



INCIDENCE DES CANCERS EN LOIRE-ATLANTIQUE

Années 2000 à 2003

Association du Registre des
Cancers de Loire-Atlantique
ARCLA

Février 2008

AUTEURS

La production de ce document est le fruit du travail de :

Sophie AMOSSE, enquêtrice (I.D.E)

Nathalie AUFFRET, médecin anatomo-pathologiste

Aurélie BOURON, technicienne de saisie

Christine CERBELAUD, médecin enquêteur

Ana-Maria CHOUILLET, médecin enquêteur

Solenne DELACOUR, bio-statisicienne

Magali METAIS, technicienne de saisie

Florence MOLINIE, médecin de Santé Publique, épidémiologiste, directrice scientifique du registre

Anne-Delphine TAGRI, médecin enquêteur

Responsables de la publication :

Florence MOLINIE, médecin de Santé Publique, épidémiologiste, directrice scientifique du registre.

REMERCIEMENTS

Ce rapport n'aurait pu voir le jour sans le soutien financier :

du Conseil Général de la Loire-Atlantique

du Comité Départemental de la Ligue Contre le Cancer

du Centre Catherine de Sienne

du Conseil Régional

de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM)

et de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS)

Nous remercions tous ceux qui ont permis ce travail grâce à leurs déclarations :

Les médecins anatomo-pathologistes de Loire-Atlantique et de Vendée

Les DIM des centres hospitaliers de Loire-Atlantique et des départements limitrophes :
Vendée, Maine-et-Loire, Ille-et-Vilaine

Les centres de sécurité sociale : CPAM, MSA et RSI.

SOMMAIRE

AUTEURS

REMERCIEMENTS

INTRODUCTION

1

I DONNÉES GÉNÉRALES SUR LA LOIRE-ATLANTIQUE

3

I.1 Géographie (7)

5

I.2 Démographie (7,8,9)

6

I.3 Emploi (7,8)

7

I.4 Couverture sanitaire (8,9)

7

II MATÉRIEL ET MÉTHODES

9

II.1 Présentation du Registre

11

II.2 Recueil de l'information

12

II.3 Traitement de l'information

13

II.4 Contrôles de qualité

13

II.5 Indicateurs retenus

14

II.6 Présentation des résultats

17

III RÉSULTATS

19

III.1 Résultats des contrôles

21

III.1.1 Nombre de déclarations par cas

21

III.1.2 Pourcentage de vérification microscopique

22

III.2 Incidence et mortalité globales observées en Loire-Atlantique de 2000 à 2003

24

III.2.1 Commentaires généraux et résultats principaux

24

- Représentation graphique de la répartition par appareil chez les femmes et les hommes

27

- Incidence et taux d'incidence observés dans la population ligérienne féminine

28

- Incidence et taux d'incidence observés dans la population ligérienne masculine

29

- Population exposée, incidence et taux standardisé : représentation cartographique

30

- Incidence, fréquence relative, taux bruts et standardisés résumés par appareil et par sexe

31

- Mortalité, fréquence relative, taux bruts et standardisés résumés par appareil et par sexe

31

- Pyramide des âges de la population exposée et des cas observés

32

- Histogramme des cas de cancers observés chez les femmes par tranche d'âge

33

- Histogramme des cas de cancers observés chez les hommes par tranche d'âge

34

- Rapport mortalité/incidence dans la population ligérienne masculine et féminine	35
III.2.2 Incidence par appareil	37
- Répartition détaillée des cancers de l'appareil digestif	39
- Répartition détaillée des cancers de l'appareil respiratoire	40
- Répartition détaillée des cancers de l'appareil génital féminin	41
- Répartition détaillée des hémopathies malignes	42
- Incidence et taux d'incidence standardisé par appareil et par arrondissement chez les femmes	43
- Incidence et taux d'incidence standardisé par appareil et par arrondissement chez les hommes	44
III.3 Incidence et mortalité par organe en Loire-Atlantique de 2000 à 2003	45
III.3.1 Commentaires généraux et résultats principaux pour 7 cancers	45
- Cancer du colon-rectum chez l'homme et chez la femme	48
- Cancer du poumon chez l'homme et chez la femme	50
- Cancer du sein chez la femme	52
- Cancer de la prostate chez l'homme	54
- Mélanome de la peau chez l'homme et chez la femme	56
- Lymphome malin non hodgkinien chez l'homme et chez la femme	58
- Cancer de l'utérus chez la femme	60
III.3.2 Les cancers de la sphère ORL	63
- Cancer du larynx chez l'homme et la femme	64
- Cancer de la cavité buccale et du pharynx chez l'homme et chez la femme	66
IV SYNTHÈSE ET PERSPECTIVES	69
BIBLIOGRAPHIE	73
ANNEXES	

INTRODUCTION

Ce rapport est le troisième produit par le Registre depuis 1998 (1,2), première année de recueil généralisé à tous les cas de cancers. Il cumule les résultats statistiques de quatre années de recueil : 2000, 2001, 2002 et 2003.

Comme pour les éditions précédentes, l'aspect descriptif a été volontairement privilégié. Depuis quelques années, le nombre d'années de recueil est suffisant pour permettre des analyses comparatives avec les données d'incidence et de mortalité nationales, régionales et départementales. La présentation retenue repose sur l'expression de la moyenne des effectifs et des taux sur les trois années plutôt qu'une mise à plat année par année.

La première partie est consacrée à la situation démographique et sanitaire de la Loire-Atlantique, elle a été mise à jour pour certains indicateurs en fonction des dernières publications (INSEE, INSERM CepiDC, STATISS, etc.) et de leur intérêt chronologique.

La seconde partie présente les méthodes utilisées pour la mise en forme des données statistiques. On y trouve la définition des indicateurs retenus et leur signification permettant de lire les tableaux présentés dans ce rapport.

La troisième partie regroupe les informations sur la répartition des cancers en Loire-Atlantique. La majorité des tableaux et des graphiques présentés dans les précédents rapports figure à nouveau dans ce document. Enfin, certains cancers font l'objet de développements spécifiques plus détaillés en raison de leur fréquence.

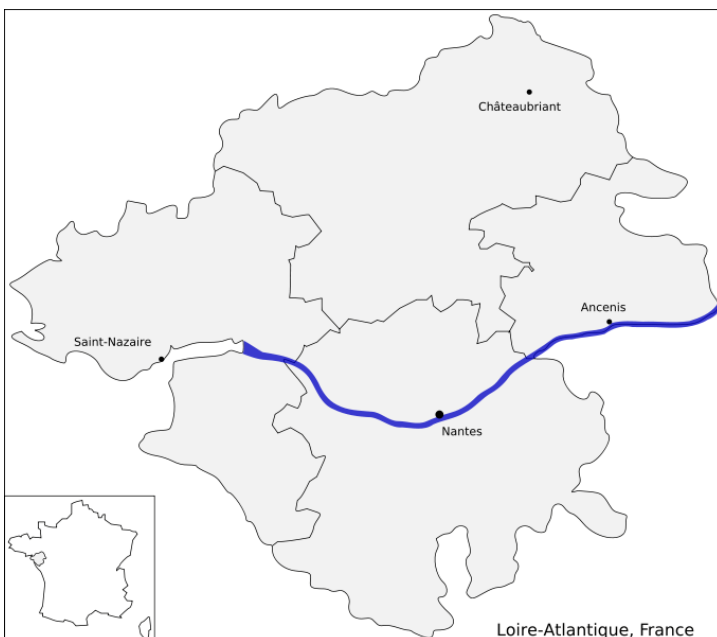
I DONNÉES GÉNÉRALES SUR LA LOIRE-ATLANTIQUE

1.1 Géographie (3)

Située sur la façade atlantique à l'embouchure de la Loire, la Loire-Atlantique, d'une superficie de 6 815 km², s'étend sur une centaine de kilomètres vers l'est, entre deux unités aux structures naturelles bien différentes : le massif armoricain et le bassin aquitain.

Il ressort de cette situation, ainsi que de l'évolution historique, une diversité de composants géographiques et sociaux.

La Loire-Atlantique est un département très attractif qui tend à se rapprocher de plus en plus des autres grandes métropoles françaises grâce au développement des axes autoroutiers vers Paris (via Angers), Rennes et Bordeaux. Son image est également associée à la mer et au tourisme.



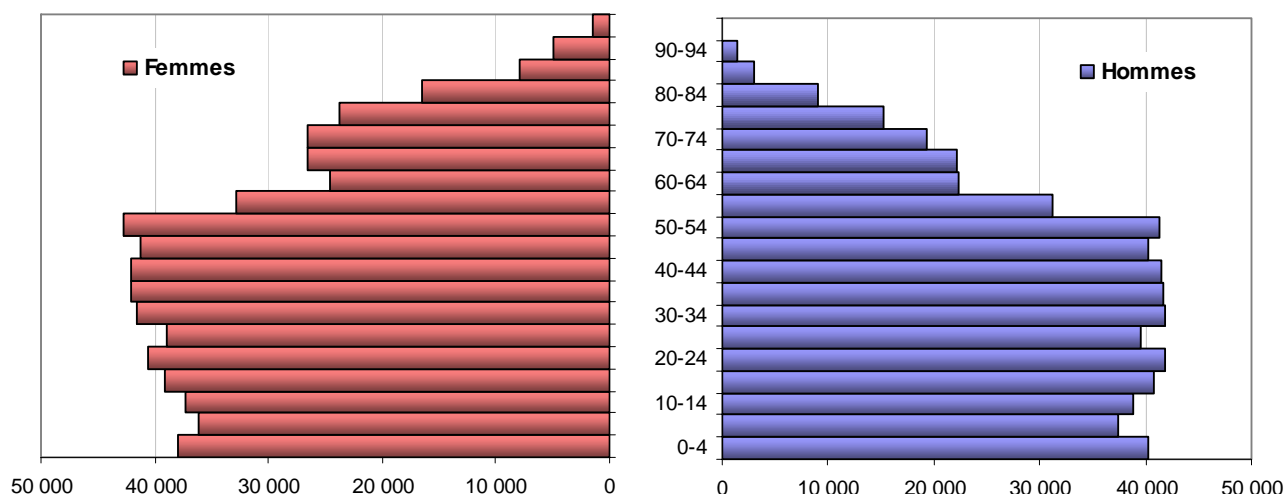
La Loire-Atlantique fait partie de la région administrative des Pays-de-la-Loire qui comprend quatre autres départements : la Vendée, le Maine-et-Loire, la Mayenne et la Sarthe.

Le département dont la préfecture est la Nantes, se divise en quatre arrondissements (circonscriptions administratives définies par l'INSEE) : celui de Châteaubriant, celui de Nantes, celui de Saint-Nazaire et celui d'Ancenis. Il compte 59 cantons et 221 communes.

1.2 Démographie (3,4,5)

Au 01/01/2005, la population ligérienne est estimée à **1 208 761 habitants** (Source : STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social (STATISS) 2007, d'après les estimations localisées de population (ELP) de l'INSEE). Derrière la Vendée, la Loire-Atlantique a le 2^{ème} plus fort taux de variation annuel (+1,10 % sur la période 2000-2005) de la région contre +0,93 % pour l'ensemble des Pays de Loire.

Loire-Atlantique 2003 : Pyramide des âges



La proportion de sujets de plus de 60 ans est de 19,3 % ; cette part est la plus faible des départements ligériens. **L'indice de vieillissement** (nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans) est élevé, égal à 58,6 % contre 66,3 en Pays-de-la-Loire et 65,9 en France – estimations au 01/01/2005.

La Loire-Atlantique se présente comme un **département urbain** à forte **densité de population**, 176 habitants au km², contre 106 en Pays-de-la-Loire et 112 en France – données STATISS à partir des ELP de l'INSEE au 01/01/2005.

La répartition en **catégories socio-professionnelles** montre l'aspect suivant (RP 1999 – INSEE) :

	Loire-Atlantique	Pays-de-la-Loire
Agriculteurs exploitants	1,3	2,3
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	3,3	3,3
Cadres et professions intellectuelles supérieures	6,1	4,7
Professions intermédiaires	12,8	11,1
Employés	16,6	15,6
Ouvriers	14,9	17,5
Retraités	21,2	23,8
Autres personnes sans activité professionnelle	24,0	21,7

Le taux de natalité (2005) est de 13,5 pour mille (13,1 sur l'ensemble de la Région et 12,7 en France).

Le taux (brut) de mortalité de 7,8 pour mille (8,4 sur la Région et 8,6 en France).

Au 1^{er} janvier 2004, **l'espérance de vie à la naissance** est de 84,0 ans chez les femmes (pour 84,2 au niveau régional) et de 76,3 ans chez les hommes (pour 76,9 au niveau de la Région). En 14 ans (de 1990 à 2004), le gain d'espérance de vie à la naissance a été de 4,4 ans pour les hommes et de 2,9 ans pour les femmes, légèrement supérieur au gain d'espérance de vie régional et national.

En 2003, **les tumeurs malignes** constituent toujours la seconde **cause médicale de décès** pour les femmes derrière les maladies de l'appareil circulatoire, et la première cause pour les hommes. La mortalité masculine est globalement deux fois plus élevée que la mortalité féminine. Le cancer du sein est la première cause de mortalité par cancer chez la femme.

1.3 Emploi (3,4)

Le taux de chômage en Loire-Atlantique, au sens du Bureau International du Travail, est passé de 9,1 % fin 2004, à 7,7 % fin 2006 (diminution relativement constante au fil des années) (Source : STATISS 2007). Il reste supérieur au taux régional sur cette période.

1.4 Couverture sanitaire (4,5)

Entre 2004 et 2006, l'effectif des médecins exerçant en Loire-Atlantique est passé de 3 819 à 3 996 (tous modes d'exercice confondus). La proportion des spécialistes est de 53 %. La densité des professionnels de santé est plus forte en Loire-Atlantique qu'au niveau régional mais est comparable au niveau national (STATISS 2007).

Situation au 01/01/ 2006	Nombre de médecins en Loire-Atl	Densité médicale ligérienne	Densité médicale en régionale	Densité médicale française
Médecins généralistes	1887			
dont libéraux	1375	114	103	112
Médecins spécialistes	2109			
dont libéraux	962	80	62	87

Médecins libéraux : praticiens exerçant une activité libérale exclusive ou partielle

Densité médicale pour 100 000 habitants : nombre de médecins pour 100 000 habitants

Concernant les capacités des établissements de santé, le nombre de lits **MCO** (regroupant la Médecine, la Chirurgie et l'Obstétrique) a baissé de 0,5 % en 3 ans (entre 2004 et 2006). La dotation de la Loire-Atlantique en lits de court séjour MCO, rapportée à la population (taux d'équipement en lits et places installés), est égale à la moyenne régionale.

Les lits de soins de longue durée, occupés le plus souvent par des malades âgés, existent dans le secteur public et dans le secteur privé (à hauteur de 7%) (au 01/01/2006).

Le volume de places pour les soins infirmiers à domicile est inférieur à la moyenne régionale (16,9 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus, contre 17,1 en Pays-de-la-Loire et 16,6 au niveau national).

Equipement hospitalier au 01/01/ 2006	Nombre de lits	Taux d'équipement	Taux régional	Taux français⁽¹⁾
Court séjour MCO (lits et places)	3832			
Médecine	1712	1,54	1,76	2,10
Chirurgie	1667	1,65	1,42	1,65
Obstétrique	453	1,60 ⁽²⁾	1,61 ⁽²⁾	0,38
Soins de suite et de réadaptation (lits et places)	1588	1,42	1,50	1,58
Soins de longue durée (lits médicalisés)	1884	101,8	127,0	88,8
Psychiatrie (adultes de plus de 16 ans, lits et places)	820	1,41	1,54	1,63

Equipement hospitalier : nombre de lits en hospitalisation complète et de places en ambulatoire, secteurs public et privé

Taux d'équipement pour 1000 habitants : nombre de lits et places pour 1000 habitants

Taux d'équipement en obstétrique : nombre de lits et places pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans

Taux d'équipement en soins de longue durée : nombre de lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus

Taux d'équipement en psychiatrie : nombre de lits et places pour 1000 habitants de plus de 16 ans

(1) Taux d'équipement français au 01/01/2004

(2) Taux calculé pour 1000 femmes de 15 à 49 ans

La Loire-Atlantique dispose d'établissements de santé répartis sur ses différents arrondissements (au sens de l'INSEE), en particulier pour les soins de Médecine, Chirurgie et Obstétrique.

Etablissements de santé publics MCO	Etablissements de santé privés MCO
Ancenis	
Châteaubriant	Châteaubriant
Nantes	Nantes
Saint-Nazaire	Saint-Nazaire
	La Baule

En dehors de la chirurgie thoracique et des interventions sur l'encéphale, la chirurgie carcinologique est pratiquée dans les établissements de santé de court séjour ligériens. Les chimiothérapies anti-cancéreuses, la curiethérapie et la greffe de moelle sont également dispensées sur le département. Les patients suivant quelques protocoles très spécialisés sont dirigés vers le CH d'Angers.

La Loire-Atlantique dispose d'appareils de radiothérapie implantés à Nantes et à Saint-Nazaire, en secteur public et privé.

En matière diagnostique, les équipements d'imagerie médicale (IRM, scanners, échographes, mammographes...) et les équipements d'endoscopie sont répartis sur le département. Cinq services d'anatomie pathologique sont implantés à Nantes, deux à l'hôpital et trois en secteur libéral.

II MATÉRIEL ET MÉTHODES

II.1 - Présentation du Registre

L'Association du Registre des Cancers de Loire-Atlantique (A.R.C.L.A.) est une association à but non lucratif, loi 1901, créée en 1991 pour enregistrer dans un premier temps les cancers et les lésions précancéreuses du colon et du sein dans le département de Loire-Atlantique. En 1997, l'enregistrement s'est élargi aux mésothéliomes dans le cadre général du Programme national des mésothéliomes. En 1998, l'ARCLA est devenu un registre général et l'enregistrement s'est étendu à tous les nouveaux cancers diagnostiqués chez des personnes résidant en Loire-Atlantique au moment du diagnostic. L'ARCLA s'est aussi donné pour objectif la réalisation d'enquêtes épidémiologiques descriptives et analytiques et la publication des résultats de ses travaux. Enfin, ses statuts prévoient la collaboration sur le plan national et international avec des structures analogues. Une coopération étroite a ainsi été développée avec le Registre des cancers de Vendée : la fédération des registres des cancers de Loire-Atlantique et de Vendée, l'EPIC-PL créée en 2000, a structuré et officialisé cette coopération. Ces deux Registres participent aux travaux du réseau FRANCIM qui regroupe l'ensemble des Registres des cancers français qualifiés par le Comité National des Registres (C.N.R.).

Les objectifs sont identiques à ceux de la Fédération des 2 Registres de Loire-Atlantique et Vendée à savoir :

- en matière de Santé Publique, contribuer à la veille sanitaire par la production d'indicateurs descriptifs au niveau local et au niveau national et participer à l'orientation des prises de décisions en santé publique.
- en matière de recherche, poursuivre la recherche sur les cancers du sein, développer la recherche sur l'évaluation des pratiques de soins et des inégalités sociales, participer ou initier au niveau national des études mises en place dans le cadre du réseau FRANCIM, développer des partenariats pour le développement d'études de recherche en lien avec d'autres organismes (INSERM, Observatoire Régional de la Santé, Délégation de la Recherche Clinique, Pôle d'Information, d'Evaluation et de Santé Publique du CHU de Nantes...).

Le Registre a obtenu la qualification du C.N.R. le 5 juillet 1999, et un avis favorable du Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé, le 1^{er} février 2000. L'avis du C.N.R. a été renouvelé pour la fédération des deux Registres en 2007.

Son fonctionnement technique est assuré par un directeur scientifique spécialiste de santé publique, un médecin codeur anatomopathologiste bénévole et 10 salariés permanents : sept assurent le fonctionnement quotidien (deux secrétaires médicales, une IDE enquêtrice, trois médecins enquêteurs et un médecin codeur anatomopathologiste), et trois sont répartis sur les deux registres Loire-Atlantique – Vendée : une épidémiologiste, une statisticienne et un enquêteur sur un poste non pérenne. Certaines missions sont confiées en fonction des besoins à des enquêteurs, statisticiens, informaticiens.

Son financement repose sur des subventions allouées à l'ARCLA depuis 1991 et selon les années par :

- le Conseil Général de Loire-Atlantique,
- le Comité Départemental de la Ligue Contre le Cancer,
- le Centre Catherine de Sienne.

Les médecins de Loire-Atlantique volontaires versent une cotisation annuelle à l'ARCLA pour participer à la vie associative.

Depuis 1999, une aide complémentaire est attribuée par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS). L'INSERM a contribué également régulièrement au budget de 1999 à 2006. De 2000 à 2002, la D.R.A.S.S. a soutenu financièrement le Registre, dans le cadre du Programme Régional de Santé « Cancer et Société ». En 2001, l'U.R.C.A.M. a également participé au financement des deux Registres de Loire-Atlantique et de Vendée, rejoint par le Conseil Régional des Pays-de-la-Loire depuis 2002.

Enfin, des locaux sont mis à disposition par le CHU de Nantes, sur le site de l'Hôpital St Jacques.

II.2 – Recueil de l'information

Le Registre prend en compte **tout nouveau cas de cancer survenu depuis le 1^{er} janvier 1998** uniquement chez des sujets résidant en Loire-Atlantique depuis au moins 6 mois, quel que soit le type de ce cancer et son lieu de diagnostic. Ce recueil comprend les cancers invasifs et in situ, quel que soit l'âge des patients. Par ailleurs, tout nouveau cas de cancer du sein ou du colon survenu entre 1991 et 1998 était également enregistré.

Ne sont comptabilisées ni les tumeurs malignes diagnostiquées en Loire-Atlantique mais de patients non domiciliés dans ce département, ni les métastases, ni les extensions, ni les récurrences de tumeurs malignes déjà enregistrées ou dont le diagnostic initial est antérieur à 1998.

Les sources de notification des cas incidents de cancers sont multiples en Loire-Atlantique et dans les départements limitrophes (Vendée, Maine-et-Loire, Deux-Sèvres, Charente-Maritime).

Il s'agit des laboratoires de biologie et d'anatomie et cytologie pathologiques, des médecins libéraux, généralistes et spécialistes, des praticiens des établissements de santé publics ou privés et des Départements d'Information Médicale de certains établissements. Ainsi, cliniciens et anatomopathologistes mais également radiologues et biologistes, déclarent sur sollicitation (sources secondaires) pour complément d'information, confirmation ou infirmation de cas déjà notifiés. Le croisement – et donc la multiplicité – des sources pour un même cas représente l'une des conditions de validité des informations collectées. L'utilisation des données du régime général de l'Assurance Maladie à travers les déclarations d'Affection de Longue Durée (ALD) est opérationnelle depuis mai 2005.

Le support du recueil des informations est constitué par une **fiche de déclaration** (*voir fac-similé en annexe*) organisée en trois parties :

- la première regroupe les informations sur l'identité et l'adresse du patient, indispensables pour le croisement des informations de sources différentes et l'élimination des doublons,
- la seconde comprend les items médicaux descriptifs retenus pour l'analyse, la vérification et le suivi des cas,
- la dernière comporte l'identification de la source notifiant le cas de cancer et l'indication d'éventuelles sources médicales complémentaires.

Pour l'exploitation des résultats du présent document, l'analyse se restreindra essentiellement à une étude descriptive centrée sur le site anatomique des cancers invasifs.

II.3 – Traitement de l'information

La **confidentialité des données** (8) est assurée d'une part par l'engagement stricte des personnels du Registre à respecter la confidentialité des informations comme tout personnel médical et paramédical.

Elle est également garantie par l'application de procédures strictes de sécurité dans les 2 sites du Registre.

Les locaux sont sécurisés par un accès verouillé et surveillé par le personnel de surveillance des établissements d'accueil du Registre (CHU de Nantes et CHD de La Roche sur Yon). L'accès aux ordinateurs et à l'application spécifique du Registre sont soumis à des mots de passe personnels régulièrement changés. Les données sont sauvegardées de façon sécurisée selon les recommandations de la CNIL.

Les données médicales font l'objet d'un **codage** pour permettre leur exploitation et assurer la comparabilité avec les autres registres des cancers (7) :

- la topographie et l'histologie des cancers sont codées à l'aide de la Classification Internationale des Maladies pour l'Oncologie dans sa deuxième version (C.I.M.O2) pour les diagnostics antérieurs au 01/01/2002 et dans sa troisième version (C.I.M.O3) pour les diagnostics postérieurs au 01/01/2002 (9,10) ; cette classification constitue la référence utilisée en France comme à l'étranger,
- ce premier codage est complété par un second basé sur la classification de l'Association pour le Développement de l'Informatique en Cytologie et Anatomie Pathologiques (A.D.I.C.A.P.),
- les codages appliqués en Vendée respectent les règles et préconisations recommandées par le Centre International de Recherche sur le Cancer (C.I.R.C.) (6,7), l'European Network of Cancer Registries (E.N.C.R.) et le réseau FRANCIM regroupant l'ensemble des registres français des cancers qualifiés par le Comité National des Registres.

Les pratiques quant au **choix d'enregistrement** ou non de certains cancers, comme en matière d'**analyse**, peuvent différer selon les registres. En Loire-Atlantique, il a été décidé :

- de ne pas prendre en compte les tumeurs bénignes du cerveau pour l'analyse, toutefois elles sont toujours enregistrées
- de ne retenir que les tumeurs de vessie dont le comportement est invasif pour les calculs d'incidence et de taux d'incidence des cancers de la vessie,

II.4 - Contrôles de qualité

Lors de la première étape de la saisie d'une fiche de déclaration, l'existence préalable du sujet est recherchée systématiquement dans la base informatique nominative afin d'éviter les **doublons** patients. Cette recherche est complétée régulièrement par un examen de l'ensemble de la base avec un tri automatisé.

Des **contrôles à la saisie** existent également dans la base médicale. Ils portent sur la cohérence inter-date (date de diagnostic et date de décès par exemple) ou sur la cohérence entre code topographique et le sexe (cancers génitaux)

Le logiciel IARCtools (11) permet de déceler d'éventuelles **incohérences** (comme par exemple les incompatibilités entre site, histologie et/ou le sexe du patient) et donc de rectifier les anomalies repérées après saisie mais avant l'analyse de la base.

Le contrôle de l'**exhaustivité** (6,7) suppose des méthodes complexes. Par principe, plus le nombre de déclarants est élevé, meilleure est la couverture du département, en même temps que le recoupement des données permet d'assurer un gain en qualité de l'information.

Le **pourcentage de vérification microscopique**, estimé par catégories de cancers, permet de se comparer à des valeurs attendues établies en fonction des pratiques et possibilités diagnostiques actuelles en Europe de l'Ouest (7) Ces références ont été calculées à partir d'une version précédente de la Classification Internationale des Maladies. Le regroupement des cancers diffère pour certaines hémopathies malignes et les cancers des tissus mou et conjonctif, et de ce fait, le tableau de vérification présenté (voir III.1.2) comporte des valeurs attendues indéterminées.

L'obtention de valeurs observées élevées confirme l'obtention de certitudes histologiques pour les déclarations des cas. Cette tendance est très présente en France, et des discussions se font jour sur la pertinence des valeurs attendues en raison du développement de techniques d'imagerie sophistiquées susceptibles de réduire le besoin de biopsies (7). A contrario, un pourcentage élevé de vérification histologique peut attirer l'attention sur un possible sous-recensement des cancers diagnostiqués sans prélèvement anatomopathologique (foie, ...).

II.5 – Indicateurs retenus

Pour la présentation des résultats, la **Classification Internationale des Maladies dans sa dixième version** (C.I.M. 10) (12) est utilisée pour regrouper en différentes catégories les cas de cancers enregistrés. La conversion de la base du Registre, codée en C.I.M.O2 et C.I.M.O3, vers la C.I.M. 10 est assurée par le logiciel IARCtools (11) ; le programme prend en compte à la fois le sexe, le site et l'histologie codés en C.I.M.O2 ou en C.I.M.O3.

L'intérêt de la C.I.M. 10 est de permettre l'individualisation des différentes hémopathies malignes et des lymphomes (en leucémies, lymphomes, myélomes, etc.) non réalisable avec le seul code C.I.M.O. topographique. Ainsi un lymphome, quel que soit son site, sera classé parmi les lymphomes en C.I.M. 10 et non plus avec les cancers du site spécifié : par exemple, un lymphome de l'estomac sera classé dans la catégorie des lymphomes et non pas en cancer de l'estomac.

Les données chiffrées sont exprimées à partir d'effectifs par catégories de cancers rapportés à la population ligérienne et par sexe.

La population étudiée servant de base au calcul des différents taux d'incidence exprimés pour 100 000 habitants-an (voir ci-dessous) est constituée du **nombre total des résidents ligériens au 1^{er} janvier de chaque année considérée (soit 2000, 2001, 2002 et 2003)** (estimations locales de population INSEE de 2000 à 2003). Ils constituent la population exposée au risque de développer un cancer sur l'année. Celle-ci est répartie en fonction du sexe et par classes d'âge de 5 ans.

Les indicateurs suivants (13,14) ont été retenus :

- Pour un type de cancer donné et par sexe, **l'incidence annuelle** exprimée en « effectifs » est égale au **nombre moyen de nouveaux cas** découverts au cours des années 2000 à 2003. Il s'agit de la moyenne arithmétique : somme des effectifs des quatre années de présence.

- Le **taux d'incidence annuel brut** est calculé en rapportant le nombre de cas au nombre total de personnes de la population exposée sur les quatre années, ce rapport étant divisé par 4 pour obtenir une moyenne sur les quatre années de recueil :

$$\text{taux d'incidence annuel (moyen) brut} = \left(\sum_{2000}^{2003} \frac{\text{nombre de cas}}{\text{population exposée}} \times 100\,000 \right) / 4$$

- Des **taux spécifiques par classe d'âge (ti)** sont calculés par catégorie de tumeurs et par sexe en appliquant le principe précédent pour obtenir une moyenne sur les quatre années :

$$\text{taux spécifique (moyen) de la classe d'âge } i = \left(\sum_{2000}^{2003} \frac{\text{nombre de cas observé dans la classe d'âge } i}{\text{population totale de la classe d'âge } i} \times 100\,000 \right) / 4$$

noté t_i

Ce taux est calculé pour les 18 classes d'âge quinquennales.

- Le **taux d'incidence cumulé [0-x]** donne une estimation du risque d'être atteint d'un cancer donné avant un âge donné x :

$$\text{taux d'incidence cumulé [0 - x]} = \frac{5 \times \sum_{0-x} t_i}{1\,000}$$

avec $\sum_{0-x} t_i$, somme des taux spécifiques par classe d'âge quinquennale, de 0 à x .

Il est classiquement exprimé en pourcentage.

Les taux cumulés de 0 à 64 ans et de 0 à 74 ans (selon les tableaux) ont ainsi été calculés pour chaque catégorie de cancer et par sexe (14).

- Pour pouvoir comparer les taux d'incidence observés dans des populations différentes, il faut prendre en compte les facteurs expliquant a priori une partie des différences observées. Comme l'effet de l'âge est majeur (le risque de cancer augmente globalement avec l'âge) et les populations comparées ont souvent des structures d'âge différentes, il faut calculer des taux standardisés sur l'âge. La méthode de calcul des **taux standardisés directs** qui a été retenue consiste à utiliser la structure par âge d'une population dite de référence, commune pour tous les taux que l'on souhaite comparer :

$$\text{taux standardisés} = \sum_{1-18} (t_i \times \text{proportion de la classe d'âge } i \text{ dans la population de référence})$$

La population de référence utilisée ici est la **population mondiale type** définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) (*voir annexe*)

Celle-ci a été préférée à la population européenne type (*voir annexe*) pour disposer de taux comparatifs sur une population de structure sensiblement différente et élargir le champ des comparaisons ; c'est en effet cette population de référence qui a été choisie dans les travaux menés au niveau national par le groupe FRANCIM.

Seul le résumé par appareil et par sexe propose la standardisation sur les deux populations type.

- Enfin des **fréquences relatives** exprimées en pourcentage sont calculées pour préciser le poids relatif du taux d'incidence standardisé direct de chaque catégorie de cancers par rapport à l'ensemble de celles-ci (13).

- Le **ratio standardisé d'incidence** (SIR) permet de comparer un taux d'incidence d'une population spécifique à celui d'une population de référence. Cet indice comparatif d'incidence se calcule par standardisation indirecte, comme le rapport du nombre de cas incidents observés dans la première population (Vendée) au nombre de cas attendus si les taux d'incidence dans chaque tranche d'âge de la première population (Vendée) étaient identiques à ceux de la population de référence (la France (17) ou les Pays-de-la-Loire (18)). Ce ratio est également exprimé en base 100 (pas de différence observée entre deux taux d'incidence si le ratio est égal à 100) L'intervalle de confiance de ce ratio permet de juger si la différence observée entre les deux populations est réelle.

$$SIR = \frac{\sum Mi}{\sum Ei} \times 100 = \frac{\sum Mi}{\sum TI'i.PAi} \times 100$$

Avec M_i = nombre de cancers incidents dans la tranche d'âge i de la population étudiée

E_i = nombre de cancers attendus dans la tranche d'âge i de la population étudiée sous l'hypothèse de taux d'incidence identiques à ceux de la population de référence

PA_i = nombre de personnes exposées au risque de développer un cancer dans la tranche d'âge i de la population étudiée

$TI'i$ = taux d'incidence dans la tranche d'âge i de la population de référence

- Le **ratio standardisé de mortalité** (SMR) est calculé de la même manière que le ratio standardisé d'incidence et permet de comparer des taux de mortalité.
- Le **rapport mortalité/incidence** (M/I) est calculé comme le rapport du nombre de décès observés sur le nombre de cas observés ; il s'exprime généralement en %. Un rapport M/I peut être supérieur à 100% car les personnes qui décèdent d'un cancer une année donnée ne sont pas forcément les mêmes que ceux chez qui le diagnostic a été posé au cours de la même année (en fonction du délai de latence entre le diagnostic et le décès) Il est aussi possible qu'il y ait une sous-enregistrement des cas incidents ou, au contraire, une sur-déclaration des décès pour un cancer donné (par exemple, une métastase pulmonaire ou hépatique comptabilisée comme cancer primitif dans les certificats de décès)

Si les effectifs sont exprimés en nombre entier (bien qu'il s'agisse de moyennes, cf. plus haut), les taux sont exprimés avec une décimale, à l'exception des taux cumulés qui conservent deux décimales. Ces choix ont été effectués de manière à être en cohérence avec les données habituellement publiées par les Registres des cancers en France.

Remarque : la lecture des tableaux doit tenir compte de ces conventions ; en particulier, les cas totaux sont calculés selon la logique des effectifs (moyenne arithmétique sur les trois années) et ne correspondent pas obligatoirement à la somme totale du nombre de cas figurant dans les cellules du tableau du fait des arrondis. Si, dans une case des tableaux, le nombre total de cancers est égal à 1 sur les 4 années, le nombre moyen annuel de cas sera égal à 0. Si le nombre total de cancers est égal à 2, alors le nombre moyen annuel sera arrondi à l'entier supérieur 1.

II.6 – Présentation des résultats

La première partie (III.1) est consacrée aux résultats des contrôles (5,6) avec présentation :

- du nombre de déclarations par cas (nombre moyen et répartition en fonction du nombre de déclaration par cas),
- des tableaux des pourcentages de vérification microscopique comportant les valeurs observées et attendues par catégories de cancer selon le sexe.

La seconde partie (III.2) est constituée par les résultats de l'analyse descriptive épidémiologique de la base des cas incidents pour les années 2000 à 2003.

Cette analyse est présentée sous forme de graphiques (secteurs et histogrammes) ou de tableaux. La liste des « appareils » et « organes » retenus correspond aux indications de la C.I.M. 10 (12) telle que décrite plus haut. Les répartitions sont proposées par tranche d'âge en distinguant le plus souvent les deux sexes. Un tableau sur la mortalité par appareil a été ajouté en regard d'un tableau similaire sur l'incidence.

L'analyse portant sur les appareils est ensuite déclinée pour chacun des quatre arrondissements de Loire-Atlantique.

Enfin, dans la dernière partie (III.3), neuf catégories de cancers sont plus précisément décrites, selon le sexe, avec un histogramme de répartition des effectifs et des taux spécifiques par classe d'âge quinquennal. Des comparaisons des taux d'incidence et de mortalité ont également été réalisées entre la Loire-Atlantique et la France d'une part, la Loire-Atlantique et les Pays-de-la-Loire d'autre part. Les données de mortalité sont issues du CepiDc, elles nous sont fournies par l'ORS et correspondent à un recueil en routine des causes de décès. Les données d'incidence régionales sont des estimations calculées par le réseau FRANCIM à partir des données de tous les registres de cancer français et des données de mortalité nationales.

Ces cancers ont été retenus pour permettre de disposer d'un panel descriptif varié en tenant compte de contraintes liées à la disponibilité d'effectifs en taille suffisante et en fonction de la fréquence du cancer dans la population

Les localisations de cancers retenues dans ce chapitre sont les plus fréquentes : il s'agit des cancers du colon-rectum, du poumon, du sein, de la prostate, des mélanomes malins de la peau, des lymphomes malins non hodgkiniens et des cancers de l'utérus auxquels ont été ajoutés les cancers de la sphère ORL qui constituent un groupe fréquent. Ces derniers ont été détaillés par région anatomique.

L'édition des tableaux et des graphiques à partir de la base épidémiologique après contrôle et corrections des données, a été automatisée en partie à l'aide du logiciel SAS® de la Société SAS Institute.

III RÉSULTATS

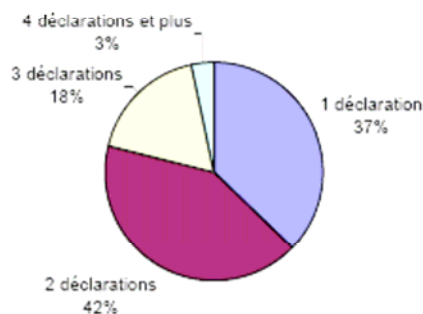
III.1 – Résultats des contrôles

III.1.1 Nombre de déclarations par cas

Le nombre moyen de déclarations par cas, sur les quatre années cumulées, est de **1,9**. Le nombre moyen de déclarations a évolué sur la période : l'amélioration de cet indice depuis les premiers enregistrements devrait apparaître plus nettement dans les prochains rapports par l'utilisation plus systématique des données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) des établissements publics ou privés, des demandes de mise en ALD auprès de l'Assurance Maladie, ainsi que, dans les cas litigieux et après accord des cliniciens, par la consultation de certains dossiers médicaux par les chargés d'enquête du Registre. Sur le graphique suivant, les cas incidents sont répartis en fonction du nombre de déclarations pour chacun d'entre eux.

CUMUL DES ANNEES 2000 A 2003 : POURCENTAGE DE DECLARATIONS PAR CAS
Nombre total de cas incidents : 22982
Nombre moyen de déclarations par cas : 1,9

Répartition des cas incidents en fonction du nombre de déclarations par cas



III.1.2 Pourcentage de vérification microscopique

Ce chiffre correspond aux cas pour lesquels un examen anatomo-pathologique a été demandé, et a conduit à l'élaboration du diagnostic. Les pourcentages de vérification microscopique observés sont plus élevés que les valeurs attendues pour la plupart des catégories de tumeurs. Plusieurs causes expliquent cette différence. Les valeurs attendues utilisées comme référence (à partir des données des Registres d'Europe de l'Ouest) incluent pour certains pays des cas notifiés à partir des seuls certificats de décès (sans possibilité de vérification histologique). En France, la pratique des Registres tend à privilégier les déclarations sur la base des comptes-rendus histologiques, l'accès aux certificats de décès restant encore actuellement délicat (du fait de la procédure d'anonymat en vigueur). Comme signalé précédemment, certains cancers ne sont pas toujours accessibles aux techniques d'anatomie pathologique : les techniques d'imagerie et de biologie peuvent parfois y suppléer, posant le problème du diagnostic de certitude ; en cas de doute, la tendance en France est de ne pas retenir le cas. Enfin, certaines comparaisons avec les valeurs attendues doivent être effectuées avec précaution, du fait de la faiblesse des effectifs.

Le tableau suivant reprend en détail chez les femmes et les hommes les valeurs observées et attendues des pourcentages de vérification microscopique par grandes catégories de cancer.

MOYENNE LOIRE-ATLANTIQUE 2000 à 2003 : Vérification microscopique

Cancers libellé CIM 10	FEMMES			HOMMES		
	Nb de cas	% de vérif.micro. observé	référence	Nb de cas	% de vérif. Micro. Observé	référence
Cavité buccale	31	99,2	96,7	117	99,8	97,9
Pharynx et hypopharynx	12	100	93,5	116	99,4	97
Œsophage	21	100	88,2	95	99,7	92,5
Estomac	45	98,3	91,8	77	98,7	94,3
Intestin grêle	8	97	95,2	15	100	98,1
Colon, jonction, rectum	299	98,6	93,7	353	99,4	95
Foie et v. bil. intra hép.	17	66,7	75,3	142	67,4	74,1
Vésicule et v. bil. extra hép.	13	94,2	82	11	75	81,3
Pancréas	30	74,2	64,9	37	82,3	67
Fosses nasales, oreille moy.	3	100	96,1	11	95,5	96,9
Larynx	7	100	94,9	93	99,7	97
Trachée, bronches, poumons	86	94,4	87,3	342	97,7	89,2
Org. respiratoires ou intrathor.	2	77,8	ND	6	92	ND
Os et cartilages articulaires	7	96,2	92,8	5	89,5	97,5
Mélanomes de la peau	107	100	99,7	79	100	99,4
Peau, autres	5	100	99,1	4	92,9	99,6
Mésothéliomes	5	100	92,4	22	100	96
Péritoine et rétropéritoine	9	100	94,4	3	100	94,3
Sarcome Kaposi gang. lymph.	16	100	ND	18	100	ND
Sein	930	99,8	96,3	7	96,2	95,7
Col de l'utérus	50	100	98,3			
Corps de l'utérus	87	100	98,1			
Utérus S.A.I.	7	100	71,1			
Ovaires	69	97,1	93,7			
Org. gén. féminins, autres	15	100	92,6			
Tumeur maligne du placenta	1	100	100			
Prostate				1033	99,2	94,2
Testicule				38	100	98,8
Org. gén. masculins, autres				5	100	99,6
Vessie	30	97,5	96,1	102	99,5	97,3
Reins et autres voies urinaires	52	93,8	88	104	96,1	89
Œil	3	81,8	87,1	7	59,3	92,8
Méninges, cerveau, moelle	33	85	78,2	38	94,1	79,5
Thyroïde	88	99,7	96,7	22	100	96,7
Autres glandes endocrines	2	88,9	91,9	2	100	89,6
Maladie de Hodgkin	17	100	96,7	21	100	95,1
Lymph. non hodgkinien	110	99,8	97,7	119	99,6	92,5
Myélome multiple	29	88,7	83,4	26	91,3	79,1
Leucémies	73	100	89,2	110	100	92,9
Macroglob. de W., T. Lymph	14	92,9	ND	25	91,9	ND
Autres hématologies	13	100	ND	20	100	ND
Siège primitif inconnu	66	90,8	ND	117	93,1	ND
Autres	1	100	ND	0	100	ND
TOTAL	2408	97,9		3338	97	

Nb de cas : Nombre moyen de cas

% de vérif. micro. : pourcentage de vérification microscopique

ND : non déterminé

N.B. : les carcinomes basocellulaires sont exclus de la peau

III.2 Incidence et mortalité globales observées en Loire-Atlantique de 2000 à 2003

III.2.1 Commentaires généraux et principaux résultats

L'ensemble des critères nécessaires à l'édition des tableaux et graphiques a pu être renseigné pour la totalité des **22 982 cas incidents de cancers invasifs recensés de 2000 à 2003**. Par ailleurs, 644 cancers in situ ont été enregistrés mais ne sont pas étudiés ici.

Les cancers sont plus fréquents chez l'homme ligérien (3 338 cas incidents annuels, taux d'incidence standardisé de 405,5 pour 100 000) que chez la femme (2 408 cas incidents annuels, taux d'incidence standardisé de 248,8 pour 100 000) (p. 31). Ces données sont classiquement retrouvées dans les statistiques nationales disponibles (13). En France, en 2005, les taux d'incidence standardisés sont de 376 pour 100 000 chez les hommes et de 252 pour 100 000 chez les femmes (données FRANCIM en cours de publication).

Le risque de cancer chez l'homme ligérien, avant 65 ans, est estimé à 22,6 % ; il est estimé à 17,5 % chez la femme ligérienne pour la même tranche d'âge (p. 28-29). Ces chiffres augmentent notablement si l'on considère le risque de cancer avant 75 ans, il est de 49,7 % chez l'homme et de 27,9 % chez la femme.

La mortalité par cancer se retrouve, quant à elle, plus de deux fois plus fréquente chez l'homme ligérien (1 774 décès observés par cancer, taux de mortalité standardisé de 203,6 pour 100 000) que chez la femme ligérienne (1 055 décès observés par cancer, taux de mortalité standardisé de 81,9 pour 100 000) (p. 31). En France, en 2005, les taux de mortalité standardisés sont de 161 pour 100 000 chez les hommes et de 80 pour 100 000 chez les femmes (données FRANCIM en cours de publication).

Lorsque les cancers sont regroupés **par appareil** et lorsque les cancers de la peau sont restreints aux seuls mélanomes (p. 27), les 5 regroupements de cancers les plus fréquents (en termes d'effectifs) sont

chez la femme :

- le sein
- l'appareil digestif
- les hémopathies malignes
- les organes génitaux féminins
- l'appareil respiratoire et le thorax

chez l'homme :

- les organes génitaux masculins
- l'appareil digestif
- l'appareil respiratoire et le thorax
- les hémopathies malignes
- la bouche et le pharynx

Les cancers de l'appareil digestif touchent principalement le colon-rectum chez les femmes et chez les hommes (p. 39).

Les cancers de l'appareil respiratoire et du thorax touchent principalement le poumon chez les femmes et chez les hommes (p. 40). Les cancers du larynx occupent la 2^{ème} position chez les hommes et chez les femmes.

Les cancers des organes génitaux féminins touchent principalement le corps de l'utérus, mais aussi les ovaires (en 2^{ème} position) et le col de l'utérus (en 3^{ème} position) (p. 41).

Les hémopathies malignes sont principalement des lymphomes malins non hodgkiniens ou des leucémies, que ce soit chez l'homme ou chez la femme (p. 42).

La comparaison des taux d'incidence calculés sur chacun des arrondissements (p. 43-44) montre une différence de l'ordre de 15 % entre les taux d'incidence chez les femmes et chez les hommes.

En dehors des cancers de site primitif inconnu qui représentent un groupe hétérogène de patients diagnostiqués à un stade avancé de la maladie, **les 5 cancers les plus fréquents par organe** sont par ordre décroissant (en termes d'effectifs) :

chez les femmes (p. 28) :

- les cancers du sein,
- les cancers du colon et du rectum,
- les lymphomes malins non hodgkiniens,
- les mélanomes de la peau,
- et les cancers thyroïdiens

chez les hommes (p. 29) :

- les cancers de la prostate,
- les cancers du colon et du rectum,
- les cancers du poumon,
- les cancers de du foie et des voies biliaires intra hépatiques,
- et enfin les lymphomes malins non hodgkiniens.

Les cancers de la sphère ORL représentent une part importante lorsque les différents sites sont regroupés (cavité buccale, pharynx et hypopharynx, larynx, fosses nasales et oreille moyenne). On retrouve ici comme au niveau national (14,16,17), les cancers du sein, de la prostate, du colon et du rectum et les cancers du poumon comme localisations à taux d'incidence standardisés les plus élevés.

Selon la tranche d'âge, les cancers les plus fréquents sont :

	FEMMES (p. 33)	HOMMES (p. 34)
15-44 ans	cancers du sein et de la thyroïde	cancers des testicules et les lymphomes malins non hodgkiniens
45-74 ans	cancers du sein et du colon-rectum	cancers de la prostate et du poumon
plus de 75 ans	cancers du sein et du colon-rectum	cancers de la prostate et du colon-rectum

Les rapports de mortalité/incidence (M/I) ont été calculés pour la plupart des localisations cancéreuses en fonction du sexe. Les estimations de FRANCIM ont été fournies de manière à disposer d'une comparaison nationale. Globalement, le rapport M/I est plus faible dans la population ligérienne que dans la population nationale (M/I de 43,8 % chez les femmes en Loire-Atlantique contre 49,2 % au niveau national et 53,1 % chez les hommes en Loire-Atlantique contre 57,3 % au niveau national) cf. tableau p.35.

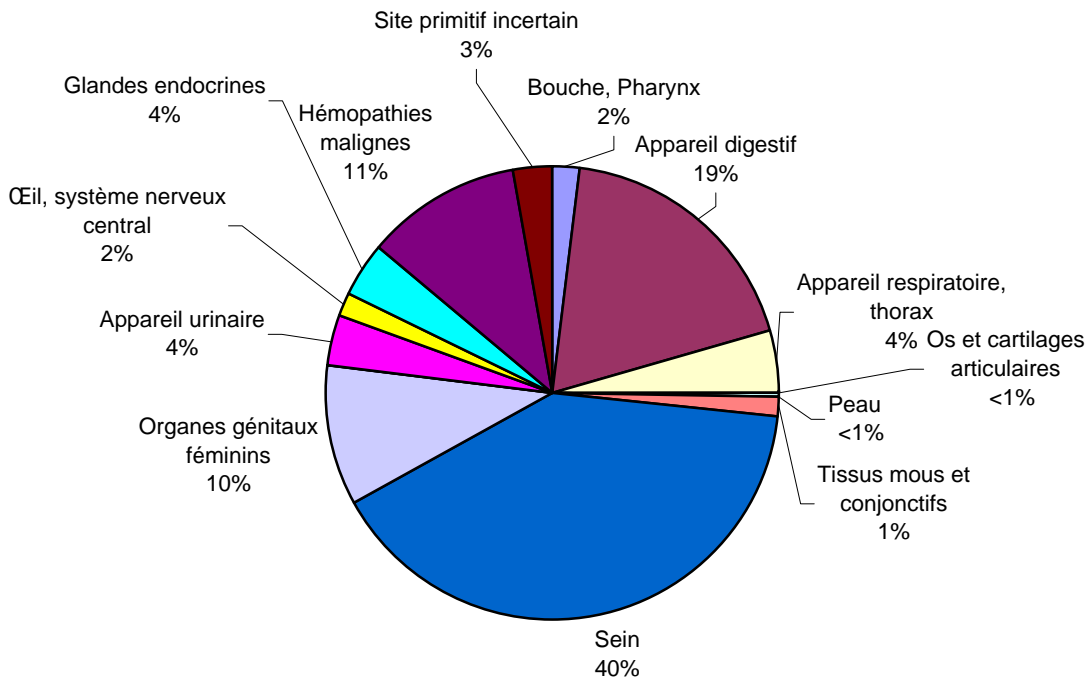
Les résultats sont à prendre avec précaution puisque FRANCIM a une définition plus restrictive des regroupements de cancers que ce qui est présenté dans ce rapport ; les regroupements ne sont donc pas toujours comparables à ceux des autres tableaux.

Les pages suivantes exposent dans le détail les différents indicateurs retenus pour cette première analyse descriptive sur les quatre années cumulées.

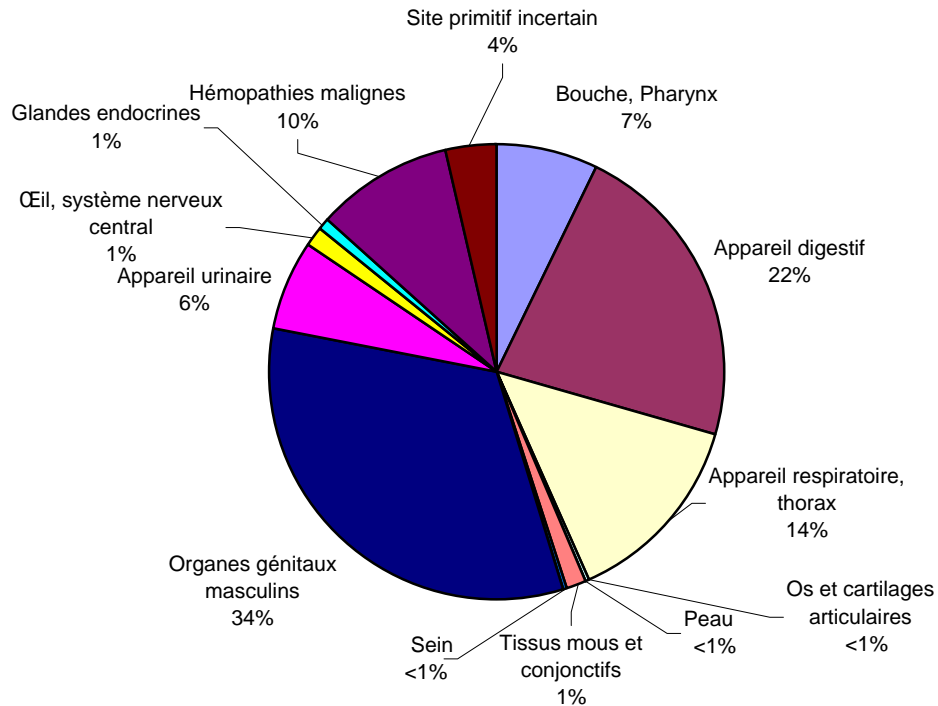
MOYENNE 2000 à 2003 : REPARTITION PAR APPAREIL

(seuls les mélanomes de la peau sont pris en compte dans la représentation graphique; exclusion des autres types de cancers de la peau)

Femmes



Hommes



FEMMES MOYENNE 2000 à 2003 : Incidence par tranche d'âge quinquennal et taux d'incidence observés dans la population igrérienne

Cancers libellé CIM10	Tous âges	NOMBRE DE NOUVEAUX CAS PAR TRANCHE D'ÂGE																				TAUX			
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-85	85+	Tx inc. brut	Tx cum. 0-64 ans	Tx cum. 0-74 ans	Tx inc. std.	Fréq. relat.	
		4	9	14	19	24	29	34	39	44	49	54	59	64	69	74	79	85	85+						
Cavité buccale	31					1		1	1	2	3	2	3	1	4	5	5	4	5,2	0,18	0,27	2,6	1,0		
Pharynx et hypopharynx	12						0	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1,9	0,09	0,14	1,2	0,5		
Œsophage	21							0	1	2	1	1	1	2	4	4	3	3	3,6	0,11	0,21	1,9	0,8		
Estomac	45						0	1	2	2	2	3	2	4	5	9	6	12	7,6	0,15	0,32	3,2	1,3		
Intestin grêle	8								0	0	1	0	2	1	1	2	1	1	1,4	0,06	0,10	0,9	0,4		
Colon, jonction, rectum	299					0	2	3	7	8	16	19	26	32	42	52	48	46	49,9	1,26	2,64	23,6	9,5		
Foie et v. bil. intra hép.	17								1	0	1	1	1	1	4	4	2	2	2,8	0,07	0,20	1,5	0,6		
Vésicule et v. bil. extra hép.	13								0	0	0	2	1	1	2	4	2	2	2,2	0,05	0,11	1,0	0,4		
Pancréas	30					0			1	1	2	2	2	6	4	6	3	3	5,0	0,13	0,30	2,6	1,0		
Fosses nasales, oreille moy.	3									0	0					1	1	0	0,5	0,02	0,03	0,3	0,1		
Larynx	7								0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1,2	0,07	0,09	0,8	0,3		
Trachée, bronches, poumons	86					0	1	1	5	8	8	8	8	13	13	10	6	5	14,3	0,58	1,05	8,8	3,5		
Org. respiratoires ou intrathor.	2									0	0			0	1	0	0	1	0,4	0,01	0,03	0,2	0,1		
Os et cartilages articulaires	7		0	1	1					0	1			1	1	0	1	0	1,1	0,05	0,07	0,9	0,4		
Mélanomes de la peau	107				1	2	4	5	7	8	8	12	13	9	8	7	12	7	18,0	0,94	1,22	12,2	4,9		
Peau, autres	5			0	0				0	1				1	1	0	1	1	0,7	0,04	0,05	0,6	0,2		
Mésothéliomes	5							0						0	1	2	1	1	0,9	0,02	0,07	0,5	0,2		
Sarcome Kaposi gang. Lymph.	9		0							0	1	1	1	2	1	1	1	1	1,4	0,06	0,11	0,9	0,4		
Péritoine et rétro-péritoine	16	0	0	0	0	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2,6	0,12	0,17	1,9	0,8		
Ssein	930					0	4	14	25	69	100	132	119	113	103	104	69	43	155,6	8,39	12,26	105,7	42,5		
Col de l'utérus	50					1	1	4	7	8	7	4	3	2	3	4	2	3	8,4	0,46	0,59	6,1	2,5		
Corps de l'utérus	87							0	1	1	3	4	14	10	16	13	14	8	14,5	0,55	1,08	8,4	3,4		
Utérus S.A.I.	7								0		2	1	1	1	0	1	1	1	1,1	0,05	0,07	0,6	0,2		
Ovaires	69					0	0	1	1	4	5	9	8	7	9	11	3	4	11,6	0,52	0,85	7,2	2,9		
Org. gén. féminins, autres	15							0	0	1	1	1	1	1	3	1	2	3	2,5	0,08	0,15	1,3	0,5		
Tumeur maligne du placenta	1																		0,1	0,01	0,01	0,1	0,0		
Vessie	30									1	2	1	2	2	4	6	5	9	5,1	0,09	0,20	2,0	0,8		
Reins et autres voies urinaires	52	1		0				1	1	2	2	4	5	6	7	8	9	4	8,7	0,34	0,62	5,2	2,1		
Œil	3														1	1	1	0	0,5	0,03	0,04	0,4	0,2		
Méninges, cerveau, moelle	33	1	2	0	0	0	2	1	2	3	1	3	3	4	3	6	4	0	5,6	0,29	0,45	4,3	1,7		
Thyroïde	88	0			1	2	4	8	9	11	11	10	10	6	5	5	4	2	14,6	0,96	1,14	11,7	4,7		
Autres glandes endocrines	2	0	0						0	0	0	1				0			0,4	0,04	0,04	0,5	0,2		
Maladie de Hodgkin	17		0	1	4	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	0	2,8	0,17	0,20	2,6	1,0		
Lymph. non hodgkinien	110			1	1			1	2	3	6	9	11	9	14	14	19	9	18,4	0,62	1,15	10,1	4,1		
Myélome multiple	29									1	0	1	2	3	4	6	4	3	4,8	0,16	0,35	2,6	1,0		
Leucémies	73	3	2	1	1	1	0	1	1	1	3	5	5	7	11	14	7	7	12,3	0,42	0,75	7,7	3,1		
Macroglob. de W., T. lymph	14	0							0	0	1	1	1	1	1	3	3	2	2,4	0,06	0,14	1,2	0,5		
Autres hématologies	13									1	1	1	1	1	1	2	2	1	2,2	0,07	0,13	1,1	0,4		
Siège primitif inconnu	66							1	1	1	2	4	6	5	11	8	13	7	11,0	0,31	0,67	5,7	2,3		
Autres	1														0	0	0		0,1	.	0,01	0,1	0,0		
TOTAL	2408	6	5	4	8	10	20	41	64	131	180	241	245	240	265	290	289	187	186	402,9	17,47	27,88	248,8	100,0	

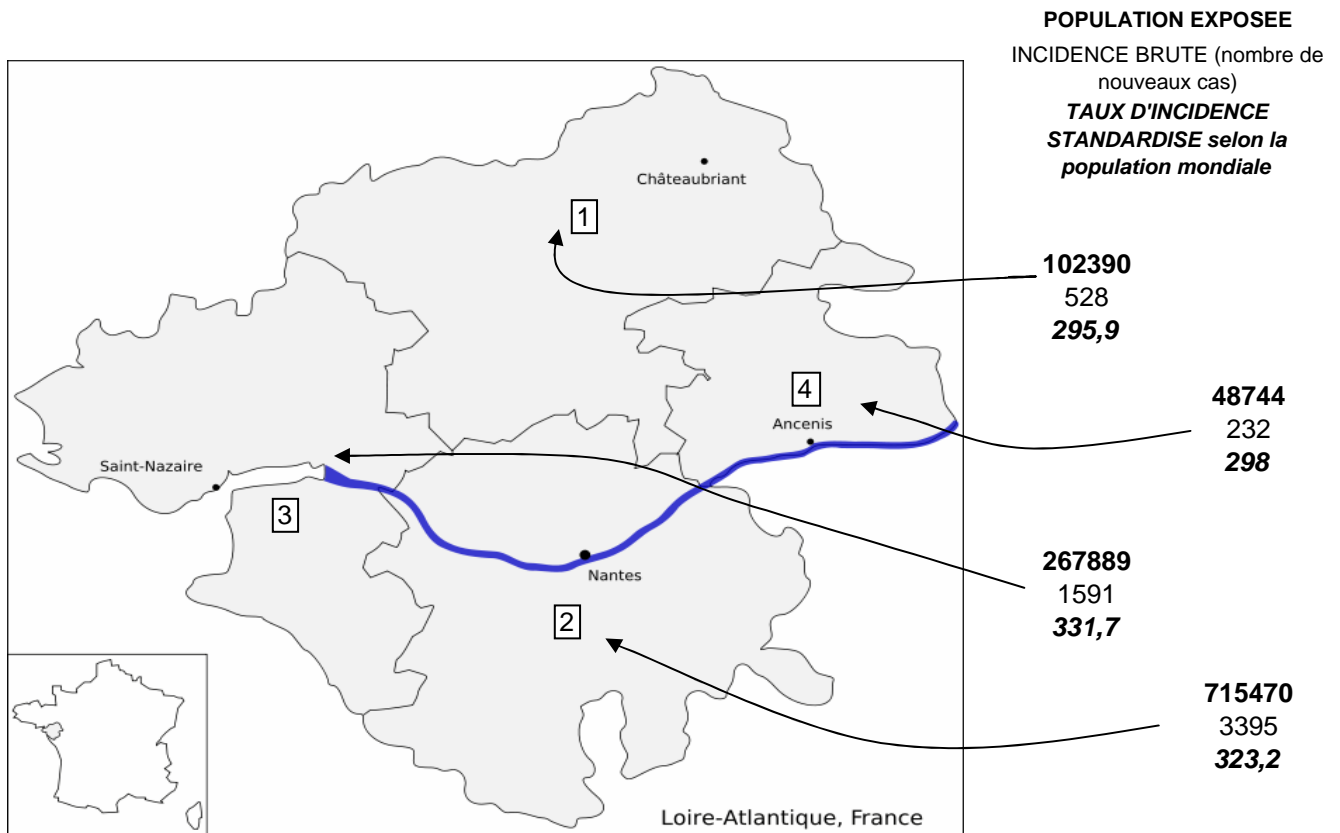
Tx inc. brut : taux d'incidence brut, exprimé en nombre de cas pour 100 000 habitants
 Tx cum. 0-64 ans : Taux d'incidence cumulé de 0 à 64 ans, exprimé en pourcentage
 Tx inc. std. : taux d'incidence standardisé selon le modèle mondial, exprimé en nombre de cas pour 100 000 habitants
 Fréq. relat. : fréquence relative du taux d'incidence standardisé, exprimé en pourcentage
 Les carcinomes basocellulaires sont exclus de la peau.

HOMMES MOYENNE 2000 à 2003 : Incidence par tranche d'âge quinquennal et taux d'incidence observés dans la population ligérienne

HOMMES		NOMBRE DE NOUVEAUX CAS PAR TRANCHE D'AGE																		TAUX						
Cancers libellé CIM10		Tous âges	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-85	85+	Tx inc. brut	Tx cum. 0-64 ans	Tx cum. 0-74 ans	Tx inc. std.	Fréq. relat.	
Cavité buccale		117	0	0	0	1	8	15	24	16	12	12	11	9	3	5	20,8	1,17	1,72	15,2	3,7
Pharynx et hypopharynx		116	.	.	0	.	.	.	.	2	7	16	22	16	13	14	15	10	2	1	20,7	1,14	1,84	15,2	3,7
Œsophage		95	.	.	.	.	.	.	.	1	2	7	10	13	14	15	12	12	7	3	16,9	0,78	1,42	11,8	2,9
Estomac		77	.	.	.	.	.	0	0	1	2	3	6	6	8	10	13	15	8	6	13,7	0,44	0,99	8,7	2,1
Intestin grêle		15	.	.	.	.	.	0	1	0	0	1	1	1	2	2	1	3	2	2	2,6	0,11	0,18	1,8	0,4
Colon, jonction, rectum		353	.	.	.	1	1	1	2	3	7	11	27	32	32	58	62	58	40	22	62,9	1,89	4,84	40,2	9,9	
Foie et v. bil. intra hép.		142	.	.	.	.	.	1	1	1	1	4	8	18	22	25	30	25	7	2	25,2	0,98	2,33	17,2	4,2
Vésicule et v. bil. extra hép.		11	.	.	.	.	.	.	0	.	.	0	1	.	2	1	2	2	2	1	2,0	0,07	0,16	1,3	0,3
Pancréas		37	.	.	.	.	.	.	0	0	0	2	2	4	6	9	6	4	2	1	6,6	0,27	0,64	4,7	1,2
Fosses nasales, oreille moy.		11	.	.	.	.	.	.	.	1	1	1	1	2	1	3	2	1	1	1	2,0	0,08	0,18	1,4	0,3
Larynx		93	.	.	.	.	.	.	.	0	6	9	14	15	11	11	10	10	3	2	16,5	0,90	1,44	12,0	3,0
Trachée, bronches, poumons		342	.	.	.	.	.	1	1	5	8	27	52	46	47	49	49	35	17	5	60,8	3,03	5,43	43,4	10,7
Org. respiratoires ou intrathor.		6	.	.	.	.	.	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,1	0,04	0,07	0,8	0,2
Os et cartilages articulaires		5	0	0	1	1	.	.	.	.	0	.	0	0	0	1	1	1	.	0	0,8	0,05	0,08	0,9	0,2
Mélanomes de la peau		79	0	.	.	.	1	3	2	3	7	7	8	7	8	8	9	8	5	4	14,1	0,68	1,09	10,2	2,5	
Peau, autres		4	.	.	.	.	.	.	0	.	.	0	.	1	0	0	1	1	1	.	0,7	0,03	0,06	0,5	0,1
Mésothéliomes		22	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	2	3	5	5	3	2	2	2	3,8	0,10	0,34	2,5	0,6
Sarcome Kaposi gang. Lymph.		3	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	0	0	.	.	1	1	.	.	0,5	0,02	0,05	0,3	0,1
Péritoine et rétropéritoine		18	1	0	0	1	.	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	3,2	0,16	0,23	2,5	0,6	
Sein		7	.	.	.	.	.	.	0	0	.	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2	0,04	0,09	0,8	0,2
Prostate		1033	.	.	.	.	0	.	.	0	6	29	85	152	210	236	173	91	52	52	183,8	5,30	16,23	119,8	29,5
Testicule		38	.	.	.	2	5	6	7	7	4	3	2	2	1	0	0	0	0	.	6,7	0,47	0,48	6,1	1,5	
Org. gén. masculins, autres		5	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	0	1	1	0	1	1	1	1	0,9	0,04	0,07	0,7	0,2
Vessie		102	.	.	.	.	.	.	.	.	1	3	8	7	12	17	20	16	11	9	18,2	0,52	1,41	11,6	2,9
Reins et autres voies urinaires		104	1	1	.	.	0	.	1	1	2	5	14	10	14	19	14	14	6	3	18,4	0,78	1,57	13,1	3,2	
Œil		7	1	.	.	.	0	.	0	1	.	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1,2	0,07	0,09	1,1	0,3	
Méninges, cerveau, moelle		38	1	1	0	1	1	2	1	2	3	3	4	4	4	6	3	2	1	.	6,8	0,39	0,61	5,6	1,4	
Thyroïde		22	.	.	.	.	.	1	2	2	3	3	1	3	1	1	2	1	.	.	3,9	0,25	0,32	3,2	0,8
Autres glandes endocrines		2	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	0	.	.	0,4	0,03	0,03	0,5	0,1
Maladie de Hodgkin		21	.	.	1	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1	2	1	0	3,7	0,22	0,26	3,0	0,7	
Lymph. non hodgkinien		119	1	1	1	1	1	1	4	3	7	6	10	8	13	14	16	18	10	8	21,1	0,83	1,58	14,6	3,6	
Myélome multiple		26	.	.	.	.	.	.	.	.	2	1	2	4	3	3	4	5	2	1	4,6	0,19	0,37	3,1	0,8
Leucémies		110	4	2	1	2	2	2	1	3	2	2	10	9	8	15	15	14	10	9	19,5	0,71	1,44	14,2	3,5	
Macroglob. de W., T. lymph		25	.	.	.	.	.	.	.	1	1	1	1	1	2	3	6	5	3	2	4,4	0,12	0,34	2,7	0,7
Autres hématologies		20	.	.	.	.	.	0	.	.	.	0	1	2	3	2	2	6	2	3	3,5	0,10	0,19	2,2	0,5
Siège primitif inconnu		117	.	.	.	0	0	0	1	1	4	7	10	11	13	18	20	18	9	6	20,8	0,77	1,69	14,1	3,5	
Autres		0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	0,1	.	0,01	0,0	0,0
TOTAL		3338	9	5	4	8	16	20	26	39	77	146	269	330	412	535	572	471	252	152	594,0	22,61	49,72	405,5	100,0	

Tx inc. brut : taux d'incidence brut, exprimé en nombre de cas pour 100 000 habitants
 Tx cum. 0-64 ans : Taux d'incidence cumulé de 0 à 64 ans, exprimé en pourcentage
 Tx inc. std. : taux d'incidence standardisé selon le modèle mondial, exprimé en nombre de cas pour 100 000 habitants
 Fréq. relat. : fréquence relative du taux d'incidence standardisé, exprimé en pourcentage
 Les carcinomes basocellulaires sont exclus de la peau.

MOYENNE 2000 à 2003 : POPULATION EXPOSEE, INCIDENCE ET TAUX D'INCIDENCE STANDARDISE PAR ARRONDISSEMENT



**1 : Arrondissement de Chateaubriant - 2 : Arrondissement de Nantes -
3 : Arrondissement de St Nazaire - 4 : Arrondissement d'Ancenis**

N.B. : les carcinomes basocellulaires sont exclus de la peau

MOYENNE LOIRE-ATLANTIQUE 2000 à 2003 : INCIDENCE, fréquences relatives, taux d'incidence brut et taux standardisé résumés par appareil et par sexe

APPAREILS (CIM10)	FEMMES					HOMMES				
	Effectifs	Taux incidence brut	Taux std selon pop. Europ.	Taux std selon pop. Mond.	Fréquence relative %	Effectifs	Taux incidence brut	Taux std selon pop. Europ.	Taux std selon pop. Mond.	Fréquence relative %
Bouche, Pharynx	43	7,1	5,5	3,8	1,6	233	41,5	41,9	30,4	7,4
Appareil digestif	433	72,5	51,2	34,7	13,8	730	129,9	126,5	85,7	21,0
Appareil respiratoire, thorax	98	16,4	13,8	10,1	4,0	452	80,4	81,0	57,6	14,2
Os et cartilages articulaires	7	1,1	0,9	0,9	0,4	5	0,8	0,9	0,9	0,2
Peau	112	18,7	16,5	12,8	5,0	83	14,8	14,5	10,7	2,6
Tissus mous et conjonctifs	30	4,9	3,9	3,3	1,2	43	7,5	7,4	5,3	1,2
Sein	930	155,6	143,0	105,7	42,4	7	1,2	1,1	0,8	0,2
Organes génitaux féminins	229	38,2	32,7	23,7	9,6					
Organes génitaux masculins						1076	191,4	186,6	126,6	31,2
Appareil urinaire	82	13,8	10,4	7,2	3,0	206	36,6	35,9	24,7	6,0
Œil, système nerveux central	36	6,1	5,6	4,7	1,8	45	8,0	8,1	6,7	1,6
Glandes endocrines	90	15,0	14,8	12,2	4,8	24	4,3	4,3	3,7	0,8
Hémopathies malignes	256	42,9	33,8	25,3	10,2	321	56,8	55,3	39,8	9,8
Site primitif incertain	66	11,0	8,3	5,7	2,2	117	20,8	20,4	14,1	3,4
Autres	1	0,1	0,1	0,1	0,0	0	0,1	0,0	0,0	0,0
TOUS APPAREILS	2408	402,9	340,4	248,8	100,0	3338	594,0	583,9	405,5	100,0

Effectifs : Effectifs moyens sur la période

Taux std selon pop. europ. : Taux standardisé selon le modèle européen, exprimé en nombre de cas pour 100 000 habitants

Taux std selon pop. mond. : Taux standardisé selon le modèle mondial, exprimé en nombre de cas pour 100 000 habitants

Les carcinomes basocellulaires sont exclus de la peau

MOYENNE LOIRE-ATLANTIQUE 2000 à 2003 : MORTALITE, fréquences relatives, taux de mortalité brut et taux standardisé résumés par appareil et par sexe

APPAREILS (CIM10)	FEMMES					HOMMES				
	Effectifs	Taux mortalité brut	Taux std selon pop. Europ.	Taux std selon pop. Mond.	Fréquence relative %	Effectifs	Taux mortalité brut	Taux std selon pop. Europ.	Taux std selon pop. Mond.	Fréquence relative %
Bouche, Pharynx	13	2,1	1,6	1,1	1,4	83	14,7	15,1	10,9	5,3
Appareil digestif	318	53,2	33,3	21,3	26	633	112,8	109,5	72,8	35,8
Appareil respiratoire, thorax	87	14,6	11,6	8,2	10	373	66,5	66,3	45,9	22,5
Os et cartilages articulaires	4	0,6	0,4	0,3	0,3	7	1,2	1,2	0,8	0,4
Peau	17	2,8	1,9	1,3	1,5	22	4	3,8	2,6	1,3
Tissus mous et conjonctifs	11	1,9	1,4	0,9	1	29	5,2	5,1	3,2	1,6
Sein	221	37,1	29,1	20,4	24,9	4	0,7	0,7	0,4	0,2
Organes génitaux féminins	89	15	11,1	7,5	9,1					
Organes génitaux masculins						179	31,9	29,4	17	8,3
Appareil urinaire	43	7,2	4,7	2,9	3,6	88	15,6	15	9,5	4,7
Œil, système nerveux central	25	4,1	3,5	2,6	3,1	26	4,7	4,8	3,6	1,8
Glandes endocrines										
Hémopathies malignes	115	19,3	11,7	7,5	9,2	135	24	22,7	14,2	7
Autres	113	18,9	12,2	7,9	9,7	196	34,8	33,9	22,7	11,1
TOUS APPAREILS	1055	176,6	122,3	81,9	100,2	1774	316	306,9	203,6	100,1

Effectifs : Effectifs moyens sur la période

Taux std selon pop. europ. : Taux standardisé selon le modèle européen, exprimé en nombre de décès pour 100 000 habitants

Taux std selon pop. mond. : Taux standardisé selon le modèle mondial, exprimé en nombre de décès pour 100 000 habitants

Source : Mortalité Vendée, ORS/Cépid-DC

N.B. : Dans le tableau ci-dessus, les appareils ne regroupent pas exactement les mêmes localisations de cancers que dans le tableau des incidences, notamment la catégorie "autres" qui n'est pas superposable aux catégories "autre" et "site primitif incertain" et la catégorie "peau" qui ne regroupe que les mélanomes.

MOYENNE 2000 à 2003 : PYRAMIDE DES AGES DE LA POPULATION LIGERIENNE EXPOSEE ET DES CAS INCIDENTS

En arrière plan : la population exposée en 2002

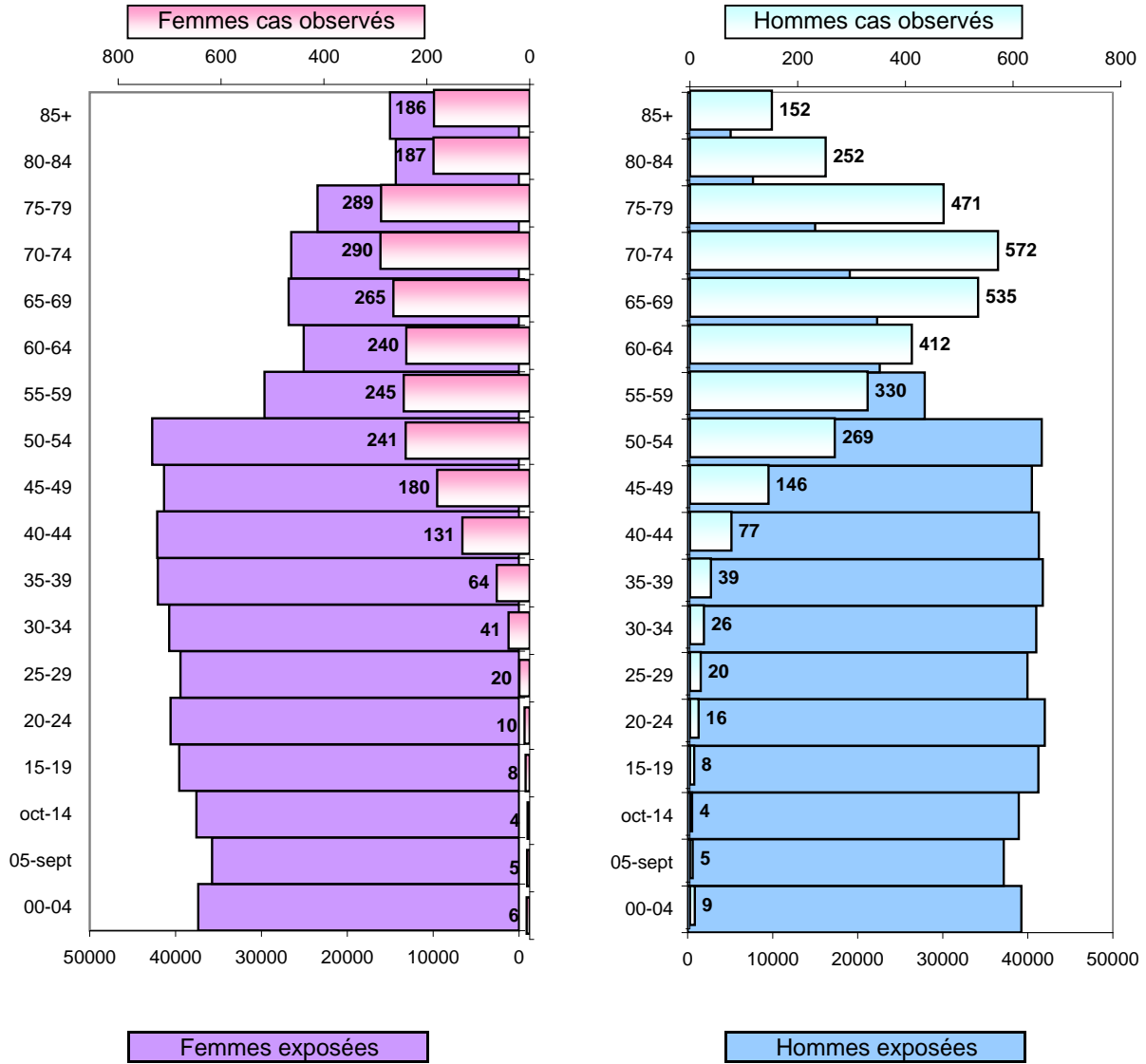
En premier plan : moyenne des cas observés sur la période 2000 à 2003

Effectif population féminine : 600235

Effectif population masculine : 564273

Cas incidents chez les femmes : 2408

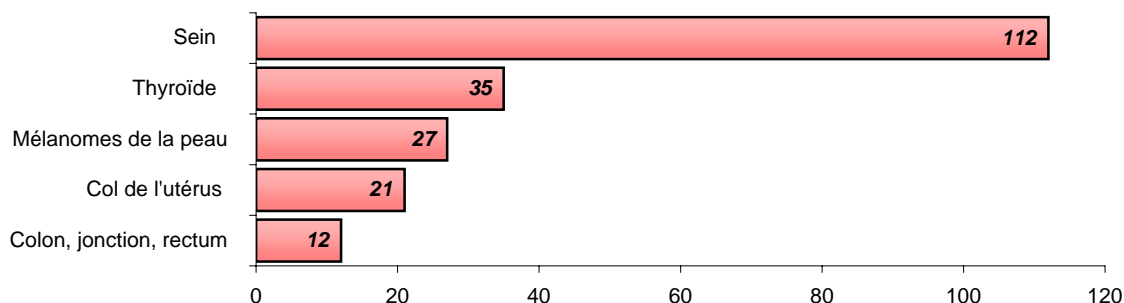
Cas incidents chez les hommes : 3338



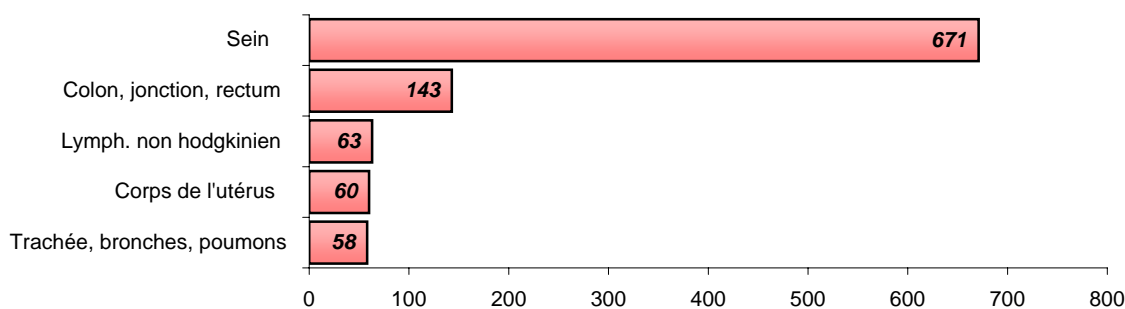
N.B. : les cancers basocellulaires sont exclus de la peau

MOYENNE 2000 à 2003 : DONNEES GENERALES : CANCERS FEMININS LES PLUS FREQUENTS EN LOIRE-ATLANTIQUE PAR TRANCHE D'AGE (nombre de cas)

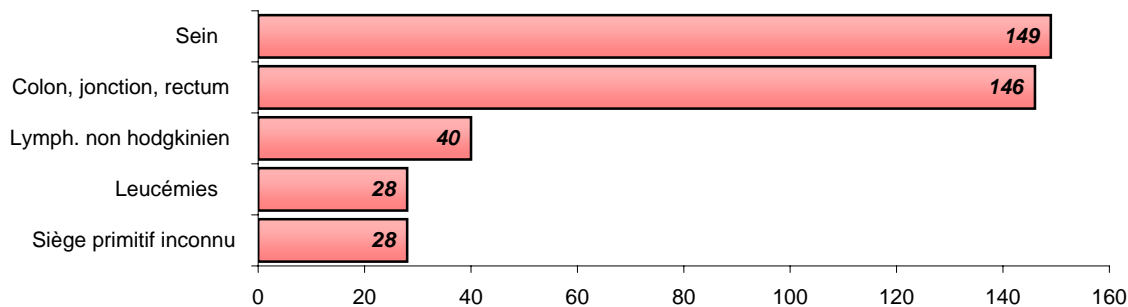
Au total : 274 cas de cancers chez les FEMMES de 15-44 ans (population exposée : 244393)



Au total : 1461 cas de cancers chez les FEMMES de 45-74 ans (population exposée : 190726)

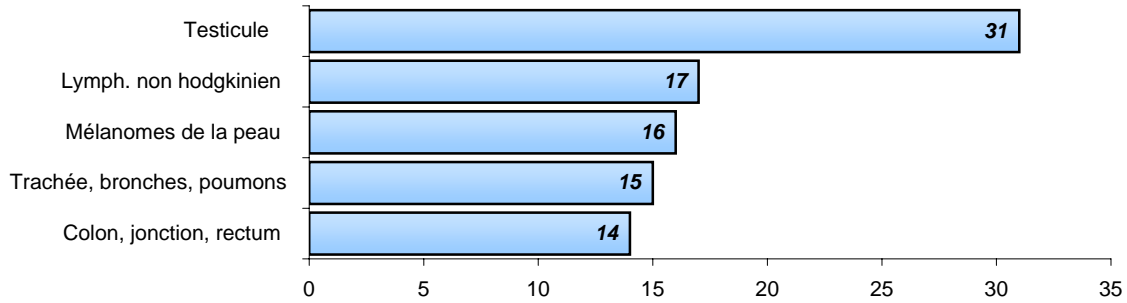


Au total : 662 cas de cancers chez les FEMMES de 75 ans et plus (population exposée : 52040)

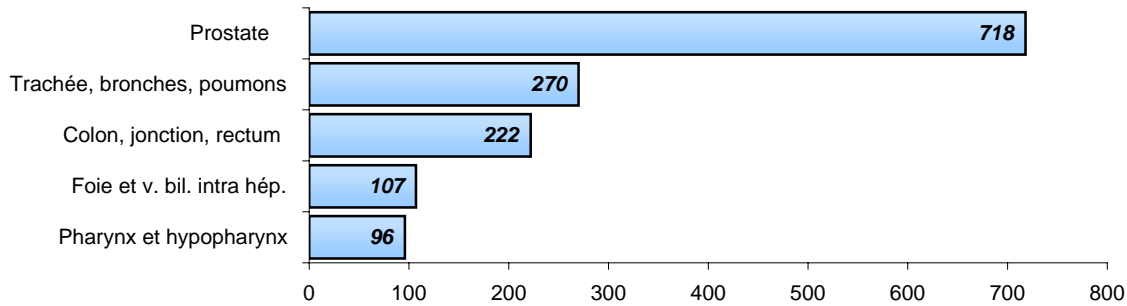


MOYENNE 2000 à 2003 : DONNEES GENERALES : CANCERS MASCULINS LES PLUS FREQUENTS EN LOIRE-ATLANTIQUE PAR TRANCHE D'AGE (nombre de cas)

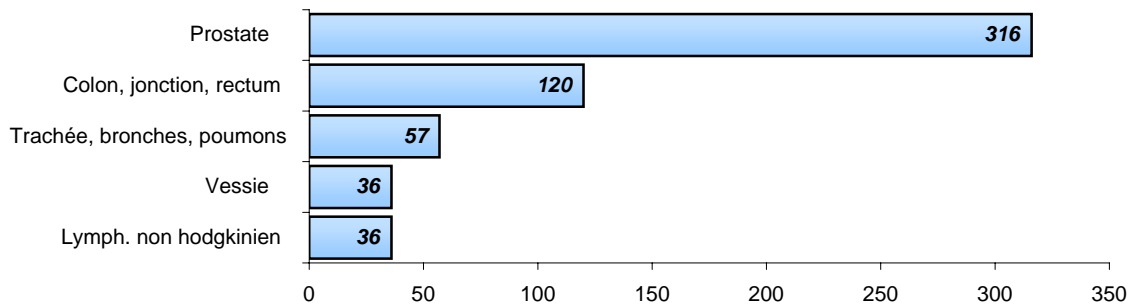
Au total : **186** cas de cancers chez les **HOMMES** de 15-44 ans (population exposée : 247022)



Au total : **2264** cas de cancers chez les **HOMMES** de 45-74 ans (population exposée : 172331)



Au total : **875** cas de cancers chez les **HOMMES** de plus de 75 ans (population exposée : 27238)



RAPPORT MORTALITE/INCIDENCE en LOIRE-ATLANTIQUE 2000 à 2003, comparaison avec FRANCIM

LOCALISATION*	FEMMES				HOMMES			
	Incidence	Mortalité	Mortalité / Incidence	FRANCIM	Incidence	Mortalité	Mortalité / Incidence	FRANCIM
Bouche et pharynx	42	13	31,0	31,2	233	83	35,6	33,4
Œsophage	21	15	71,4	76,5	95	73	76,8	92,2
Estomac	45	32	71,1	74,4	77	53	68,8	69,3
Colon, rectum	299	137	45,8	44,4	353	155	43,9	43,8
Foie	17	33	194,1	162,5	142	167	117,6	125,4
Pancréas	30	47	156,7	158,0	37	55	148,6	138,0
Larynx	7	2	28,6	46,0	93	34	36,6	50,9
Poumon	86	83	96,5	98,3	342	331	96,8	97,8
Mélanomes de la peau	107	13	12,1	15,8	79	17	21,5	23,0
Mésothéliomes	5	5	100,0	152,5	22	17	77,3	127,0
Sein	930	221	23,8	27,8	7	4	57,1	0,0
Col et corps de l'utérus	137	38	27,7	33,3				
Ovaires	69	51	73,9	78,2				
Prostate					1033	179	17,3	24,8
Vessie	30	14	46,7	62,0	102	39	38,2	38,4
Rein	52	24	46,2	42,8	104	46	44,2	43,9
Système nerveux central	33	25	75,8	55,5	38	26	68,4	63,9
Thyroïde	88	.	.	9,8	22	.	.	18,0
Maladie de Hodgkin	17	1	5,9	14,1	21	4	19,0	17,8
Lymph. Non hodgkinien	110	.	.	58,9	119	.	.	48,2
Myélome multiple	29	30	103,4	69,5	26	28	107,7	57,2
Leucémies	73	39	53,4	81,5	110	57	51,8	70,6
Autres	169	230	136,1	ND	265	399	150,6	ND
TOUS APPAREILS	2408	1055	43,8	49,2	3338	1774	53,1	57,3

* Les localisations présentées ici sont celles utilisées par FRANCIM et sont plus restrictives que dans le reste du rapport.

Incidence : nombre de cas moyen annuel sur la période

Mortalité : nombre de décès moyen annuel sur la période

Mortalité/Incidence : rapport du nombre de décès sur le nombre de cas, exprimé en pourcentage

FRANCIM : rapport du nombre de décès sur le nombre de cas estimé par FRANCIM, sur l'ensemble des registres français, exprimé en pourcentage

N.B. : pour le système nerveux central, FRANCIM comptabilise tous les cancers bénins et malins.

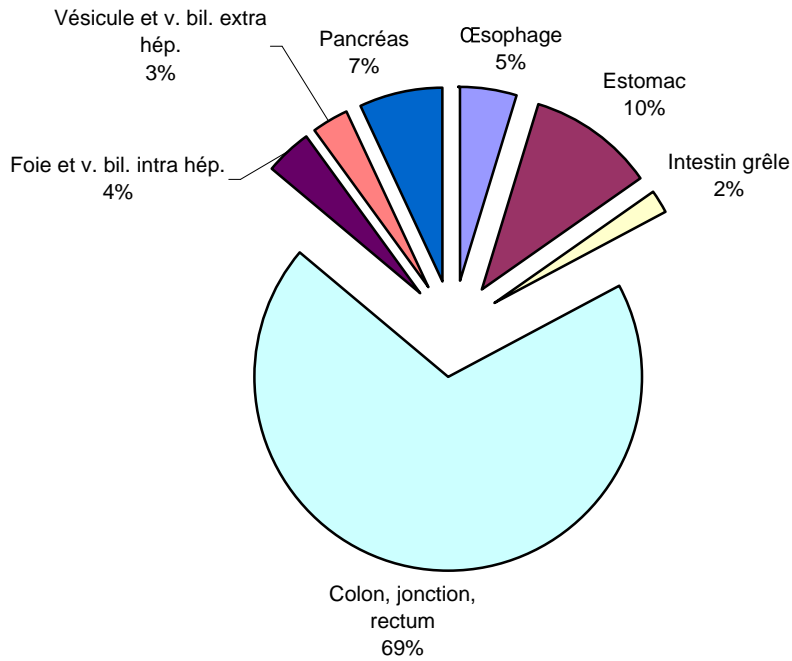
Un rapport M/I peut être supérieur à 100% car les personnes qui décèdent d'un cancer une année donnée ne sont pas forcément les mêmes que ceux chez qui le diagnostic a été posé au cours de la même année (en fonction du délai de latence entre le diagnostic et le décès). Il est aussi possible qu'il y ait une sous-déclaration des cas incidents ou, au contraire, une sur-déclaration des décès pour un cancer donné (par exemple, une métastase pulmonaire ou hépatique comptabilisée comme cancer primitif dans les certificats de décès).

III.2.2 Incidence par appareil

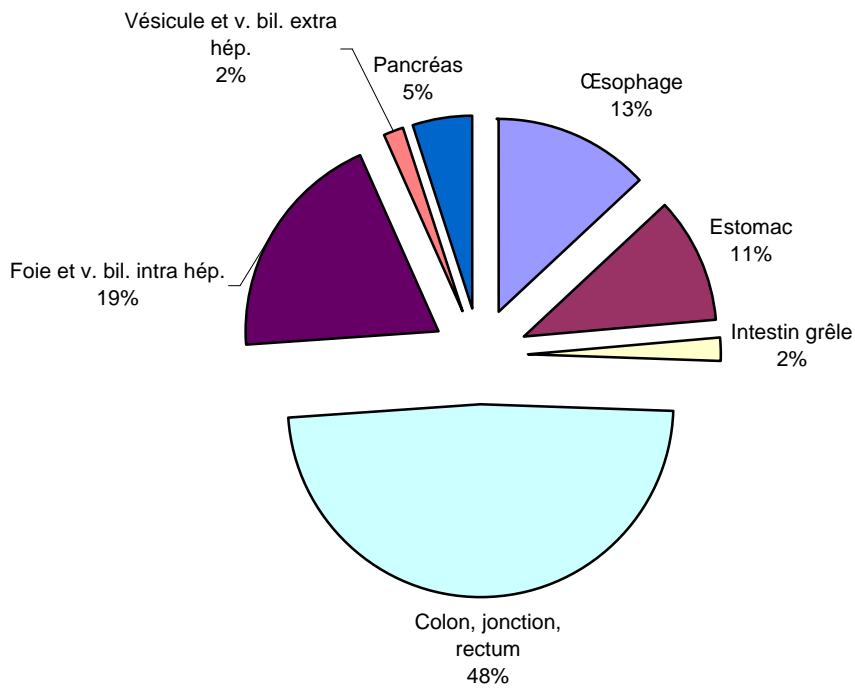
MOYENNE 2000 à 2003 : REPARTITION DES CANCERS PAR APPAREIL

Appareil digestif

FEMMES Nombre total de cas observés : 433



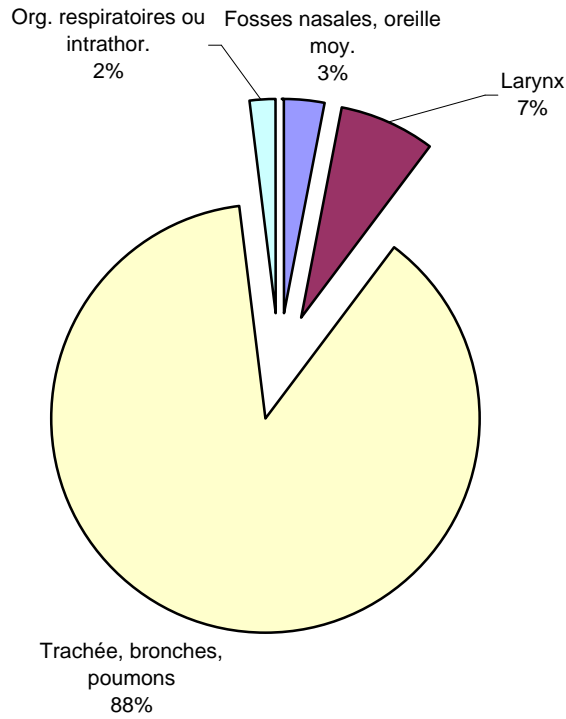
HOMMES Nombre total de cas observés : 730



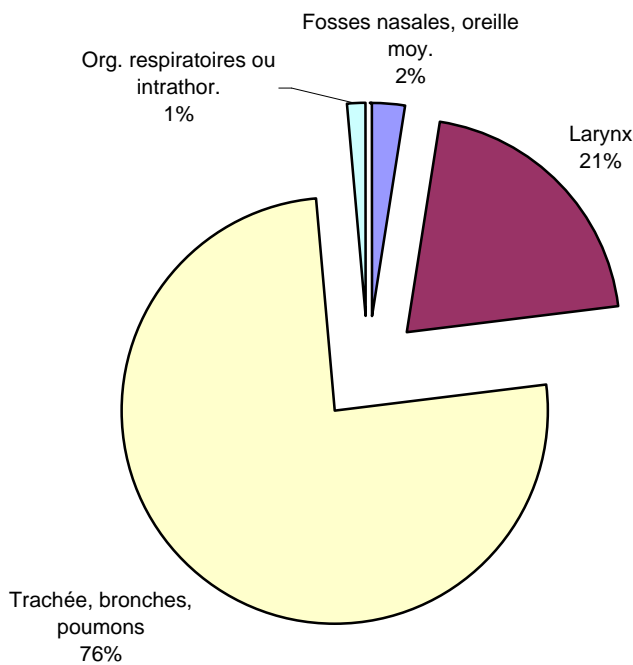
MOYENNE 2000 à 2003 : REPARTITION DES CANCERS PAR APPAREIL

Appareil respiratoire et thorax

FEMMES Nombre total de cas observés : 98



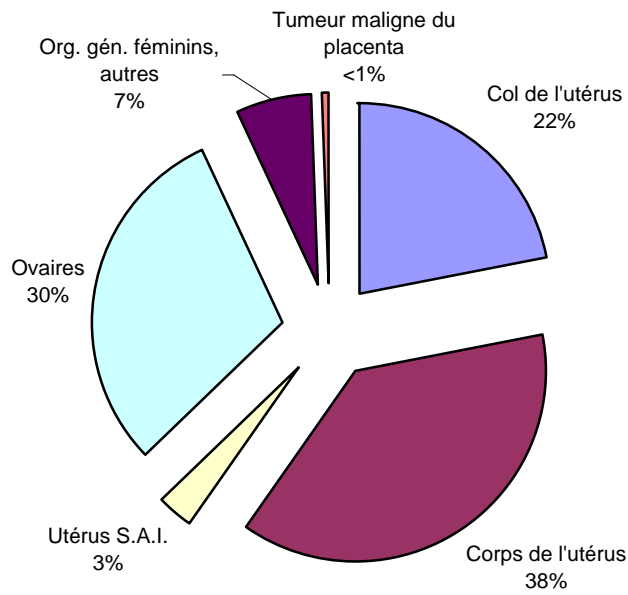
HOMMES Nombre total de cas observés : 452



MOYENNE 2000 à 2003 : REPARTITION DES CANCERS PAR APPAREIL

Organes génitaux féminins

FEMMES Nombre total de cas observés : 229

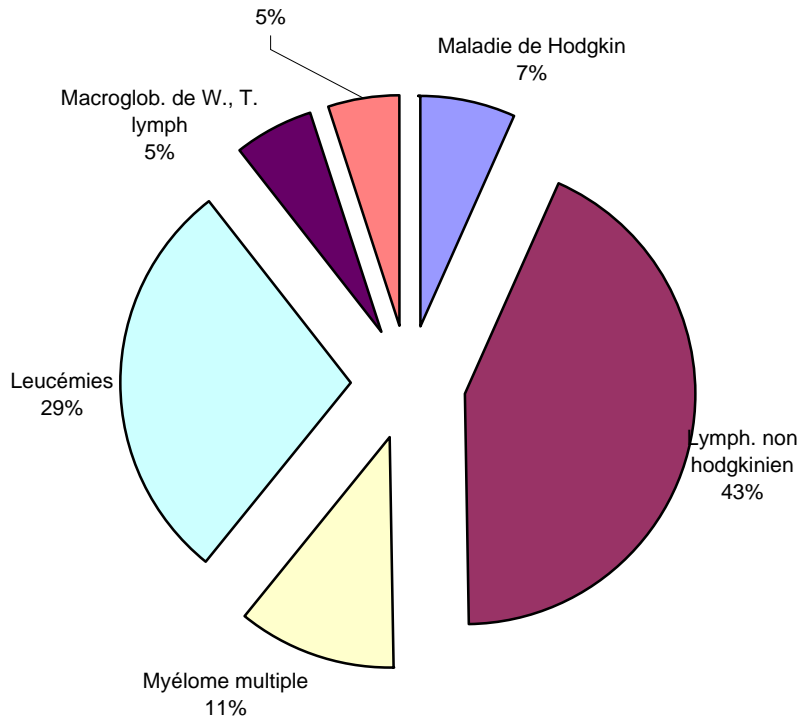


MOYENNE 2000 à 2003 : REPARTITION DES CANCERS PAR APPAREIL

Hémopathies malignes

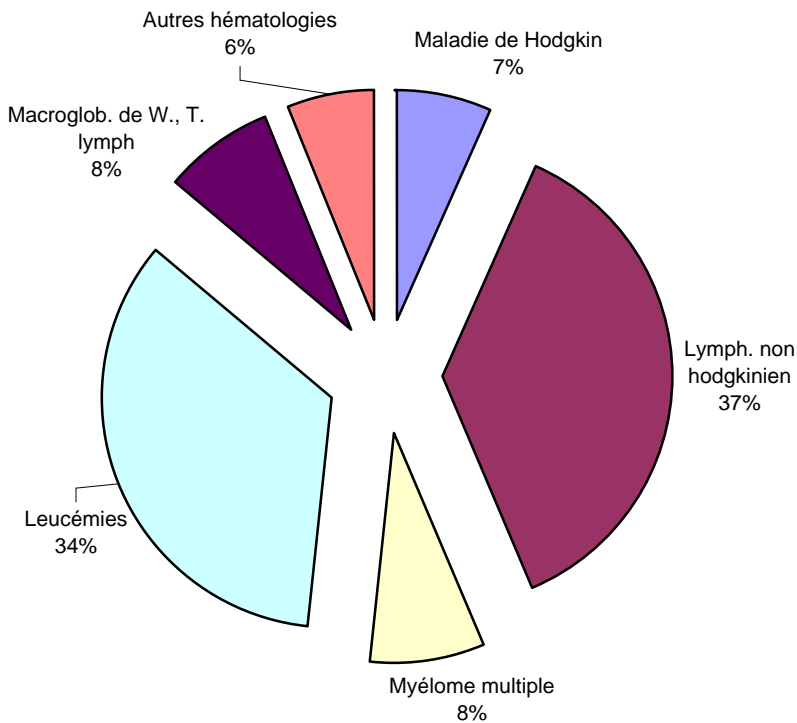
FEMMES

Nombre total de cas observés : 256



HOMMES

Nombre total de cas observés : 321



FEMMES MOYENNE 2000 à 2003 : Incidence et taux d'incidence standardisé par appareil et arrondissement

Femme		ARRONDISSEMENTS			
APPAREIL (CIM10)		CHATEAUBRIANT	NANTES	SAINT-NAZAIRE	ANCENIS
Bouche, Pharynx	incidence	3	24	14	1
	Tx inc. std.	3,1	3,8	4,9	2,8
Appareil digestif	incidence	41	263	116	12
	Tx inc. std.	33,8	36,7	33,0	22,2
Appareil respiratoire, thorax	incidence	7	60	28	3
	Tx inc. std.	7,4	10,4	11,4	6,8
Os et cartilages articulaires	incidence	0	3	3	0
	Tx inc. std.	0,3	0,7	1,4	0,8
Peau	incidence	9	66	32	6
	Tx inc. std.	8,9	12,4	15,0	14,5
Tissus mous et conjonctifs	incidence	3	18	7	1
	Tx inc. std.	1,9	3,3	2,8	4,3
Sein	incidence	76	575	242	37
	Tx inc. std.	97,5	110,9	107,0	101,5
Organes génitaux féminins	incidence	23	136	60	10
	Tx inc. std.	27,1	24,0	24,5	20,3
Appareil urinaire	incidence	6	47	26	4
	Tx inc. std.	5,9	7,1	8,4	8,1
Œil, système nerveux central	incidence	3	23	9	1
	Tx inc. std.	3,8	4,6	6,0	5,2
Glandes endocrines	incidence	7	54	27	3
	Tx inc. std.	9,5	12,0	14,8	8,5
Hémopathies malignes	incidence	28	165	52	10
	Tx inc. std.	30,1	27,6	22,8	22,5
Site primitif incertain	incidence	5	41	16	4
	Tx inc. std.	4,7	6,1	5,0	8,5
Autres	incidence	.	1	0	.
	Tx inc. std.	.	0,1	0,0	.
TOUS APPAREILS	incidence	210	1475	632	91
	Tx inc. std.	233,9	259,8	257,0	225,9

Incidence : incidence brute (nombre de cas moyen)

Tx inc. std. : Taux d'incidence standardisé selon le modèle mondial

N.B. : les carcinomes basocellulaires sont exclus de la peau.

HOMMES MOYENNE 2000 à 2003 : Incidence et taux d'incidence standardisé par appareil et arrondissement

Homme		ARRONDISSEMENTS			
APPAREIL (CIM10)		CHATEAUBRIANT	NANTES	SAINT-NAZAIRE	ANCENIS
Bouche, Pharynx	incidence	22	130	71	10
	Tx inc. std.	28,0	29,4	35,9	29,6
Appareil digestif	incidence	72	423	201	34
	Tx inc. std.	79,2	88,6	86,9	87,9
Appareil respiratoire, thorax	incidence	37	259	143	13
	Tx inc. std.	49,3	57,7	69,0	35,5
Os et cartilages articulaires	incidence	1	3	1	0
	Tx inc. std.	1,4	0,8	0,7	1,2
Peau	incidence	8	50	21	5
	Tx inc. std.	9,8	11	10,4	14,3
Tissus mous et conjonctifs	incidence	3	21	17	2
	Tx inc. std.	3,1	4,8	7,3	3,8
Sein	incidence	1	3	2	0
	Tx inc. std.	1,4	0,6	0,8	0,5
Organes génitaux masculins	incidence	109	599	320	49
	Tx inc. std.	120	125,5	133,3	128,1
Appareil urinaire	incidence	13	122	62	9
	Tx inc. std.	15,7	26,0	26,1	27,9
Œil, système nerveux central	incidence	3	28	13	2
	Tx inc. std.	5,7	6,9	7,2	6
Glandes endocrines	incidence	2	15	7	0
	Tx inc. std.	2,1	4,0	4,3	1,0
Hémopathies malignes	incidence	38	200	69	14
	Tx inc. std.	45,4	43,2	33,9	36,3
Site primitif incertain	incidence	13	67	33	5
	Tx inc. std.	13	14	15,2	12
Autres	incidence	.	.	.	0
	Tx inc. std.	.	.	.	0,5
TOUS APPAREILS	incidence	318	1920	959	141
	Tx inc. std.	374,0	412,2	431,0	384,6

Incidence : incidence brute (nombre de cas moyen)

Tx inc. std. : Taux d'incidence standardisé selon le modèle mondial

N.B. : les carcinomes basocellulaires sont exclus de la peau.

III.3 Incidence et mortalité par organe en Loire-Atlantique de 2000 à 2003

En France, entre 1980 et 2000, la distribution des cancers tend vers une distribution avec moins de cancers agressifs, liée en partie à une diminution des expositions, un diagnostic plus précoce et aux progrès thérapeutiques (17). Une divergence frappante est observée entre les tendances de l'incidence et les tendances de la mortalité pour un grand nombre de cancers. Le cancer de la prostate partage avec le cancer du sein le même type d'évolution, avec un accroissement sévère de son incidence et une stabilité de sa mortalité. Par ailleurs, la tendance de la mortalité féminine par cancer du poumon doit être soulignée car la situation va inévitablement s'aggraver ces prochaines années. Il s'agit déjà de la troisième cause de décès par cancer chez la femme.

III.3.1 Commentaires généraux et résultats principaux pour 7 cancers

Les cancers les plus fréquents ont été détaillés ici : il s'agit des cancers du colon-rectum, du poumon, du sein, de la prostate, des mélanomes malins de la peau, des lymphomes malins non hodgkiniens, des cancers de l'utérus et des cancers de la sphère ORL. Ces derniers figurent dans un chapitre à part, avec la description détaillée des cancers du larynx et de ceux de la cavité buccale et du pharynx.

- Cancer du colon-rectum (p. 48-49)

L'incidence de ce cancer augmente à partir de 40 ans pour atteindre un maximum autour de 70-74 ans chez l'homme et du 75-79 ans chez la femme, puis diminue au-delà de 80 ans.

Les principales topographies concernées sont le colon gauche et le rectum chez l'homme, et le colon droit, suivi à égalité du colon gauche et du rectum chez la femme.

Les comparaisons d'incidence et de mortalité ont été faites au niveau national et régional. Chez les femmes et les hommes ligériens, les taux d'incidence et de mortalité ne diffèrent pas des taux régionaux et nationaux.

Sur la période 1997-2003, les taux d'incidence chez les hommes sont relativement stables alors que les taux de mortalité ont tendance à diminuer. Chez les femmes, les taux d'incidence sont en augmentation depuis 1998 alors que les taux de mortalité restent stables. En France, les taux d'incidence se sont stabilisés chez les hommes et les femmes (17).

- Cancer du poumon (p. 50-51)

L'incidence de ce cancer augmente avec l'âge à partir de 35-39 ans pour atteindre un maximum autour de 65-74 ans chez l'homme et chez la femme. Un pic d'incidence est également observé chez les hommes sur la tranche d'âge 50-54 ans. Les taux d'incidence standardisés augmentent avec l'âge puis diminuent au-delà de 70-74 ans chez les hommes et les femmes. Les taux de mortalité standardisés sont similaires aux taux d'incidence jusqu'à 65-74 ans puis sont supérieurs.

Le rapport M/I chez les hommes et les femmes est proche de 97 % ce qui traduit bien la forte létalité de ce cancer. Il est très comparable aux estimations nationales fournies par FRANCIM.

L'incidence comme la mortalité chez l'homme en Loire-Atlantique sont très inférieures aux données nationales (de 19 %). L'incidence et la mortalité féminine sont quant à elles nettement supérieures aux données régionales (de 35 et 36 % respectivement) mais ne diffèrent pas des données nationales.

Sur la période 1997-2003, on observe une légère augmentation du taux d'incidence chez les hommes et les femmes, mais une diminution voire stabilisation du taux de mortalité. En France, taux d'incidence et de mortalité continuent à augmenter légèrement (17).

- **Cancer du sein féminin** (p. 52-53)

L'incidence de ce cancer augmente avec l'âge dès 30 ans pour atteindre un maximum autour de 50-54 ans. Les taux d'incidence standardisés augmentent avec l'âge puis diminuent rapidement au-delà de 60-64 ans. Les taux de mortalité standardisés augmentent quasiment constamment avec l'âge à partir de 40 ans.

Le rapport M/I (de 24 %) est inférieur aux estimations nationales fournies par FRANCIM.

Les taux d'incidence des cancers du sein en Loire-Atlantique sont supérieurs aux taux régionaux et nationaux (de 11 et 16 % respectivement). Les taux de mortalité des cancers du sein sont quant à eux parfaitement comparables aux taux régionaux et nationaux.

Les taux d'incidence sont en constante augmentation depuis 1997 malgré une augmentation un peu plus marquée entre 1999 et 2000. En France, on assiste également à une hausse des taux d'incidence, liée en partie à l'instauration du dépistage organisé sur certains départements. Les taux de mortalité sont quant à eux relativement stables, voire en diminution sur la période ; cette stabilisation des taux est comparable à l'évolution nationale (17).

- **Cancer de la prostate** (p. 54-55)

L'incidence de ce cancer augmente avec l'âge à partir de 50 ans pour atteindre un maximum autour de 70-74 ans. Les taux d'incidence standardisés augmentent avec l'âge et diminuent légèrement au-delà de 75 ans. Les taux de mortalité augmentent plus fortement au-delà de 65-69 ans.

L'incidence du cancer de la prostate est plus forte en Loire-Atlantique qu'au niveau national (de 46 %), mais est significativement plus faible qu'au niveau régional (de 29 %). La mortalité ligérienne n'est pas significativement différente des mortalités régionale et nationale.

Les taux d'incidence continuent de progresser régulièrement, tandis que les taux de mortalité se stabilisent ; ces deux tendances se retrouvent également en France (17).

- **Mélanome de la peau** (p. 56-57)

L'incidence des mélanomes de la peau ne suit pas vraiment de tendance par rapport à l'âge. Chez l'homme, la courbe d'incidence augmente plus régulièrement avec l'âge. Les courbes de mortalité associée au mélanome de la peau chez l'homme et la femme sont en légère augmentation avec l'âge.

Les rapports M/I (de 12 et 22 % chez les femmes et les hommes, respectivement) sont comparables aux estimations nationales fournies par FRANCIM.

Les topographies les plus fréquentes sont les mélanomes de la peau de la hanche et du membre inférieur, de la peau du tronc, de la peau de la face et de la peau de l'épaule et du membre supérieur. L'ordre de fréquence diffère selon le sexe.

L'incidence est inférieure au niveau régional (de 48 % chez les hommes et les femmes) et supérieure au niveau national (de 34 et 39 % chez la femme et l'homme, respectivement). La mortalité ne diffère pas de la mortalité régionale ou nationale.

Tandis que l'incidence augmentait chez les femmes entre 1998 et 2000, elle tend depuis 2001 à diminuer. L'incidence stagne désormais chez les hommes. Alors que la mortalité des hommes était comparable à celle des femmes jusqu'en 2002, on observe en 2003 une augmentation du taux de mortalité masculin. En France, après une augmentation importante de l'incidence sur la période 1978-2000 (17), on observe un ralentissement de la hausse sur la période 2000-2005 (étude en cours de publication).

- **Lymphome malin non hodgkinien** (p. 58-59)

Nous ne disposons pas de données de mortalité pour la Loire-Atlantique au moment de la préparation de ce rapport.

L'incidence augmente avec l'âge chez les hommes et les femmes et diminue au-delà de 80 ans chez les hommes.

L'incidence est inférieure au niveau régional de 51 % chez les femmes et de 42 % chez les hommes.

Elle est par ailleurs supérieure au niveau national chez les femmes (de 34 %).

Sur les dernières années étudiées, l'incidence tend à augmenter chez les hommes comme chez les femmes. Après une hausse importante de l'incidence en France sur la période 1978-2000 (17), les taux semblent se stabiliser sur la période 2000-2005 (étude en cours de publication).

- **Cancer du col et corps de l'utérus** (p. 60-61)

En France, les données agrégées de mortalité pour le cancer de l'utérus sont accessibles sans distinction entre les cancers du col et du corps de l'utérus.

L'incidence de ce cancer augmente avec l'âge dès 20 ans pour atteindre un maximum autour de 65-69 ans. Les taux de mortalité standardisés augmentent à partir de 50-54 ans.

L'incidence est significativement plus faible qu'au niveau régional (de 45 %), mais ne diffère pas du niveau national. La mortalité est comparable aux niveaux national et régional.

L'incidence a augmenté régulièrement sur la période 1998-2002 mais tend à se stabiliser en 2003.

La mortalité est quant à elle restée relativement stable sur la période. En France, l'incidence et la mortalité de ce cancer sont en baisse depuis 20 ans (17).

**CANCER DU COLON-RECTUM
MOYENNE DES ANNEES 2000 à 2003**

HOMMES et FEMMES

	FEMMES				HOMMES			
	Effectifs	Taux brut	Taux std. europ.	Taux std. mond.	Effectifs	Taux brut	Taux std. europ.	Taux std. mond.
Incidence	299	49,9	35,1	23,6	353	62,9	60,3	40,2
Mortalité	137	22,8	14,0	8,8	155	27,4	25,9	16,6
Rapport M/I en %	45,8				43,9			

Effectif : effectif moyen sur la période d'étude

Taux std europ. : taux moyen standardisé selon le modèle européen

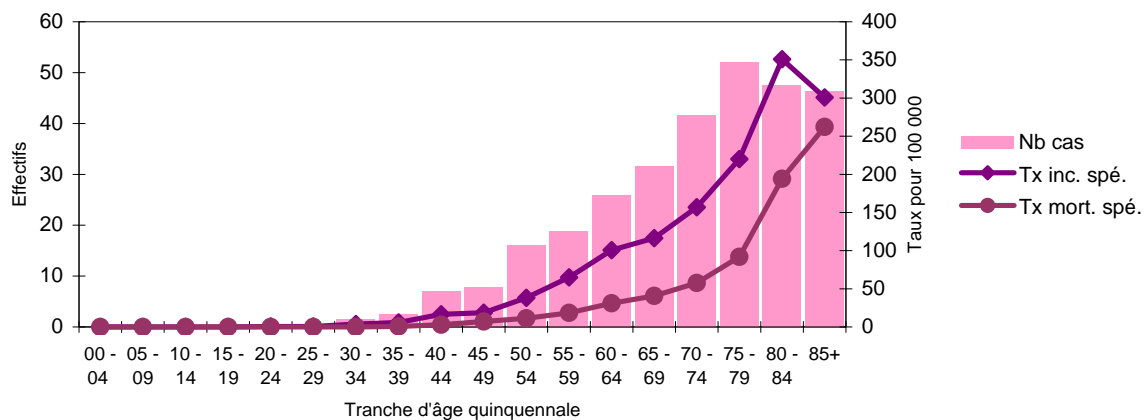
Taux std mond. : taux moyen standardisé selon le modèle mondial

Rapport M/I : rapport de la mortalité sur l'incidence

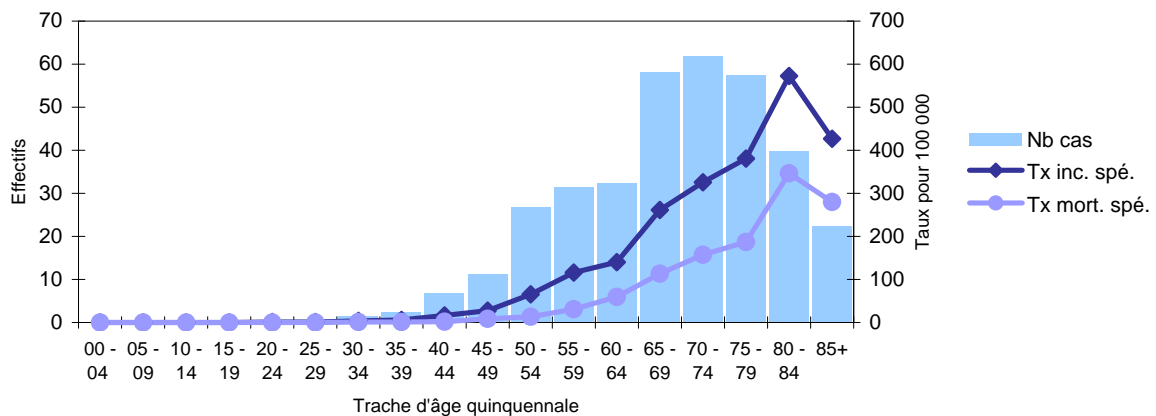
Taux brut : taux moyen brut

Les taux sont exprimés pour 100 000 habitants

**FEMMES : Incidence et mortalité, par tranche d'âge
(moyenne sur la période d'étude)**



**HOMMES : Incidence et mortalité, par tranche d'âge
(moyenne sur la période d'étude)**



Nb cas : nombre moyen de cas

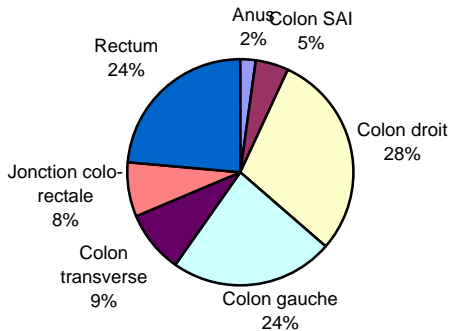
Tx inc. spé. : taux spécifique moyen (incidence)

Tx mort. spé. : taux spécifique moyen (mortalité)

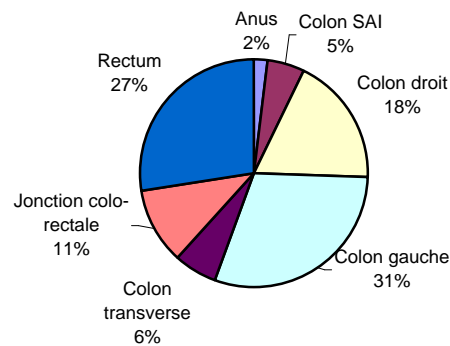
**CANCER DU COLON-RECTUM
MOYENNE DES ANNEES 2000 à 2003**

HOMMES et FEMMES

Femmes : Répartition topographique des cancers du colon-rectum en Loire-Atlantique (moyenne sur la période)



Hommes : Répartition topographique des cancers du colon-rectum en Loire-Atlantique (moyenne sur la période)



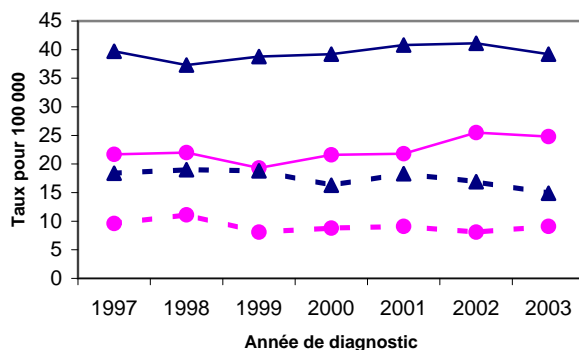
COMPARAISONS AVEC LES PAYS DE LA LOIRE ET LA FRANCE

		TOTAL	FEMMES	HOMMES
INCIDENCE				
Loire-Atlantique	Tx inc. std	30,7	23,6	40,2
Pays de la Loire	Tx inc. std	31,8	24,1	41,3
	SIR	96	97	96
France	Tx inc. std	30,9	24,6	38,8
	SIR	98	95	102
MORTALITE				
Loire-Atlantique	Tx mort. std	12,1	8,8	16,6
Pays de la Loire	Tx mort. std	12,4	8,8	17,0
	SMR	96	98	96
France	Tx mort. std	11,8	8,8	15,6
	SMR	102	101	104

SIR* ou SMR* : test significatif à 5%

EVOLUTION TEMPORELLE SUR LA PERIODE ETUDIEE

Taux annuel moyen d'incidence et de mortalité standardisé (modèle national)



	Effectifs	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Femmes	Incidence	249	260	240	270	281	322	321
	mortalité	134	155	127	131	138	128	150
Hommes	Incidence	309	304	320	329	359	362	363
	mortalité	155	163	174	144	170	155	149

—●— F - Incidence -●- F - Mortalité
—▲— H - Incidence -▲- H - Mortalité

CANCER DU POUMON
MOYENNE DES ANNEES 2000 à 2003

HOMMES et FEMMES

	FEMMES				HOMMES			
	Effectifs	Taux brut	Taux std. europ.	Taux std. mond.	Effectifs	Taux brut	Taux std. europ.	Taux std. mond.
Incidence	86	14,3	12,1	8,8	342	60,8	61,1	43,4
Mortalité	83	13,8	11,1	7,8	331	58,7	58,7	40,8
Rapport M/I en %	96,5				96,8			

Effectif : effectif moyen sur la période d'étude

Taux std europ. : taux moyen standardisé selon le modèle européen

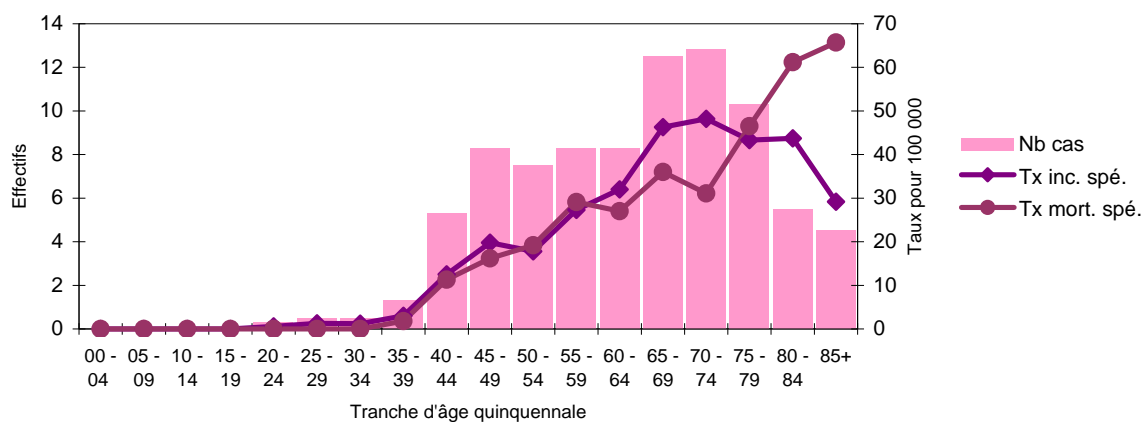
Taux std mond. : taux moyen standardisé selon le modèle mondial

Rapport M/I : rapport de la mortalité sur l'incidence

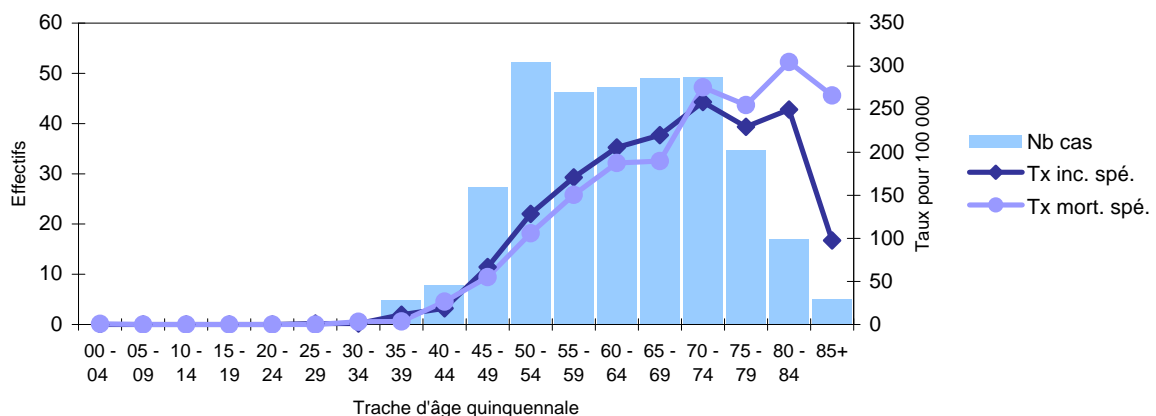
Taux brut : taux moyen brut

Les taux sont exprimés pour 100 000 habitants

FEMMES : Incidence et mortalité, par tranche d'âge
 (moyenne sur la période d'étude)



HOMMES : Incidence et mortalité, par tranche d'âge
 (moyenne sur la période d'étude)



Nb cas : nombre moyen de cas

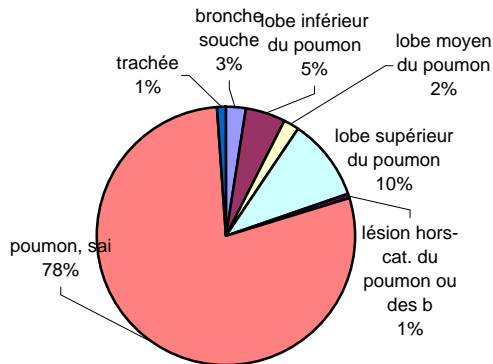
Tx inc. spé. : taux spécifique moyen (incidence)

Tx mort. spé. : taux spécifique moyen (mortalité)

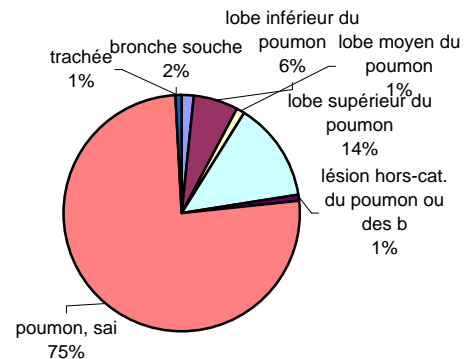
CANCER DU POUMON
MOYENNE DES ANNEES 2000 à 2003

HOMMES et FEMMES

Femmes : Répartition topographique des cancers du poumon en Loire-Atlantique (moyenne sur la période)



Hommes : Répartition topographique des cancers du poumon en Loire-Atlantique (moyenne sur la période)



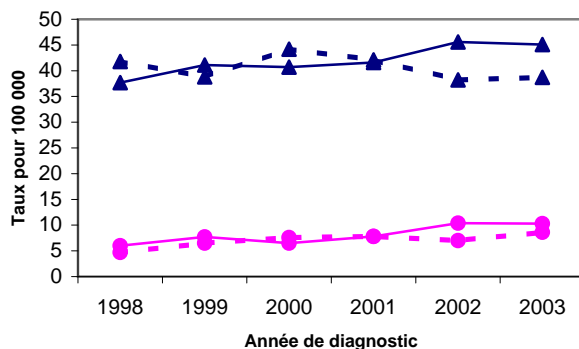
COMPARAISONS AVEC LES PAYS DE LA LOIRE ET LA FRANCE

		TOTAL	FEMMES	HOMMES
INCIDENCE				
Loire-Atlantique	Tx inc. std	24,6	8,8	43,4
Pays de la Loire	Tx inc. std	23,0	6,2	42,3
	SIR	104	134*	101
France	Tx inc. std	28,8	8,6	52,1
	SIR	82*	98	81*
MORTALITE				
Loire-Atlantique	Tx mort. std	22,7	7,8	40,8
Pays de la Loire	Tx mort. std	20,1	5,4	37,2
	SMR	111*	136*	109
France	Tx mort. std	26,3	7,5	48,6
	SMR	82*	97	81*

SIR* ou SMR* : test significatif à 5%

EVOLUTION TEMPORELLE SUR LA PERIODE ETUDIEE

Taux annuel moyen d'incidence et de mortalité standardisé (modèle national)



● F - Incidence ■ F - Mortalité
▲ H - Incidence ■ H - Mortalité

		Effectifs	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Femmes	Incidence		53	67	68	75	98	101
	mortalité		57	68	76	80	77	97
Hommes	Incidence		277	313	310	320	366	370
	mortalité		311	301	351	332	310	330

	FEMMES			
	Effectifs	Taux brut	Taux std. europ.	Taux std. mond.
Incidence	930	155,6	142,5	105,7
Mortalité	221	37,1	29,1	20,4
Rapport M/I en %	23,8			

Effectif : effectif moyen sur la période d'étude

Taux std europ. : taux moyen standardisé selon le modèle européen

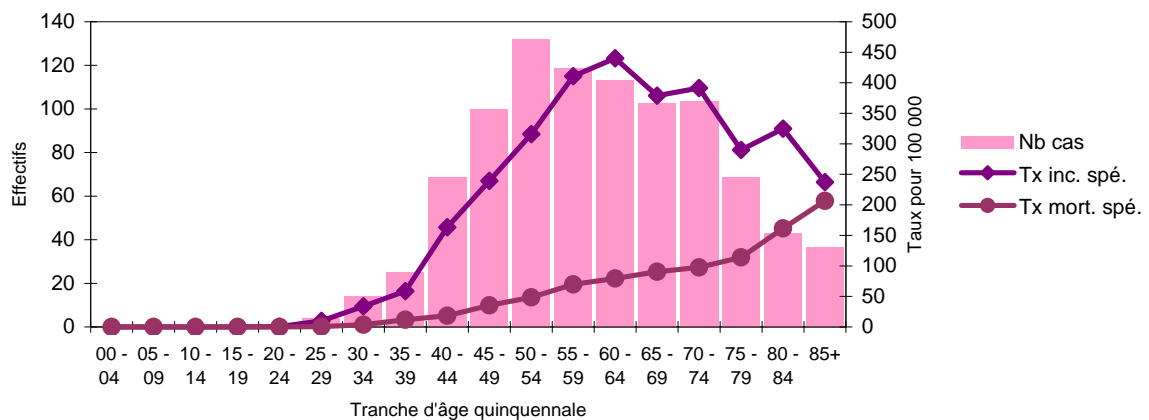
Taux std mond. : taux moyen standardisé selon le modèle mondial

Rapport M/I : rapport de la mortalité sur l'incidence

Taux brut : taux moyen brut

Les taux sont exprimés pour 100 000 habitants

FEMMES : Incidence et mortalité, par tranche d'âge
 (moyenne sur la période d'étude)



Nb cas : nombre moyen de cas

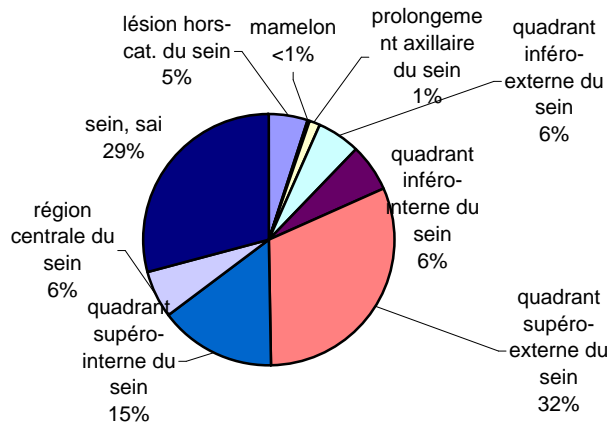
Tx inc. spé. : taux spécifique moyen (incidence)

Tx mort. spé. : taux spécifique moyen (mortalité)

**CANCER DU SEIN
MOYENNE DES ANNEES 2000 à 2003**

FEMMES

Femmes : Répartition topographique des cancers du sein en Loire-Atlantique (moyenne sur la période)



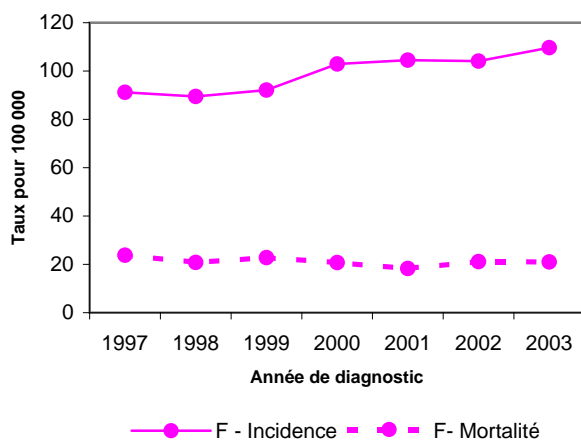
COMPARAISONS AVEC LES PAYS DE LA LOIRE ET LA FRANCE

FEMMES		
INCIDENCE		
Loire-Atlantique	Tx inc. std	105,7
Pays de la Loire	Tx inc. std	94,0
	SIR	110*
France	Tx inc. std	89,4
	SIR	115*
MORTALITE		
Loire-Atlantique	Tx mort. std	20,4
Pays de la Loire	Tx mort. std	20,0
	SMR	104
France	Tx mort. std	19,7
	SMR	101

SIR* ou SMR* : test significatif à 5%

EVOLUTION TEMPORELLE SUR LA PERIODE ETUDIEE

Taux annuel moyen d'incidence et de mortalité standardisé (modèle national)



	Effectifs	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Femmes	Incidence	728	756	777	897	899	943	979
	mortalité	227	219	225	224	189	240	232

**CANCER DE LA PROSTATE
MOYENNE DES ANNEES 2000 à 2003**

HOMMES

	HOMMES			
	Effectifs	Taux brut	Taux std. europ.	Taux std. mond.
Incidence	1033	183,8	178,6	119,8
Mortalité	179	31,9	29,4	17,0
Rapport M/I en %	17,3			

Effectif : effectif moyen sur la période d'étude

Taux std europ. : taux moyen standardisé selon le modèle européen

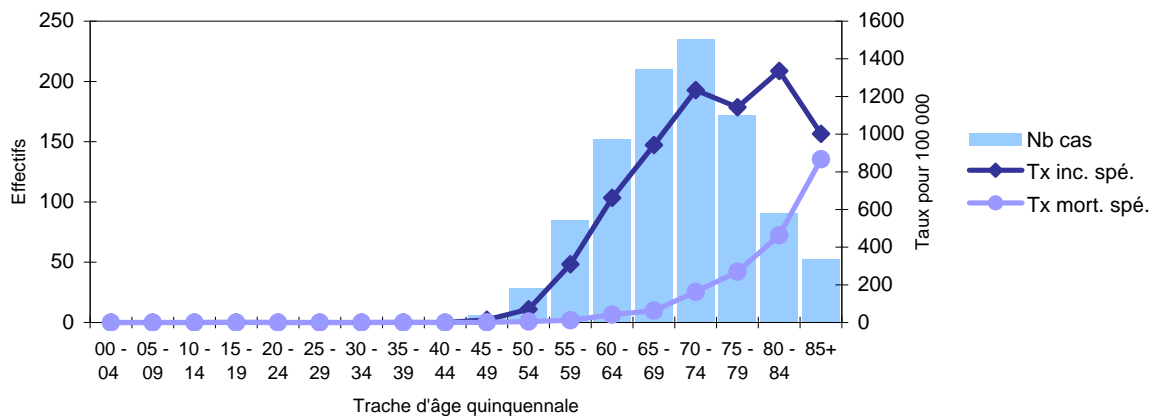
Taux std mond. : taux moyen standardisé selon le modèle mondial

Rapport M/I : rapport de la mortalité sur l'incidence

Taux brut : taux moyen brut

Les taux sont exprimés pour 100 000 habitants

**HOMMES : Incidence et mortalité, par tranche d'âge
(moyenne sur la période d'étude)**



Nb cas : nombre moyen de cas

Tx inc. spé. : taux spécifique moyen (incidence)

Tx mort. spé. : taux spécifique moyen (mortalité)

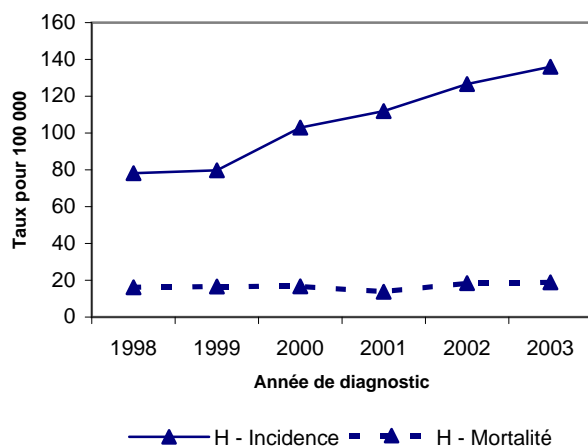
COMPARAISONS AVEC LES PAYS DE LA LOIRE ET LA FRANCE

HOMMES		
INCIDENCE		
Loire-Atlantique	Tx inc. std	119,8
Pays de la Loire	Tx inc. std	87,2
	SIR	126*
France	Tx inc. std	74,4
	SIR	146*
MORTALITE		
Loire-Atlantique	Tx mort. std	17,0
Pays de la Loire	Tx mort. std	15,3
	SMR	110
France	Tx mort. std	15,5
	SMR	107

SIR* ou SMR* : test significatif à 5%

EVOLUTION TEMPORELLE SUR LA PERIODE ETUDIEE

Taux annuel moyen d'incidence et de mortalité
standarisé (modèle national)



Effectifs	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Hommes Incidence	672	697	893	952	1116	1172
mortalité	153	171	168	148	193	208

**MELANOME DE LA PEAU
MOYENNE DES ANNEES 2000 à 2003**

HOMMES et FEMMES

	FEMMES				HOMMES			
	Effectifs	Taux brut	Taux std. europ.	Taux std. mond.	Effectifs	Taux brut	Taux std. europ.	Taux std. mond.
Incidence	107	18	15,9	12,2	79	14,1	13,9	10,2
Mortalité	13	2,2	1,6	1,2	17	3	2,9	2,0
Rapport M/I en %	12,1				21,5			

Effectif : effectif moyen sur la période d'étude

Taux std europ. : taux moyen standardisé selon le modèle européen

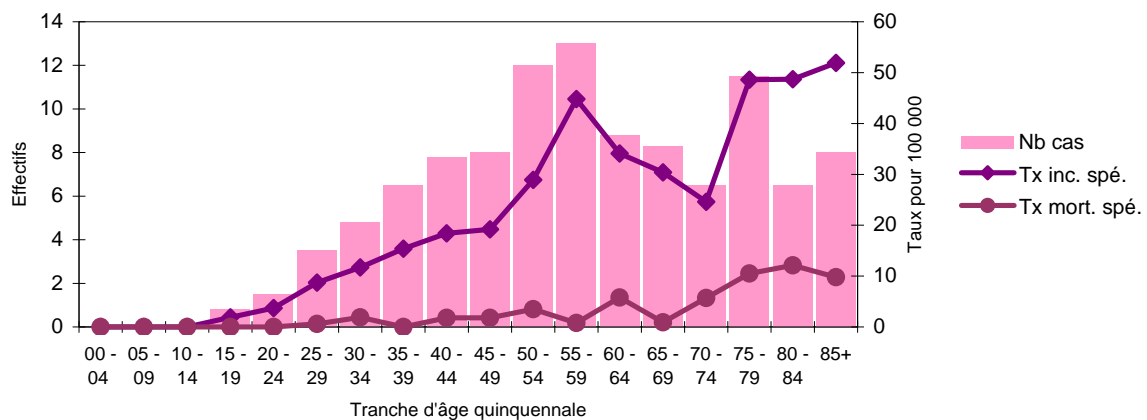
Taux std mond. : taux moyen standardisé selon le modèle mondial

Rapport M/I : rapport de la mortalité sur l'incidence

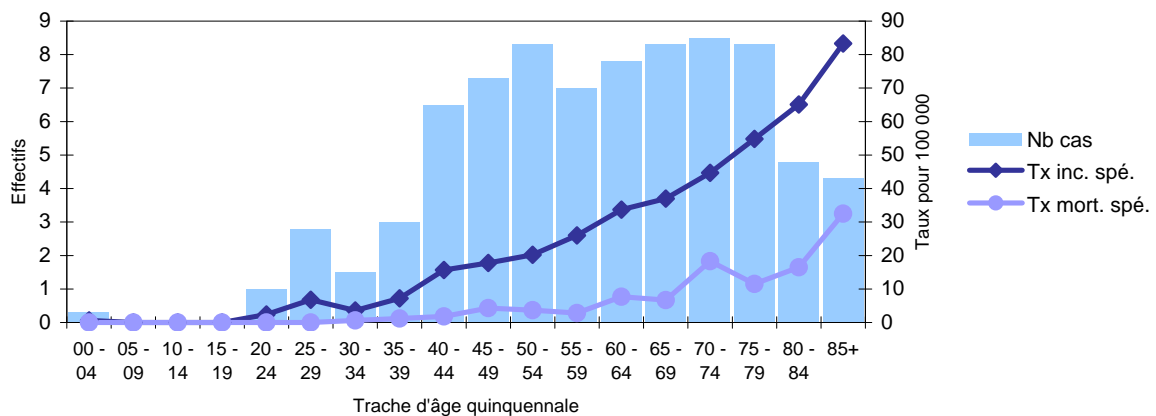
Taux brut : taux moyen brut

Les taux sont exprimés pour 100 000 habitants

**FEMMES : Incidence et mortalité, par tranche d'âge
(moyenne sur la période d'étude)**



**HOMMES : Incidence et mortalité, par tranche d'âge
(moyenne sur la période d'étude)**

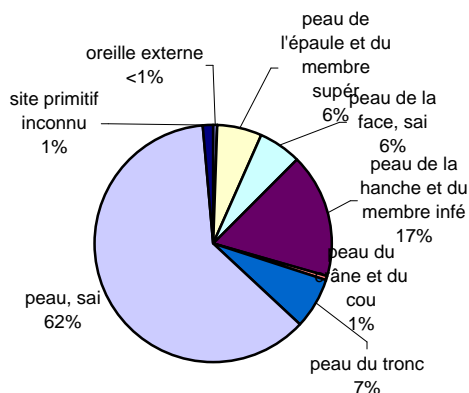


Nb cas : nombre moyen de cas

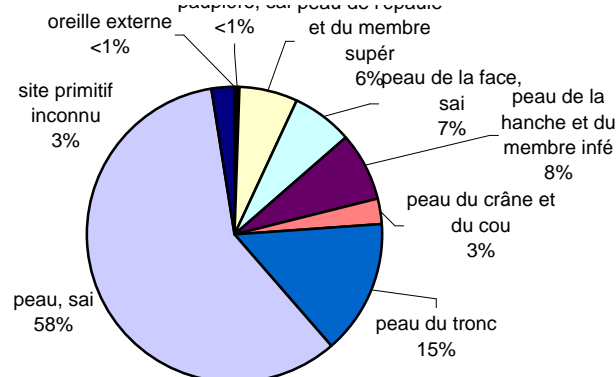
Tx inc. spé. : taux spécifique moyen (incidence)

Tx mort. spé. : taux spécifique moyen (mortalité)

Femmes : Répartition topographique des mélanomes de la peau en Loire-Atlantique (moyenne sur la période)



Hommes : Répartition topographique des mélanomes de la peau en Loire-Atlantique (moyenne sur la période)



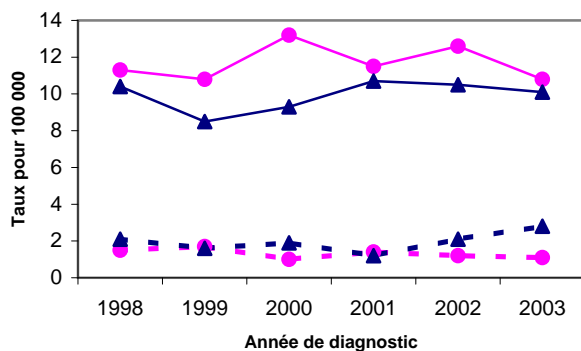
COMPARAISONS AVEC LES PAYS DE LA LOIRE ET LA FRANCE

		TOTAL	FEMMES	HOMMES
INCIDENCE				
Loire-Atlantique	Tx inc. std	11,0	12,2	10,2
Pays de la Loire	Tx inc. std	9,6	10,9	8,4
	SIR	121*	117	127*
France	Tx inc. std	8,5	9,5	7,6
	SIR	135*	134*	138*
MORTALITE				
Loire-Atlantique	Tx mort. std	1,5	1,2	2,0
Pays de la Loire	Tx mort. std	1,4	1,1	1,6
	SMR	120	104	137
France	Tx mort. std	1,3	1,1	1,6
	SMR	118	105	132

SIR* ou SMR* : test significatif à 5%

EVOLUTION TEMPORELLE SUR LA PERIODE ETUDIEE

Taux annuel moyen d'incidence et de mortalité standardisé (modèle national)



		Effectifs	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Femmes	Incidence		91	90	107	108	109	105
	mortalité		13	20	10	13	15	14
Hommes	Incidence		73	63	72	80	86	79
	mortalité		15	11	15	11	18	24

—●— F - Incidence —●— F - Mortalité
—▲— H - Incidence —▲— H - Mortalité

LYMPHOME MALIN NON HODGKINIEN
MOYENNE DES ANNEES 2000 à 2003

HOMMES et FEMMES

	FEMMES				HOMMES			
	Effectifs	Taux brut	Taux std. europ.	Taux std. mond.	Effectifs	Taux brut	Taux std. europ.	Taux std. mond.
Incidence	110	18,4	14,4	10,1	119	21,1	20,5	14,6
Mortalité								
Rapport M/I en %								

Effectif : effectif moyen sur la période d'étude

Taux std europ. : taux moyen standardisé selon le modèle européen

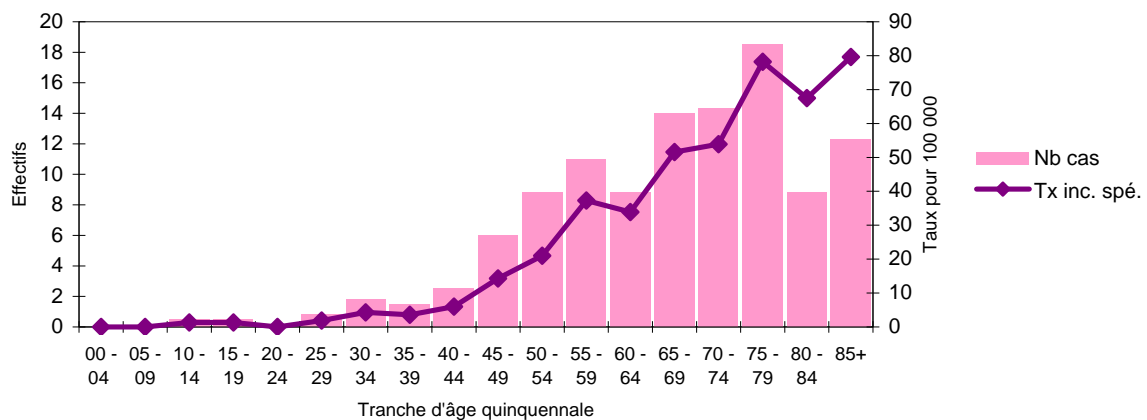
Taux std mond. : taux moyen standardisé selon le modèle mondial

Rapport M/I : rapport de la mortalité sur l'incidence

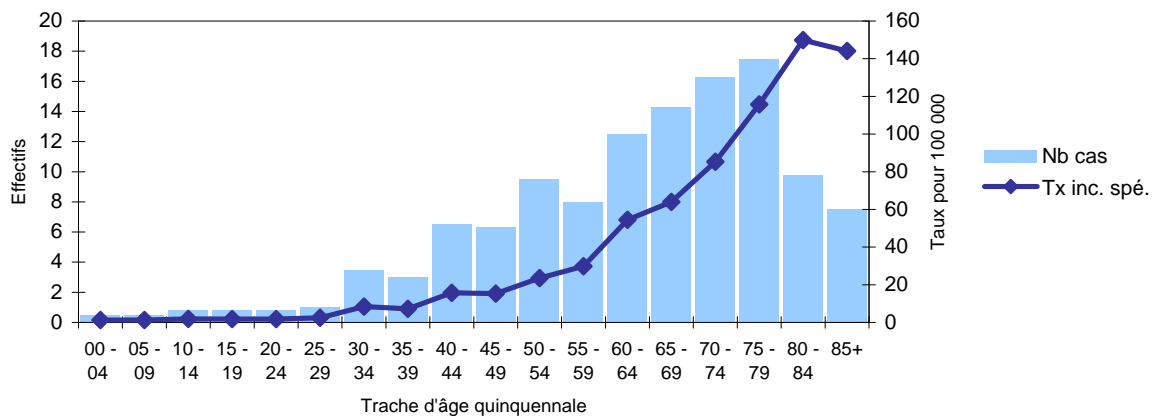
Taux brut : taux moyen brut

Les taux sont exprimés pour 100 000 habitants

FEMMES : Incidence et mortalité, par tranche d'âge
(moyenne sur la période d'étude)



HOMMES : Incidence et mortalité, par tranche d'âge
(moyenne sur la période d'étude)

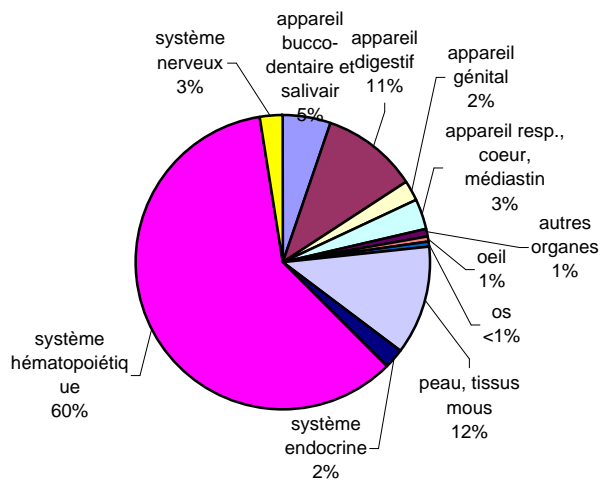


Nb cas : nombre moyen de cas

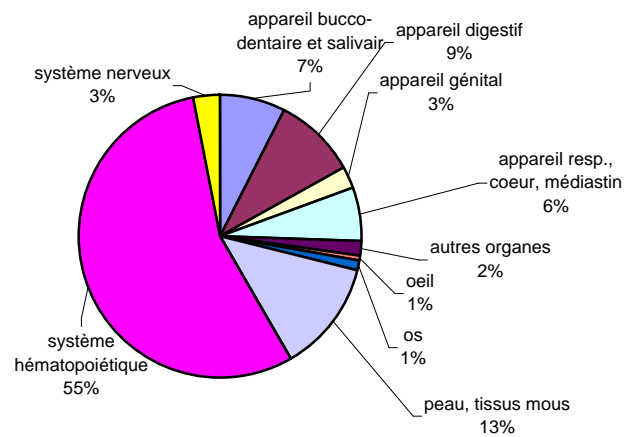
Tx inc. spé. : taux spécifique moyen (incidence)

Tx mort. spé. : taux spécifique moyen (mortalité)

Femmes : Répartition topographique des lymphomes non hodgkiniens en Loire-Atlantique (moyenne sur la période)



Hommes : Répartition topographique des lymphomes non hodgkiniens en Loire-Atlantique (moyenne sur la période)



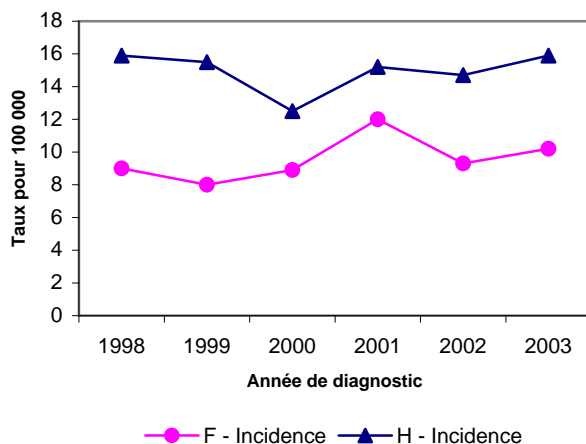
COMPARAISONS AVEC LES PAYS DE LA LOIRE ET LA FRANCE

		TOTAL	FEMMES	HOMMES
INCIDENCE				
Loire-Atlantique	Tx inc. std	12,1	10,1	14,6
Pays de la Loire	Tx inc. std	10,6	8,2	13,2
	SIR	119*	125*	115
France	Tx inc. std	10,5	7,7	13,3
	SIR	123*	134*	116
MORTALITE				
Loire-Atlantique	Tx mort. std			
Pays de la Loire	Tx mort. std	3,7	2,9	4,8
	SMR			
France	Tx mort. std	4,2	3,4	5,3
	SMR			

SIR* ou SMR* : test significatif à 5%

EVOLUTION TEMPORELLE SUR LA PERIODE ETUDIEE

Taux annuel moyen d'incidence et de mortalité standardisé (modèle national)



	Effectifs	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Femmes	Incidence	88	84	97	123	108	111
	mortalité	.	.	.	.	.	.
Hommes	Incidence	117	120	101	123	121	130
	mortalité	.	.	.	.	.	.

CANCER DE L'UTERUS
MOYENNE DES ANNEES 2000 à 2003

FEMMES

	FEMMES			
	Effectifs	Taux brut	Taux std. europ.	Taux std. mond.
Incidence	137	22,9	19,7	14,5
Mortalité	38	6,4	4,6	3,2
Rapport M/I en %	27,7			

Effectif : effectif moyen sur la période d'étude

Taux std europ. : taux moyen standardisé selon le modèle européen

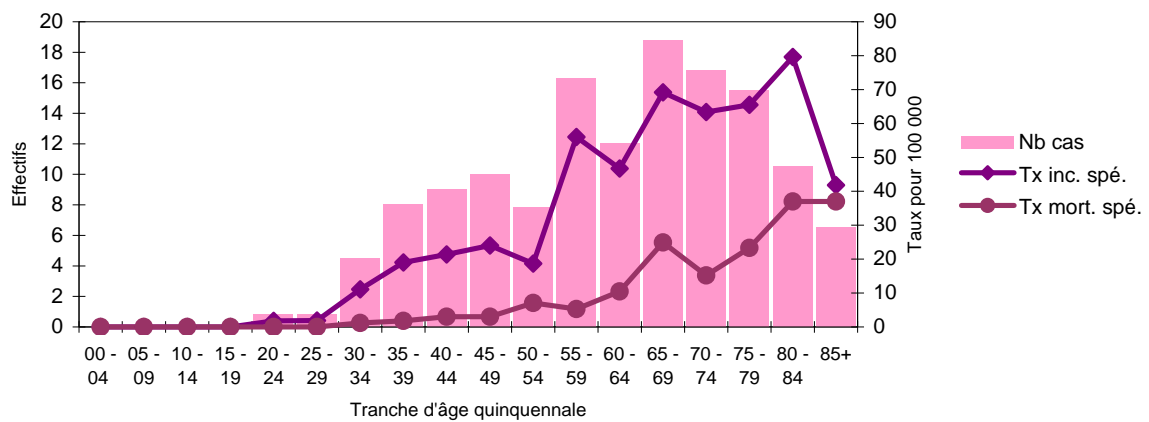
Taux std mond. : taux moyen standardisé selon le modèle mondial

Rapport M/I : rapport de la mortalité sur l'incidence

Taux brut : taux moyen brut

Les taux sont exprimés pour 100 000 habitants

FEMMES : Incidence et mortalité, par tranche d'âge
(moyenne sur la période d'étude)



Nb cas : nombre moyen de cas

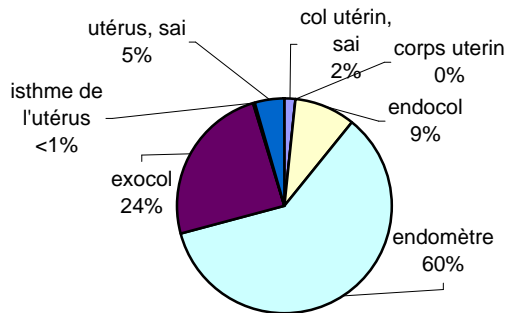
Tx inc. spé. : taux spécifique moyen (incidence)

Tx mort. spé. : taux spécifique moyen (mortalité)

CANCER DE L'UTERUS MOYENNE DES ANNEES 2000 à 2003

FEMMES

Femmes : Répartition topographique des cancers
de l'utérus en Loire-Atlantique (moyenne sur la période)



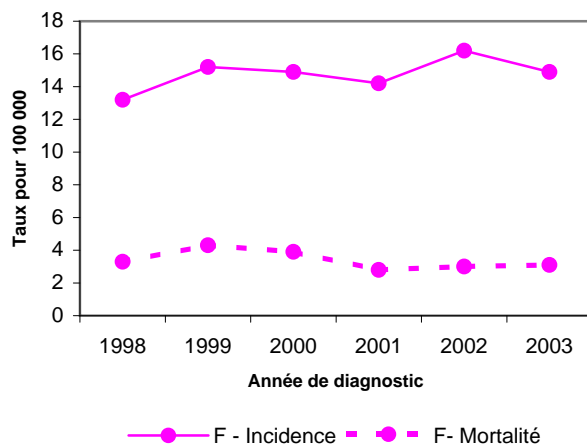
COMPARAISONS AVEC LES PAYS DE LA LOIRE ET LA FRANCE

FEMMES		
INCIDENCE		
Loire-Atlantique	Tx inc. std	14,5
Pays de la Loire	Tx inc. std	13,6
	SIR	109
France	Tx inc. std	17,3
	SIR	89
MORTALITE		
Loire-Atlantique	Tx mort. std	3,2
Pays de la Loire	Tx mort. std	3,9
	SMR	79
France	Tx mort. std	4,3
	SMR	73

SIR* ou SMR* : test significatif à 5%

EVOLUTION TEMPORELLE SUR LA PERIODE ETUDIEE

Taux annuel moyen d'incidence et de mortalité
standardisé (modèle national)



Effectifs	1998	1999	2000	2001	2002	2003	
Femmes	Incidence	122	136	140	133	156	145
	mortalité	41	48	44	35	37	37

III.3.2 – Les cancers de la sphère ORL

Lorsque l'on regroupe l'ensemble des cancers de la sphère ORL, l'incidence moyenne chez les femmes est de 53 cas, et de 337 cas chez les hommes, ce qui les placent en 4^{ème} position devant les lymphomes non hodgkiniens chez l'homme.

Les cancers du larynx à la frontière entre la sphère ORL et la région thoracique ont été regroupés avec les cancers ORL car leur prise en charge présente des similitudes.

- **Cancer du larynx** (p. 64-65)

Au vu des effectifs, l'incidence chez les femmes ne sera pas discutée ici.

L'incidence des cancers du larynx augmente de 40 à 55-59 ans, elle se stabilise ensuite pour diminuer à partir de 80 ans. La mortalité a plutôt tendance à l'augmentation avec l'âge.

L'incidence chez l'homme est inférieure au niveau régional (de 54 %) et supérieure au niveau national (de 30 %). La mortalité est comparable à celle observée aux niveaux national et régional.

Depuis 1998, les taux de mortalité chez les hommes tendent à la baisse, tandis que les taux d'incidence recommencent à augmenter après la diminution de l'année 2002. Sur le plan national, les taux d'incidence et de mortalité tendent à la baisse chez les hommes (17), la principale hypothèse en est la diminution du tabagisme et/ou de la consommation d'alcool.

- **Cancer de la cavité buccale et du pharynx** (p. 66-67)

L'incidence est très faible chez les femmes. Chez les hommes, on observe une augmentation de l'incidence et de la mortalité à partir de 35-39 ans.

Chez les hommes, les topographies les plus fréquentes sont la langue, puis l'amygdale, l'oropharynx et le sinus piriforme à égalité, viennent ensuite les localisations de l'hypopharynx et du plancher de la bouche.

La mortalité chez l'homme et la femme est comparable à celle observée aux niveaux national et régional. L'incidence est quant à elle plus faible qu'au niveau régional (de 51 % chez les femmes et de 62 % chez les hommes).

L'incidence chez les hommes a diminué depuis 1998 mais est relativement constante depuis 1999, tandis que la mortalité restait stable entre 1998 et 2002, elle semble désormais diminuer un peu. En France, sur la période 1978-2000, les taux d'incidence et de mortalité sont en baisse, l'hypothèse principale étant la diminution de la consommation d'alcool depuis les années 1950 associée à une diminution du tabagisme (17). Cette tendance est confirmée sur la période 2000-2005 (étude en cours de publication).

CANCER DU LARYNX
MOYENNE DES ANNEES 2000 à 2003

HOMMES et FEMMES

	FEMMES				HOMMES			
	Effectifs	Taux brut	Taux std. europ.	Taux std. mond.	Effectifs	Taux brut	Taux std. europ.	Taux std. mond.
Incidence	7	1,2	1,1	0,8	93	16,5	16,7	12,0
Mortalité	2	0,2	0,2	0,1	34	6,1	5,9	3,9
Rapport M/I en %	28,6				36,6			

Effectif : effectif moyen sur la période d'étude

Taux std europ. : taux moyen standardisé selon le modèle européen

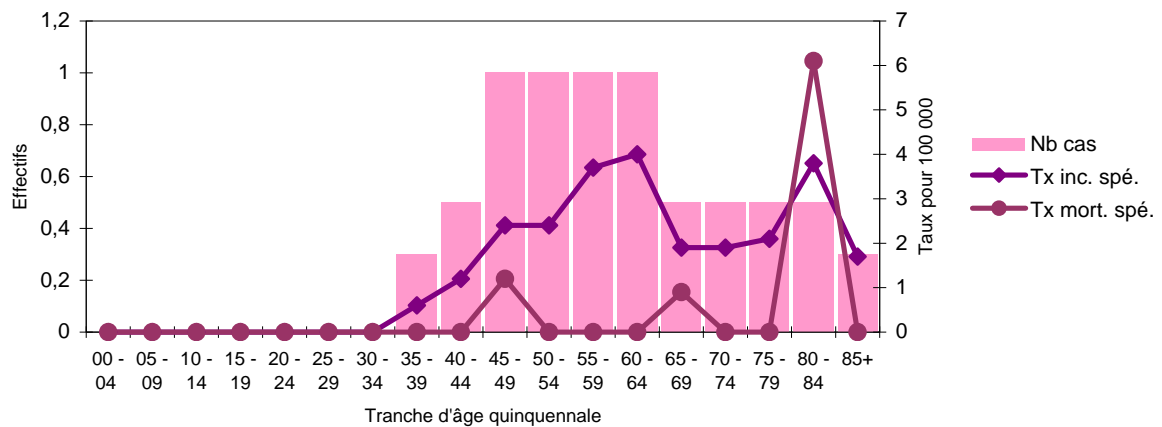
Taux std mond. : taux moyen standardisé selon le modèle mondial

Rapport M/I : rapport de la mortalité sur l'incidence

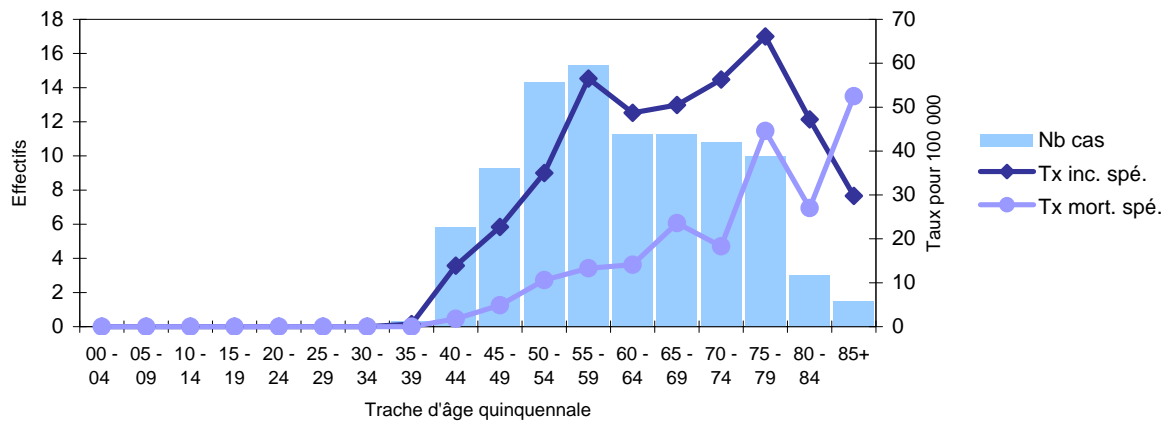
Taux brut : taux moyen brut

Les taux sont exprimés pour 100 000 habitants

FEMMES : Incidence et mortalité, par tranche d'âge
(moyenne sur la période d'étude)



HOMMES : Incidence et mortalité, par tranche d'âge
(moyenne sur la période d'étude)



Nb cas : nombre moyen de cas

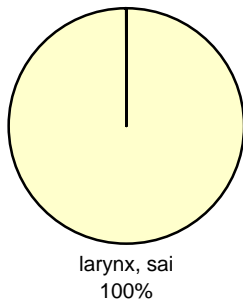
Tx inc. spé. : taux spécifique moyen (incidence)

Tx mort. spé. : taux spécifique moyen (mortalité)

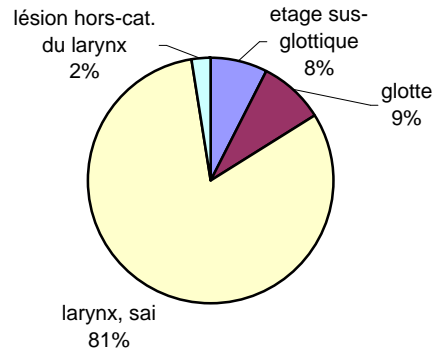
CANCER DU LARYNX
MOYENNE DES ANNEES 2000 à 2003

HOMMES et FEMMES

Femmes : Répartition topographique des cancers du larynx en Loire-Atlantique (moyenne sur la période)



Hommes : Répartition topographique des cancers du larynx en Loire-Atlantique (moyenne sur la période)



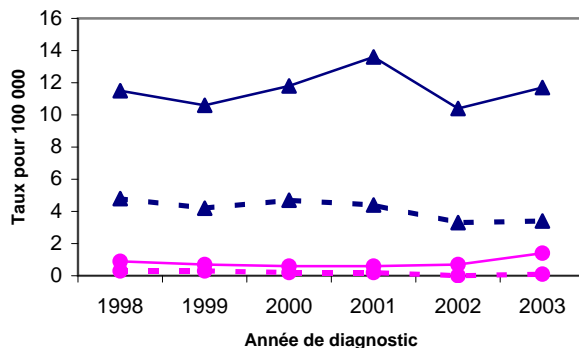
COMPARAISONS AVEC LES PAYS DE LA LOIRE ET LA FRANCE

		TOTAL	FEMMES	HOMMES
INCIDENCE				
Loire-Atlantique	Tx inc. std	5,9	0,8	12,0
Pays de la Loire	Tx inc. std	.	.	9,2
	SIR	.	.	129*
France	Tx inc. std	4,8	0,7	9,3
	SIR	124*	101	129*
MORTALITE				
Loire-Atlantique	Tx mort. std	1,8	0,1	3,9
Pays de la Loire	Tx mort. std	2,2	0,2	4,5
	SMR	91	62	96
France	Tx mort. std	2,2	0,3	4,4
	SMR	89	48	95

SIR* ou SMR* : test significatif à 5%

EVOLUTION TEMPORELLE SUR LA PERIODE ETUDIEE

Taux annuel moyen d'incidence et de mortalité standardisé (modèle national)



		Effectifs	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Femmes	Incidence	8	6	4	6	7	11	
	mortalité	2	4	2	2	0	2	
Hommes	Incidence	84	75	86	104	83	97	
	mortalité	34	31	37	38	29	32	

—●— F - Incidence -■- F - Mortalité
—▲— H - Incidence -■- H - Mortalité

**CANCER DE LA LEVRE, DE LA BOUCHE ET DU PHARYNX
MOYENNE DES ANNEES 2000 à 2003**

HOMMES et FEMMES

	FEMMES				HOMMES			
	Effectifs	Taux brut	Taux std. europ.	Taux std. mond.	Effectifs	Taux brut	Taux std. europ.	Taux std. mond.
Incidence	42	7,1	5,5	3,8	233	41,3	41,7	30,4
Mortalité	13	2,1	1,6	1,1	83	14,7	15,1	10,9
Rapport M/I en %	31				35,6			

Effectif : effectif moyen sur la période d'étude

Taux std europ. : taux moyen standardisé selon le modèle européen

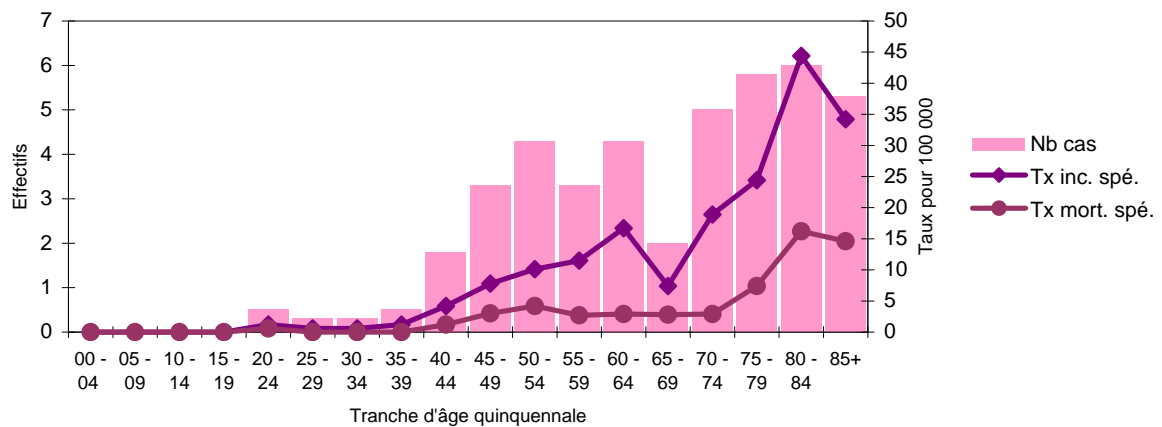
Taux std mond. : taux moyen standardisé selon le modèle mondial

Rapport M/I : rapport de la mortalité sur l'incidence

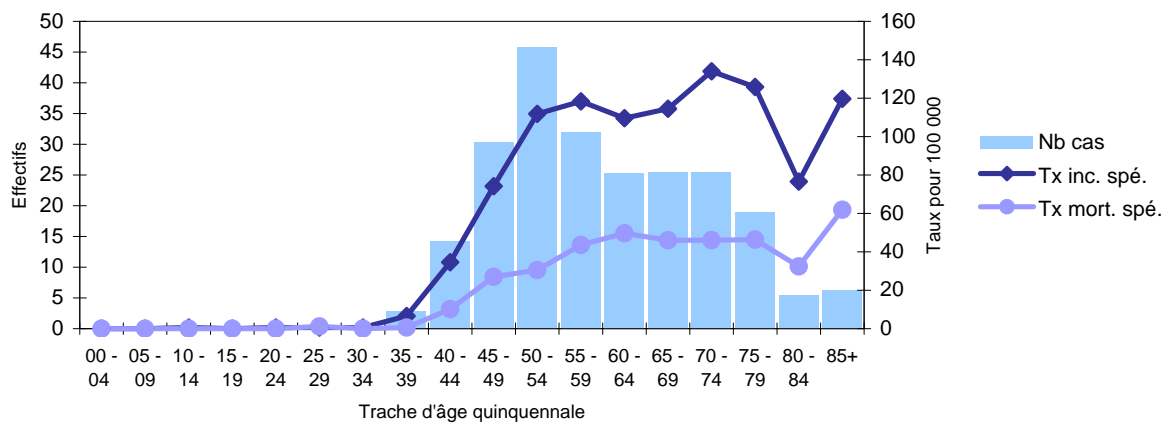
Taux brut : taux moyen brut

Les taux sont exprimés pour 100 000 habitants

**FEMMES : Incidence et mortalité, par tranche d'âge
(moyenne sur la période d'étude)**



**HOMMES : Incidence et mortalité, par tranche d'âge
(moyenne sur la période d'étude)**



Nb cas : nombre moyen de cas

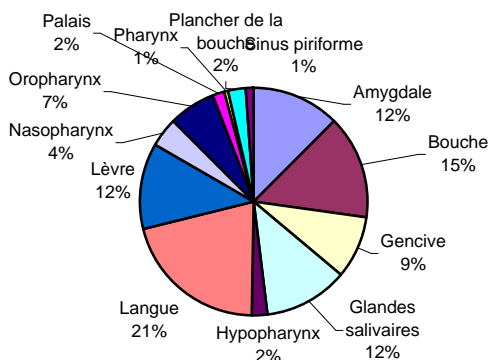
Tx inc. spé. : taux spécifique moyen (incidence)

Tx mort. spé. : taux spécifique moyen (mortalité)

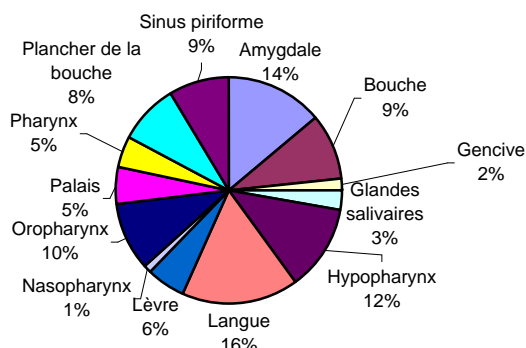
**CANCER DE LA LEVRE, DE LA BOUCHE ET DU PHARYNX
MOYENNE DES ANNEES 2000 à 2003**

HOMMES et FEMMES

Femmes : Répartition topographique des cancers
ORL L-B-P en Loire-Atlantique (moyenne sur la période)



Hommes : Répartition topographique des cancers
ORL L-B-P en Loire-Atlantique (moyenne sur la période)



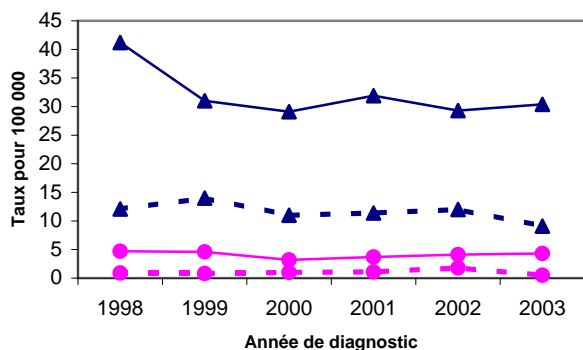
COMPARAISONS AVEC LES PAYS DE LA LOIRE ET LA FRANCE

		TOTAL	FEMMES	HOMMES
INCIDENCE				
Loire-Atlantique	Tx inc. std	16,2	3,8	30,4
Pays de la Loire	Tx inc. std	17,0	3,1	32,2
	SIR	98	133	95
France	Tx inc. std	17,9	4,8	32,2
	SIR	94	92	96
MORTALITE				
Loire-Atlantique	Tx mort. std	5,6	1,1	10,9
Pays de la Loire	Tx mort. std	5,4	0,9	10,4
	SMR	103	123	103
France	Tx mort. std	5,6	1,3	10,3
	SMR	99	90	103

SIR* ou SMR* : test significatif à 5%

EVOLUTION TEMPORELLE SUR LA PERIODE ETUDIEE

Taux annuel moyen d'incidence et de mortalité standardisé (modèle national)



	Effectifs	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Femmes	Incidence	39	42	31	43	51	44
	mortalité	13	10	13	11	18	9
Hommes	Incidence	287	223	217	243	229	243
	mortalité	92	100	81	86	92	72

—●— F - Incidence -■- F - Mortalité
—▲— H - Incidence -■- H - Mortalité

IV SYNTHÈSE ET PERSPECTIVES

Les résultats statistiques présentés dans ce troisième rapport permettent de disposer d'un relevé descriptif d'une « année moyenne de cancers » sur la Loire-Atlantique sur la base d'un modèle de présentation commun avec le Registre des cancers de Vendée.

Expressions d'un recueil destiné à perdurer, ils ne constituent pas pour autant une référence absolue. Certaines limites tiennent à la fois au caractère novateur sur le département, même si le Registre des cancers dispose désormais d'un outil éprouvé, et à des contraintes techniques inhérentes à la nature même des registres :

- le Registre a débuté son recueil généralisé en 1998, et a donc entrepris d'emblée un rattrapage de données pour disposer d'informations sur l'ensemble de sa première année de fonctionnement, puisque l'objectif était celui d'une collecte effective à compter du 1^{er} janvier de l'année,
- l'expérience tend à montrer, sur les premières années de collecte d'informations, à la fois des risques de surestimation par intégration de cas prévalents plutôt qu'incidents et des possibilités de sous-estimation par couverture incomplète du territoire géographique, qui s'estompent avec le temps et la mise en place de procédures de vérification,
- des fluctuations aléatoires d'incidence de la maladie cancéreuse au sein de la population d'une année à l'autre sont possibles, et elles sont d'autant plus sensibles qu'elles concernent des effectifs faibles, selon le type de cancer ou selon l'échelon géographique concerné.

Les techniques épidémiologiques habituellement retenues pour consolider les données, et autoriser par exemple des comparaisons avec les données d'autres registres ou avec des estimations nationales, passent par l'utilisation de données cumulées sur au moins trois années consécutives. Par ailleurs, un délai est nécessaire pour la validation des données par le développement de systèmes de recherche complémentaire d'information. La notion de délai intervient également dans la mise en œuvre d'études de survie en population générale, puisqu'un recul de 5 ans (par rapport à la première année de recueil) est généralement nécessaire.

Dans le même temps, l'outil d'interrogation statistique continue d'être perfectionné. Comme l'enregistrement des cas fonctionne, par définition, selon un modèle continu à l'origine d'ajustements périodiques des données, il oblige à une mise à jour régulière des éditions statistiques. L'application informatique développée au sein du Registre permet désormais aussi bien des interrogations ponctuelles (sur demande) qu'une exploitation systématique sur une ou plusieurs années.

Les rapports annuels du Registre sont disponibles sur le site internet de l'Observatoire Régional de Santé des Pays-de-la-Loire, www.sante-pays-de-la-loire.com à partir de l'onglet « Registre des cancers » (à gauche de l'écran).

L'équipe du Registre espère ainsi tenir ses engagements à l'égard des institutions et organismes qui contribuent à son fonctionnement depuis sa création.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Le Bodic MF, Barreau L. Incidence des cancers en Loire-Atlantique. Année 1998. ARCLA, Octobre 2001.
- 2 Le Bodic MF, Barreau L, Champion L. Incidence des cancers en Loire-Atlantique. Années 1998 - 1999 - 2000. ARCLA, Octobre 2002.
- 3 INSEE. Tableaux de l'économie. Vendée. INSEE Pays de la Loire ed.1997.
- 4 Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales. STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social. Mémento 1998, 1999-2000, 2001, 2002, 2003 et 2005. Pays de la Loire. Nantes.
- 5 Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales. Démographie et santé, rapport, octobre 2003, 53 pages.
- 6 Esteban D, Whelan SL, Laudico A, Parkin DM. Manual for Cancer Registry Personnel. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1995.
- 7 Parkin DM, Chen VW, Ferlay J, Galceran J, Storm HH, Whelan SL. Comparabilité et Contrôle de Qualité dans l'Enregistrement des Cancers. Lyon: Centre International de Recherche sur le Cancer, 1996.
- 8 ADELFI, AEEMA, ADEREST, EPITER. Recommandations. Déontologie et bonnes pratiques en épidémiologie. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 47 [supplément 1] 1999.
- 9 Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies. Oncologie. Seconde édition. Genève : 1992.
- 10 Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies. Oncologie. Troisième édition. Genève : 2000.
- 11 Logiciel IARCtools. International Agency for Research on Cancer, 2000.
- 12 Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies, 10ème révision. Genève : 1992.
- 13 Bouyer J, Hémon D, Cordier S, Derriennic F, Stücker I, Stengel B et al. Epidémiologie. Principes et méthodes quantitatives. INSERM ed. Paris : 1995.
- 14 de Vathaire F, Koscielny S, Rezvani A, Laplanche A, Estève J, Ferlay J. Estimation de l'incidence des cancers en France 1983-1987. INSERM ed. Paris : 1996.
- 15 Viescas J. Microsoft Access 2000 au quotidien. Microsoft Press ed. 1999.
- 16 Hill C, Doyon F, Sancho-Garnier H. Epidémiologie des cancers. Flammarion Médecine-Sciences ed. Paris: 1997.
- 17 Remontet L, Estève J, Bouvier AM, et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1978-2000. Rev Epidemiol Sante Publique 2003;51 :3-30.

18 Observatoire régional de la santé, Registre des cancers Loire-Atlantique/Vendée. Epidémiologie des cancers dans la région et les départements des Pays de la Loire. Incidence et Mortalité 1980-2000. Mars 2005.

ANNEXES

Population mondiale type (O.M.S.), population européenne type et population ligérienne par sexe et classe d'âge de 5 ans au dernier recensement (01/01/1999)

Fiche de déclaration et d'enquête

Catégories de cancers CIM10 et regroupement par appareil

Index des sigles utilisés dans l'ouvrage

POPULATIONS DE REFERENCE ET POPULATION LIGERIENNE AU 01/01/1999

Classe d'âge	Population mondiale (2 sexes)	Population européenne (2 sexes)	Hommes Loire-Atlantique	Répartition hommes (pour 100 000 hommes)	Femmes Loire-Atlantique	Répartition femmes (pour 100 000 femmes)
0-	12 000	8 000	30 608	5 572	29 415	5 027
5-	10 000	7 000	36 743	6 689	35 308	6 034
10-	9 000	7 000	39 088	7 115	37 545	6 416
15-	9 000	7 000	42 123	7 668	40 371	6 899
20-	8 000	7 000	41 801	7 609	40 239	6 877
25-	8 000	7 000	40 567	7 385	40 019	6 839
30-	6 000	7 000	39 799	7 245	40 060	6 846
35-	6 000	7 000	41 311	7 520	41 547	7 100
40-	6 000	7 000	40 785	7 424	41 510	7 094
45-	6 000	7 000	41 197	7 499	42 147	7 203
50-	5 000	7 000	38 320	6 976	38 910	6 650
55-	4 000	6 000	24 042	4 377	25 429	4 346
60-	4 000	5 000	23 865	4 344	26 875	4 593
65-	3 000	4 000	22 574	4 109	27 536	4 706
70-	2 000	3 000	19 188	3 493	26 184	4 475
75-	1 000	2 000	15 486	2 819	23 961	4 095
80-	500	1 000	5 404	984	10 223	1 747
85+	500	1 000	6 442	1 173	17 871	3 054
TOTAL	100 000	100 000	549 343	100 000	585 150	100 000

REGISTRE DES CANCERS DE LOIRE ATLANTIQUE ET DE VENDEE

Plateau des Ecoles, Hôpital St Jacques, 50 rte de St Sébastien - 44093 Nantes Cedex 1 - Tél : 02 40 84 69 81 - Fax : 02 40 84 69 82

PATIENT	PATIENT N° Patient :		
	NOMS :		NOM JF :
	Prénom :	Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Régime AM :
	Date naissance : / /	Commune naiss :	Insee naiss :
	Adresse :	Commune résid :	Insee res :
ATCD autres cancers N° dossiers		Date diag	Topo
Date des dernières nouvelles : / /		Source DDN :	
Etat aux dernières nouvelles : VIVANT <input type="checkbox"/> DCD <input type="checkbox"/>		Cause de décès : cancer <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Nsp	

CANCER	TUMEUR N° Patient :		N° Dossier :		Cert dg	larctool
	Date de diagnostic : / /				Etude	Hors Incidence
	Organe :			ADICAP :		
	Site :			CIMO : C		
	Latéralité : <input type="checkbox"/> D / <input type="checkbox"/> G / <input type="checkbox"/> bilat / <input type="checkbox"/> Nsp			Multifocal : <input type="checkbox"/> oui / <input type="checkbox"/> non / <input type="checkbox"/> Nsp		
	Histologie :			CIMO : M		
	Labo :	N° examen :	Type prélt :	Date prélt :	/	/
	Labo :	N° examen :	Type prélt :	Date prélt :	/	/
	Labo :	N° examen :	Type prélt :	Date prélt :	/	/
	Labo :	N° examen :	Type prélt :	Date prélt :	/	/
Stade :	Taille (mm) :	T N M	Différenciat :	RO :		
	Nb de gg exam :	pT pN pM	Grade :	RP :		
Gg sent <input type="checkbox"/>	Nb de gg + :	Facteur C :	Facteur R :	RB2 :		
Renseignements cliniques						
Base de diagnostic : <input type="checkbox"/> Histologie sur primitif <input type="checkbox"/> Cyto-Hémato <input type="checkbox"/> Examens paracliniques <input type="checkbox"/> Certificat décès seul						
<input type="checkbox"/> Histologie sur méta <input type="checkbox"/> Biologie <input type="checkbox"/> Clinique seule <input type="checkbox"/> Inconnu ou autre						
Circonstances de découverte : <input type="checkbox"/> K d'intervalle <input type="checkbox"/> Symptômes <input type="checkbox"/> Dépistage organisé <input type="checkbox"/> Certificat de décès <input type="checkbox"/> Autre						
<input type="checkbox"/> Date mammo : / / <input type="checkbox"/> Fortuit <input type="checkbox"/> Dépistage individuel <input type="checkbox"/> Autopsie <input type="checkbox"/> Inconnu						
Traitement initial: Date 1^{er} traitement / / <input type="checkbox"/> Ttt néoadjuvant <input type="checkbox"/> Pas ttt ou palliatif						
Type	Ordre	Lieu	Type	Ordre	Lieu	
Chirurgie	___	___	Hormonoth	___	___	
Chimioth	___	___	Curieth	___	___	
Radioth	___	___	Autre	___	___	
Suivi						
<input type="checkbox"/> Récidive	Date :	/ /	<input type="checkbox"/> Métastase	Date :	/ /	
<input type="checkbox"/> Acutisation	Date :	/ /	CIMOM	<input type="checkbox"/> Ganglion <input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> Cerveau <input type="checkbox"/> Poumon <input type="checkbox"/> Autre		

SOURCES	SOURCES DE DECLARATION			Date déclaration ou enquête :	/ /	Nb sources /___/ Nb info/___/
	Identité médecin ou source déclarant :			Enquêteur :		
	Autres médecins : Nom-prénom médecin	spé	O/N/A	Sources de notification (complète)		
				info		

COMMENTAIRES

Dossier saisi le : / / par
 Dossier modifié le : / / par

CATEGORIES DE CANCERS CIM 10 ET REGROUPEMENT PAR APPAREIL

Regroupement par appareil	Catégories de cancers	Code CIM10
Bouche, pharynx	Cavité buccale	C00 à C08
	Pharynx et hypopharynx	C09 à C14
Appareil digestif	Œsophage	C15
	Estomac	C16
	Intestin grêle	C17
	Colon, jonction, rectum	C18 à C21
	Foie et voies biliaires intra hépatiques	C22
	Vésicule et voies biliaires extra hépatiques	C23 à C24
	Pancréas	C25
Appareil respiratoire et thorax	Fosses nasales, oreille moyenne	C30 à C31
	Larynx	C32
	Trachée, bronches, poumons	C33 à C34
	Organes respiratoires ou intrathoraciques	C37 à C39
Os et cartilages articulaires	Os et cartilages articulaires	C40 à C41
Peau	Mélanomes de la peau	C43
	Peau, autres	C44
Tissus mous et conjonctifs	Mésothéliome	C45
	Sarcome de Kaposi	C46
	Péritoine et rétropéritoine	C48
	Tissus conjonctifs et autres tissus mous	C47 ou C49
Sein	Sein	C50
Organes génitaux féminins	Col de l'utérus	C53
	Corps de l'utérus	C54
	Utérus S.A.I.	C55
	Ovaires	C56
	Organes génitaux féminins, autres	C51 ou C52 ou C57
	Tumeur maligne du placenta	C58
Organes génitaux masculins	Prostate	C61
	Testicule	C62
	Organes génitaux masculins, autres	C60 ou C63
Appareil urinaire	Vessie	C67
	Reins et autres voies urinaires	C64 à C66 ou C68
Œil, système nerveux central	Œil	C69
	Méninges, cerveau, moelle	C70 à C72
Glandes endocrines	Thyroïde	C73
	Autres glandes endocrines	C74 ou C75
Hémopathies malignes	Maladie de Hodgkin	C81
	Lymphome non hodgkinien	C82 à C85
	Macroglobulinémie de Waldenström	C88
	Myélome multiple	C90
	Leucémie	C91 à C95
	Tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et apparentés.	C96
Site primitif incertain	Siège secondaire ou primitif incertain	C76 à C80

INDEX DES SIGLES UTILISES DANS L'OUVRAGE

ADICAP	Association pour le Développement de l'Informatique en Cytologie et en Anatomie Pathologique
ARCLA	Association du Registre des Cancers de Loire-Atlantique
AVEC	Association Vendéenne pour l'Epidémiologie du Cancer
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CIM	Classification Internationale des Maladies
CIRC	Centre International de la Recherche sur le Cancer
CME	Commission Médicale d'Établissement
CNR	Comité National des Registres
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
ENCR	European Network of Cancer Registries
FRANCIM	Réseau français des Registres des cancers
IARC	International Agency for Research on Cancer (cf. CIRC)
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Economiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
InVS	Institut de Veille Sanitaire
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MSA	Mutualité Sociale Agricole
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORS	Observatoire Régional de la Santé
STATISS	STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

LES LABORATOIRES D'ANATOMOCYTOPATHOLOGIE DE LOIRE-ATLANTIQUE ET VENDEE

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

Résumé :

Cet ouvrage présente une analyse épidémiologique descriptive de l'ensemble des cas incidents de cancers recueillis par le registre général des cancers de Loire-Atlantique de 2000 à 2003.

La première partie décrit le contexte démographique et sanitaire de la Loire-Atlantique.

La deuxième partie est consacrée à une présentation succincte du fonctionnement du Registre, au mode de collecte de l'information, à son traitement et aux mesures d'incidence retenues pour la présentation des résultats.

La troisième partie regroupe les résultats sous forme de tableaux et de graphiques : données d'ensemble, déclinées par localisation anatomique, classe d'âge et sexe, puis rapportées par échelon géographique et détaillées pour certaines localisations spécifiques. Elle comporte également une comparaison (incidence et mortalité) avec les niveaux régional et national pour les sept cancers les plus fréquents (colon-rectum, poumon, sein, prostate, mélanome de la peau, lymphome malin non hodgkinien, utérus) ainsi que pour les cancers de la sphère ORL.

Mots clés : cancer, épidémiologie, incidence, Loire-Atlantique.

ARCLA

Plateau des écoles
50 route de St Sébastien
44093 NANTES CEDEX 1
Téléphone : 02.40.84.69.81
Télécopie : 02.40.84.69.82
e-mail : mmetais@chu-nantes.fr

site internet : http://www.sante-pays-de-la-loire.com/Registre_des_cancers.161.0.html