

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

EDITORIAL

Ce bulletin vous présente les principaux chiffres du cancer dans le département de l'Isère pour l'année 2018.

Nous décrivons de façon plus détaillée cette année l'épidémiologie des 4 cancers les plus fréquents.

Parmi les résultats marquants, l'incidence du cancer du poumon a augmenté de façon particulièrement importante chez les femmes depuis 1985 et la survie à 10 ans des patients atteints de ce cancer reste faible, y compris pour les périodes de diagnostic les plus récentes.

Pour le cancer du sein et le cancer de la prostate, l'incidence a augmenté depuis le milieu des années 1980, cependant la survie à 10 ans s'est améliorée avec une meilleure survie pour les patients atteints d'un cancer au cours des périodes les plus récentes.

L'incidence des cancers du colon et du rectum a légèrement augmenté au cours de la période 1985-2018 et la survie à 10 ans s'est également améliorée au cours du temps.

Vous trouverez également la liste des publications de 2021 auxquelles le registre a contribué.

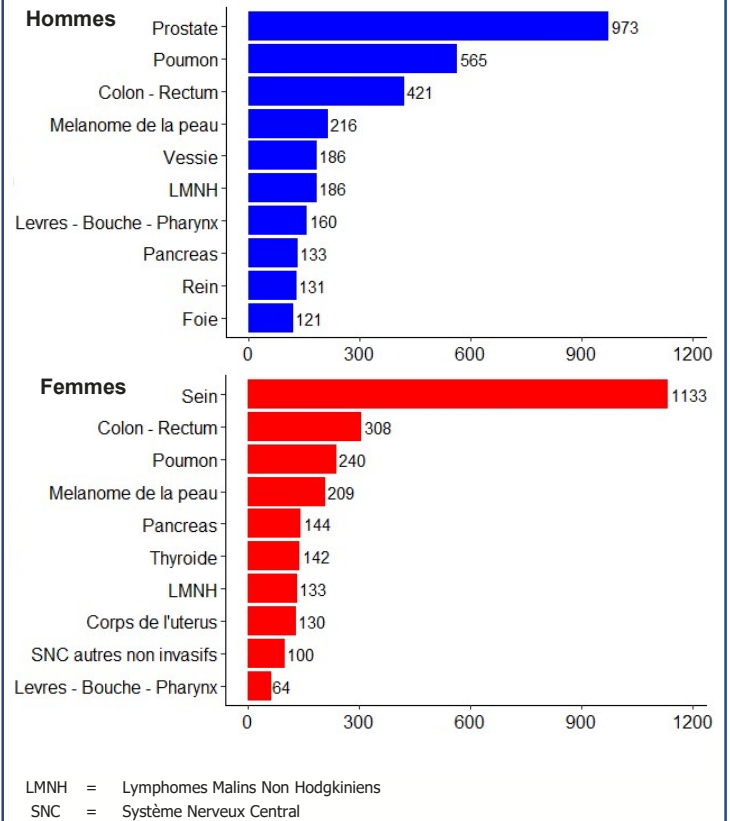
Toutes les suggestions concernant vos attentes seront les bienvenues

Bonne lecture

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 toutes ces sources d'informations, nous pouvons réaliser un enregistrement exhaustif de la pathologie cancéreuse dans le département de l'Isère et contribuer à la surveillance nationale du cancer.

Nombre de cas incidents - Isère - 2018

Les 10 localisations les plus fréquentes pour chaque sexe



Sommaire

- Evolution de l'incidence et de la survie :
 - Cancer du poumon 2
 - Cancer du colon et du rectum 3
 - Cancer de la prostate, cancer du sein 4
- La fréquence des cancers en Isère en 2018 5
- Les publications du registre en 2021 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 à caractère personnel. Il est classé de niveau A par le Comité National d'Evaluation 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 vous rappelons également que le patient peut s'opposer à la transmission de ces informations personnelles au registre. Nous comptons sur votre collaboration pour faire connaître à vos patients le Registre du Cancer et son intérêt en termes de santé publique et de recherche. Nous vous remercions pour votre constante collaboration.

Un site internet est en cours de réalisation. Vous pourrez bientôt télécharger des notes d'information patients si besoin.

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.

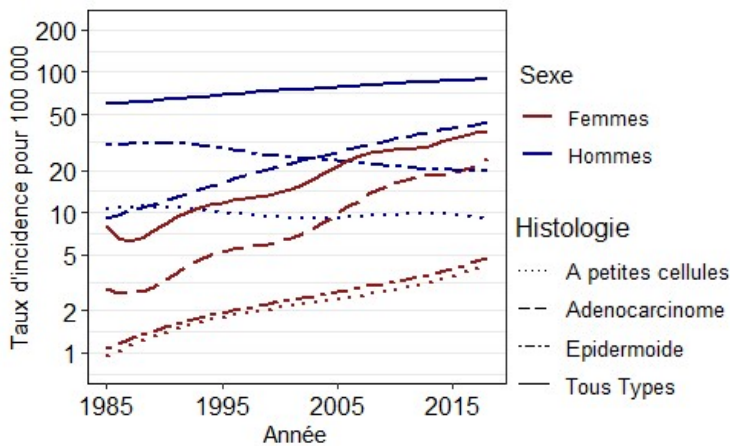
Nous présentons l'évolution de l'incidence et de la survie. Nous vous présentons la survie observée (probabilité de survie pour une durée donnée depuis la date de diagnostic, quelle que soit la cause du décès) et la survie nette (proportion de patients en vie si la seule cause de décès possible était le cancer diagnostiqué).

Cancer du Poumon

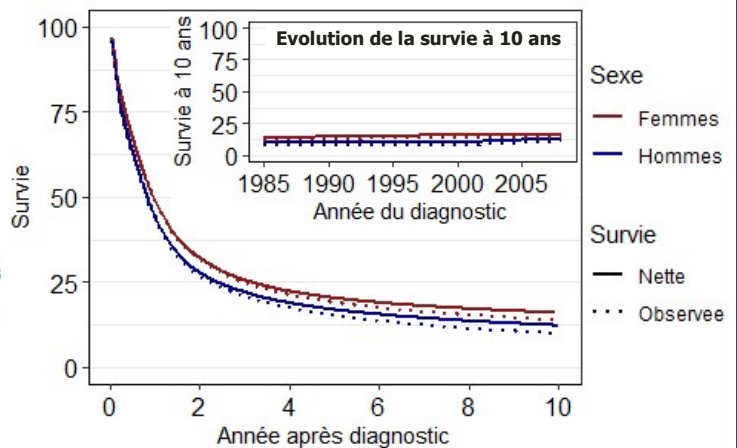
En 2018, le cancer du poumon est respectivement le deuxième cancer le plus fréquent chez l'homme (565 nouveaux cas) et le troisième chez la femme (240 nouveaux cas) en Isère. Depuis 1985, l'incidence du cancer du poumon augmente d'environ 3% par an chez les hommes. L'augmentation concerne principalement les adénocarcinomes (6,5% par an). Chez les femmes, l'augmentation annuelle moyenne de l'incidence est de 6,6%. Elle est observée quelle que soit l'histologie avec une augmentation moyenne comprise entre 5% et 6% par an.

La consommation tabagique est le principal facteur de risque du cancer du poumon. L'évolution de l'incidence des dernières décennies est majoritairement expliquée par l'évolution de la consommation de tabac. L'écart d'incidence entre les hommes et les femmes diminue en raison de l'augmentation importante du tabagisme chez les femmes. L'augmentation de l'incidence des adénocarcinomes observée aussi bien chez les hommes que chez les femmes pourrait s'expliquer par l'introduction des filtres responsables d'une inhalation plus profonde de petites particules carcinogènes et par la modification de la composition des cigarettes avec l'augmentation de leur concentration en nitrosamines.

Evolution de l'incidence entre 1985 et 2018



Survie selon le délai après le diagnostic (2003- 2008)



Localisation	Sexe	Variation annuelle moyenne de l'incidence entre 1985 et 2018 (% [IC95 %])	Survie pour les cancers diagnostiqués entre 2003 et 2008 en Isère *				
			Effectif	Survie à 5 ans (% [IC 95%])		Survie à 10 ans (% [IC 95%])	
				Survie nette	Survie observée	Survie nette	Survie observée
Poumon, tous types histologiques	Hommes	3,0 [2,3 ; 3,5]	2778	17 [14 ; 21]	15 [12 ; 18]	12 [10 ; 16]	10 [8 ; 12]
	Femmes	6,6 [6,1 ; 7,0]	784	20 [15 ; 27]	19 [14 ; 24]	16 [12 ; 22]	14 [10 ; 19]
Poumon, adénocarcinomes	Hommes	6,5 [6,0 ; 7,0]	966	17 [14 ; 22]	15 [12 ; 19]	11 [8 ; 15]	9 [6 ; 12]
	Femmes	7,8 [7,3 ; 8,2]	379	23 [18 ; 28]	21 [17 ; 26]	17 [13 ; 24]	15 [11 ; 20]
Poumon, épidermoïdes	Hommes	-0,1 [-0,7 ; 0,3]	811	24 [20 ; 28]	21 [18 ; 24]	19 [15 ; 24]	14 [12 ; 18]
	Femmes	5,7 [5,2 ; 6,1]	93	17 [10 ; 32]	16 [9 ; 25]	14 [7 ; 32]	11 [5 ; 21]
Poumon, petites cellules	Hommes	1,1 [0,7 ; 1,6]	314	5 [3 ; 8]	5 [3 ; 7]	4 [2 ; 7]	3 [2 ; 5]
	Femmes	5,3 [4,9 ; 5,7]	98	11 [4 ; 33]	10 [3 ; 21]	9 [4 ; 44]	8 [2 ; 19]

IC95% : Intervalle de confiance à 95%

* : Analyse restreinte aux cas diagnostiqués en 2003-2008 pour pouvoir estimer la survie à 10 ans.

La survie nette à 10 ans du cancer du poumon est faible, 12% à 10 ans chez les hommes et 16% chez les femmes diagnostiquées sur la période 2003-2008. La survie nette décroît fortement dès les deux premières années suivant le diagnostic pour atteindre 15% de survie nette à 5 ans pour les hommes et 19% pour les femmes. Les différences de survie pour les personnes présentant un adénocarcinome ou un carcinome épidermoïde sont faibles. Pour les patients atteints d'un carcinome à petites cellules, la survie nette à 5 ans est de 5% chez les hommes et de 11% chez les femmes. Les survies nettes et observées sont proches témoignant du fait que la majorité des patients atteints d'un cancer du poumon va décéder de ce cancer.

L'amélioration de la survie nette à 10 ans au cours de la période observée est faible: 10% chez les hommes et 14% chez les femmes pour les personnes diagnostiqués en 1985 et respectivement 14% et 16% pour ceux diagnostiqués en 2008.

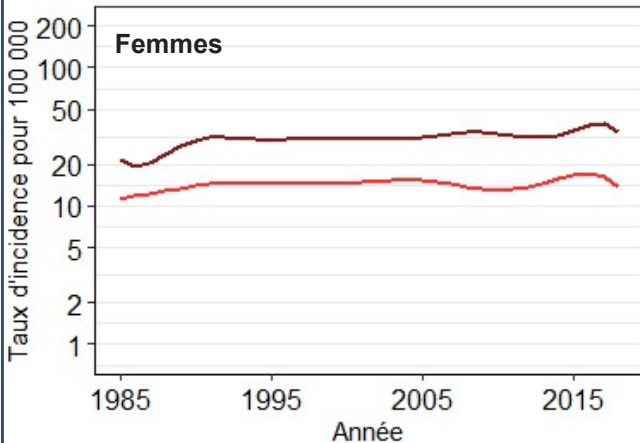
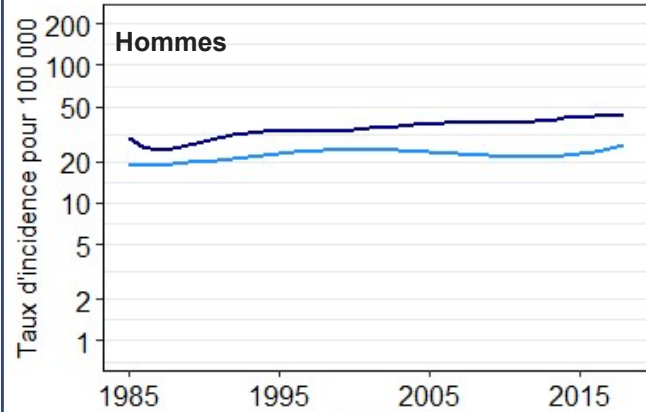
La survie faible s'explique notamment par la proportion importante de diagnostics réalisés à un stade avancé. L'amélioration de la prise en charge diagnostique et thérapeutique peut expliquer en partie la « petite » amélioration de la survie pour les cancers non à petites cellules.

Cancer du colon — rectum

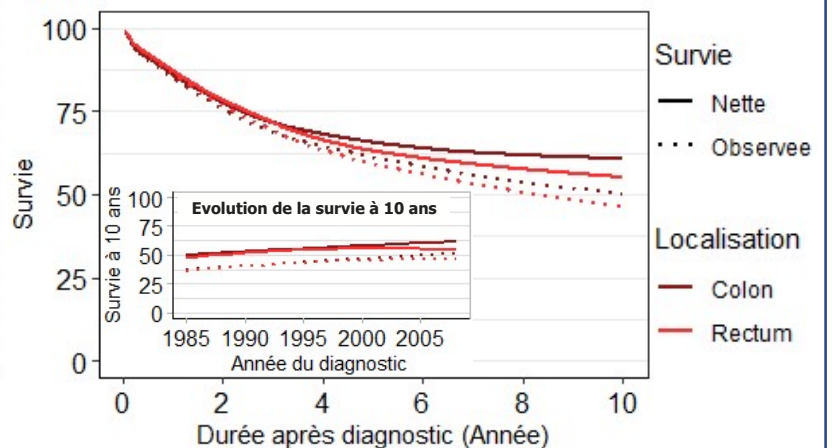
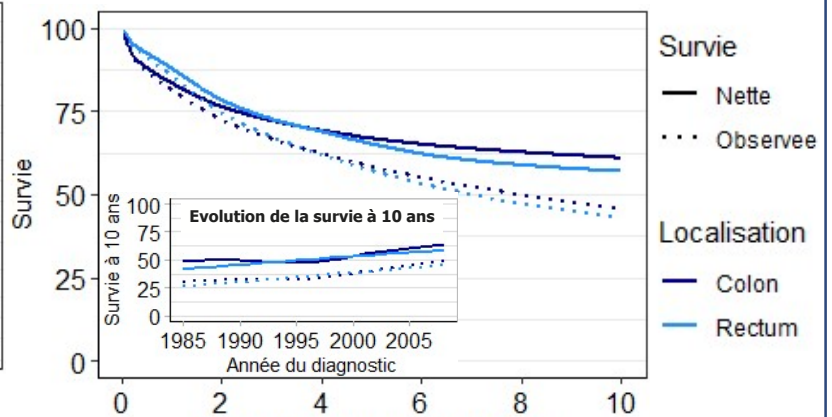
En 2018, le cancer du colon-rectum est respectivement le troisième et le deuxième cancer le plus fréquent chez l'homme (421 nouveaux cas) et la femme (308 nouveaux cas). L'incidence augmente au cours de la période 1985-2018 (1% à 2% d'augmentation annuelle).

Différents facteurs de risque ont été identifiés comme le surpoids, une vie sédentaire, le tabac, l'alcool, la consommation élevée de viande transformée, la présence d'une maladie inflammatoire du colon, d'un syndrome de Lynch ou d'une polypose adénomateuse familiale, tandis qu'une alimentation riche en fibres a un effet protecteur. L'augmentation des facteurs de risque liés à l'alimentation et au mode de vie explique vraisemblablement l'augmentation d'incidence constatée. Le programme de dépistage organisé qui permet notamment la détection et le traitement de lésions pré-cancéreuses a pu avoir un impact sur la survenue des cancers invasifs.

Evolution de l'incidence entre 1985 et 2018



Survie selon le délai après le diagnostic (2003- 2008)



Localisation	Sexe	Variation annuelle moyenne de l'incidence entre 1985 et 2018 (% [IC95 %])	Survie pour les cancers diagnostiqués entre 2003 et 2008 en Isère *				
			Effectif	Survie à 5 ans (% [IC 95%])		Survie à 10 ans (% [IC 95%])	
				Survie nette	Survie observée	Survie nette	Survie observée
Colon	Hommes	1,2 [0,5 ; 1,8]	1298	67 [63 ; 71]	58 [55 ; 63]	61 [56 ; 66]	46 [42 ; 49]
	Femmes	2,8 [2,2 ; 3,3]	1145	66 [62 ; 70]	61 [58 ; 64]	61 [56 ; 65]	50 [46 ; 54]
Rectum	Hommes	1,6 [1,0 ; 2,0]	818	65 [61 ; 70]	57 [53 ; 61]	57 [52 ; 63]	43 [39 ; 47]
	Femmes	1,7 [1,2 ; 2,1]	535	63 [58 ; 68]	59 [55 ; 63]	51 [49 ; 62]	46 [42 ; 51]

IC95% : Intervalle de confiance à 95%

* : Analyse restreinte aux cas diagnostiqués en 2003-2008 pour pouvoir estimer la survie à 10 ans.

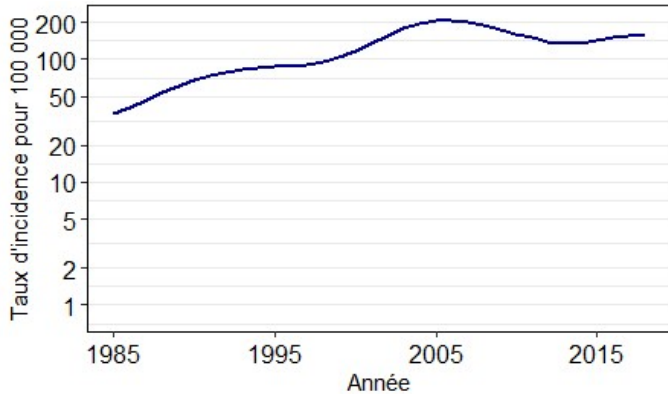
Les cancers du colon et du rectum font partie des cancers de pronostic intermédiaire avec une survie nette à 10 ans respectivement de 61% et de 51%. On observe un écart important entre la survie nette et la survie observée : les décès d'une autre cause que le cancer du colon ou du rectum sont relativement fréquents. On constate une amélioration de la survie nette à 10 ans.

En effet, pour les cancers du colon et du rectum, la survie est respectivement de 50% et de 41% pour les cas diagnostiqués en 1985 et de 63% pour les cancers du colon et de 55% pour les cancers du rectum diagnostiqués en 2008.

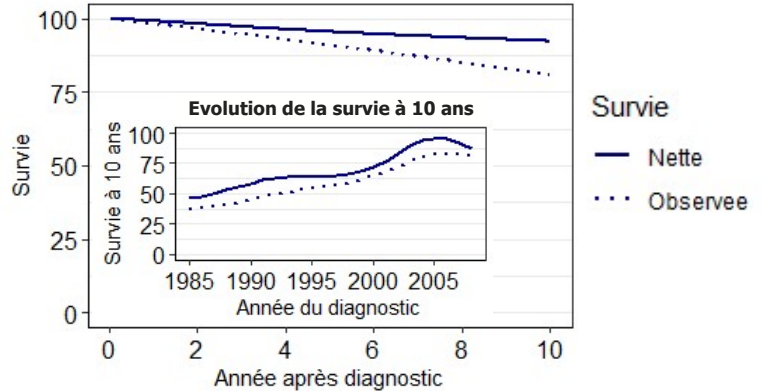
Les améliorations thérapeutiques (techniques chirurgicales plus performantes, amélioration des protocoles de chimiothérapie et de radiothérapie) ont contribué à l'amélioration de la survie. La participation au programme de dépistage organisé est relativement faible depuis sa mise en place dans l'Isère dans les années 1990 et son effet sur la diminution de la mortalité semble plus limité.

Cancer de la prostate

Evolution de l'incidence entre 1985 et 2018



Survie selon le délai après le diagnostic (2003- 2008)



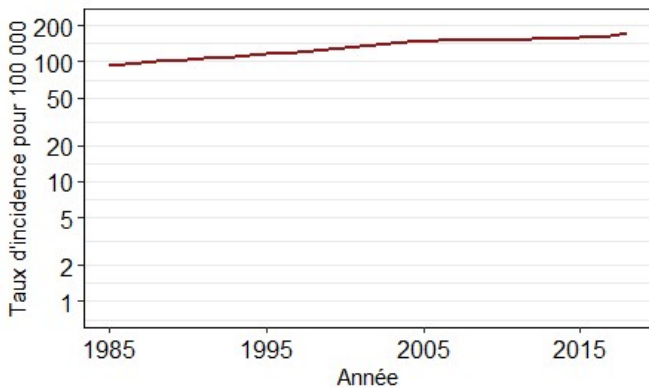
En 2018, le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez les hommes avec 973 nouveaux cas en Isère. Au cours de la période 1985-2018, l'incidence a augmenté avec une variation annuelle moyenne de 1,6%.

Bien que divers facteurs de risque alimentaires ou environnementaux soient suspectés, le dépistage individuel basé sur le dosage du PSA (antigène prostatique spécifique) semble avoir l'impact le plus important sur l'incidence avec la détection d'un nombre important de cancers faiblement évolutifs qui n'auraient pas été diagnostiqués en l'absence de dépistage. L'augmentation de la pratique de ce dépistage dans les années 1980 puis sa diminution à partir du milieu des années 2000 explique le pic d'incidence observé.

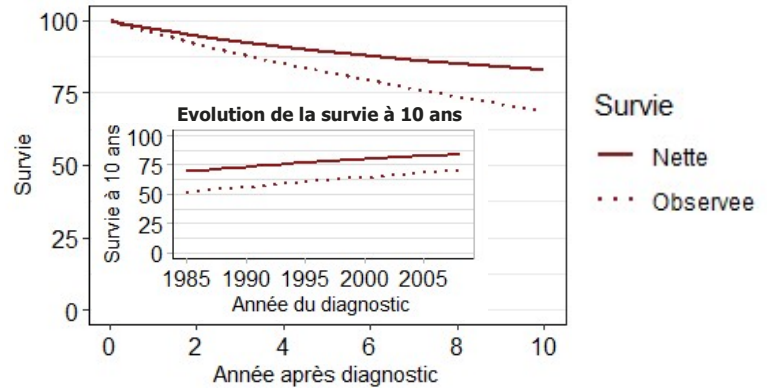
Le pronostic est globalement très bon avec une survie nette à 10 ans de 92%. Les décès du fait d'une autre cause sont fréquents (survie nette largement supérieure à la survie observée). La survie s'est nettement améliorée, passant de 45% (diagnostics en 1985) à 87% (diagnostics en 2008) en raison des améliorations thérapeutiques et du dépistage individuel. Bien que non recommandé, ce dépistage a pu éviter certains décès, mais il a aussi amélioré artificiellement la survie en dépistant des cancers faiblement évolutifs de très bon pronostic et qui n'auraient probablement pas été diagnostiqués sans ce dosage (surdiagnostic).

Cancer du sein

Evolution de l'incidence entre 1985 et 2018



Survie selon le délai après le diagnostic (2003- 2008)



En 2018, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes avec 1133 nouveaux cas en Isère. Depuis 1985, les taux d'incidence augmentent avec une variation annuelle moyenne de 3,3%.

L'augmentation de l'incidence au cours du temps s'explique par l'évolution de certains des facteurs liés à la vie reproductive (âge à la puberté, nombre d'enfants, allaitement, âge à la ménopause) ainsi que par une augmentation de la fréquence du dépistage par mammographie (organisé ou individuel) conduisant à des diagnostics plus précoces et au surdiagnostic de certains cancers.

Le cancer du sein est un cancer de bon pronostic avec une survie nette de 83% à 10 ans, s'améliorant au cours du temps : 69% pour les diagnostics en 1985 contre 84% pour les diagnostics en 2008. La survie nette est largement supérieure à la survie observée en raison de la fréquence élevée des décès d'autres causes que le cancer du sein. Les progrès thérapeutiques ainsi que la mise en place du dépistage organisé par mammographie expliquent cette amélioration de la survie.

Localisation	Sexe	Variation annuelle moyenne de l'incidence entre 1985 et 2018 (% [IC95 %])	Survie pour les cancers diagnostiqués entre 2003 et 2008 en Isère *				
			Effectif	Survie à 5 ans (% [IC 95%])		Survie à 10 ans (% [IC 95%])	
				Survie nette	Survie observée	Survie nette	Survie observée
Prostate	Hommes	1,6 [1,1 ; 2,0]	6776	96 [89 ; 100]	91 [87 ; 93]	92 [84 ; 100]	81 [73 ; 85]
Sein	Femmes	3,3 [2,4 ; 4,0]	5299	89 [87 ; 91]	82 [81 ; 83]	83 [80 ; 85]	68 [67 ; 70]

IC95% : Intervalle de confiance à 95%

* : Analyse restreinte aux cas diagnostiqués en 2003-2008 pour pouvoir estimer la survie à 10 ans.

FRÉQUENCE DES CANCERS EN ISÈRE EN 2018

Nous vous présentons ici les données d'incidence (nombre de cas et taux standardisés) par localisation cancéreuse en Isère pour l'année 2018. Comme pour le Bulletin précédent, nous ne pouvons pas vous présenter les données de mortalité par localisation cancéreuse puisque les dernières données publiées sont des données de l'année 2016.

	HOMMES		FEMMES	
	Nombre de cas	Taux standardisés ^a (pour 100 000)	Nombre de cas	Taux standardisés ^a (pour 100 000)
Sein	10	0,6	1133	106,1
Prostate	973	80,4	-	-
Poumon	565	48,7	240	19,3
Colon - rectum	421	33,9	308	20,6
Lymphomes malins non hodgkiniens	186	16,9	133	10,6
Mélanome de la peau	216	21,5	209	22,0
Vessie	186	13,9	44	2,6
Pancréas	133	11,6	144	9,2
Thyroïde	38	4,3	142	18,2
Lèvre – Bouche - Pharynx	160	15,8	64	5,4
Rein ^b	131	12,4	64	6,1
Foie	121	10,2	42	3,0
Corps de l'utérus	-	-	130	9,5
Estomac	104	8,4	59	4,0
Système nerveux central — tumeurs non invasives	35	4,2	100	9,7
Site primitif inconnu	44	3,3	41	2,2
Système nerveux central — tumeurs invasives	54	5,9	45	5,0
Sarcomes	34	3,8	30	2,9
Syndromes myéloprolifératifs chroniques	34	2,8	48	3,8
Œsophage	51	4,1	19	1,5
Ovaire	-	-	32	2,8
Leucémies aiguës myéloïdes	27	2,7	16	1,5
Larynx	44	3,8	4	0,3
Col de l'utérus	-	-	52	5,1
Syndromes myélodysplasiques	47	3,4	29	1,6
Lymphome de Hodgkin	14	1,7	16	3,2
Testicule	38	6,2	-	-
Tous cancers^c	4358	370,8	3728	312,9

a Standardisation sur la population mondiale.

b Les cancers des voies excrétrices urinaires ne sont pas inclus, contrairement aux estimations nationales d'incidence qui comprennent le rein et les voies excrétrices urinaires.

c Tous cancers à l'exception des cancers de la peau non mélanique.

LES PUBLICATIONS DU REGISTRE EN 2021

- Xiao D, Guizard AV, Daubisse-Marliac L, Woronoff AS, Trétarre B, **Delafosse P**, Molinié F, Cowppli-Bony A, Lapôtre-Ledoux B, Bara S, Marrer E, Velten M, Laroche L, Heutte N, Grosclaude P, Joly F. Evaluation of long-term living conditions in patients treated for localised prostate cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2021 Jan;30(1):e13333.
- Raze T, Lacour B, Cowppli-Bony A, **Delafosse P**, Velten M, Trétarre B, Defossez G, Hammas K, Woronoff AS, Ganry O, Plouvier S, Coureau G, Guizard AV, Bara S, Monnereau A, Daubisse-Marliac L, Troussard X, D'Almeida T, Baldi I, Bouvier V, Boissel N, Clavel J, Desandes E. Cancer Among Adolescents and Young Adults Between 2000 and 2016 in France: Incidence and Improved Survival. *J Adolesc Young Adult Oncol*. 2021 Feb;10(1):29-45.
- Chatignoux E, Uhry Z, Grosclaude P, **Colonna M**, Remontet L. How to produce sound predictions of incidence at a district level using either health care or mortality data in the absence of a national registry: the example of cancer in France. *Int J Epidemiol*. 2021 Mar 3;50(1):279-292.
- Mounier M, Romain G, Callanan M, Alla AD, Boussari O, Maynadié M, **Colonna M**, Jooste V. Flexible Modeling of Net Survival and Cure by AML Subtype and Age: A French Population-Based Study from FRANCIM. *J Clin Med*. 2021 Apr 13;10(8):1657.
- Baicry F, Molinié F, Plouvier S, **Colonna M**, Daubisse-Marliac L, Grosclaude P, Trétarre B, Bara S, Lapôtre-Ledoux B, Woronoff AS, Guizard AV, Bouvier V, Troussard X, Marrer E, Klein D, Velten M, Jégu J. What is the most appropriate period to define synchronous cancers? *Cancer Epidemiol*. 2021 Apr;71(Pt A):101900.
- **Seigneurin A**, Exbrayat C, Molinié F, Croisier L, Poncet F, Berquet K, **Delafosse P**, **Colonna M**. Association of Mammography Screening With a Reduction in Breast Cancer Mortality: A Modeling Study Using Population-Based Data From 2 French Departments. *Am J Epidemiol*. 2021 May 4;190(5):827-835.
- Defossez G, Uhry Z, **Delafosse P**, Dantony E, d'Almeida T, Plouvier S, Bossard N, Bouvier AM, Molinié F, Woronoff AS, **Colonna M**, Grosclaude P, Remontet L, Monnereau A; French Network of Cancer Registries (FRANCIM). Cancer incidence and mortality trends in France over 1990-2018 for solid tumors: the sex gap is narrowing. *BMC Cancer*. 2021 Jun 24;21(1):726.
- Cardoso R, Guo F, Heisser T, Hackl M, Ihle P, De Schutter H, Van Damme N, Valerianova Z, Atanasov T, Májek O, Mužík J, Nilbert MC, Tybjerg AJ, Innos K, Mägi M, Malila N, Bouvier AM, Bouvier V, Launoy G, Woronoff AS, Cariou M, Robaszkievicz M, **Delafosse P**, Poncet F, Katalinic A, Walsh PM, Senore C, Rosso S, Vincerževskienė I, Lemmens VEP, Elferink MAG, Johannesen TB, Kørner H, Pfeffer F, Bento MJ, Rodrigues J, Alves da Costa F, Miranda A, Zadnik V, Žagar T, Lopez de Munain Marques A, Marcos-Gragera R, Puigdemont M, Galceran J, Carulla M, Chirlaque MD, Ballesta M, Sundquist K, Sundquist J, Weber M, Jordan A, Herrmann C, Mousavi M, Ryzhov A, Hoffmeister M, Brenner H. Colorectal cancer incidence, mortality, and stage distribution in European countries in the colorectal cancer screening era: an international population-based study. *Lancet Oncol*. 2021 Jul;22(7):1002-1013.
- **Seigneurin A**, Exbrayat C, Molinie F, Croisier L, Poncet F, Berquet K, **Delafosse P**, **Colonna M**. THE AUTHORS REPLY. *Am J Epidemiol*. 2021 Aug 1;190(8):1701-1702.
- Pluchart H, Bailly S, Fauconnier J, **Delafosse P**, Chanoine S, Dumas I, Bedouch P, Toffart AC. Study protocol to assess polypharmacy and comorbidities in lung cancer. *Respir Med Res*. 2021 Nov;80:100861.
- Li M, **Delafosse P**, Meheus F, Borson-Chazot F, Lifante JC, Simon R, Grosclaude P, Combes JD, Dal Maso L, Polazzi S, Duclos A, **Colonna M**, Vaccarella S; Thyroid Cancer Group FRANCIM. Temporal and geographical variations of thyroid cancer incidence and mortality in France during 1986-2015: The impact of overdiagnosis. *Cancer Epidemiol*. 2021 Dec;75:102051.
- Boussari O, Bordes L, Romain G, **Colonna M**, Bossard N, Remontet L, Jooste V. Modeling excess hazard with time-to-cure as a parameter. *Biometrics*. 2021 Dec;77(4):1289-1302.

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, des rapports sur l'incidence des cancers, la mortalité et la survie des personnes atteintes de cancer en France sont régulièrement publiés.

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

et sur le site de l'Institut National du Cancer : <https://www.e-cancer.fr/>

Pour plus d'informations sur la surveillance du cancer en France : <https://lesdonnees.e-cancer.fr/Themes/Les-registres-de-cancers>



COMITÉ DE L'ISÈRE

Réalisation : M. BONNEAULT, A. SEIGNEURIN, M. COLONNA, F. PONCET, P. DELAFOSSE
Collaboration de : E. CATERINA, I. DUMAS, Z. EL YANDOUZI, F. HENRY, J. SABBIA, F. TOMAS
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 2700 exemplaires - Mars 2022 - Impression : Coquand La typo - Fontaine 04 76 26 68 64