

CANCÉROLOGIE EN RÉGION CENTRE

TUMEURS MALIGNES DE L'APPAREIL HÉPATOBIILIAIRE DONT CARCINOME HÉPATOCELLULAIRE

ACTIVITÉ PMSI 2006-2012

RÉALISATION

Unité Régionale d'Épidémiologie Hospitalière :

BARON Sabine, Médecin

LECUYER Anne Isabelle, Ingénieur

GABORIT Christophe, Ingénieur

GODILLON Lucile, Technicienne

Laboratoire de Santé Publique : Pr RUSCH Emmanuel

Conseil Scientifique

- ARS

Dr I. NICOULET (médecin référent « cancer »)

Dr C. GRAMMONT (médecin référent « transplantation »)

- Cliniciens

Pr E. SALAMÉ (Chirurgien digestif - CHRU de Tours)

Dr O. SAINT-MARC (Chirurgien digestif - CHR Orléans)

Dr JL. LEGOUT /B.DAUVOIS (Hépatogastro-entérologue - CHR Orléans)

Dr JM. PERARNAU (Hépatogastro-entérologue - CHRU Tours)

Dr Ph. BOISSERIE (Hépatogastro-entérologue CH Bourges)

Dr S. CHAPET (Radiothérapeute - CHRU Tours)

- Médecins DIM

Dr E. EYNARD (CHR Orléans)

Dr A. LE LOUARN (CHU Tours)

SOMMAIRE

CONTEXTE	4
MATÉRIEL ET MÉTHODES	5
1. Sélection des Séjours et des Patients	5
1.1 Appareil Hépatobiliaire « Foie et Voies Biliaires »	5
1.2. Définition et sélection des SÉJOURS « POUR »	6
1.3. Sélection des PATIENTS	8
2. Définition des indicateurs	9
2.1. Indicateurs de Prise en Charge	9
2.2. Indicateurs de Terrain	12
3. Plan d'Analyse	14
RÉSULTATS I : OFFRE DE SOINS	15
RÉSULTATS II : CARACTÉRISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DE LA COHORTE 2006-2012	18
RÉSULTATS III : ÉVOLUTION DE LA PRODUCTION EN RÉGION CENTRE 2006-2012	22
RÉSULTATS IV : CONSOMMATION ET TAUX DE RECOURS AUX SOINS HOSPITALIERS DES HABITANTS DE LA RÉGION CENTRE 2006-2012	29
RÉSULTATS V : AUTOSUFFISANCE, ATTRACTIVITÉ ET FUITES	34
RÉSULTATS VI : PRODUCTION ET FUITES PAR SÉQUENCE THÉRAPEUTIQUE	36
RÉSULTATS VII : MATRICE PRODUCTION/CONSOMMATION ET CARTOGRAPHIE	39
CONCLUSION	45

➤ **Épidémiologique global**

Les cancers hépatobiliaires sont les seconds cancers digestifs les plus fréquents, après les cancers colorectaux, et la troisième cause de décès par cancer chez l'homme en Région Centre (*1 rapport UREH cancers RC 2006-2010*). Le Carcinome Hépatocellulaire (CHC) représente 70 à 85% des cancers primitifs du Foie et il est devenu un cancer préoccupant au niveau mondial pour 4 raisons :

- son **incidence** : majeure en Asie du Sud-Est et en Afrique subsaharienne liée au virus de l'hépatite B (VHB), moins élevée en Europe mais en augmentation liée à la poussée depuis 1980 des cirrhoses post-hépatite C et plus récemment à l'émergence des maladies métaboliques chroniques (diabète, obésité, stéatopathie non alcoolique) (2)

- son **pronostic défavorable** : 1/4 des patients peuvent bénéficier d'un traitement curatif, la médiane de survie est de quelques mois à quelques années (10% de survie à 5 ans, en Europe pendant la décennie 2000 (3)), variable selon le stade de découverte et la possibilité de proposer un traitement curatif.

- son **traitement** : il fait appel à diverses stratégies thérapeutiques (4,5) curatives (hépatectomie, greffe hépatique, radiofréquence), palliatives parfois proposées en attente de la greffe (chimio-embolisation, radio-embolisation, radiothérapie stéréotaxique, chimiothérapie orale par Sorafénib) ou simplement symptomatiques (prise en charge de la décompensation cirrhotique) jusqu'aux soins de support palliatifs en fin d'évolution ; la chirurgie est le traitement de référence si le patient est opérable ; la meilleure stratégie dans le CHC est encore à définir par la recherche clinique ; la répartition des séquences thérapeutiques peut être décrite par le PMSI (6), sans oublier qu'une part des patients est suivie, sur un temps donné, en externe.

- son **étiologie et ses facteurs de risque** : survenant dans 90% sur hépatopathie chronique au stade de fibrose ou de cirrhose, d'étiologie en France principalement alcoolique ou virale C (80% des CHC à elles 2), suivies par l'infection par le VHB, l'hémochromatose homozygote et de façon progressivement croissante par les hépatopathies dysmétaboliques (6). Le dépistage échographique semestriel du CHC chez les patients cirrhotiques (5) permet un diagnostic précoce, complété si nodule suspect par TDM/IRM ; la ponction biopsie hépatique n'est pas systématique si les critères radiologiques et biologiques (alphafoetoprotéine) sont réunis.

➤ **Contexte local**

En 2011, le CHRU de Tours, fortement soutenu par l'ARS Centre, acquiert l'autorisation de transplantation hépatique. Les coopérations engagées avec les gros établissements de la région Centre et du Poitou-Charentes, CHR d'Orléans et CHU de Poitiers (qui réalise la radio et chimio-embolisation) permettent la création d'une Fédération Médicale Inter Hospitalo-Universitaire (FMIHU Tours/Poitiers) des maladies du foie, des voies biliaires et de transplantation hépatique. Cet accord garantit aux patients du Poitou-Charentes et de la région Centre le meilleur accès à la transplantation hépatique et le suivi pré et post transplantation, et à l'ensemble de la prise en charge des maladies du foie. En parallèle, un département Hospitalo-Universitaire (DHU) de prélèvements d'organes et de transplantation est créé. Le projet SUPORT « Survival oPtimization in ORgan Transplantation » (Poitiers/Tours/Limoges) vise à améliorer la survie de l'organe transplanté : préparation du donneur, l'amélioration de la conservation des greffons puis personnalisation du traitement immunosuppresseur post-transplantation. Une filière unique de soins/enseignement/recherche sur l'axe donneur/greffon/receveur est ainsi mise en place.

Au total, ce double **contexte épidémiologique (cancer émergent et grave) et local (développement de la transplantation hépatique au CHRU de Tours, forte et récente synergie régionale et inter-régionale pour une prise en charge locale et optimisée)** justifie une étude de suivi de l'activité hospitalière liée aux cancers de l'appareil hépatobiliaire et plus précisément aux CHC de 2006 à 2013. Dans un premier temps ce travail sera mené en région Centre, puis si souhaité par les 2 ARS, étendu à la région Poitou-Charentes.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'étude s'appuiera sur les bases de données existantes et disponibles :

- **Bases de Données :**
- PMSI MCO : comprenant toute hospitalisation en Médecine/Chirurgie/Obstétrique des patients domiciliés en région Centre et/ou pris en charge en région Centre, 2006-2013. La base est disponible en routine à l'UREH.
Base PMSI Poitou-Charentes 2009-2013, si disponible, sera utilisée dans un 2^{ème} temps.
- Base de l'Assurance Maladie 2 (SNIIRAM Région Centre) 2011-2013 pour permettre de lier, via le numéro anonyme patient, les hospitalisations MCO aux consultations externes, et aux données de remboursement des patients sous Nexavar (Sorafénib), chimiothérapie administrée per os et dispensée en pharmacie de ville.

NEXAVAR : Une première analyse réalisée à l'ARS (Mr J.BROCCA), sur 1 année (du 01/07/2012 au 30/06/2013) a montré que **127 bénéficiaires de la région Centre ont demandé un remboursement du Nexavar** dans 2 indications : hépatocarcinomes et cancers du rein, pour une **facturation Assurance Maladie d'1,9 millions d'euros**. A ce jour, l'UREH ne peut lier ces données aux données d'hospitalisation, mais un premier contact a été pris avec la CNAM pour réfléchir à l'utilisation de ces données du SNIIRAM.

- CépiDC 2006-2011 : analyse des certificats de décès liés aux cancers de l'appareil hépatobiliaire et/ou au CHC via le serveur informatique du CépiDC.

1. SÉLECTION DES SÉJOURS ET DES PATIENTS

1.1 APPAREIL HÉPATOBIILAIRE « FOIE ET VOIES BILIAIRES »

La sélection des séjours et des patients sera réalisée selon les algorithmes développés par l'UREH (1) à partir des codes diagnostiques CIM 10 des Tumeurs « Foie et Voies biliaires », issus du référentiel DAC, et retrouvés dans les résumés de séjours du PMSI MCO.

La liste des codes de l'Appareil Hépatobiliaire comprend les Tumeurs Malignes (TM), In Situ (TIS) ou à Évolution Imprévisible (TEI) du foie et des voies biliaires :

C22 Tumeur maligne du foie et des voies biliaires intrahépatiques

- C220 Carcinome hépatocellulaire
- C221 Carcinome du canal biliaire intrahépatique (*Cholangiocarcinome*)
- C222 Hépatoblastome
- C223 Angiosarcome du foie (*Comprend: Sarcome des cellules de Kupffer*)
- C224 Autres sarcomes du foie
- C227 Autres carcinomes du foie précisés
- C229 Tumeur maligne du foie, sans précision

C23 Tumeur maligne de la vésicule biliaire

C24 Tumeurs malignes des voies biliaires, autres et non précisées

- C240** Tumeur maligne du canal biliaire extra-hépatique (*comprend Canal biliaire SAI, Cholédoque, Cystique, Hépatique*)
C241 Tumeur maligne de l'ampoule de Vater
C248 Tumeur maligne à localisations contiguës des voies biliaires (*Tumeur maligne affectant à la fois les canaux biliaires intra- et extra-hépatiques ou dont le point de départ ne peut être classé à aucune des catégories C22.-, C23, C24.0, C24.1*)
C249 Tumeur maligne des voies biliaires, sans précision

D01.5 Carcinome in situ du foie, de la vésicule et des voies biliaires

D37.6 Tumeur à évolution imprévisible ou inconnue du foie, de la vésicule et des voies biliaires

1.2. DÉFINITION ET SÉLECTION DES SÉJOURS « POUR »

Tous les séjours comportant l'un des codes diagnostiques mentionnés ci-dessus, quelque soit leur position (Principal (DP), Relié (DR) ou Associé(DAS)) ont été retenus sur la période d'étude 2006-2012.

☞ Un codage topographique du cancer souvent imprécis

- Une première analyse du codage a montré les difficultés d'une sélection précise : pour 1/4 des patients, plusieurs codes de l'appareil hépatobiliaire sont présents dans un même séjour, ou au cours de leurs séjours successifs.

- Les séjours étant souvent multi-unités (médecine, chirurgie, réa, soins continus...), notamment les séjours de greffe, le diagnostic principal de séjour retenu par l'algorithme de groupage est parfois celui d'une pathologie causale (exemple cirrhose alcoolique), d'une complication, voir de façon plus inattendue le code Z944 de « porteur de greffe hépatique » (codage erroné).

Au niveau national, la qualité insuffisante du codage topographique des cancers est connue, et la difficulté d'utilisation des Bases Médico-Administratives (BMA) pour la surveillance de certains cancers et notamment pour le cancer hépatobiliaire a été récemment soulevée...

Étape 1 : Un indicateur séjour de « diagnostic cancer hépatobiliaire retenu » et la présence du code diagnostique « C220 Carcinome Hépatocellulaire » ont été définis pour chaque séjour selon les règles suivantes :

Règles de priorisation des diagnostics

DP/DR	DAS	Diagnostic hépatobiliaire retenu
"C220"	∇	C220
C229	"C220"	C220
C229	∇	C229
DP _{Khép} / DR _{Khép}	∇	K _{hép}
∇	DAS _{Khép}	K _{hép}
∇	"C220"+DAS _{Khép}	C220

"C220" : indicateur binaire de présence du code diagnostique C220 dans le séjour

K_{hép} Diagnostic de cancers hépato-biliaires sélectionnés

∇ Aucun ou tous diagnostics autres que les cancers hépato-biliaires sélectionnés

Au sein d'un même séjour, si plusieurs diagnostics de l'appareil hépatobiliaire sont retrouvés, le code « diagnostic hépatobiliaire retenu » sera prioritairement le DP sur le DR, lui-même sur le DAS.

En l'absence de « diagnostic hépatobiliaire retenu » en DP/DR, si plusieurs diagnostics de l'appareil hépatobiliaire sont retrouvés en DAS alors l'indicateur de présence d'un code C220 en DAS sera prioritaire.

Enfin, pour les quelques séjours dont le « diagnostic hépatobiliaire retenu » en DP/DR était le code imprécis « C229 Tumeur Maligne du foie, sans précision » et dont l'indicateur de présence du code C220 était mentionné en DAS, le « diagnostic hépatobiliaire retenu » initialement en C229 a été remplacé par le code diagnostique C220.

Étape 2 : la définition des séjours « POUR » cancer hépatobiliaire, « POUR » Carcinome Hépatocellulaire » s'appuie sur le diagnostic hépatobiliaire retenu, mais aussi sur les autres codes diagnostics (terrain, thérapeutiques...) et la nature des actes réalisés au cours du séjour.

1.2.1. Séjours « POUR » Cancer de l'Appareil Hépatobiliaire

Un séjour est défini « POUR » Appareil Hépatobiliaire selon les règles suivantes :

- « Diagnostic hépatobiliaire retenu » en **Diagnostic Principal ou Relié** (DP_{Khép} ou DR_{Khép})

- « Diagnostic hépatobiliaire retenu » en **Diagnostic Associé** (DAS_{Khép}) **ET**

- **DP en Z spécifique d'une prise en charge hospitalière du cancer** : Z510-Radiothérapie, Z511-Chimiothérapie, Z513-Transfusion, Z515-Soins palliatifs, Z452-Pose de PAC, Z08-Examen de contrôle après traitement d'une tumeur maligne

OU

- **DP de complications liées au cancer** : métastases (C77 à C79), Aplasie médicamenteuse (D611)

OU

- **DAS en Z spécifique limité à Z510-Radiothérapie, Z511-Chimiothérapie ou Z515-Soins palliatifs.**

1.2.2. Séjours « POUR » Carcinome Hépatocellulaire (CHC)

Un séjour est défini « POUR » Carcinome Hépatocellulaire lorsque le « Diagnostic hépatobiliaire retenu » est le code C220 et répond, selon les diverses modalités thérapeutiques ou de terrain codées par les cliniciens, aux règles suivantes :

- **C220 quelle que soit sa position (DP, DR, DAS) ET présence d'au moins un acte marqueur** spécifique de sa prise en charge hospitalière : transplantation hépatique, hépatectomie et résection hépatique, biopsie hépatique, destruction par radiofréquence, chimio-embolisation, radio-embolisation, radiothérapie stéréotaxique (cf. ci-après listes des actes) mais aussi radiothérapie conventionnelle ou transfusion.

- **C220 en Diagnostic Principal ou Relié** (DP_{Khép} ou DR_{Khép})

- **C220 en Diagnostic Associé** (DAS_{Khép}) **ET**

- **DP en Z spécifique d'une prise en charge hospitalière du cancer** : Z510-Radiothérapie, Z511-Chimiothérapie, Z513-Transfusion, Z515-Soins palliatifs, Z452-Pose de PAC, Z08-Examen de contrôle après traitement d'une tumeur maligne

OU

- **DP de complications liées au cancer** : métastases (C77 à C79), Aplasie médicamenteuse (D611)

OU

- **DP de code d'hépatopathie et/ou complications de celle-ci** (cf. ci-après listes des hépatopathies sous-jacentes comprenant leurs complications : Ascite, Hypertension portale, Insuffisance hépatique et Thrombose veine porte)

OU

- **DAS en Z spécifique** limité à Z510-Radiothérapie, Z511-Chimiothérapie ou Z515-Soins palliatifs.

1.3. SÉLECTION DES PATIENTS

Après chaînage au patient des séjours sélectionnés « POUR » Appareil Hépatobiliaire ou « POUR » Carcinome Hépatocellulaire », on sélectionne et classe le patient comme atteint d'une Tumeur Hépatobiliaire ou plus spécifiquement du CHC s'il a été hospitalisé au moins une fois « POUR » dans l'année. La lecture de l'ensemble de ses séjours « POUR » au cours de l'année N, permettra de profiler son parcours au vu des différentes séquences thérapeutiques.

1.3.1. Indicateur « PATIENTS »

Deux indicateurs Patients sont créés selon la nature de l'analyse. Un patient sera comptabilisé :

- en tant que « Patients distincts » sur la période d'étude 2006-2012 pour l'analyse épidémiologique afin de se limiter au suivi de la cohorte entière et pour en donner leurs principales caractéristiques (sexe, âge, domicile, métastases, décès, terrain, étiologie)

- en tant que « Patients annuels » pour l'analyse d'activité afin d'appréhender au mieux le suivi pluriannuel du sujet et l'évolution des diverses stratégies thérapeutiques mises en œuvre pour traiter le malade. **Attention, compte tenu des problèmes de codage et des possibles associations (exemple Hépatocarcinome associé à un cholangiocarcinome), un même patient peut être comptabilisé autant de fois que de localisation distincte codée.**

☞ De même qu'au niveau du séjour, on essaiera de requalifier « à posteriori » au vu de l'ensemble du codage, ou avec l'aide des cliniciens les patients étiquetés C220 (au moins 1 séjour « POUR ») qui ont aussi des séjours avec C221 en DP dans leur parcours (dénommés « Patients avec codage mixte dans la figure 1 : erreur de codage ou réelle association ?). Les patients avec association de C220 et C229 seront eux systématiquement rattachés au C220 (*figure 1*)

Conseils de codage :

- tant que le patient n'est pas étiqueté (avant imagerie, ou biopsie, ou chirurgie), utiliser le code C229
- puis, dès lors qu'il est étiqueté, utiliser le code précis, dans la bonne localisation, et ce tout au long de sa prise en charge

1.3.2. Indicateur « NOUVEAU PATIENT »

La définition de « Nouveau patient » se décline annuellement pour tout patient n'ayant eu **aucun séjour « POUR » Carcinome Hépatocellulaire dans les 3 ans précédant** sa première hospitalisation « POUR » CHC de l'année en cours. Cet indicateur se limitera donc aux patients vus et suivis à partir de 2009.

2. DÉFINITION DES INDICATEURS

2.1. INDICATEURS DE PRISE EN CHARGE

2.1.1 Typologie de la prise en charge hospitalière

➤ Séance/Hospitalisation ambulatoire/Hospitalisation complète

L'activité ambulatoire (Ambu) est caractérisée par les séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie. L'hospitalisation complète (HC) est caractérisée par les séjours comportant au moins une nuit (date de sortie > date d'entrée). Les séances correspondent aux traitements itératifs de chimiothérapie intraveineuse, radiothérapie (non repérées pour le secteur privé), transfusion réalisés sur le secteur ambulatoire dit « hôpital de jour ».

➤ Séjours Chirurgicaux/Médicaux en HC

Tout séjour de plus d'une nuit (HC) mentionnant un acte de greffe hépatique et/ou de résection ou orienté vers un GHM Chirurgical (3^{ème} caractère du GHM en « C ») sera étiqueté « Séjour Chirurgical » versus «Séjour Médical».

➤ Séjours avec réanimation/soins intensifs

Elles sont individualisées par la présence des forfaits journaliers correspondants.

2.1.2. Séquences de soin

➤ Séjours Index

Le CHC ne nécessitant pas une confirmation histologique dans tous les cas, l'imagerie pouvant être suffisante pour confirmer le diagnostic, on définit un séjour index par :

- 1^{er} séjour étiqueté CHC terminé dans l'année, sans aucun code CHC dans les 3 années précédentes
- et/ou séjour CHC avec un code CCAM de biopsie hépatique : à noter la pose de fiduciels avant radiothérapie stéréotaxique se fait également au cours d'une biopsie.

HLHJ006 « Biopsie du foie sur une cible, par voie transcutanée avec guidage »

HLHH006 « Biopsie du foie sur une cible, par voie transcutanée avec guidage scanographique »

HLHJ005 « Biopsie du foie sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage échographique »

HLHH007 « Biopsie du foie sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage scanographique »

HLHH001 « Biopsie du foie par voie jugulaire avec guidage échographique et/ou radiologique, sans prise de pression intraveineuse »

HLHH005 « Biopsie du foie par voie jugulaire avec guidage échographique et/ou radiologique, avec prise de pression intraveineuse »

➤ **« Transplantation Hépatique » (Traitement Curatif)**

HLEA001 « Transplantation de foie total »
HLEA002 « Transplantation de foie réduit »

➤ **« Hépatectomie et Résection Hépatique » (Traitement Curatif)**

HLFC003 « Résection atypique du foie, par cœlioscopie »
HLFA019 « Résection atypique du foie, par laparotomie »
HLFC004 « Unisegmentectomie hépatique, par cœlioscopie »
HLFA020 « Unisegmentectomie hépatique, par laparotomie »
HLFA003 « Résection du lobe caudé [de Spigel] [segment I] du foie, par laparotomie »
HLFC027 « Bisegmentectomie hépatique, par cœlioscopie »
HLFA009 « Bisegmentectomie hépatique, par laparotomie »
HLFC032 « Trisegmentectomie hépatique, par cœlioscopie »
HLFA006 « Trisegmentectomie hépatique, par laparotomie »
HLFC002 « Lobectomie hépatique gauche, par cœlioscopie »
HLFA011 « Lobectomie hépatique gauche, par laparotomie »
HLFC037 « Hépatectomie gauche, par cœlioscopie »
HLFA018 « Hépatectomie gauche, par laparotomie »
HLFA007 « Hépatectomie gauche élargie au lobe caudé [de Spigel] [segment I], par laparotomie »
HLFA017 « Hépatectomie droite, par laparotomie »
HLFA004 « Hépatectomie droite élargie au lobe caudé [de Spigel] [segment I], par laparotomie »
HLFA005 « Lobectomie hépatique droite [Hépatectomie droite élargie au segment IV], par laparotomie »
HLFA010 « Hépatectomie centrale, par laparotomie »

* A noter, l'hépatectomie droite sous cœlioscopie n'a pas d'acte spécifique. Elle sera repérée par la présence de l'association du hépatectomie droite par laparotomie + cœlioscopie exploratrice (ZCQC002)

➤ **Destruction par radiofréquence (Traitement Curatif)**

HLNM001 « Destruction de tumeur hépatique par radiofréquence, par voie transcutanée avec guidage échographique »
HLNK001 « Destruction de tumeur hépatique par radiofréquence, par voie transcutanée avec guidage scanographique »
HLNN900 « Destruction de tumeur hépatique par radiofréquence, par voie transcutanée avec guidage remnographique [IRM] »
HLNC003 « Destruction de tumeur hépatique avec courant de radiofréquence, par cœlioscopie »
HLNA007 « Destruction de tumeur hépatique avec courant de radiofréquence, par laparotomie »

➤ **Chimio-Embolisation (Traitement Palliatif)**

Chimiothérapie anticancéreuse intraartérielle hépatique dénombrées par les actes CCAM suivants :

EDLF014 « Injection intraartérielle hépatique in situ sélective ou hypersélective d'agent pharmacologique anticancéreux non radio-isotopique sans embolisation de particules, par voie artérielle transcutanée »
EDLF017 « Injection intraartérielle hépatique in situ sélective ou hypersélective d'agent pharmacologique anticancéreux non radio-isotopique avec embolisation de particules, par voie artérielle transcutanée »
EDLF015 « Injection intraartérielle hépatique in situ suprasélective d'agent pharmacologique anticancéreux non radio-isotopique sans embolisation de particules, par voie artérielle transcutanée »
EDLF016 « Injection intraartérielle hépatique in situ suprasélective d'agent pharmacologique anticancéreux non radio-isotopique avec embolisation de particules, par voie artérielle transcutanée »

➤ **Radio-Embolisation (Traitement Palliatif)**

EDLL002 « Injection intraartérielle hépatique in situ d'agent pharmacologique radio-isotopique sans embolisation de particules, par voie artérielle transcutanée »
EDLL001 « Injection intraartérielle hépatique in situ d'agent pharmacologique radio-isotopique avec embolisation de particules, par voie artérielle transcutanée »

➤ **Radiothérapie stéréotaxique par Cyberknife (Traitement Palliatif) (non « homologué » curatif)**

Lorsque les possibilités d'exérèse sont limitées par l'état du parenchyme non tumoral, le volume tumoral, les comorbidités..., on peut tenter une irradiation de la masse tumorale par cyberknife qui peut permettre un contrôle local de la tumeur et une survie à 1 an de l'ordre de 50 à 80% et à 2 ans de 40 à 60% (*La lettre du cancérologue Octobre 2013*).

Actes du Chapitre CCAM 17.04.02.03 : Irradiation externe en conditions stéréotaxiques + actes de préparation ZZMP016, ZZMP013. Les séjours de préparation et d'irradiations seront comptés indistinctement.

➤ **Autres Radiothérapies conventionnelles en cours d'hospitalisation (Traitement Palliatif)**

Toutes les radiothérapies en cours d'hospitalisation sont relevées, l'activité réalisée en ambulatoire (séances) sera également relevée même si absente des données du secteur privé (pour ne pas manquer les séances de cyberknife). Elles sont dénombrées par la présence :

- d'un des actes CCAM des chapitres 17.04 « Radiothérapie externe » ou 19.01.10 « Radiothérapie » ET/OU
- du code diagnostique « Z5100 Préparation » ou « Z5101 Irradiation »

➤ **Chimiothérapies conventionnelles en Séances/Autres (Traitement Palliatif)**

On distinguera les chimiothérapies en séances (séjour ambulatoire (<1 nuit) présentant un code diagnostique « Z511 Chimiothérapie pour tumeur ») de celles réalisées en cours d'hospitalisation (tout séjour d'au moins une nuit avec un code Z511 quelle que soit sa position).

Les Chimiothérapies orales par Molécule onéreuse (Nexavar®) principalement réalisées en ambulatoire ne peuvent pas être repérées par le PMSI mais possibles si accès à la base SNIIRAM.

➤ **Transfusion (Traitement Palliatif)**

Les transfusions en cours d'hospitalisation sont dénombrées prioritairement par la présence :

- d'un des actes CCAM suivants :

FELF004 « Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume supérieur à une demimasse sanguine chez l'adulte ou à 40 millilitres par kilogramme [ml/kg] chez le nouveau-né en moins de 24 heures »

FELF011 « Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume inférieur à une demimasse sanguine »

ET/OU

- du code diagnostique Z513 « Transfusion » quelque soit sa position

➤ **Suivi thérapeutique (Examen/Bilan)**

Ils sont dénombrés par le code Z08 « Examen de contrôle après traitement d'une tumeur maligne » en Diagnostic Principal (DP).

➤ **Soins de support palliatifs**

Ils sont dénombrés par un code diagnostique Z515 « Soins palliatifs » quelque soit sa position au cours du séjour ; le Z515 repère les soins palliatifs (= ensemble soins de supports réalisés par divers intervenants) et non les situations palliatives.

2.1.3. Priorisation de séquences de soins concomitantes

Au sein d'un même séjour, plusieurs actes et/ou diagnostics marqueurs d'une séquence de soin ou de séquences distinctes peuvent être codés. Ces combinaisons de séquences thérapeutiques au sein du même séjour feront l'objet d'une priorisation pour la définition d'une ou de plusieurs séquences de soin selon les situations rencontrées :

Séquences Associées « Radiothérapie Stéréotaxique/Conventionnelle »

En cas d'association (exceptionnelle) au cours du même séjour, la radiothérapie stéréotaxique est prioritaire sur la radiothérapie conventionnelle.

Séquences Associées « Chimio-embolisation/Chimiothérapie Conventionnelle »

L'association du Z511-Chimiothérapie en diagnostic avec un des actes de chimio-embolisation est fréquente et orientée vers la Chimio-embolisation.

Séquences Associées « Greffe/Résection Hépatique »

En cas de séjour comportant à la fois un acte de greffe et de résection hépatique (1 seul cas sur la période) une séquence de soin spécifique à chacun des gestes chirurgicaux est comptabilisée.

2.2. INDICATEURS DE TERRAIN

2.2.1 Co-Morbidités

➤ *Hépatopathie sous-jacente*

Les hépatopathies sont individualisées par la présence des codes CIM 10 des chapitres suivants :

- Hépatite virale chronique (B18), Hépatite virale sans précision (B19), Sujet porteur d'hépatite virale (Z225), Maladie alcoolique du foie (K70), Maladie toxique du foie (K71), Insuffisance hépatique non classée ailleurs (K72), Hépatite chronique non classée ailleurs (K73), Fibrose et cirrhose du foie (K74), Hépatite réactive non spécifique (K752), Hépatite granulomateuse non classée ailleurs (K753), Hépatite auto-immune (K754), Autres maladies inflammatoires précisées du foie (K758), Maladie inflammatoire du foie sans précision (K759), Dégénérescence graisseuse du foie non classée ailleurs (NASH) (K760), Hémochromatose (E831)

OU

- codes signalant une **complication-décompensation d'une hépatopathie** :

Ascite (R18), Thrombose de la veine porte (I81), Varices oesophagiennes (I85), Hypertension portale (K766), Syndrome hépatorénal (K767)

➤ *Étiologie de l'hépatopathie*

En présence d'une hépatopathie associée, une étiologie sera retenue :

- « **Alcoolique** » : [K70_] Maladie alcoolique du foie

De plus, la présence d'une consommation excessive d'alcool ou de dépendance alcoolique (F10) et les principales pathologies liées à l'alcool G312-Encéphalopathie A, G621-Polynévrite alcoolique, K292-Gastrite alcoolique, K852-Pancréatite aiguë alcoolique, K860-Pancréatite chronique alcoolique, Z702-Sevrage alcoolique, Z714-conseil pour alcoolisme) lorsque présentes et associée à une hépatopathie non étiquetée orientent vers une étiologie « alcoolique ».

- « **Infectieuse** » :

-lié au virus de l'hépatite B : Hépatite virale chronique B avec agent delta (B180), Hépatite virale chronique B sans agent delta (B181), Sujet porteur d'hépatite virale (Z225)

-lié au virus de l'hépatite C : Hépatite virale chronique C (B182)

- co-infection avec le VIH : codes précédents + Infection asymptomatique due au virus de l'immunodéficience humaine (Z21) OU Immunodéficience humaine virale [VIH] à l'origine de maladies infectieuses et parasitaires (B20) à Immunodéficience humaine virale [VIH] sans précision (B24)
- autres virales non précisées : Autres hépatites virales chroniques (B188), Hépatite virale chronique sans précision (B189), Hépatite virale sans précision avec coma (B190), Hépatite virale sans précision (sans coma) (B199)

-« **Métabolique** » :

A défaut d'un codage spécifique en PMSI, les syndromes métaboliques sont repérés par la présence :

- d'une obésité avec $IMC \geq 30$ (E66_0 : $30 \leq IMC < 40$, E66_1 : $40 \leq IMC < 50$, E66_2 : $IMC \geq 50$)
- OU d'un diabète de type 2 (E11)
- OU plus rarement codés Dégénérescence graisseuse du foie non classée ailleurs (NAFLD) (K760),
- OU Stéatopathie non alcoolique (NASH) (K758).

-« **Génétique** » : E831 -Hémochromatose

- « **Autre** » : tous les codes suivants seront regroupés

- « **Toxique** » : [K71_]
- « **Autre Hépatite** » : Hépatite réactive non spécifique (K752), Hépatite granulomateuse non classée ailleurs (K753), Hépatite auto-immune (K754), Autres maladies inflammatoires précisées du foie (K758), Maladie inflammatoire du foie sans précision (K759)
- « **Autre insuffisance Hépatique** » : [K72_] Insuffisance hépatique non classée ailleurs
- « **Cirrhose non alcoolique** » : [K74_] Fibrose et cirrhose du foie

➤ **Classement et priorisation des étiologies multiples**

Là aussi, les nombreux séjours et leurs codages successifs créent plusieurs codes d'étiologies, obligeant à une hiérarchisation et prise compte des étiologies mixtes.

Etiologie Retenue		Codage
Alcool (isolé)	1	Mie Alcoolique du Foie OU dépendance Alcool OU Autres pathologies neurologiques ou digestives liées à l'alcool
Infectieuse (isolé)	2	Hépatites B, C, virales sans précision
Génétique	3	Hémochromatose primitive
Métabolique (isolé)	4	Diabète 2 OU Obésité OU NASH OU NAFLD
Alcool + Infectieuse	mixte	1 + 2
Alcool + Métabolique	mixte	1 + 3 ou 4 (vraisemblable hématochromatose de surcharge)
Infectieuse + Métabolique	mixte	2 + 3 ou 4
Alcool +Infectieuse + Métabolique	mixte	1 + 2 + 3 ou 4
Autre		Toxique, Autre cirrhose ou hépatite chronique non étiquetée par le codage
Complication / Décompensation cirrhose non étiquetée		Ascite, Hypertension portale, Syndrome hépatorénale, Varices oesophagiennes, Thrombose portale
Aucun terrain codé		—

2.2.2 Métastases

Le caractère métastaté du cancer est défini par la présence, quelque soit sa position, d'un code diagnostique de Tumeur Maligne Secondaire (C77 "TM des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée", C78 "TMS des organes respiratoires et digestifs" et C79 "TMS d'autres sièges" SNC, Os, ...) dans le séjour.

2.2.3 Décès hospitalier

Seuls les décès en établissements sont repérables. Les décès survenus en dehors d'une structure hospitalière ne peuvent être comptabilisés (domicile, maison de retraite, long séjour, ...). Le mode de sortie permet de connaître le décès, mais sans savoir si le décès est lié au cancer.

Une analyse indépendante faite sur les certificats de Décès (données CepiDc) permettra de connaître l'ensemble des décès lié au CHC.

3. PLAN D'ANALYSE

I) Analyse des cancers de l'appareil hépatobiliaire

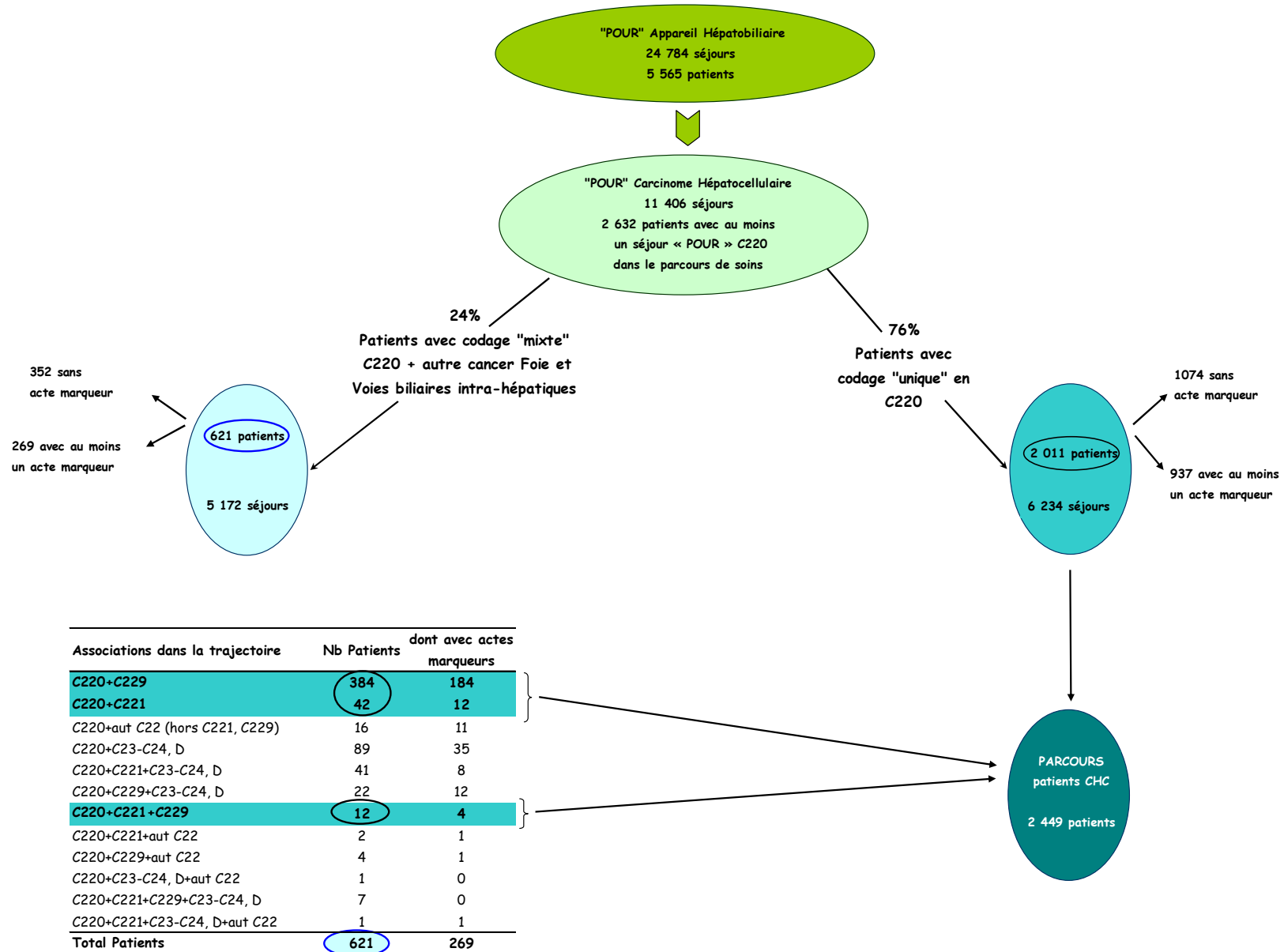
- Analyse descriptive épidémiologique des patients domiciliés en région Centre et atteints de Cancers de l'appareil hépatobiliaire (âge, sexe, hépatopathie sous-jacente et sa cause, complications) et de leur Consommation annuelle de séjours hospitaliers (taux de recours)
- Production annuelle des établissements : activité en séjours pour Cancers de l'appareil hépatobiliaire
- Flux hospitaliers intra et extra-régionaux et cartographie

II) Zoom sur le Parcours des patients atteints de CHC 2011/2012/2013 : la prise en charge thérapeutique du CHC est complexe associant souvent plusieurs séquences thérapeutiques. Si la transplantation, traitement optimal, est possible, la pénurie d'organe impose parfois au patient un long délai d'attente de greffe (jusqu'à 2 ans) au cours duquel le patient est suivi en externe, au cours duquel le Nexavar peut être indiqué et acheté en ville.

L'étude du parcours nécessite un repérage du séjour Index (en 2011) puis le suivi chronologique des différentes phases de la prise en charge hospitalière pendant 2 ans (2011-2013) pour un patient donné. Les principales typologies des parcours de soins seront décrites. Si accessibles, l'analyse des données SNIIRAM en coopération avec l'ARS permettra la description du parcours complet avec les soins externes et la consommation de Nexavar.

RÉSULTATS I : OFFRE DE SOINS

FIGURE 1 : Sélection des Séjours « POUR » cancers de l'Appareil hépatobiliaire - Période 2006-2012
Patients domiciliés et/ou traités en Région Centre



Séjours « POUR » Cancer Appareil Hépatobiliaire - Tout patient, domicilié et/ou traité en Région Centre, 2006-2012

Diagnostic Hépatobiliaire retenu	2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	Séjours	Patients	Séjours	Patients	Séjours	Patients	Séjours	Patients	Séjours	Patients	Séjours	Patients	Séjours	Patients
C220 Carcinome hépatocellulaire	1 236	450	1 063	449	928	418	1 084	467	1 455	567	1 477	630	1 490	634
C221 Carcinome du canal biliaire intrahépatique	459	108	435	100	588	117	548	124	443	114	611	122	839	145
C222 Hépatoblastome			2	2	39	2	18	2	15	3	7	3	3	2
C223 Angiosarcome du foie	1	1			4	4	2	2	1	1	7	3	3	3
C224 Autres sarcomes du foie	1	1	3	2	9	4	13	3	2	2	6	6	4	1
C227 Autres carcinomes du foie précisés	13	7	33	14	7	6	32	5	26	11	30	13	32	15
C229 TM du foie, sans précision	561	234	425	228	461	206	425	193	345	172	441	193	375	183
C23 TM de la vésicule biliaire	305	55	257	63	397	73	306	86	214	50	243	53	317	55
C240 TM du canal biliaire extra-hépatique	245	78	258	84	177	72	177	78	177	49	188	54	91	53
C241 TM de l'ampoule de Vater	188	55	259	48	303	72	242	64	253	67	287	79	239	69
C248 TM à localisations contiguës des voies biliaires	26	17	34	14	23	17	80	17	68	23	71	17	41	13
C249 TM des voies biliaires, sans précision	469	101	407	75	492	89	333	91	323	99	296	89	273	85
D015 CIS du foie, de la vésicule et des voies biliaires	4	4	2	2	12	3	10	5	4	4	5	4	1	1
D376 TEI du foie, de la vésicule et des voies biliaires	59	52	76	62	93	77	100	86	120	103	140	107	97	82
	3 567	993*	3 254	980*	3 533	991*	3 370	1 030*	3 446	1 078*	3 809	1 179*	3 805	1 154*

TM : Tumeur Maligne - CIS : Carcinome In Situ - TEI : Tumeur à évolution imprévisible ou inconnue

*Nombre annuel de patients distincts - Ne pas sommer le nombre de patients car codage dépendant : un patient pouvant présenter plusieurs diagnostics hépatobiliaires codés au fil de ses hospitalisations

- Ne pas sommer le nombre de patients annuels, un même patient pouvant être pris en charge sur plusieurs années

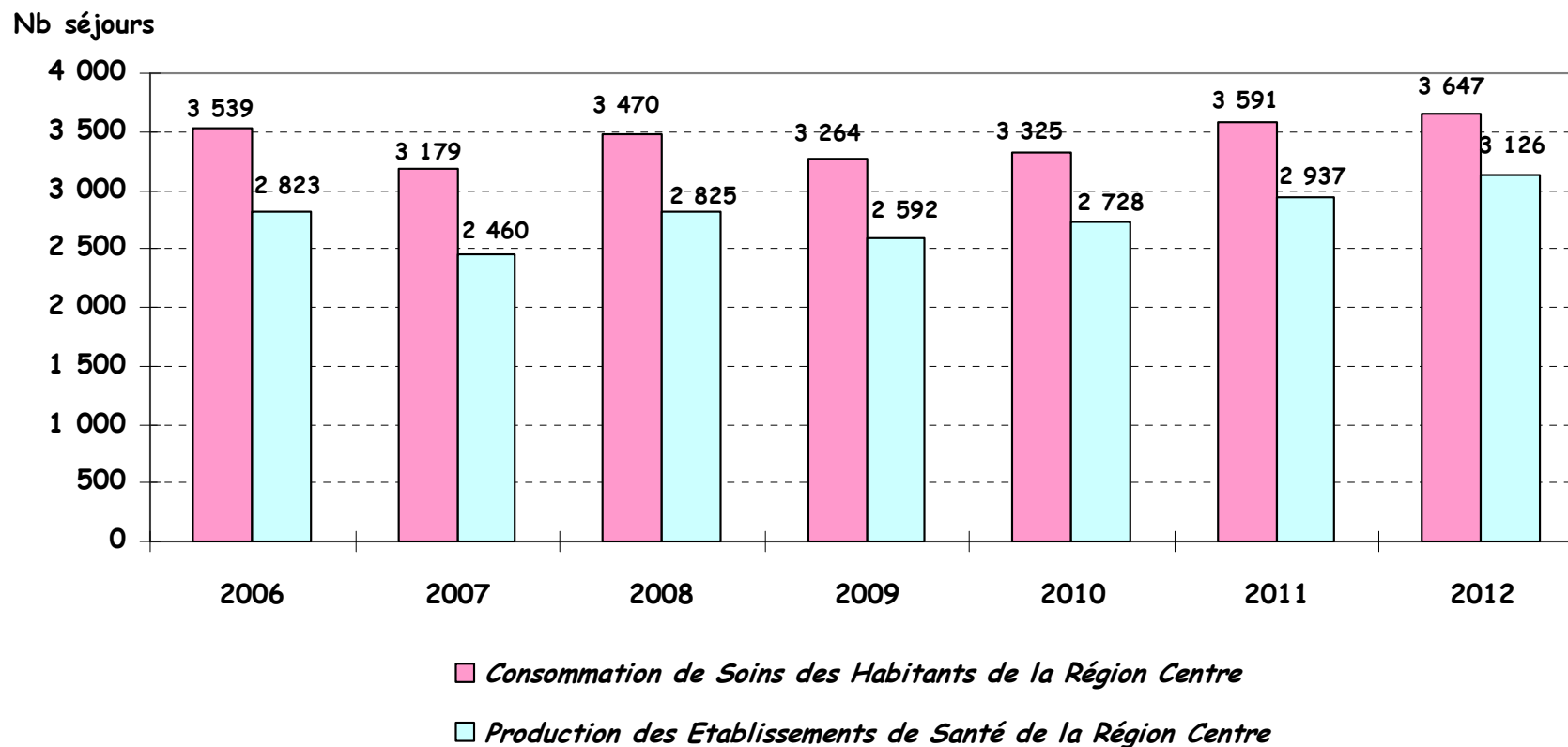
La cohorte annuelle, domiciliée et/ou traitée en région Centre, augmente d'environ 16% sur la période.

En 2012, le carcinome hépatocellulaire touche 65% des patients auxquels il faut sans doute associer les TM du foie sans précision (C229). Le cholangiocarcinome et les autres tumeurs des voies biliaires extrahépatiques arrivent en deuxième position. Les autres cancers primitifs du foie (hépatoblastome et sarcome) sont exceptionnels.

Le nombre de séjours est globalement stable jusqu'en 2010 et augmente de près 10% à partir de 2011.

On rappelle que, compte tenu des codages multiples de cancers de l'appareil hépatobiliaire, un patient peut être compté dans plusieurs lignes.

Production et Consommation Annuelle de séjours « POUR » Cancer de l'Appareil Hépatobiliaire 2006-2012,
 Tout patient, domicilié et/ou traité en Région Centre, 2006-2012



La consommation de soins augmente à peine alors que la production a augmenté de 10% depuis 2011.

La consommation annuelle de soins des habitants de la région Centre est toujours supérieure à la production des établissements de santé de la région, témoignant de fuites plus élevées que l'attractivité, le delta ayant toutefois tendance à diminuer en 2012.

RÉSULTATS II : CARACTÉRISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DE LA COHORTE 2006-2012

Sur la période 2006-2012, 5 565 patients distincts ont été vus qu'ils aient été pris en charge ou domiciliés en Région Centre. 95% sont habitants de la région, 5% venus d'ailleurs ont été hospitalisés dans un des établissements de santé de la région.

Domiciliation	Effectif	%
Région Centre	5 288	95,0
18-Cher	739	13,3
28-Eure-et-Loir	916	16,5
36-Indre	546	9,8
37-Indre-et-Loire	1 115	20,0
41-Loir-et-Cher	738	13,3
45-Loiret	1 234	22,2
Hors Région Centre	277	5,0
Ile-de-France	44	0,8
Départements Limitrophes	161	2,9
Autres départements	72	1,3

L'analyse épidémiologique qui suit se limite aux caractéristiques de la population régionale, c'est-à-dire à celles des habitants domiciliés dans la région Centre lors de leur première année de prise en charge « POUR » cancer de l'appareil hépatobiliaire.

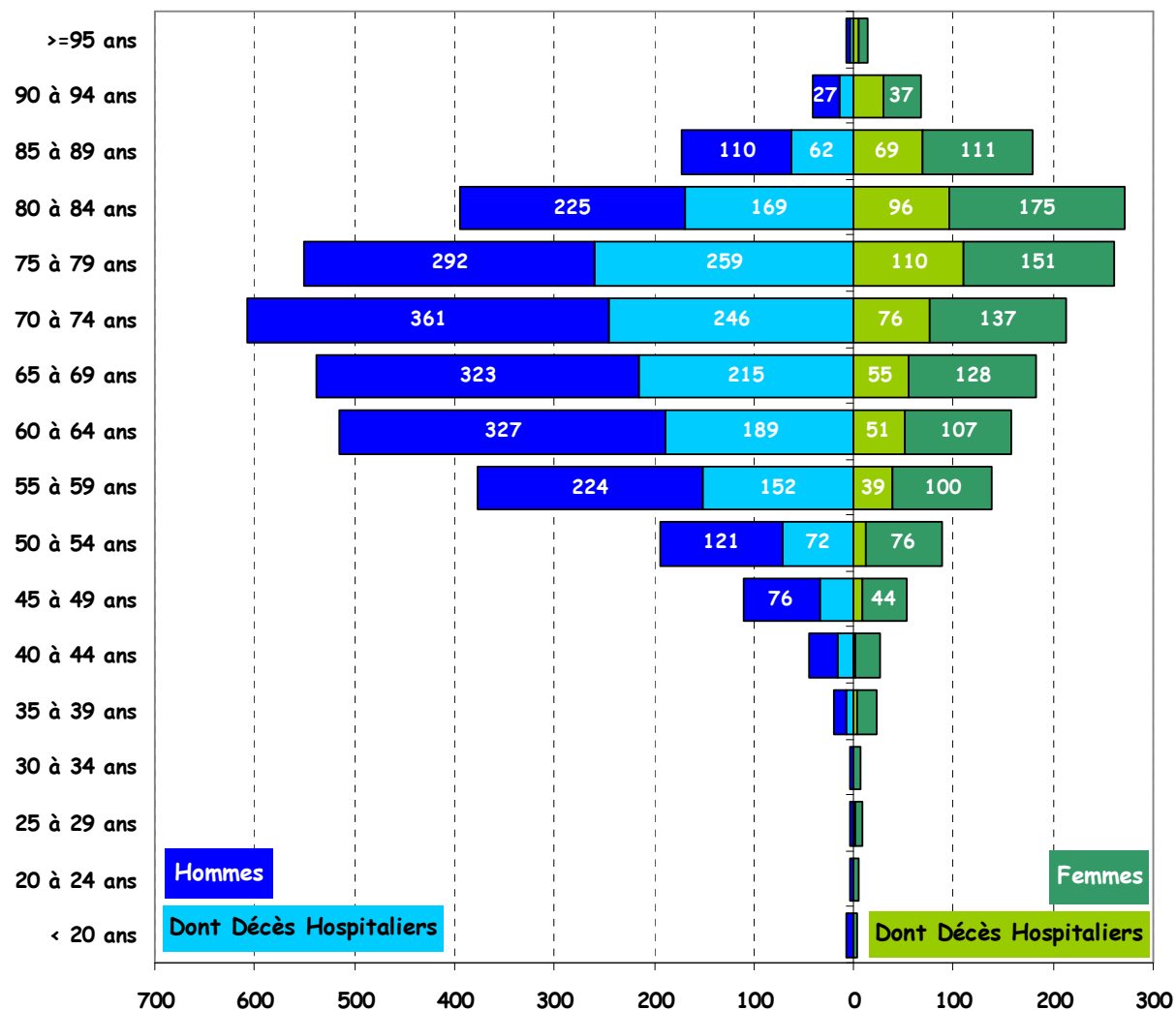
L'incidence des cancers est difficile à mesurer via le PMSI, à la fois du fait des erreurs de codage et des difficultés à repérer les nouveaux cas : l'incidence du cancer du foie en France a été estimée par l'INCA à 22/100 000 chez l'homme et 6/100 000 chez la femme en 2012. Une estimation a pu être réalisée à partir de notre étude en 2011, 2012, sur les cancers de l'appareil hépatobiliaire et retrouve un taux à 26/100 000 pour la Région, sans différence entre départements (taux faibles donc fluctuants). Ces taux certainement surestimés sont donnés seulement à titre indicatif et comparatif entre départements.

Taux d'incidence « Foie et Voies biliaires » pour 100 000 hab.

Foie, Voies biliaires	Domiciliation						RC
	18	28	36	37	41	45	
2012	26	28	26	27	32	22	26
2011	30	24	27	27	23	30	27

Patients et Décès hospitaliers par âge et sexe
 Patients atteints de cancer hépatobiliaire, domiciliés en Région Centre 2006-2012

	Effectifs		Décès Hospitaliers	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
< 20 ans	8	4	0	0
20 à 24 ans	4	5	0	0
25 à 29 ans	3	9	0	1
30 à 34 ans	3	7	0	0
35 à 39 ans	19	23	7	3
40 à 44 ans	44	26	17	2
45 à 49 ans	110	53	34	9
50 à 54 ans	193	88	72	12
55 à 59 ans	376	139	152	39
60 à 64 ans	516	158	189	51
65 à 69 ans	538	183	215	55
70 à 74 ans	607	213	246	76
75 à 79 ans	551	261	259	110
80 à 84 ans	394	271	169	96
85 à 89 ans	172	180	62	69
90 à 94 ans	41	67	14	30
>=95 ans	8	14	4	6
Total	3 587	1 701	1 440	559



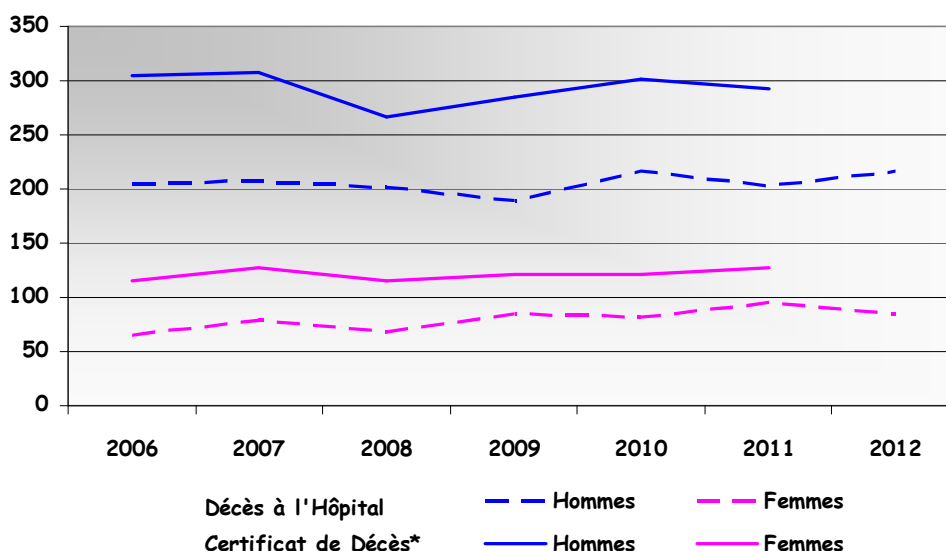
Profil de la cohorte : âge, sexe, décès
 Patients atteints de cancer hépatobiliaire, domiciliés en Région Centre 2006-2012

		Hommes	Femmes	Total
Nb Patients	Total	3 587	1 701	5 288
	% Décès (à l'hôpital)	40,1	32,9	37,8
	% Métastases	23,3	29,7	25,4
Année d'entrée dans la cohorte	2006	676	292	968
	2007	484	230	714
	2008	470	218	688
	2009	483	238	721
	2010	476	233	709
	2011	514	257	771
	2012	484	233	717
Age à l'entrée dans la cohorte	1er Quartile	61	62	61
	Médiane	69	73	70
	3ième quartile	77	82	78
	Moyenne	68,15	70,82	69,2
Age au décès hospitalier	1er Quartile	62	66	63
	Médiane	70	76	72
	3ième quartile	77	83	79
	Moyenne	69,29	74,29	70,7

Les principales caractéristiques épidémiologiques de cette cohorte, stable au cours du temps (environ 700 patients/an, exclure 2006 car 1^{ère} année), sont les suivantes :

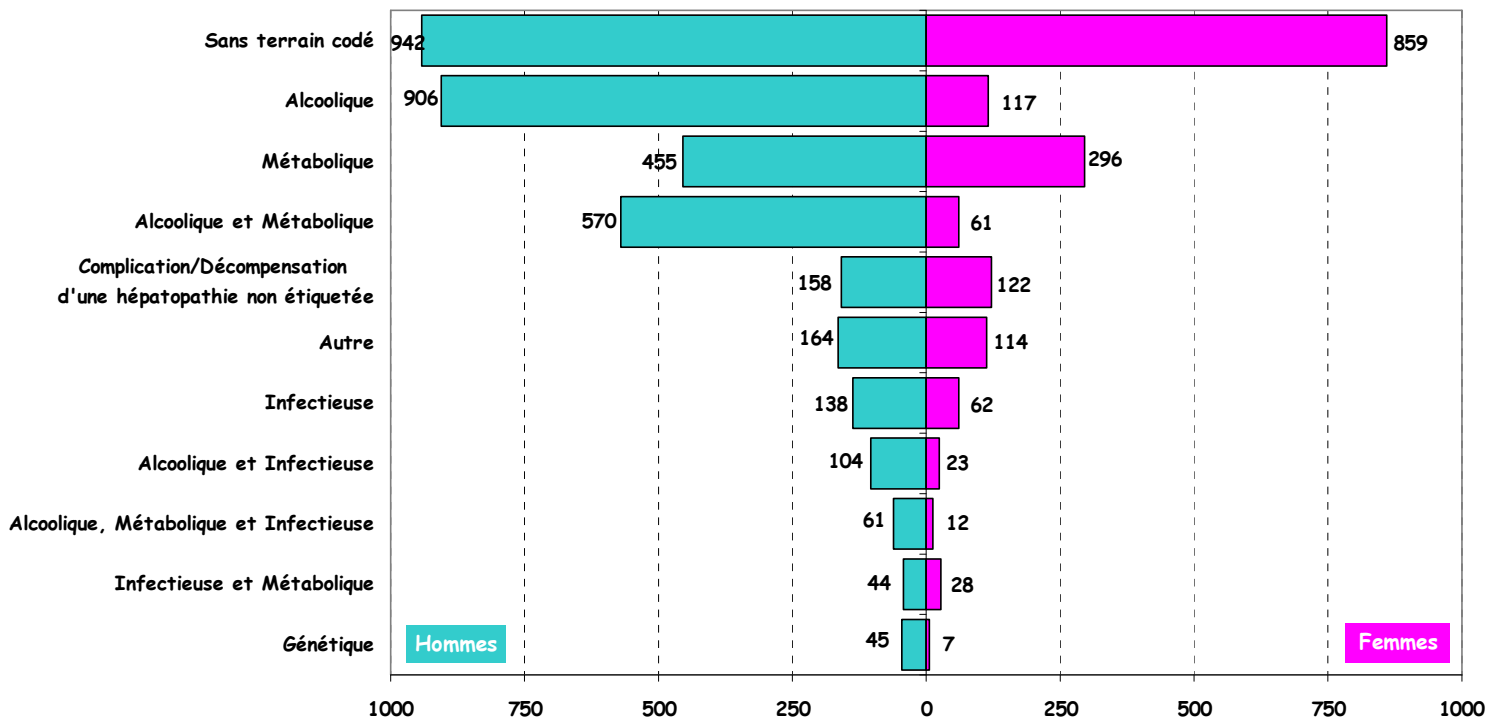
- **sexe ratio à 2** mais variable selon l'âge, **3 fois plus d'hommes entre 55 et 75 ans**,
- le pic de fréquence est à l'âge de **65-80 ans chez l'homme**, et dix ans plus tard chez la femme (**75-85 ans**),
- **un patient sur 4 est métastatique** (les femmes en moyenne plus âgées sont plus métastatiques),
- **38% des patients de la cohorte hospitalière décèdent à l'hôpital**, un peu plus chez l'homme que chez la femme. Le délai médian de survenue du décès à partir de l'entrée dans la cohorte est plus rapide chez l'homme (1 an) que chez la femme qui décède, en médiane, 3 ans plus tard. **Les décès à l'hôpital représentent environ 65% de l'ensemble des décès enregistrés** comme cancers de l'appareil hépatobiliaire dans les certificats de décès.

Décès 2006-2012 par sexe : Tous et à l'hôpital



*Données CépiDc 2006-2011 : C22+C23+C24

Profil de la cohorte : Terrain, Hépatopathie sous-jacente
 Patients atteints de cancer hépatobiliaire, domiciliés en Région Centre 2006-2012



Au vu du codage, un homme sur quatre et une femme sur deux n'ont pas de terrain connu sous-jacent. Il s'agit probablement d'oubli de codage. On peut y ajouter respectivement 5 et 7% de complication/décompensation d'hépatopathie sans que celle-ci soit étiquetée précisément par le codage. Les marqueurs « diabète », « obésité » sont respectivement présents dans le codage à hauteur de 13 et 5% des patients de la cohorte.

Si on se restreint aux 2 929 patients pour lesquels une étiologie précise est codée, on retrouve une **grande prédominance des étiologies alcoolique et métabolique liée au mode de vie (alimentaire et sédentarité)**, les étiologies virales et génétiques (hémochromatose) isolées représentant moins de 10% des cas.

Chez l'homme,

- l'alcool est la 1^{ère} étiologie, qu'il soit codé seul (39 %) ou en association (+31%) avec un syndrome métabolique et/ou infectieux.
- l'étiologie métabolique arrive en 2^{ème} position, seule dans 20% des cas à laquelle on peut ajouter les étiologies mixtes (+28%)
- l'étiologie mixte Alcool et Métabolisme touche un patient sur quatre.
- l'étiologie infectieuse reste faible avec 6% codée seule (+5% en association).

Chez la femme,

- l'étiologie métabolique est majoritaire : 49% codée seule à laquelle on peut ajouter les 16% d'étiologies mixtes,
- l'alcool arrive au second rang avec 19% d'intoxication codée seule et 16% d'étiologies mixtes
- l'étiologie mixte Alcool et Métabolisme touche 10% des femmes.
- l'étiologie infectieuse est plus fréquente que chez l'homme : 10% isolément (+ 10% en association)

RÉSULTATS III : ÉVOLUTION DE LA PRODUCTION EN RÉGION CENTRE 2006-2012

Séjours « POUR » Cancer de l'Appareil Hépatobiliaire -
Évolution 2006-2012 de la Production en Région Centre par type de prise en charge

	2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	Nb Moyen /Patient	Nb Total	Nb Moyen /Patient	Nb Total	Nb Moyen /Patient	Nb Total	Nb Moyen /Patient	Nb Total	Nb Moyen /Patient	Nb Total	Nb Moyen /Patient	Nb Total	Nb Moyen /Patient	Nb Total
Séjours	3,5	2 823	3,1	2 460	3,5	2 825	3	2 592	3,1	2 728	3	2 937	3,2	3 126
Journées	15,5	12 460	15,5	12 302	16,1	12 875	15,4	13 140	15,6	13 948	15,7	15 217	16,1	15 890
Séjour en HC	1,4	1 114	1,4	1 109	1,5	1 179	1,4	1 186	1,4	1 231	1,4	1 344	1,5	1 454
Journées en HC	13,3	10 751	13,8	10 951	14,1	11 229	13,7	11 734	14	12 451	14,1	13 624	14,4	14 218
Séjour Ambu	0,4	351	0,3	243	0,3	275	0,4	320	0,4	369	0,3	338	0,3	344
Séance	1,7	1 358	1,4	1 108	1,7	1 371	1,3	1 086	1,3	1 128	1,3	1 255	1,3	1 328
Séjours >=15j	0,3	234	0,3	242	0,3	247	0,3	275	0,3	276	0,3	316	0,3	290
Nb de patients distincts/an	806		796		799		856		892		969		987	

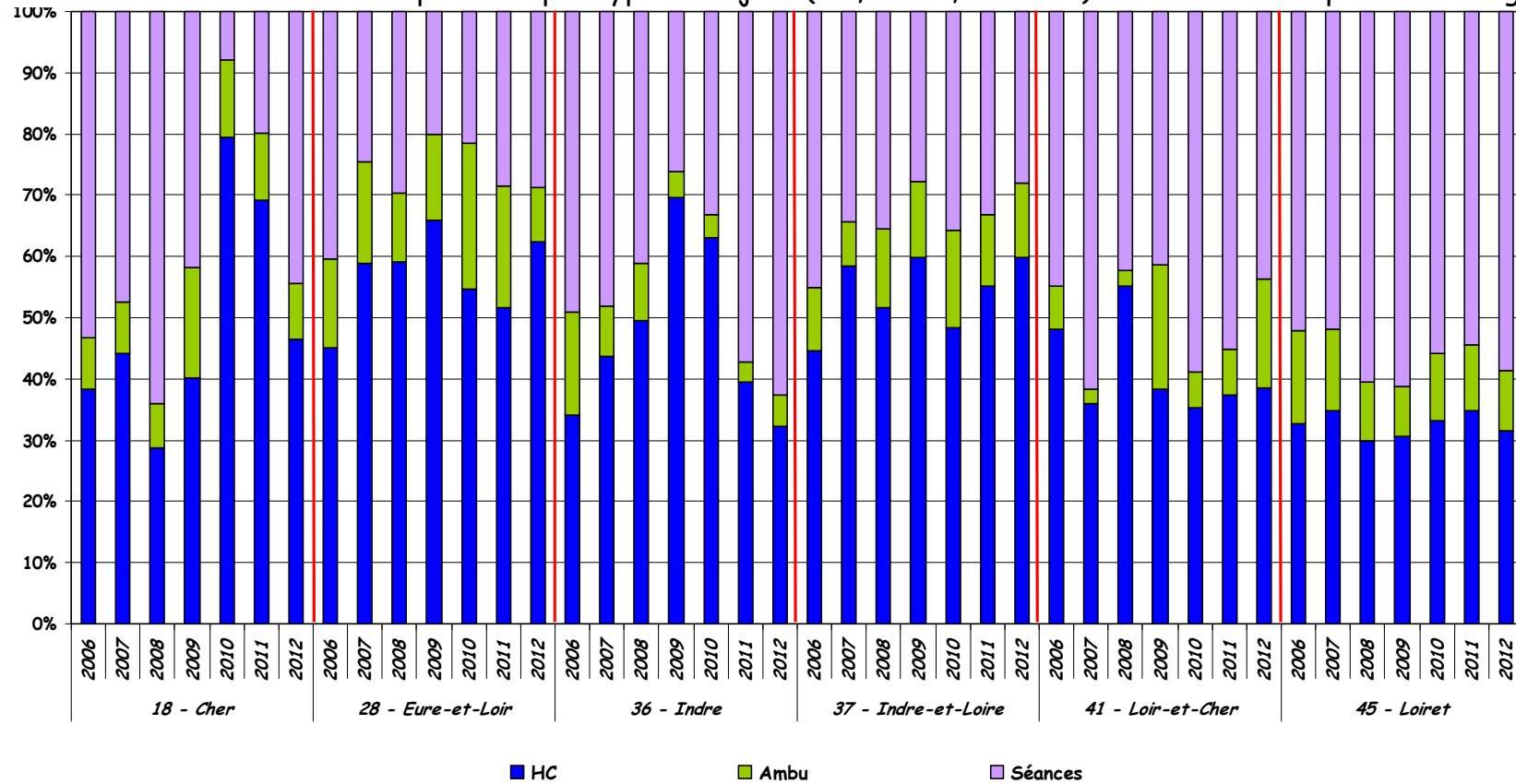
Alors que le nombre annuel de patients pris en charge en région Centre a augmenté de 20%, surtout depuis 2011, **l'activité annuelle par patient reste stable** avec un peu plus de 3 séjours par an d'une durée moyenne de 16 jours.

Chaque patient a, en moyenne, chaque année :

- 1,5 hospitalisation complète de 2 semaines,
- moins d'un séjour ambulatoire (bilan)
- 1 à 2 séances (chimiothérapie, radiothérapie, transfusion,...)

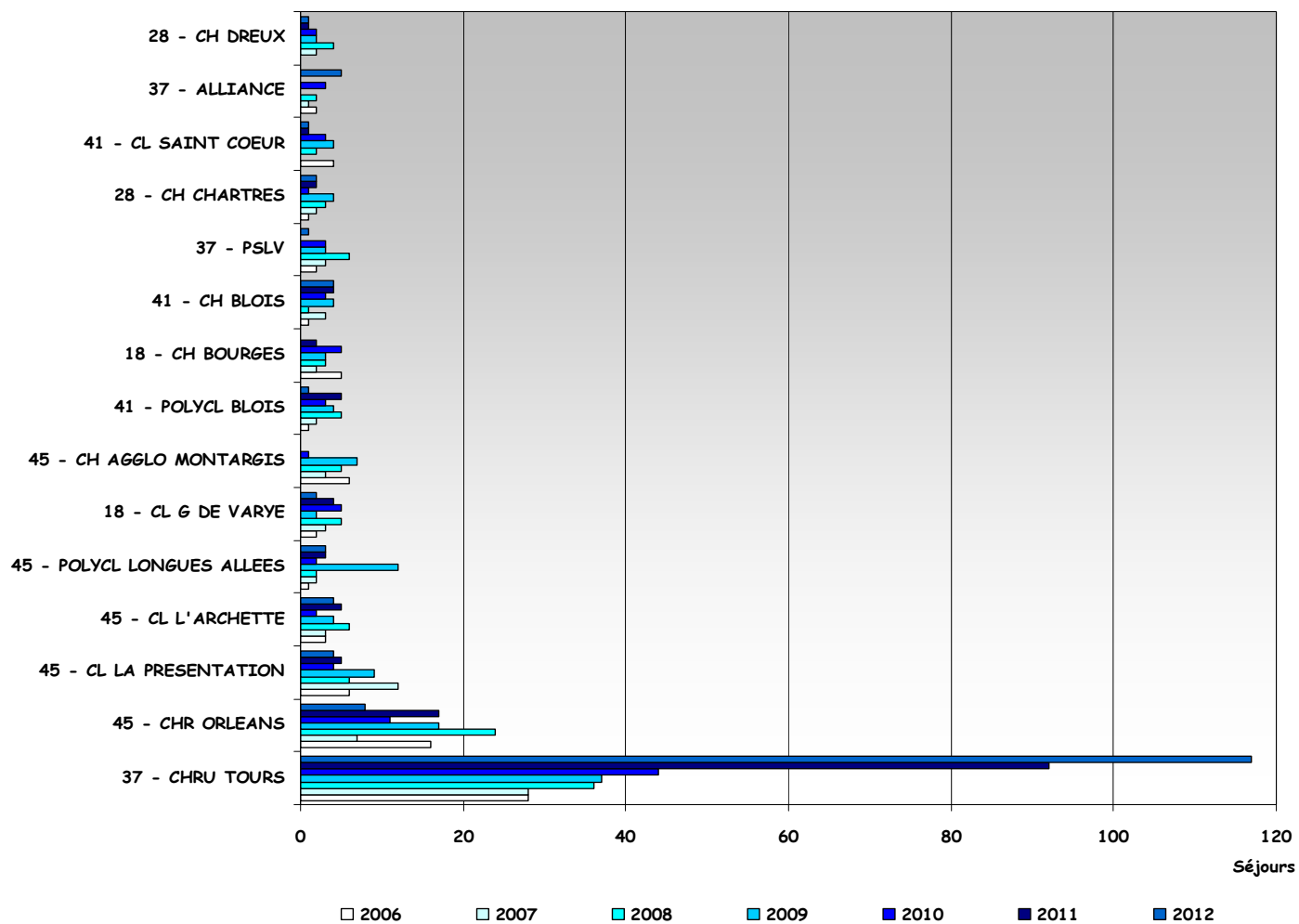
Séjours « POUR » Cancers de l'Appareil Hépatobiliaire

Évolution 2006-2012 de l'activité produite par type de séjour (HC, Ambu, Séances) et territoire de prise en charge

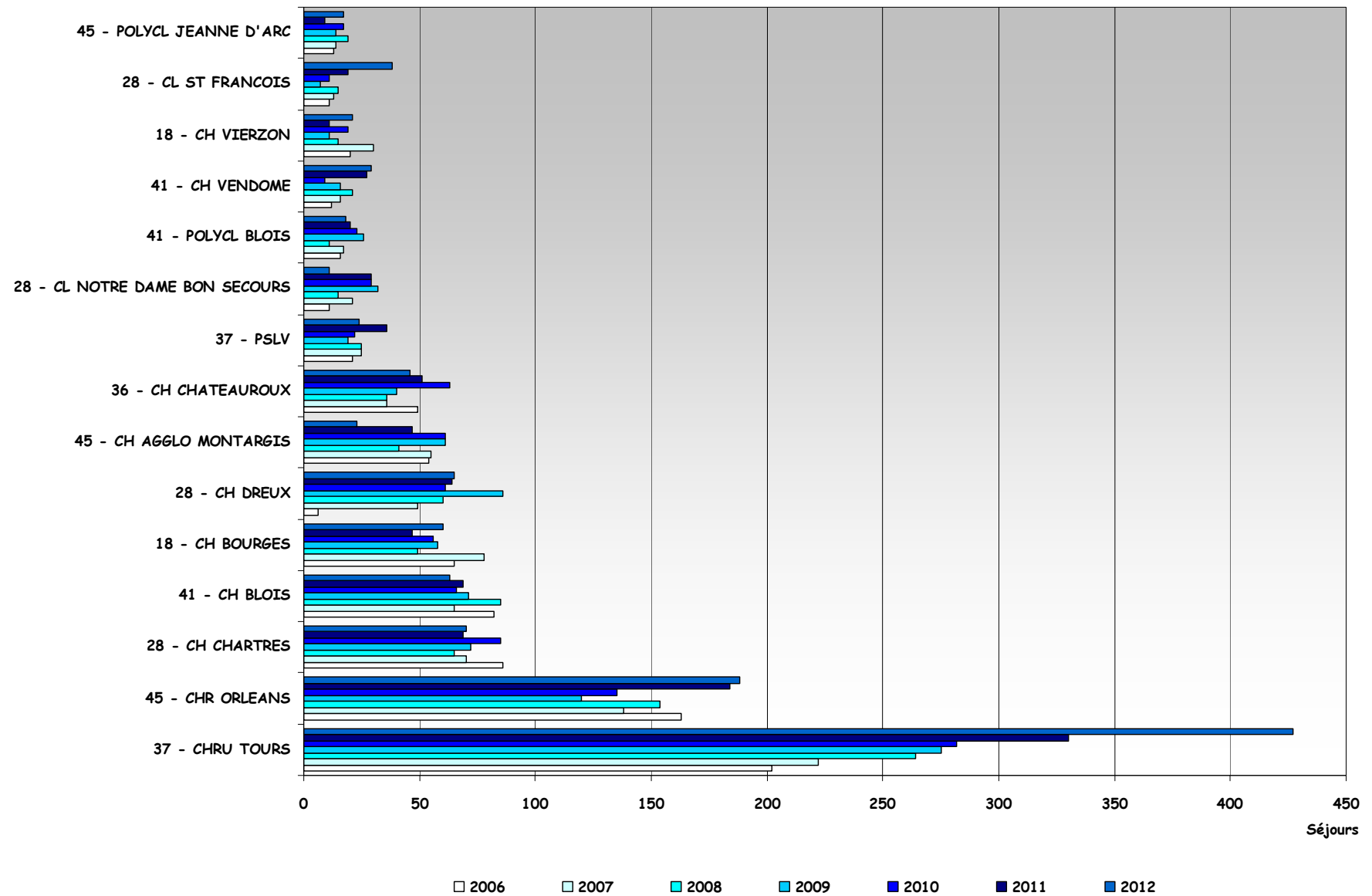


La proportion de chimiothérapies semble un peu plus élevée dans le Loiret (cf tableau page 23).

Séjours « POUR » Cancers de l'Appareil Hépatobiliaire : 15 premiers établissements producteurs de séjours chirurgicaux en HC
Évolution 2006-2012

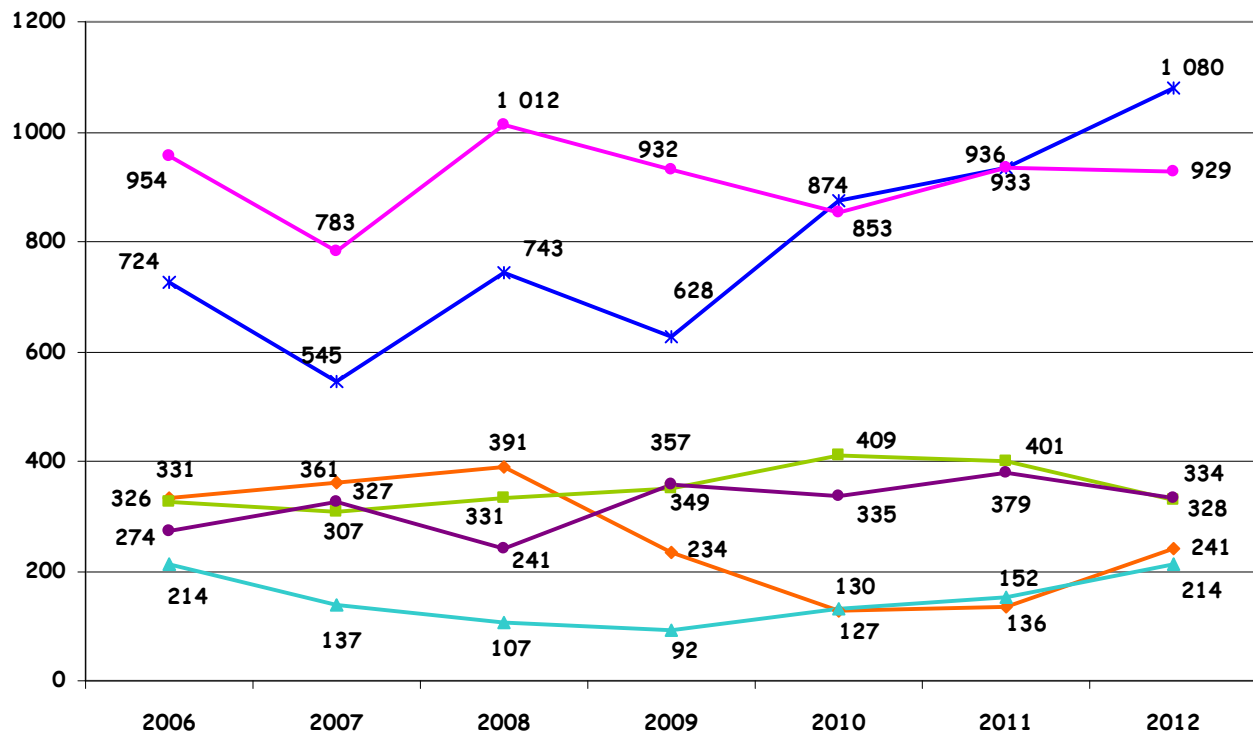


Séjours « POUR » Cancers de l'Appareil Hépatobiliaire : 15 premiers établissements producteurs de séjours médicaux en HC
Évolution 2006-2012



Séjours « POUR » Cancers de l'Appareil Hépatobiliaire : Évolution 2006-2012 des séjours produits en Région Centre par territoire de prise en charge

Nb Séjours



—◆— 18 - Cher

—■— 28 - Eure-et-Loir

—▲— 36 - Indre

—*— 37 - Indre-et-Loire

—●— 41 - Loir-et-Cher

—●— 45 - Loiret

Séjours « POUR » Cancers de l'Appareil Hépatobiliaire
Évolution 2006-2012 des prises en charge thérapeutiques en séjours et journées

	2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	Séjours	Journées	Séjours	Journées	Séjours	Journées	Séjours	Journées	Séjours	Journées	Séjours	Journées	Séjours	Journées
Séjours HC Médicaux	1 022	9 249	1 020	9 590	1 054	9 098	1 064	9 747	1 131	10 649	1 192	11 160	1 291	11 234
Séjours HC Chirurgicaux	92	1 502	89	1 361	125	2 131	122	1 987	100	1 802	152	2 464	163	2 984
Toutes Greffes Hépatiques											16	566	27	1 049
Toutes Hépatectomies et Résections Hépatiques	31	384	36	517	51	582	48	660	46	610	67	831	69	851
Destruction par Radio-Fréquence	6	60	2	14	15	100	11	71	8	37	5	37	8	35
Chimio-Embolisation	9	45	13	53	14	65	31	147	32	154	39	187	62	247
Radiothérapie Stéréotaxique									33	36	87	88	64	69
Toutes radiothérapies conventionnelles	203	299	156	252	233	581	84	248	169	359	127	317	71	188
Toutes Chimiothérapies	1 274	1 832	1 091	1 696	1 326	1 992	1 137	1 589	1 027	1 805	1 151	1 814	1 341	1 908
Séjours avec biopsie	22	286	27	262	38	452	29	308	38	241	67	633	71	807
Séjours avec Transfusion	78	967	101	1 144	94	1 083	112	1 455	160	1 836	229	3 144	225	3 376
Séjours pour Suivi thérapeutique (Examen/Bilan)	13	17	11	18	23	27	20	30	9	11	15	20	19	29
Séjours avec Soins de support palliatifs	266	3 679	320	4 296	308	4 242	358	4 760	334	4 954	361	5 426	325	4 496
Séjours avec Réanimation	17	349	11	207	12	265	10	213	16	434	50	1 333	42	1 470
Séjours avec Soins Intensifs	15	331	8	146	13	324	12	241	9	117	9	153	7	127

Sur la période, les hospitalisations complètes médicales et chirurgicales ont respectivement augmenté de +25% et +77%.

- L'augmentation de l'activité chirurgicale s'explique par l'apparition de greffe de Foie en région Centre pour cancer en 2011 (cette greffe hépatique pour cancer représente, en 2012, 44% de l'activité globale de greffe hépatique) et par le **doublement des hépatectomies et résections hépatiques, activité chirurgicale majoritairement réalisée au CHRU de Tours** (en 2012, près de 120 séjours chirurgicaux au CHRU versus moins de 10 dans les autres établissements). La part des hépatectomies réalisées sous coelioscopie est grandissante depuis 2011 : un tiers en 2011, près d'une sur deux en 2012.
- La **destruction des tumeurs par radio-fréquence** est peu développée en région Centre
- La **chimio-embolisation se développe surtout depuis 2009** (une soixantaine de séjours en 2012 pour 44 patients).
- **A partir de 2010, apparaît la radiothérapie stéréotaxique** mais ne concerne encore que peu de patients : 16 patients pour 64 séjours en 2012. En parallèle, l'activité de radiothérapie conventionnelle (hors secteur privé) diminue.
- L'**activité de chimiothérapie** est stable, en nombre de séjours et journées.

Les séjours avec biopsie, avec transfusion et avec réanimation augmentent avec l'apparition de la greffe. Les séjours pour bilan restent marginaux. Les séjours avec soins de support palliatifs représentent un quart de l'activité médicale en HC avec des DMS de 2 semaines.

Séjours « POUR » Cancers de l'Appareil Hépatobiliaire : Évolution 2006-2012 des modalités thérapeutiques
par territoire de production

	Séjours HC Médicaux							Séjours HC Chirurgicaux							Toutes Chimiothérapies							Séjours avec Soins de support palliatifs						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
18 - Cher	116	152	102	88	91	86	109	11	7	10	6	10	8	3	184	175	256	95	11	25	114	61	75	51	35	34	39	33
28 - Eure et Loir	144	172	183	221	219	202	201	3	9	13	9	5	5	4	144	89	122	81	99	122	105	44	52	57	62	78	74	67
36 - Indre	68	59	50	62	81	58	65	5	1	3	2	1	2	4	108	69	49	25	44	87	140	16	23	14	18	23	13	22
37 - Indre et Loire	288	281	337	333	369	420	519	35	37	46	42	53	96	126	319	194	224	205	286	253	293	52	51	62	80	85	56	60
41 - Loir et Cher	126	112	124	124	109	131	123	6	6	9	13	9	11	6	123	196	101	153	199	205	140	37	41	53	63	50	87	76
45 - Loiret	280	244	258	236	262	295	274	32	29	44	50	22	30	20	396	368	574	578	388	459	549	56	78	71	100	64	92	67
Région Centre	1 022	1 020	1 054	1 064	1 131	1 192	1 291	92	89	125	122	100	152	163	1 274	1 091	1 326	1 137	1 027	1 151	1 341	266	320	308	358	334	361	325

Comme déjà mentionné, **77% de l'activité chirurgicale est réalisée en Indre-et-Loire en 2012.**

L'activité médicale (HC, chimiothérapie, soins de support palliatifs) est mieux répartie entre les départements : l'activité de chimiothérapie est 2 fois plus développée dans le Loiret que dans l'Indre-et-Loire (depuis 2007).

Les « **C22-Tumeurs malignes primitives du Foie et des Voies biliaires Intrahépatiques** » représentent 80% de l'activité sur l'appareil et le nombre de patients pris en charge a augmenté de 30% entre 2006 et 2012 (+200 patients pris en charge annuellement).

RÉSULTATS IV : CONSOMMATION ET TAUX DE RECOURS AUX SOINS HOSPITALIERS DES HABITANTS DE LA RÉGION CENTRE 2006-2012

Cancer de l'Appareil Hépatobiliaire : Consommation et Fuites par prise en charge

		Consommation					Taux Fuites				
		Total Séjours	HC	dont chir	Ambu	Séances	Total	HC	HC chir	Ambu	Séances
18 - Cher	2006	541	251	29	46	244	19,4	28,7	44,8	4,3	12,7
	2007	540	282	23	51	207	25,6	39,4	69,6	17,6	8,7
	2008	614	227	27	36	351	20,7	37,4	51,9	22,2	9,7
	2009	465	180	14	50	235	30,3	26,7	50,0	14,0	36,6
	2010	304	199	17	32	73	37,2	35,7	35,3	15,6	50,7
	2011	386	200	28	21	165	43,5	37,0	50,0	23,8	53,9
	2012	459	225	25	36	198	34,4	33,8	44,0	36,1	34,8
28 - Eure et Loir	2006	533	230	20	64	239	39,6	38,3	85,0	25,0	44,8
	2007	417	238	23	59	120	30,5	30,7	65,2	16,9	36,7
	2008	422	262	26	45	115	27,7	34,4	57,7	20,0	15,7
	2009	468	300	25	48	120	35,7	31,0	60,0	39,6	45,8
	2010	517	304	24	108	105	27,5	32,2	79,2	18,5	22,9
	2011	498	285	23	96	117	28,5	35,8	82,6	25,0	13,7
	2012	477	301	29	40	136	30,8	33,9	72,4	25,0	25,7
36 - Indre	2006	420	200	21	49	171	36,7	48,5	61,9	12,2	29,8
	2007	342	127	11	22	193	47,4	37,0	72,7	40,9	54,9
	2008	347	185	16	40	122	34,3	42,2	37,5	37,5	21,3
	2009	219	150	13	7	62	37,9	36,7	53,8	0,0	45,2
	2010	333	189	10	20	124	34,5	32,3	70,0	55,0	34,7
	2011	352	166	13	36	150	32,4	36,1	30,8	13,9	32,7
	2012	352	152	16	25	175	22,4	22,4	31,3	16,0	23,4
37 - Indre et Loire	2006	655	284	29	59	312	6,1	10,9	20,7	5,1	1,9
	2007	491	290	36	34	167	8,8	11,7	19,4	17,6	1,8
	2008	671	334	37	93	244	11,9	13,5	16,2	10,8	10,2
	2009	542	315	31	67	160	11,4	13,7	22,6	1,5	11,3
	2010	748	333	39	120	295	5,2	10,5	15,4	2,5	0,3
	2011	688	366	54	84	238	4,1	6,6	7,4	1,2	1,3
	2012	797	440	55	107	250	6,0	8,4	5,5	4,7	2,4
41 - Loir et Cher	2006	429	213	17	47	169	17,5	24,4	29,4	12,8	10,1
	2007	473	194	21	20	259	18,4	17,5	42,9	15,0	19,3
	2008	409	217	26	13	179	17,1	18,9	42,3	30,8	14,0
	2009	588	242	28	88	258	16,5	21,5	14,3	6,8	15,1
	2010	505	200	21	37	268	20,4	19,0	19,0	27,0	20,5
	2011	522	208	23	29	285	16,1	12,5	13,0	10,3	19,3
	2012	514	232	32	74	208	10,1	5,6	6,3	2,7	17,8
45 - Loiret	2006	961	328	40	125	508	16,5	23,8	30,0	5,6	14,6
	2007	916	347	48	101	468	25,9	30,0	41,7	12,9	25,6
	2008	1 007	353	50	101	553	19,4	28,9	24,0	11,9	14,6
	2009	982	350	62	91	541	23,2	28,9	24,2	23,1	19,6
	2010	918	369	41	88	461	22,4	35,8	48,8	8,0	14,5
	2011	1 145	443	57	126	576	29,3	30,2	43,9	21,4	30,4
	2012	1 048	386	43	102	560	18,6	27,2	37,2	13,7	13,6
RC	2006	3 539	1 506	156	390	1 643	21,0	27,8	42,3	10,3	17,4
	2007	3 179	1 478	162	287	1 414	25,0	27,3	46,3	17,4	24,1
	2008	3 470	1 578	182	328	1 564	20,4	27,9	35,2	17,7	13,4
	2009	3 264	1 537	173	351	1 376	23,8	25,5	31,8	15,4	24,1
	2010	3 325	1 594	152	405	1 326	21,6	27,3	40,8	13,8	17,1
	2011	3 591	1 668	198	392	1 531	24,3	25,2	34,8	16,6	25,3
	2012	3 647	1 736	200	384	1 527	18,6	21,1	29,0	12,5	17,3

Le taux de fuites hors région Centre est élevé mais est en diminution surtout pour la chirurgie passant de 42 à 29% sur la période.

- L'Indre, l'Indre-et-Loire et le Loir-et-Cher ont fortement diminué leurs fuites depuis 2011.
- L'Eure-et-Loir garde un taux de fuites très important (80% pour la chirurgie) et sans évolution.
- Le Loiret et le Cher ont également des fuites importantes (30% et 35% respectivement pour l'HC, et plus pour la chirurgie de l'ordre de 40-45%), sans évolution.

C22 - Tumeur maligne du foie et des voies biliaires intrahépatiques

		Consommation					Taux Fuites				
		Total Séjours	HC	dont chir	Ambu	Séances	Total	HC	HC chir	Ambu	Séances
18 - Cher	2006	365	203	21	39	123	18,9	32,0	57,1	2,6	2,4
	2007	381	229	16	47	105	27,6	40,6	81,3	14,9	4,8
	2008	421	162	13	25	234	21,6	35,8	76,9	28,0	11,1
	2009	338	135	11	50	153	24,0	31,9	63,6	14,0	20,3
	2010	230	162	7	27	41	31,7	37,0	57,1	11,1	24,4
	2011	229	166	19	15	48	39,7	36,7	57,9	26,7	54,2
	2012	314	179	17	34	101	28,3	35,2	47,1	35,3	13,9
28 - Eure et Loir	2006	361	173	15	53	135	53,7	42,8	93,3	24,5	79,3
	2007	291	174	15	42	75	38,1	32,8	73,3	23,8	58,7
	2008	257	176	10	30	51	30,7	36,4	80,0	23,3	15,7
	2009	290	197	12	38	55	36,9	36,5	83,3	47,4	30,9
	2010	372	225	14	96	51	30,6	35,6	85,7	18,8	31,4
	2011	360	218	13	76	66	31,4	40,8	92,3	26,3	6,1
	2012	391	252	20	31	108	30,7	34,1	75,0	32,3	22,2
36 - Indre	2006	277	141	8	43	93	39,7	50,4	87,5	9,3	37,6
	2007	152	88	7	12	52	53,3	44,3	85,7	25,0	75,0
	2008	173	129	11	26	18	49,7	51,9	54,5	46,2	38,9
	2009	141	111	10	4	26	54,6	46,8	60,0	0,0	96,2
	2010	218	127	6	9	82	30,7	37,8	83,3	44,4	18,3
	2011	234	122	7	28	84	25,6	36,9	42,9	7,1	15,5
	2012	246	114	10	21	111	11,8	23,7	20,0	9,5	0,0
37 - Indre et Loire	2006	379	199	18	38	142	10,3	15,1	33,3	7,9	4,2
	2007	266	182	24	23	61	14,7	16,5	25,0	26,1	4,9
	2008	360	211	24	80	69	10,6	14,2	12,5	8,8	1,4
	2009	373	232	20	53	88	12,3	14,7	25,0	0,0	13,6
	2010	504	246	26	105	153	6,7	12,2	23,1	2,9	0,7
	2011	492	279	45	70	143	3,9	6,5	8,9	1,4	0,0
	2012	602	350	44	94	158	6,3	9,4	6,8	5,3	0,0
41 - Loir et Cher	2006	278	160	10	37	81	24,8	28,8	40,0	16,2	21,0
	2007	277	149	14	13	115	29,6	19,5	57,1	23,1	43,5
	2008	229	147	15	9	73	20,5	20,4	53,3	33,3	19,2
	2009	313	165	17	77	71	19,8	25,5	17,6	5,2	22,5
	2010	266	132	11	28	106	25,2	16,7	27,3	32,1	34,0
	2011	252	145	17	12	95	19,4	13,1	11,8	8,3	30,5
	2012	349	166	26	43	140	14,3	7,2	7,7	4,7	25,7
45 - Loiret	2006	592	233	27	106	253	19,4	23,6	37,0	6,6	20,9
	2007	545	232	30	84	229	29,4	29,7	53,3	13,1	34,9
	2008	566	225	23	90	251	27,6	38,2	39,1	11,1	23,9
	2009	581	242	32	70	269	31,7	34,3	37,5	22,9	31,6
	2010	601	298	28	68	235	27,3	36,9	53,6	7,4	20,9
	2011	845	358	42	117	370	36,7	30,7	47,6	21,4	47,3
	2012	724	314	28	85	325	21,3	25,5	39,3	11,8	19,7
RC	2006	2 252	1 109	99	316	827	26,5	30,7	53,5	10,8	26,7
	2007	1 912	1 054	106	221	637	30,2	30,1	56,6	18,1	34,7
	2008	2 006	1 050	96	260	696	24,8	31,9	45,8	17,7	16,7
	2009	2 036	1 082	102	292	662	27,4	30,1	42,2	15,4	28,1
	2010	2 191	1 190	92	333	668	23,7	29,4	48,9	12,6	19,0
	2011	2 412	1 288	143	318	806	26,6	26,6	36,4	16,7	30,6
	2012	2 626	1 375	145	308	943	18,3	21,9	28,3	13,3	14,6

La baisse des fuites est encore plus importante quand on se concentre sur les cancers du Foie et Voies biliaires intra-hépatiques, passant de 53% à 28% de fuites chirurgicales et particulièrement nette dans les 3 départements déjà cités : Indre, Indre-et-Loire et Loir-et-Cher

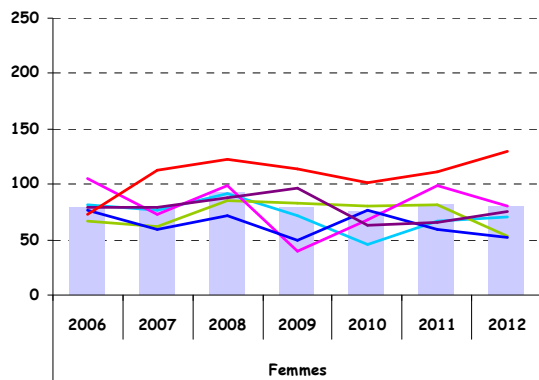
Évolution 2006-2012 des Taux de recours Standardisés, par sexe (tous séjours) / 100 000 Hab.

Définition : Le taux de recours est le taux d'hospitalisation des habitants du département, quel que soit le lieu de l'hospitalisation (dans le département, ailleurs en RC ou ailleurs en France) rapporté à la population départementale ; pour permettre les comparaisons entre départements, les taux sont standardisés sur la population française, données INSEE 2009.

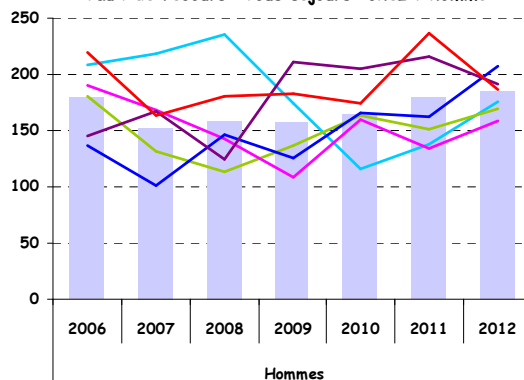
Appareil Hépatobiliaire, TOUS SÉJOURS																					
	Femmes							Hommes							Les 2 sexes						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
18 - Cher	82	77	92	72	46	67	71	209	218	235	175	116	138	176	144	145	161	122	80	102	122
28 - Eure et Loir	67	62	85	83	80	82	53	180	132	114	136	163	151	170	122	95	99	108	120	115	110
36 - Indre	105	73	99	40	68	99	80	190	168	143	109	160	134	159	146	119	121	74	112	116	118
37 - Indre et Loire	77	60	72	50	77	60	52	136	101	146	126	166	162	207	105	80	108	87	120	109	127
41 - Loir et Cher	79	79	88	96	63	66	76	145	167	124	211	205	216	192	111	122	106	152	131	138	132
45 - Loiret	73	113	122	114	102	111	130	219	163	181	183	175	237	187	144	138	151	147	137	172	158
RC	79	79	93	79	76	82	80	179	152	158	157	165	179	185	127	115	124	117	119	129	131

TOUS SÉJOURS

Tumeurs de l'Appareil Hépatobiliaire Région Centre
Taux de recours "Tous séjours" chez la femme

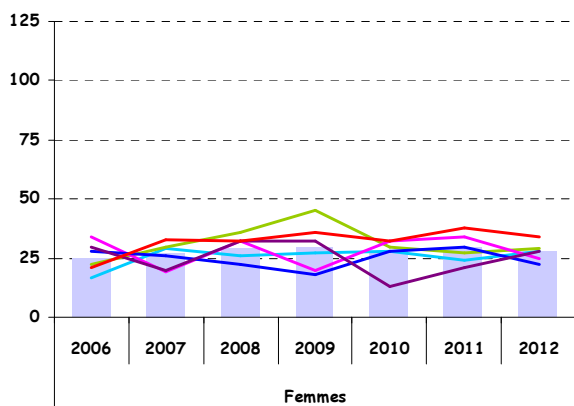


Tumeurs de l'Appareil Hépatobiliaire, Région Centre
Taux de recours "Tous séjours" chez l'homme

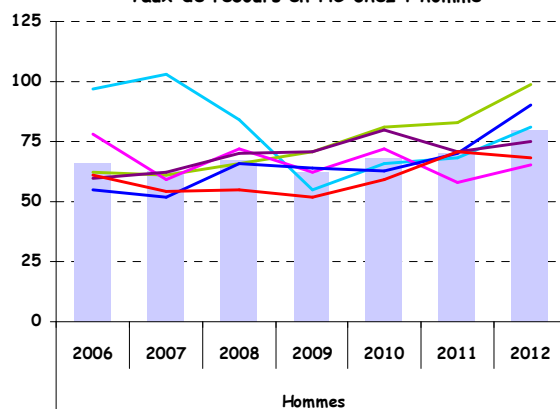


SÉJOURS EN HC

Tumeurs de l'Appareil Hépatobiliaire Région Centre
Taux de recours en HC chez la femme



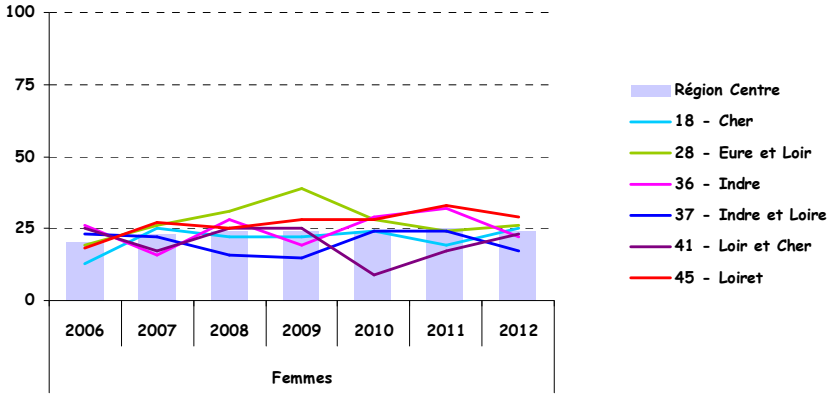
Tumeurs de l'Appareil Hépatobiliaire, Région Centre
Taux de recours en HC chez l'homme



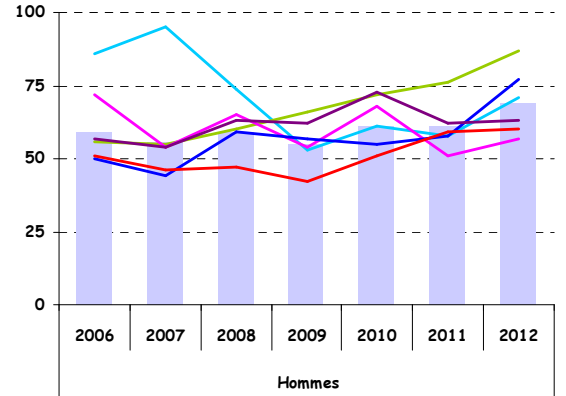
○

HC MÉDICALE

Tumeurs de l'Appareil Hépatobiliaire Région Centre
Taux de recours en "HC Médicale" chez la femme

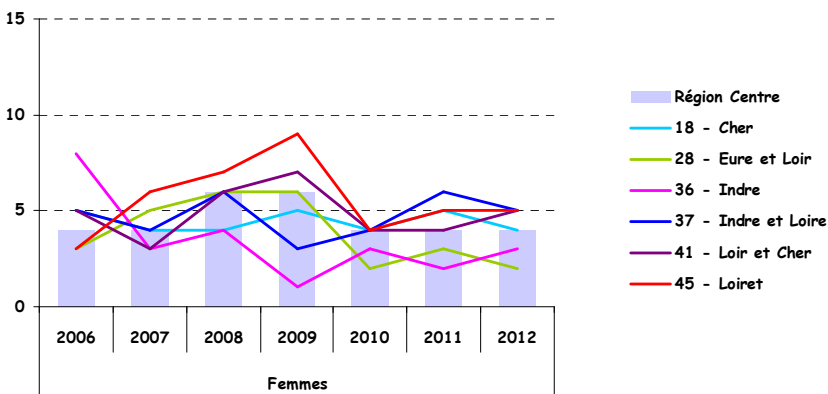


Tumeurs de l'Appareil Hépatobiliaire, Région Centre
Taux de recours en "HC Médicale" chez l'homme

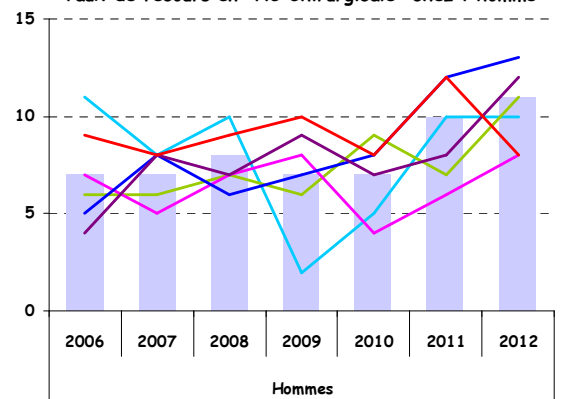


HC CHIRURGICALE

Tumeurs de l'Appareil Hépatobiliaire Région Centre
Taux de recours en "HC Chirurgicale" chez la femme

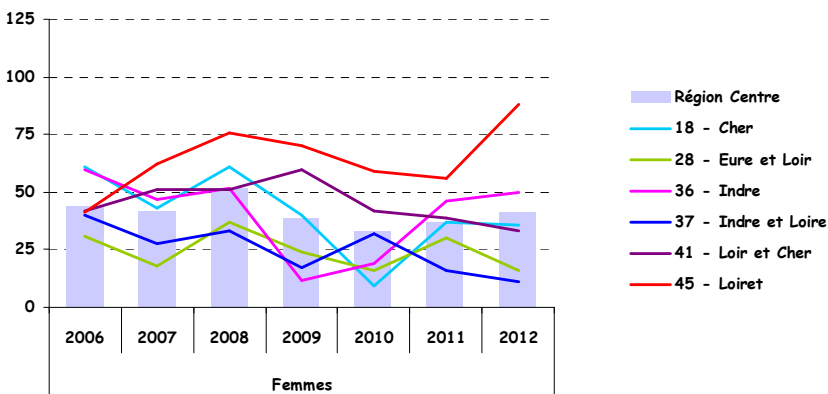


Tumeurs de l'Appareil Hépatobiliaire, Région Centre
Taux de recours en "HC Chirurgicale" chez l'homme

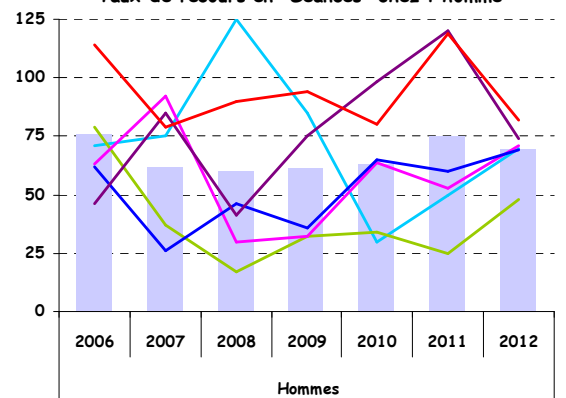


SÉANCES

Tumeurs de l'Appareil Hépatobiliaire Région Centre
Taux de recours en "Séances" chez la femme



Tumeurs de l'Appareil Hépatobiliaire, Région Centre
Taux de recours en "Séances" chez l'homme



Les variations des taux de recours aux soins sont en rapport avec soit des variations épidémiologiques (plus ou moins de patients) soit des variations de prise en charge (plus ou moins de séjours). Ces graphiques soulignent :

- Des taux de recours « tout séjour confondu » plus du double chez l'homme que chez la femme pour tout cancer de l'appareil, en parallèle avec l'épidémiologie, relativement stables sur l'ensemble de la période, avec une augmentation depuis 2011, surtout chez l'homme. On note un sur-recours du Loiret dans les 2 sexes, et pour l'homme dans le Loir-et-Cher, et d'une façon générale un recours plus inhomogène entre départements chez l'homme.
- En hospitalisation complète, les taux de recours s'homogénéisent entre départements, en forte augmentation chez l'homme et probablement plus représentatifs de l'épidémiologie que de la prise en charge en hospitalisation complète car elle reste stable sur la période (en moyenne 1,5 séjour annuel en hospitalisation complète - tableau page 19).
- L'hétérogénéité du recours est, comme attendu, importante quand le nombre de séjours est faible : variations aléatoires des taux de recours à la chirurgie dans les 2 sexes ; un recours à la chirurgie fluctuant mais en augmentation, forte en Eure-et-Loir, Indre-et-Loire et Loir-et-Cher, sans réelle augmentation sur la période dans les autres départements.
- une fluctuation et hétérogénéité importante pour les séances (dans 87% des séances, il s'agit de chimiothérapie), peut-être reflet de variations de protocoles thérapeutiques ? Les taux de recours les plus élevés sont observés pour les 2 sexes en 2006, donc avant l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) du Sorafenib, 1^{ère} chimiothérapie orale. On note, d'autre part, un recours aux séances plus élevé que la moyenne régionale dans le Loiret et plus faible en Eure-et-Loir.

RÉSULTATS V : AUTOSUFFISANCE, ATTRACTIVITÉ ET FUITES

Cancer de l'Appareil Hépatobiliaire : Évolution 2006-2012 des flux

		Production (1)		Consommation (2)		Taux Autosuffisance (1)/(2)	Taux d'attractivité hors RC	Taux de fuites hors RC
		Séjours	Journées	Séjours	Journées			
18 - Cher	2006	331	1 708	541	2 638	61,2	0,9	19,41
	2007	361	2 096	540	2 870	66,9	0,3	25,56
	2008	391	1 611	614	2 499	63,7	0,3	20,68
	2009	234	1 523	465	2 207	50,3	0,9	30,32
	2010	127	1 202	304	1 980	41,8	0,8	37,17
	2011	136	1 174	386	1 920	35,2	1,5	43,52
	2012	241	1 406	459	2 436	52,5	0,4	34,42
28 - Eure et Loir	2006	326	1 555	533	2 324	61,2	2,8	39,59
	2007	307	2 025	417	2 393	73,6	8,5	30,46
	2008	331	2 092	422	2 458	78,4	6,7	27,73
	2009	349	2 543	468	3 039	74,6	13,5	35,68
	2010	409	2 799	517	3 320	79,1	9,3	27,47
	2011	401	2 428	498	2 916	80,5	13,5	28,51
	2012	328	2 419	477	3 467	68,8	7,3	30,82
36 - Indre	2006	214	1 141	420	2 314	51,0	0,5	36,67
	2007	137	895	342	1 579	40,1	0,0	47,37
	2008	107	740	347	1 784	30,8	0,0	34,29
	2009	92	583	219	1 299	42,0	1,1	37,90
	2010	130	774	333	1 566	39,0	0,0	34,53
	2011	152	831	352	1 770	43,2	0,0	32,39
	2012	214	982	352	1 656	60,8	0,0	22,44
37 - Indre et Loire	2006	724	3 359	655	2 926	110,5	1,0	6,11
	2007	545	2 897	491	2 755	111,0	2,9	8,76
	2008	743	3 377	671	2 896	110,7	1,8	11,92
	2009	628	3 161	542	2 935	115,9	4,3	11,44
	2010	874	4 404	748	3 762	116,8	4,8	5,21
	2011	936	4 938	688	3 652	136,0	10,8	4,07
	2012	1 080	5 930	797	3 630	135,5	7,6	6,02
41 - Loir et Cher	2006	274	1 313	429	1 883	63,9	0,0	17,48
	2007	327	1 399	473	2 019	69,1	0,0	18,39
	2008	241	1 438	409	2 242	58,9	0,0	17,11
	2009	357	1 774	588	2 546	60,7	0,0	16,50
	2010	335	1 661	505	2 457	66,3	0,9	20,40
	2011	379	2 011	522	2 627	72,6	2,9	16,09
	2012	334	1 745	514	2 531	65,0	0,6	10,12
45 - Loiret	2006	954	3 384	961	3 697	99,3	0,8	16,55
	2007	783	2 990	916	3 665	85,5	4,1	25,87
	2008	1012	3 617	1007	3 714	100,5	2,7	19,36
	2009	932	3 556	982	3 995	94,9	3,1	23,22
	2010	853	3 108	918	3 608	92,9	4,3	22,44
	2011	933	3 835	1145	4 969	81,5	5,4	29,34
	2012	929	3 408	1048	4 313	88,7	5,3	18,61
Région Centre	2006	2 823	12 460	3 539	15 782	79,8	1,0	21,02
	2007	2 460	12 302	3 179	15 281	77,4	3,1	24,98
	2008	2 825	12 875	3 470	15 593	81,4	2,2	20,40
	2009	2 592	13 140	3 264	16 021	79,4	4,1	23,84
	2010	2 728	13 948	3 325	16 693	82,1	4,4	21,59
	2011	2 937	15 217	3 591	17 854	81,8	7,4	24,28
	2012	3 126	15 890	3 647	18 033	85,7	5,1	18,62

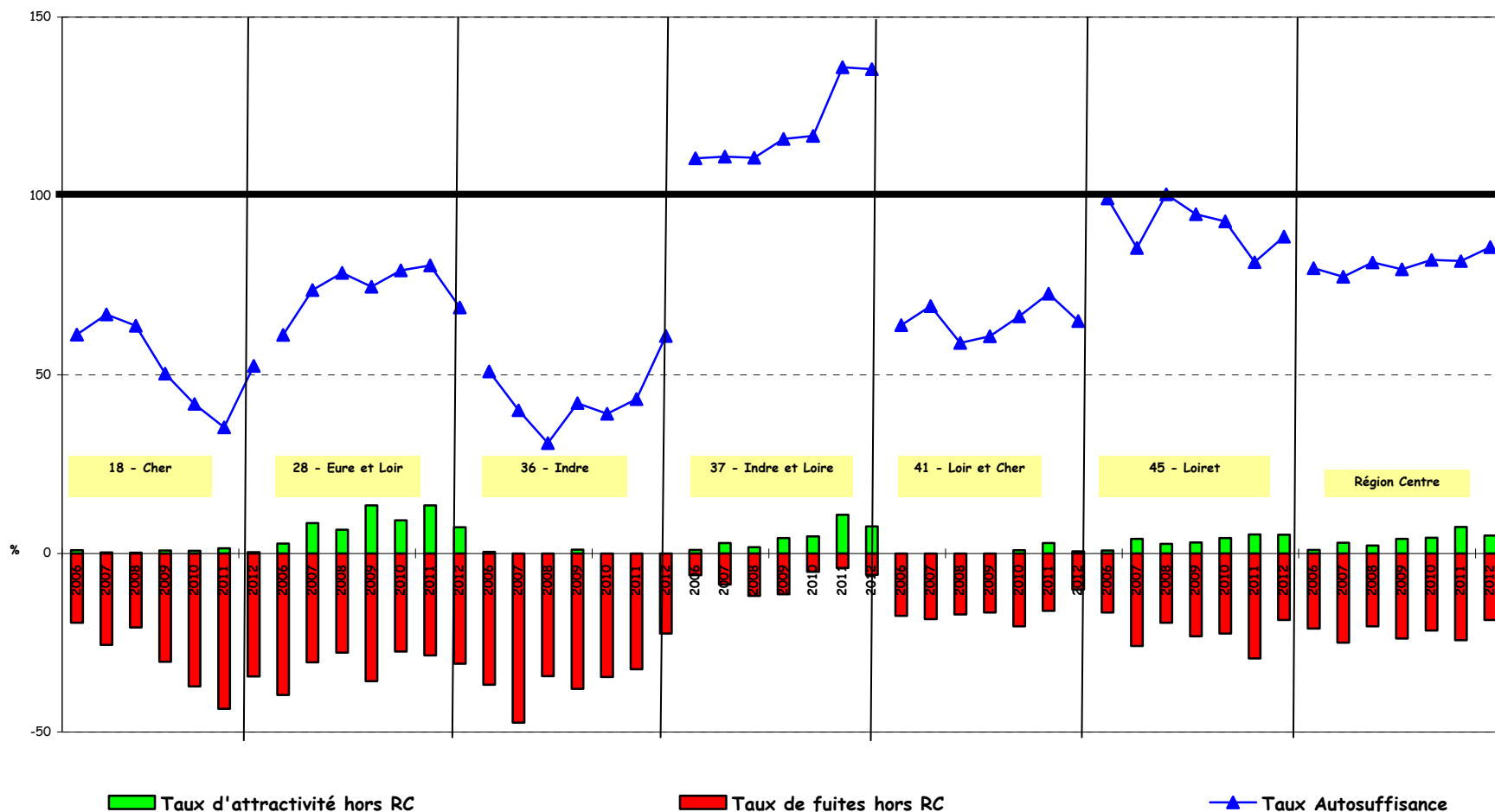
(1) Production de soins réalisée par les établissements de santé du département

(2) Consommation de soins des habitants du département

Autosuffisance EN SÉJOURS : Part de la prise en charge hospitalière dans le département des habitants du département

Attractivité EN SÉJOURS : Part des séjours réalisés dans le département pour des patients domiciliés hors Région Centre

Fuites EN SÉJOURS : Part des séjours réalisés en dehors de la Région Centre pour des patients domiciliés dans le département



Ce graphique fait apparaître une amélioration de l'**autosuffisance** de la région Centre (capacité à satisfaire les besoins en région, tous séjours confondus, de la population régionale et/ou départementale) de 80 à **86** %. Pour les fuites et l'attractivité, les taux se limitent à la population départementale traités hors région Centre (Fuites) et aux patients domiciliés hors région Centre pris en charge au niveau départemental (Attractivité). Compte tenu de l'offre de soins proposée en région Centre (1 seul centre de greffe de foie), la fuite ou l'attractivité au niveau de chaque département sont moins intéressantes que les flux extrarégionaux.

RÉSULTATS VI : PRODUCTION ET FUITES PAR SÉQUENCE THÉRAPEUTIQUE

Production Région Centre versus Fuites Extra Régionales par Séquence Thérapeutique
Évolution 2006-2012 des Séjours « POUR » Cancers de l'Appareil Hépatobiliaire

Prise en charge Hospitalière en Région Centre - Séjours 2006-2012							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Séjours HC Médicaux	1 022	1 020	1 054	1 064	1 131	1 192	1 291
Séjours HC Chirurgicaux	92	89	125	122	100	153	163
Toutes Greffes Hépatiques	0	0	0	0	0	16	27
Toutes Hépatectomies et Résections Hépatiques	31	36	51	48	46	67	69
<i>dont réalisées sous coelio</i>	4	4	7	5	7	22	33
Destruction par Radio-Fréquence	6	2	15	11	8	5	8
Chimio-Embolisation	9	13	14	31	32	39	62
Radio-Embolisation	0	0	0	0	0	0	0
Radiothérapie Stéréotaxique	0	0	0	0	33	87	64
Prise en charge Hospitalière hors Région Centre - Séjours 2006-2012							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Séjours HC Médicaux	352	328	377	337	373	351	309
Séjours HC Chirurgicaux	66	75	64	55	62	69	58
Toutes Greffes Hépatiques	12	19	12	12	14	17	4
Toutes Hépatectomies et Résections Hépatiques	33	34	31	30	28	27	37
<i>dont réalisées sous coelio</i>	5	4	4	4	5	6	5
Destruction par Radio-Fréquence	8	9	19	13	20	23	16
Chimio-Embolisation	79	67	70	79	83	72	102
Radio-Embolisation	0	0	1	0	3	0	13
Radiothérapie Stéréotaxique	0	0	0	0	0	3	7
Toutes radiothérapies conventionnelles	3	34	10	27	15	58	15
Toutes Chimiothérapies	382	392	304	379	306	404	281

- La greffe hépatique devient très exceptionnelle en dehors de notre région en 2012.
- Les hépatectomies et résections hépatiques sont pratiquées dans 65% des cas en région Centre au CHRU de Tours et quelques unes dans le Loiret (CHR Orléans et Clinique de la Présentation). Les 35% autres sont pratiquées au sein des établissements de l'AP-HP de Paris.
- La destruction par radio-fréquence concerne, depuis 2008, 20 à 25 malades annuellement. L'activité est relativement stable et se répartit en un tiers en région Centre et deux tiers à l'extérieur, quasi exclusive des Hôpitaux de l'AP-HP de Paris.
- La chimio-embolisation est en progression et est plus souvent réalisée hors de notre région : 3/4 au sein des Hôpitaux de l'AP-HP de Paris et 1/4 au CHU de Poitiers.
- Apparition en 2012 de la radio-embolisation, uniquement pratiquée en dehors de notre région au sein des Hôpitaux de l'AP-HP de Paris et de Poitiers dans des proportions identiques.
- La radiothérapie stéréotaxique est réalisée majoritairement dans la région

☞ Les résultats par établissements de santé sont détaillés ci-dessous pour chacune des séquences thérapeutiques (en séjours et en patients)

Patients/Séjours 2006-2012
par établissement de prise en charge (Production Régionale et Fuites)

Toutes Greffes Hépatiques														
	Patients							Séjours						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Prise en Charge Hospitalière en RC							16	27						
37 - Indre et Loire 37 - CHRU TOURS							16	27						
Prise en Charge Hospitalière hors RC	12	19	12	12	14	17	4	12	19	12	12	14	17	4
35 - CHU RENNES	3	8	3	4	2	1		3	8	3	4	2	1	
75 - AP-HP PARIS	8	11	9	8	12	16	4	8	11	9	8	12	16	4
87 - CHU LIMOGES	1							1						

Toutes Hépatectomies et Résections Hépatiques															
	Patients Annuels Distincts							Séjours							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Prise en Charge Hospitalière en RC	31	36	51	47	46	66	69	31	36	51	48	46	67	69	
18 - Cher		1		1	2	1		1	1		1	2	1		
18 - CH BOURGES															
18 - CL MARIE IMMACULEE	1							1							
18 - CL DES GRAINETIERES			1							1					
18 - CL G. DE VARVE			2	1	1					2	1	1			
28 - Eure et Loir			2			1	1			2			1	1	
28 - CH DREUX															
28 - CH CHARTRES					1							1			
28 - CL ST FRANCOIS		1							1						
36 - Indre	1			1			1	1			1			1	
36 - CL ST FRANCOIS															
37 - Indre et Loire			1							1					
37 - CL JEANNE D ARC													1		
37 - CL SAINT-GATIEN						1									
37 - ALLIANCE	1		1				1	1		1				1	
37 - CHRU TOURS	17	20	27	26	33	47	55	17	20	27	26	33	48	55	
37 - PSLV			1	1			1			1	1			1	
41 - Loir et Cher		1		1	1				1		1		1		
41 - CH BLOIS															
41 - POLYCL BLOIS			3	1	1	1				3	1	1	1		
41 - CL DU SAINT COEUR	1		1		1	1		1		1		1	1		
45 - Loiret	5	2	8	7	4	9	5	5	2	8	7	4	9	5	
45 - CHR ORLEANS															
45 - CH AGGLO MONTARGOISE	2							2							
45 - CL DE LA PRESENTATION	3	7	3	3	2	3	3	3	7	3	4	2	3	3	
45 - POLYCL JEANNE D'ARC		1							1						
45 - CL L'ARCHETTE		1	1			1	2		1	1			1	2	
45 - POLYCL LONGUES ALLEES		2		5	1				2		5	1			
Prise en Charge Hospitalière hors RC	33	34	31	30	28	27	37	33	34	31	30	28	27	37	
33 - CHU BORDEAUX		1							1						
35 - CHU RENNES	1	1	1		1	1		1	1	1		1	1		
58 - CL DU NOHAIN		1							1						
63 - CHU CLERMONT-FERRAND	1				1	1		1				1	1		
69 - CLCC LEON BERARD DE LYON	1							1							
72 - SA CL CHIR LE PRE-PASTEUR	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	
75 - AP-HP PARIS	25	28	26	26	23	20	32	25	28	26	26	23	20	32	
78 - CH RAMBOUILLET			1							1					
78 - CENTRE MEDICO-CHIR PARLY II						1							1		
86 - CHU LA MILETRIE				1	1		1				1	1		1	
87 - CHU LIMOGES	3	1	1	2	1		1	3	1	1	2	1		1	
92 - CLCC R HUGUENIN ST CLOUD						1							1		
92 - HOPITAL PRIVE ANTONY							1							1	
94 - INSTITUT GUSTAVE ROUSSY						1								1	

Destruction par Radio-Fréquence

	Patients Annuels Distincts							Séjours						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Prise en Charge Hospitalière en RC	6	2	15	11	8	5	8	6	2	15	11	8	5	8
37 - Indre et 37 - CHRU TOURS	4		9	6	5	3	8	4		9	6	5	3	8
45 - Loiret 45 - CHR ORLEANS	2	2	6	5	3	2		2	2	6	5	3	2	
Prise en Charge Hospitalière hors RC	8	9	13	9	18	21	14	8	9	19	13	20	23	16
21 - CHU DIJON					1							1		
25 - CHU BESANCON			1							1				
33 - CHU BORDEAUX		1		1	1				1		1	1		
35 - CHU RENNES				1							1			
63 - CHU CLERMONT-FERRAND						3							3	
72 - SA CL CHIR LE PRE-PASTEUR							2							3
75 - AP-HP PARIS	8	8	11	6	15	17	9	8	8	17	10	17	19	10
86 - CHU LA MILETRIE			1		1					1		1		
87 - CHU LIMOGES				1			2				1			2
92 - HÔPITAL DES ARMÉES PERCY							1							1
94 - INSTITUT GUSTAVE ROUSSY						1							1	

Chimio-Embolisation

	Patients Annuels Distincts							Séjours						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Prise en Charge Hospitalière en RC	8	10	11	26	25	31	44	9	13	14	31	32	39	62
37 - Indre et 37 - CHRU TOURS	4	9	11	23	22	27	41	5	12	14	27	28	34	56
45 - Loiret 45 - CHR ORLEANS	4	1		3	3	4	3	4	1		4	4	5	6
Prise en Charge Hospitalière hors RC	56	56	58	61	62	57	69	79	67	70	79	83	72	102
06 - INSTITUT ARNAULT TZANCK	1							2						
21 - CHU DIJON					1		1					2		2
33 - CHU BORDEAUX				1	1						1	1		
35 - CHU RENNES		1	4	3		1	1		1	5	3		3	1
49 - CHU ANGERS			1	1		1				1	1		1	
63 - CHU CLERMONT-FERRAND			1	2	1	2	1			1	3	1	3	1
72 - SA CL CHIR LE PRE-PASTEUR	1		1	1	4			1		1	1	6		
75 - AP-HP PARIS	51	49	48	50	43	34	44	71	59	57	66	60	43	72
86 - CHU LA MILETRIE		1	1	1	10	17	21		1	3	2	10	19	25
87 - CHU LIMOGES	2	4		1	1			4	5		1	2		
91 - CH SUD-FRANCIEN					1							1		
92 - HÔPITAL DES ARMÉES PERCY						2	1						3	1
94 - INSTITUT GUSTAVE ROUSSY	1	1	2	1				1	1	2	1			

Radio-Embolisation

	Patients Annuels Distincts					Séjours				
	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012
Prise en Charge Hospitalière hors RC	1		2		8	1		3		13
35 - CRLCC E MARQUIS RENNES	1					1				
75 - AP-HP PARIS			2		5			3		8
86 - CHU LA MILETRIE					3					5

Radiothérapie Stéréotaxique

	Patients Annuels Distincts			Séjours		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Prise en Charge Hospitalière en RC	7	17	16	33	87	64
37 37 - CHRU TOURS	2	15	13	6	75	51
45 45 - CHR ORLEANS	5	2	3	27	12	13
Prise en Charge Hospitalière hors RC	2	2		3	7	
75 - AP-HP PARIS		2	1	3	1	
94 - INSTITUT GUSTAVE ROUSSY			1		6	

RÉSULTATS VII : MATRICE PRODUCTION/CONSOMMATION ET CARTOGRAPHIE

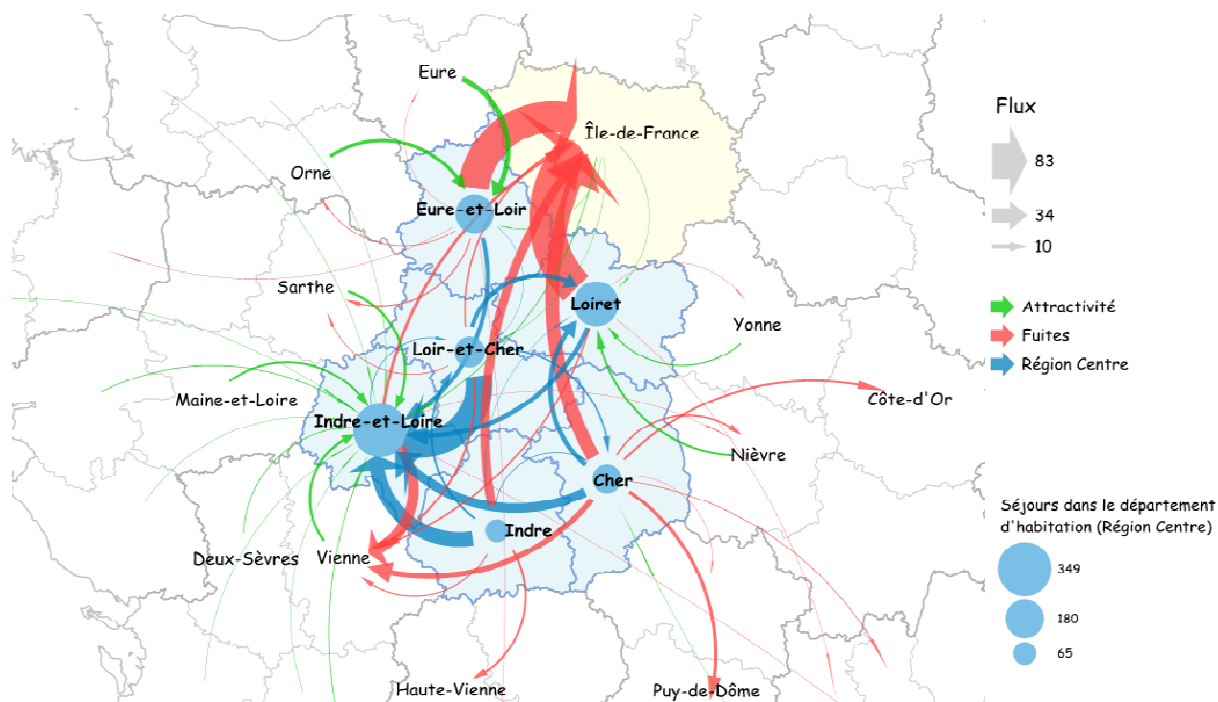
Cancer de l'Appareil Hépatobiliaire : HOSPITALISATION COMPLÈTE MÉDICALE 2006-2012

	2006							2007							2008							2009							2010							2011							2012													
	Centre						Autre	Centre						Autre	Centre						Autre	Centre						Autre	Centre						Autre	Centre						Autre														
Séjours réalisés en RC	18	28	36	37	41	45		18	28	36	37	41	45		18	28	36	37	41	45		18	28	36	37	41	45		18	28	36	37	41	45		18	28	36	37	41	45		18	28	36	37	41	45		18	28	36	37	41	45	
18-Cher	114						2	149						1	98						1	82						2	87						4	78						2	102						4							
28-Eure-et-Loir		134					8		156					13		158					16		195					23		196					4		176					1		180					2							
36-Indre			67				1			58				1			50				8			60				1			79				3			57				1			65				1							
37-Indre-et-Loire				25			5				17			9				32			8				22			9				34			25				25			35				22			10							
41-Loir-et-Cher					230		5					225		27					24		3					248		31					31		2					34		349														
45-Loiret						120	8						107	1						121	10						113	7						94	2						118	2						113	2							
Séjours Hors RC	59	71	84	25	47	66		95	58	39	27	25	84		71	75	72	39	30	90		41	78	48	36	48	86		65	79	54	29	34	112		60	83	56	20	23	109		65	81	29	34	11	89								
7-Ile-de-France	50	57	24	9	38	64		70	50	15	9	20	79		52	65	39	18	24	88		29	73	33	18	44	85		51	61	32	8	29	105		33	77	31	3	15	101		32	73	21	7	4	83								
8-Dépts Limitrophes	4	7	53	9	1			22	1	21	4	1			9	7	31	4	1			6	2	15	5	3	1		10	12	18	15	2			16	1	23	13	6	2		18	6	8	26	7	5								
9-Autres dépts	5	7	7	7	8	2		3	7	3	14	5	4		10	3	2	17	5	2		6	3		13	1			4	6	4	6	3	7		11	5	2	4	2	6		15	2		1		1								

Cancer de l'Appareil Hépatobiliaire : HOSPITALISATION COMPLÈTE CHIRURGICALE 2006-2012

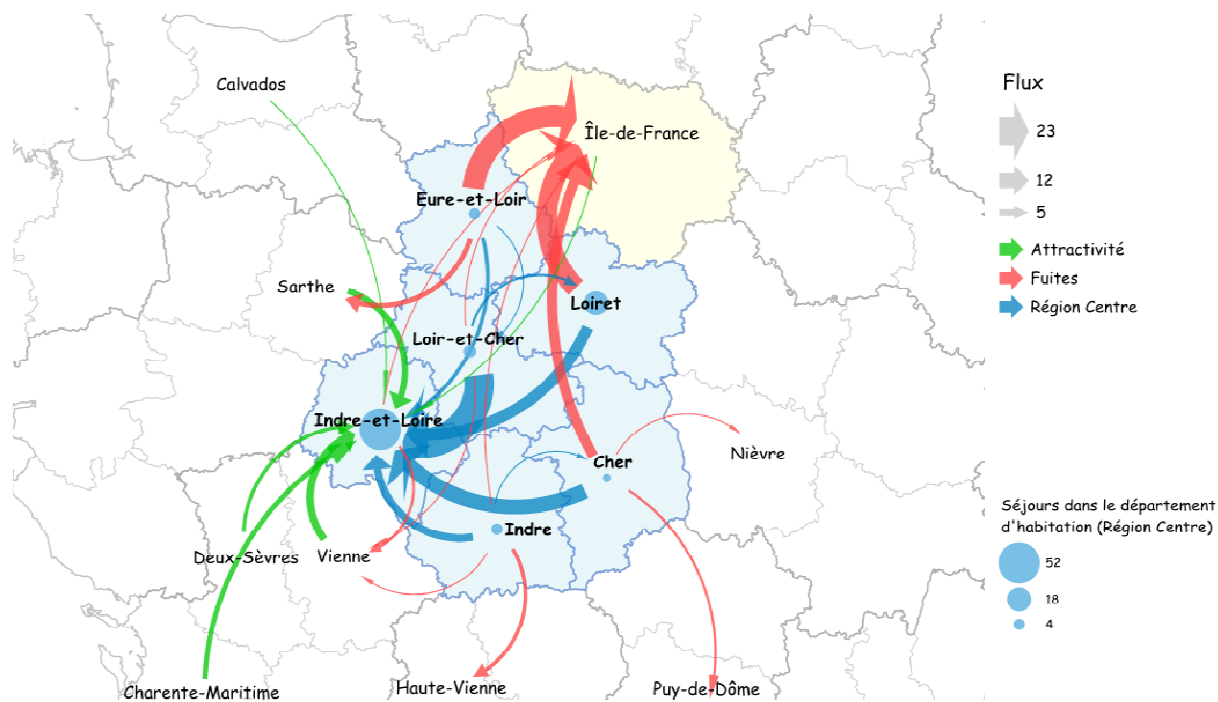
	2006							2007							2008							2009							2010							2011							2012																				
	Centre						Autre	Centre						Autre	Centre						Autre	Centre						Autre	Centre						Autre	Centre						Autre																					
Séjours réalisés en RC	18	28	36	37	41	45		18	28	36	37	41	45		18	28	36	37	41	45		18	28	36	37	41	45		18	28	36	37	41	45		18	28	36	37	41	45		18	28	36	37	41	45		18	28	36	37	41	45								
18-Cher	10							7							9							5							10							6							14							14													
28-Eure-et-Loir		2					1		8					1		10					3		9							3					1		4					1		4					1		4					1							
36-Indre			5							1							3							2							1							2							5							50							9				
37-Indre-et-Loire				2			1				2			1				4			3				3			1				24			9				3			1				24			4														
41-Loir-et-Cher					23		1					29		5					31		5					31		5					9		1					24		1					13		2														
45-Loiret						6							6							7							7							13							8							10							1								
Séjours Hors RC	13	17	13	6	5	12		16	15	8	7	9	20		14	15	6	6	11	12		7	15	7	7	4	15		6	19	7	6	4	20		14	19	4	4	3	25		11	21	5	3	2	16															
7-Ile-de-France	12	13	4	5	4	12		13	11	1	2	8	18		11	13	3	5	8	12		6	13	2	4	4	15		3	15	4	3	4	19		9	15	3	4	3	24		8	17	1	1	1	16															
8-Dépts Limitrophes		2	8					3	2	5	1				1	2	2					1	1	4					2	4	3					2	4	1					2	4	1					1	4	4	2	1									
9-Autres dépts	1	2	1	1	1			2	2	5	1	1			2	1	1	3				1	1	3					1			3				3							2																				

Cancer de l'Appareil Hépatobiliaire : Hospitalisation Complète Médicale
Flux intra et extra-régionaux en nombre de séjours, Région Centre 2012



Les fuites médicales se font principalement vers l'Île-de-France et la Vienne (Poitiers), les flux intra-régionaux du Loir-et-Cher, de l'Indre et du Cher vers Tours

Cancer de l'Appareil Hépatobiliaire : Hospitalisation Complète Chirurgicale
Flux intra et extra-régionaux en nombre de séjours, Région Centre 2012



Les fuites chirurgicales se font principalement vers l'Île-de-France en provenance de l'Eure-et-Loir, du Loiret et du Cher, et elles sont minimales vers les départements limitrophes. Les flux intra-régionaux se font du Loir-et-Cher, du Cher, du Loiret et de l'Indre vers Tours, qui attire également le Poitou-Charentes, la Sarthe et le Calvados.

Cancer de l'Appareil Hépatobiliaire : Flux 2012 en HC Médicale (séjours) par établissements

		Domiciliation						Autre
		Centre						
		18	28	36	37	41	45	
Séjours réalisés en région Centre		135	191	107	351	189	254	64
18-Cher	<i>Sous-Total</i>	102		2		4		1
	18 - CH BOURGES	57		2				1
	18 - CH ST AMAND MONTROND	9						
	18 - CH VIERZON	17				4		
	18 - CL DES GRAINETIERES	4						
	18 - CL G DE VARVE	15						
28-Eure-et-Loir	<i>Sous-Total</i>		180					21
	28 - CH CHARTRES		70					
	28 - CH CHATEAUDUN		5					
	28 - CH DREUX		49					16
	28 - CH NOGENT LE ROTROU		6					1
	28 - CL NOTRE DAME DE BON SECOURS		9					2
	28 - CL CARDIO MAISON BLANCHE							1
	28 - CL ST FRANCOIS		37					1
	28 - HL LA LOUPE		4					
36-Indre	<i>Sous-Total</i>			65				
	36 - CTRE CONVALESCENCE ET DIETE			5				
	36 - CH CHATEAUROUX			46				
	36 - CH ISSOUDUN			7				
	36 - CH LA CHATRE			2				
	36 - CH LE BLANC			4				
	36 - CL ST FRANCOIS			1				
37-Indre-et-Loire	<i>Sous-Total</i>	22	10	34	349	62	11	31
	37 - ALLIANCE			3	13	5		2
	37 - CH CHINONNAIS				14			3
	37 - CH LOCHES			5	9			
	37 - CHI AMBOISE- CHATEAU RENAULT				8			
	37 - CHRU TOURS	22	10	26	277	56	11	25
	37 - CL SAINT-GATIEN				2			1
	37 - ETS SSR SLD DE LUYNES				1			
	37 - HL SAINTE MAURE				2			
	37 - PSLV				23	1		
41-Loir-et-Cher	<i>Sous-Total</i>		1	5	2	113		2
	41 - CH BLOIS			3		59		1
	41 - CH ROMORANTIN LANTHENAY			1		6		1
	41 - CH VENDOME		1			28		
	41 - HL ST AIGNAN SUR CHER				1	3		
	41 - HL MONTOIRE SUR LE LOIR					1		
	41 - POLYCL BLOIS			1	1	16		
45-Loiret	<i>Sous-Total</i>	11		1		10	243	9
	45 - CH AGGLO MONTARGIS						22	1
	45 - CH GIEN	2					9	5
	45 - CH PITHIVIERS						5	
	45 - CHR ORLEANS					8	180	
	45 - CL DE LA PRESENTATION						4	
	45 - CL DE LA REINE BLANCHE						3	
	45 - CL L'ARCHETTE						1	
	45 - HL BEAUGENCY					2	3	
	45 - HL PIERRE LEBRUN						1	
	45 - HL SULLY						2	
	45 - POLYCL DES MURLINS						8	
	45 - POLYCL JEANNE D'ARC	9		1			4	3
	45 - POLYCL LONGUES ALLEES						1	

		Domiciliation						Autre
		Centre						
		18	28	36	37	41	45	
Séjours réalisés hors région Centre		65	81	29	34	11	89	
Ile-de-France	<i>Sous-Total</i>	32	73	21	7	4	83	
	75 - AP-HP PARIS	29	58	20	7	3	70	
	75 - CL BACHAUMONT		2					
	75 - CL DU TROCADERO		2			1	2	
	75 - GH DIACONESSES-CROIX ST-SIMON	1						
	75 - HÔPITAL ARMÉES VAL-DE-GRACE						1	
	77 - CH NEMOURS						1	
	77 - POLYCL DE LA FORET						1	
	78 - CH RAMBOUILLET		4					
	78 - HL HOUDAN		4					
	78 - HOPITAL PRIVE OUEST		1					
	91 - CHI SUD ESSONNE-ETAMPES						3	
	92 - CC MARIE LANNELONGUE		1					
	92 - HOPITAL PRIVE ANTONY		1					
	92 - HÔPITAL ARMÉES PERCY						2	
	94 - CL BERCY			1				
	94 - INSTITUT GUSTAVE ROUSSY	2					3	
Départements Limitrophes	<i>Sous-Total</i>	18	6	8	26	7	5	
	03 - CH MONTLUCON	1						
	27 - CH DE VERNEUIL		1					
	58 - CH DE NEVERS	2			1			
	58 - POLYCL DU VAL DE LOIRE	2						
	61 - CH ALENCON		1					
	61 - CH L' AIGLE		1					
	72 - CH SAINT-CALAIS					2		
	72 - SA CL CHIR LE PRE-PASTEUR		3					
	86 - CH CHATELLERAULT				4			
	86 - CHU LA MILETRIE	13		3	20	5	4	
	86 - POLYCL POITIERS				1			
	87 - CHU LIMOGES			5				
	89 - CH TONNERRE						1	
Autres Départements	<i>Sous-Total</i>	15	2		1		1	
	06 - POLYCL SAINT-JEAN				1			
	21 - CHU DIJON	5						
	31 - CHR TOULOUSE		1					
	35 - CHU RENNES		1					
	42 - CHU SAINT ETIENNE						1	
	63 - CHU CLERMONT-FERRAND	6						
	63 - CL LA PLAINE - CLERMONT	1						
	63 - CLCC CLERMONT-FERRAND	1						
	69 - CLCC LEON BERARD DE LYON	2						

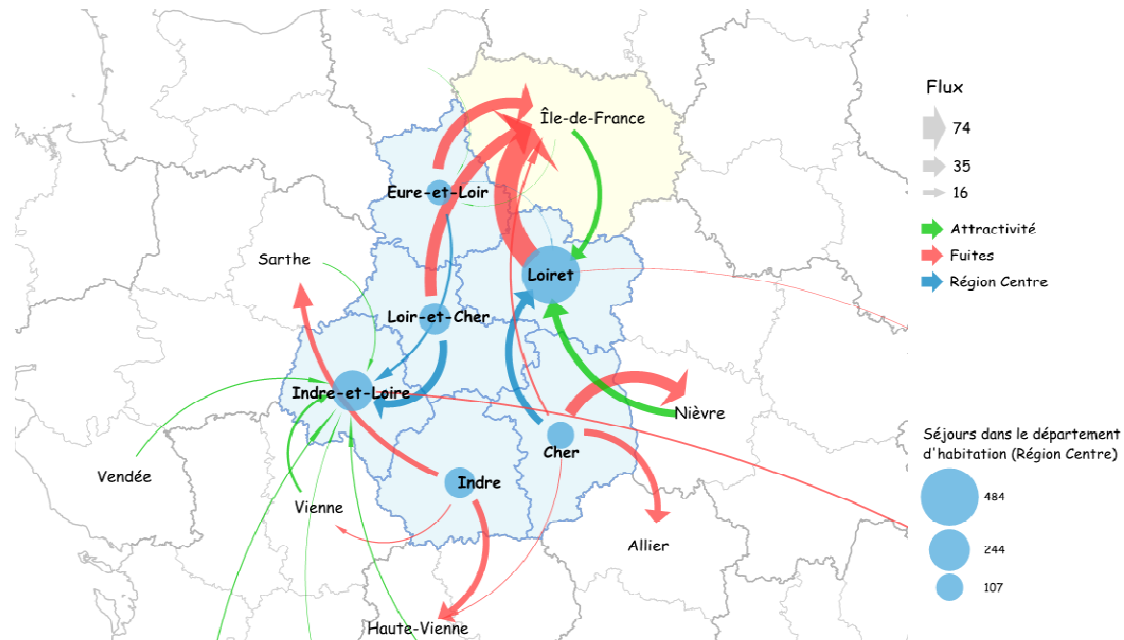
Cancer de l'Appareil Hépatobiliaire : Flux 2012 en HC Chirurgicale (séjours) par établissements

		Domiciliation						Autre
		Centre						
		18	28	36	37	41	45	
Séjours réalisés en région Centre		14	8	11	52	30	27	21
18-Cher	<i>Sous-Total</i>	2		1				
	18 - CL DES GRAINETIERES	1						
	18 - CL G DE VARYE	1		1				
28-Eure-et-Loir	<i>Sous-Total</i>		4					
	28 - CH CHARTRES		2					
	28 - CH DREUX		1					
	28 - CL ST FRANCOIS		1					
36-Indre	<i>Sous-Total</i>			4				
	36 - CH CHATEAUROUX			1				
	36 - CL ST FRANCOIS			3				
37-Indre-et-Loire	<i>Sous-Total</i>	12	3	6	52	23	9	21
	37 - ALLIANCE			1	4			
	37 - CHRU TOURS	11	3	5	47	22	9	20
	37 - CL SAINT-GATIEN	1				1		1
	37 - PSLV				1			
41-Loir-et-Cher	<i>Sous-Total</i>		1			5		
	41 - CH BLOIS					4		
	41 - CL DU SAINT COEUR		1					
	41 - POLYCL BLOIS					1		
45-Loiret	<i>Sous-Total</i>					2	18	
	45 - CHR ORLEANS						8	
	45 - CL DE LA PRESENTATION					1	3	
	45 - CL L'ARCHETTE					1	3	
	45 - POLYCL JEANNE D'ARC						1	
	45 - POLYCL LONGUES ALLEES						3	
Séjours réalisés hors région Centre		11	21	5	3	2	16	
Ile-de-France	<i>Sous-Total</i>	8	17	1	1	1	16	
	75 - AP-HP PARIS	8	16	1	1	1	15	
	78 - CH RAMBOUILLET		1					
	92 - HOPITAL PRIVE ANTONY						1	
Départements Limitrophes	<i>Sous-Total</i>	1	4	4	2	1		
	58 - POLYCL DU VAL DE LOIRE	1						
	72 - CH LE MANS		1					
	72 - SA CL CHIR LE PRE-PASTEUR		3					
	86 - CHU LA MILETRIE			1	1	1		
	86 - POLYCLNIQUE DE POITIERS				1			
	87 - CHU LIMOGES			3				
Autres Départements	<i>Sous-Total</i>	2						
	63 - CHU CLERMONT-FERRAND	1						
	63 - CLCC CLERMONT-FERRAND	1						

Cancer de l'Appareil Hépatobiliaire : SÉANCES 2006-2012

		PRISE EN CHARGE EN SÉANCES																																															
	2006						2007						2008						2009						2010						2011						2012												
	Centre						Centre						Centre						Centre						Centre						Centre																		
	18	28	36	37	41	45	Autre	18	28	36	37	41	45	Autre	18	28	36	37	41	45	Autre	18	28	36	37	41	45	Autre	18	28	36	37	41	45	Autre	18	28	36	37	41	45	Autre							
Séjours RC	213	132	120	306	152	434	1	189	76	87	164	209	348	35	317	97	96	219	154	472	16	149	65	34	142	219	435	42	36	81	81	294	213	394	29	76	101	101	235	230	401	111	129	101	134	244	171	484	65
18-Cher	173				2		1	171							245		5					98							10							27							107						
28-Eure-et-Loir		132							64							97							65							81							93							92					
36-Indre			105						66							44							24							43							87							134					
37-Indre-et-Loire			10	306	10				20	164				3		34	219	3	8			4	1	136	24			10		7	288	16			2	6	3	4	235	21		42		8		244	25		25
41-Loir-et-Cher			5		118				1		201					13		89					9		139					29		168					1		202			6				146			
45-Loiret	40					22	434	18	12			8	348	21	72				62	464	15	47			6	56	435	27	26	2	6	29	394	20	43	5	9		7	401	42	22	1			484	38		
Séjours hors RC	31	107	51	6	17	74		18	44	106	3	50	120		34	18	26	25	25	81		86	55	28	18	39	106	37	24	43	1	55	67		89	16	49	3	55	175		69	35	41	6	37	76		
7-Ile-de-France		78	30	6	16	74		4	44	58	3	50	119		25	17		24	25	81		34	21		6	39	104	24	21	6		46	67		28	16	21		53	171		7	35			37	74		
8-Dépts Limitrophes	31	29	19					14	48						8	1	26					52	34	28			1		13	3	26	1				61		13	3				62		41				
9-Autres dépts			2		1							1			1		1								12	1				11		9					15		2	4				6			2		

Cancer de l'Appareil Hépatobiliaire : Séances
Flux intra et extra-régionaux en nombre de séjours, Région Centre 2012



CONCLUSION

La commande initiale de l'ARS à l'UREH ciblait l'hépatocarcinome (CHC carcinome hépatocellulaire), car de loin le plus fréquent des cancers primitifs du foie, d'incidence croissante liée à la poussée des cirrhoses post-hépatite C et des stéatopathies des maladies métaboliques chroniques ; enfin l'ouverture d'un centre de transplantation hépatique en région Centre en 2011 justifiait un suivi de l'activité hospitalière. Des imprécisions de codage avec un quart des patients étiquetés avec plusieurs localisations cancéreuses au sein de l'appareil hépatobiliaire ont compliqué le ciblage et l'analyse au vu du PMSI des hépatocarcinomes. Il a donc été nécessaire d'analyser dans un premier temps l'activité liée aux tumeurs malignes de l'ensemble de l'appareil hépatobiliaire, présentée dans ce rapport.

La cohorte annuelle des patients domiciliés et/ou traités en région Centre augmente d'environ 16% sur la période pour atteindre 1 150 patients en 2012.

Une **analyse épidémiologique** restreinte aux patients domiciliés en région Centre de 2006 à 2012 (environ 700 nouveaux patients par an : 480 hommes et 230 femmes en 2012) met en évidence une **population à prédominance masculine et âgée**, avec 1 patient sur 2 de plus de 70 ans. Le **pronostic est sévère** : 25% de cas métastatiques et 38% de létalité hospitalière en moyenne 1 an après l'entrée dans la cohorte hospitalière. L'analyse globale de la mortalité au vu des certificats de décès retrouve environ 300 décès annuels chez l'homme et 130 chez la femme, dont environ 65% surviennent à l'hôpital. **L'étiologie alcoolique et le terrain métabolique lié au mode et conditions de vie (alimentation et sédentarité) sont de loin les plus fréquents**, en 1^{ère} étiologie l'alcool chez l'homme, le terrain métabolique chez la femme.

En ce qui concerne la consommation d'alcool, la région Centre ne diffère pas de la moyenne nationale (7) sauf la consommation hebdomadaire d'alcool fort (19,5% versus 15,7% d'usagers en 2010). Pour la région Centre, la prévalence de l'obésité (8) est de 17 % en 2012 (+7% en 15 ans), nettement supérieure à celle de la France entière (15%). **Leur prévention est donc un impératif majeur**, au même titre pour le cancer que pour enrayer l'« épidémie » de diabète et d'obésité.

Alors que le nombre de patients pris en charge en région Centre augmente de 20%, l'activité produite en région Centre augmente en parallèle, et change de nature et de lieu au cours de la période.

L'activité chirurgicale augmente avec l'apparition de greffe de Foie en 2011 (seuls 4 patients sont greffés pour cancer hors région, en 2012) et le **doublent des hépatectomies**, activité chirurgicale majoritairement réalisée au CHRU de Tours qui draine les patients du Loir-et-Cher, du Cher, de l'Indre, du Loiret, mais aussi des départements limitrophes. Il reste encore des fuites conséquentes (environ 30 patients/an) du nord de la région vers l'AP-HP de Paris.

La destruction par **radiofréquence depuis 2008**, concerne 20 à 25 malades annuellement. L'activité est relativement stable et se répartit en un tiers en région Centre et deux tiers à l'extérieur, quasi exclusive des Hôpitaux de l'AP-HP de Paris.

Parmi les traitements dits palliatifs, la **chimio-embolisation est en progression** en région Centre, réalisée localement dans 40% des cas (44 patients), 40% au sein des Hôpitaux de l'AP-HP de Paris (44 patients) et 20% au CHU de Poitiers (21 patients).

Apparition en **2012 de la radio-embolisation** (8 patients) réalisée hors région, et en **2010 de la radiothérapie stéréotaxique** (16 patients tous pris en charge en région Centre).

Relativement stables en nombre (environ 300 hospitalisations) **les séjours avec soins de support palliatifs représentent un quart des séjours médicaux.**

Ce travail va se poursuivre avec la prise en compte des données 2013. Les difficultés de sélection de la population de référence atteinte de cancer hépatobiliaire, et plus spécifiquement du carcinome hépatocellulaire, liées à une qualité du codage imparfaite vont nous conduire à une sélection plus restreinte en cas « certains » au vu du codage, pour tenter une analyse plus fine de leur parcours de soins.

Bibliographie

- 1) Epidemiologie Hospitaliere du Cancer des habitants de la Région Centre, PMSI 2006 - 2010, rapport UREH, https://www.sante-centre.fr/portail_v1/gallery_files/site/133/976/1719/2955/2960.pdf
- 2) ZHU AX, CHABNER BA, TANABE K. New Trends and Novel Treatment for Hepatocellular Carcinoma: A Global Perspective. The Oncologist 2010, 15:1-4
- 3) ANGELIS R, SANT M, COLEMAN M et all. Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age : results of EUROCORE-5, a population-based study. Lancet oncol 2014; 15:23-34
- 4) EASL-EORTC Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma. Journal of Hepatology 2012 vol. 56 j 908-943
- 5) Cancer primitif du Foie- Guide ALD, HAS, novembre 2010
- 6) CLEMENT B. Séance dédiée aux carcinomes hépatocellulaires Bull. Acad. Natle Med, 2012,196, 1 :75-84
- 7) BECK F., GUIGNARD R., LÉON C., RICHARD J.-B. Atlas des usages de substances psychoactives 2010 - Analyses régionales du Baromètre Santé de l'Inpes. Saint-Denis : Inpes, coll. Etudes santé territoires, 2013 : 104p.
- 8) Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité - ObÉpi-Roche, 6^{ième} Edition 2012 : 60p.
- 9) JANORAY G., CHAPET S., RUFFIER-LOUBIÈRE A. et all. Cancer/Radiothérapie 18 (2014) 191-197

ANNEXES

K70 Maladie alcoolique du foie

K700 Cirrhose alcoolique graisseuse du foie

K701 Hépatite alcoolique

K702 Fibrose et sclérose alcoolique du foie

K703 Cirrhose alcoolique (du foie)

Comprend: Cirrhose alcoolique SAI

K704 Insuffisance hépatique alcoolique

Comprend: Insuffisance hépatique alcoolique (* SAI, * aiguë, * avec ou sans coma hépatique, * chronique, * subaiguë)

K709 Maladie alcoolique du foie, sans précision

K71 Maladie toxique du foie

Comprend:

Lésion hépatique idiosyncrasique (imprévisible) médicamenteuse

Lésion hépatique toxique (prévisible) médicamenteuse

Utiliser un code supplémentaire de cause externe (chapitre XX) pour identifier l'agent toxique

A l'exclusion de: Maladie alcoolique du foie (K70.-), Syndrome de Budd-Chiari (I82.0)

K710 Maladie toxique du foie avec cholestase

Comprend:

Cholestase avec lésion des hépatocytes

Cholestase pure

K711 Maladie toxique du foie avec nécrose hépatique

Comprend: Insuffisance hépatique (aiguë) (chronique) médicamenteuse

~~K712 Maladie toxique du foie avec hépatite aiguë~~

K713 Maladie toxique du foie avec hépatite chronique persistante

K714 Maladie toxique du foie avec hépatite chronique lobulaire

K715 Maladie toxique du foie avec hépatite chronique active

Comprend: Maladie toxique du foie avec hépatite lupoïde

K716 Maladie toxique du foie avec hépatite, non classée ailleurs

K717 Maladie toxique du foie avec fibrose et cirrhose du foie

K718 Maladie toxique du foie avec d'autres lésions du foie

Comprend: Maladie toxique du foie avec : * granulomes hépatiques, * hyperplasie nodulaire en foyer, * maladie veino-occlusive du foie, * pélioïse hépatique

K719 Maladie toxique du foie, sans précision

K72 Insuffisance hépatique, non classée ailleurs

Comprend:

Atrophie ou dystrophie jaune du foie

Coma hépatique SAI

Encéphalopathie hépatique SAI

Hépatite : * aiguë NCA, avec insuffisance hépatique, * fulminante NCA, avec insuffisance hépatique, * maligne NCA, avec insuffisance hépatique

Nécrose des hépatocytes avec insuffisance hépatique

A l'exclusion de:

Hépatite virale (B15-B19)

Ictère du fœtus et du nouveau-né (P55-P59)

*Insuffisance hépatique : * alcoolique (K70.4), * avec maladie toxique du foie (K71.1), * compliquant avortement, grossesse extra-utérine ou molaire (O00-O07-O08.8), * compliquant grossesse, accouchement et puerpéralité (O26.6)*

K720 Insuffisance hépatique aiguë et subaiguë

K721 Insuffisance hépatique chronique

K729 Insuffisance hépatique, sans précision

K74 Fibrose et cirrhose du foie

A l'exclusion de: Avec maladie toxique du foie (K717), Cirrhose du foie (* alcoolique (K70.3), * congénitale (P78.8), Fibrose alcoolique du foie (K70.2), Sclérose du foie d'origine cardiaque (K76.1))

K740 Fibrose hépatique

K741 Sclérose hépatique

K742 Fibrose hépatique, avec sclérose hépatique

K743 Cirrhose biliaire primitive

Comprend: Angiocholite destructive chronique, non suppurée

K744 Cirrhose biliaire secondaire

K745 Cirrhose biliaire, sans précision

K746 Cirrhoses (du foie), autres et sans précision

Comprend: Cirrhose du foie (* SAI, * cryptogénique, * de type mixte, * macronodulaire, * micronodulaire, * portale, * post-nécrotique)

K75 Autres maladies inflammatoires du foie

A l'exclusion de: Hépatite : * aiguë ou subaiguë (K72.0), * chronique NCA (K73.-), * virale (B15-B19)
Maladie toxique du foie (K71.-)

~~K750 Abscès du foie~~

~~**Comprend:** Abscès hépatique : * SAI, * angiocholique, * hématogène, * lymphogène, * pyléphlébitique~~

~~**A l'exclusion de:** Abscès amibien du foie (A064), Angiocholite sans abcès du foie (K830), Pyléphlébite sans abcès du foie (K75.1)~~

~~K751 Phlébite de la veine porte~~

~~Comprend: Pyléphlébite~~

~~**A l'exclusion de:** Abscès pyléphlébitique du foie (K750)~~

K752 Hépatite réactive non spécifique

K753 Hépatite granulomateuse, non classée ailleurs

K754 Hépatite auto-immune

K758 Autres maladies inflammatoires précisées du foie

Comprend : Stéatohépatite non alcoolique (NASH)

K759 Maladie inflammatoire du foie, sans précision

Comprend: Hépatite SAI

K76 Autres maladies du foie

A l'exclusion de: Dégénérescence amyloïde du foie (E85.-), Hépatomégalie SAI (R16.0), Maladie alcoolique du foie (K70.-), Maladie kystique du foie (congénitale) (Q44.6), Thrombose de la veine hépatique (I82.0), Thrombose de la veine porte (I81)

K760 Dégénérescence graisseuse du foie, non classée ailleurs

Comprend : Stéatopathie hépatique non alcoolique (NAFLD)

A l'exclusion de : Stéatohépatite non alcoolique (K758)

K766 Hypertension portale

K767 Syndrome hépato-rénal

A l'exclusion de: Consécutif au travail et à l'accouchement (O90.4)

K768 Autres maladies précisées du foie

Comprend: Hépatoptose, Hyperplasie hépatique nodulaire focale, kyste simple du foie

K769 Maladie du foie, sans précision

R18 Ascite

I81 Thrombose de la veine porte

Comprend:

Obstruction de la veine porte

I85 Varices oesophagiennes

I850 Varices oesophagiennes hémorragiques

I859 Varices oesophagiennes, (non hémorragiques)

Comprend:

Varices oesophagiennes SAI

K92 Autres maladies du système digestif

A l'exclusion de : Hémorragies gastrointestinales néonatales (P54.0-P54.3)

K920 Hématémèse

K921 Mélaena

A l'exclusion de: Présence occulte de sang dans les selles (R19.5)

K922 Hémorragie gastro-intestinale, sans précision

Comprend: Hémorragie (gastrique SAI, * intestinale SAI)*

A l'exclusion de: Avec ulcère digestif (K25-K28); Gastrite hémorragique aiguë (K29.0); Hémorragie de l'anus et du rectum (K62.5)

~~K928 Autres maladies précisées du système digestif~~

~~K929 Maladie du système digestif, sans précision~~

E831 Anomalies du métabolisme du fer

Comprend: Hémochromatose

✓ *Hépatites chroniques virales*

B18 Hépatite virale chronique

B180 Hépatite virale chronique B avec agent delta

B181 Hépatite virale chronique B sans agent delta

Comprend: Hépatite (virale) chronique B

B182 Hépatite virale chronique C

B188 Autres hépatites virales chroniques

B189 Hépatite virale chronique, sans précision

K73 Hépatite chronique, non classée ailleurs

*A l'exclusion de: Hépatite (chronique): * alcoolique (K70.1), * granulomateuse NCA (K75.3), * médicamenteuse (K71.-), * réactive non spécifique (K75.2), * virale (B15-B19)*

K730 Hépatite chronique persistante, non classée ailleurs

K731 Hépatite chronique lobulaire, non classée ailleurs

K732 Hépatite chronique active, non classée ailleurs

Comprend: Hépatite lupoïde NCA

K738 Autres hépatites chroniques, non classées ailleurs

K739 Hépatite chronique, sans précision

✓ *VIH (pour signaler les co-infections avec les hépatites B et C)*

B20 Immunodéficience humaine virale [VIH], à l'origine de maladies infectieuses et parasitaires

A l'exclusion de: Syndrome d'infection aiguë par VIH, Infection compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité (O987)

- B200 Maladie par VIH à l'origine d'une infection mycobactérienne
Comprend: Maladie par VIH à l'origine de tuberculose
- B201 Maladie par VIH à l'origine d'autres infections bactériennes
- B202 Maladie par VIH à l'origine d'infections à cytomégalovirus
- B203 Maladie par VIH à l'origine d'autres infections virales
- B204 Maladie par VIH à l'origine de candidose
- B205 Maladie par VIH à l'origine d'autres mycoses
- B206 Maladie par VIH à l'origine de pneumopathie à *Pneumocystis carinii*
*Comprend: Maladie par VIH à l'origine de pneumopathie à *Pneumocystis jirovecii**
- B207 Maladie par VIH à l'origine d'infections multiples
- B208 Maladie par VIH à l'origine d'autres maladies infectieuses et parasitaires
- B209 Maladie par VIH à l'origine d'une maladie infectieuse ou parasitaire non précisée
Comprend: Maladie par VIH à l'origine d'une infection SAI

B21 Immunodéficience humaine virale [VIH], à l'origine de tumeurs malignes

- B210 Maladie par VIH à l'origine d'un sarcome de Kaposi
- B211 Maladie par VIH à l'origine d'un lymphome de Burkitt
- B212 Maladie par VIH à l'origine d'autres lymphomes non hodgkiniens
- B213 Maladie par VIH à l'origine d'autres tumeurs malignes des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés
- B217 Maladie par VIH à l'origine de tumeurs malignes multiples
- B218 Maladie par VIH à l'origine d'autres tumeurs malignes
- B219 Maladie par VIH à l'origine d'une tumeur maligne, sans précision

B22 Immunodéficience humaine virale [VIH], à l'origine d'autres affections précisées

- B220 Maladie par VIH à l'origine d'une encéphalopathie
Comprend: Démence par VIH
- B221 Maladie par VIH à l'origine d'une pneumopathie lymphoïde interstitielle
- B222 Maladie par VIH à l'origine d'un syndrome cachectique
Comprend: Maladie par VIH à l'origine d'un arrêt de croissance, Maladie par VIH à l'origine d'une émaciation
- B227 Maladie par VIH à l'origine de maladies multiples classées ailleurs

B23 Immunodéficience humaine virale [VIH], à l'origine d'autres maladies

- B230 Syndrome d'infection aiguë par VIH
- B231 Maladie par VIH à l'origine d'adénopathies généralisées (persistantes)
- B232 Maladie par VIH à l'origine d'anomalies hématologiques et immunologiques, non classées ailleurs
- B238 Maladie par VIH à l'origine d'autres états précisés

B24 Immunodéficience humaine virale [VIH], sans précision

Comprend: Complexe relatif au SIDA [ARC] SAI, Syndrome d'immunodéficience acquise [SIDA] SAI

- B24+0 Pré-SIDA (A.R.C.) sans précision
- B24+1 SIDA avéré, sans précision
- B24+9 Infection par le V.I.H., sans précision

Z21 Infection asymptomatique par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH]