

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

## EDITORIAL

Ce bulletin présente les chiffres du cancer dans le département de l'Isère pour l'année 2015.

La localisation que nous avons choisi de décrire de façon plus détaillée cette année est le cancer du rein dont l'incidence a augmenté depuis les années 1990, notamment chez les hommes, tandis que la survie à 5 ans s'est considérablement améliorée. Le développement des techniques d'imagerie et les évolutions thérapeutiques ont contribué à cette amélioration. La problématique du surdiagnostic et du sur-traitement, bien décrite pour d'autres localisations cancéreuses, est également à prendre en compte dans ce contexte.

Nous présentons également les tendances de l'incidence pour les tumeurs solides les plus fréquentes : sein, poumon, colon-rectum, thyroïde, mélanome chez les femmes et prostate, colon-rectum, poumon, mélanome et vessie chez les hommes.

Vous trouverez également la liste des publications 2018 auxquelles le registre a contribué.

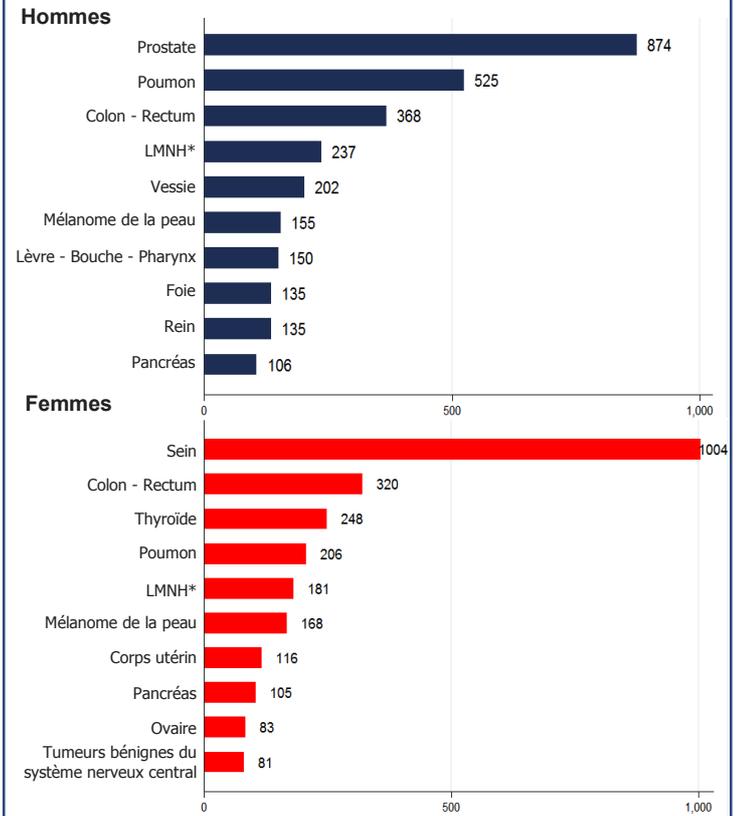
Toutes vos suggestions concernant vos attentes seront les bienvenues.

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 - 2015

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



\* LMNH = Lymphome Malin Non Hodgkinien

## Sommaire

- Le cancer du rein en Isère ..... 2
- Tendances de l'incidence 1990 - 2015 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 du rein diagnostiqués parmi les habitants de l'Isère de plus de 15 ans et 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.

## Incidence en augmentation

### Evolution de l'incidence entre 1990 et 2015, par sexe :

Taux d'incidence standardisé pour 100 000 en 2015 :

- Hommes : 12,7 (8ème rang)
- Femmes : 4,6 (14ème rang)

Variation annuelle moyenne des taux d'incidence standardisés entre 1990 et 2015 :

- Hommes : augmentation +2,3% (IC95% : +1,5% ; +3,0%)
- Femmes : augmentation +1,6% (IC95% : +0,8% ; +2,5%)

### Evolution de l'incidence entre 1990 et 2015, selon l'existence ou non d'une confirmation histologique :

Variation annuelle moyenne des taux d'incidence standardisés entre 1990 et 2015 :

- Avec confirmation histologique :  
Augmentation +2,4% (IC95% : +1,8% ; +3,1%)
- Sans confirmation histologique :  
Diminution -1,7% (IC95% : -3,5% ; -0,2%)

### Taux d'incidence en fonction de l'âge au diagnostic et du sexe :

- Augmentation avec l'âge, plus marquée chez les hommes que chez les femmes
- Pic d'incidence entre 75 et 85 ans, avec des taux bruts pour cette classe d'âge de :
  - 70 pour 100 000 chez les hommes
  - 30 pour 100 000 chez les femmes

Figure 1. Evolution du taux d'incidence standardisé du cancer du rein entre 1990 et 2015 selon le sexe.

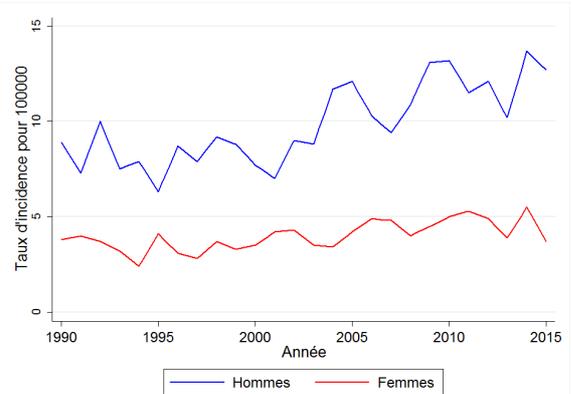


Figure 2. Evolution du taux d'incidence standardisé du cancer du rein entre 1990 et 2015 selon l'existence ou non d'une confirmation histologique

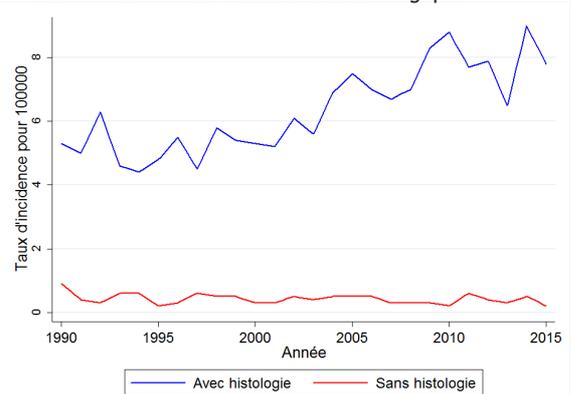
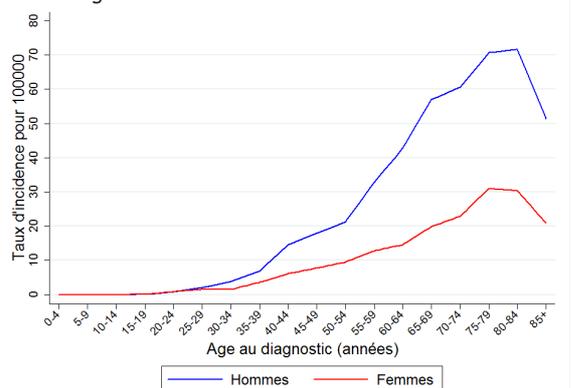


Figure 3. Taux d'incidence du cancer du rein par âge au diagnostic.



L'augmentation de l'incidence constatée dans le département de l'Isère est également retrouvée au niveau national et dans la plupart des pays industrialisés<sup>1</sup>. Cette augmentation est plus marquée chez les hommes.

La prévalence élevée dans les pays industrialisés de facteurs de risque identifiés dans le cancer du rein (obésité, hypertension artérielle, tabagisme, insuffisance rénale chronique)<sup>2</sup> peut expliquer en partie cette tendance à la hausse. Par ailleurs, le développement des examens d'imagerie abdominale réalisés pour des motifs divers contribue également à l'augmentation de l'incidence par la détection fortuite de tumeurs à un stade précoce<sup>3</sup>.

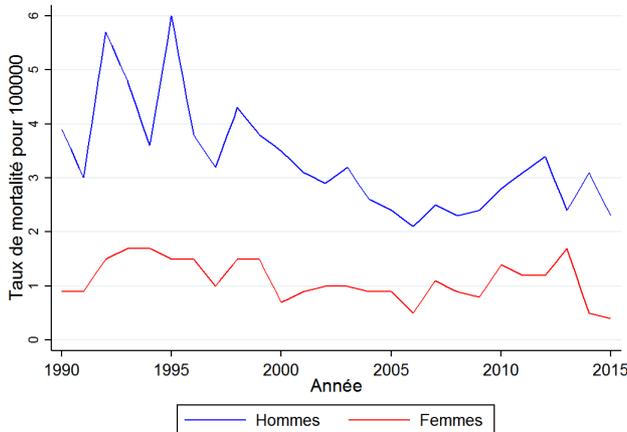
1. Wong et al. Incidence and mortality of kidney cancer: temporal patterns and global trends in 39 countries. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-15922-4>

2. Chow et al. Epidemiology and risk factors for kidney cancer. <https://doi.org/10.1038/nrrol.2010.46>

3. Welch et al. Regional Variation of Computed Tomographic Imaging in the United States and the Risk of Nephrectomy. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.7508>

## Mortalité stable

Figure 4. Evolution entre 1990 et 2015 du taux de mortalité standardisé du cancer du rein.



## Evolution de la mortalité entre 1990 et 2015, par sexe :

Taux de mortalité standardisé pour 100 000 en 2015 :

- Hommes : 2,3 (13ème rang)
- Femmes : 0,4 (14ème rang)

Variation annuelle moyenne des taux de mortalité standardisés entre 1990 et 2015 :

- Hommes : -0,8% (IC95% : -1,6% ; 0,0%)
- Femmes : -0,3% (IC95% : -2,0% ; +1,4%)

## Survie en amélioration

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 rein.

Figure 5. Survie nette à 5 ans des cancers du rein selon le sexe et la période de diagnostic.

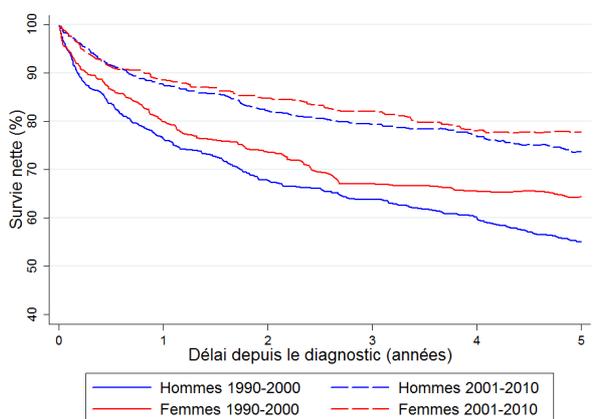
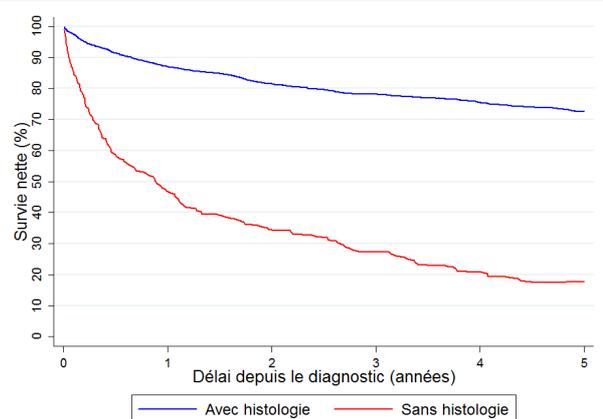


Figure 6. Survie nette à 5 ans des cancers du rein selon le sexe et l'existence d'une histologie



	Survie observée	Survie nette
<b>Survie à 5 ans - Femmes, 1990-2000</b>	58% (IC95% : 52% ; 63%)	64% (IC95% : 58% ; 70%)
<b>Survie à 5 ans - Femmes, 2001-2010</b>	68% (IC95% : 64% ; 72%)	78% (IC95% : 73% ; 82%)
<b>Survie à 5 ans - Hommes, 1990-2000</b>	51% (IC95% : 47% ; 55%)	55% (IC95% : 51% ; 59%)
<b>Survie à 5 ans - Hommes, 2001-2010</b>	69% (IC95% : 66% ; 72%)	74% (IC95% : 70% ; 77%)
<b>Survie à 5 ans - Avec histologie</b>	68% (IC95% : 66% ; 70%)	72% (IC95% : 70% ; 75%)
<b>Survie à 5 ans - Sans histologie</b>	13% (IC95% : 9% ; 18%)	17% (IC95% : 11% ; 23%)

La mortalité du cancer du rein est relativement stable en Isère depuis 1990.

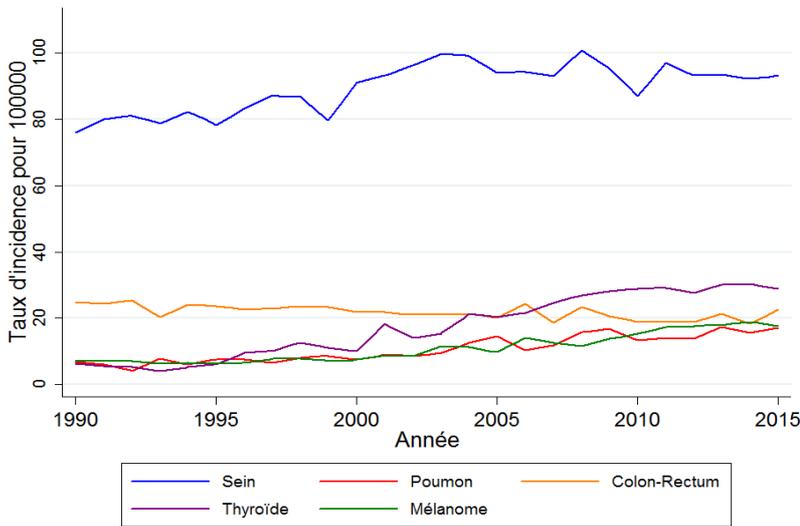
Les estimations internationales incluent les cancers du parenchyme rénal et des voies excrétrices urinaires et montrent une stabilité ou une baisse de la mortalité dans la plupart des pays industrialisés dans les dernières années<sup>1</sup>. Concernant la survie, on observe une franche amélioration entre les périodes de diagnostic 1990-2000 et 2001-2010. Elle est à mettre en lien avec les changements de prise en charge des cancers du rein (thérapies ciblées dans le traitement des formes métastatiques<sup>2</sup>), mais également avec un possible phénomène de surdiagnostic. Cette amélioration ne concerne pas les tumeurs sans confirmation histologique.

1. Wong et al. Incidence and mortality of kidney cancer: temporal patterns and global trends in 39 countries. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-15922-4>  
 2. CCAFU. Recommandations en onco-urologie 2016-2018 du CCAFU : Cancer du rein.

# TENDANCES DE L'INCIDENCE 1990 - 2015 EN ISÈRE

Les données présentées concernent l'incidence des 5 localisations de tumeurs malignes solides les plus fréquentes en Isère, par sexe. 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.

Figure 8. Evolution de l'incidence des 5 localisations de cancers les plus fréquentes chez les femmes entre 1990 et 2015.



## Femmes

L'incidence des tumeurs solides chez les femmes est fortement dominée par le **cancer du sein**, avec plus de 1000 cas diagnostiqués dans le département de l'Isère en 2015. Après une augmentation importante au cours des années 1990, en partie liée à la mise en place du dépistage organisé<sup>1</sup>, la tendance est à la stabilisation depuis 2005.

L'incidence du **cancer de la thyroïde** a fortement augmentée depuis 1990. Bien qu'on retrouve cette augmentation au niveau national, le département de l'Isère présente une forte sur-incidence. Des différences de pratiques de prise en charge pourraient expliquer ces différences d'incidence et la problématique du surdiagnostic et du sur-traitement est bien connue dans ce contexte<sup>2</sup>.

Le **cancer du poumon** et le **mélanome** sont également en forte augmentation ces dernières années chez les femmes. Ces tendances sont à mettre en lien avec leurs principaux facteurs de risque respectifs : le tabagisme, dont la prévalence a fortement augmentée jusqu'en 2010 chez les femmes<sup>3</sup> pour le cancer du poumon, et l'exposition aux rayons ultra-violet pour le mélanome<sup>4</sup>.

Enfin, l'incidence du **cancer du colon-rectum**, qui représente la 3ème localisation de cancer la plus fréquente chez la femme et qui fait l'objet d'un dépistage organisé depuis 2002 en Isère, présente une tendance à la baisse.

## Hommes

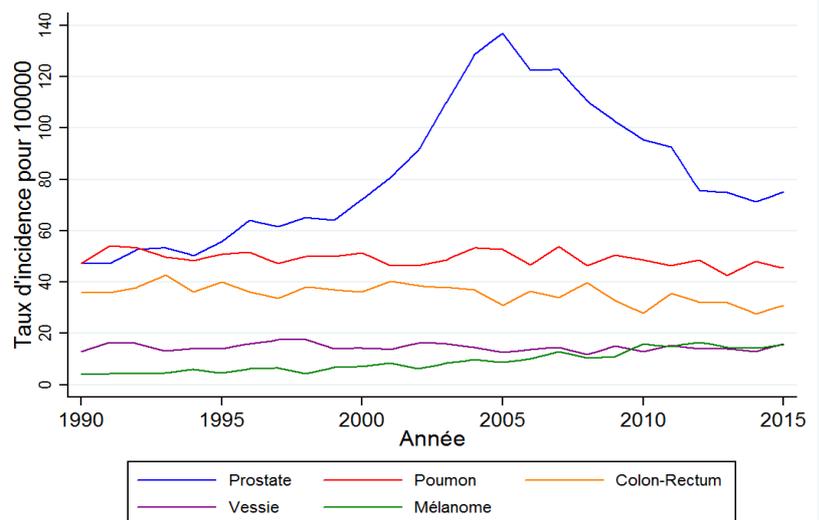
L'incidence des cancers chez les hommes est toujours dominée par le **cancer de la prostate**. Après un pic d'incidence, lié à l'utilisation fréquente du dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) et entraînant un surdiagnostic, l'incidence a fortement diminué depuis 2005 avant de se stabiliser ces dernières années. Des tendances similaires ont été observées en France. En 2016, les recommandations françaises ont été actualisées<sup>5</sup> et devraient permettre une évolution de la prise en charge diagnostique et thérapeutique.

Contrairement aux femmes, l'incidence du **cancer du poumon** est en légère diminution chez les hommes. Cette tendance est attribuable à un recul du tabagisme chez les hommes depuis les années 1970<sup>3</sup>.

Le **cancer du colon-rectum** représente, comme chez les femmes, la 3ème localisation la plus fréquente et la tendance est régulièrement à la baisse depuis les années 90. Après une augmentation parallèle à celle observée chez les femmes, l'incidence du **mélanome** s'est quant à elle stabilisée chez les hommes.

Enfin, l'incidence du **cancer de la vessie** reste stable depuis les années 90.

Figure 7. Evolution de l'incidence des 5 localisations de cancers les plus fréquentes chez les hommes entre 1990 et 2015.



1. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 - Tumeurs solides.

2. IARC. Overdiagnosis is a major driver of the thyroid cancer epidemic: up to 50-90% of thyroid cancers in women in high-income countries estimated to be overdiagnoses.

3. Inpes. Baromètre santé 2010-2016.

4. INCa. Rayonnements ultraviolets et risques de cancer.

5. CCAFU. Recommandations en onco-urologie 2016-2018 du CCAFU : Cancer de la prostate

# LA FRÉQUENCE DES CANCERS EN ISÈRE

## Incidence et mortalité par localisation cancéreuse - Isère - 2015

	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	874	75,3	137	8,0
Poumon	525	45,6	348	28,9
Colon-rectum	368	30,9	147	9,9
Lymphome malin non hodgkinien	237	21,4	.. <sup>b</sup>	.. <sup>b</sup>
Vessie	202	15,9	71	4,1
Mélanome de la peau	155	15,6	25	2,2
Lèvre - Bouche - Pharynx	150	14,7	49	4,3
Foie	135	11,8	122	9,3
Rein <sup>f</sup>	135	12,7	34	2,3
Pancréas	106	8,8	106	8,0
Thyroïde	78	9	5	0,5
Estomac	75	6,2	56	4,3
Sarcomes	61	6,9	.. <sup>d</sup>	.. <sup>d</sup>
Tumeurs invasives du système nerveux central	58	6,7	32	2,8
Site primitif inconnu	57	4,2	58	4,6
Œsophage	52	4,6	47	3,6
Testicule	49	7,6	1	0,2
Larynx	46	4,4	14	1,2
Syndromes myélodysplasiques	35	2,5	.. <sup>b</sup>	.. <sup>b</sup>
Syndromes myéloprolifératifs chroniques	34	3,1	.. <sup>b</sup>	.. <sup>b</sup>
Tous cancers <sup>e</sup>	3 695	333,4	1 510	113,3
<b>Femmes</b>				
Sein	1 004	93,1	195	12,8
Colon-rectum	320	22,6	123	6,4
Thyroïde	248	28,8	1	0,0
Poumon	206	17,1	148	11,1
Lymphome malin non hodgkinien	181	13,5	.. <sup>b</sup>	.. <sup>b</sup>
Mélanome de la peau	168	17,7	13	0,9
Corps utérin	116	8,5	50 <sup>c</sup>	3,0 <sup>c</sup>
Pancréas	105	6,5	104	5,3
Ovaire	83	6,1	67	4,4
Tumeurs bénignes du système nerveux central	81	7,6	13	0,7
Lèvre - Bouche - Pharynx	60	5,2	12	0,8
Sarcomes	63	5,7	.. <sup>d</sup>	.. <sup>d</sup>
Col utérin	54	6,2	50 <sup>c</sup>	3,0 <sup>c</sup>
Foie	50	3,4	40	2,4
Estomac	49	3,3	28	1,0
Rein <sup>f</sup>	48	4,6	12	0,4
Tumeurs invasives du système nerveux central	45	4,5	32	2,4
Syndromes myéloprolifératifs chroniques	44	3,3	.. <sup>b</sup>	.. <sup>b</sup>
Site primitif inconnu	43	2,3	52	2,8
Leucémies aiguës myéloïdes	31	2,3	.. <sup>b</sup>	.. <sup>b</sup>
Tous cancers <sup>e</sup>	3 216	279,8	1 106	64,6

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.

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

- **Colonna M**, Boussari O, Cowppli-Bony A, **Delafosse P**, Romain G, Grosclaude P, Jooste V; French Network of Cancer Registries (FRANCIM). Time trends and short term projections of cancer prevalence in France. *Cancer Epidemiol.* 2018 Oct;56:97-105.
- Hafdi-Nejjari Z, Abbas-Chorfa F, Decaussin-Petrucci M, Berger N, Couray-Targe S, Schott AM, Sturm N, Dumollard JM, Roux JJ, Beschet I, **Colonna M**, **Delafosse P**, Lifante JC, Borson-Chazot F, Sassolas G. Impact of thyroid surgery volume and pathologic detection on risk of thyroid cancer: A geographical analysis in the Rhône-Alpes region of France. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2018 Dec;89(6):824-833.
- Chatignoux É, Remontet L, Iwaz J, **Colonna M**, Uhry Z. For a sound use of health care data in epidemiology: evaluation of a calibration model for count data with application to prediction of cancer incidence in areas without cancer registry. *Biostatistics.* 2018 Mar 29.
- Gass B, Marrer E, Bara S, Ligier K, Molinié F, **Colonna M**, Daubisse-Marliac L, Trétarre B, Lapôtre-Ledoux B, Woronoff AS, Guizard AV, Bouvier V, Troussard X, Gaidon C, Klein D, Velten M, Jégu J. Use of a case-mix approach to study the trends in the incidence of second primary cancers. *Ann Epidemiol.* 2018 May;28(5):322-327.
- Boussari O, Romain G, Remontet L, Bossard N, Mounier M, Bouvier AM, Binquet C, **Colonna M**, Jooste V. A new approach to estimate time-to-cure from cancer registries data. *Cancer Epidemiol.* 2018 Apr;53:72-80.
- Fondain M, Dereure O, Uhry Z, Guizard AV, Woronoff AS, **Colonna M**, Molinie F, Bara S, Velten M, Marrer E, Grosclaude P, Lapôtre-Ledoux B, Tretarre B, Guillot B. Merkel cell carcinoma in France: a registries-based, comprehensive epidemiological survey. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018 Jan 16.
- Xhaard C, Rubino C, Souchard V, Maillard S, Ren Y, Borson-Chazot F, Sassolas G, Schwartz C, **Colonna M**, Lacour B, Woronoff AS, Velten M, Marrer E, Bailly L, Mariné Barjoan E, Schlumberger M, Drozdovitch V, Bouville A, Orgiazzi J, Adjadj E, de Vathaire F. Dietary habits during the 2 months following the Chernobyl accident and differentiated thyroid cancer risk in a population-based case-control study. *Cancer Epidemiol.* 2018 Feb;52:142-147.
- 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.* 2018 Jul;27(4):391-398.
- Boulanger M, Tual S, Lemarchand C, Guizard AV, **Delafosse P**, Marcotullio E, Pons R, Piel C, Pouchieu C, Baldi I, Clin B, Lebailly P; AGRICAN group. Lung cancer risk and occupational exposures in crop farming: results from the AGRICulture and CANcer (AGRICAN) cohort. *Occup Environ Med.* 2018 Nov;75(11):776-785.
- Desandes E, Brugières L, Molinié F, Defossez G, **Delafosse P**, Jehannin-Ligier K, Velten M, Trétarre B, Amadéo B, Marrer E, Woronoff AS, Ganry O, Monnereau A, d'Almeida T, Troussard X, Daubisse-Marliac L, Bara S, Guizard AV, Baldi I, Launoy G, Clavel J, Lacour B. Adolescent and young adult oncology patients in France: Heterogeneity in pathways of care. *Pediatr Blood Cancer.* 2018 Sep;65(9):e27235.
- Augustin A, Le Gouill S, Gressin R, Bertaut A, Monnereau A, Woronoff AS, Trétarre B, **Delafosse P**, Troussard X, Moreau 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.* 2018 Apr;144(4):629-635.
- **Seigneurin A**, **Delafosse P**, Trétarre B, Woronoff AS, Velten M, Grosclaude P, Guizard AV, Lapôtre-Ledoux B, Bara S, Molinié F, **Colonna M**. Are comorbidities associated with long-term survival of lung cancer? A population-based cohort study from French cancer registries. *BMC Cancer.* 2018 Nov 12;18(1):1091.
- **Bellier A**, **Colonna M**, **Delafosse P**, **Seigneurin A**. Incidence of prostate cancer and net survival by grade in a geriatric population: A population-based study in a French administrative entity from 1991 to 2013. *Cancer Epidemiol.* 2018 Oct;56:60-66.

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 : M. GALLOUCHE, 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

Votre adresse est utilisée pour l'envoi du bulletin. Vous pouvez nous informer de votre volonté de ne plus le recevoir

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 3500 exemplaires - Janvier 2019 - Impression : Coquand La typo - Fontaine 04 76 26 68 64