

Bulletin financé par le Comité départemental de l'Isère de la Ligue Nationale contre le Cancer

EDITORIAL

Comme chaque année, le bulletin permet de présenter les chiffres clés du cancer dans le département de l'Isère, avec pour ce bulletin un focus sur les cancers du pancréas et du col utérin.

Le cancer du pancréas se caractérise par une augmentation de l'incidence depuis les années 90 et une survie défavorable.

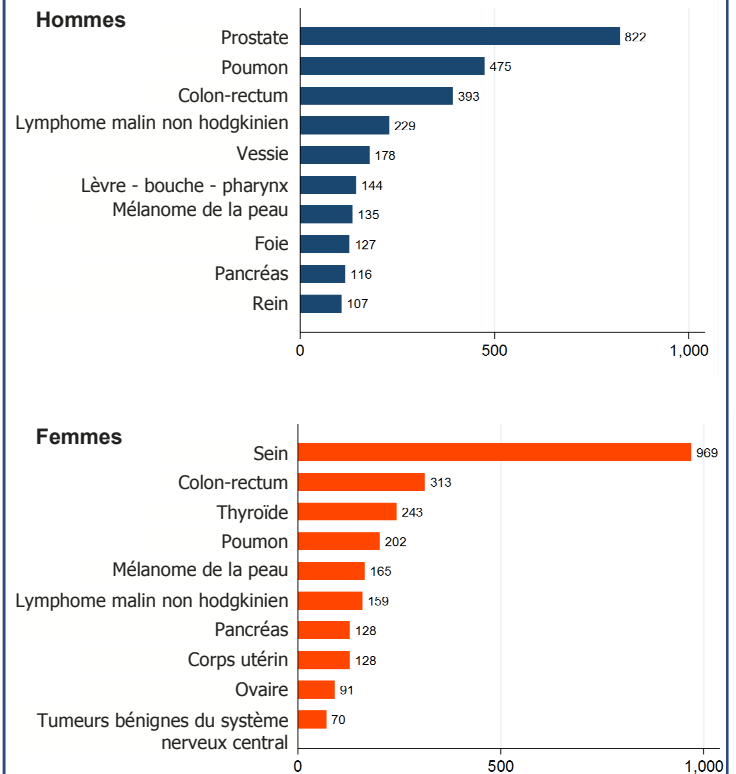
Le cancer invasif du col de l'utérus présente une incidence en baisse s'accompagnant d'une dégradation de la survie chez les femmes de 65 ans et plus. Ce constat, apparemment contradictoire, est un phénomène connu suite à la mise en place d'un dépistage. On rappelle que le département de l'Isère fait partie des précurseurs pour la mise en place du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Les cancers diagnostiqués à un stade invasif sont en diminution du fait du dépistage celui-ci permettant un diagnostic des lésions pré-invasives. Le profil du faible nombre de cancers invasifs diagnostiqués est très certainement particulier et probablement plus agressif.

On note enfin la poursuite de la baisse de l'incidence du cancer de la prostate dont le nombre de cas a diminué de 30 % entre 2005 et 2013 et la poursuite de l'augmentation de l'incidence du cancer de la thyroïde, ce cancer étant dans l'Isère le 3^{ème} cancer le plus fréquent chez les femmes.

La surveillance de la pathologie cancéreuse ne serait pas possible sans la collaboration des nombreux correspondants du registre. Nous remercions les laboratoires d'anatomopathologie, les Départements d'Information Médicale, les Caisses d'Assurance Maladie, les hôpitaux, les cliniques, les médecins, les laboratoires d'hématologie. Grâce à vous, nous pouvons réaliser un enregistrement exhaustif.

Nombre de cas incidents - Isère - 2013

Les 10 localisations les plus fréquentes pour chaque sexe



Sommaire

- Le cancer du pancréas en Isère 2
- Le cancer invasif du col de l'utérus en Isère 4
- La fréquence des cancers en Isère 5
- Les publications du registre 6

Information Patient

Le Registre du Cancer de l'Isère a l'autorisation de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) pour le traitement des données nominatives.

Nous vous rappelons que le patient doit être informé de l'enregistrement systématique de sa pathologie. Selon les recommandations de la CNIL, seul le médecin prenant en charge un patient atteint de cancer est à même de réaliser cette information. Elle doit être délivrée de façon individuelle, adaptée, personnalisée et au moment le plus opportun. Cette information sur la transmission des données nominatives à un registre doit également être affichée dans les salles d'attente.

Nous comptons sur votre collaboration pour faire connaître à vos patients le Registre du Cancer et son intérêt en terme de santé publique et de recherche. Nous vous remercions pour votre constante collaboration.

Financeurs

Le Registre du Cancer de l'Isère est financé par le Conseil Départemental de l'Isère, Santé Publique France et l'Institut National du Cancer.

LE CANCER DU PANCRÉAS EN ISÈRE

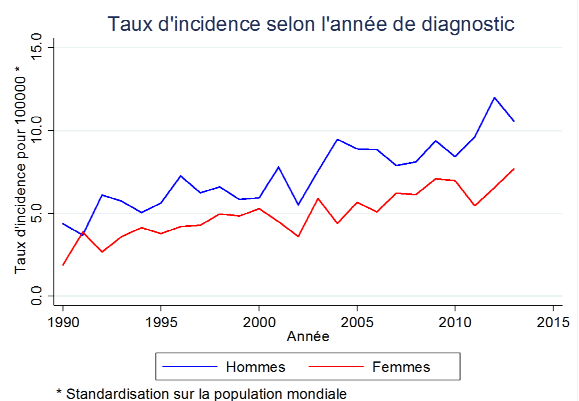
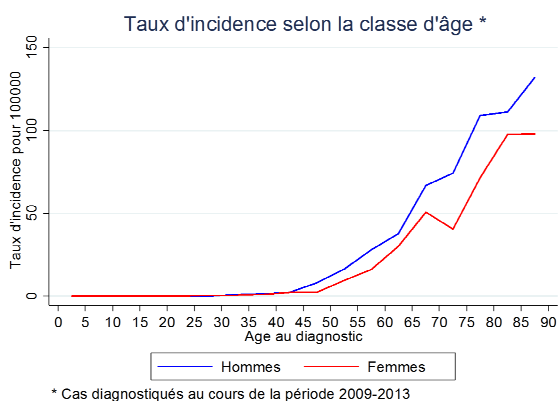
Les données correspondent aux cas de cancer du pancréas diagnostiqués parmi les habitants de l'Isère quel que soit le lieu de prise en charge.

Les taux d'incidence et de mortalité ont été standardisés sur la population mondiale ce qui permet de tenir compte de l'évolution de la structure d'âge de la population. L'évolution annuelle moyenne de ces taux standardisés est présentée.

La **survie observée** correspond à la probabilité de survie pour une durée donnée depuis la date de diagnostic, le décès quelle que soit la cause constituant l'élément péjoratif. La **survie nette** correspond à la proportion de patients en vie que l'on observerait si la seule cause de décès possible était le cancer du pancréas. Il s'agit d'un indicateur théorique qui a pour objectif de quantifier la mortalité liée à la maladie. Elle est estimée en considérant que la mortalité en excès par rapport à la population générale est attribuable à la maladie. Pour les analyses de survie, la population est restreinte aux personnes âgées de moins de 85 ans au diagnostic.

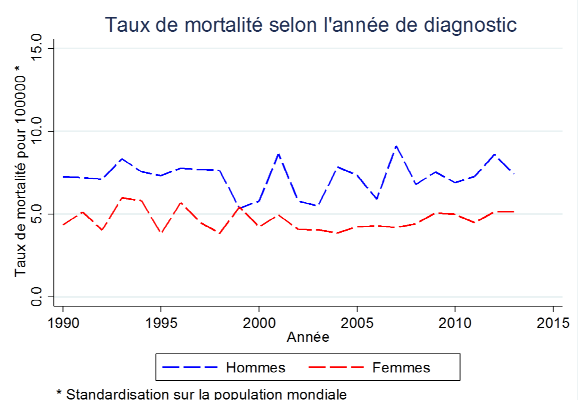
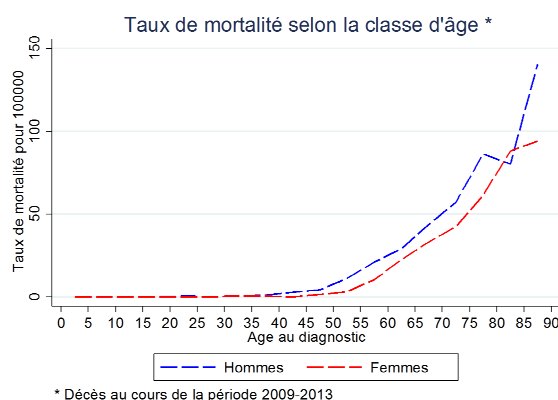
Incidence en augmentation

	Femmes	Hommes
Taux d'incidence standardisé pour 100 000 en 2013	7,7 (8ième rang)	10,6 (9ième rang)
Age médian au diagnostic en 2013	78 ans	68 ans
Variation annuelle moyenne des taux d'incidence standardisés 1990 - 2013	Augmentation +3,1% (IC95% : 1,8% ; 4,5%)	Augmentation +3,7% (IC95% : 2,8% ; 4,6%)



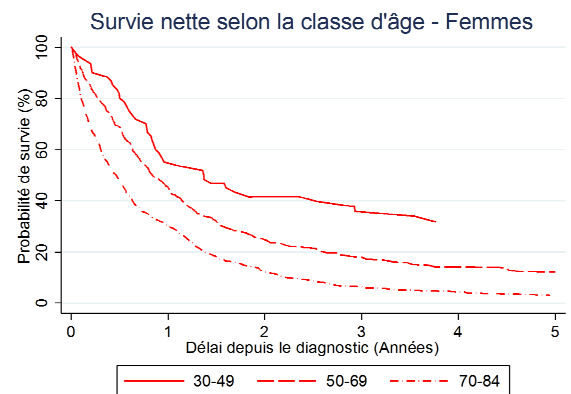
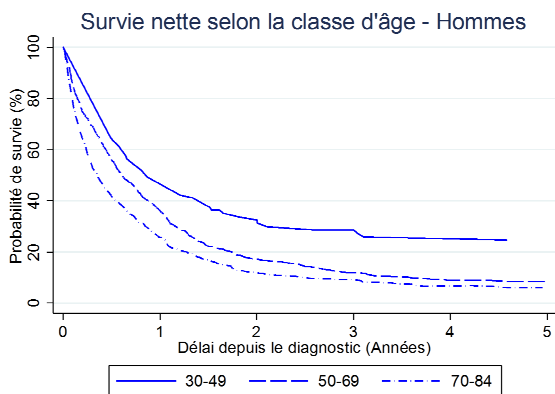
Mortalité stable

	Femmes	Hommes
Taux de mortalité standardisé pour 100 000 en 2013	5,1 (4ième rang)	7,4 (4ième rang)
Age médian au décès en 2013	75 ans	69 ans
Variation annuelle moyenne des taux de mortalité standardisés 1990 - 2013	Stabilité -0,1% (IC95% : -0,9% ; 0,8%)	Stabilité 0,0% (IC95% : -0,8% ; 0,9%)

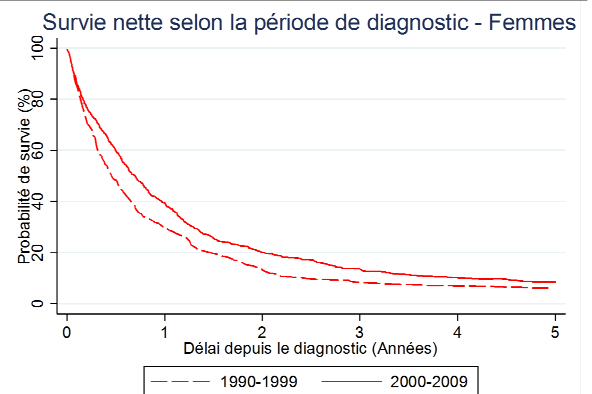
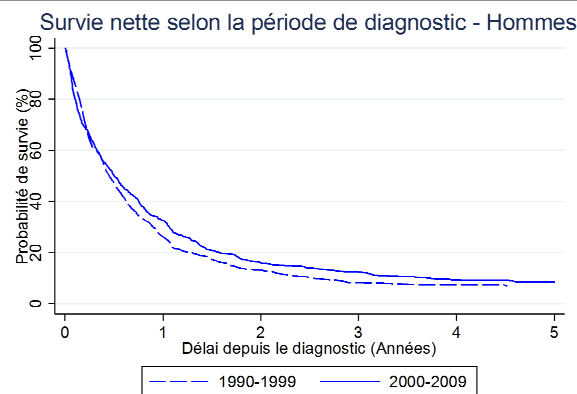


Survie défavorable

	Femmes	Hommes
Survie observée à 5 ans : toutes classes d'âge (Hommes : 1513 cas / Femmes : 1273 cas)	8% (IC95% : 6% ; 10%)	8% (IC95% : 6% ; 9%)
Survie nette à 5 ans : toutes classes d'âge (Hommes : 1513 cas / Femmes : 1273 cas)	8% (IC95% : 6% ; 10%)	8% (IC95% : 7% ; 10%)
Survie nette à 5 ans : 30-49 ans (Hommes : 95 cas / Femmes : 68 cas)	32% (IC95% : 20% ; 44%)	25% (IC95% : 15% ; 34%)
Survie nette à 5 ans : 50-69 ans (Hommes : 741 cas / Femmes : 489 cas)	12% (IC95% : 9% ; 16%)	8% (IC95% : 6% ; 11%)
Survie nette à 5 ans : 70-84 ans (Hommes : 675 cas / Femmes : 713 cas)	3% (IC95% : 2% ; 5%)	6% (IC95% : 4% ; 8%)



	Femmes	Hommes
Survie nette à 5 ans : période 1990-1999 (Hommes : 413 cas / Femmes : 348 cas)	6% (IC95% : 4% ; 9%)	7% (IC95% : 4% ; 10%)
Survie nette à 5 ans : période 2000-2009 (Hommes : 685 cas / Femmes : 605 cas)	9% (IC95% : 6% ; 11%)	9% (IC95% : 6% ; 11%)



L'augmentation de l'incidence constatée dans le département de l'Isère depuis le début des années 1990 est également retrouvée au niveau de la France.¹ La tendance temporelle de l'incidence et de la mortalité varie selon les régions du monde. Les taux standardisés d'incidence sont plus élevés dans les pays les plus développés (Europe - Amérique du Nord).²

Le tabac est un facteur de risque reconnu de cancer du pancréas (Groupe 1 du CIRC). D'autres facteurs de risque sont discutés comme la consommation d'alcool, de viande, l'obésité et la sédentarité. Par ailleurs, seule une petite proportion de cancers du pancréas serait expliquée par des prédispositions génétiques familiales.

Le mauvais pronostic de cette localisation cancéreuse est retrouvé dans l'ensemble de la littérature. Par exemple, les données des registres des cancers des États-Unis³ retrouvent une survie à 5 ans de 8% pour les patients atteints d'un cancer du pancréas au cours de la période 2006-2012.

1. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 - tumeurs solides.
 2. Le cancer du pancréas dans le monde. J Ferlay. E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie. 2014 13(4):012-016
 3. SEER Stat Fact Sheets: Pancreas Cancer. <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/pancreas.html>

LE CANCER INVASIF DU COL DE L'UTÉRUS EN ISÈRE

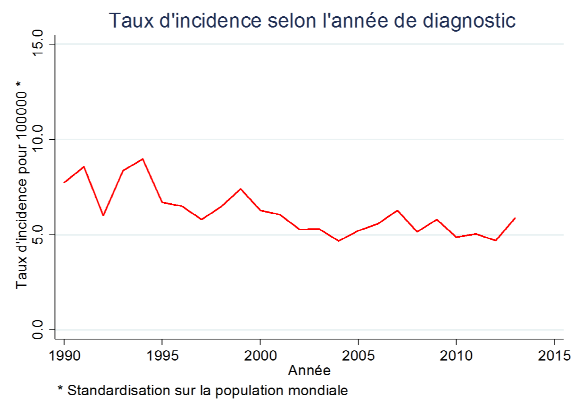
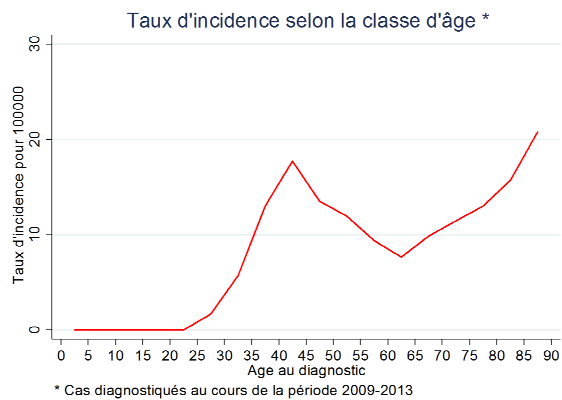
Les données présentées concernent l'incidence et la survie du cancer invasif du col de l'utérus. Il n'est pas possible de fournir des données de mortalité en raison de la difficulté à distinguer les cancers du col et du corps de l'utérus à partir des certificats de décès.

Les taux d'incidence ont été standardisés sur la population mondiale pour tenir compte de l'évolution de la structure d'âge de la population. L'évolution annuelle moyenne de ces taux standardisés est présentée.

La survie nette dont le concept est expliqué page 2 a été calculée.

Incidence en diminution

Taux standardisé d'incidence pour 100 000 en 2013	5,9 (11^{ème} rang)
Age médian au diagnostic en 2013	48,5 ans
Variation annuelle moyenne des taux d'incidence standardisés 1990 - 2013	Diminution -2,0% (IC95% : -1,3% ; -2,8%)

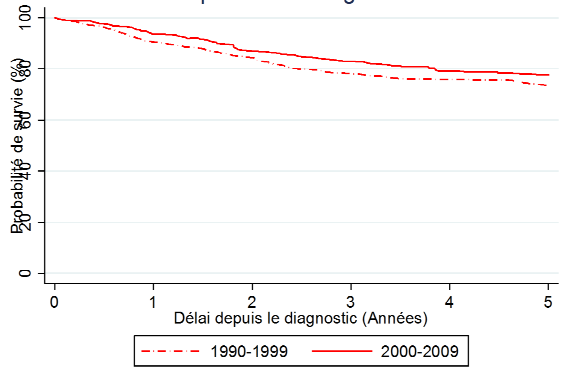


La diminution de l'incidence de ce cancer est constatée dans les pays dans lesquels un dépistage par frottis cervico-utérin est pratiqué. Il permet de diagnostiquer des lésions pré invasives. L'effet de la vaccination anti-HPV qui a débuté en France en 2007 ne peut pas encore expliquer cette diminution en raison de la durée importante entre une infection à HPV et l'apparition d'un cancer du col.

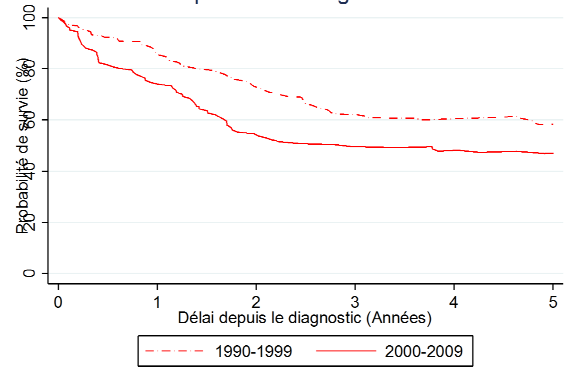
Survie en baisse chez les plus de 65 ans

	1990-1999	2000-2009
Survie nette à 5 ans : <65 ans (1990-1999 : 348 cas / 2000-2009 : 316 cas)	74% (IC95% : 69% ; 78%)	78% (IC95% : 73% ; 83%)
Survie nette à 5 ans : 65-84 ans (1990-1999 : 167 cas / 2000-2009 : 122 cas)	59% (IC95% : 50% ; 67%)	47% (IC95% : 37% ; 57%)

Survie nette selon la période de diagnostic - Femmes <65 ans



Survie nette selon la période de diagnostic - Femmes 65-84 ans



La diminution de la survie nette à 5 ans entre les périodes 1990-1999 et 2000-2009 pour les femmes âgées de plus de 65 ans peut paradoxalement être attribuée à un recours plus important au dépistage et à un mécanisme de sélection des cancers plus agressifs. En effet le dépistage permet d'identifier et de réséquer des lésions pré-cancéreuses. Les cancers du col invasifs diagnostiqués au cours de la période la plus récente, bien que moins nombreux, comportent donc une proportion plus importante de cancers de mauvais pronostic : des cancers agressifs au développement rapide et des cancers avancés chez des femmes non dépistées.

LA FRÉQUENCE DES CANCERS EN ISÈRE

Incidence et mortalité par localisation cancéreuse - Isère - 2013

	INCIDENCE		MORTALITE	
	Nombre de cas	Taux standardisé ^a (pour 100 000)	Nombre de décès	Taux standardisé ^a (pour 100 000)
Hommes				
Prostate	822	74,5	127	7,5
Poumon	475	42,1	409	34,9
Colon-rectum	393	32,4	144	10,8
Lymphome malin non hodgkinien	229	20,6	.. ^b	.. ^b
Vessie	178	14,1	72	5,2
Lèvre - Bouche - Pharynx	144	14,8	46	4,3
Mélanome de la peau	135	14,5	17	1,6
Foie	127	11,0	90	7,2
Pancréas	116	10,6	88	7,4
Rein	107	10,5	35	2,4
Estomac	101	9,2	75	6,5
Thyroïde	77	9,5	3	0,3
Œsophage	52	5,2	43	3,7
Tumeurs invasives du système nerveux central	50	5,6	34	3,8
Larynx	44	4,2	9	1,0
Leucémies aiguës myéloïdes	42	4,1	.. ^b	.. ^b
Site primitif inconnu	40	2,6	56	4,3
Syndromes myéodysplasiques	40	2,7	.. ^b	.. ^b
Testicule	40	6,2	1	0,2
Syndromes myéloprolifératifs chroniques	28	2,6	.. ^b	.. ^b
Tous cancers ^d	3521	325,4	1500	119,7
Femmes				
Sein	969	94,2	173	11,4
Colon-rectum	313	21,0	98	5,1
Thyroïde	243	30,2	7	0,4
Poumon	202	16,9	119	8,8
Mélanome de la peau	165	18,2	9	0,7
Lymphome malin non hodgkinien	159	12,6	.. ^b	.. ^b
Corps utérin	128	10,7	50 ^c	3,1 ^c
Pancréas	128	7,7	99	5,1
Ovaire	91	7,5	66	5,0
Tumeurs bénignes du système nerveux central	70	6,7	0	0,0
Lèvre - Bouche - Pharynx	59	4,9	8	0,4
Col utérin	50	5,9	50 ^c	3,1 ^c
Estomac	50	3,2	33	1,5
Site primitif inconnu	48	2,5	57	2,9
Rein	45	4,2	26	1,7
Vessie	44	2,4	18	1,0
Tumeurs invasives du système nerveux central	41	4,7	37	3,5
Syndromes myéloprolifératifs chroniques	36	3,2	.. ^b	.. ^b
Foie	31	1,8	42	2,0
Leucémies aiguës myéloïdes	30	2,6	.. ^b	.. ^b
Tous cancers ^d	3145	282,7	1048	64,0

a Standardisation sur la population mondiale.

b Le nombre de décès et le taux de mortalité ne sont pas présentés par type d'hémopathie maligne car les données de mortalité issues des certificats de décès ne permettent pas de faire cette distinction.

c Les données de mortalité issues des certificats de décès ne permettent pas de distinguer les lésions du col et du corps de l'utérus. Les données de mortalité présentées correspondent à l'ensemble des cancers de l'utérus.

d Les cancers de la peau autres que les mélanomes sont exclus.

LES PUBLICATIONS SUR LE CANCER EN FRANCE

Dans le cadre de la collaboration entre les Registres du cancer du réseau FRANCIM, les Hospices Civils de Lyon, Santé Publique France et l'Institut National du Cancer, deux monographies ont été publiées en 2016 :

Cowppli-Bony A, Uhry Z, Remontet L, Guizard A-V, Voirin N, Monnereau A, Bouvier A-M, **Colonna M**, Bossard N, Woronoff A-S, Grosclaude P. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 1 – Tumeurs solides. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2016. 274 p.



Monnereau A, Uhry Z, Bossard N, Cowppli-Bony A, Voirin N, **Delafosse P**, Remontet L, Troussard X, Maynadié M. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 2 – Hémopathies malignes. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2016. 144 p.



Ces deux documents sont téléchargeables sur le site de Santé Publique France : <http://www.santepubliquefrance.fr/>

Les données du registre et des informations complémentaires sont disponibles sur les sites suivants :

- Site de Santé Publique France qui fournit des données pour la période récente ainsi que la tendance sur la période d'enregistrement par période de 3 ans : <http://invs.santepubliquefrance.fr/applications/cancers/francim2015/default.htm>
- Site de l'Institut National du Cancer : <http://www.e-cancer.fr/>
- Site du Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) dans le cadre de l'étude Cancer in 5 Continents avec une possibilité de réalisation d'analyse statistique par période de 5 ans : <http://ci5.iarc.fr/CI5I-X/Pages/online.aspx>

LES PUBLICATIONS DU REGISTRE EN 2016

- **Colonna M**, Guizard A-V, Uhry Z, **Delafosse P**, De Maria F, Schwartz C, et al. Analyse descriptive de l'incidence du cancer de la thyroïde à partir des données des registres des cancers sur la période 1982-2012 en France. Bull Epidémiol Hebd. 2016; (11-12):206-13. http://www.invs.sante.fr/beh/2016/11-12/2016_11-12_2.html
- Arnoult AC, Pernod G, Genty C, Galanaud JP, **Colonna M**, Sevestre MA, Bosson JL. Low incidence of cancer after venous thromboembolism: An update from the French OPTIMEV Cohort. J Mal Vasc. 2016;41(3):169-75.
- **Seigneurin A**, Labarère J, François O, Exbrayat C, Dupouy M, Filippi M, **Colonna M**. Overdiagnosis and overtreatment associated with breast cancer mammography screening: A simulation study with calibration to population-based data. Breast. 2016;28:60-6.
- Neumann F, Jégu J, Mougin C, Prétet JL, Guizard AV, Lapôtre-Ledoux B, Bara S, Bouvier V, **Colonna M**, Troussard X, Trétarre B, Grosclaude P, Velten M, Woronoff AS. Risk of second primary cancer after a first potentially-human papillomavirus-related cancer: A population-based study. Prev Med. 2016 Sep;90:52-8. doi: 10.1016/j.ypmed.2016.06.041.
- Goungounga JA, Gaudart J, **Colonna M**, Giorgi R. Impact of socioeconomic inequalities on geographic disparities in cancer incidence: comparison of methods for spatial disease mapping. BMC Med Res Methodol. 2016 Oct 12;16(1):136.
- Molinie F, Delacour-Billon S, Tretarre B, **Delafosse P**, Seradour B, **Colonna M**. Breast cancer incidence: Decreasing trend in large tumours in women aged 50–74. J Med Screen. 2016 Nov 3. pii: 0969141316672894. BEH Thyroïde
- Bryere J, Dejardin O, Launay L, **Colonna M**, Grosclaude P, Launoy G; French Network of Cancer Registries (FRANCIM). Socioeconomic status and site-specific cancer incidence, a Bayesian approach in a French Cancer Registries Network study. Eur J Cancer Prev. 2016 Nov 22. [Epub ahead of print]

Pour plus d'informations sur la surveillance du cancer en France : <http://invs.santepubliquefrance.fr> ; <http://www.e-cancer.fr/> (INCa)



COMITÉ DE L'ISÈRE

Réalisation : A. SEIGNEURIN, M. COLONNA, P. DELAFOSSE, F. PONCET

Collaboration de : M. ANDRE, A.M. AUDE, E. CATERINA, I. DUMAS, Z. EI YANDOUZI, F. HENRY, J. SABBIA

Des informations complémentaires peuvent être obtenues directement auprès du Registre du Cancer de l'Isère

Tél : 04 76 90 76 10 E-mail : pdelafosse.registre@wanadoo.fr

Document réalisé grâce à un financement du Comité de l'Isère de la Ligue Nationale contre le Cancer
8, rue du Général Ferrié - 38100 GRENOBLE

Imprimé en 3700 exemplaires - Décembre 2016 - Impression : Coquand La typo - Fontaine 04 76 26 68 64