droite montre que l'amélioration de la survie nette est plus marquée pour les sujets âgés.

Survie nette	à 5 ans	à 10 ans	à 20 ans
Sexe			
Homme	72%	55%	28%
Femme	88%	72%	40%
Âge			
< 70 ans	85%	73%	49%
≥ 70 ans	75%	54%	13%
Période de diagnostic			
1980-89	68%	46%	21%
1990-99	84%	57%	26%
2000-09	81%	74%	-
2010-19	81%	-	-

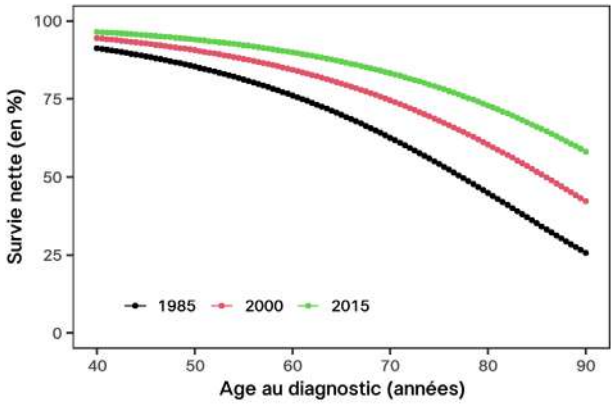


Figure : Evolution de la survie nette à 5 ans

Syndromes Myélodysplasiques

860 cas

Âge médian : 79 ans

Taux d'évolution : 2.6%

Rapport ♂/♀ : 1.36

Les syndromes myélodysplasiques sont des atteintes du fonctionnement des cellules myéloïdes, de différents sous type en fonction de leur stade évolutif. Elles surviennent beaucoup plus souvent chez l'homme et à un âge médian de 79 ans. On observe une augmentation régulière de l'incidence probablement en lien avec le vieillissement de la population.

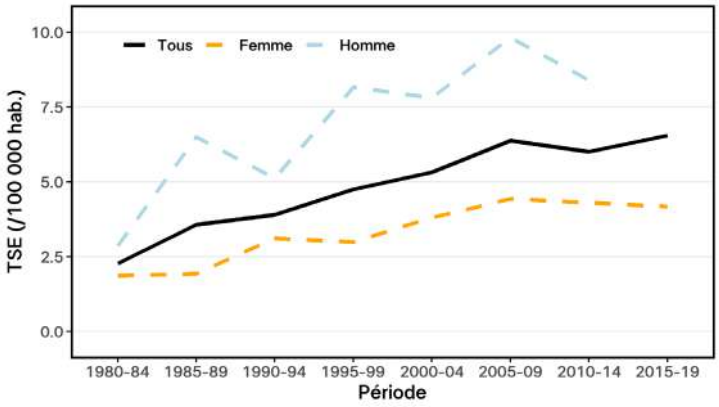


Figure : Incidence en Côte d'Or entre 1980 et 2019

La survie nette 5, 10 et 20 ans après le diagnostic, est meilleure chez la femme que chez l'homme. 20 ans après le diagnostic, elle est de 11% chez les sujets de moins de 75 ans alors qu'elle est inférieure à 1% chez les sujets de plus de 75 ans au diagnostic. Elle s'est peu améliorée jusqu'au début des années 2000 mais des progrès ont été accomplis depuis, permettant de passer de 18% à 28%, 10 ans après le diagnostic. La figure de droite montre que l'amélioration de la survie nette survenue dans la période la plus récente, touche tous les âges.

Survie nette	à 5 ans	à 10 ans	à 20 ans
Sexe			
Homme	34%	17%	4%
Femme	48%	23%	4%
Âge			
< 75 ans	43%	26%	11%
≥ 75 ans	38%	16%	0.3%
Période de diagnostic			
1980-89	41%	18%	2%
1990-99	38%	13%	6%
2000-09	46%	28%	-
2010-19	34%	-	-

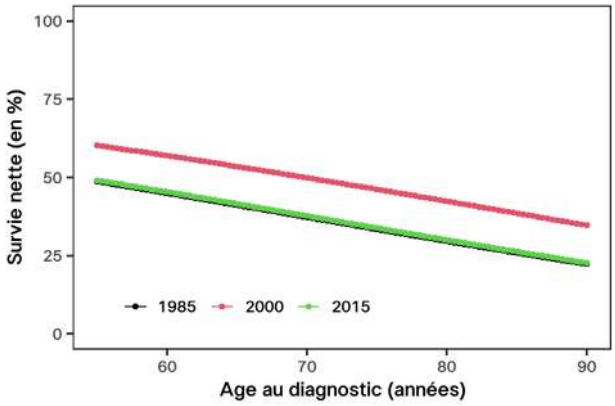


Figure : Evolution de la survie nette à 5 ans

REMERCIEMENTS ET CRÉDITS

Remerciements

• Les équipes cliniques, biologiques et anatomo-pathologiques du CHU de Dijon, du Centre Georges-François Leclerc et du Centre de pathologie (Cypath),
• Les médecins généralistes qui sont amenés à prendre en charge ces patients,
• Les laboratoires d'analyses médicales du département,
• Les équipes des PMSI des structures publiques et privées du département et des départements voisins,
• Les autres registres spécialisés de Côte d'Or, le registre des Cancer du Doubs,
• L'équipe Epi2THM du CTM (Center for Translational Medicine), INSERM 1231,
• L'Institut National du Cancer et Santé Publique France qui nous apportent leur soutien financier depuis toujours,
• L'Agence Régionale de Santé de Bourgogne-Franche-Comté, le Centre Hospitalier Universitaire de Dijon Bourgogne, l'Université de Bourgogne, Dijon Métropole et le Conseil Régional de Bourgogne-Franche-Comté qui nous soutiennent fidèlement depuis la création du Registre,
• Les patients qui ont accepté que leurs données soient collectées et analysées.

Document préparé par Adrien Guilloteau (médecin épidémiologiste), Loris Durand (infographiste) et Marc Maynadié (directeur du RHEMCO)

Registre des Hémopathies Malignes de Côte d'Or
RHEMCO depuis 1980

• Madame le Pr Paule-Marie Carli

Madame Carli a été chef de travaux à l'Université de Bourgogne et au CHU de Dijon Bourgogne puis nommée Professeur des universités- Praticien hospitalier en 1987. Elle a dirigé le Service d'Hématologie Biologique du CHU entre 1987 et 2005. Elle a créé le Registre des Hémopathies Malignes de Côte d'or en 1980 et l'a dirigé jusqu'en 2008. Ses qualités professionnelles et humaines en ont fait un leader reconnu par la discipline et nombreux sont ceux qui peuvent s'enorgueillir de son enseignement. Elle a été également très impliquée dans les travaux en épidémiologie à l'échelle européenne et internationale. Elle a été élevée au grade de chevalier dans l'ordre des Palmes Académiques et dans celui de la Légion d'Honneur. Ce document lui est dédié et témoigne de notre profond respect, de notre profonde gratitude et de notre affection.



L'ÉQUIPE DU RHEMCO

en 2024



Marc Maynadié (directeur du RHEMCO)
Loris Durand (stagiaire graphiste)
Kueshivi M. Atsou (médecin épidémiologiste)
Adrien Guilloteau (médecin épidémiologiste)
Stéphanie Girard-Boulanger (attachée de recherche clinique)
Sophie Gauthier (attachée de recherche clinique)
Mawugnon Annabelle L. Assevi (médecin, étudiante en master)
Stéphane Wassé (odontologiste, doctorant)

Registre des Hémopathies Malignes de Côte d'Or (RHEMCO)
UFR des Sciences de Santé
INSERM U1231 7 Boulevard Jeanne d'Arc
21078 DIJON Cedex
Mail : rhemco@chu-dijon.fr

© Conception graphique Loris Durand - Mai 2024

Scannez pour accéder au site du RHEMCO