ÉPIDÉMIOLOGIE DES CANCERS EN PAYS DE LA LOIRE ▸ REGISTRE GÉNÉRAL DES TUMEURS DE LOIRE-ATLANTIQUE ET VENDÉE

N°2 - DÉCEMBRE 2010

Éditorial

PERSONNES ÂGÉES ET CANCERS

D'après les estimations nationales, 47,7 % des nouveaux cas de cancer chez l'homme et 42,3 % chez la femme surviennent après l'âge de 70 ans. Le cancer est également une cause importante de mortalité chez le sujet âgé : 58,9 % des causes de décès chez l'homme et 67 % chez la femme, après 70 ans.

Au regard de ces observations, l'oncogériatrie, spécificité portée par les oncologues et les gériatres, est née il y a une dizaine d'années à Tampa (USA). Devant l'engouement de ces médecins, l'évaluation gériatrique des patients âgés atteints d'un cancer est devenue une recommandation du National Comprehensive Cancer Network, institution de référence en cancérologie sur le plan international. En France, un chapitre relatif à cette problématique a été développé dans le plan cancer 2009-2013. Les recommandations s'appuient sur les quinze Unités Pilotes de Coordination en OncoGériatrie (UPCOG). Une de ces unités est développée en Pays de la Loire : elle a la particularité d'être régionale et est à l'initiative de nombreux programmes dont la création d'un diplôme universitaire d'oncogériatrie.

L'amélioration de la prise en charge en oncogériatrie et la mise en œuvre de moyens adaptés dans les territoires de santé imposent que la conduite des décisions thérapeutiques et le devenir des patients âgés soient connus. Il s'agit d'un enjeu majeur de recherche épidémiologique et clinique, non seulement pour la compréhension de la réalité de la prise en charge des sujets âgés atteints de cancer mais aussi dans le cadre d'une analyse observationnelle de la mise en place d'une politique régionale oncogériatrique.

C'est pourquoi l'UPCOG des Pays de la Loire, en collaboration avec le réseau régional de cancérologie ONCOPL, a mis en place un partenariat avec le registre des cancers de Loire-Atlantique et Vendée afin de développer des travaux spécifiques sur la prise en charge du sujet âgé atteint de cancer.

Cette coopération entre oncologues, gériatres et médecins de santé publique ouvre des perspectives de recherche particulièrement intéressantes pour l'oncogériatrie.

Dr Laure DE DECKER,
Dr Emmanuelle BOURBOULOUX,
Pr Gilles BERRUT

un registre bi-départemental : 2 missions

Veille

Loire Atlantique	Vendée	
Population au 1er janvier 2006		
1,2	0,6	millions d'habitants
35,8	17,3	% de la population régionale
2,0	1,0	% de la population française
Base de données du registre sur la période 1998-2006		
53 983	31 063	cas incidents
sur la période 2004-2006		
6 714	3 524	cas incidents par an, en moyenne
Répartis ainsi		
6 526	3 458	cas invasifs incidents
116	40	tumeurs incidentes non invasives de la vessie
72	26	tumeurs incidentes bénignes du système nerveux central
⊕ 121	⊕ 54	cancers in situ du sein non inclus en incidence

Recherche

Études en cours

- Étude des pratiques de prise en charge du cancer du sein en 2003, Collaboration : Réseau FRANCIM (10 registres).
- Étude des facteurs individuels et géographiques d'une prise en charge précoce du cancer du sein dans trois départements français en 2007, Collaboration : PIMESP - CHU de Nantes, Registres des cancers du Doubs, du Tarn et de Loire-Atlantique.
- Prévalence et déterminants de la non présentation du dossier en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) lors de la prise en charge des femmes avec un diagnostic de cancer du sein en 2007, Collaboration : PIMESP et UPCOG - CHU de Nantes, Registres des cancers du Tarn et de Loire-Atlantique.
- Étude de faisabilité sur le recueil de données professionnelles pour les patients atteints d'un cancer pulmonaire en 2009 en Vendée.

Axe de recherche en oncogériatrie

- Étude des pratiques de prise en charge du cancer du sein en 2003 chez les femmes âgées
- Description des comorbidités chez les femmes âgées atteintes d'un cancer du sein en 2007
- Étude du rôle de l'âge dans la non présentation du dossier en RCP lors de la prise en charge des femmes avec un diagnostic de cancer du sein en 2007

Participation à :

- Étude AGRICAN : Recherche des facteurs de risque professionnels de cancer dans une cohorte de salariés en milieu agricole en France.
- Étude sur la Qualité de vie à long terme des patients traités pour cancer localisé de la prostate diagnostiqué en 2001.
- Études descriptives de la prise en charge en France des cancers du poumon (2004), de la prostate (2008), des glioblastomes (2008).
- Évaluation de la qualité des ALD et du PMSI comme indicateurs du suivi épidémiologique des cancers à l'aide de données nominatives.

nos résultats en 2004-2006

Quel risque de développer un cancer ?

Loire-Atlantique (période 2004-2006)	♂	♀
avant 15 ans	1 sur 526	1 sur 714
avant 45 ans	1 sur 43	1 sur 26
avant 70 ans	1 sur 3	1 sur 4
avant 80 ans	2 sur 3	1 sur 3

Vendée (période 2004-2006)	♂	♀
avant 15 ans	1 sur 588	1 sur 714
avant 45 ans	1 sur 41	1 sur 28
avant 70 ans	1 sur 3	1 sur 5
avant 80 ans	3 sur 5	1 sur 3

Quel risque de voir un patient atteint de cancer ?

Loire Atlantique	Vendée	
Nombre de patients avec un nouveau diagnostic de cancer		
3,4	4,3	en moyenne par an et par médecin généraliste
dont		
1,4	**2,0**	**âgés de 70 ans ou plus**
Densité médicale		
155	134	médecins généralistes pour 100 000 habitants

Une incidence plus élevée en Loire-Atlantique qu'en France

Loire-Atlantique

6 526 cas incidents invasifs par an en moyenne
(sexe ratio H/F = 1,7)

	Nb de cas	TB	TS	TS France
♂ incidence 2004-06	3 861	657,5	446,3	376,1
♂ mortalité 2004-06	1 851	315,1	197,6	160,7
♀ incidence 2004-06	2 665	427,5	261,2	251,9
♀ mortalité 2004-06	1 229	197,2	89,9	80,0

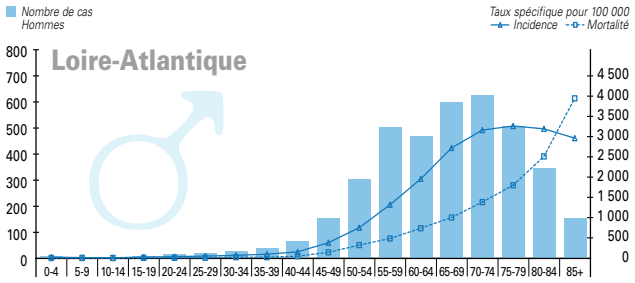
Vendée

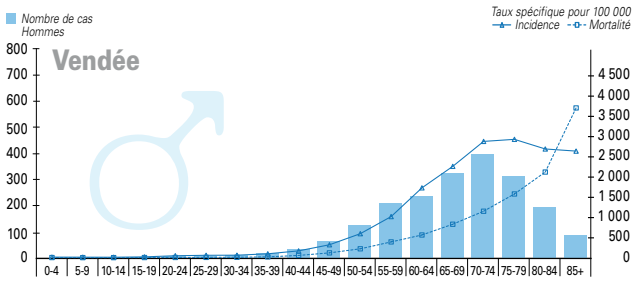
3 458 cas incidents invasifs par an en moyenne
(sexe ratio H/F = 1,6)

	Nb de cas	TB	TS	TS France
♂ incidence 2004-06	2 059	710,9	389,9	376,1
♂ mortalité 2004-06	975	336,8	163,8	160,7
♀ incidence 2004-06	1 400	468,8	249,5	251,9
♀ mortalité 2004-06	638	213,8	77,3	80,0

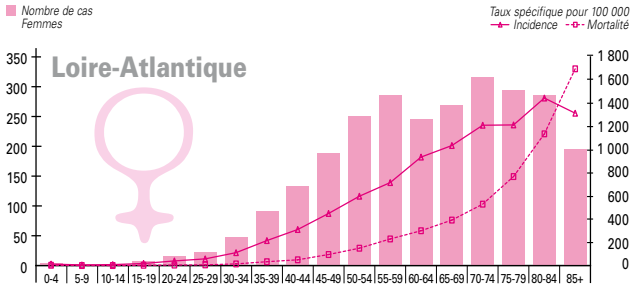
L'incidence et la mortalité par cancer augmentent avec l'âge

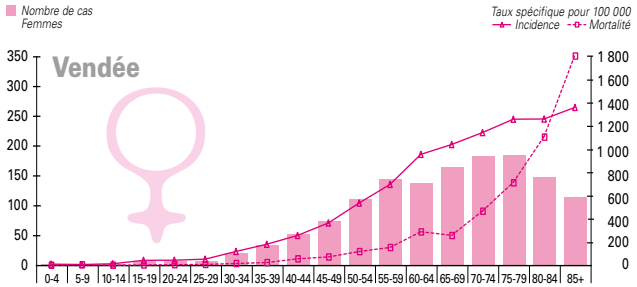
INCIDENCE ET MORTALITÉ, PAR TRANCHE D'ÂGE CHEZ LES HOMMES *(Moyenne sur la période 2004-2006)*





INCIDENCE ET MORTALITÉ, PAR TRANCHE D'ÂGE CHEZ LES FEMMES *(Moyenne sur la période 2004-2006)*





Plus de 40% des cancers surviennent chez les personnes âgées de 70 ans ou plus

Loire-Atlantique

2 727 cas incidents invasifs par an en moyenne chez les personnes âgées de 70 ans ou plus (sexe ratio H/F = 2,5)

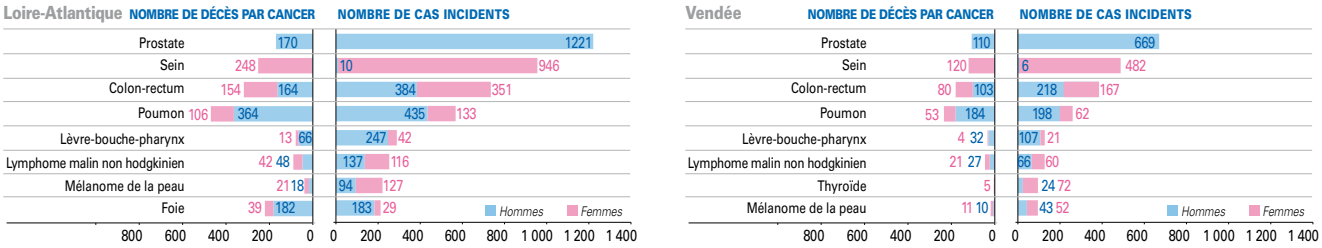
41,8% des cas de cancers et 59,5 % des décès par cancer surviennent chez les personnes âgées de 70 ans ou plus, alors que cette tranche d'âge représente 11,3 % de la population de Loire Atlantique.

Vendée

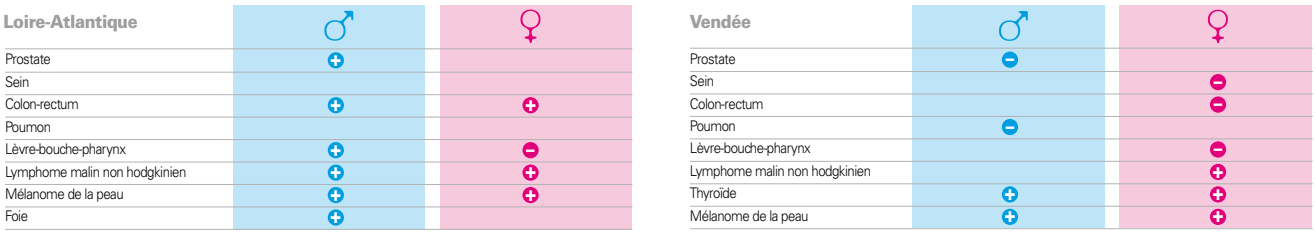
1 628 cas incidents invasifs par an en moyenne chez les personnes âgées de 70 ans ou plus (sexe ratio H/F = 2,4)

47,1% des cas de cancers et 66,5 % des décès par cancer surviennent chez les personnes âgées de 70 ans ou plus, alors que cette tranche d'âge représente 14,5 % de la population de Vendée.

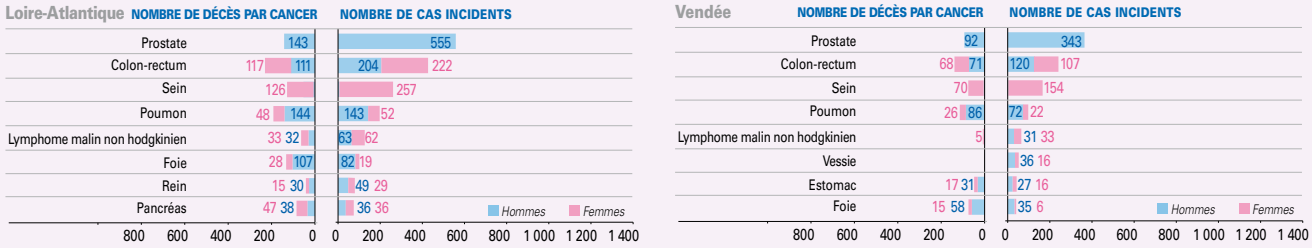
Les cancers du sein, de la prostate, du colon-rectum et du poumon représentent la moitié des cancers



Comparaison avec l'incidence nationale pour les cancers les plus fréquents de chaque département

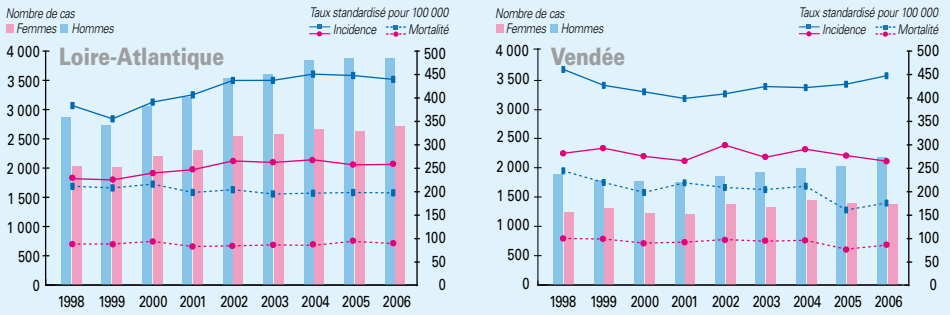


Chez les personnes âgées de 70 ans ou plus : la proportion des cancers digestifs augmente par rapport aux autres cancers

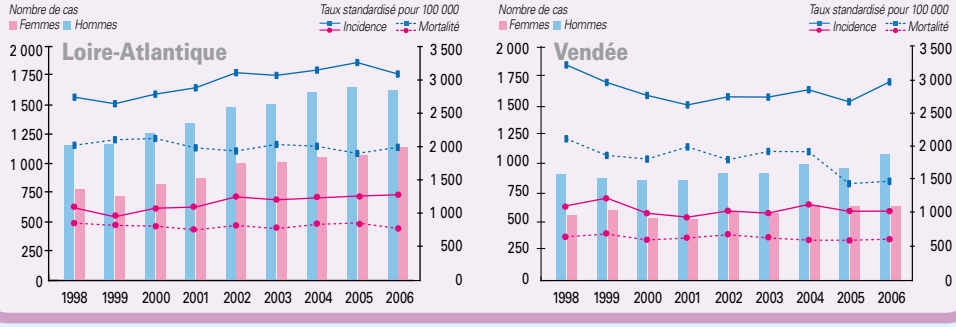


Évolution 1998 - 2006

Une mortalité stable ou en baisse malgré une augmentation de l'incidence



Chez les personnes âgées de 70 ans ou plus : des évolutions comparables aux évolutions tous âges



Glossaire

- **Incidence :** nombre moyen de nouveaux cas apparus dans une population donnée sur la période étudiée.
- **TB (taux brut pour 100 000 personnes exposées) :** rapport du nombre de nouveaux cas sur l'effectif de la population exposée pendant la même période.
- **TS (taux standardisé sur la population mondiale, pour 100 000) :** c'est l'incidence ou la mortalité qu'on observerait dans la population étudiée si elle avait la même structure d'âge que la population de référence.
- **TS France :** taux standardisé sur la population mondiale, pour 100 000, estimé pour la France entière en 2005.
- **Taux spécifique de l'âge :** taux brut d'une classe d'âge donnée.
- **Sexe ratio :** division du taux standardisé observé chez les hommes par le taux standardisé observé chez les femmes.

Place des pathologistes dans le diagnostic du cancer

Le pathologiste étudie tout prélèvement tissulaire adressé par les médecins "préleveurs" pour réaliser le diagnostic positif de cancer. Il est situé à la croisée des chemins entre les cliniciens (qui suspectent un cancer) et le cancérologue (qui met en place le protocole thérapeutique adapté).

L'anatomie pathologique est le socle du dépistage par sa caractérisation des lésions pré-néoplasiques (dysplasie du col utérin, adénomes du colon, atypies glandulaires du sein). Les critères histologiques restent indispensables et les plus importants pour le diagnostic même du cancer, pour en établir le pronostic et donc la stratégie thérapeutique.

Le pathologiste fournit aussi les informations liées aux récents progrès en cancérologie : on parle de thérapie ciblée (K-ras, Her2...). Cette prise en charge personnalisée du cancer est connue depuis longtemps des pathologistes qui, pour chaque patient, identifient des caractéristiques pronostiques et thérapeutiques propres à leur cancer.

L'acte d'anatomie pathologique est un acte médical avec les obligations inhérentes (articles 2, 4 et 12 de l'Ordre, entre autres), le tout dans un contexte de confidentialité partagée y compris le partage d'informations pour actions de santé publique, avec en toile de fond un diagnostic grave et des traitements lourds.

Les médecins anatomopathologistes font le diagnostic du cancer et fournissent les critères pour choisir le traitement ; leurs données sont également indispensables pour les études d'essais cliniques, la recherche, l'épidémiologie.

Dr Jérôme CHETRITT, Dr Marcel BOUC

Les pathologistes, partenaires sources d'information du registre

Le registre général des tumeurs de Loire-Atlantique et de Vendée remercie vivement les médecins des laboratoires partenaires sources d'information :

les laboratoires d'anatomie et de cytologie pathologique de Loire-Atlantique et de Vendée :

- Institut d'HistoPathologie (Drs Aillet, Audouin, Chetritt, Chomarat, Cousin, Dubois, Guinaudeau, Monnier, Renaut)
- Laboratoire des Drs Lemerle et Hémery
- Laboratoire des Drs Kerlo et Morin
- Laboratoire du CH de Saint-Nazaire (Drs Besnard et Guerzider)
- Laboratoire du CHU de Nantes (Pr Laboisse et Pr Mosnier, Drs Bossard, Cassagnau, Ducournau, Heymann, Jossic, Joubert, Loussouarn, Moreau, Mussini, Renaudin, Sagan, Toquet)
- Laboratoire du CHD de La Roche-sur-Yon (Drs Branquet, Chapeau, Dimet, Magois)
- Laboratoire du Dr Martinez

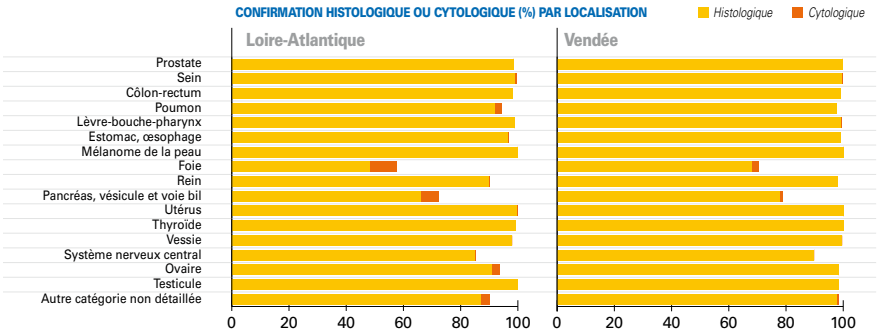
ainsi que tous les laboratoires des départements limitrophes qui adressent des comptes-rendus.

Le registre remercie également les laboratoires de cytologie hématologique (Dr Garrand) et de cytogénétique et biologie moléculaire hématologique (Drs Talmant et Lode) du CHU de Nantes, le laboratoire de cytologie hématologique du CHD de La Roche-sur-Yon (Dr Subiger), le laboratoire de cytologie hématologique des Nouvelles Cliniques Nantaises (Dr Coadic), le laboratoire d'analyse du CH de Châteaubriant (Dr Garnier), qui contribuent au recueil et à l'enregistrement des hémopathies malignes.

Un pourcentage de diagnostic histologiquement confirmé qui varie d'une localisation à une autre

En moyenne, les tumeurs solides invasives incidentes de Loire-Atlantique sur la période 2004-2006 sont confirmées par un diagnostic histologique dans 93,7 % des cas, et par un diagnostic cytologique seul dans 1,2 % des cas.

En Vendée, ces chiffres sont respectivement de 97,7 % et 0,2 % (la part des diagnostics sans vérification histologique est sous-estimée car les déclarations de cancer par le PMSI sont moins exhaustives qu'en Loire-Atlantique).



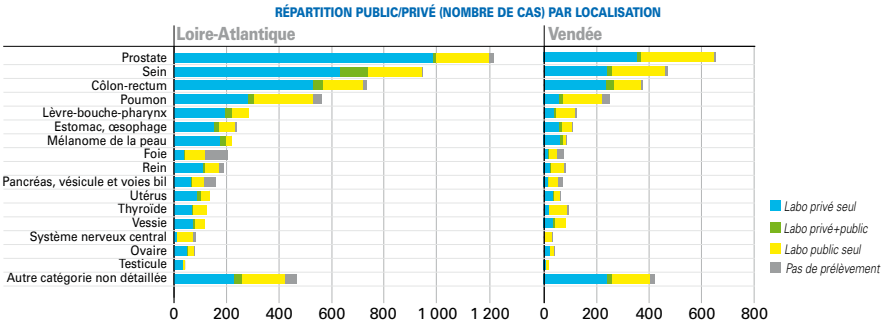
Des prélèvements majoritairement effectués par les laboratoires privés

En Loire-Atlantique, 68 % des tumeurs solides sont examinées par au moins un laboratoire privé, 31 % par au moins un laboratoire public.

En Vendée, 50 % des tumeurs solides sont examinées par au moins un laboratoire privé, 45 % par au moins un laboratoire public.

En Loire-Atlantique comme en Vendée, environ 5 % des tumeurs solides sont examinées à la fois par un laboratoire public et par un laboratoire privé.

43 % des tumeurs solides des patients vendéens sont examinées uniquement en Loire-Atlantique et 4 % dans un autre département limitrophe. L'immense majorité des prélèvements des patients de Loire-Atlantique est examinée dans ce même département.



Chez les patients âgés de 70 ans ou plus, moins de diagnostics confirmés histologiquement

En Loire-Atlantique, en moyenne sur la période 2004-2006, les tumeurs solides invasives incidentes des patients de 70 ans ou plus sont confirmées par un diagnostic histologique dans 89,4 % des cas, soit 4 points de moins que pour la population générale. Cette diminution est en partie due aux localisations suivantes :

- système nerveux central (-32 points),
- ovaire (-12 points),
- pancréas, vésicule et voies biliaires (-11 points),
- rein (-9 points)
- et poumon (-6 points).

En revanche, la part des diagnostics sur une base cytologique est comparable (1,5 %).

La différence est moindre en Vendée entre la population âgée de 70 ans ou plus et la population générale : la part des diagnostics confirmés histologiquement représente 96,8 % (-1 point par rapport à la population générale) et celle des diagnostics confirmés par cytologie 0,2 %. La diminution de la part des diagnostics établis sur confirmation histologique est en partie due aux cancers :

- du système nerveux central (-11 points),
- du pancréas, de la vésicule et des voies biliaires (-9 points).

le registre des cancers en bref

L'association Épidémiologie des Cancers en Pays de la Loire (EPIC-PL) est un registre bi-départemental

qui recense depuis 1998 tous les nouveaux cas de cancers chez les personnes domiciliées en Loire-Atlantique ou en Vendée. Le registre est qualifié par le Comité National des Registres (CNR). Il appartient au réseau des registres français du cancer (FRANCIM) qui regroupe l'ensemble des registres français généraux et spécialisés du cancer qualifiés par le CNR. Il est autorisé par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (22/11/2000 N° 900234) à recevoir toute information nominative d'ordre médical.

Ce que dit la CNIL

La loi autorise les médecins à transmettre des données nominatives à des personnes nommément désignées et astreintes au secret professionnel au sein des registres du cancer.

Information du patient

La CNIL estime que seuls les médecins en contact direct avec les patients qu'ils prennent en charge pour un cancer, sont en mesure d'informer individuellement chaque patient, en conscience et au moment qu'ils estimeront le plus opportun, que sa pathologie fait l'objet d'un enregistrement systématique et qu'il peut exercer un droit de refus. (Mise à disposition sur le site Internet du registre ou sur simple demande d'une note d'information destinée au patient).

Référence : Délibération n°03-053 du 27 novembre 2003 portant adoption d'une recommandation relative aux traitements de données à caractère personnel mis en œuvre par les registres du cancer.

REMERCIEMENTS

Nous remercions l'ensemble de nos partenaires publics et privés : les laboratoires d'anatomie pathologique, les établissements de soins, l'Assurance Maladie, CAP Santé Plus 44, la DDASS et tous les médecins qui contribuent au fonctionnement du registre en routine.

nos publications récentes

Des informations sur l'épidémiologie des cancers à votre disposition sur Internet

Site du CIRC (incidence mondiale) : http://www-dep.iarc.fr/

Site de l'InVS (incidence nationale 2005) : http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/estimations_cancers/default.htm

Site du registre EPIC-PL : http://www.sante-pays-de-la-loire.com/Registre_des_cancers.161.0.htm

Où vous pouvez télécharger nos derniers rapports :

- Epidemiologie du cancer en Loire-Atlantique. Période 2004-2006.
- Epidemiologie du cancer en Vendée. Période 2004-2006.

Des articles scientifiques

- **Risk factors of thyroid tumors : role of environmental and occupational exposures to chemical pollutants.** Leux C, Guénel P. Rev Epidemiol Sante Publique. 2010;58:359-67.
- **Interprétation des études épidémiologiques.** Paillé C, Leux C, Lombrail P. Rev Prat. 2010;60:541-2.
- **Recent trends in breast cancer incidence rates in the Loire-Atlantique, France: a decline since 2003.** Fontenoy AM, Leux C, Delacour-Billon S, Allioux C, Frénel JS, Campone M, Molinié F. Cancer Epidemiol. 2010;34:238-43.
- **Multi-state Markov models in cancer screening evaluation: a brief review and case study.** Uhry Z, Hédelin G, Colonna M, Asselain B, Arveux P, Rogel A, Exbrayat C, Guldenfels C, Courtial I, Soler-Michel P, Molinié F, Eilstein D, Duffy SW. Stat Methods Med Res. 2010;19:463-86.
- **Le cancer de la prostate en France en 2001 : état des pratiques et facteurs associés à la réalisation d'une prostatectomie totale.** Jegu J, Trétarre B, Velten M, Guizard AV, Danzon A, Buémi A, Colonna M, Kadi-Hanifi AM, Ganry O, Molinié F, Bara S, Rebillard X, Grosclaude P. Prog Urol. 2010;20:56-64.
- **A population-based study of adjuvant chemotherapy for stage-II and -III colon cancers.** Phelip JM, Molinié F, Delafosse P, Launoy G, Trétarre B, Bara S, Buémi A, Velten M, Danzon A, Ganry O, Bouvier AM, Grosclaude P, Faivre J. Gastroenterol Clin Biol. 2010;34:144-9.
- **Evolution of pleural cancers and malignant pleural mesothelioma incidence in France between 1980 and 2005.** Le Stang N, Belot A, Gilg Soit Ilg A, Rolland P, Astoul P, Bara S, Brochard P, Danzon A, Delafosse P, Grosclaude P, Guizard AV, Imbernon E, Lapôtre-Ledoux B, Ligier K, Molinié F, Pairon JC, Sauleau EA, Trétarre B, Velten M, Bossard N, Goldberg M, Launoy G, Galateau-Sallé F. Int J Cancer. 2010;126:232-8.
- **Disparités géographiques d'évolution d'incidence des cancers de la thyroïde par taille entre 1983 et 2000 en France.** Leux C, Colonna M, Guizard AV, Uhry Z, Velten M, Ganry O, Schvartz C, Grosclaude P, Molinié F. Rev Epidemiol Sante Publique. 2009;57:403-10.

Contribution à :

- **Pooled Analysis of Two Case-Control Studies in New Caledonia and French Polynesia of Body Mass Index and Differentiated Thyroid Cancer: The Importance of Body Surface Area.** Cléro E, Leux C, Brindel P, Truong T, Anger A, Teinturier C, Diallo I, Doyon F, Guénel P, de Vathaire F. Thyroid. 2010;20:1285-93.
- **Oxaliplatin-based hyperthermic intraperitoneal chemotherapy in primary or recurrent epithelial ovarian cancer: a pilot study of 31 patients.** Frénel JS, Leux C, Pouplin L, Ferron G, Berton-Rigaud D, Bourbouloux E, Dravet F, Jaffre I, Classe JM. J surg Oncol. 2010. Sous presse.
- **Breast cancer following radiotherapy for a hemangioma during childhood.** Haddy N, Dondon MG, Paoletti C, Rubino C, Mousannif A, Shamsaldin A, Doyon F, Labbé M, Robert C, Avril MF, Demars R, Molinié F, Lefkopoulos D, Diallo I, de Vathaire F. Cancer Causes Control. 2010;21:1807-16.
- **(18)F-FDG PET/CT in the characterization and surgical decision concerning adrenal masses : a prospective multicentre evaluation.** Ansquer C, Scigliano S, Mirallié E, Taïeb D, Brunaud L, Sebag F, Leux C, Drui D, Dupas B, Renaudin K, Kraeber-Bodéré F. Eur J Nucl Med Mol Imaging. 2010;37:1669-78.
- **Prognostic impact of (18)F-fluoro-deoxyglucose positron emission tomography in untreated mantle cell lymphoma : a retrospective study from the GOELAMS group.** Bodet-Milin C, Touzeau C, Leux C, Sahin M, Moreau A, Maisonneuve H, Morineau N, Jardel H, Moreau P, Gallazini-Crépin C, Gries P, Gressin R, Harousseau JL, Mohty M, Moreau P, Kraeber-Bodéré F, Le Gouill S. Eur J Nucl Med Mol Imaging. 2010;37:1633-42.

Contribution à des rapports

- **EPIDIG OUEST :** Coût pour l'assurance maladie lié à l'introduction des thérapies ciblées en référence aux thérapies conventionnelles utilisées dans le traitement du cancer colorectal métastatique. OMIT Bretagne Pays-de-la-Loire, 2009.
- **Dépistage des cancers dans les Pays de la Loire.** Tableau de bord des indicateurs de fréquence et de couverture du dépistage pour les cancers du sein, du côlon-rectum et du col de l'utérus. Mise à jour janvier 2009. ORS Pays de la Loire, 2009.

notre équipe

Le bureau de l'association

- **Président :** Pr Pierre Lombrail (CHU Nantes)
- **Vice président :** Dr Jacques Berruchon (CHD La Roche-sur-Yon)
- **Trésorier :** Dr Marcel Bouc (anatomopathologiste)
- **Secrétaire :** Dr Claire Magois (CHD La Roche-sur-Yon)

L'equipe salariée

- **Directrice :** Dr Florence Molinié
- **Epidémiologiste :** Dr Christophe Leux
- **Biostatisticiennes :** Stéphanie Ayrault, Solenne Delacour
- **Anatomopathologiste :** Dr Nathalie Auffret
- **Personnel enquêteur :** Sophie Amossé, Dr Christine Cerbelaud, Colette Choquet, Dr Ana Maria Chouillet, Dr Marie-Thérèse Fronteau, Sylvie Lelièvre, Katia Menanteau, Dr Anne-Delphine Tagri
- **Techniciennes de saisie :** Aurélie Bouron, Blandine Chauvet, Catherine Hervouet, Magali Metais, Marie-Louise Rouvier, Colette Vigant

Pour plus d'information :

Registre des cancers :

Plateau des écoles - 50 route de Saint-Sébastien - 44093 NANTES CEDEX 1

Tél. : 02 40 84 69 81 - Fax : 02 40 84 69 82

E-mail secrétariat :

Magali.metais@chu-nantes.fr

Site internet :

www.sante-pays-de-la-loire.com/Registre_des_cancers.161.0.html

DES PARTENAIRES PUBLIQUES ET PRIVÉS NOUS SOUTIENNENT FINANCIÈREMENT

JOURNAL D'EPIC-PL :
Registre général des tumeurs de Loire-Atlantique et Vendée

- *Comité de rédaction : S. Ayrault, S. Delacour, Dr C. Leux, Dr F. Molinié.*
- *Maquette : Tant & Plus*
- *Impression : Pixelfab*
- *Photo : Fotolia*