

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

### EDITORIAL

Ce bulletin vous présente les chiffres du cancer dans le département de l'Isère pour l'année 2014.

Deux localisations cancéreuses correspondant à des situations très différentes en termes d'incidence, de survie et de prise en charge sont décrites de manière plus détaillée :

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent en France. Après une augmentation continue depuis 1990 un pic d'incidence a été constaté en 2005 suivi d'une baisse jusqu'en 2014. Toute prévision de l'évolution de l'incidence est difficile car elle est en grande partie dépendante des pratiques. La survie de ce cancer est globalement très favorable. Les problématiques de sur-diagnostic et donc de sur-traitement se posent pour cette pathologie.

Le glioblastome est une tumeur cérébrale de pronostic très péjoratif mais pour laquelle nos données montrent une légère amélioration de la survie sur la période récente.

Vous trouverez également la liste non exhaustive de quelques études dans lesquelles le Registre est acteur ainsi que la liste des publications 2017 auxquelles le registre a contribué.

Toutes vos suggestions concernant vos attentes seront les bienvenues.

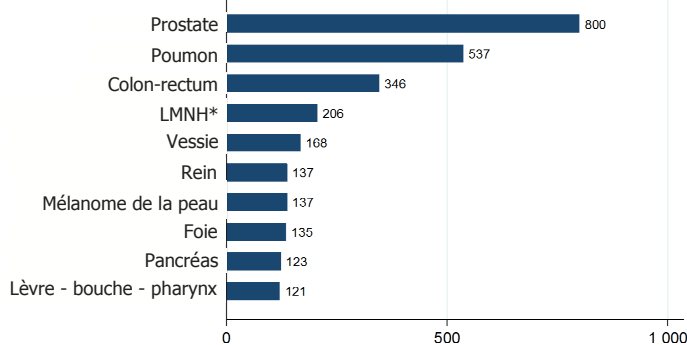
Bonne lecture

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.

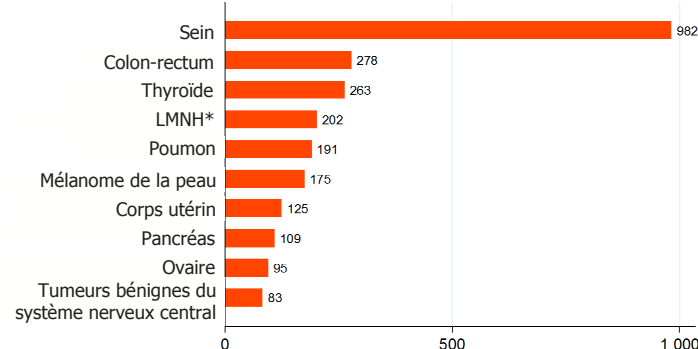
### Nombre de cas incidents - Isère - 2014

#### Les 10 localisations les plus fréquentes pour chaque sexe

##### Hommes



##### Femmes



\* : Lymphome Malin Non Hodgkinien

### Sommaire

- Le cancer de la prostate en Isère ..... 2
- Le glioblastome 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. Il est classé de niveau A par le Comité National d'Évaluation des Registres.

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.

Les données correspondent aux cas de cancer de la prostate 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 de la prostate. 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, chez les personnes atteintes de cancer, 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.

## Un pic d'incidence en 2005

### En 2014 :

- Le cancer de la prostate arrive au **premier rang en termes d'incidence** :
  - 800 nouveaux cas
  - Taux brut d'incidence de 128,2 pour 100 000
  - Taux d'incidence standardisé sur la population mondiale de 70,6 pour 100 000
- Le cancer de la prostate est très rare avant 50 ans : 99% des cas sont diagnostiqués après 50 ans et l'âge médian au diagnostic est de 69 ans.

### Evolution entre 1989 et 2014 :

- L'incidence a augmenté entre 1989 et 2005**, passant de 355 cas à 1258 cas annuels.

La variation annuelle moyenne des taux d'incidence standardisés a été de :

- +3,2% (IC95% : 2,1% ; 4,4%) entre 1989-1999
- +13,6% (IC95% : 10,0% ; 17,3%) entre 1999-2005

- L'incidence a ensuite diminué entre 2005 et 2014**, passant de 1258 cas à 800 cas annuels.

La variation annuelle moyenne des taux d'incidence standardisés a été de -7,4% (IC95% : -6,2% ; -8,6%) sur cette période.

- L'évolution du taux d'incidence par classe d'âge** est marquée par un pic d'incidence pour chacune des classes d'âge considérées.

Les variations annuelles moyennes des taux d'incidence par classe d'âge au cours des périodes précédant le pic sont :

Classe d'âge 50-64 ans :

- +14,3% (IC95% : 11,7% ; 17,1%) entre 1994 et 2006

Classe d'âge 65-74 ans :

- +15,6% (IC95% : 10,0% ; 21,5%) entre 2000 et 2005

Classe d'âge ≥75 ans :

- +13,7% (IC95% : -7,1% ; 39,2%) entre 2000 et 2003

Une diminution de l'incidence a ensuite été observée pour les 3 classes d'âge considérées jusqu'en 2014 avec un début de renversement de tendance plus précoce chez les personnes les plus âgées.

Figure 1. Taux d'incidence du cancer de la prostate par classe d'âge pour l'année de diagnostic 2014.

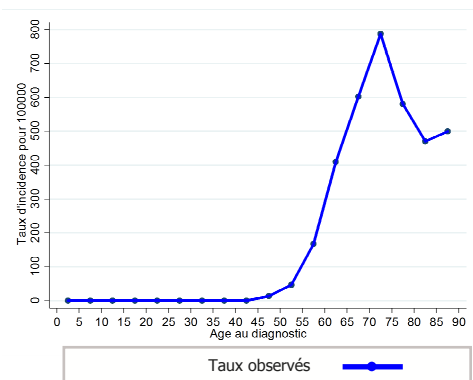


Figure 2. Evolution entre 1989 et 2014 du taux d'incidence standardisé sur la population mondiale du cancer de la prostate.

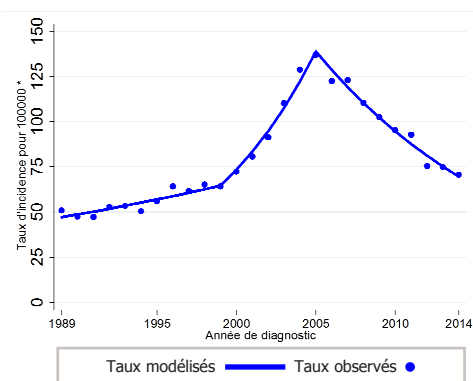
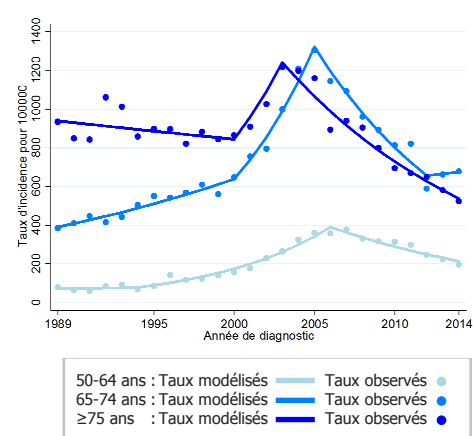


Figure 3. Evolution entre 1989 et 2014 du taux d'incidence du cancer de la prostate pour les classes d'âge 50-64, 65-74, et plus de 75 ans.



## Une diminution de la mortalité

### En 2014 :

- Le cancer de la prostate représente **la 5<sup>ème</sup> cause de décès par cancer** :
  - 121 décès
  - Taux brut de mortalité de 19,4 pour 100 000
  - Taux de mortalité standardisé sur la population mondiale de 6,6 pour 100 000
- Plus de 80% des décès par cancer de la prostate surviennent après 75 ans

### Evolution entre 1989 et 2014 :

- **Le nombre de décès** par cancer de la prostate a **diminué entre 1989 et 2014**, passant de 136 à 121 décès.

La variation annuelle moyenne des taux de mortalité standardisés a été de :

- 1,4% (IC95% : -0,4% ; -2,4%) entre 1989-2003
- 5,6% (IC95% : -4,2% ; -6,9%) entre 2003-2014

Figure 4. Taux de mortalité du cancer de la prostate par classe d'âge pour l'année 2014.

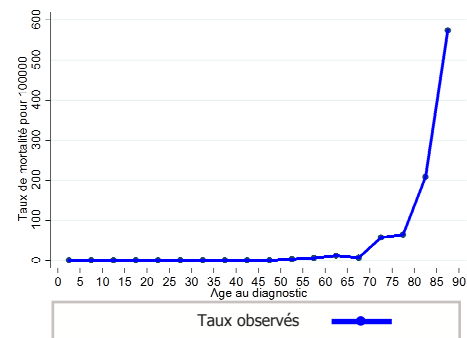
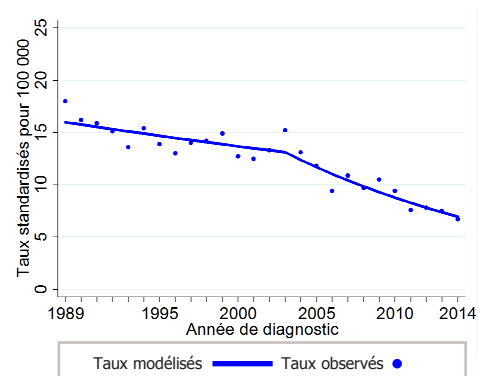


Figure 5. Evolution entre 1989 et 2014 du taux de mortalité standardisé du cancer de la prostate.

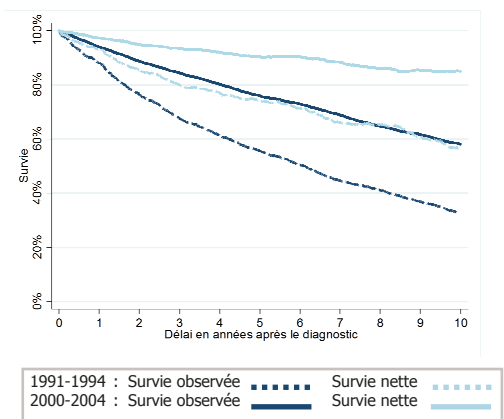


## Une survie favorable

- **La survie à 10 ans est élevée** pour les cas diagnostiqués en 2000-2004 :
  - Survie observée : 58% (IC95% : 57% ; 60%)
  - Survie nette : 85% (IC95% : 82% ; 88%)
- **La survie nette à 10 ans** est passée de 57% (IC95% : 50% ; 63%) pour les cas diagnostiqués entre 1991 et 1994 à 85% (IC95% : 82% ; 88%) pour les cas diagnostiqués entre 2000 et 2004.

Cette augmentation pourrait en partie être expliquée par un meilleur pronostic lié à un diagnostic plus précoce et à une meilleure efficacité des traitements, mais surtout par une augmentation de la proportion de cancers de très bon pronostic parmi les cas diagnostiqués.

Figure 6. Survie observée et survie nette des cancers de la prostate selon la période de diagnostic.



L'évolution de l'incidence, de la mortalité et de la survie du cancer de la prostate constatée dans le département de l'Isère est similaire à ce qui est constaté en France métropolitaine mais également dans tous les pays où l'utilisation fréquente du dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) avait provoqué une augmentation importante des diagnostics.

Ce dépistage est probablement à l'origine de sur-diagnostic et donc de sur-traitement mais il faut également souligner qu'il a provoqué une baisse du nombre des formes graves.

Une actualisation des recommandations françaises a été diffusée en 2016 (CCAFU french national guidelines 2016-2018 on prostate cancer) et devrait contribuer à poursuivre l'amélioration de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients. La surveillance active est une option thérapeutique de référence pour les tumeurs de faible risque évolutif.

Les données présentées concernent l'incidence et la survie du glioblastome. L'évolution temporelle de l'incidence est basée sur le taux d'incidence standardisé 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 2014 :

- Avec 37 nouveaux cas chez les hommes et 25 chez les femmes, le glioblastome arrive respectivement au **19<sup>ème</sup>** et au **22<sup>ème</sup>** rang en termes d'incidence :
  - 62 nouveaux cas
  - Taux brut d'incidence de 3,9 (femmes) et 5,9 (hommes) pour 100 000
  - Taux d'incidence standardisé sur la population mondiale de 2,2 (femmes) et 3,8 (hommes) pour 100 000
- Trois quarts des cas sont diagnostiqués après 59 ans et l'âge médian au diagnostic est de 64 ans

Figure 7. Taux d'incidence du glioblastome par classe d'âge pour la période de diagnostic 2005-2014.

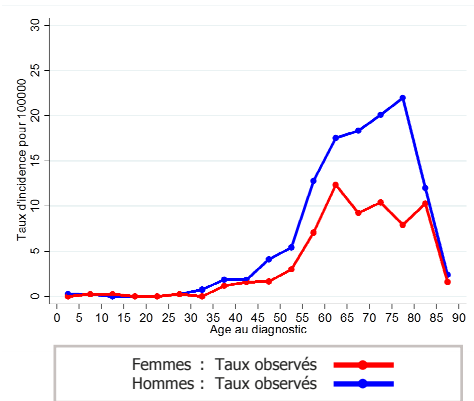
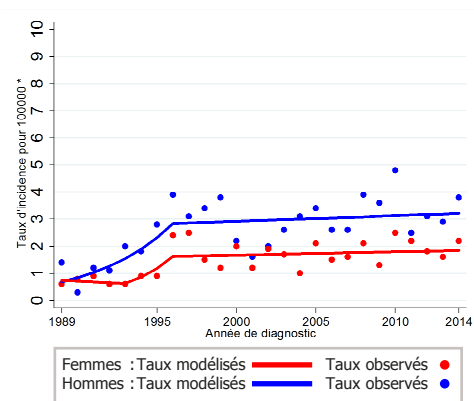


Figure 8. Evolution entre 1989 et 2014 du taux d'incidence standardisé sur la population mondiale du glioblastome.



### Evolution entre 1989 et 2014 :

- Chez les hommes, **l'incidence a augmenté entre 1989 et 1996 (variation annuelle de +22,6% (IC 95% : 6,2% ; 41,5%))**, passant de 8 cas à 26 cas annuels, puis **l'incidence est restée stable jusqu'en 2014**.
- Chez les femmes, **la tendance est similaire à celle des hommes** mais le plus petit nombre de cas observés ne permet pas de dire que l'augmentation initiale est statistiquement significative.

## Survie

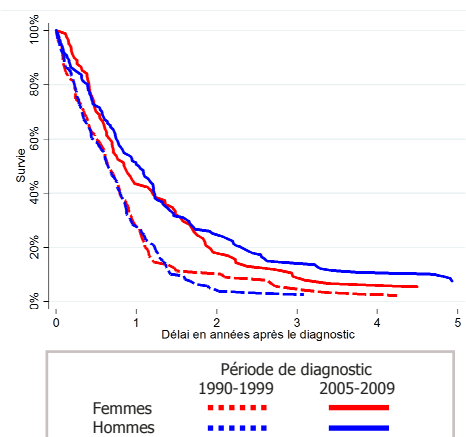
- **La survie est basse** pour les cas diagnostiqués entre 2005 et 2009 **avec peu de différence entre les femmes et les hommes :**

Survie nette à 3 ans :

- Pour les femmes : 9% (IC95% : 3% ; 15%)
- Pour les hommes : 14% (IC95% : 8% ; 20%)
- Il y a très peu d'écart entre la survie nette et la survie observée ce qui signifie que cette pathologie est la cause du décès pour la grande majorité des patients atteints d'un glioblastome.
- **Malgré un pronostic toujours très péjoratif, la survie nette s'est améliorée** entre les **périodes de diagnostic 1990-1999 et 2005-2009**, principalement chez les hommes :

La survie nette à 3 ans est passée de 3% (IC95% : 1% ; 6%) à 14% (IC95% : 8% ; 29%) pour les hommes et de 6% (IC95% : 1% ; 10%) à 9% (IC95% : 3% ; 15%) pour les femmes.

Figure 9. Survie nette des glioblastomes selon le sexe et la période de diagnostic.



# LA FRÉQUENCE DES CANCERS EN ISÈRE

## Incidence et mortalité par localisation cancéreuse - Isère - 2014

	INCIDENCE		MORTALITE	
	Nombre de cas	Taux standardisé <sup>a</sup> (pour 100 000)	Nombre de décès	Taux standardisé <sup>a</sup> (pour 100 000)
<b>Hommes</b>				
Prostate	800	70,6	121	6,6
Poumon	537	47,6	383	32,5
Colon-rectum	346	27,6	128	9,2
Lymphome malin non hodgkinien	206	18,6	.. <sup>b</sup>	.. <sup>b</sup>
Vessie	168	12,8	78	5,4
Rein	137	13,8	37	3,0
Mélanome de la peau	137	14,2	23	1,8
Foie	135	11,7	89	7,0
Pancréas	123	9,9	113	9,1
Lèvre - Bouche - Pharynx	121	11,8	39	3,5
Estomac	86	6,6	58	4,6
Thyroïde	70	8,0	0	0,0
Site primitif inconnu	63	5,0	55	4,3
Tumeurs invasives du système nerveux central	56	6,5	40	4,0
Œsophage	51	4,2	34	2,7
Sarcomes	48	6,0	.. <sup>d</sup>	.. <sup>d</sup>
Larynx	47	4,5	15	1,5
Testicule	45	6,9	1	0,0
Syndromes myéloprolifératifs chroniques	43	4,3	.. <sup>b</sup>	.. <sup>b</sup>
Syndromes myélodysplasiques	37	2,6	.. <sup>b</sup>	.. <sup>b</sup>
Tous cancers <sup>e</sup>	3496	316,1	1482	115,3
<b>Femmes</b>				
Sein	982	91,6	184	13,4
Colon-rectum	278	18,3	134	7,0
Thyroïde	263	30,7	6	0,4
Lymphome malin non hodgkinien	202	14,0	.. <sup>b</sup>	.. <sup>b</sup>
Poumon	191	15,6	143	11,3
Mélanome de la peau	175	19,0	16	1,1
Corps utérin	125	10,2	43 <sup>c</sup>	2,7 <sup>c</sup>
Pancréas	109	7,0	107	6,0
Tumeurs bénignes du système nerveux central	98	8,9	14	0,6
Ovaire	95	7,8	53	3,5
Rein	57	5,6	8	0,5
Tumeurs invasives du système nerveux central	50	4,6	31	2,4
Lèvre - Bouche - Pharynx	47	4,3	12	0,7
Col utérin	43	4,7	43 <sup>c</sup>	2,7 <sup>c</sup>
Vessie	43	2,5	22	1,3
Sarcomes	42	4,3	.. <sup>d</sup>	.. <sup>d</sup>
Estomac	37	2,3	31	1,8
Site primitif inconnu	36	1,7	45	2,4
Foie	35	2,1	24	1,3
Syndromes myéloprolifératifs chroniques	34	2,6	.. <sup>b</sup>	.. <sup>b</sup>
Tous cancers <sup>e</sup>	3172	278,5	1069	66,5

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 données de mortalité issues des certificats de décès ne permettent pas de distinguer les sarcomes.

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

## LES ÉTUDES EN COURS

- **Atlas du cancer dans le département de l'Isère** (Financement Conseil Départemental de l'Isère)  
Cartographie de l'incidence en Isère par localisation cancéreuse et par sexe selon plusieurs niveaux géographiques : commune, canton, territoire du conseil général, zone de soin de proximité et IRIS (Ilots Regroupés pour l'Information Statistique).
- **Etude de prise en charge SEIN 2012** (Financement ERA-NET)  
Description de la prise en charge des cancers du sein à partir des données des registres du Réseau Francim et d'autres registres européens. Les partenaires sont le réseau Francim / Eurocare ERA-NET on Translational Cancer Research (TRANSCAN). Un premier article a été soumis sur les indicateurs de qualité EUSOMA (European Society of Breast Cancer Specialists).
- **Etude CADO Bis** (Financement Ligue Nationale contre le Cancer)  
Description des parcours de prise en charge des adolescents et jeunes adultes (15-24 ans) atteints de cancer à partir des données des registres du réseau Francim. L'étude est réalisée en partenariat avec le service d'onco-pédiatrie de l'Institut Gustave Roussy.
- **Base Clinico Biologique Sarcomes** (Financement InCA)  
Description par entités des sarcomes en termes d'incidence, de survie et de tendances temporelles en collaboration avec des cliniciens (JM Coindre, I Ray-Coquard, N Penel)
- **MODEPISEIN** (Financement Ligue Nationale contre le Cancer)  
Estimation de la réduction de mortalité par cancer du sein associée au dépistage par mammographie dans une cohorte de femmes invitées à un programme de dépistage entre 50 et 74 ans à partir d'un modèle de simulation. L'étude est basée sur les données des registres et des structures de gestion du dépistage de l'Isère et de la Loire-Atlantique.

## LES PUBLICATIONS DU REGISTRE EN 2017

- **Colonna M.** Epidémiologie du cancer du poumon en France : incidence, mortalité et survie (tendance et situation actuelle). Rev. Mal. Respir. actual 2017; 8(5): 308-318.
- Bouvier AM, Bossard N, **Colonna M**, Garcia-Velascog A, Carullah M, Manfredia S, the GRELL EUROCORE-5 Working Group. Trends in net survival from pancreatic cancer in six European Latin countries: results from the SUDCAN population-based study. EJCP. 2017;26: S63-S69.
- Moitry M, Velten M, Trétarre B, Bara S, Daubisse-Marliac L, Lapôtre-Ledoux B, Troussard X, Molinié F, Ligier K, Woronoff AS, Bouvier V, **Colonna M**, Klein D, Guizard AV, Jégu. Development of a model to predict the 10-year cumulative risk of second primary cancer among cancer survivors. Cancer Epidemiology. 2017;47:35-41.
- Bryere J, Dejardin O, Launay L, **Colonna M**, Grosclaude P, Launoy G; Réseau français des registres des cancers (Francim). Environnement socioéconomique et incidence des cancers en France. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(4):68-77. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/4/2017\\_4\\_1.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/4/2017_4_1.html)
- Daubisse-Marliac L, **Colonna M**, Trétarre B, Defossez G, Molinié F, Jéhannin-Ligier K, Marrer E, FRANCIM network, Grosclaude P. Long-term trends in incidence and survival of penile cancer in France. Cancer Epidemiol. 2017 October;50:125-131.
- Cowppli-Bony A, Uhry Z, Remontet L, Voirin N, Guizard AV, Trétarre B, Bouvier AM, **Colonna M**, Bossard N, Woronoff AS, Grosclaude P; French Network of Cancer Registries (FRANCIM). Survival of solid cancer patients in France, 1989-2013: a population-based study. Eur J Cancer Prev. 2017.
- Jéhannin-Ligier K, Dejardin O, Lapôtre-Ledoux B, Bara S, Coureau G, Grosclaude P, Marrer E, Molinié F, Trétarre B, Velten M, Woronoff AS, **Colonna M**, Guizard AV. Oral cancer characteristics in France: Descriptive epidemiology for early detection. Stomatol Oral Maxillofac Surg 118 (2017) 84-89.
- Xhaard C, Dumas I, Souchart V, Ren Y, Borson-Chazot F, Sassolas G, Schwartz C, **Colonna M**, Lacour B, Woronoff AS, Velten M, Clero E, Maillard S, Marrer E, Bailly L, Mariné Barjoan E, Schlumberger M, Orgiazzi J, Adjadj E, Rubino C, Bouville A, Drozdovitch V, de Vathaire F. Are dietary reports in a case-control study on thyroid cancer biased by risk perception of Chernobyl fallout? Rev Epidemiol Sante Pub 2017
- Dal Maso L, Tavilla A, Pacini F, Serraino D, van Dijk BAC, Chirlaque MD, Capocaccia R, Larrañaga N, **Colonna M**, Agius D, Ardanaz E, Rubiò-Casadevall J, Kowalska A, Virdone S, Mallone S, Amash H, De Angelis R; EUROCORE-5 Working Group. Survival of 86,690 patients with thyroid cancer: A population-based study in 29 European countries from EUROCORE-5. Eur J Cancer. 2017 May;77:140-152.
- Molinié F, Delacour-Billon S, Trétarre B, **Delafosse P**, Seradour B, **Colonna M**. Breast cancer incidence: Decreasing trend in large tumours in women aged 50-74. J Med Screen. 2017 Dec;24(4):189-194.
- Augustin A, Le Gouill S, Gressin R, Bertaut A, Monnereau A, Woronoff AS, Trétarre B, **Delafosse P**, Troussard X, Monnereau A, Hermine O, Maynadié M. Survival benefit of mantle cell lymphoma patients enrolled in clinical trials; a joint study from the LYSA group and French cancer registries. J Cancer Res Clin Oncol. 2017 Oct 11.

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 : [pdelaforosse.registre@wanadoo.fr](mailto:pdelaforosse.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 2017 - Impression : Coquand La typo - Fontaine 04 76 26 68 64