Épidémiologie du cancer

Vendée

2016-2018

Registre des cancers
Loire-Atlantique et Vendée

Association epidémiologie des cancers en pays de la loire

Table des matières

Introduction **5**

1 Présentation du registre des cancers de Loire-Atlantique et Vendée **7**

2 Données démographiques et sanitaires **11**

3 Matériel et méthodes **13**

4 Ensemble des cancers **19**

5 Lèvre, cavité buccale et pharynx **37**

6 Appareil digestif **41**

7 Appareil respiratoire **59**

8 Cancers cutanés **67**

9 Sein **71**

10 Organes génitaux féminins **75**

11 Organes génitaux masculins **79**

12 Appareil urinaire **83**

13 Système nerveux central **89**

14 Thyroïde **93**

15 Hémopathies malignes - Lymphome de Hodgkin classique **97**

16 Hémopathies malignes - Lymphomes non hodgkiniens **101**

17 Hémopathies malignes - Leucémie aiguë myéloïde **113**

Annexes **117**

Introduction

L'objectif de ce document est de décrire l'épidémiologie du cancer dans le département de Vendée de 2016 à 2018, à partir des données d'incidence du registre des cancers de Loire-Atlantique et Vendée (EPIC-PL).

Les **chapitres 1 et 2** présentent succinctement le registre des cancers de Loire-Atlantique et Vendée puis rappellent brièvement le contexte démographique et sanitaire de la Vendée. Le **chapitre 3** présente les méthodes qui ont permis d'obtenir les résultats présentés dans ce document. Une définition des indicateurs utilisés est donnée pour faciliter la lecture de ces résultats.

L'épidémiologie du cancer en Vendée est décrite, dans un premier temps pour l'ensemble des cancers (**chapitre 4**), puis dans un second temps pour chaque localisation (**chapitres 5 à 17**). Chaque chapitre présente d'abord une vision transversale des indicateurs d'incidence et de mortalité sur la période étudiée, puis leur évolution depuis 1998. La **synthèse globale** des résultats est également présentée dans le **chapitre 4**.

Ce rapport est consultable et téléchargeable sur le site Internet du registre [1].

1. www.registre-cancers-44-85.fr

Chapitre 1

Présentation du registre des cancers de Loire-Atlantique et Vendée

Présentation

L'association de loi 1901, dénommée ***"Epidémiologie des Cancers en Pays de la Loire (EPIC - PL)"***, a été fondée le 27 janvier 2000 pour fédérer les deux registres généraux des cancers de Loire-Atlantique (ARCLA) et de Vendée (AVEC).
L'équipe du registre est composée de 15 à 20 personnes : techniciens de saisie, chargés d'enquêtes, biostatisticiens, épidémiologistes et médecins répartis sur 2 sites (CHU de Nantes et CHD Vendée). La composition de l'équipe et des membres du Bureau et du Conseil d'Administration est décrite en annexe (cf p.134).

Ce **registre bi-départemental** a l'originalité de couvrir une population importante (**plus de 2 millions d'habitants** selon l'estimation 2017 de l'INSEE), représentant 3% de la population française, alors que l'ensemble des registres français en couvrent 25%.

En 2020, le registre a obtenu un avis favorable pour contribuer sur la période 2021-2025 au dispositif national de surveillance des cancers, le *Comité d'Evaluation des Registres (CER)* le notant A sur une échelle de A à D. Il dispose également d'un avis favorable du *Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS)* et est autorisé par la *Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)* à recevoir des informations nominatives d'ordre médical (autorisation CNIL N° 900234 du 22/11/2000).

Par ailleurs, le registre appartient au **réseau des registres français du cancer (*FRANCIM*)** qui regroupe l'ensemble des registres français généraux et spécialisés du cancer. Les registres généraux couvrent 18 départements en France métropolitaine (Calvados, Charente, Charente-Maritime, Doubs, Gironde, Hérault, Isère, Loire-Atlantique, Manche, Bas-Rhin, Haut-Rhin, Deux-Sèvres, Somme, Tarn, Vendée, Vienne, Haute-Vienne, Territoire de Belfort) ainsi que Lille et sa zone de proximité et 5 registres outre-marins (Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion et Nouvelle Calédonie). Des registres spécialisés (départementaux et nationaux) viennent compléter ce réseau. Le réseau FRANCIM est à l'origine des estimations d'incidence de cancer produites aux niveaux national, régional, départemental (mises à disposition sur les sites de Santé publique France [1] et de l'INCa [2]) et infra départemental.

Mission principale

La première mission du registre des cancers est de **recenser** et recueillir **de façon permanente et exhaustive** l'information sur **tous les nouveaux cancers diagnostiqués depuis 1998** chez les personnes **résidant en Loire-Atlantique ou en Vendée** au moment du diagnostic (17 000 nouveaux cas par an).

Activité

L'activité du registre est globalement identique en Loire-Atlantique et en Vendée et peut se décliner en deux volets :
- l'**enregistrement en routine** des cancers incidents, permettant la production régulière d'indicateurs de fréquence des cancers (activité décrite dans le chapitre 3 *Matériel et méthodes*),
- la **réalisation d'études** complémentaires spécifiques sur certains cancers.

Pour son activité de recherche, le registre des cancers développe des **partenariats scientifiques** avec d'autres organismes.

Au niveau local :
- Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire (*ARS*),
- Antenne Régionale de Santé publique France (anciennement Cellule inter-régionale d'épidémiologie Pays de la Loire),
- Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire (*ORS*),
- Conseil Régional des Pays de la Loire,
- Pôle Santé Publique, Santé au travail, Pharmacie et Stérilisation du CHU de Nantes (*PHU11*),
- Centre Hospitalier Départemental de Vendée,

1. www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers
2. www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Incidence-et-mortalite-des-cancers

— Institut de Cancérologie de l'Ouest (*ICO*),
— Centre Régional de Coordination de Dépistage des Cancers des Pays de la Loire (*CRCDC*),
— Réseau Regional de Cancérologie des Pays de la Loire (*ONCOPL*),
— Cancéropole Grand Ouest (axe SHS),
— Pôle Fédératif des Soins Primaires,
— Comités départementaux 44 et 85 de la Ligue contre le cancer,
— Direction Santé Publique de la Ville de Nantes,
— Equipes pluridisciplinaires du Site de Recherche Intégrée sur la Cancer sur Nantes-Angers (*SIRIC ILIAD*), notamment équipe ESTER (UMR 1085-IRSET) et unité SPHERE (UMR INSERM 1246).

Au niveau national :
— Registres des cancers français (*FRANCIM*),
— Hospices Civils de Lyon (*HCL*),
— Santé publique France,
— Institut National du Cancer (*INCa*),
— Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (*INSERM*), en particulier équipe EQUITY (Embodiment, social ineQualities, lifecoUrse epidemiology, cancer and chronIc diseases, intervenTions, methodologY - Equipe constitutive de l'UMR 1027, unité mixte INSERM-Université Paul Sabatier, Toulouse) et équipe ANTICIPE (axe Cancers et Préventions, unité INSERM U1086, Caen),
— Institut Fédératif d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société (*IFERISS*) à travers le programme Apprendre et Agir pour Réduire les Inégalités Sociales de Santé (*AAPRISS*).

Au niveau international :
— European Network of Cancer Registries (*ENCR*),
— Groupe des Registres de Langue Latine (*GRELL*),
— Centre International de Recherche sur le Cancer (*CIRC*).

Chapitre 2

Données démographiques et sanitaires

2.1 Population

Au 1er janvier 2017, l'effectif de la population vendéenne était estimé à 675 247 habitants. La moyenne d'âge des habitants de Vendée est relativement élevée, l'afflux migratoire de retraités accentuant le vieillissement de la population.

L'**indice de vieillissement** (nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans), égal à 110.2% en Vendée, était plus élevé qu'en Pays de la Loire (86.7%). L'indice de vieillissement, marqué par de fortes disparités géographiques, est élevé surtout dans le littoral ouest et le sud de la Vendée.

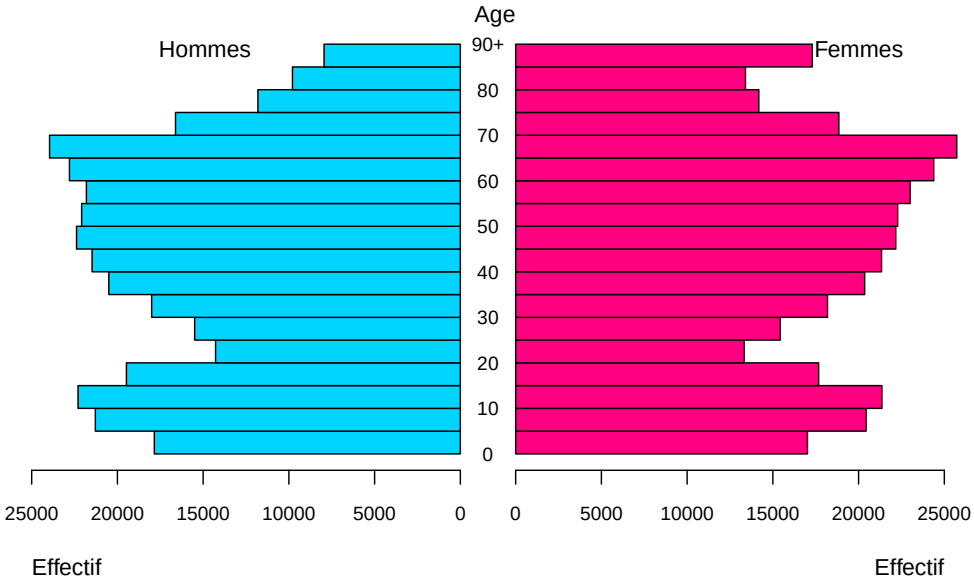

FIGURE 2.1 – Pyramide des âges en Vendée pendant la période étudiée (2016-2018)

2.2 Couverture sanitaire

Démographie médicale

Au 1er janvier 2020, 1 501 médecins exerçaient en Vendée, dont 762 médecins généralistes (486 en secteur libéral ou mixte) et 739 médecins spécialistes (391 en secteur libéral ou mixte).
La densité de médecins généralistes libéraux ou mixte en Vendée (71 pour 100 000 habitants) était inférieure à celle de la région (83/100 000 habitants) et plus particulièrement pour les médecins spécialistes libéraux ou mixte (57 vs 70/100 000 habitants).

Etablissements de santé

Au 1er janvier 2019, la Vendée comptait 12 établissements de soins publics (11 centres hospitaliers (dont les anciens hôpitaux locaux) et 1 centre hospitalier spécialisé en psychiatrie) et 16 établissements de soins privés.

Les données présentées dans ce chapitre sont issues du fichier STATISS 2020 Pays de la Loire [1].

1. www.scoresante.org/tab_*statiss.aspx*

Chapitre 3

Matériel et méthodes

3.1 Recueil de l'information

Définition d'un cas

L'objectif du recueil réalisé par le registre des cancers est de **recenser, depuis le 1er janvier 1998, tout nouveau cas de cancer survenu chez une personne résidant en Vendée au moment du diagnostic**, quels que soient la localisation du cancer et le lieu de son diagnostic.

Le recensement ne concerne pas les tumeurs malignes diagnostiquées en Vendée chez des patients non domiciliés dans le département. Il ne prend en compte ni les métastases, ni les extensions, ni les récidives de tumeurs malignes déjà enregistrées ou dont la date du diagnostic initial est antérieure à 1998.

Ces **règles d'enregistrement**, définies par le **Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC)**, permettent de confronter les données obtenues entre registres français du réseau FRANCIM, mais aussi de se comparer aux registres étrangers.

Sources de données

Afin d'atteindre un enregistrement le plus exhaustif possible, le registre des cancers a mis en place un **réseau de déclarants** dès mai 1997 (cf p.137).

Les **sources de notification** des cas incidents de cancer sont **multiples** en Vendée, dans les départements limitrophes (Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Deux-Sèvres, Charente-Maritime) et en région parisienne :
- laboratoires d'anatomie et cytologie pathologiques et de cyto-hématologie,
- médecins libéraux, généralistes et spécialistes,
- praticiens des établissements de santé publics ou privés,
- médecins des Départements d'Information Médicale (DIM) des établissements de santé,
- régime général de l'Assurance Maladie, régime agricole (MSA) et régime des militaires (CNMSS),
- Réseau Régional de Cancérologie (ONCOPL),
- Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC).

Le traitement et le croisement des informations collectées permettent d'identifier les cas de cancers potentiels. La multiplicité des sources pour un même cas représentent l'une des conditions de validité des informations collectées.

L'ensemble des déclarations pour un même cancer fait l'objet d'une synthèse. En cas de discordance entre les sources de données ou si certains items obligatoires ne peuvent être remplis de façon satistfaisante à partir des déclarations, des compléments d'information sont recherchés en enquête afin de confirmer/infirmer ou compléter un diagnostic. Les chargés d'enquête du registre se déplacent, avec l'accord des médecins, dans les établissements de soins afin de consulter les dossiers cliniques ou ils sollicitent directement les médecins des patients.

Le support du recueil des informations est une **fiche de déclaration standardisée** (*cf fac-similé p.126*) organisée en trois parties :
- **l'identité et l'adresse du patient** : ces informations sont utilisées pour croiser les données issues de sources différentes et éliminer les doublons,
- **items médicaux** : utilisés pour l'analyse, la vérification et le suivi des cas,
- **sources d'information** : les médecins ou structures ayant notifiés le cas et les éventuelles sources médicales complémentaires.

Information du patient

Le **Réglement Général sur la Protection des Données (RGPD)** impose une information concise, transparente, compréhensible et aisément accessible des personnes concernées. Cette obligation de transparence est définie aux articles 12, 13 et 14 du RGPD.

Traitant des données de santé à caractère personnel, les registres sont encadrés par le RGPD, la loi informatique et libertés modifiée autorisant les professsionnels de santé à transmettre les données à caractère personnel qu'ils détiennent aux personnes nommément dûment habilitées et astreintes au secret professionnel au sein des registres des cancers.

La délibération n°03-053 du 27 novembre 2003 (portant adoption d'une recommandation relative au traitement de données à caractère personnel mis en œuvre par les registres du cancer) rappelle que la transmission de données ne nécessite pas le recueil du consentement écrit du patient, mais l'**obligation d'une information individuelle et personnalisée**. Cette information, délivrée avant le début du traitement des données, porte **sur la nature des informations transmises, la finalité du traitement des données, les personnes physiques ou morales destinataires des données et les modalités d'exercice du droit d'accès, de rectification, d'opposition et de limitation du traitement**. Elle précise également les garanties devant être prises pour assurer la *confidentialité* et les *mesures de sécurité physqiues et logiques* à adopter.

Afin de faciliter cette information, le registre met à la disposition des médecins une note d'information rédigée à l'intention des patients (cf p.131, aussi disponible sur le site Internet ou sur demande au registre).

La *CNIL* estime que **seuls les médecins, en contact direct avec les patients qu'ils prennent en charge pour un cancer, sont en mesure d'informer individuellement chaque patient, en conscience et au moment qu'ils estimeront le plus opportun**, que sa pathologie fait l'objet d'un enregistrement systématique et qu'il peut exercer ses droits. L'annonce d'un diagnostic de cancer constituant pour le patient un traumatisme grave, il appartient en effet au médecin de délivrer, dans l'intérêt du malade, une information adaptée et personnalisée tenant compte de son état psychologique.

En appui à l'information orale délivrée par le médecin, la **note d'information à destination des patients** proposée par le registre peut être affichée dans les différents lieux de soins, salles d'attente, salles de consultation, espace de rencontre et d'information des patients et figurer dans le livret d'accueil remis lors de l'hospitalisation.

Références :

- *Réglement Général sur la Protection des Données (RGPD), réglement européen 2016/679 adopté le 27 avril 2016*
- *Loi 78/17 du 6 janvier 1978 (loi informatique et libertés) modifiée*
- *Délibération n°03-053 du 27 novembre 2003 portant adoption d'une recommandation relative au traitement de données à caractère personnel mis en œuvre par les registres du cancer.*

3.2 Traitement de l'information

Confidentialité des données

Chaque membre du personnel du registre des cancers s'engage, en signant une **charte de confidentialité**, à respecter la confidentialité des informations auxquelles il a accès.

La confidentialité des données est également garantie par l'application de **procédures de sécurité** dans les deux sites géographiques du registre. L'accès aux locaux est verrouillé et surveillé par le personnel de surveillance des établissements d'accueil du registre (CHU de Nantes et CHD Vendée). L'accès aux ordinateurs et à l'application spécifique du registre requiert l'utilisation de mots de passe qui sont régulièrement renouvelés. La sauvegarde des données respecte les règles de sécurité recommandées par la CNIL.

Codage des données

Avant leur exploitation statistique, les données médicales sont codées selon des règles communes aux autres registres du cancer : la **topographie** et l'**histologie** des cancers sont codées selon la **Classification Internationale des Maladies pour l'Oncologie (CIMO)** : dans sa deuxième version (CIMO2) pour les diagnostics antérieurs au 01/01/2002, dans sa troisième version (CIMO3) pour les diagnostics postérieurs.

Le codage des données respecte les règles et préconisations définies par :
- le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC),
- le Réseau européen des registres du cancer (*European Network of Cancer Registries*, ENCR)
- le Réseau français des registres du cancer (FRANCIM).

Enregistrement et analyse statistique des données

Afin de rester comparables aux données nationales, seuls les **cancers invasifs** ont été inclus dans ce rapport pour calculer l'**incidence**. Les tumeurs de la peau hors mélanomes ont également été exclues.

Les **estimations nationales 2017**[1,2] ont été retenues pour comparer l'incidence et la mortalité par cancer en Vendée par rapport à la moyenne française (à l'exception de la prostate, localisation pour laquelle les estimations nationales correspondent à l'année 2015).

3.3 Indicateurs retenus

La présentation des résultats s'appuie sur les classifications utilisées par le réseau FRANCIM :
- pour l'**incidence**, il s'agit de regroupements issus de la 3e version de la Classification Internationale des Maladies pour l'Oncologie (CIMO3),
- pour la **mortalité**, il s'agit de regroupements issus de la 9e version de la Classification Internationale des Maladies (CIM9) pour les années 1998-1999 et la 10e version (CIM10) pour les années 2000 à 2016.

Une correspondance entre les deux classifications a été définie par un groupe d'experts au niveau national (cf p.128). Aucune correspondance n'a pu être définie pour les groupes d'hémopathies malignes.

Les indicateurs utilisés dans ce rapport sont définis dans un glossaire en annexes (cf p.118). Parmi ces indicateurs, les *taux pour 100 000 habitants-an (ou 100 000 personnes-années)* désignent un **taux moyen annuel**. Le dénominateur correspond à l'effectif estimé de la population vendéenne sur la période étudiée (estimations locales de population calculées par FRANCIM). Il s'agit de l'effectif de la population exposée au risque de développer un cancer sur l'année.

Afin de comparer nos résultats d'incidence aux données produites par FRANCIM, l'âge est défini dans ce rapport comme l'âge révolu au moment du diagnostic. Les poids utilisés habituellement lors de la standardisation des taux par âge selon la population mondiale, sont ceux utilisés par le Centre International de Recherche contre le Cancer (cf p.130).

Indicateurs d'incidence

Les indicateurs d'incidence présentés dans ce rapport, correspondant aux données observées en Vendée, sont :
- l'**incidence** *Cas*, nombre moyen de nouveaux cas apparus en Vendée sur la période 2016-2018, exprimée en effectifs,
- le **taux d'incidence brut** *TIb*, rapport du nombre de nouveaux cas sur l'effectif de la population exposée pendant la même période, exprimé en effectif pour 100 000 personnes-années, permettant d'estimer le poids du cancer en Vendée,
- le **taux d'incidence standardisé sur l'âge** *TIs*, incidence qu'on observerait en Vendée si elle avait la même structure d'âge que la population de référence (ici la population mondiale) exprimé en effectif pour 100 000 personnes-années, utilisé pour des comparaisons entre départements,
- le **taux d'incidence cumulé**, calculé à 65 ans *TIc64* et à 75 ans *TIc74*,
- la **fréquence relative** *FreqRel*, proportion du nombre de cas du cancer étudié par rapport à l'ensemble de tous les cancers,
- le **ratio standardisé d'incidence** *SIR*, utilisé pour comparer le taux d'incidence standardisé observé en Vendée au taux d'incidence standardisé estimé en France (estimations FRANCIM pour l'année 2017, sauf pour la prostate : estimation 2015).
  Le SIR doit être interprété par rapport à la valeur 100 :
  - le SIR prend la valeur 100 en cas d'égalité entre le nombre de cas incidents observés en Vendée et le nombre de cas incidents estimés au niveau national,
  - une valeur inférieure à 100 en cas de sous-incidence en Vendée par rapport au niveau national,
  - ou une valeur supérieure à 100 en cas de sur-incidence en Vendée par rapport au niveau national.

1. Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Colonna M, Dantony E, et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Volume 1 - Tumeurs solides. Saint-Maurice (Fra) : Santé publique France, 2019. 372p.
2. Le Guyader-Peyrou S, Defossez G, Dantony E, Mounier M, Cornet E, Uhry Z, et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Volume 2 - Hémopathies malignes. Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Saint-Maurice (Fra) : Santé publique France, 2019. 169p.

Lorsque le SIR peut être considéré significativement différent de 100 (significativement inférieur ou supérieur à 100) d'un point de vue statistique, une étoile (*) est apposée à sa valeur.

Indicateurs de mortalité

Les données de mortalité par cancer de 1998 à 2016 proviennent du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CepiDc) de l'INSERM. **Pour la période 2016-2018, nous n'avons donc à notre disposition que les données 2016 de mortalité observée en Vendée**.

Les indicateurs de mortalité présentés dans ce rapport sont :
- la **mortalité** *Cas*, nombre de nouveaux décès observés en Vendée en 2016, exprimée en effectifs,
- le **taux de mortalité brut** *TMb*, exprimé en effectif pour 100 000 personnes-années, permettant d'estimer le poids des décès par cancer en Vendée,
- le **taux de mortalité standardisé** *TMs* (la population de référence étant la population mondiale) exprimé en effectif pour 100 000 personnes-années, utilisé pour des comparaisons entre départements,

- le **ratio standardisé de mortalité** *SMR*, utilisé pour comparer le taux de mortalité standardisé observé en Vendée au taux de mortalité standardisé estimé en France (estimations FRANCIM pour l'année 2017, sauf pour la prostate estimation 2015).
  Il n'existe pas d'estimation nationale de mortalité pour les hémopathies malignes et pour certaines tumeurs solides (les cancers de l'intestin grêle, des vésicule et voies biliaires, des fosses nasales, sinus et oreilles, de la vulve, du vagin, du pénis, les mélanomes de l'uvée, les sarcomes).

3.4 Présentation des résultats

Les résultats sont structurés en chapitres correspondant à des localisations cancéreuses différentes, dont la classification est présentée en annexes (cf p.128).

Le **chapitre 4** décrit l'**épidémiologie de l'ensemble de la maladie cancéreuse** en Vendée (toutes localisations confondues). Il comporte :
- une synthèse des résultats sur la période étudiée (2016-2018),
- une double page *Ensemble des cancers* avec les indicateurs transversaux d'incidence et de mortalité sur la période étudiée ainsi qu'une comparaison aux estimations nationales, les taux spécifiques par classe d'âge, l'évolution observée depuis 1998,
- les données d'incidence détaillées par localisation cancéreuse pour l'ensemble des deux sexes puis séparément pour chaque sexe,
- une représentation graphique de l'importance des principales localisations cancéreuses par sexe et par grand groupe d'âge,
- une comparaison avec l'incidence nationale pour chaque localisation,
- une comparaison avec la mortalité nationale pour la majorité des tumeurs solides.

Dans les **chapitres 5 à 17**, les résultats sont présentés de la même manière **pour chaque localisation cancéreuse** et comportent :
- une description transversale des données d'incidence (et de mortalité, si disponible) sur la période étudiée (2016-2018), ainsi qu'une comparaison avec les estimations nationales,
- les taux spécifiques par classe d'âge,
- l'évolution des indicateurs d'incidence (et de mortalité, si disponible) depuis 1998.

Remarque : **les résultats des localisations correspondant à de faibles effectifs peuvent être soumis à une grande variabilité (géographique et temporelle) et doivent, pour cette raison, être interprétés avec prudence. Dans certains cas (notamment pour certaines hémopathies malignes), le chapitre correspondant à ces localisations a été omis.**

Chapitre 4

Ensemble des cancers

4.1 Synthèse sur la période 2016-2018

En moyenne chaque année, 4837 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués en Vendée au cours de la période 2016-2018 : 4258 tumeurs solides et 578 hémopathies malignes.

Un risque de cancer plus élevé en Vendée qu'en France chez les hommes

Le taux d'**incidence** standardisé observé en Vendée pour l'ensemble des cancers était proche de l'estimation nationale chez les femmes (274 *vs* 272/100 000 en France) mais supérieur chez les hommes (373 *vs* 335/100 000 en France).

Le taux de **mortalité** standardisé observé en Vendée pour l'ensemble des cancers était proche de l'estimation nationale chez les femmes (69 *vs* 73/100 000 en France). Chez les hommes, il était supérieur à l'estimation nationale (145 *vs* 126/100 000 en France).

Des tumeurs plus fréquentes chez les hommes

En Vendée, les **tumeurs** étaient plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes, que ce soit en effectif (nombre moyen de cas incidents : 2805 vs 2031, sexe-ratio égal à 1.4) ou en taux d'incidence standardisé (373 vs 274 pour 100 000, sexe-ratio de 1.4).

Cette sur-représentativité des tumeurs chez les hommes est communément retrouvée dans les statistiques nationales. Les dernières données publiées par le réseau FRANCIM, sur les taux d'incidence de 2017, décrivaient un sexe-ratio de 1.2.

En Vendée, les **décès par cancer** sont survenus plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes, que ce soit en effectif (nombre de décès moyen : 1267 vs 777, sexe-ratio égal à 1.6) ou en taux de mortalité standardisé (145 vs 69 pour 100 000, sexe-ratio égal à 2.1).

Les dernières données publiées par le réseau FRANCIM, sur les taux de mortalité de 2017, décrivaient un sexe-ratio égal à 1.7.

Les cancers les plus fréquents

Chez les femmes résidant en Vendée, les cancers les plus fréquents étaient, par ordre décroissant (cf p.29) :
- **le cancer du sein (633 cas)**,
- **le cancer colorectal (246 cas)**,
- ***les lymphomes non hodgkiniens (164 cas)***,
- **le cancer du poumon (156 cas)**,
- **le cancer du corps de l'utérus (86 cas)**,
- **le cancer de la thyroïde (80 cas)**.

Chez les hommes résidant en Vendée, les cancers les plus fréquents étaient, par ordre décroissant (cf p.31) :
- **le cancer de la prostate (736 cas)**,
- **le cancer du poumon (352 cas)**,
- **le cancer colorectal (340 cas)**,
- ***les lymphomes non hodgkiniens (239 cas)***,
- **le cancer du foie (150 cas)**,
- **le cancer de la vessie (126 cas)**.

En France, d'après les dernières données publiées par le réseau FRANCIM sur l'incidence nationale de 2017, les **cancers les plus fréquents** étaient, en comparaison :

— le cancer du sein, le cancer colorectal, le cancer du poumon, *les lymphomes non hodgkiniens*, le cancer du corps de l'utérus et le cancer de la thyroïde chez les femmes,

— le cancer de la prostate, le cancer du poumon, le cancer colorectal, *les lymphomes non hodgkiniens*, le cancer de la vessie et les cancers Lèvre-Cavité buccale-Pharynx chez les hommes (le cancer du foie étant seulement le 8e cancer le plus fréquent au niveau national).

Des cancers variables selon l'âge au diagnostic

En Vendée, l'**âge moyen** de survenue d'un cancer était de **68 ans** (69 ans chez les hommes, 67 ans chez les femmes). Les sujets âgés de 75 ans et plus représentaient 33% des cas de cancers diagnostiqués chaque année (31.6% chez les hommes et 34.0% chez les femmes).

En comparaison, en France (selon les dernières données de FRANCIM), l'âge moyen au diagnostic était de 68 ans chez les hommes et de 66 ans chez les femmes. Un peu moins d'un tiers de cancers étaient diagnostiqués chez des sujets de 75 ans et plus (30.9% chez les hommes et 31.4% chez les femmes).

En Vendée,

— chez les femmes, le cancer le plus fréquent était le cancer du sein chez les sujets de 15 ans et plus

— chez les hommes, le cancer le plus fréquent était le cancer du testicule chez les sujets de 15-44 ans et le cancer de la prostate chez les sujets de 45 ans et plus

— **chez les enfants (<15 ans)**, pour lesquels en moyenne 14 cancers par an sont diagnostiqués, la leucémie lymphoblastique représente le cancer le plus fréquent. L'ensemble des données nationales d'incidence des enfants sont consultables sur le site du Registre National des cancers de l'Enfant (*RNCE*) [1].

Une incidence plus élevée en Vendée qu'en France

Pour certaines localisations cancéreuses, le taux d'incidence standardisé observé en Vendée apparaissait plus élevé que l'estimation nationale :

Chez les femmes :

— **le lymphome de Hogkin** (5.6 *vs* 2.7/100 000 en France).

Chez les hommes :

— **le cancer du foie** (18.8 *vs* 12.5/100 000 en France),

— ***les lymphomes non hogkiniens*** (32.6 *vs* 25.4/100 000 en France),

— **le cancer colorectal** (42.2 *vs* 34.5/100 000 en France),

— **le cancer de la prostate** (91 *vs* 81.5/100 000 en France).

Une incidence moins élevée en Vendée qu'en France

Pour certaines localisations cancéreuses, le taux d'incidence standardisé observé en Vendée apparaissait moins élevé que l'estimation nationale :

Chez les hommes :

— les syndromes myélodysplasiques (1.8 *vs* 3.4/100 000 en France),

— le mélanome cutané (10.5 *vs* 13.7/100 000 en France).

La comparaison de l'incidence départementale avec l'incidence nationale doit toutefois être étudiée finement pour chaque localisation. En effet, les données départementales correspondent aux années de diagnostic 2016-2018 alors que les données nationales portent sur l'année de diagnostic 2017 (à l'exception du cancer de la prostate - estimation 2015). Selon les localisations, l'écart entre les données départementales et nationales peut refléter en partie les évolutions à la hausse ou à la baisse de l'incidence.

1. rnce.inserm.fr/

Une mortalité plus élevée en Vendée qu'en France

Pour certaines localisations cancéreuses, le taux de mortalité standardisé observé en Vendée apparaissait plus élevé que l'estimation nationale :

Chez les hommes :
- **les cancers des Lèvre-Cavité buccale-Pharynx** (7.8 *vs* 5/100 000 en France),
- **le cancer du foie** (14.2 *vs* 9.1/100 000 en France),
- **le cancer du rein et des voies urinaires** (7.1 *vs* 5/100 000 en France).

Une mortalité moins élevée en Vendée qu'en France

Pour certaines localisations cancéreuses, le taux de mortalité standardisé observé en Vendée apparaissait moins élevé que l'estimation nationale :

Chez les femmes :
- le cancer du corps utérin (1.1 *vs* 2.3/100 000 en France),
- le cancer du poumon (11.3 *vs* 13.6/100 000 en France).

Chez les hommes :
- les cancers du système nerveux central (2.8 *vs* 4.2/100 000 en France).

De la même façon que pour l'incidence, la comparaison de la mortalité départementale avec la mortalité nationale doit être étudiée finement pour chaque localisation (en raison du décalage entre les années de diagnostic). Par ailleurs, il n'existe pas d'estimation nationale de mortalité pour toutes les localisations cancéreuses.

Les tendances pour l'ensemble des cancers

En France,
Alors que le taux d'incidence des cancers a globalement augmenté au cours des trente dernières années, on observe sur la période récente 2010-2018, une baisse de l'incidence chez l'homme et un ralentissement de la hausse de l'incidence chez la femme. En revanche, le nombre de cancers nouvellement diagnostiqués ne cesse de croitre en raison de l'augmentation et du vieillissement de la population.
Ces tendances de l'incidence chez l'homme s'expliquent par l'évolution particulière de l'incidence des cancers de la prostate en lien avec les modifications de pratique de dépistage par le dosage du PSA. Chez la femme, ces tendances sont liées essentiellement à l'augmentation de l'incidence du cancer du poumon et à un moindre degré à la poursuite de la hausse d'incidence du cancer du sein.
Parallèlement le taux de mortalité a diminué progressivement depuis le début des années 1990, et de façon plus prononcée chez l'homme.

En Vendée,
Le taux d'incidence global des cancers semble suivre la même tendance qu'au niveau national :
- Chez les femmes, on observe une augmentation progressive du taux d'incidence de 228.5 à 269.8/100 000 entre 1998 et 2018, avec une stabilisation sur la période la plus récente 2010-2018. Le taux de mortalité a diminué sur l'ensemble de la période mais s'est stabilisé depuis 2006.
- Chez les hommes, après une forte augmentation jusqu'en 2007, on observe une nette diminution du taux d'incidence (de 411.7 à 364.4/100 000 entre 2007 et 2018). Le taux de mortalité a diminué fortement sur l'ensemble de la période (de 208.6 à 142.4/100 000 entre 1998 et 2018) et s'est stabilisé depuis 2011.

Des évolutions contrastées selon les localisations de cancers

Une **augmentation de l'incidence** pour :
- le cancer du **pancréas**,
- le cancer du **rein chez l'homme**,
- le cancer du **foie chez l'homme**,
- le cancer du **poumon chez la femme**,
- les cancers des **Lèvre-Cavité buccale-Pharynx chez la femme**.

Une **augmentation suivie d'une baisse ou d'une stabilisation de l'incidence** pour :
— le cancer de la prostate, en baisse depuis 2007,
— le cancer de la thyroïde chez la femme, en baisse depuis 2009,
— le cancer du poumon chez l'homme, avec une incidence stable depuis 2007.

Une **diminution progressive de l'incidence** pour :
— les cancers des Lèvre-Cavité buccale-Pharynx chez l'homme,
— les cancers du larynx chez l'homme,
— les cancers de l'estomac chez l'homme.

Concernant les **hémopathies malignes**, en raison des faibles effectifs, aucune tendance nette n'est observée pour l'ensemble des entités (détaillées ou non dans les chapitres 15-17). Aucune tendance claire n'est également observée pour l'ensemble des lymphomes non hodgkiniens. Des changements de définition ou de classification sur la période étudiée pour certaines entités imposent de rester prudent sur l'interprétation des tendances de l'incidence.

Conclusion

Persistance d'une **surincidence** en Vendée pour :
— **certains cancers liés à l'alcool (foie) chez l'homme**. Cette surincidence, de l'ordre de 50%, associée à une surmortalité est probablement liée à une consommation d'alcool plus importante dans la région par rapport au reste de la France. L'incidence du cancer du foie ne baisse pas dans le temps, ce qui nécessite de renforcer les actions de prévention primaire concernant les méfaits de l'alcool.
— le cancer colorectal chez l'homme, qui présente une surincidence, de l'ordre de 20%, stable dans le temps, possiblement en lien avec le dépistage organisé pour lequel la participation est parmi les plus élevées de France.
— les lymphomes non hodgkiniens chez l'homme, sans explication étiologique à ce jour. L'étiologie des LNH est multifactorielle (facteurs infectieux, immunologiques, génétiques/familiaux et environnementaux). L'hétérogénéité des différentes entités de LNH et la méconnaissance de la part attribuable à chaque facteur connu ou suspecté, rendent l'interprétation des résultats particulièrement complexe.

Des **évolutions défavorables préoccupantes** en Vendée, similaires à celles observées au niveau national, pour :
— **le cancer du poumon chez la femme** lié à l'augmentation du tabagisme. L'incidence de ce cancer reste inférieure à la moyenne française mais est en nette augmentation en Vendée (de près de 4% par an). Parallèlement à cette évolution, l'incidence d'autres cancers liés au tabac (Lèvre-Cavité buccale-Pharynx) est en hausse chez la femme.
— le cancer du pancréas chez l'homme et la femme, tout comme au niveau national, sans facteur de risque clairement identifié.
— le cancer du rein chez l'homme. Au niveau national, une augmentation de l'incidence est également observée sans augmentation de la mortalité et pourrait s'expliquer par une augmentation des diagnostics précoces (liés aux progrès de l'imagerie) mais aussi par une modification des facteurs de risques (obésité, tabagisme, hypertension artérielle).

Des **situations plus favorables** en Vendée pour :
— le cancer de la thyroïde dont le taux d'incidence est en baisse depuis 2009. Au niveau national, l'incidence de ce cancer augmente fortement depuis 1990, même si l'augmentation est plus faible sur le période 2010-2018. Ces disparités de tendances sont majoritairement attribuées à l'évolution des pratiques médicales et l'amélioration des techniques diagnostiques.
— certains cancers liés au tabac (poumon, Lèvre-Cavité buccale-Pharynx, larynx) chez l'homme. Cependant, l'incidence du cancer du poumon reste stable depuis 2007, nécessitant de poursuivre les actions de lutte contre le tabagisme.

4.2 Ensemble des cancers

En moyenne chaque année, **4837 nouveaux cas de cancer** ont été diagnostiqués au cours de la période 2016-2018. Le taux d'incidence standardisé était supérieur à l'estimation nationale chez les hommes (373/100 000).

Incidence et mortalité (2016-2018)

Table 4.1 – Incidence et mortalité (moyenne annuelle sur la période)

	Femmes					Hommes				
	Cas	Tb [a]	Ts [b]	TsFr [c]	RS [d]	Cas	Tb	Ts	TsFr	RS
Incidence	2031	586.4	273.6	272	100.5	2805	850.4	373.3	334.8	112.3*
Mortalité	777	224.3	69.1	72.8	96.3	1267	384.1	145.2	126.3	113.8*

a. Taux départemental brut
b. Taux départemental standardisé sur la population mondiale
c. Taux national standardisé sur la population mondiale (estimation 2017)
d. Ratio standardisé par rapport à la France (si *, ratio significatif). Ratio non calculable si faibles effectifs.

Effectifs et taux spécifiques par classe d'âge (2016-2018)

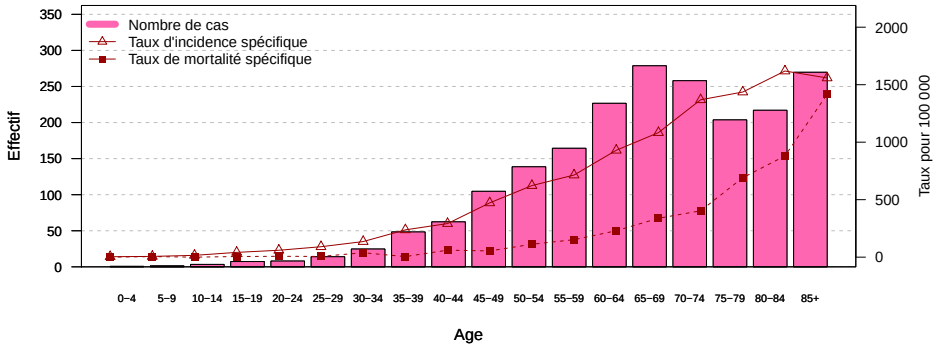

Figure 4.1 – Femmes : Incidence et mortalité par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

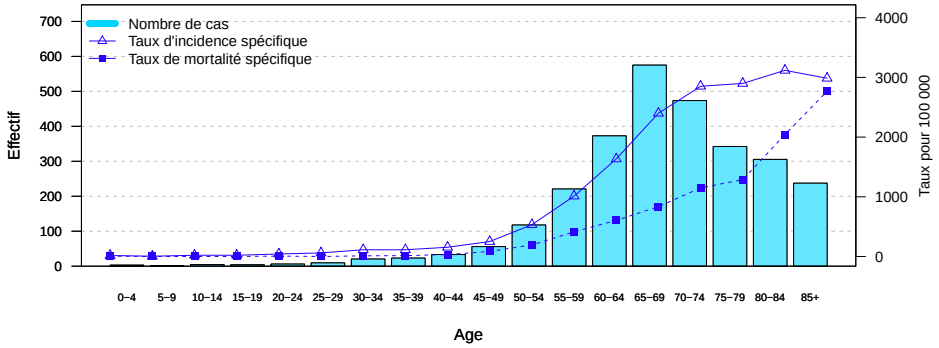

Figure 4.2 – Hommes : Incidence et mortalité par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

Evolution entre 1998 et 2018

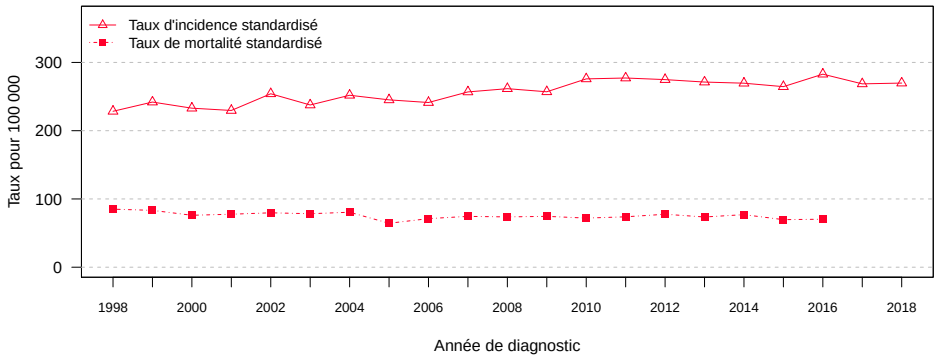

FIGURE 4.3 – Evolution de l'incidence et de la mortalité chez la femme entre 1998 et 2018

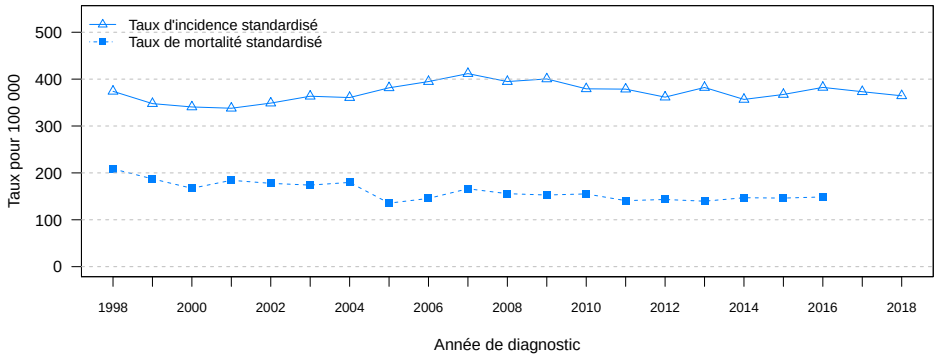

FIGURE 4.4 – Evolution de l'incidence et de la mortalité chez l'homme entre 1998 et 2018

4.3 Incidence par localisation

Hommes et femmes

Table 4.2 – Incidence par localisation, tous sexes confondus (moyenne sur la période)

	Cas	FreqRel	TIb	TIs	TIc64	TIc74
Lèvre-cavité buccale-pharynx	164	3.4	24.3	12.2	0.93	1.48
Oesophage	76	1.6	11.3	4.5	0.24	0.55
Estomac	84	1.7	12.4	4.3	0.21	0.46
Intestin grêle	29	0.6	4.3	1.7	0.09	0.23
Côlon - rectum	586	12.1	86.6	33.4	1.76	4.04
Foie	178	3.7	26.4	10.5	0.53	1.37
Vésicule et voie biliaire	25	0.5	3.6	1.4	0.06	0.15
Pancréas	160	3.3	23.7	8.5	0.37	1.05
Fosses nasales, sinus et oreilles	13	0.3	1.9	0.8	0.04	0.08
Larynx	45	0.9	6.7	3	0.19	0.41
Poumon	508	10.5	75.1	33.9	2.25	4.35
Plèvre	11	0.2	1.7	0.5	0.01	0.05
Mélanome de la peau	143	3.0	21.1	11.1	0.78	1.18
Sarcome des tissus mous	33	0.7	4.8	2.6	0.15	0.26
Sarcome osseux	5	0.1	0.8	0.6	0.03	0.06
Sein	636	13.1				
Col de l'utérus	29	0.6				
Corps de l'utérus	86	1.8				
Ovaire	62	1.3				
Vulve	9	0.2				
Vagin	2	0.0				
Pénis	3	0.1				
Prostate	736	15.2				
Testicule	29	0.6				
Rein et voies urinaires	175	3.6	25.8	11.6	0.71	1.34
Vessie	150	3.1	22.2	7.3	0.28	0.87
Mélanome de l uvée	8	0.2	1.2	0.6	0.03	0.08
Système nerveux central	62	1.3	9.2	4.9	0.32	0.53
Thyroïde	105	2.2	15.6	12	0.93	1.18
Lymphome de Hodgkin	25	0.5	3.7	4.3	0.28	0.31
Lymphomes non Hodgkiniens (LNH)	403	8.3	59.6	24.8	1.23	2.8
Leucémie aiguë myéloïde (LAM)	39	0.8	5.7	2.5	0.14	0.25
Syndromes myéloprolifératifs chroniques (SMP)	57	1.2	8.4	3.4	0.2	0.38
Myélodysplasie (SMD)	32	0.7	4.8	1.4	0.04	0.19
SMP/SMD	17	0.4	2.6	0.9	0.03	0.09
Tous cancers	4837	100.0	715.2	318.5	18.91	37.81

FreqRel : Fréquence relative
TIb : Taux d'incidence brut
TIs : Taux d'incidence standardisé sur la population mondiale
TIc64 : Taux d'incidence cumulé à 65 ans
TIc74 : Taux d'incidence cumulé à 75 ans

Pour les cancers du sein et des organes génitaux se référer aux taux d'incidence calculés respectivement sur la population féminine (cf p.28) et masculine (cf p.30)

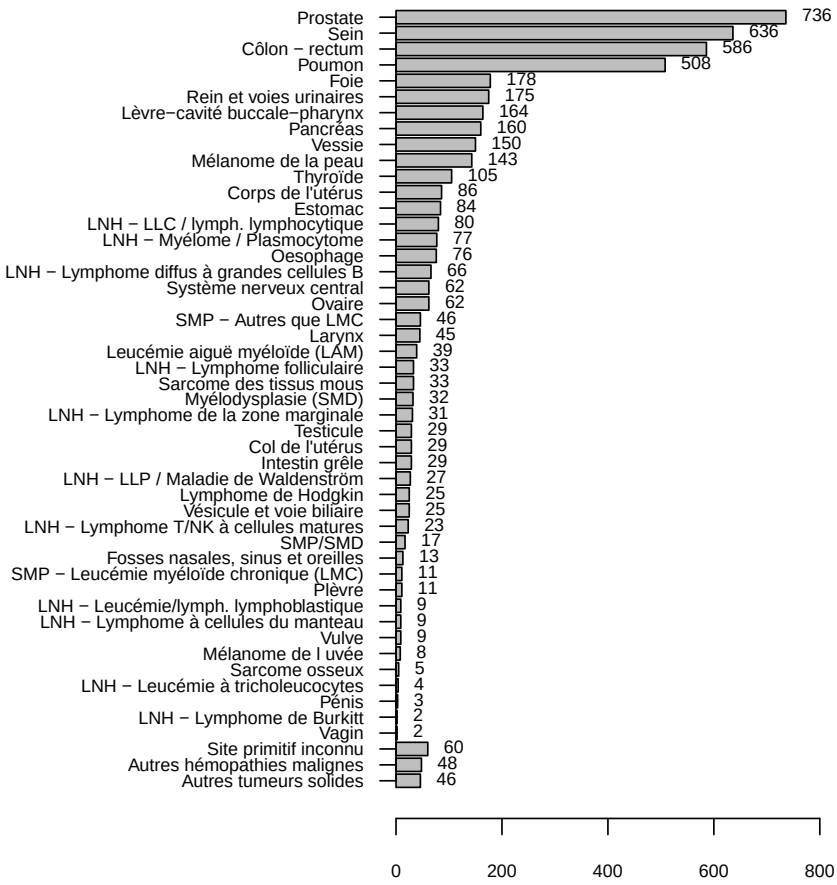

FIGURE 4.5 – Nombre moyen annuel de cas incidents par localisation, tous sexes confondus

La nature des cancers "Autres" est détailléee ci-dessous.

La plupart correspondent à des hémopathies malignes dont 43 cas LNH autres.

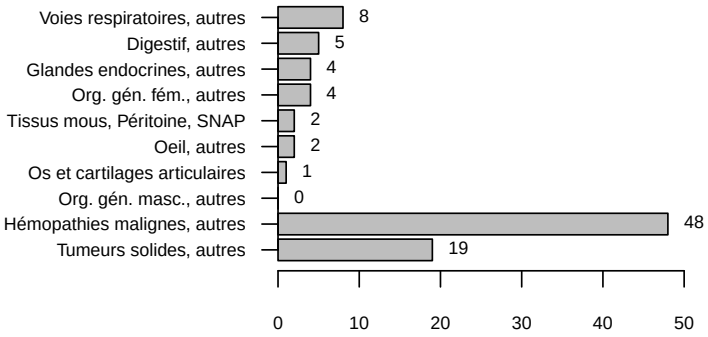

FIGURE 4.6 – Détail de la catégorie "Autres" (moyenne sur la période)

Femmes

Table 4.3 – Incidence par localisation chez la femme (moyenne sur la période)

	Cas	FreqRel	TIb	TIs	TIc64	TIc74
Lèvre-cavité buccale-pharynx	47	2.3	13.5	6.80	0.53	0.8
Oesophage	12	0.6	3.6	1.50	0.07	0.2
Estomac	28	1.4	8.0	2.60	0.14	0.3
Intestin grêle	12	0.6	3.5	1.30	0.06	0.2
Côlon - rectum	246	12.1	71.1	25.60	1.37	3.0
Foie	29	1.4	8.3	3.10	0.14	0.3
Vésicule et voie biliaire	14	0.7	3.9	1.40	0.06	0.1
Pancréas	76	3.7	22.0	7.60	0.35	0.9
Fosses nasales, sinus et oreilles	5	0.2	1.4	0.60	0.04	0.1
Larynx	6	0.3	1.6	0.80	0.06	0.1
Poumon	156	7.7	44.9	20.90	1.59	2.6
Plèvre	3	0.1	0.8	0.30	0.01	0.0
Mélanome de la peau	76	3.7	21.8	11.70	0.86	1.2
Sarcome des tissus mous	15	0.7	4.4	2.80	0.17	0.2
Sarcome osseux	3	0.1	1.0	0.90	0.04	0.1
Sein	633	31.2	182.6	95.30	6.99	10.8
Col de l'utérus	29	1.4	8.3	5.30	0.44	0.6
Corps de l'utérus	86	4.2	24.8	9.70	0.54	1.2
Ovaire	62	3.1	17.8	7.20	0.42	0.8
Vulve	9	0.4	2.6	1.00	0.05	0.1
Vagin	2	0.1	0.7	0.20	0.01	0.0
Rein et voies urinaires	53	2.6	15.3	6.40	0.40	0.7
Vessie	24	1.2	7.0	1.90	0.08	0.2
Mélanome de l uvée	4	0.2	1.1	0.50	0.03	0.1
Système nerveux central	28	1.4	8.1	3.80	0.25	0.4
Thyroïde	80	3.9	23.2	19.10	1.49	1.8
Lymphome de Hodgkin	16	0.8	4.6	5.60	0.37	0.4
Lymphomes non Hodgkiniens (LNH)	164	8.1	47.4	17.80	0.86	1.9
Leucémie aiguë myéloïde (LAM)	16	0.8	4.7	2.10	0.15	0.2
Syndromes myéloprolifératifs chroniques (SMP)	28	1.4	8.1	3.40	0.23	0.4
Myélodysplasie (SMD)	14	0.7	4.1	1.20	0.04	0.1
SMP/SMD	5	0.2	1.4	0.40	0.02	0.0
Tous cancers	2031	100.0	586.4	273.60	18.11	30.4

FreqRel : Fréquence relative
TIb : Taux d'incidence brut
TIs : Taux d'incidence standardisé sur la population mondiale
TIc64 : Taux d'incidence cumulé à 65 ans
TIc74 : Taux d'incidence cumulé à 75 ans

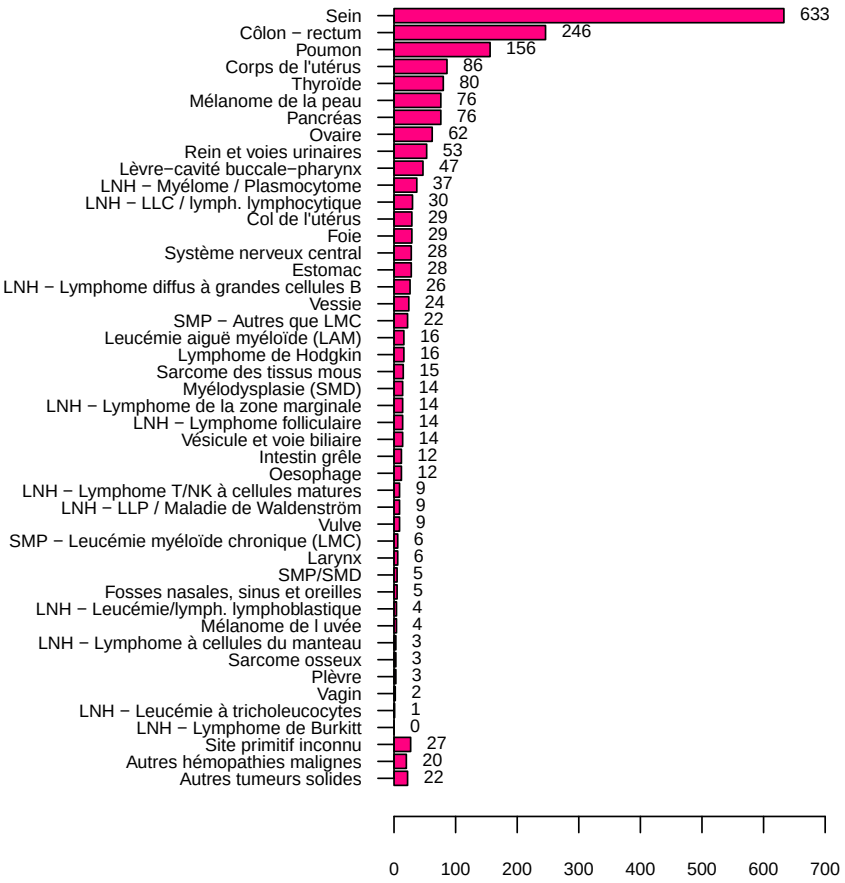

FIGURE 4.7 – Nombre moyen annuel de cas incidents par localisation chez la femme

La catégorie "Autres" est détaillée pour l'ensemble des deux sexes (cf p.27).

Hommes

Table 4.4 – Incidence par localisation chez l'homme (moyenne sur la période)

	Cas	FreqRel	TIb	TIs	TIc64	TIc74
Lèvre-cavité buccale-pharynx	118	4.2	35.7	18.10	1.34	2.2
Oesophage	64	2.3	19.4	7.90	0.41	0.9
Estomac	56	2.0	17.0	6.20	0.28	0.7
Intestin grêle	17	0.6	5.2	2.20	0.12	0.3
Côlon - rectum	340	12.1	103.0	42.20	2.17	5.2
Foie	150	5.3	45.4	18.80	0.94	2.5
Vésicule et voie biliaire	11	0.4	3.3	1.30	0.06	0.2
Pancréas	84	3.0	25.5	9.70	0.40	1.2
Fosses nasales, sinus et oreilles	8	0.3	2.3	0.90	0.05	0.1
Larynx	39	1.4	11.9	5.50	0.33	0.7
Poumon	352	12.5	106.7	48.30	2.95	6.3
Plèvre	9	0.3	2.6	0.70	0.01	0.1
Mélanome de la peau	67	2.4	20.4	10.50	0.70	1.1
Sarcome des tissus mous	17	0.6	5.3	2.60	0.14	0.3
Sarcome osseux	2	0.1	0.6	0.40	0.02	0.0
Sein	4	0.1	1.1	0.40	0.02	0.0
Pénis	3	0.1	0.9	0.30	0.01	0.0
Prostate	736	26.2	223.0	91.00	4.23	12.6
Testicule	29	1.0	8.8	10.00	0.75	0.8
Rein et voies urinaires	122	4.3	36.9	17.20	1.04	2.0
Vessie	126	4.5	38.1	13.70	0.49	1.6
Mélanome de l uvée	4	0.1	1.3	0.60	0.04	0.1
Système nerveux central	34	1.2	10.4	6.00	0.38	0.6
Thyroïde	25	0.9	7.6	5.00	0.36	0.6
Lymphome de Hodgkin	9	0.3	2.8	3.00	0.20	0.2
Lymphomes non Hodgkiniens (LNH)	239	8.5	72.4	32.60	1.61	3.8
Leucémie aiguë myéloïde (LAM)	22	0.8	6.8	3.00	0.14	0.3
Syndromes myéloprolifératifs chroniques (SMP)	29	1.0	8.8	3.50	0.17	0.4
Myélodysplasie (SMD)	18	0.6	5.5	1.80	0.05	0.2
SMP/SMD	12	0.4	3.7	1.40	0.03	0.1
Tous cancers	2805	100.0	850.4	373.30	19.87	46.1

FreqRel : Fréquence relative
TIb : Taux d'incidence brut
TIs : Taux d'incidence standardisé sur la population mondiale
TIc64 : Taux d'incidence cumulé à 65 ans
TIc74 : Taux d'incidence cumulé à 75 ans

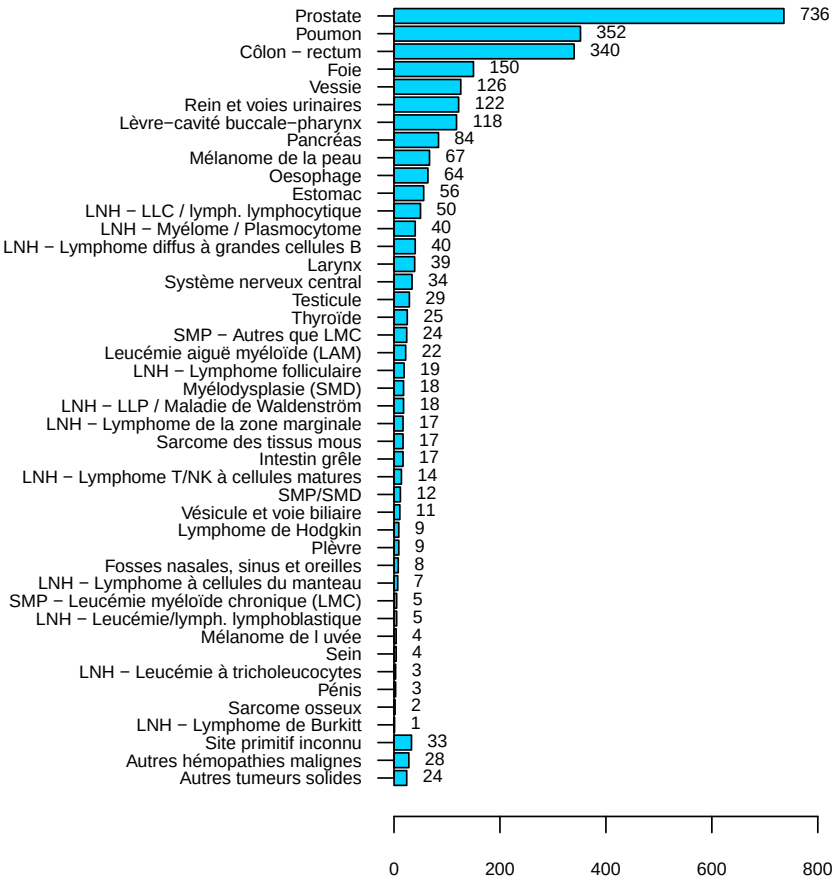

FIGURE 4.8 – Nombre moyen annuel de cas incidents par localisation chez l'homme

La catégorie "Autres" est détaillée pour l'ensemble des deux sexes (cf p.27).

Cancers les plus fréquents par groupe d'âge chez les femmes

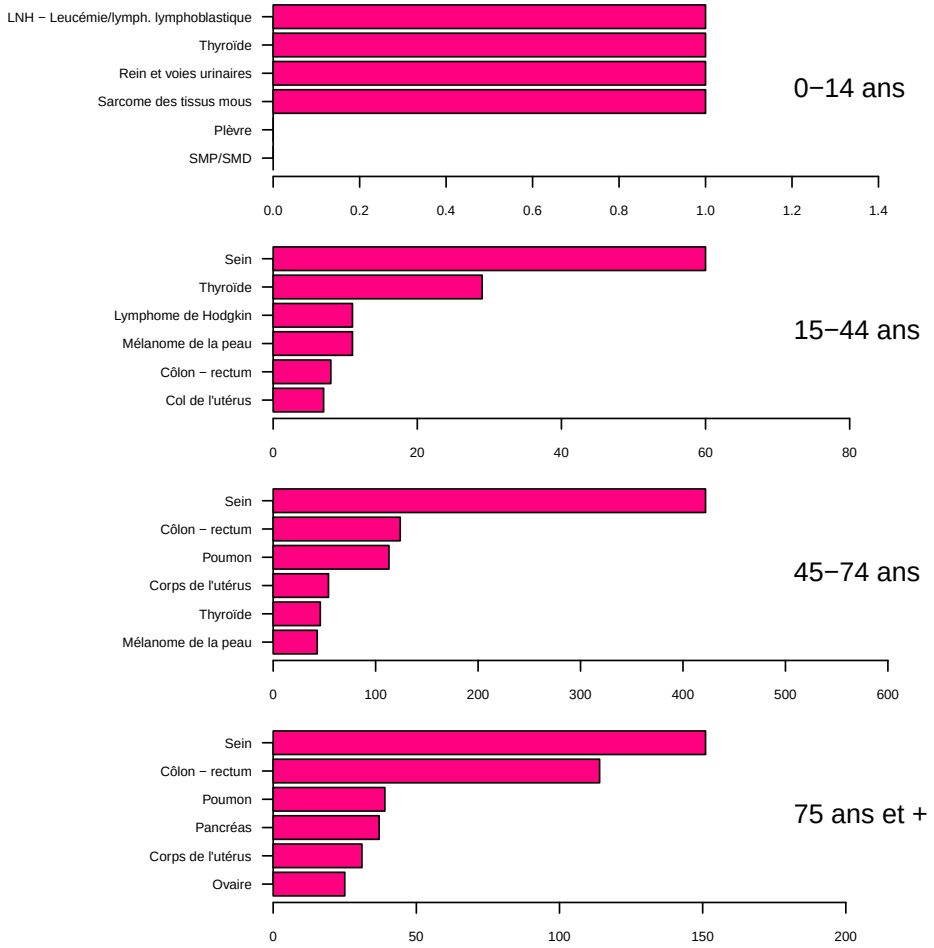

FIGURE 4.9 – Nombre moyen annuel de cas incidents par localisation chez les femmes de moins de 15 ans, de 15 à 44 ans, de 45 à 74 ans, et de 75 ans et plus

Dans la figure ci-dessus, seules les sous-entités de la catégorie lymphomes non hodgkiniens (LNH) sont décrites. Les LNH étaient cependant fréquents chez les personnes âgées de 45-74 ans (76 cas, 4ème rang) et de 75 ans et plus (81 cas, 3ème rang).

Cancers les plus fréquents par groupe d'âge chez les hommes

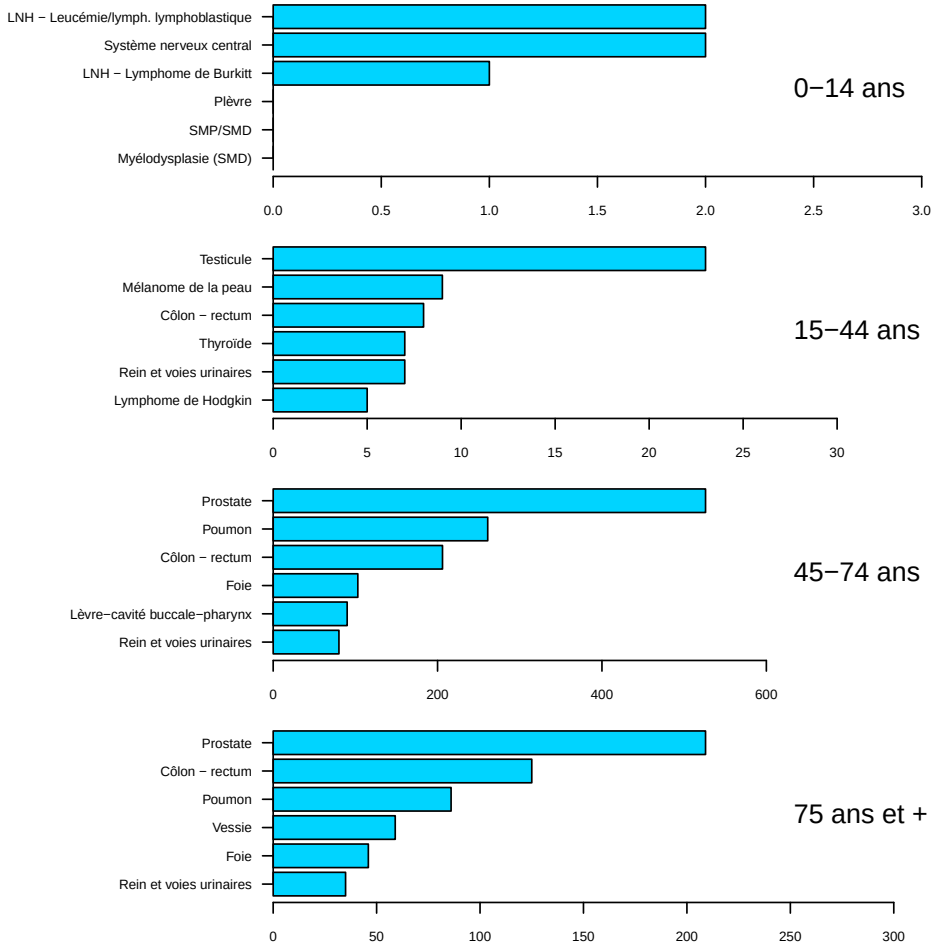

FIGURE 4.10 – Nombre moyen annuel de cas incidents par localisation chez les hommes de moins de 15 ans, de 15 à 44 ans, de 45 à 74 ans, et de 75 ans et plus

Dans la figure ci-dessus, seules les sous-entités de la catégorie lymphomes non hodgkiniens (LNH) sont décrites. Les LNH étaient cependant fréquents chez les personnes âgées de 45-74 ans (139 cas, 4ème rang) et de 75 ans et plus (84 cas, 4ème rang).

4.4 Comparaison avec l'incidence nationale pour chaque localisation

Table 4.5 – Taux d'incidence standardisés en Vendée (moyenne sur la période), en France (estimations 2017) et ratios standardisés d'incidence

	Femmes			Hommes		
	TIs	TIsFr	SIR	TIs	TIsFr	SIR
Lèvre-cavité buccale-pharynx	6.8	5.7	114.6	18.1	18.7	99.2
Oesophage	1.5	1.5	85.7	7.9	6.9	123.1
Estomac	2.6	2.7	100	6.2	6.5	105.7
Intestin grêle	1.3	1	-	2.2	1.5	154.5
Côlon - rectum	25.6	23.9	103.4	42.2	34.5	118.9*
Foie	3.1	2.8	103.6	18.8	12.5	151.5*
Vésicule et voie biliaire	1.4	1.4	82.4	1.3	2.1	57.9
Pancréas	7.6	7.5	96.2	9.7	10.7	97.7
Fosses nasales, sinus et oreilles	0.6	0.4	-	0.9	1	114.3
Larynx	0.8	0.7	-	5.5	4.9	114.7
Poumon	20.9	22	94	48.3	50.6	93.4
Plèvre	0.3	-	-	0.7	-	-
Mélanome de la peau	11.7	13.8	92.7	10.5	13.7	75.3*
Sarcome des tissus mous	2.8	-	-	2.6	-	-
Sarcome osseux	0.9	-	-	0.4	-	-
Sein	95.3	99.3	96.5	0.4	-	-
Col de l'utérus	5.3	6.1	90.6	-	-	-
Corps de l'utérus	9.7	11	88.7	-	-	-
Ovaire	7.2	7.5	101.6	-	-	-
Vulve	1	0.9	-	-	-	-
Vagin	0.2	0.2	-	-	-	-
Pénis	-	-	-	0.3	0.7	-
Prostate	-	-	-	91	81.5	112.5*
Testicule	-	-	-	10	8.5	111.5
Rein et voies urinaires	6.4	7	91.4	17.2	16.8	101.7
Vessie	1.9	2.3	82.8	13.7	14.3	96.2
Mélanome de l uvée	0.5	0.4	-	0.6	0.5	-
Système nerveux central	3.8	4.5	96.6	6	6.6	89.5
Thyroïde	19.1	18.1	96.4	5	5.5	86.2
Lymphome de Hodgkin	5.6	2.7	177.8*	3	3.6	69.2
Lymphomes non Hodgkiniens (LNH)	17.8	16.1	116.3	32.6	25.4	128.5*
Leucémie aiguë myéloïde (LAM)	2.1	2.3	84.2	3	3.1	104.8
Syndromes myéloprolifératifs chroniques (SMP)	3.4	-	-	3.5	-	-
Myélodysplasie (SMD)	1.2	1.6	60.9	1.8	3.4	50*
SMP/SMD	0.4	0.5	-	1.4	1	-
Tous cancers	273.6	272	100.5	373.3	334.8	112.3*

TIs : Taux départemental d'incidence standardisé sur la population mondiale

TIsFr : Taux national d'incidence standardisé sur la population mondiale (estimation 2017, sauf prostate : estimation 2015)

SIR : Ratio standardisé d'incidence (si *, ratio significatif). Ratio non calculable si faibles effectifs ou si taux national non disponible.

4.5 Comparaison avec la mortalité nationale pour chaque localisation

Table 4.6 – Taux de mortalité standardisés en Vendée (moyenne sur la période), en France (estimations 2017) et ratios standardisés de mortalité

	Femmes			Hommes		
	TMs	TMsFr	SMR	TMs	TMsFr	SMR
Lèvre-cavité buccale-pharynx	0.9	1.2	63.6	7.8	5	168.6*
Oesophage	0.6	1	70	5.4	4.4	128.6
Estomac	1.2	1.5	77.8	3.6	4	117.1
Intestin grêle	0.1	-	-	0.6	-	-
Côlon - rectum	5.9	7	93.8	14.8	11.7	118.3
Foie	2	2.3	106.9	14.2	9.1	160.3*
Vésicule et voie biliaire	0.5	-	-	0.7	-	-
Pancréas	6	5.4	120.9	8.4	8.1	110
Fosses nasales, sinus et oreilles	0	-	-	0.7	-	-
Larynx	0.3	0.2	-	1.6	1.3	110
Poumon	11.3	13.6	80.3*	33.5	35.3	89.6
Mélanome de la peau	1	1	100	0.9	1.7	53.8
Sein	14.3	14.2	96.5	0.7	-	-
Col de l'utérus	1.1	1.8	53.8	-	-	-
Corps de l'utérus	1.1	2.3	58.6*	-	-	-
Ovaire	3.7	3.9	92.9	-	-	-
Vulve	0	-	-	-	-	-
Vagin	-	-	-	-	-	-
Pénis	-	-	-	-	-	-
Prostate	-	-	-	9	8.9	102.7
Testicule	-	-	-	0.3	0.2	100
Rein et voies urinaires	1.9	1.5	104.8	7.1	5	143.5*
Vessie	0.7	0.9	73.3	5.4	4.7	98
Système nerveux central	1.5	2.7	55	2.8	4.2	59.3*
Thyroïde	0.3	0.2	200	0.2	0.2	100
Tous cancers	69.1	72.8	96.3	145.2	126.3	113.8*

TMs : Taux départemental de mortalité standardisé sur la population mondiale (observé en 2016)

TMsFr : Taux national de mortalité standardisé sur la population mondiale (estimation 2017, sauf prostate : estimation 2015)

SMR : Ratio standardisé de mortalité (si *, ratio significatif). Ratio non calculable si faibles effectifs ou si taux national non disponible.

Chapitre 5

Lèvre, cavité buccale et pharynx

5.1 Lèvre, cavité buccale et pharynx

Les cancers de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx représentaient 3.4% des nouveaux cas de cancers, 2.3% chez la femme et 4.2% chez l'homme. Le taux d'incidence standardisé était proche de l'estimation nationale chez les femmes (6.8/100 000 personnes-années), comme chez les hommes (18.1/100 000).

Incidence et mortalité (2016-2018)

TABLE 5.1 – Incidence et mortalité (moyenne annuelle sur la période)

	Femmes					Hommes				
	Cas	Tb [a]	Ts [b]	TsFr [c]	RS [d]	Cas	Tb	Ts	TsFr	RS
Incidence	47	13.5	6.8	5.7	114.6	118	35.7	18.1	18.7	99.2
Mortalité	7	2	0.9	1.2	63.6	59	17.9	7.8	5	168.6*

a. Taux départemental brut
b. Taux départemental standardisé sur la population mondiale
c. Taux national standardisé sur la population mondiale (estimation 2017)
d. Ratio standardisé par rapport à la France (si *, ratio significatif). Ratio non calculable si faibles effectifs.

Effectifs et taux spécifiques par classe d'âge (2016-2018)

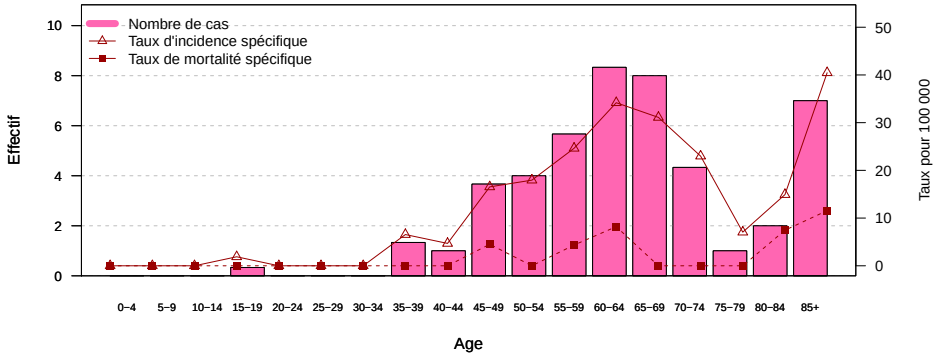

FIGURE 5.1 – Femmes : Incidence et mortalité par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

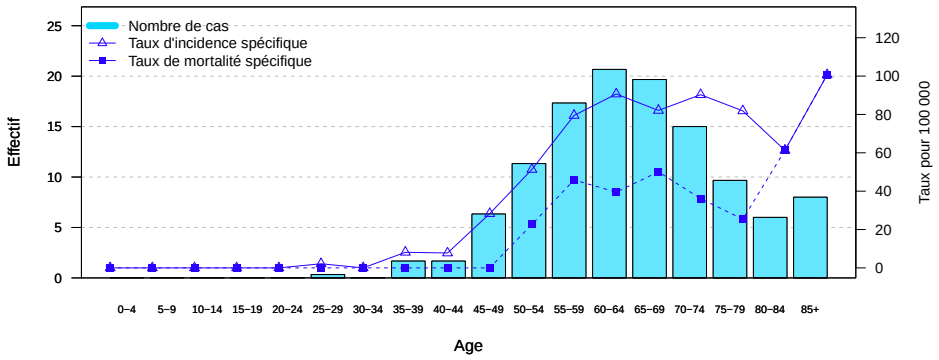

FIGURE 5.2 – Hommes : Incidence et mortalité par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

Evolution entre 1998 et 2018

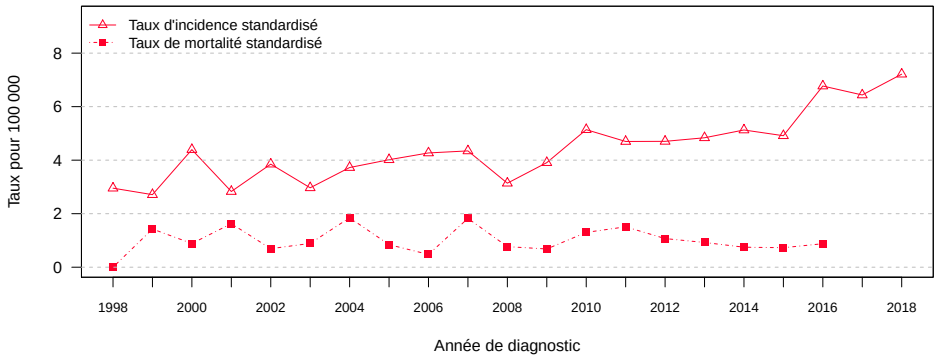

FIGURE 5.3 – Evolution de l'incidence et de la mortalité chez la femme entre 1998 et 2018

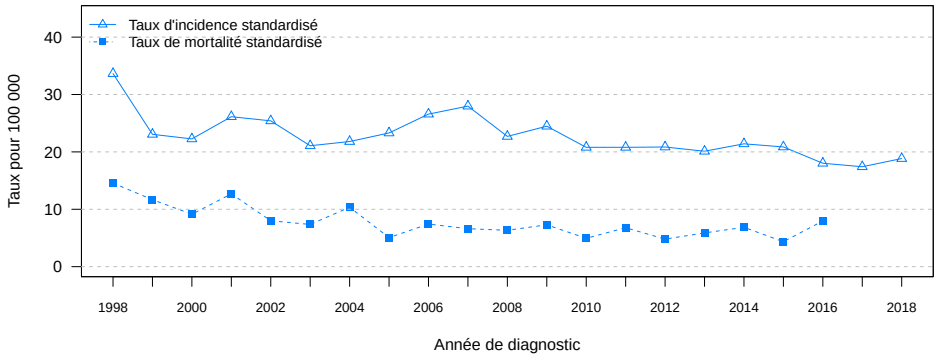

FIGURE 5.4 – Evolution de l'incidence et de la mortalité chez l'homme entre 1998 et 2018

Chapitre 6

Appareil digestif

6.1 Œsophage

Les cancers de l'œsophage représentaient 1.6% des nouveaux cas de cancer, 0.6% chez la femme et 2.3% chez l'homme. Le taux d'incidence standardisé était proche de l'estimation nationale chez les femmes (1.5/100 000 personnes-années), comme chez les hommes (7.9/100 000).

Incidence et mortalité (2016-2018)

Table 6.1 – Incidence et mortalité (moyenne annuelle sur la période)

	Femmes					Hommes				
	Cas	Tb [a]	Ts [b]	TsFr [c]	RS [d]	Cas	Tb	Ts	TsFr	RS
Incidence	12	3.6	1.5	1.5	85.7	64	19.4	7.9	6.9	123.1
Mortalité	7	2	0.6	1	70	45	13.6	5.4	4.4	128.6

a. Taux départemental brut
b. Taux départemental standardisé sur la population mondiale
c. Taux national standardisé sur la population mondiale (estimation 2017)
d. Ratio standardisé par rapport à la France (si *, ratio significatif). Ratio non calculable si faibles effectifs.

Effectifs et taux spécifiques par classe d'âge (2016-2018)

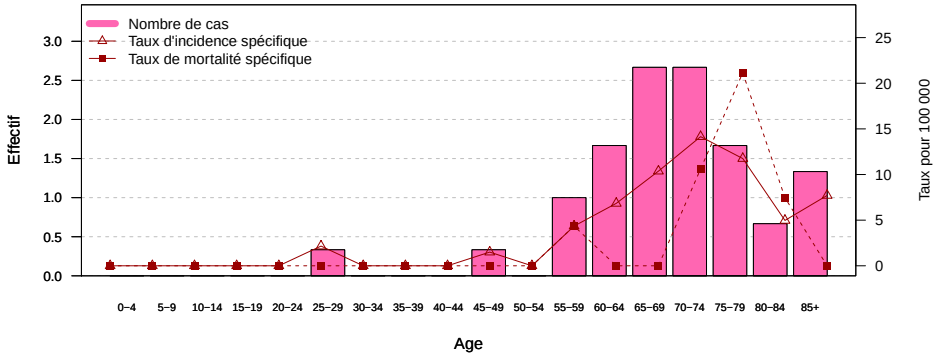

Figure 6.1 – Femmes : Incidence et mortalité par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

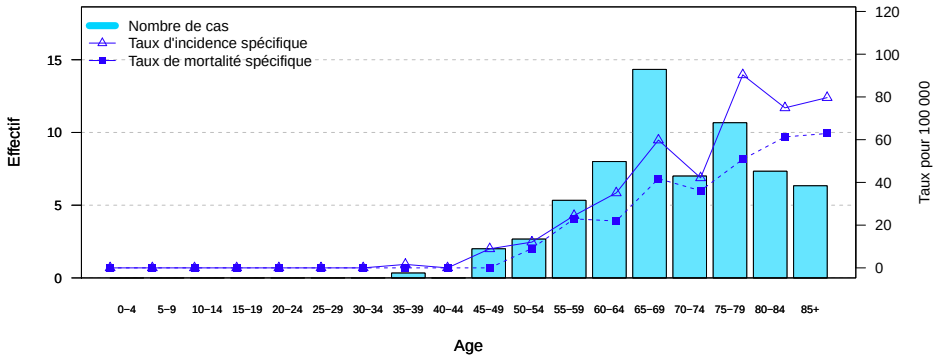

Figure 6.2 – Hommes : Incidence et mortalité par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

Evolution entre 1998 et 2018

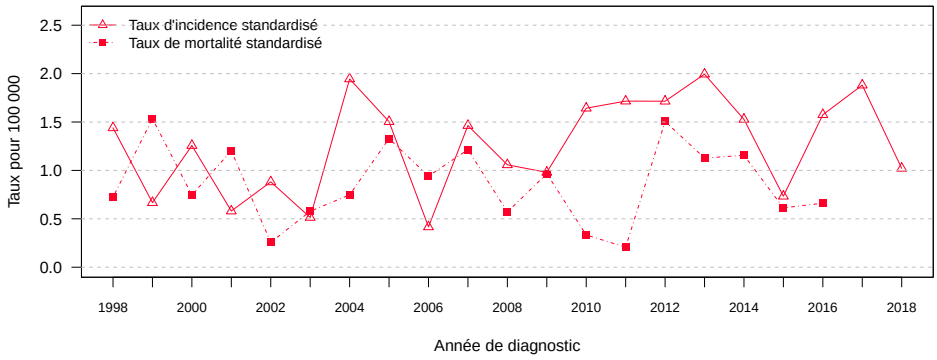

FIGURE 6.3 – Evolution de l'incidence et de la mortalité chez la femme entre 1998 et 2018

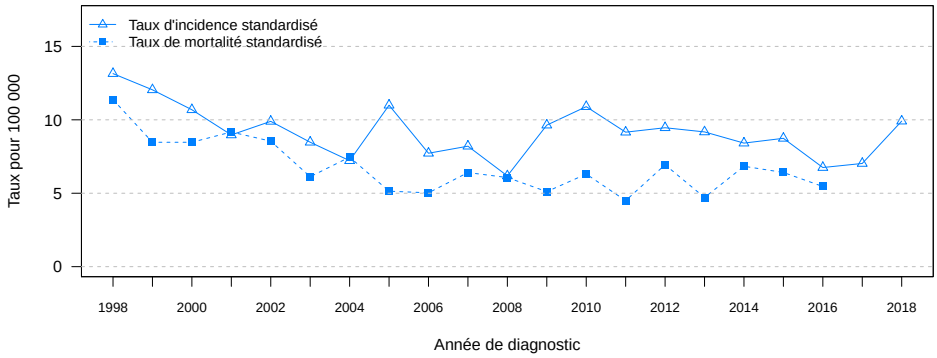

FIGURE 6.4 – Evolution de l'incidence et de la mortalité chez l'homme entre 1998 et 2018

6.2 Estomac

Les cancers de l'estomac représentaient 1.7% des nouveaux cas de cancer, 1.4% chez la femme et 2% chez l'homme. Le taux d'incidence standardisé était proche de l'estimation nationale chez les femmes (2.6/100 000 personnes-années), comme chez les hommes (6.2/100 000).

Incidence et mortalité (2016-2018)

TABLE 6.2 – Incidence et mortalité (moyenne annuelle sur la période)

	Femmes					Hommes				
	Cas	Tb [a]	Ts [b]	TsFr [c]	RS [d]	Cas	Tb	Ts	TsFr	RS
Incidence	28	8	2.6	2.7	100	56	17	6.2	6.5	105.7
Mortalité	14	4	1.2	1.5	77.8	41	12.4	3.6	4	117.1

a. Taux départemental brut
b. Taux départemental standardisé sur la population mondiale
c. Taux national standardisé sur la population mondiale (estimation 2017)
d. Ratio standardisé par rapport à la France (si *, ratio significatif). Ratio non calculable si faibles effectifs.

Effectifs et taux spécifiques par classe d'âge (2016-2018)

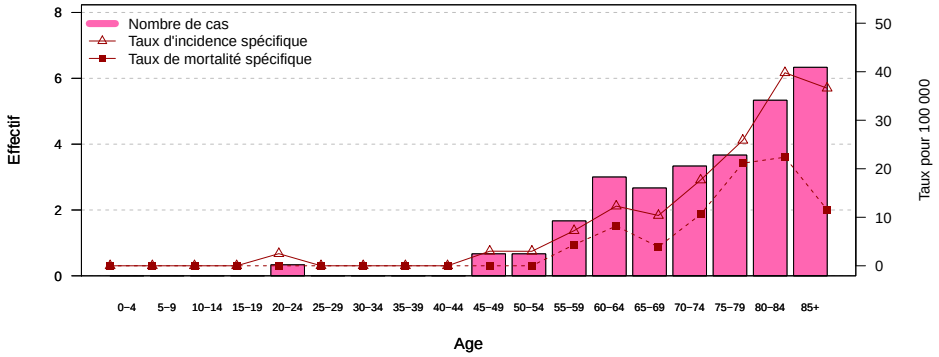

FIGURE 6.5 – Femmes : Incidence et mortalité par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

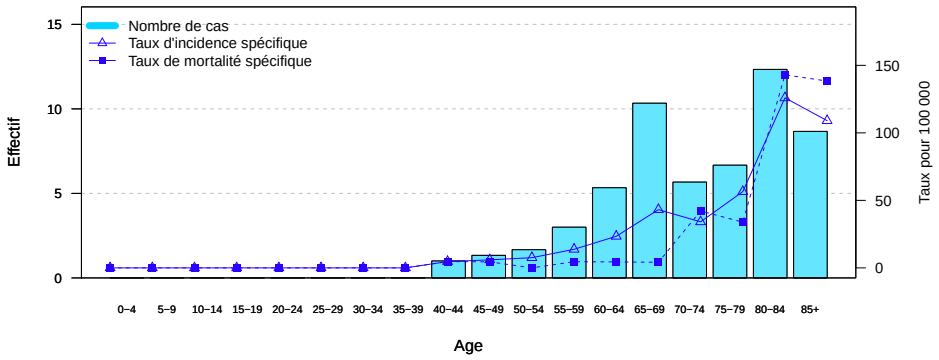

FIGURE 6.6 – Hommes : Incidence et mortalité par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

Evolution entre 1998 et 2018

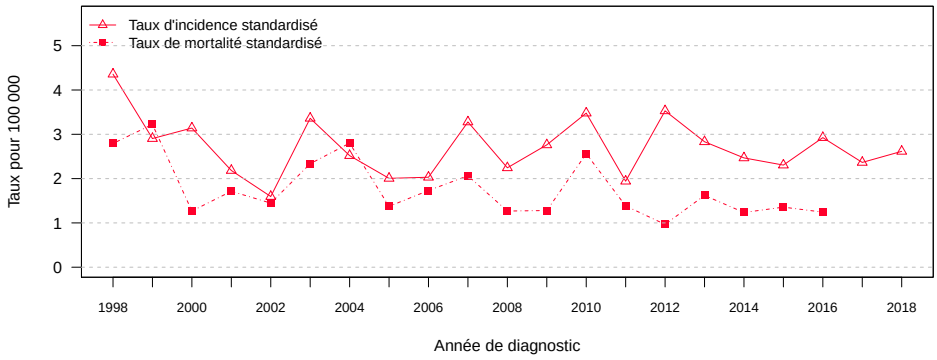

FIGURE 6.7 – Evolution de l'incidence et de la mortalité chez la femme entre 1998 et 2018

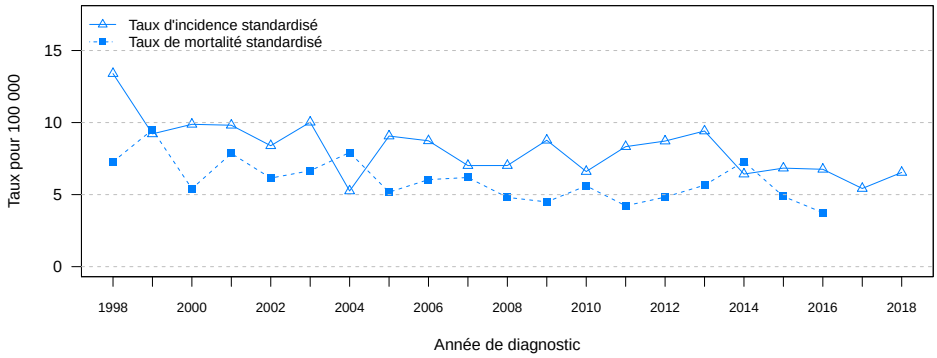

FIGURE 6.8 – Evolution de l'incidence et de la mortalité chez l'homme entre 1998 et 2018

6.3 Côlon-rectum

Les cancers colorectaux et de l'anus représentaient 12.1% des nouveaux cas de cancer, 12.1% chez la femme et 12.1% chez l'homme. Le taux d'incidence standardisé était proche de l'estimation nationale chez les femmes (25.6/100 000 personnes-années). Il était supérieur à l'estimation nationale chez les hommes (42.2/100 000). Les cancers colorectaux se répartissaient en 65% de cancers du côlon, 26% du rectum, 6% de la jonction et 3% de l'anus.

Incidence et mortalité (2016-2018)

Table 6.3 – Incidence et mortalité (moyenne annuelle sur la période)

	Femmes					Hommes				
	Cas	Tb [a]	Ts [b]	TsFr [c]	RS [d]	Cas	Tb	Ts	TsFr	RS
Incidence	246	71.1	25.6	23.9	103.4	340	103	42.2	34.5	118.9*
Mortalité	90	26	5.9	7	93.8	136	41.2	14.8	11.7	118.3

a. Taux départemental brut
b. Taux départemental standardisé sur la population mondiale
c. Taux national standardisé sur la population mondiale (estimation 2017)
d. Ratio standardisé par rapport à la France (si *, ratio significatif). Ratio non calculable si faibles effectifs.

Effectifs et taux spécifiques par classe d'âge (2016-2018)

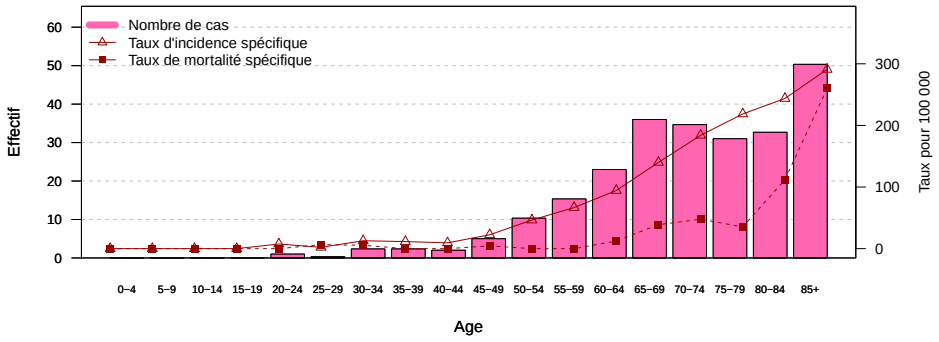

Figure 6.9 – Femmes : Incidence et de mortalité par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

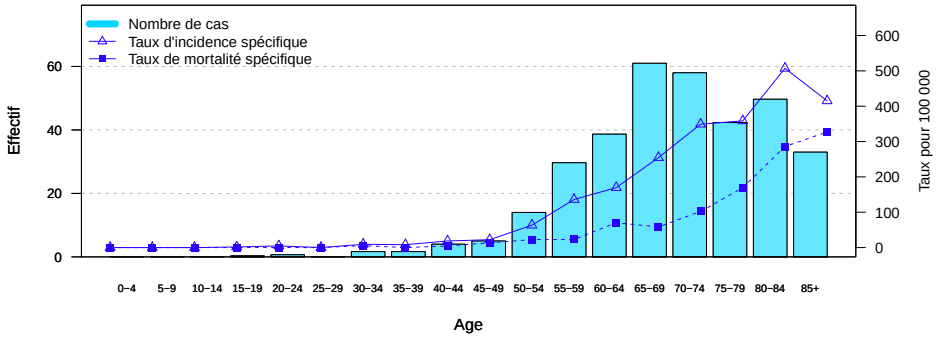

Figure 6.10 – Hommes : Incidence et de mortalité par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

Evolution entre 1998 et 2018

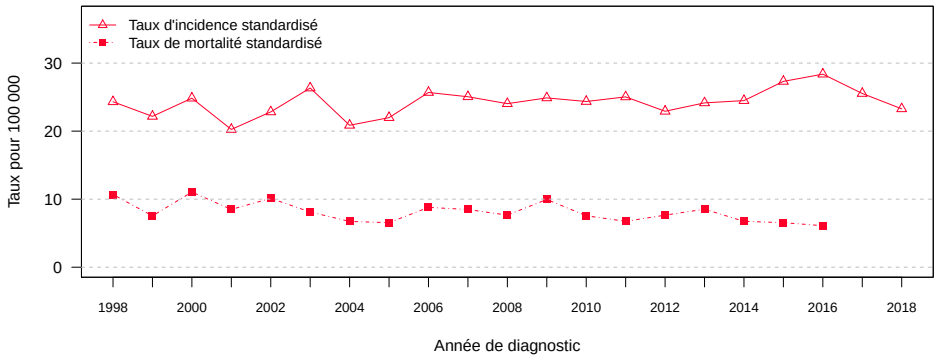

FIGURE 6.11 – Evolution de l'incidence et de la mortalité chez la femme entre 1998 et 2018

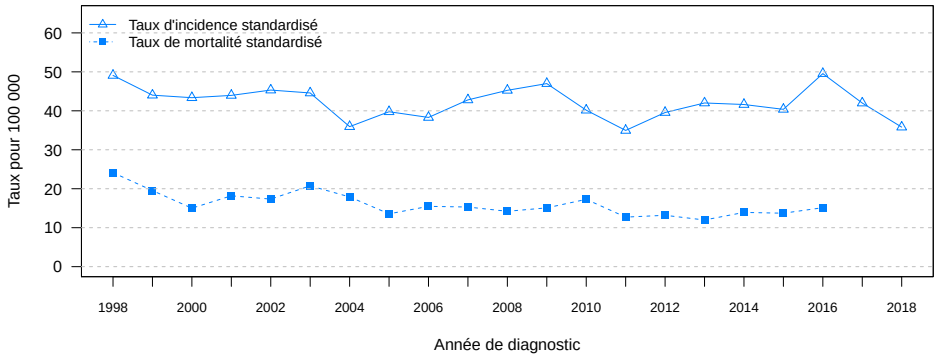

FIGURE 6.12 – Evolution de l'incidence et de la mortalité chez l'homme entre 1998 et 2018

6.3.1 Côlon

Les cancers du côlon représentaient 7.9% des nouveaux cas de cancer, 8.1% chez la femme et 7.7% chez l'homme. Le taux d'incidence standardisé était proche de l'estimation nationale chez les femmes (16.2/100 000 personnes-années). Il était supérieur à l'estimation nationale chez les hommes (25.9/100 000). Il n'existe pas d'estimation nationale de mortalité pour les cancers du côlon.

Incidence (2016-2018)

Table 6.4 – Incidence (moyenne annuelle sur la période)

	Femmes					Hommes				
	Cas	Tb [a]	Ts [b]	TsFr [c]	RS [d]	Cas	Tb	Ts	TsFr	RS
Incidence	165	47.6	16.2	14.8	105.1	215	65.3	25.9	20.9	119.4*

a. Taux départemental brut
b. Taux départemental standardisé sur la population mondiale
c. Taux national standardisé sur la population mondiale (estimation 2017)
d. Ratio standardisé par rapport à la France (si *, ratio significatif). Ratio non calculable si faibles effectifs.

Effectifs et taux spécifiques par classe d'âge (2016-2018)

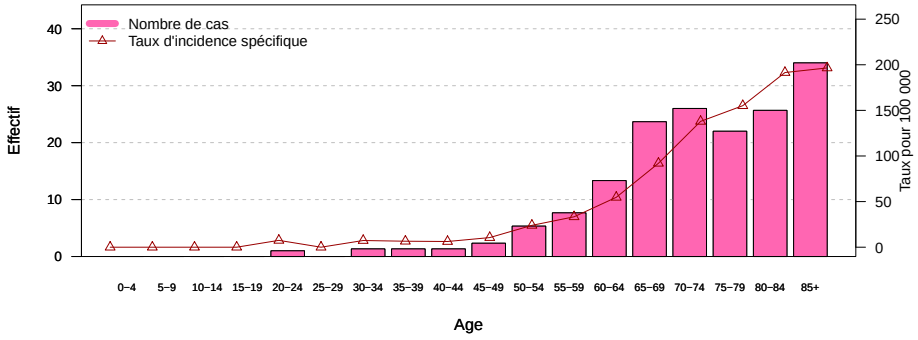

Figure 6.13 – Femmes : Incidence par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

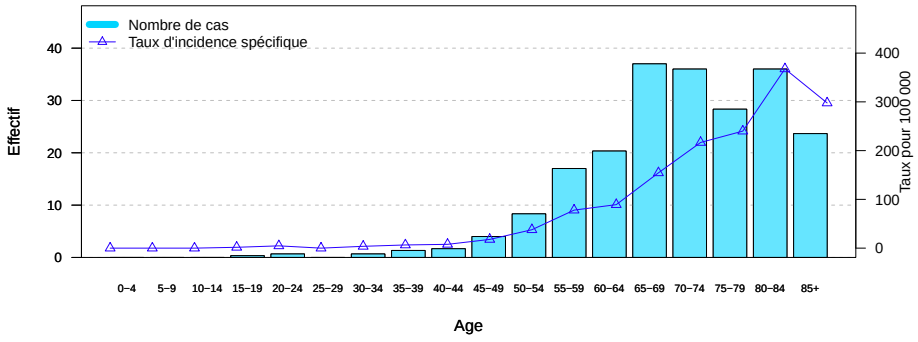

Figure 6.14 – Hommes : Incidence par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

Evolution entre 1998 et 2018

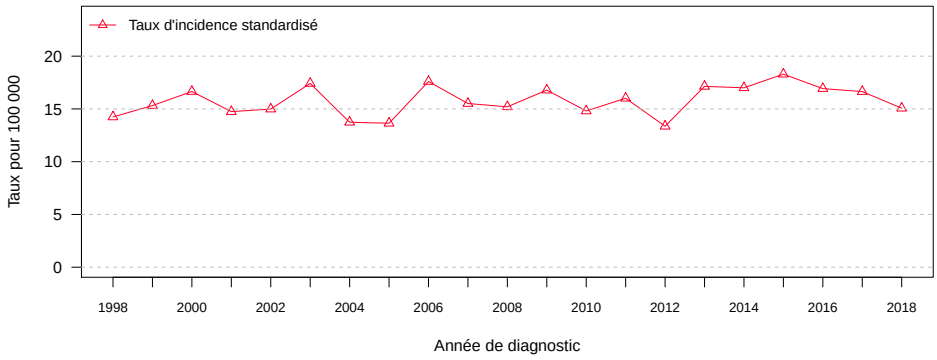

FIGURE 6.15 – Evolution de l'incidence chez la femme entre 1998 et 2018

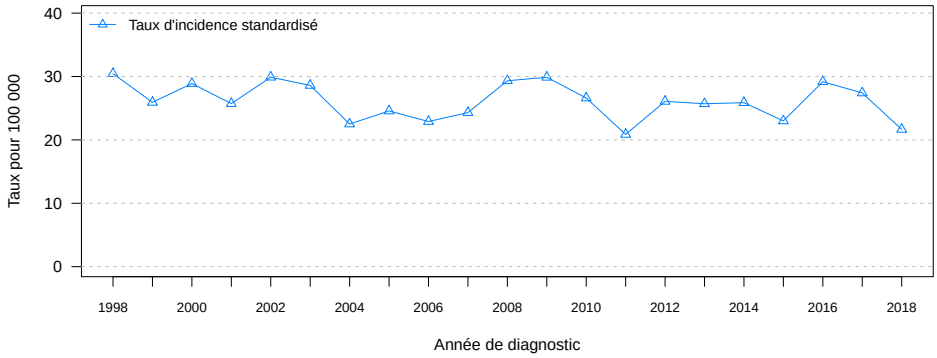

FIGURE 6.16 – Evolution de l'incidence chez l'homme entre 1998 et 2018

6.3.2 Rectum

Les cancers du rectum représentaient 3.8% des nouveaux cas de cancer, 3.3% chez la femme et 4.2% chez l'homme. Le taux d'incidence standardisé était proche de l'estimation nationale chez les femmes (7.9/100 000 personnes-années), comme chez les hommes (15.5/100 000). Il n'existe pas d'estimation nationale de mortalité pour les cancers du rectum.

Incidence (2016-2018)

Table 6.5 – Incidence (moyenne annuelle sur la période)

	Femmes					Hommes				
	Cas	Tb [a]	Ts [b]	TsFr [c]	RS [d]	Cas	Tb	Ts	TsFr	RS
Incidence	67	19.3	7.9	7	103.1	119	36.1	15.5	12.9	116.7

a. Taux départemental brut
b. Taux départemental standardisé sur la population mondiale
c. Taux national standardisé sur la population mondiale (estimation 2017)
d. Ratio standardisé par rapport à la France (si *, ratio significatif). Ratio non calculable si faibles effectifs.

Effectifs et taux spécifiques par classe d'âge (2016-2018)

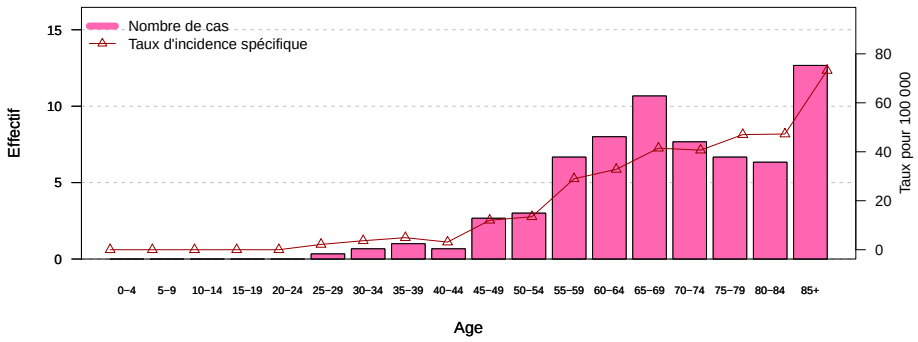

Figure 6.17 – Femmes : Incidence par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

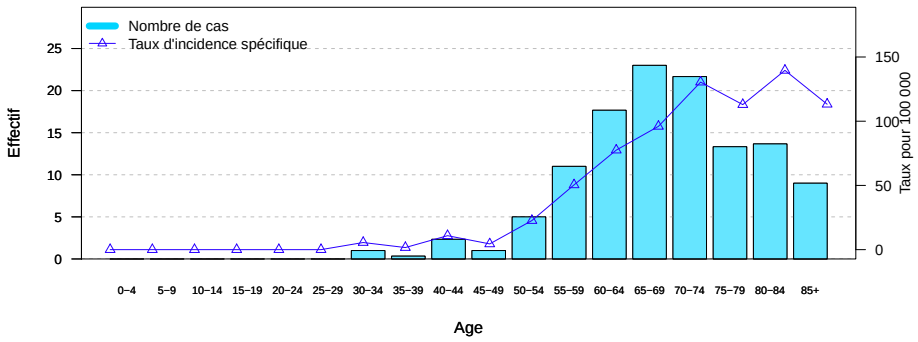

Figure 6.18 – Hommes : Incidence par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

Evolution entre 1998 et 2018

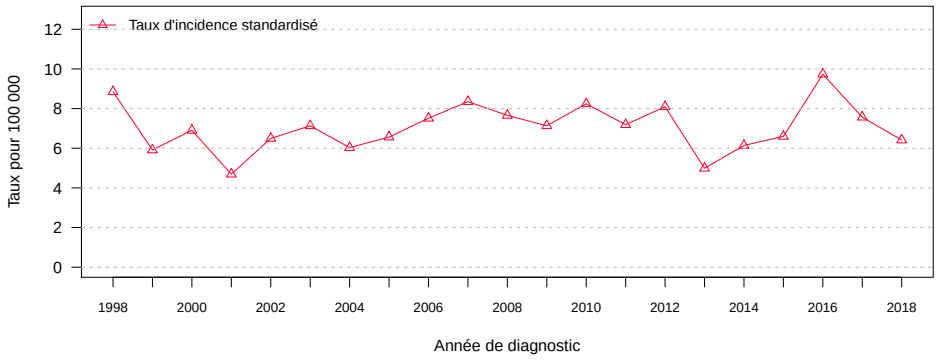

FIGURE 6.19 – Evolution de l'incidence chez la femme entre 1998 et 2018

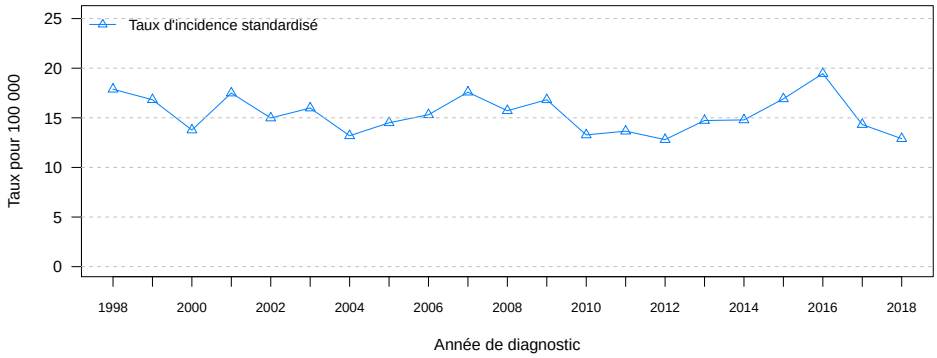

FIGURE 6.20 – Evolution de l'incidence chez l'homme entre 1998 et 2018

6.3.3 Anus et canal anal

Les cancers de l'anus et du canal anal représentaient 0.4% des nouveaux cas de cancer, 0.7% chez la femme et 0.2% chez l'homme. Le taux d'incidence standardisé était proche de l'estimation nationale chez les femmes (1.6/100 000 personnes-années). Il n'existe pas d'estimation nationale de mortalité pour les cancers de l'anus.

Incidence (2016-2018)

Table 6.6 – Incidence (moyenne annuelle sur la période)

	Femmes					Hommes				
	Cas	Tb [a]	Ts [b]	TsFr [c]	RS [d]	Cas	Tb	Ts	TsFr	RS
Incidence	14	4.1	1.6	2.3	82.4	5	1.6	0.8	0.8	

a. Taux départemental brut
b. Taux départemental standardisé sur la population mondiale
c. Taux national standardisé sur la population mondiale (estimation 2017)
d. Ratio standardisé par rapport à la France (si *, ratio significatif). Ratio non calculable si faibles effectifs.

Effectifs et taux spécifiques par classe d'âge (2016-2018)

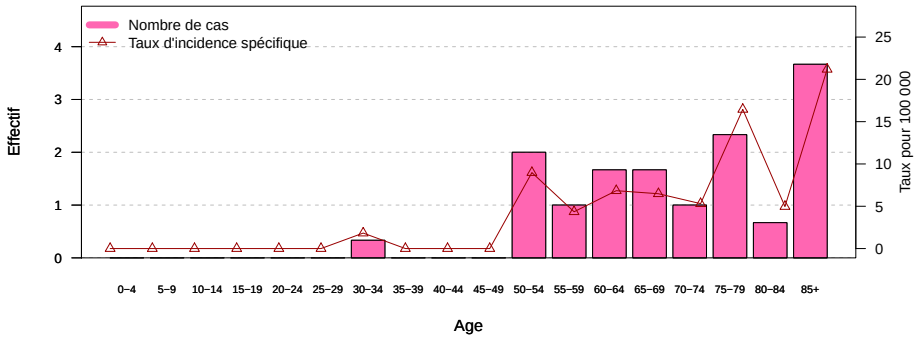

Figure 6.21 – Femmes : Incidence par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

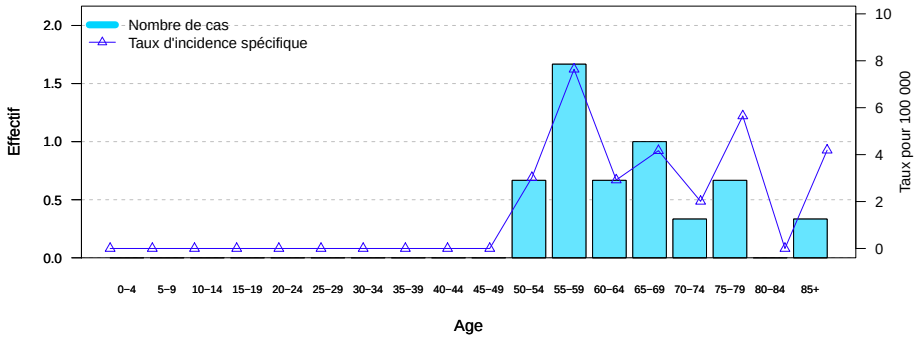

Figure 6.22 – Hommes : Incidence par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

Evolution entre 1998 et 2018

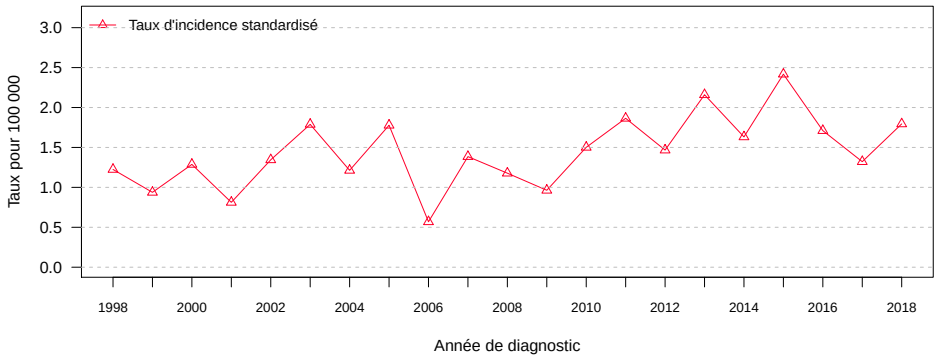

FIGURE 6.23 – Evolution de l'incidence chez la femme entre 1998 et 2018

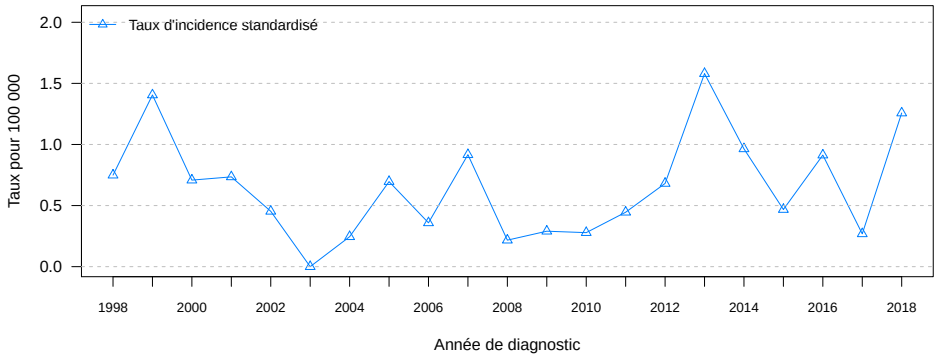

FIGURE 6.24 – Evolution de l'incidence chez l'homme entre 1998 et 2018

6.4 Foie

Les cancers du foie représentaient 3.7% des nouveaux cas de cancer, 1.4% chez la femme et 5.3% chez l'homme. Le taux d'incidence standardisé était proche de l'estimation nationale chez les femmes (3.1/100 000 personnes-années). Il était supérieur à l'estimation nationale chez les hommes (18.8/100 000).

Incidence et mortalité (2016-2018)

Table 6.7 – Incidence et mortalité (moyenne annuelle sur la période)

	Femmes					Hommes				
	Cas	Tb [a]	Ts [b]	TsFr [c]	RS [d]	Cas	Tb	Ts	TsFr	RS
Incidence	29	8.3	3.1	2.8	103.6	150	45.4	18.8	12.5	151.5*
Mortalité	31	8.9	2	2.3	106.9	125	37.9	14.2	9.1	160.3*

a. Taux départemental brut
b. Taux départemental standardisé sur la population mondiale
c. Taux national standardisé sur la population mondiale (estimation 2017)
d. Ratio standardisé par rapport à la France (si *, ratio significatif). Ratio non calculable si faibles effectifs.

Effectifs et taux spécifiques par classe d'âge (2016-2018)

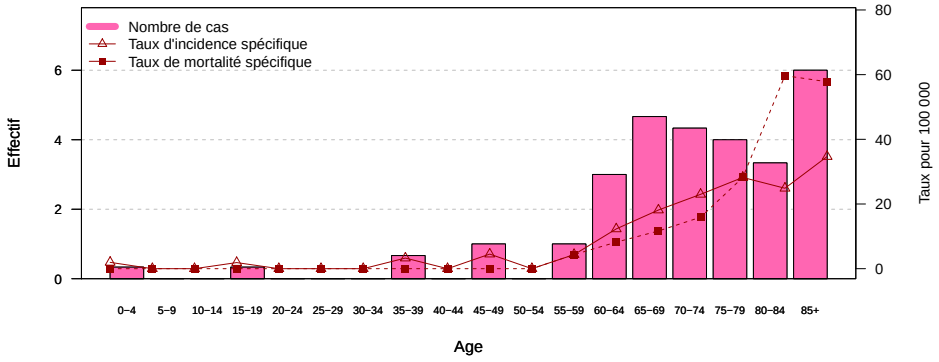

Figure 6.25 – Femmes : Incidence et mortalité par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

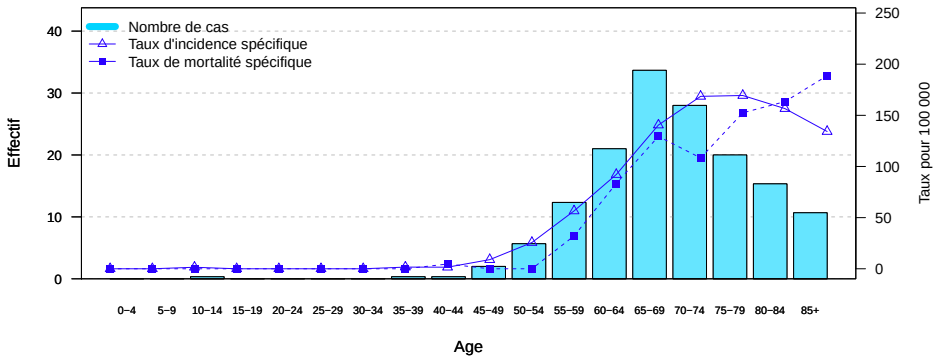

Figure 6.26 – Hommes : Incidence et mortalité par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

Evolution entre 1998 et 2018

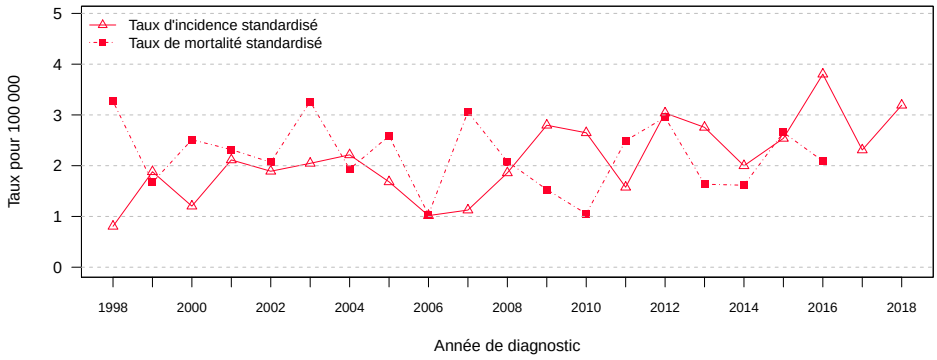

FIGURE 6.27 – Evolution de l'incidence et de la mortalité chez la femme entre 1998 et 2018

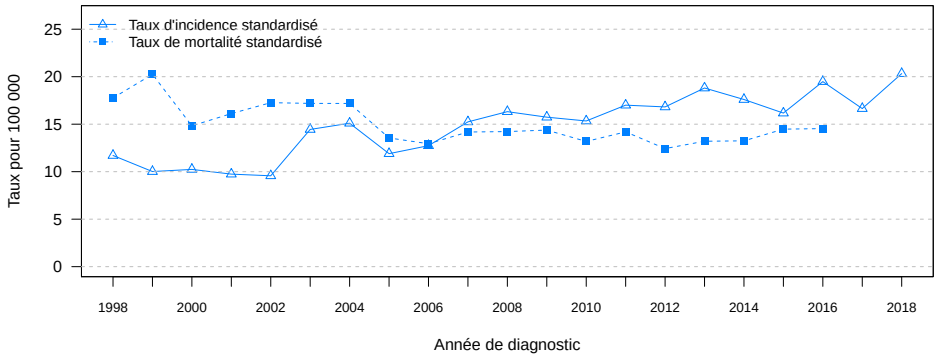

FIGURE 6.28 – Evolution de l'incidence et de la mortalité chez l'homme entre 1998 et 2018

6.5 Pancréas

Les cancers du pancréas représentaient 3.3% des nouveaux cas de cancer, 3.7% chez la femme et 3% chez l'homme. Le taux d'incidence standardisé était proche de l'estimation nationale chez les femmes (7.6/100 000 personnes-années), comme chez les hommes (9.7/100 000).

Incidence et mortalité (2016-2018)

Table 6.8 – Incidence et mortalité (moyenne annuelle sur la période)

	Femmes					Hommes				
	Cas	Tb [a]	Ts [b]	TsFr [c]	RS [d]	Cas	Tb	Ts	TsFr	RS
Incidence	76	22	7.6	7.5	96.2	84	25.5	9.7	10.7	97.7
Mortalité	81	23.4	6	5.4	120.9	77	23.3	8.4	8.1	110

a. Taux départemental brut
b. Taux départemental standardisé sur la population mondiale
c. Taux national standardisé sur la population mondiale (estimation 2017)
d. Ratio standardisé par rapport à la France (si *, ratio significatif). Ratio non calculable si faibles effectifs.

Effectifs et taux spécifiques par classe d'âge (2016-2018)

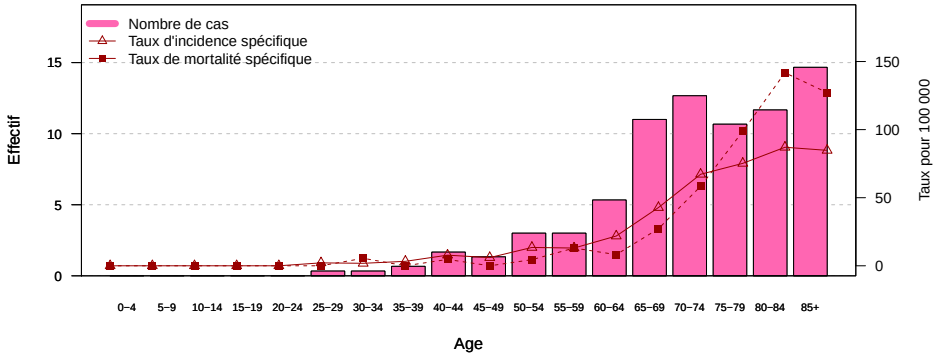

Figure 6.29 – Femmes : Incidence et mortalité par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

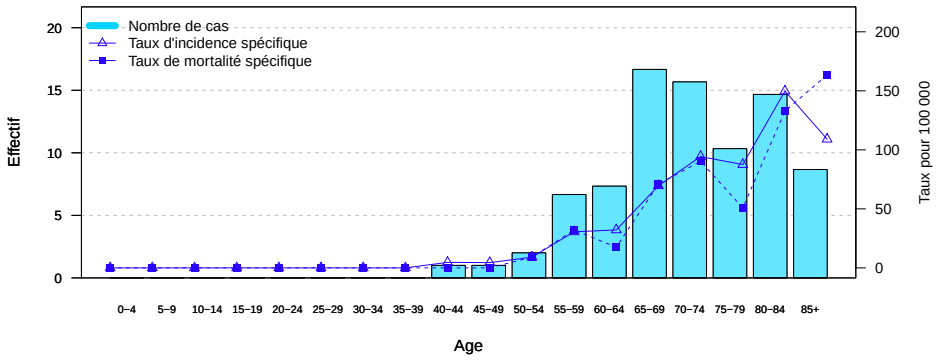

Figure 6.30 – Hommes : Incidence et mortalité par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

Evolution entre 1998 et 2018

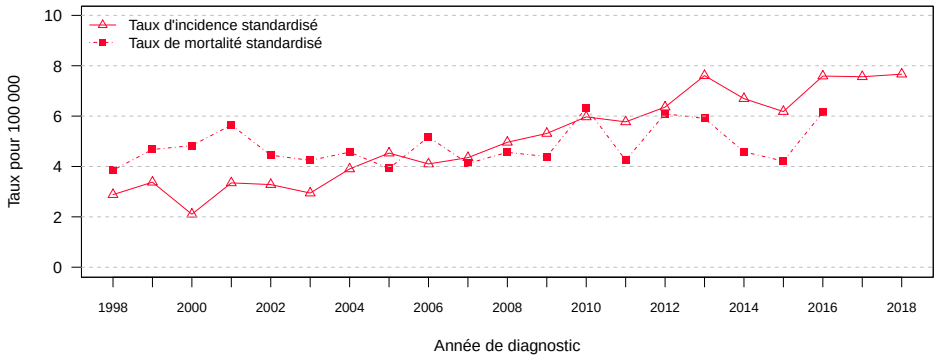

FIGURE 6.31 – Evolution de l'incidence et de la mortalité chez la femme entre 1998 et 2018

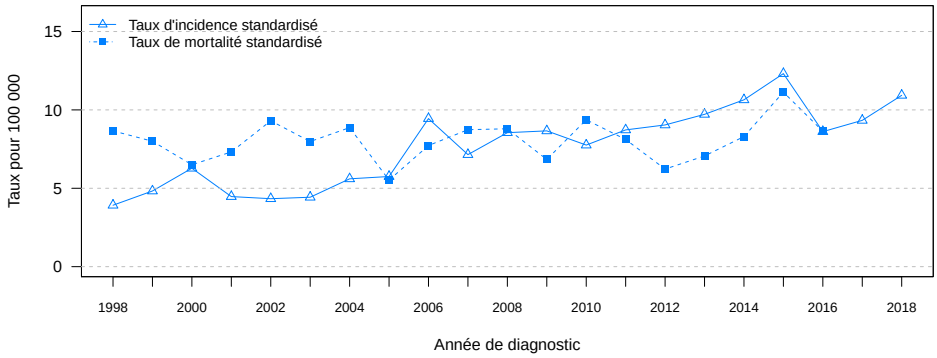

FIGURE 6.32 – Evolution de l'incidence et de la mortalité chez l'homme entre 1998 et 2018

Chapitre 7

Appareil respiratoire

7.1 Larynx

Les cancers du larynx représentaient 0.9% des nouveaux cas de cancer, 0.3% chez la femme et 1.4% chez l'homme. Le taux d'incidence standardisé était proche de l'estimation nationale chez les hommes (5.5/100 000).

Incidence et mortalité (2016-2018)

Table 7.1 – Incidence et mortalité (moyenne annuelle sur la période)

	Femmes					Hommes				
	Cas	Tb [a]	Ts [b]	TsFr [c]	RS [d]	Cas	Tb	Ts	TsFr	RS
Incidence	6	1.6	0.8	0.7		39	11.9	5.5	4.9	114.7
Mortalité	2	0.6	0.3	0.2		11	3.3	1.6	1.3	110

a. Taux départemental brut
b. Taux départemental standardisé sur la population mondiale
c. Taux national standardisé sur la population mondiale (estimation 2017)
d. Ratio standardisé par rapport à la France (si *, ratio significatif). Ratio non calculable si faibles effectifs.

Effectifs et taux spécifiques par classe d'âge (2016-2018)

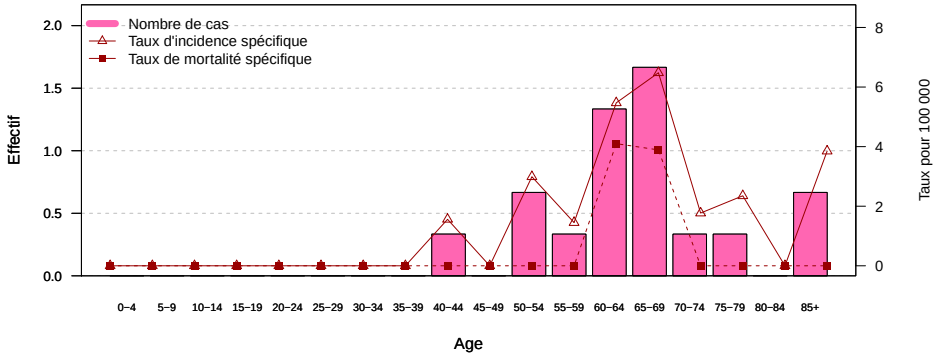

Figure 7.1 – Femmes : Incidence et mortalité par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

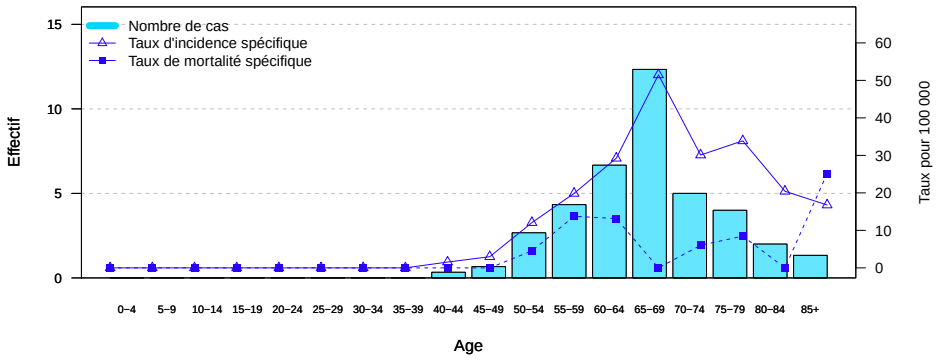

Figure 7.2 – Hommes : Incidence et mortalité par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

Evolution entre 1998 et 2018

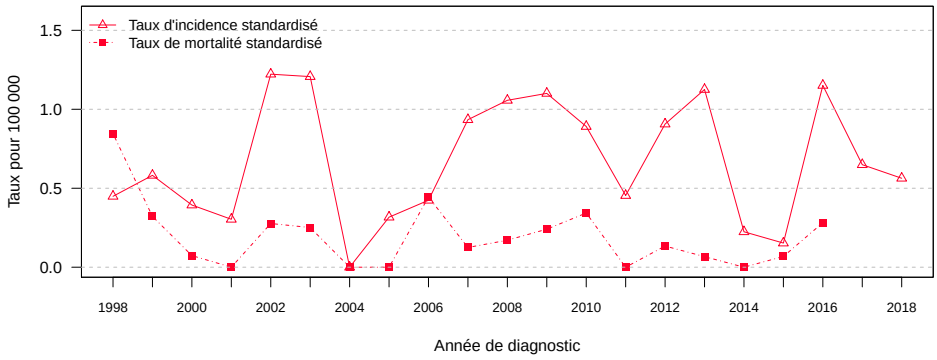

FIGURE 7.3 – Evolution de l'incidence et de la mortalité chez la femme entre 1998 et 2018

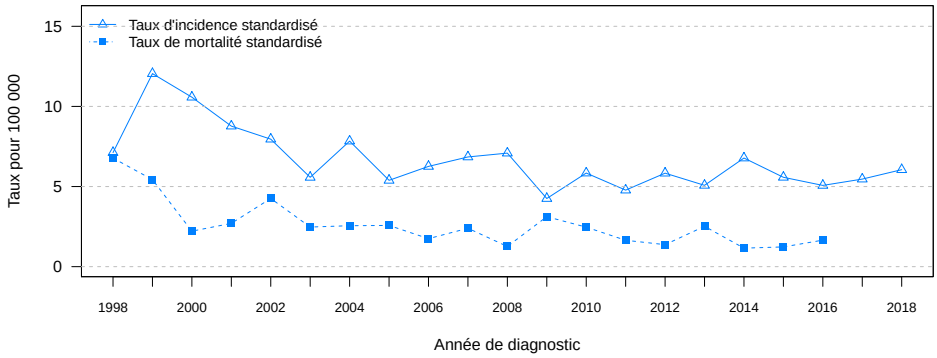

FIGURE 7.4 – Evolution de l'incidence et de la mortalité chez l'homme entre 1998 et 2018

7.2 Poumon

Les cancers du poumon représentaient 10.5% des nouveaux cas de cancer, 7.7% chez la femme et 12.5% chez l'homme. Le taux d'incidence standardisé était proche de l'estimation nationale chez les femmes (20.9/100 000 personnes-années), comme chez les hommes (48.3/100 000).

Incidence et mortalité (2016-2018)

TABLE 7.2 – Incidence et mortalité (moyenne annuelle sur la période)

	Femmes					Hommes				
	Cas	Tb [a]	Ts [b]	TsFr [c]	RS [d]	Cas	Tb	Ts	TsFr	RS
Incidence	156	44.9	20.9	22	94	352	106.7	48.3	50.6	93.4
Mortalité	94	27.1	11.3	13.6	80.3*	251	76.1	33.5	35.3	89.6

a. Taux départemental brut
b. Taux départemental standardisé sur la population mondiale
c. Taux national standardisé sur la population mondiale (estimation 2017)
d. Ratio standardisé par rapport à la France (si *, ratio significatif). Ratio non calculable si faibles effectifs.

Effectifs et taux spécifiques par classe d'âge (2016-2018)

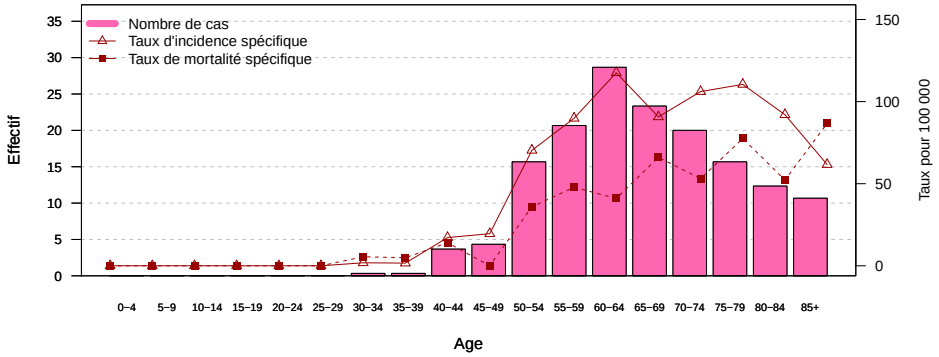

FIGURE 7.5 – Femmes : Incidence et mortalité par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

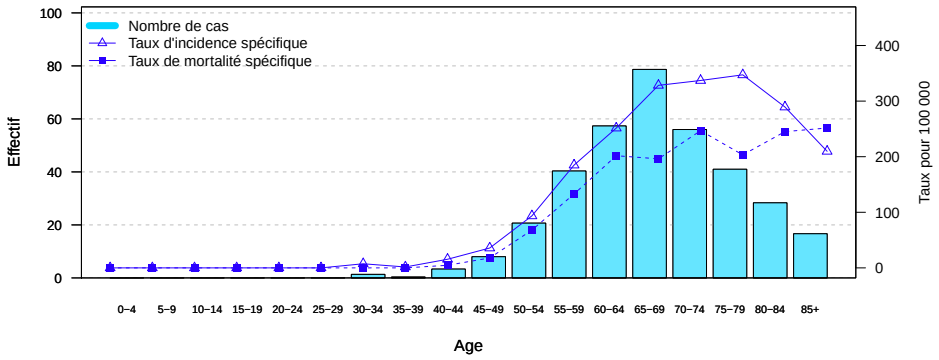

FIGURE 7.6 – Hommes : Incidence et mortalité par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

Evolution entre 1998 et 2018

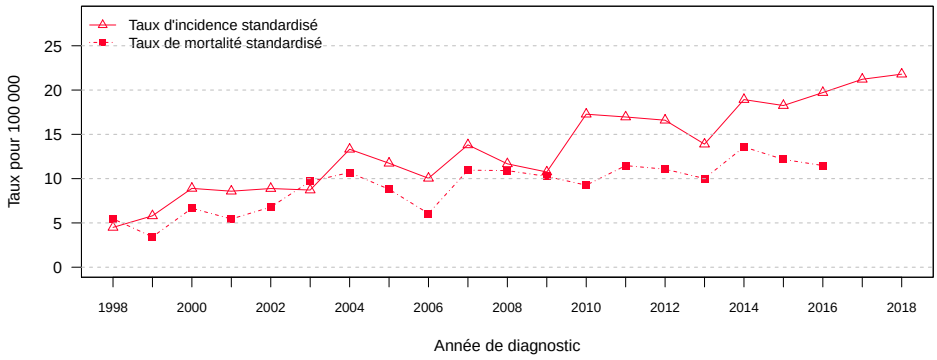

FIGURE 7.7 – Evolution de l'incidence et de la mortalité chez la femme entre 1998 et 2018

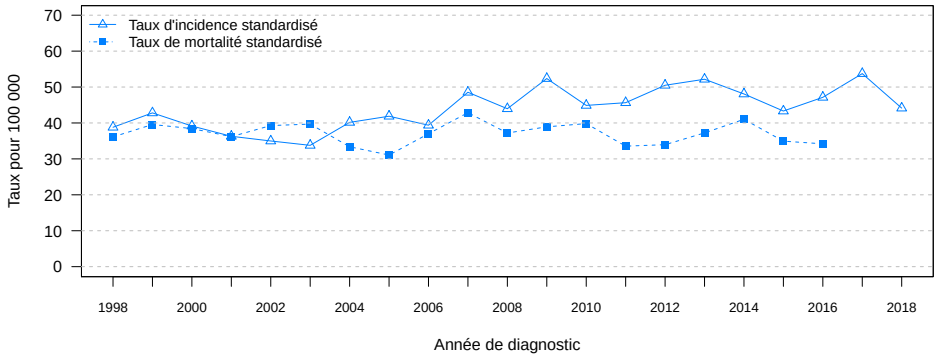

FIGURE 7.8 – Evolution de l'incidence et de la mortalité chez l'homme entre 1998 et 2018

7.3 Plèvre

Les cancers de la plèvre représentaient 0.2% des nouveaux cas de cancer, 0.1% chez la femme et 0.3% chez l'homme. Le taux d'incidence standardisé était de 0.3/100 000 personnes-années chez les femmes et de 0.7/100 000 chez les hommes. Il n'existe pas d'estimation nationale récente de l'incidence et de la mortalité du cancer de la plèvre (pour rappel, en 2005, en France, le taux d'incidence standardisé était de 0.4/100 000 chez les femmes et de 1.2/100 000 chez les hommes).

Incidence (2016-2018)

Table 7.3 – Incidence (moyenne annuelle sur la période)

	Femmes					Hommes				
	Cas	Tb [a]	Ts [b]	TsFr [c]	RS [d]	Cas	Tb	Ts	TsFr	RS
Incidence	3	0.8	0.3			9	2.6	0.7		

a. Taux départemental brut
b. Taux départemental standardisé sur la population mondiale
c. Taux national standardisé sur la population mondiale (estimation 2017)
d. Ratio standardisé par rapport à la France (si *, ratio significatif). Ratio non calculable si faibles effectifs.

Effectifs et taux spécifiques par classe d'âge (2016-2018)

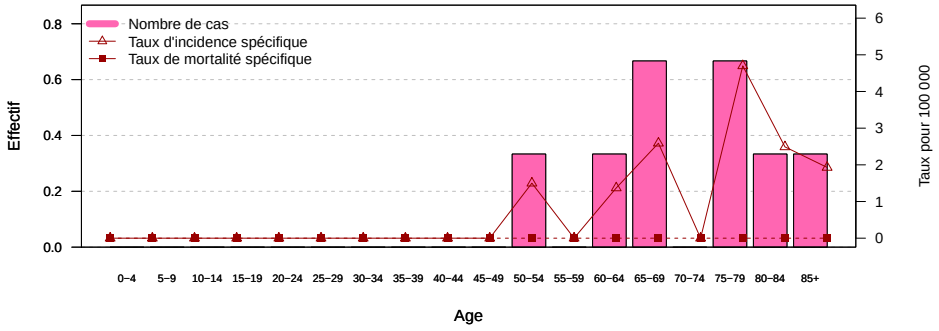

Figure 7.9 – Femmes : Incidence par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

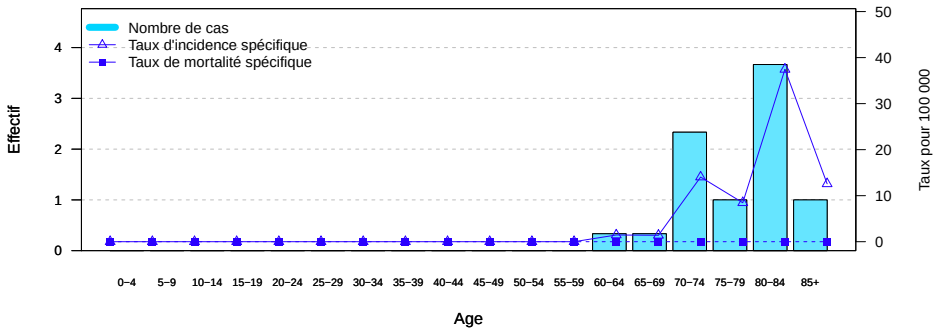

Figure 7.10 – Hommes : Incidence par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

Evolution entre 1998 et 2018

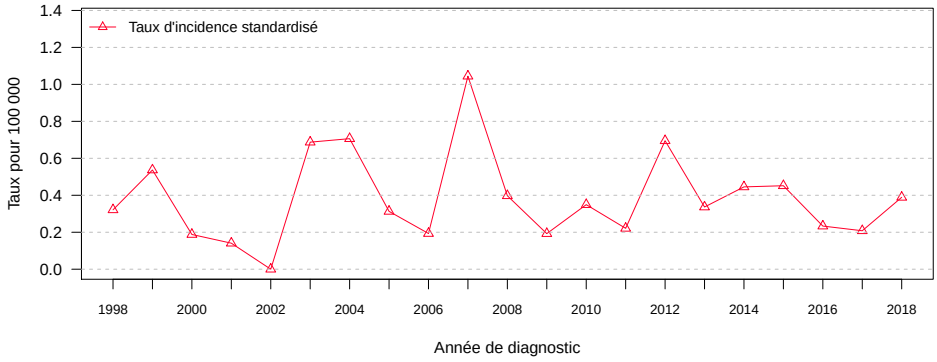

FIGURE 7.11 – Evolution de l'incidence chez la femme entre 1998 et 2018

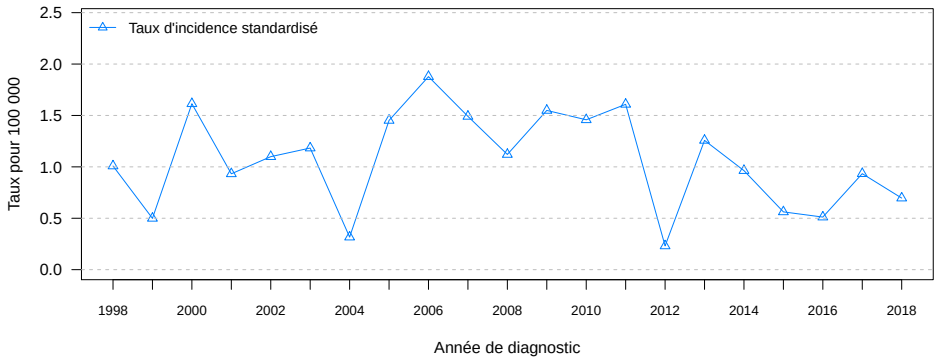

FIGURE 7.12 – Evolution de l'incidence chez l'homme entre 1998 et 2018

Chapitre 8

Cancers cutanés

8.1 Mélanome de la peau

Les mélanomes de la peau représentaient 3% des nouveaux cas de cancer, 3.7% chez la femme et 2.4% chez l'homme. Le taux d'incidence standardisé était proche de l'estimation nationale chez les femmes (11.7/100 000 personnes-années). Il était inférieur à l'estimation nationale chez les hommes (10.5/100 000).
Par ailleurs, 576 carcinomes épidermoïdes ont été enregistrés en moyenne par an, ainsi que 25 autres cancers de la peau (hors basocellulaires).

Incidence et mortalité (2016-2018)

TABLE 8.1 – Incidence et mortalité (moyenne annuelle sur la période)

	Femmes					Hommes				
	Cas	Tb [a]	Ts [b]	TsFr [c]	RS [d]	Cas	Tb	Ts	TsFr	RS
Incidence	76	21.8	11.7	13.8	92.7	67	20.4	10.5	13.7	75.3*
Mortalité	10	2.9	1	1	100	7	2.1	0.9	1.7	53.8

a. Taux départemental brut
b. Taux départemental standardisé sur la population mondiale
c. Taux national standardisé sur la population mondiale (estimation 2017)
d. Ratio standardisé par rapport à la France (si *, ratio significatif). Ratio non calculable si faibles effectifs.

Effectifs et taux spécifiques par classe d'âge (2016-2018)

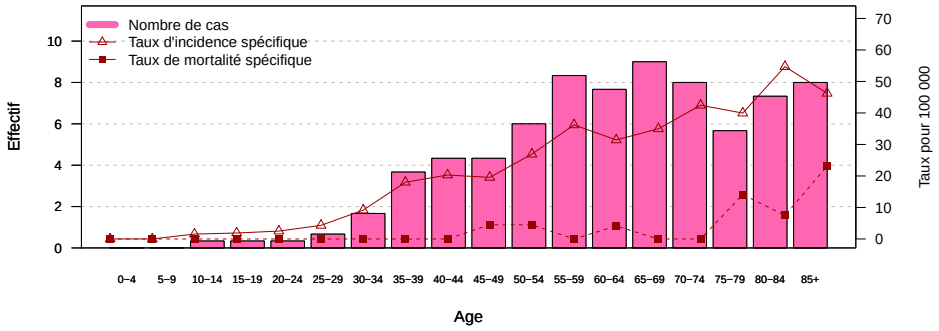

FIGURE 8.1 – Femmes : Incidence et mortalité par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

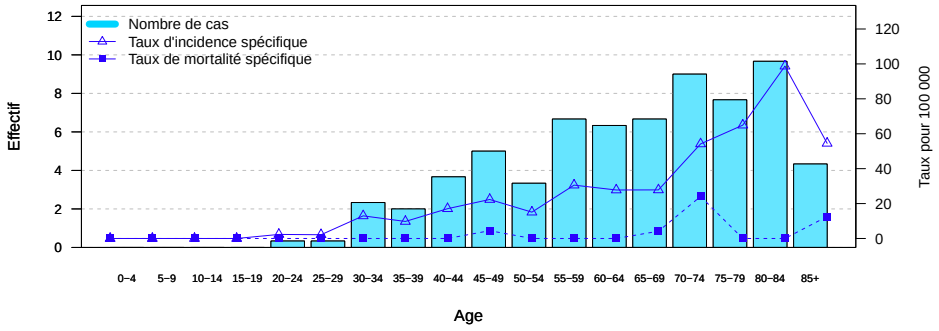

FIGURE 8.2 – Hommes : Incidence et mortalité par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

Evolution entre 1998 et 2018

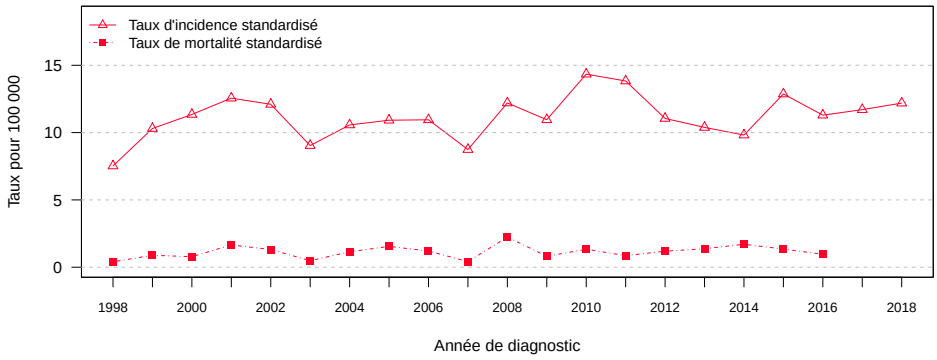

FIGURE 8.3 – Evolution de l'incidence et de la mortalité chez la femme entre 1998 et 2018

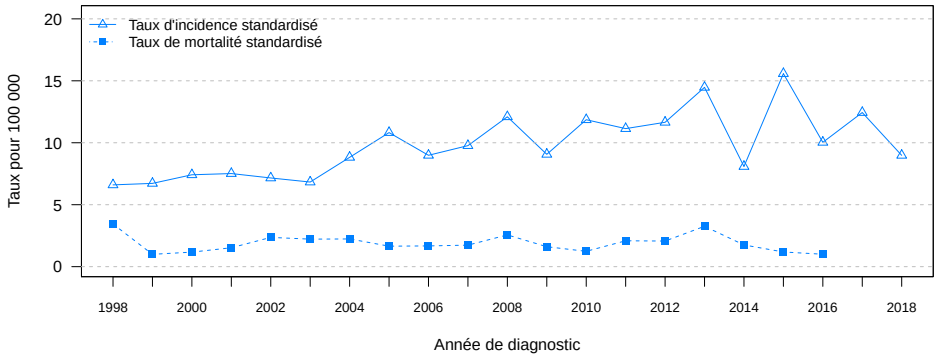

FIGURE 8.4 – Evolution de l'incidence et de la mortalité chez l'homme entre 1998 et 2018

Chapitre 9

Sein

9.1 Sein

Les cancers du sein représentaient 13.1% des nouveaux cas de cancer, 31.2% chez la femme et 0.1% chez l'homme. Le taux d'incidence standardisé était comparable à l'estimation nationale chez les femmes (95.3/100 000 personnes-années).
Par ailleurs, 69 cancers du sein in situ ont été enregistrés en moyenne par an (taux d'incidence standardisé de 11.8/100 000 personnes-années) chez les femmes.

Incidence et mortalité (2016-2018)

Table 9.1 – Incidence et mortalité (moyenne annuelle sur la période)

	Femmes					Hommes				
	Cas	Tb [a]	Ts [b]	TsFr [c]	RS [d]	Cas	Tb	Ts	TsFr	RS
Incidence	633	182.6	95.3	99.3	96.5	4	1.1	0.4		
Mortalité	139	40.1	14.3	14.2	96.5	7	2.1	0.7		

a. Taux départemental brut
b. Taux départemental standardisé sur la population mondiale
c. Taux national standardisé sur la population mondiale (estimation 2017)
d. Ratio standardisé par rapport à la France (si *, ratio significatif). Ratio non calculable si faibles effectifs.

Effectifs et taux spécifiques par classe d'âge (2016-2018)

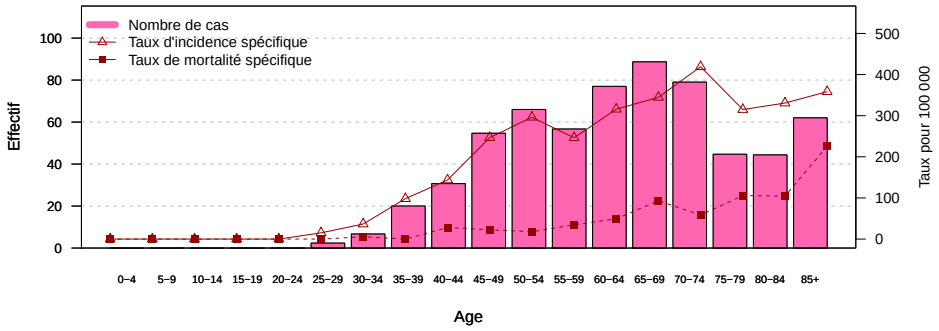

Figure 9.1 – Femmes : Incidence et mortalité par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

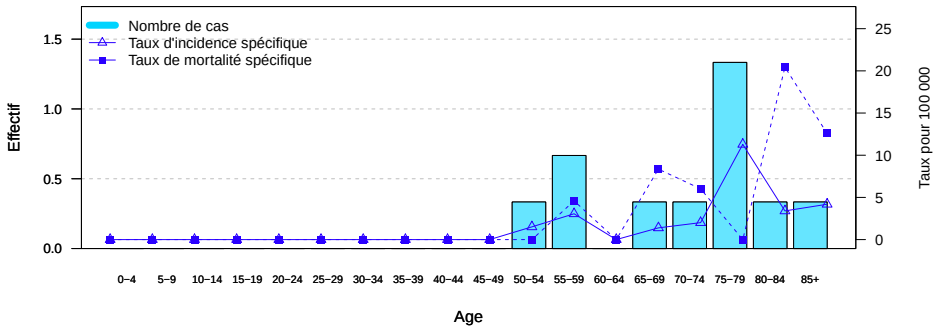

Figure 9.2 – Hommes : Incidence et mortalité par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

Evolution entre 1998 et 2018

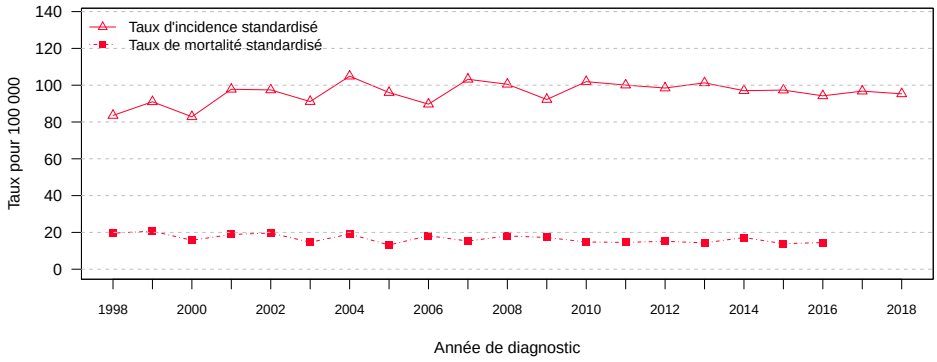

FIGURE 9.3 – Evolution de l'incidence et de la mortalité chez la femme entre 1998 et 2018

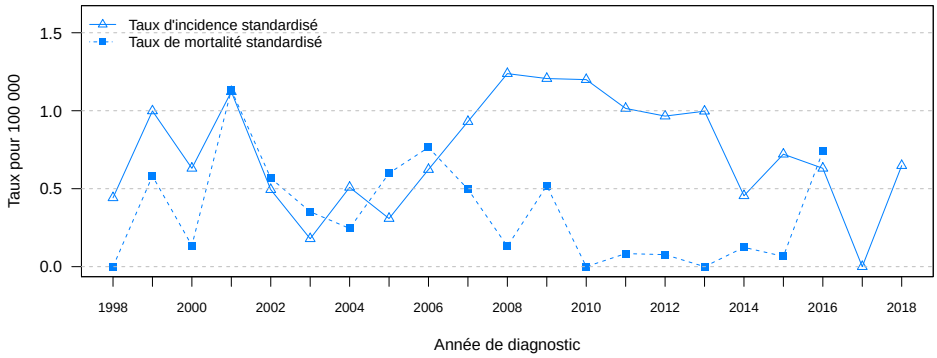

FIGURE 9.4 – Evolution de l'incidence et de la mortalité chez l'homme entre 1998 et 2018

Chapitre 10

Organes génitaux féminins

10.1 Col de l'utérus

Les cancers du col de l'utérus représentaient 1.4% des nouveaux cas de cancer chez la femme. Le taux d'incidence standardisé (5.3/100 000 personnes-années) était proche de l'estimation nationale.
Par ailleurs, 120 lésions pré-cancéreuses du col de l'utérus (in situ, CIN2-3 et CIN3) ont été enregistrées en moyenne par an.

Incidence et mortalité (2016-2018)

Table 10.1 – Incidence et mortalité (moyenne annuelle sur la période)

	Cas	Tb [a]	Ts [b]	TsFr [c]	RS [d]
Incidence	29	8.3	5.3	6.1	90.6
Mortalité	7	2.0	1.1	1.8	53.8

a. Taux départemental brut
b. Taux départemental standardisé sur la population mondiale
c. Taux national standardisé sur la population mondiale (estimation 2017)
d. Ratio standardisé par rapport à la France (si *, ratio significatif). Ratio non calculable si faibles effectifs.

Effectifs et taux spécifiques par classe d'âge (2016-2018)

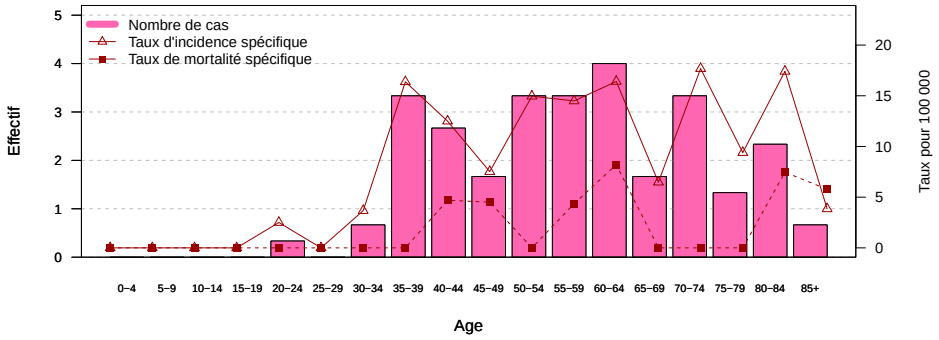

Figure 10.1 – Incidence et mortalité par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

Evolution entre 1998 et 2018

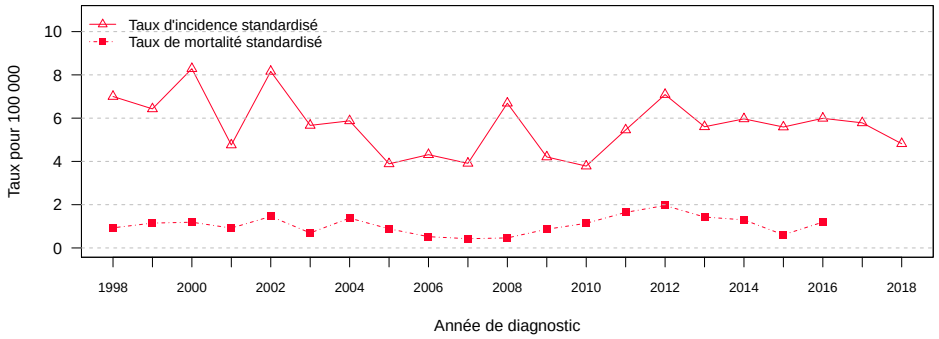

Figure 10.2 – Evolution de l'incidence et de la mortalité entre 1998 et 2018

10.2 Corps de l'utérus

Les cancers du corps de l'utérus représentaient 4.2% des nouveaux cas de cancer chez la femme. Le taux d'incidence standardisé (9.7/100 000 personnes-années) était proche de l'estimation nationale.

Incidence et mortalité (2016-2018)

TABLE 10.2 – Incidence et mortalité (moyenne annuelle sur la période)

	Cas	Tb [a]	Ts [b]	TsFr [c]	RS [d]
Incidence	86	24.8	9.7	11.0	88.7
Mortalité	17	4.9	1.1	2.3	58.6*

a. Taux départemental brut
b. Taux départemental standardisé sur la population mondiale
c. Taux national standardisé sur la population mondiale (estimation 2017)
d. Ratio standardisé par rapport à la France (si *, ratio significatif). Ratio non calculable si faibles effectifs.

Effectifs et taux spécifiques par classe d'âge (2016-2018)

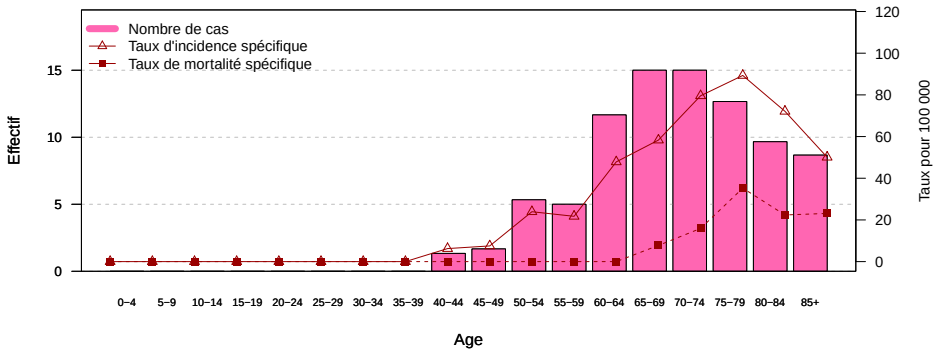

FIGURE 10.3 – Incidence et mortalité par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

Evolution entre 1998 et 2018

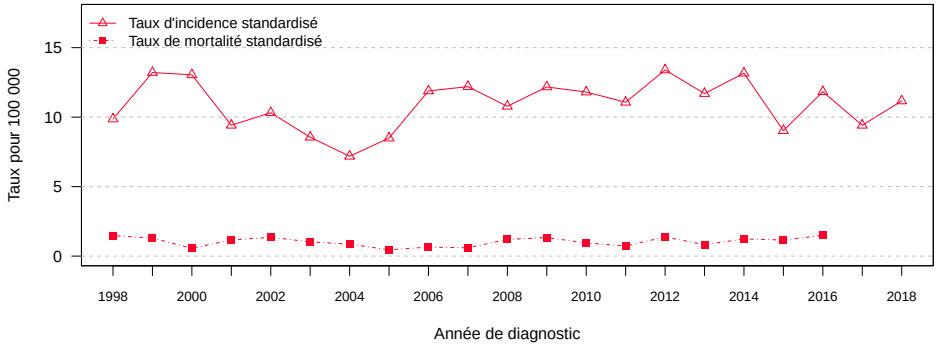

FIGURE 10.4 – Evolution de l'incidence et de la mortalité entre 1998 et 2018

10.3 Ovaire

Les cancers de l'ovaire représentaient 3.1% des nouveaux cas de cancer chez la femme. Le taux d'incidence standardisé (7.2/100 000 personnes-années) était proche de l'estimation nationale.

Incidence et mortalité (2016-2018)

TABLE 10.3 – Incidence et mortalité (moyenne annuelle sur la période)

	Cas	Tb [a]	Ts [b]	TsFr [c]	RS [d]
Incidence	62	17.8	7.2	7.5	101.6
Mortalité	39	11.3	3.7	3.9	92.9

a. Taux départemental brut
b. Taux départemental standardisé sur la population mondiale
c. Taux national standardisé sur la population mondiale (estimation 2017)
d. Ratio standardisé par rapport à la France (si *, ratio significatif). Ratio non calculable si faibles effectifs.

Effectifs et taux spécifiques par classe d'âge (2016-2018)

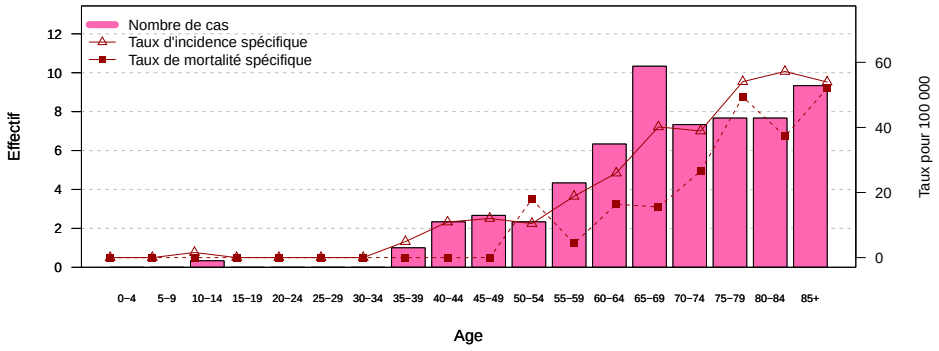

FIGURE 10.5 – Incidence et mortalité par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

Evolution entre 1998 et 2018

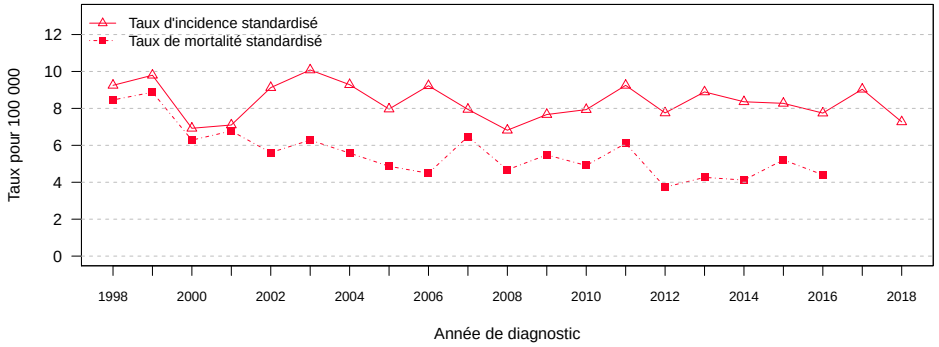

FIGURE 10.6 – Evolution de l'incidence et de la mortalité entre 1998 et 2018

Chapitre 11

Organes génitaux masculins

11.1 Prostate

Les cancers de la prostate représentaient 26.2% des nouveaux cas de cancer chez l'homme. Le taux d'incidence standardisé (91/100 000) était supérieur à l'estimation nationale.

Incidence et mortalité (2016-2018)

TABLE 11.1 – Incidence et mortalité (moyenne annuelle sur la période)

	Cas	Tb [a]	Ts [b]	TsFr [c]	RS [d]
Incidence	736	223.0	91.0	81.5	112.5*
Mortalité	115	34.9	9.0	8.9	102.7

a. Taux départemental brut
b. Taux départemental standardisé sur la population mondiale
c. Taux national standardisé sur la population mondiale (estimation 2015)
d. Ratio standardisé par rapport à la France (si *, ratio significatif). Ratio non calculable si faibles effectifs.

Effectifs et taux spécifiques par classe d'âge (2016-2018)

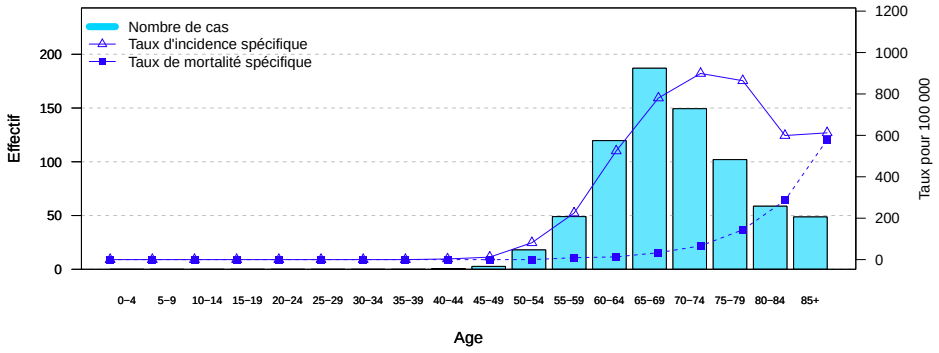

FIGURE 11.1 – Incidence et mortalité par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

Evolution entre 1998 et 2018

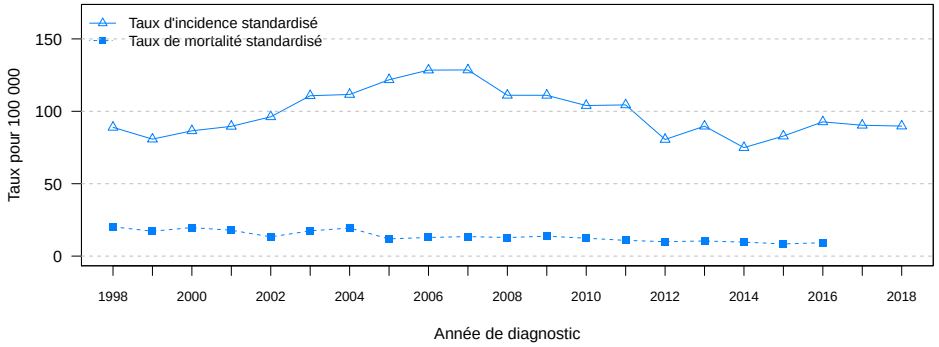

FIGURE 11.2 – Evolution de l'incidence et de la mortalité entre 1998 et 2018

11.2 Testicule

Les cancers du testicule représentaient 1% des nouveaux cas de cancer chez l'homme. Le taux d'incidence standardisé (10/100 000) était proche de l'estimation nationale.

Incidence et mortalité (2016-2018)

TABLE 11.2 – Incidence et mortalité (moyenne annuelle sur la période)

	Cas	Tb [a]	Ts [b]	TsFr [c]	RS [d]
Incidence	29	8.8	10.0	8.5	111.5
Mortalité	1	0.3	0.3	0.2	100

a. Taux départemental brut
b. Taux départemental standardisé sur la population mondiale
c. Taux national standardisé sur la population mondiale (estimation 2017)
d. Ratio standardisé par rapport à la France (si *, ratio significatif). Ratio non calculable si faibles effectifs.

Effectifs et taux spécifiques par classe d'âge (2016-2018)

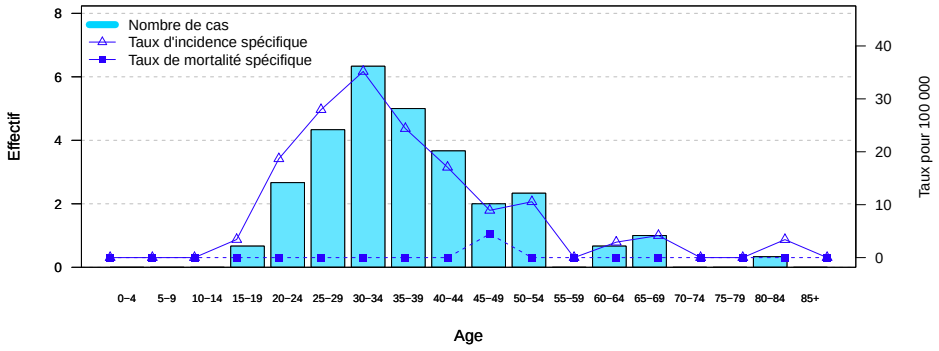

FIGURE 11.3 – Incidence et mortalité par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

Evolution entre 1998 et 2018

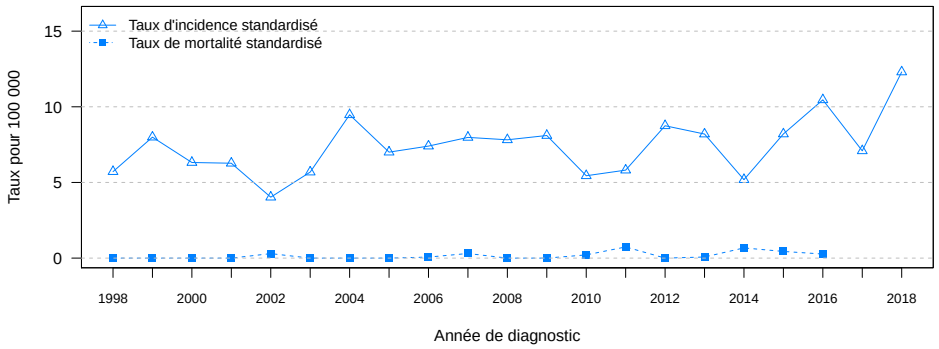

FIGURE 11.4 – Evolution de l'incidence et de la mortalité entre 1998 et 2018

Chapitre 12

Appareil urinaire

12.1 Rein

Les cancers du parenchyme rénal représentaient 3.3% des nouveaux cas de cancer, 2.4% chez la femme et 3.9% chez l'homme. Le taux d'incidence standardisé était proche de l'estimation nationale chez les femmes (6.2/100 000), comme chez les hommes (15.9/100 000). Il n'existe pas d'estimation nationale de mortalité pour les cancers du parenchyme rénal.

Incidence (2016-2018)

Table 12.1 – Incidence (moyenne annuelle sur la période)

	Femmes					Hommes				
	Cas	Tb [a]	Ts [b]	TsFr [c]	RS [d]	Cas	Tb	Ts	TsFr	RS
Incidence	49	14.1	6.2	6.4	96.1	109	32.9	15.9	15	104.8

a. Taux départemental brut
b. Taux départemental standardisé sur la population mondiale
c. Taux national standardisé sur la population mondiale (estimation 2017)
d. Ratio standardisé par rapport à la France (si *, ratio significatif). Ratio non calculable si faibles effectifs.

Effectifs et taux spécifiques par classe d'âge (2016-2018)

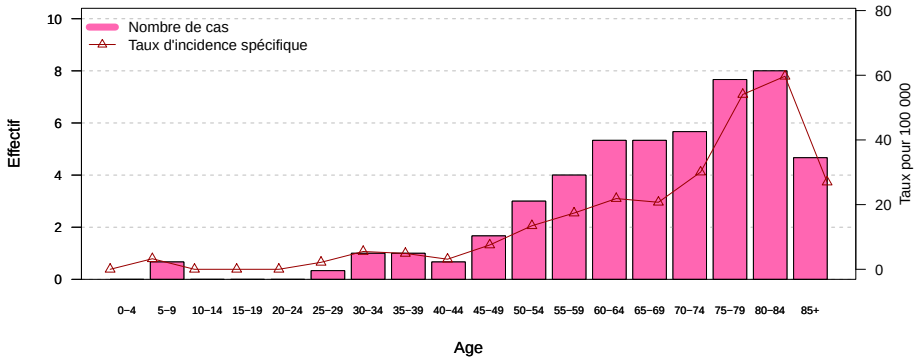

Figure 12.1 – Femmes : Incidence par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

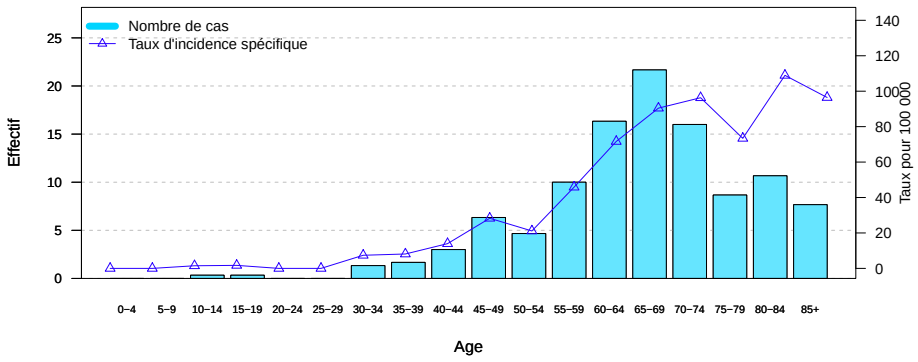

Figure 12.2 – Hommes : Incidence par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

Evolution entre 1998 et 2018

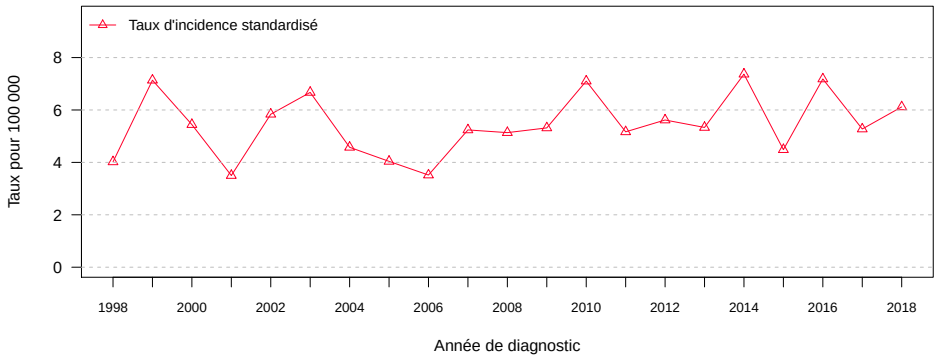

FIGURE 12.3 – Evolution de l'incidence chez la femme entre 1998 et 2018

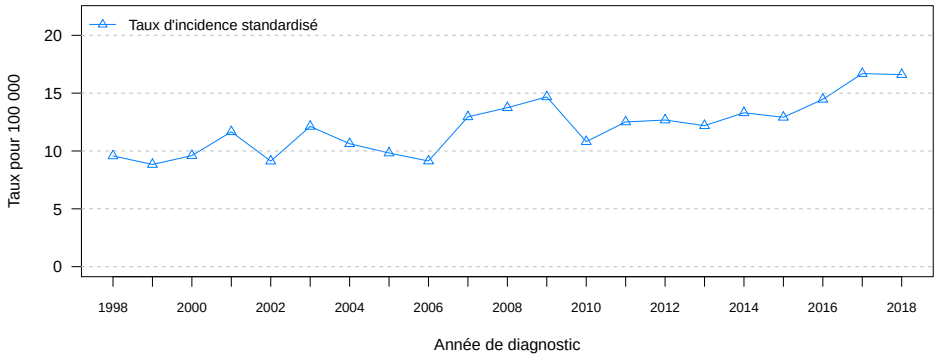

FIGURE 12.4 – Evolution de l'incidence chez l'homme entre 1998 et 2018

12.2 Vessie

Les cancers de la vessie représentaient 3.1% des nouveaux cas de cancer, 1.2% chez la femme et 4.5% chez l'homme. Le taux d'incidence standardisé était proche de l'estimation nationale chez les femmes (1.9/100 000) et chez les hommes (13.7/100 000).

Incidence et mortalité (2016-2018)

Table 12.2 – Incidence et mortalité (moyenne annuelle sur la période)

	Femmes					Hommes				
	Cas	Tb [a]	Ts [b]	TsFr [c]	RS [d]	Cas	Tb	Ts	TsFr	RS
Incidence	24	7	1.9	2.3	82.8	126	38.1	13.7	14.3	96.2
Mortalité	11	3.2	0.7	0.9	73.3	50	15.2	5.4	4.7	98

a. Taux départemental brut
b. Taux départemental standardisé sur la population mondiale
c. Taux national standardisé sur la population mondiale (estimation 2017)
d. Ratio standardisé par rapport à la France (si *, ratio significatif). Ratio non calculable si faibles effectifs.

Effectifs et taux spécifiques par classe d'âge (2016-2018)

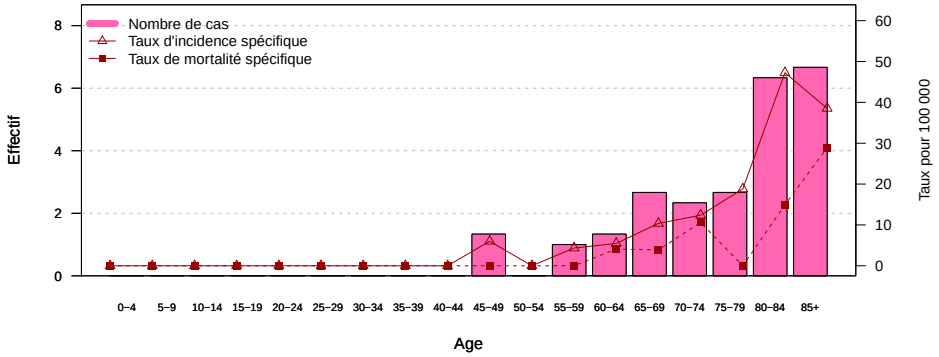

Figure 12.5 – Femmes : Incidence et mortalité par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

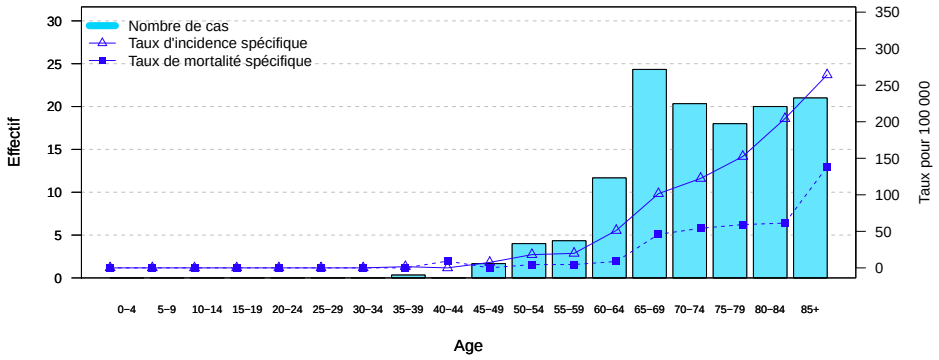

Figure 12.6 – Hommes : Incidence et mortalité par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

Evolution entre 1998 et 2018

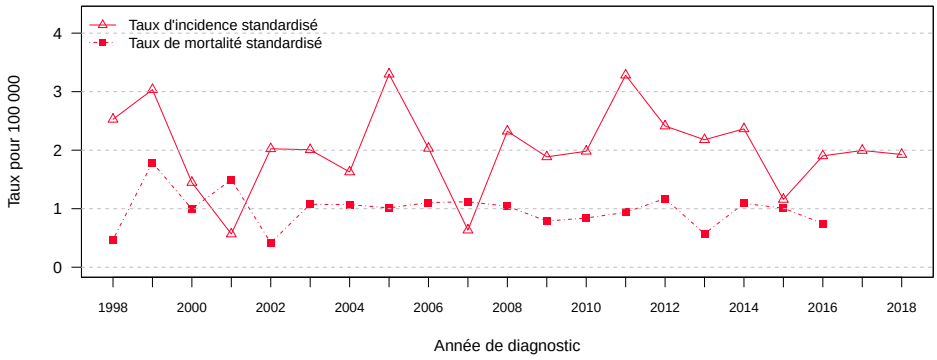

FIGURE 12.7 – Evolution de l'incidence et de la mortalité chez la femme entre 1998 et 2018

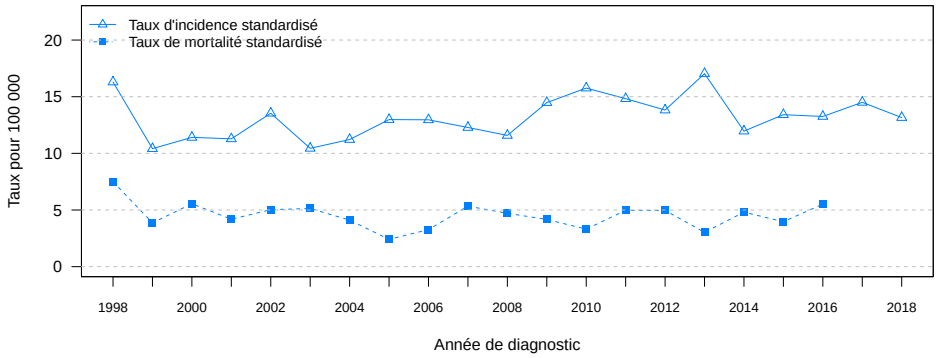

FIGURE 12.8 – Evolution de l'incidence et de la mortalité chez l'homme entre 1998 et 2018

Chapitre 13

Système nerveux central

13.1 Système nerveux central

Les cancers du système nerveux central représentaient 1.3% des nouveaux cas de cancer, 1.4% chez la femme et 1.2% chez l'homme. Le taux d'incidence standardisé était proche de l'estimation nationale chez les femmes (3.8/100 000), comme chez les hommes (6/100 000).
Par ailleurs, 77 tumeurs bénignes du système nerveux central ont été enregistrées en moyenne par an.

Incidence et mortalité (2016-2018)

Table 13.1 – Incidence et mortalité (moyenne annuelle sur la période)

	Femmes					Hommes				
	Cas	Tb [a]	Ts [b]	TsFr [c]	RS [d]	Cas	Tb	Ts	TsFr	RS
Incidence	28	8.1	3.8	4.5	96.6	34	10.4	6	6.6	89.5
Mortalité	11	3.2	1.5	2.7	55	16	4.9	2.8	4.2	59.3*

a. Taux départemental brut
b. Taux départemental standardisé sur la population mondiale
c. Taux national standardisé sur la population mondiale (estimation 2017)
d. Ratio standardisé par rapport à la France (si *, ratio significatif). Ratio non calculable si faibles effectifs.

Effectifs et taux spécifiques par classe d'âge (2016-2018)

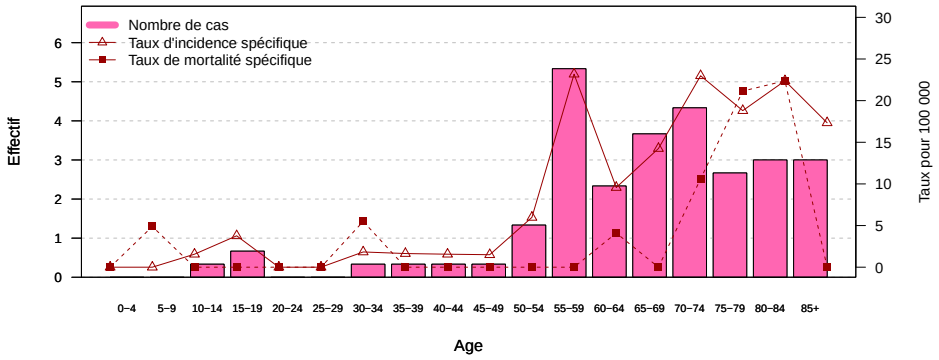

Figure 13.1 – Femmes : Incidence et mortalité par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

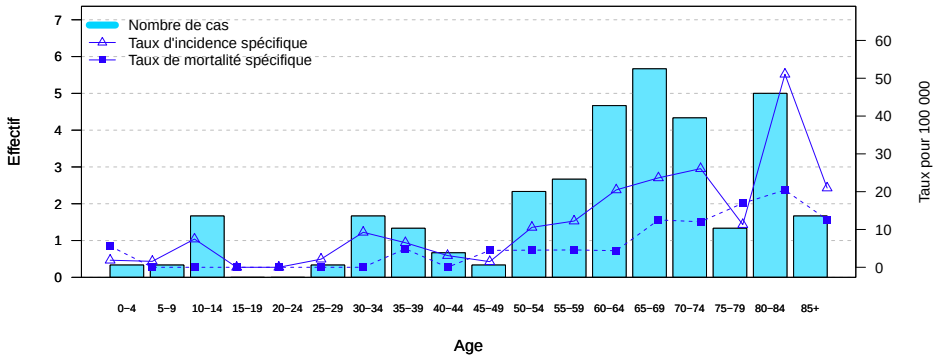

Figure 13.2 – Hommes : Incidence et mortalité par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

Evolution entre 1998 et 2018

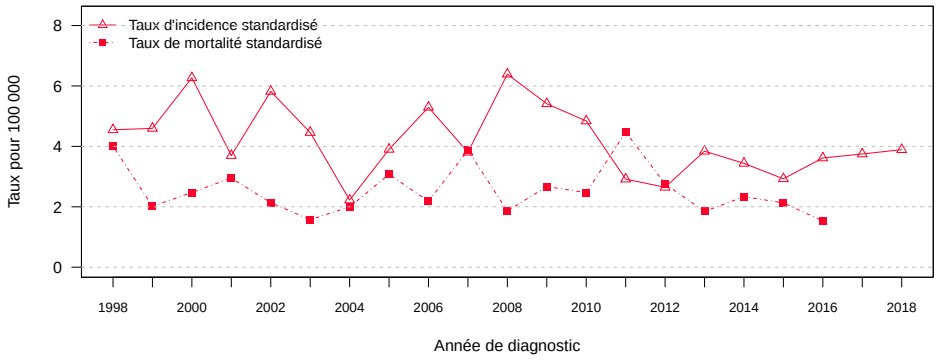

FIGURE 13.3 – Evolution de l'incidence et de la mortalité chez la femme entre 1998 et 2018

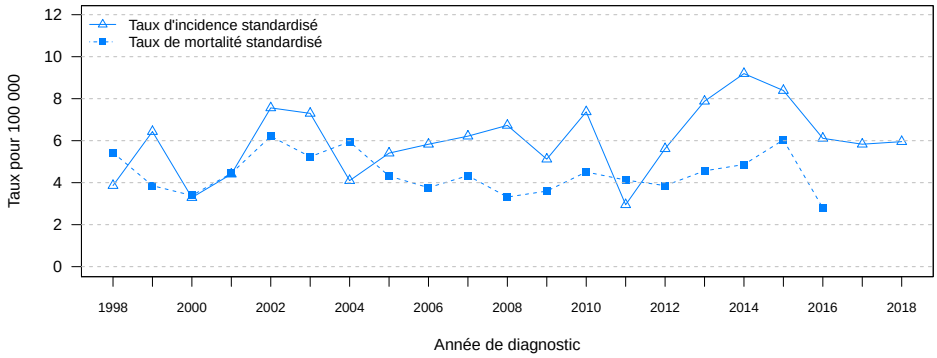

FIGURE 13.4 – Evolution de l'incidence et de la mortalité chez l'homme entre 1998 et 2018

Chapitre 14

Thyroïde

14.1 Thyroïde

Les cancers de la thyroïde représentaient 2.2% des nouveaux cas de cancer, 3.9% chez la femme et 0.9% chez l'homme. Le taux d'incidence standardisé était proche de l'estimation nationale chez les femmes (19.1/100 000), comme chez les hommes (5/100 000).

Incidence et mortalité (2016-2018)

Table 14.1 – Incidence et mortalité (moyenne annuelle sur la période)

	Femmes					Hommes				
	Cas	Tb [a]	Ts [b]	TsFr [c]	RS [d]	Cas	Tb	Ts	TsFr	RS
Incidence	80	23.2	19.1	18.1	96.4	25	7.6	5	5.5	86.2
Mortalité	6	1.7	0.3	0.2	200	2	0.6	0.2	0.2	100

a. Taux départemental brut
b. Taux départemental standardisé sur la population mondiale
c. Taux national standardisé sur la population mondiale (estimation 2017)
d. Ratio standardisé par rapport à la France (si *, ratio significatif). Ratio non calculable si faibles effectifs.

Effectifs et taux spécifiques par classe d'âge (2016-2018)

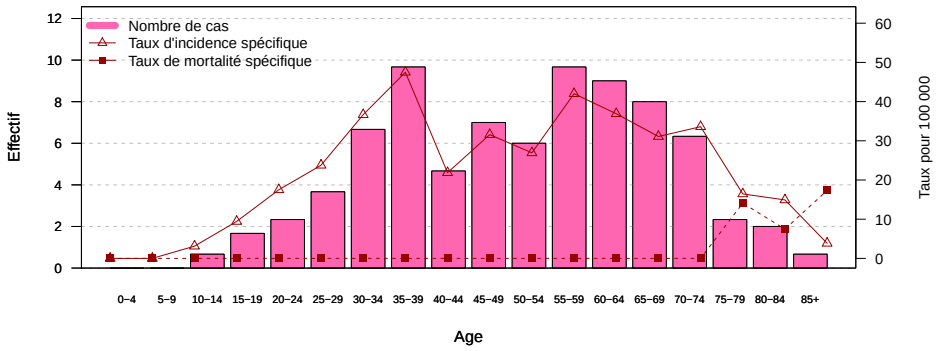

Figure 14.1 – Femmes : Incidence et mortalité par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

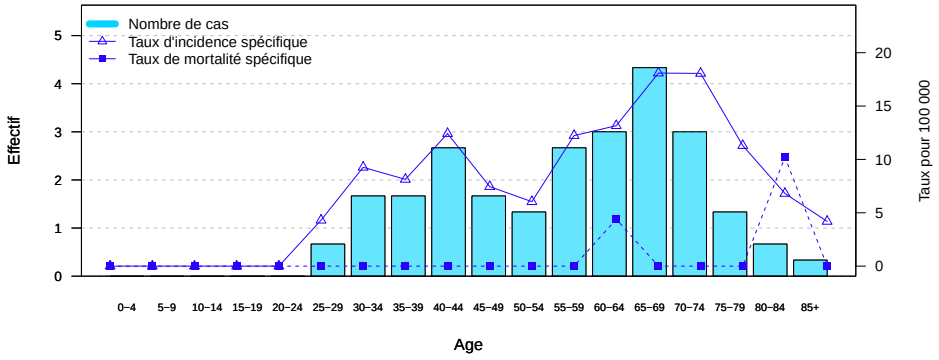

Figure 14.2 – Hommes : Incidence et mortalité par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

Evolution entre 1998 et 2018

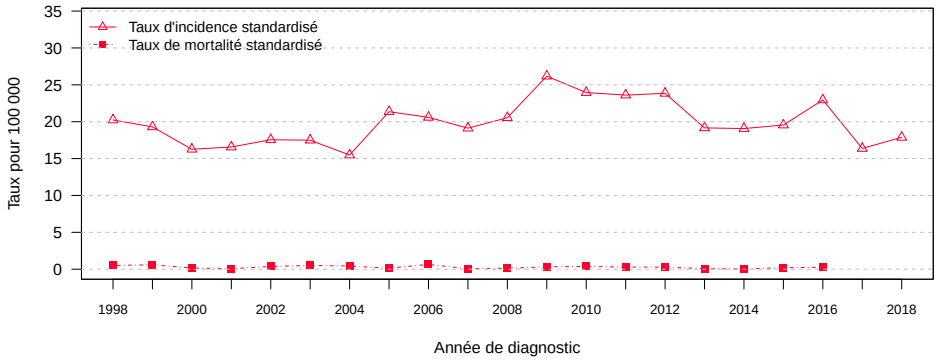

FIGURE 14.3 – Evolution de l'incidence et de la mortalité chez la femme entre 1998 et 2018

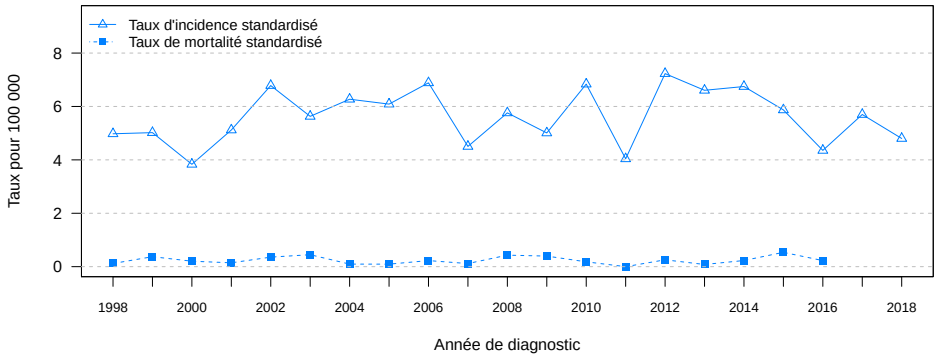

FIGURE 14.4 – Evolution de l'incidence et de la mortalité chez l'homme entre 1998 et 2018

Chapitre 15

Hémopathies malignes - Lymphome de Hodgkin classique

15.1 Lymphome de Hodgkin classique

Le lymphome de Hodgkin classique représentait 0.5% des nouveaux cas de cancer, 0.8% chez la femme et 0.3% chez l'homme. Le taux d'incidence standardisé était supérieure à l'estimation nationale chez les femmes (5.6/100 000). Il était proche de l'estimation nationale chez les hommes (3/100 000).

Incidence (2016-2018)

Table 15.1 – Incidence (moyenne annuelle sur la période)

	Femmes					Hommes				
	Cas	Tb [a]	Ts [b]	TsFr [c]	RS [d]	Cas	Tb	Ts	TsFr	RS
Incidence	16	4.6	5.6	2.7	177.8*	9	2.8	3	3.6	69.2

a. Taux départemental brut
b. Taux départemental standardisé sur la population mondiale
c. Taux national standardisé sur la population mondiale (estimation 2017)
d. Ratio standardisé par rapport à la France (si *, ratio significatif). Ratio non calculable si faibles effectifs.

Effectifs et taux spécifiques par classe d'âge (2016-2018)

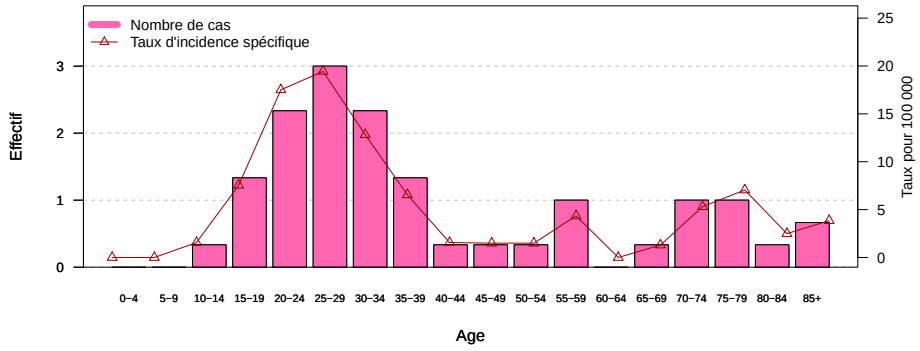

Figure 15.1 – Femmes : Incidence par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

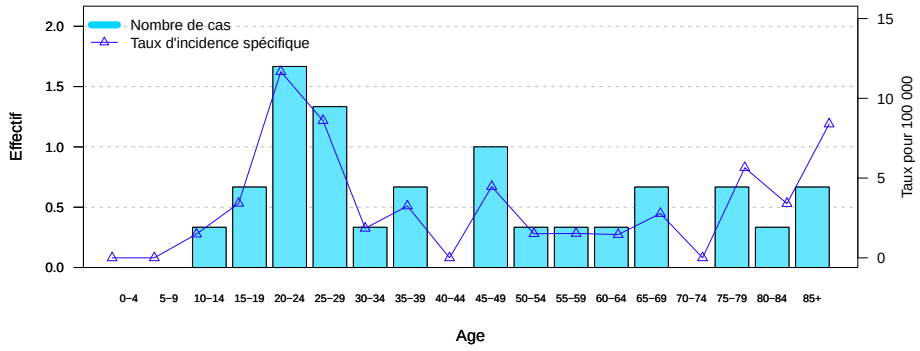

Figure 15.2 – Hommes : Incidence par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

Evolution entre 1998 et 2018

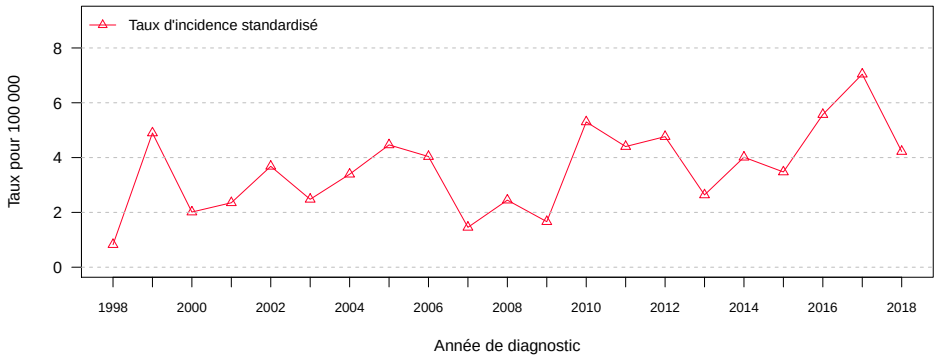

FIGURE 15.3 – Evolution de l'incidence chez la femme entre 1998 et 2018

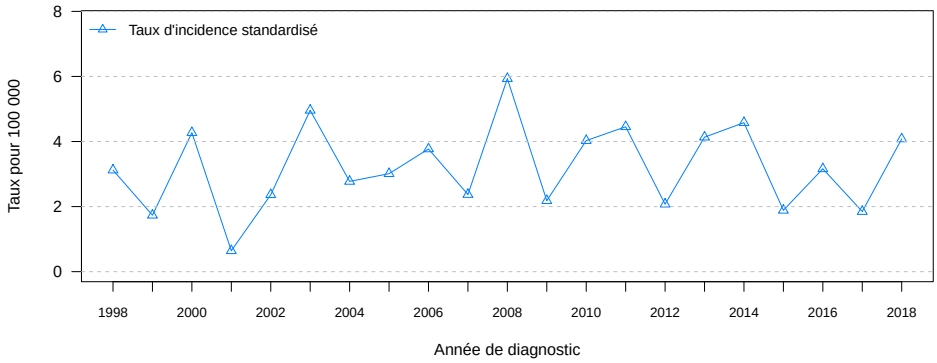

FIGURE 15.4 – Evolution de l'incidence chez l'homme entre 1998 et 2018

Chapitre 16

Hémopathies malignes - Lymphomes non hodgkiniens

16.1 Lymphomes non hodgkiniens

Les lymphomes non hodgkiniens représentaient 8.3% des nouveaux cas de cancer, 8.1% chez la femme et 8.5% chez l'homme. Le taux d'incidence standardisé était proche de l'estimation nationale chez les femmes (17.8/100 000), et supérieur à l'estimation nationale chez les hommes (32.6/100 000).

Incidence par localisation (2016-2018)

Hommes et femmes

Table 16.1 – Incidence par localisation, tous sexes confondus (moyenne annuelle sur la période)

	Cas	FreqRel	TIb	TIs	TIc64	TIc74
LNH - LLC / lymph. lymphocytique	80	1.7	11.8	4.20	0.19	0.5
LNH - Lymphome folliculaire	33	0.7	4.9	2.20	0.11	0.3
LNH - Lymphome diffus à grandes cellules B	66	1.4	9.7	4.20	0.21	0.4
LNH - Lymphome à cellules du manteau	9	0.2	1.4	0.60	0.04	0.1
LNH - Lymphome de Burkitt	2	0.0	0.2	0.30	0.02	0.0
LNH - Lymphome de la zone marginale	31	0.6	4.6	1.60	0.08	0.2
LNH - Myélome / Plasmocytome	77	1.6	11.3	4.20	0.19	0.5
LNH - LLP / Maladie de Waldenström	27	0.6	4.0	1.40	0.04	0.2
LNH - Leucémie à tricholeucocytes	4	0.1	0.5	0.40	0.03	0.0
LNH - Lymphome T/NK à cellules matures	23	0.5	3.4	1.70	0.10	0.2
LNH - Leucémie/lymph. lymphoblastique	9	0.2	1.3	1.80	0.10	0.1

FreqRel : Fréquence relative
TIb : Taux d'incidence brut
TIs : Taux d'incidence standardisé sur la population mondiale
TIc64 : Taux d'incidence cumulé à 65 ans
TIc74 : Taux d'incidence cumulé à 75 ans

Femmes

Table 16.2 – Incidence par localisation chez la femme (moyenne annuelle sur la période) et comparaison avec l'incidence nationale

	Cas	FreqRel	TIb	TIs	TIsFr	SIR
LNH - LLC / lymph. lymphocytique	30	1.5	8.6	3.0	2.2	130.4
LNH - Lymphome folliculaire	14	0.7	4.0	1.4	2.0	87.5
LNH - Lymphome diffus à grandes cellules B	26	1.3	7.4	3.1	3.2	100
LNH - Lymphome à cellules du manteau	3	0.1	0.8	0.3	0.2	-
LNH - Lymphome de Burkitt	0	0.0	0.1	0.0	0.2	-
LNH - Lymphome de la zone marginale	14	0.7	4.1	1.2	1.6	93.3
LNH - Myélome / Plasmocytome	37	1.8	10.6	3.5	2.9	119.4
LNH - LLP / Maladie de Waldenström	9	0.4	2.5	0.8	0.5	-
LNH - Leucémie à tricholeucocytes	1	0.0	0.3	0.2	0.1	-
LNH - Lymphome T/NK à cellules matures	9	0.4	2.5	1.2	1.3	100
LNH - Leucémie/lymph. lymphoblastique	4	0.2	1.3	1.4	1.5	100

Hommes

Table 16.3 – Incidence par localisation chez l'homme (moyenne annuelle sur la période) et comparaison avec l'incidence nationale

	Cas	FreqRel	TIb	TIs	TIsFr	SIR
LNH - LLC / lymph. lymphocytique	50	1.8	15.2	5.7	4.1	147.1*
LNH - Lymphome folliculaire	19	0.7	5.8	3.0	2.9	100
LNH - Lymphome diffus à grandes cellules B	40	1.4	12.1	5.4	4.6	121.2
LNH - Lymphome à cellules du manteau	7	0.2	2.0	1.0	1.0	-
LNH - Lymphome de Burkitt	1	0.0	0.4	0.6	0.5	-
LNH - Lymphome de la zone marginale	17	0.6	5.2	2.0	2.2	100
LNH - Myélome / Plasmocytome	40	1.4	12.1	5.0	4.1	117.6
LNH - LLP / Maladie de Waldenström	18	0.6	5.6	2.0	1.2	163.6
LNH - Leucémie à tricholeucocytes	3	0.1	0.8	0.6	0.5	-
LNH - Lymphome T/NK à cellules matures	14	0.5	4.2	2.2	1.8	116.7
LNH - Leucémie/lymph. lymphoblastique	5	0.2	1.4	2.2	2.0	100

FreqRel : Fréquence relative

TIb : Taux départemental d'incidence brut

TIs : Taux départemental d'incidence standardisé sur la population mondiale

TIsFr : Taux national d'incidence standardisé sur la population mondiale (estimation 2017)

SIR : Ratio standardisé d'incidence (si *, ratio significatif). Ratio non calculable si faibles effectifs.

16.1.1 Leucémie lymphoïde chronique et lymphome lymphocytique

La leucémie lymphoïde chronique et le lymphome lymphocytique représentaient 1.7% des nouveaux cas de cancer, 1.5% chez la femme et 1.8% chez l'homme. Le taux d'incidence standardisé était proche de l'estimation nationale chez les femmes (3/100 000). Il était supérieur à l'estimation nationale chez les hommes (5.7/100 000).

Incidence (2016-2018)

TABLE 16.4 – Incidence (moyenne annuelle sur la période)

	Femmes					Hommes				
	Cas	Tb [a]	Ts [b]	TsFr [c]	RS [d]	Cas	Tb	Ts	TsFr	RS
Incidence	30	8.6	3	2.2	130.4	50	15.2	5.7	4.1	147.1*

a. Taux départemental brut
b. Taux départemental standardisé sur la population mondiale
c. Taux national standardisé sur la population mondiale (estimation 2017)
d. Ratio standardisé par rapport à la France (si *, ratio significatif). Ratio non calculable si faibles effectifs.

Effectifs et taux spécifiques par classe d'âge (2016-2018)

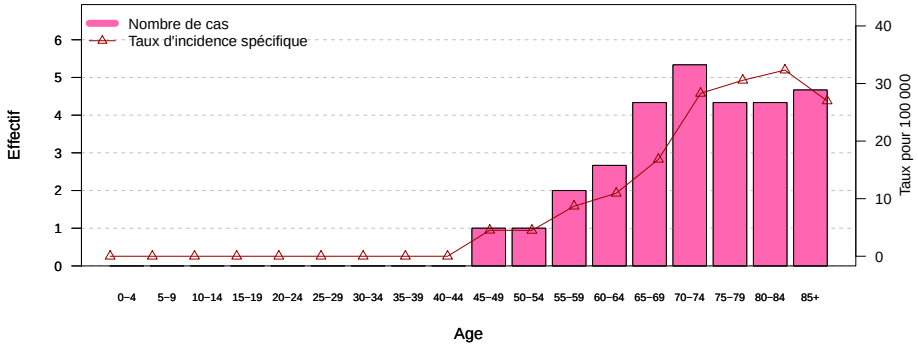

FIGURE 16.1 – Femmes : Incidence par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

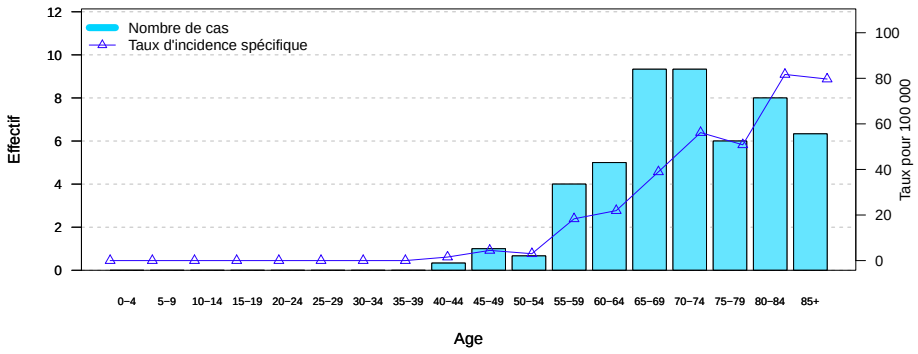

FIGURE 16.2 – Hommes : Incidence par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

Evolution entre 1998 et 2018

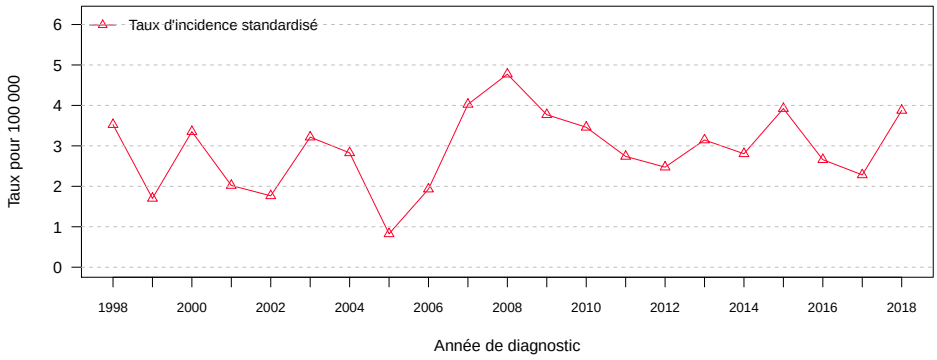

FIGURE 16.3 – Evolution de l'incidence chez la femme entre 1998 et 2018

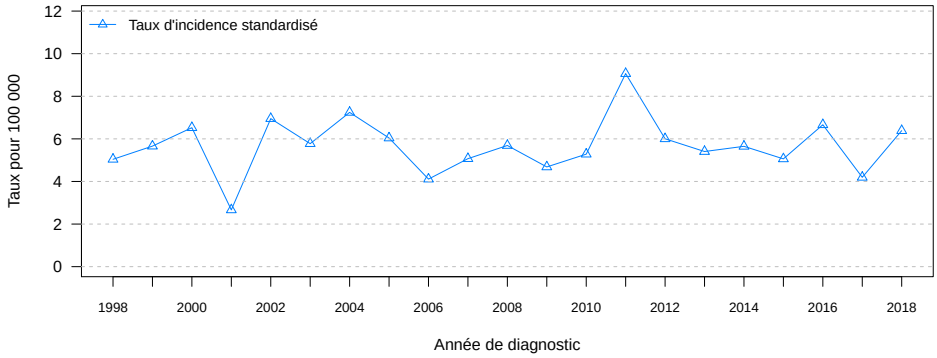

FIGURE 16.4 – Evolution de l'incidence chez l'homme entre 1998 et 2018

16.1.2 Lymphome folliculaire

Le lymphome folliculaire représentait 0.7% des nouveaux cas de cancer, 0.7% chez la femme et 0.7% chez l'homme. Le taux d'incidence standardisé était proche de l'estimation nationale chez les femmes (1.4/100 000), comme chez les hommes (3/100 000).

Incidence (2016-2018)

TABLE 16.5 – Incidence (moyenne annuelle sur la période)

	Femmes					Hommes				
	Cas	Tb [a]	Ts [b]	TsFr [c]	RS [d]	Cas	Tb	Ts	TsFr	RS
Incidence	14	4	1.4	2	87.5	19	5.8	3	2.9	100

a. Taux départemental brut
b. Taux départemental standardisé sur la population mondiale
c. Taux national standardisé sur la population mondiale (estimation 2017)
d. Ratio standardisé par rapport à la France (si *, ratio significatif). Ratio non calculable si faibles effectifs.

Effectifs et taux spécifiques par classe d'âge (2016-2018)

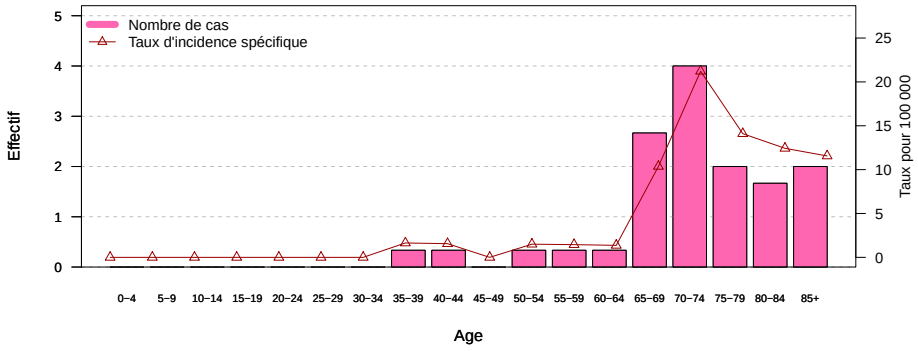

FIGURE 16.5 – Femmes : Incidence par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

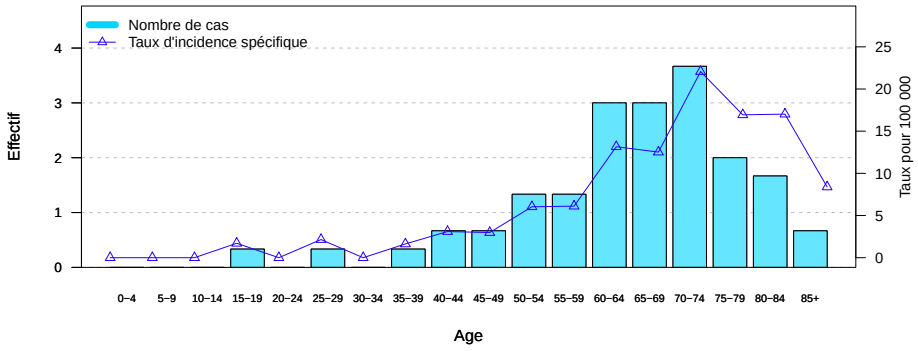

FIGURE 16.6 – Hommes : Incidence par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

Evolution entre 1998 et 2018

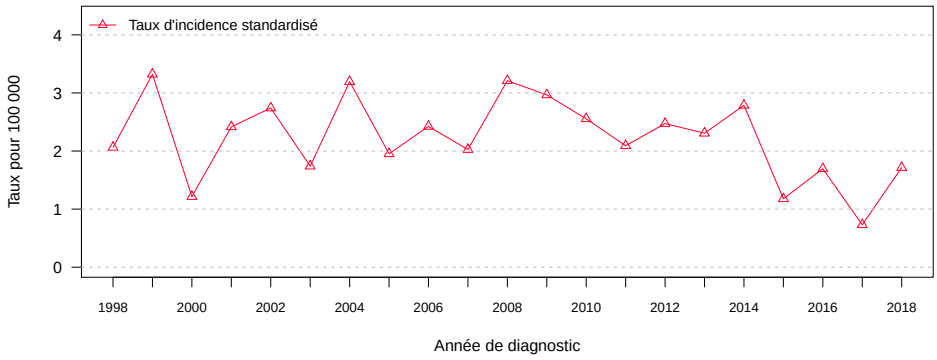

FIGURE 16.7 – Evolution de l'incidence chez la femme entre 1998 et 2018

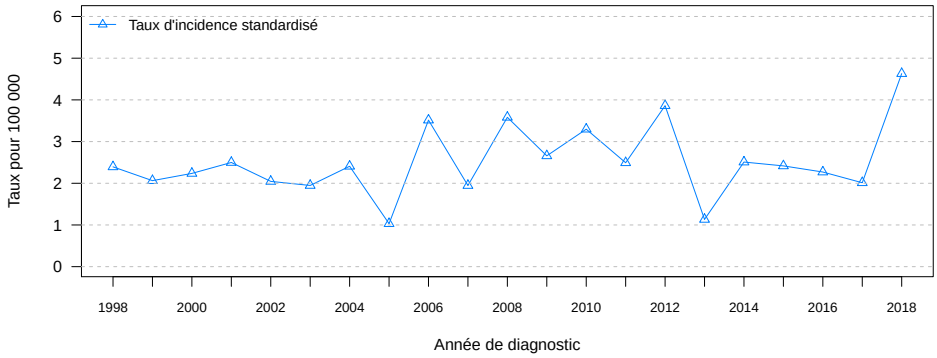

FIGURE 16.8 – Evolution de l'incidence chez l'homme entre 1998 et 2018

16.1.3 Lymphome diffus à grandes cellules B

Le lymphome diffus à grandes cellules B représentait 1.4% des nouveaux cas de cancer, 1.3% chez la femme et 1.4% chez l'homme. Le taux d'incidence standardisé était proche de l'estimation nationale chez les femmes (3.1/100 000) comme chez les hommes (5.4/100 000).

Incidence (2016-2018)

TABLE 16.6 – Incidence (moyenne annuelle sur la période)

	Femmes					Hommes				
	Cas	Tb [a]	Ts [b]	TsFr [c]	RS [d]	Cas	Tb	Ts	TsFr	RS
Incidence	26	7.4	3.1	3.2	100	40	12.1	5.4	4.6	121.2

a. Taux départemental brut
b. Taux départemental standardisé sur la population mondiale
c. Taux national standardisé sur la population mondiale (estimation 2017)
d. Ratio standardisé par rapport à la France (si *, ratio significatif). Ratio non calculable si faibles effectifs.

Effectifs et taux spécifiques par classe d'âge (2016-2018)

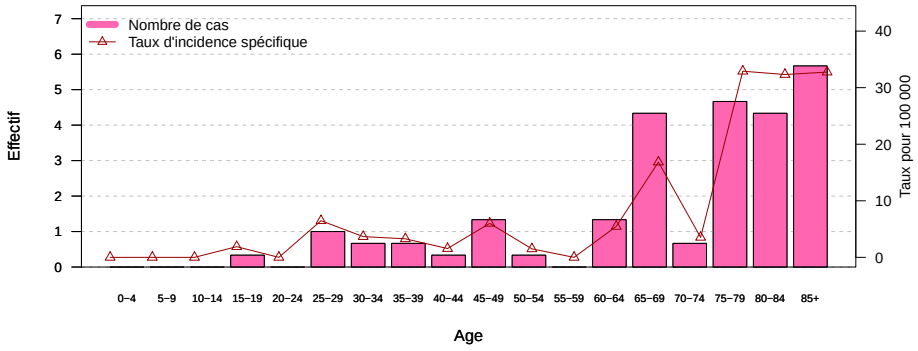

FIGURE 16.9 – Femmes : Incidence par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

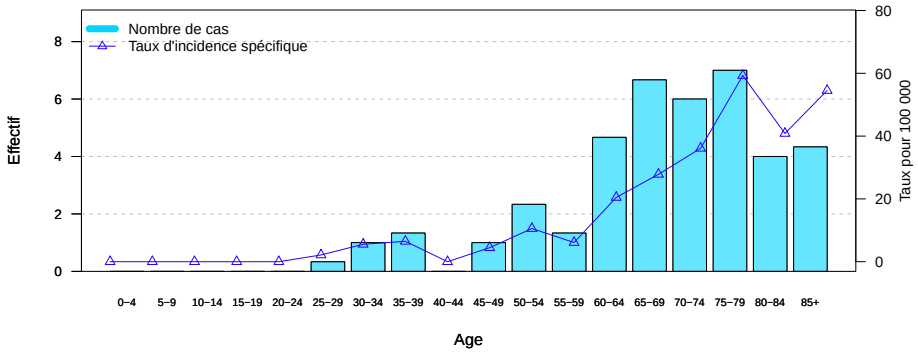

FIGURE 16.10 – Hommes : Incidence par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

Evolution entre 1998 et 2018

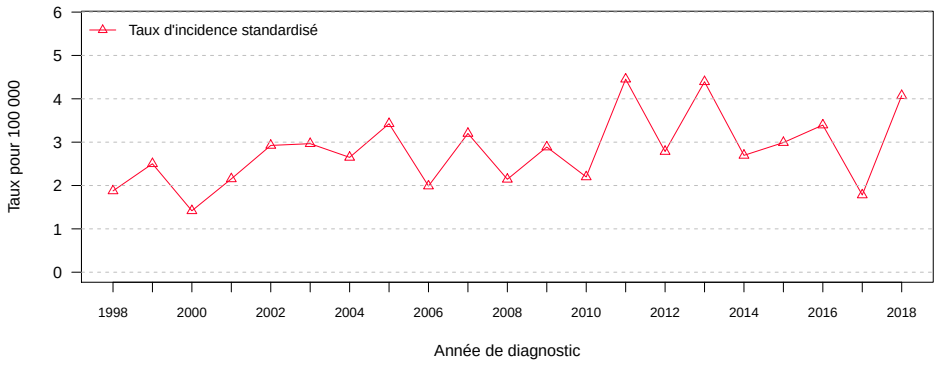

FIGURE 16.11 – Evolution de l'incidence chez la femme entre 1998 et 2018

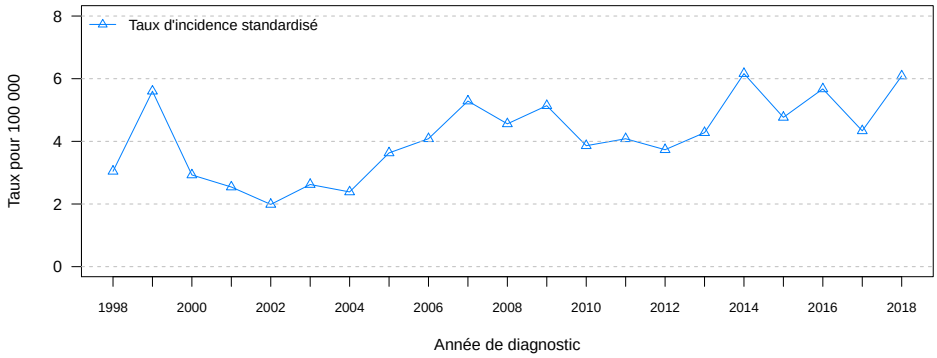

FIGURE 16.12 – Evolution de l'incidence chez l'homme entre 1998 et 2018

16.1.4 Myélome multiple et plasmocytome

Le myélome multiple et le plasmocytome représentaient 1.6% des nouveaux cas de cancer, 1.8% chez la femme et 1.4% chez l'homme. Le taux d'incidence standardisé était proche de l'estimation nationale chez les femmes (3.5/100 000), comme chez les hommes (5/100 000).

Incidence (2016-2018)

TABLE 16.7 – Incidence (moyenne annuelle sur la période)

	Femmes					Hommes				
	Cas	Tb [a]	Ts [b]	TsFr [c]	RS [d]	Cas	Tb	Ts	TsFr	RS
Incidence	37	10.6	3.5	2.9	119.4	40	12.1	5	4.1	117.6

a. Taux départemental brut
b. Taux départemental standardisé sur la population mondiale
c. Taux national standardisé sur la population mondiale (estimation 2017)
d. Ratio standardisé par rapport à la France (si *, ratio significatif). Ratio non calculable si faibles effectifs.

Effectifs et taux spécifiques par classe d'âge (2016-2018)

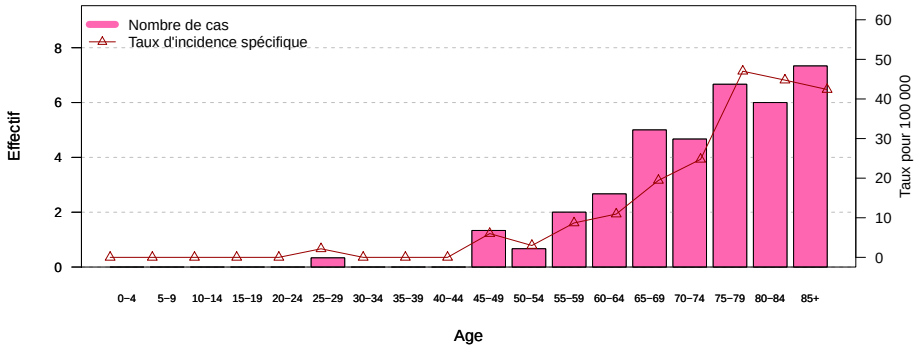

FIGURE 16.13 – Femmes : Incidence par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

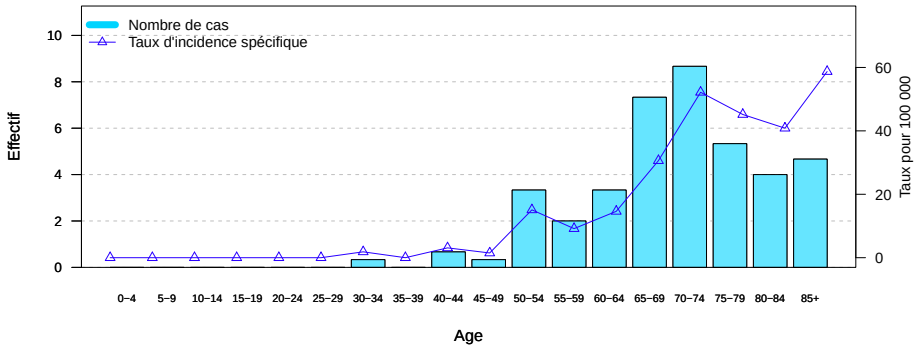

FIGURE 16.14 – Hommes : Incidence par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

Evolution entre 1998 et 2018

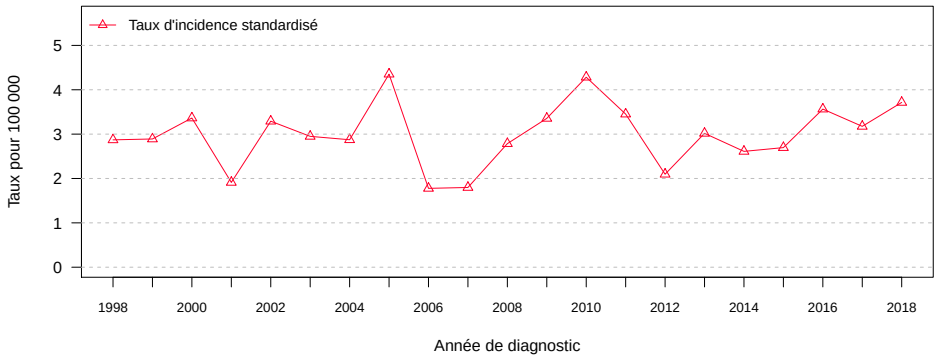

FIGURE 16.15 – Evolution de l'incidence chez la femme entre 1998 et 2018

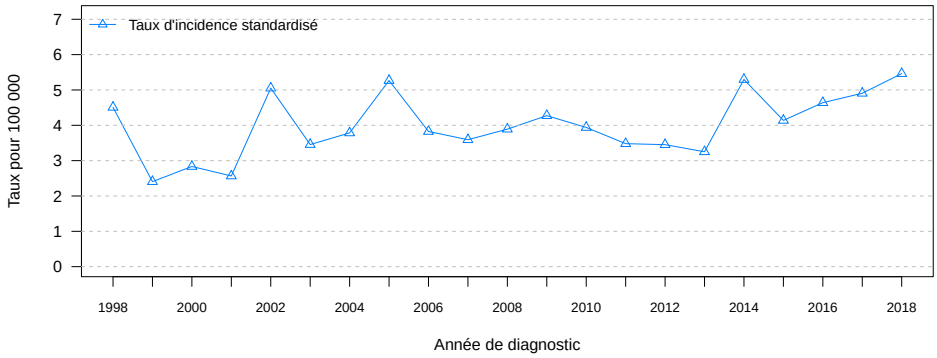

FIGURE 16.16 – Evolution de l'incidence chez l'homme entre 1998 et 2018

Chapitre 17

Hémopathies malignes - Leucémie aiguë myéloïde

17.1 Leucémie aiguë myéloïde

La leucémie aiguë myéloïde représentait 0.8% des nouveaux cas de cancer, 0.8% chez la femme et 0.8% chez l'homme. Le taux d'incidence standardisé était proche de l'estimation nationale chez les femmes (2.1/100 000), comme chez les hommes (3/100 000).

Incidence (2016-2018)

Table 17.1 – Incidence (moyenne annuelle sur la période)

	Femmes					Hommes				
	Cas	Tb [a]	Ts [b]	TsFr [c]	RS [d]	Cas	Tb	Ts	TsFr	RS
Incidence	16	4.7	2.1	2.3	84.2	22	6.8	3	3.1	104.8

a. Taux départemental brut
b. Taux départemental standardisé sur la population mondiale
c. Taux national standardisé sur la population mondiale (estimation 2017)
d. Ratio standardisé par rapport à la France (si *, ratio significatif). Ratio non calculable si faibles effectifs.

Effectifs et taux spécifiques par classe d'âge (2016-2018)

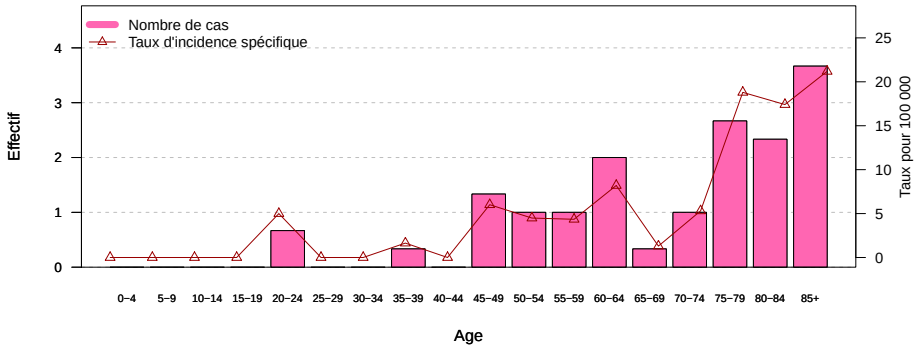

Figure 17.1 – Femmes : Incidence par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

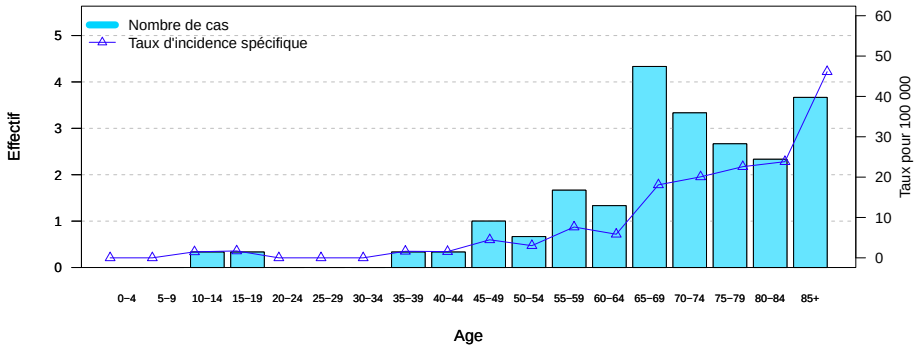

Figure 17.2 – Hommes : Incidence par tranche d'âge (moyenne annuelle sur la période)

Evolution entre 1998 et 2018

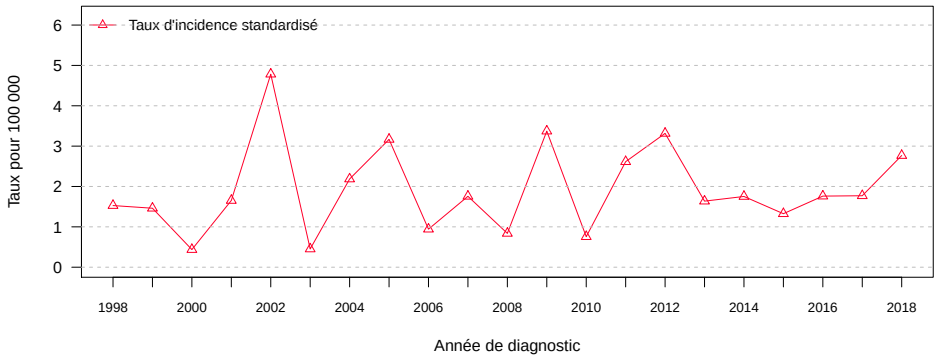

FIGURE 17.3 – Evolution de l'incidence chez la femme entre 1998 et 2018

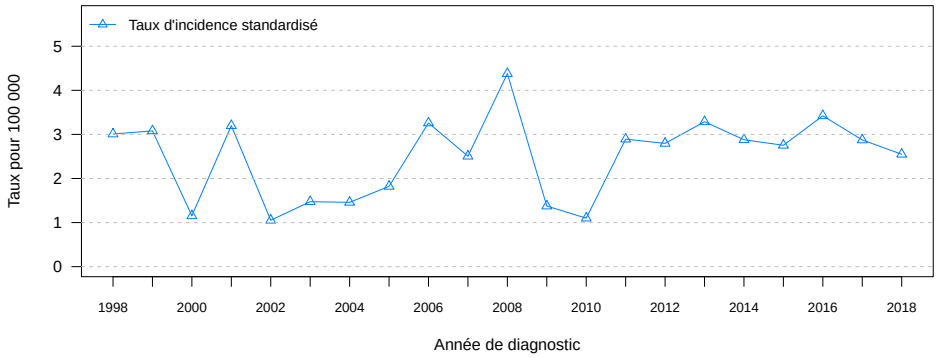

FIGURE 17.4 – Evolution de l'incidence chez l'homme entre 1998 et 2018

ANNEXES

Glossaire

Fréquence relative
Calculée pour chaque localisation cancéreuse, la fréquence relative désigne la proportion représentée par l'incidence (exprimée en effectifs) de la localisation étudiée parmi l'ensemble de la maladie cancéreuse.

Incidence
L'incidence est le nombre de nouveaux cas survenant dans une population donnée pendant une période donnée. Dans ce rapport, il s'agit du nombre moyen de nouveaux cas par an sur la période étudiée.

Mortalité
La mortalité est le nombre de décès observés pendant une période donnée sur une population donnée. De même que pour l'incidence, on peut calculer un taux de mortalité brut (TMb), un taux de mortalité standardisé (TMs) et un ratio de mortalité standardisé (SMR).

Personnes-années d'observation
Le nombre de personnes-années est le produit du nombre de personnes suivies dans une population ou une cohorte par la durée moyenne d'observation de ces personnes.

Prévalence
La prévalence d'une maladie est le nombre de personnes atteintes par cette maladie à un instant donné dans une population donnée. Le taux de prévalence est calculé en divisant ce nombre de cas par l'effectif de la population exposée.

Ratio d'incidence standardisé
Calculé pour comparer les taux d'incidence standardisés de deux populations différentes. Dans ce rapport, le ratio d'incidence standardisé (SIR) est le rapport du nombre de cas observés sur le nombre de cas attendus.

Sexe-ratio
Division du taux standardisé (TIs ou TMs) observé chez les hommes par celui observé chez les femmes.

Taux d'incidence brut
Le taux d'incidence brut est le rapport du nombre de nouveaux cas survenant dans une population donnée, pendant une période donnée, sur l'effectif de la population exposée pendant la même période. Il s'agit d'un taux moyen annuel, le plus souvent exprimé pour 100 000 personnes exposées. Dans ce rapport, le taux d'incidence brut est désigné par TIb.

Taux d'incidence cumulé
Le taux d'incidence cumulé jusqu'à l'âge x est la somme des taux d'incidence spéficiques par classe d'âge jusqu'à l'âge $x - 1$. Dans ce rapport, les taux d'incidence cumulés sont calculés à 65 ans et à 75 ans. Le taux d'incidence cumulé à l'âge x est souvent interprété comme la probabilité d'être atteint de la maladie considérée à l'âge x.

Taux d'incidence spécifique de l'âge
Le taux d'incidence spécifique d'une classe d'âge correspond au taux d'incidence brut d'une classe d'âge donnée. Dans ce rapport, le taux d'incidence spécifique de l'âge a été calculé pour chacune des 17 premières classes d'âge quinquennales et pour les 85 ans et plus.

Taux d'incidence standardisé
Le taux d'incidence standardisé désigne la moyenne pondérée des taux d'incidence spécifiques de plusieurs classes d'âge. Les poids sont les pourcentages de personnes dans ces classes d'âge dans une population type (appelée *population de référence* ou *population standard*). C'est l'incidence qu'on observerait dans la population étudiée si elle avait la même structure d'âge que la population de référence. Dans ce rapport, la population de référence utilisée est la population mondiale classique (cf p.130). Le taux d'incidence standardisé est désigné par TIs.

Abréviations

ALD	Affection de Longue Durée
ARS	Agence Régionale de la Santé
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès (centre de l'Inserm)
CER	Comité d'Evaluation des Registres
CIM	Classification Internationale des Maladies
CIMO	Classification Internationale des Maladies pour l'Oncologie
CIRC	Centre International de Recherche sur le Cancer
ENCR	Réseau européen des registres du cancer (*European Network of Cancer Registries*)
FRANCIM	Réseau des registres français du cancer
INCa	Institut National du Cancer
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
LLC	Leucémie lymphoïde chronique
LLP	Lymphome lymphoplasmocytaire
LMC	Leucémie myéloïde chronique
LNH	Lymphome non hodgkinien
SIR	Ratio d'Incidence Standardisé
SMD	Syndrome myélodysplasique
SMR	Ratio de Mortalité Standardisé
SMP	Syndrome myéloprolifératif
STATISS	Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social
TIs	Taux d'Incidence standardisé
TIb	Taux d'Incidence brut
TMb	Taux de Mortalité brut
TMs	Taux de Mortalité standardisé

Qualité des données

Recherche de doublons

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 plusieurs fois par an par un examen de l'ensemble de la base par des recherches automatisées et manuelles.

Contrôles de cohérence

Des **contrôles de la saisie** sont réalisés périodiquement. Ils portent sur la **cohérence inter-date** (date de diagnostic et date de décès par exemple) ou sur la **cohérence entre le code topographique et le sexe** (cancers génitaux). Le logiciel DEPedits, édité par le CIRC, permet de déceler d'éventuelles incohérences (comme par exemple les incompatibilités entre le site, l'histologie et/ou le sexe du patient) et donc de **rectifier les anomalies repérées**, après la saisie mais **avant l'analyse de la base**.

Contrôle de l'exhaustivité

La **qualité** d'un registre s'évalue, entre autres, par son **exhaustivité**. **Quatre critères** sont habituellement utilisés pour évaluer l'exhaustivité d'un registre : le nombre de sources par cas, le pourcentage de vérification microscopique, le rapport mortalité/incidence et l'évolution dans le temps de l'incidence.

Nombre de sources par cas

Le contrôle de l'exhaustivité s'appuie sur des méthodes complexes. Par principe, plus le nombre de déclarants est élevé, meilleure est la couverture du département. Le recoupement des données permet en outre d'assurer un gain en qualité de l'information. La qualité d'enregistrement d'un cas dépend également de la consultation des dossiers médicaux par le personnel chargé d'enquête du registre.

Le **nombre moyen de sources de déclaration par cas**, dans ce rapport, sur la période étudiée, est de **3,8 en Vendée**. Il est plus élevé que lors des premières années d'enregistrement du registre, ce qui montre une amélioration de la qualité des données. Ceci est en partie dû à une amélioration des pratiques, notamment :

- la systématisation des relances auprès des médecins entrant dans la prise en charge des patients,
- l'amélioration de la collaboration avec les établissements de soins publics et privés, un nombre croissant d'établissements fournissant les données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI),
- l'optimisation de l'exploitation des données des demandes de mise en Affection Longue Durée pour tumeur maligne (ALD30) des différents régimes d'Assurance Maladie,
- l'utilisation du Dossier Communiquant de Cancérologie (DCC) fourni par le Réseau Régional de Cancérologie,
- la consultation des dossiers médicaux par les enquêteurs du registre.

Taux de vérification microscopique

Le pourcentage de vérification microscopique est le pourcentage de cas diagnostiqués sur la base d'un **examen anatomopathologique ou cytologique**. Il est estimé par localisation tumorale et permet de se comparer à des valeurs attendues, déterminées en tenant compte des pratiques et des possibilités diagnostiques actuelles en France [1].

Le fait que les valeurs observées soient élevées signifie que les cas sont le plus souvent déclarés sur la base d'une certitude histologique. A l'inverse, un pourcentage élevé de vérification histologique peut témoigner d'un possible sous-recensement des cancers diagnostiqués sans prélèvement anatomopathologique (foie, etc.).

Table 17.2 – Taux de vérification microscopique par localisation (moyenne sur la période)

	Femmes			Hommes		
	Cas	Tx vérif	Référence	Cas	Tx vérif	Référence
Lèvre-cavité buccale-pharynx	47	100	95.5-100	118	99.2	98-100
Oesophage	12	97.3	93.3-100	64	97.9	93.9-100
Estomac	28	92.8	92.6-100	56	98.2	96.9-100
Intestin grêle	12	91.7	-	17	96.1	-
Côlon - rectum	246	95.8	93.7-98.4	340	97.5	96.3-99.7
Foie	29	51.2	36.5-68.3	150	47.4	34.8-67.1
Vésicule et voie biliaire	14	80.5	-	11	84.8	-
Pancréas	76	72.1	49.4-77.4	84	80.2	56.6-85.2
Fosses nasales, sinus et oreilles	5	100	-	8	100	-
Larynx	6	100	89.7-100	39	99.2	97.4-100
Poumon	156	93.4	88.6-98	352	93.3	87.6-96.8
Plèvre	3	100	-	9	92.3	-
Mélanome de la peau	76	100	98.8-100	67	100	100-100
Sarcome des tissus mous	15	100	-	17	100	-
Sarcome osseux	3	100	-	2	100	-
Sein	633	99.4	98.4-99.9	4	100	100-100
Col de l'utérus	29	100	98.5-100	-	-	-
Corps de l'utérus	86	98.1	97.2-100	-	-	-
Ovaire	62	93	91.3-100	-	-	-
Vulve	9	96.3	-	-	-	-
Vagin	2	100	-	-	-	-
Pénis	-	-	-	3	100	-
Prostate	-	-	-	736	97.6	95.8-99.5
Testicule	-	-	-	29	98.9	97.1-100
Rein et voies urinaires	53	83	78.6-96.7	122	89.6	86-96.2
Vessie	24	90.4	83.7-97.9	126	97.1	97.2-99.2
Mélanome de l uvée	4	27.3	-	4	53.8	-
Système nerveux central	28	69	66.7-88.2	34	84.5	71.2-93.3
Thyroïde	80	99.2	99-100	25	98.7	98.5-100
Lymphome de Hodgkin	16	100	-	9	100	-
Lymphomes non Hodgkiniens (LNH)	164	99	-	239	99.4	-
LNH - LLC / lymph. lymphocytique	30	100	-	50	100	-
LNH - Lymphome folliculaire	14	100	-	19	100	-
LNH - Lymphome diffus à grandes cellules B	26	100	-	40	100	-
LNH - Lymphome à cellules du manteau	3	100	-	7	100	-
LNH - Lymphome de Burkitt	0	100	-	1	100	-
LNH - Lymphome de la zone marginale	14	100	-	17	100	-
LNH - Myélome / Plasmocytome	37	98.2	-	40	100	-
LNH - LLP / Maladie de Waldenström	9	100	-	18	98.2	-
LNH - Leucémie à tricholeucocytes	1	100	-	3	100	-
LNH - Lymphome T/NK à cellules matures	9	100	-	14	100	-
LNH - Leucémie/lymph. lymphoblastique	4	100	-	5	100	-
Leucémie aiguë myéloïde (LAM)	16	100	-	22	100	-
Syndromes myéloprolifératifs chroniques (SMP)	28	100	-	29	100	-
SMP - Leucémie myéloïde chronique (LMC)	6	100	-	5	100	-
SMP - Autres que LMC	22	100	-	24	100	-
Myélodysplasie (SMD)	14	100	-	18	100	-
SMP/SMD	5	100	-	12	100	-
Tous cancers	2031	94.5	92.5-97.1	2805	93.1	91.5-97.3

1. Cancer Incidence in Five Continents Vol. XI. IARC Scientific Publication No.166. Bray et al. 2017.

Rapport mortalité sur incidence

Le rapport mortalité sur incidence est l'un des critères utilisés pour évaluer l'exhaustivité d'un registre : pour chaque localisation tumorale, le registre doit être capable de localiser plus (ou autant) de tumeurs qu'il n'y a de décès, en sachant qu'il existe un décalage dans le temps entre l'incidence et la mortalité.

Un rapport mortalité/incidence peut être supérieur à 100% car les personnes qui décèdent d'un cancer une année donnée ne sont pas forcément les mêmes que celles 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 peut être comptabilisée comme cancer primitif dans les certificats de décès).

Le tableau suivant compare les rapports mortalité/incidence observés au registre de Vendée avec ceux observés sur l'ensemble des registres français (FRANCIM - estimations 2017).

Table 17.3 – Rapport mortalité sur incidence - M/I (moyenne sur la période)

	Femmes				Hommes			
	Cas	Décès	M/I	Référence	Cas	Décès	M/I	Référence
Lèvre-cavité buccale-pharynx	47	7	14.9	25.7	118	59	50	29.0
Oesophage	12	7	58.3	73.6	64	45	70.3	67.5
Estomac	28	14	50	65.1	56	41	73.2	65.6
Intestin grêle	12	2	16.7	-	17	4	23.5	-
Côlon - rectum	246	90	36.6	39.9	340	136	40	39.8
Foie	29	31	106.9	101.2	150	125	83.3	78.4
Vésicule et voie biliaire	14	5	35.7	-	11	9	81.8	-
Pancréas	76	81	106.6	83.8	84	77	91.7	80.9
Fosses nasales, sinus et oreilles	5	-	-	-	8	5	62.5	-
Larynx	6	2	33.3	32.7	39	11	28.2	30.4
Poumon	156	94	60.3	69.7	352	251	71.3	73.9
Plèvre	3	-	-	-	9	-	-	-
Mélanome de la peau	76	10	13.2	11.2	67	7	10.4	14.8
Sarcome des tissus mous	15	-	-	-	17	-	-	-
Sarcome osseux	3	-	-	-	2	-	-	-
Sein	633	139	22	21.1	4	7	175	-
Col de l'utérus	29	7	24.1	38.5	-	-	-	-
Corps de l'utérus	86	17	19.8	29.3	-	-	-	-
Ovaire	62	39	62.9	67.5	-	-	-	-
Vulve	9	1	11.1	-	-	-	-	-
Vagin	2	-	-	-	-	-	-	-
Pénis	-	-	-	-	3	-	-	-
Prostate	-	-	-	-	736	115	15.6	16.9
Testicule	-	-	-	-	29	1	3.4	3.3
Rein et voies urinaires	53	22	41.5	35.2	122	66	54.1	37.3
Vessie	24	11	45.8	50.8	126	50	39.7	39.1
Mélanome de l uvée	4	-	-	-	4	-	-	-
Système nerveux central	28	11	39.3	68.4	34	16	47.1	71.3
Thyroïde	80	6	7.5	3.0	25	2	8	6.4
Tous cancers	2031	777	38.3	38.7	2805	1267	45.2	44.0

Tableaux détaillés

Table 17.4 – Effectifs détaillés par localisation et tranche d'âge chez les femmes (moyenne sur la période)

	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	80-84	85+	Tous âges
Lèvre-cavité buccale-pharynx				0				1	1	4	4	6	8	8	4	1	2	7	47
Oesophage						0				0		1	2	3	3	2	1	1	12
Estomac					0					1	1	2	3	3	3	4	5	6	28
Intestin grêle										1	0	1	1	1	5	1	1	2	12
Côlon - rectum					1	0	2	2	2	5	10	15	23	36	35	31	33	50	246
Foie	0			0				1		1		1	3	5	4	4	3	6	29
Vésicule et voie biliaire						0			0	1			1	2	2	3	1	3	14
Pancréas						0	0	1	2	1	3	3	5	11	13	11	12	15	76
Fosses nasales, sinus et oreilles							0		0	0	0		0	1			1	1	5
Larynx									0		1	0	1	2	0	0		1	6
Poumon							0	0	4	4	16	21	29	23	20	16	12	11	156
Plèvre											0		0	1		1	0	0	3
Mélanome de la peau			0	0	0	1	2	4	4	4	6	8	8	9	8	6	7	8	76
Sarcome des tissus mous		0	1	1	0				2	2		1	1	2	1	1	2	1	15
Sarcome osseux				1				0		0					1	1			3
Sein						2	7	20	31	55	66	57	77	89	79	45	44	62	633
Col de l'utérus					0		1	3	3	2	3	3	4	2	3	1	2	1	29
Corps de l'utérus									1	2	5	5	12	15	15	13	10	9	86
Ovaire			0					1	2	3	2	4	6	10	7	8	8	9	62
Vulve								0		0	1	1	0	2	0	0	2	1	9
Vagin											0	0		0	0		1	0	2
Rein et voies urinaires		1				0	1	1	1	2	3	4	5	6	6	8	9	6	53
Vessie										1		1	1	3	2	3	6	7	24
Mélanome de l uvée									0		1			1	1		1		4
Système nerveux central			0	1			0	0	0	0	1	5	2	4	4	3	3	3	28
Thyroïde			1	2	2	4	7	10	5	7	6	10	9	8	6	2	2	1	80
Lymphome de Hodgkin			0	1	2	3	2	1	0	0	0	1		0	1	1	0	1	16
Lymphomes non Hodgkiniens (LNH)		0	0	1	0	2	2	1	1	5	4	8	13	24	22	27	28	26	164
LNH - LLC / lymph. lymphocytique										1	1	2	3	4	5	4	4	5	30
LNH - Lymph. folliculaire								0	0		0	0	0	3	4	2	2	2	14
LNH - LDGCB				0		1	1	1	0	1	0		1	4	1	5	4	6	26
LNH - Lymph. à cellules du manteau												0	1	0	0		1	0	3
LNH - Lymph. de Burkitt														0					0
LNH - Myélome / Plasmocytome						0				1	1	2	3	5	5	7	6	7	37
LNH - LLP / Waldenström										0	0		0	1	2	2	1	1	9
LNH - Leucémie à tricholeucocytes										0				0	0				1
LNH - T						1		0				1	1	1	1	1	3		9
LNH - LAL		0	0	1		0	0		0	0	0	0		1					4
LNH - LZM							0				0	1	1	1	2	2	4	2	14
LAM					1			0		1	1	1	2	0	1	3	2	4	16
Syndromes myéloprolifératifs (SMP)							0		1	1	2	3	3	4	3	3	4	4	28
SMP - LMC									1	0	1	1	0	1	0	1	0		6
SMP - Autres que LMC							0		1	1	1	1	3	3	2	2	4	4	22
Myélodysplasie (SMD)										0	0	0	1	1	3	2	3	3	14
SMP/SMD											0		1	0	1	1	1	1	5
Tous cancers	1	1	3	7	8	14	25	48	62	105	139	164	227	279	258	204	217	270	2031

Table 17.5 – Effectifs détaillés par localisation et tranche d'âge chez les hommes (moyenne sur la période)

	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	80-84	85+	Tous âges
Lèvre-cavité buccale-pharynx						0		2	2	6	11	17	21	20	15	10	6	8	118
Oesophage								0		2	3	5	8	14	7	11	7	6	64
Estomac									1	1	2	3	5	10	6	7	12	9	56
Intestin grêle							0			0	1	1	3	5	2	2	2	2	17
Côlon - rectum				0	1		2	2	4	5	14	30	39	61	58	42	50	33	340
Foie			0					0	0	2	6	12	21	34	28	20	15	11	150
Vésicule et voie biliaire											1	1	1	1	3	2	1	1	11
Pancréas									1	1	2	7	7	17	16	10	15	9	84
Fosses nasales, sinus et oreilles										0	0		2	2	1	0	2	0	8
Larynx									0	1	3	4	7	12	5	4	2	1	39
Poumon							1	0	3	8	21	40	57	79	56	41	28	17	352
Plèvre													0	0	2	1	4	1	9
Mélanome de la peau					0	0	2	2	4	5	3	7	6	7	9	8	10	4	67
Sarcome des tissus mous			0			1	0	0	0	1	0	1	2	2	3	2	3	2	17
Sarcome osseux				0						0			0	0	0		0		2
Sein											0	1		0	0	1	0	0	4
Pénis										0			0	0	0	1	0	1	3
Prostate									1	3	18	49	120	187	149	102	59	49	736
Testicule				1	3	4	6	5	4	2	2		1	1			0		29
Rein et voies urinaires			0	0			1	2	3	7	5	10	17	23	17	10	14	10	122
Vessie								0		2	4	4	12	24	20	18	20	21	126
Mélanome de l uvée							0					0	1	1	2		0		4
Système nerveux central	0	0	2			0	2	1	1	0	2	3	5	6	4	1	5	2	34
Thyroïde						1	2	2	3	2	1	3	3	4	3	1	1	0	25
Lymphome de Hodgkin			0	1	2	1	0	1		1	0	0	0	1		1	0	1	9
Lymphomes non Hodgkiniens (LNH)	2	1	1	1	1	1	2	3	4	5	11	14	25	41	43	30	28	26	239
LNH - LLC / lymph. lymphocytique									0	1	1	4	5	9	9	6	8	6	50
LNH - Lymph. folliculaire				0		0		0	1	1	1	1	3	3	4	2	2	1	19
LNH - LDGCB						0	1	1		1	2	1	5	7	6	7	4	4	40
LNH - Lymph. à cellules du manteau								0	1		0	0	1		2	1		1	7
LNH - Lymph. de Burkitt	0		1					0											1
LNH - Myélome / Plasmocytome							0		1	0	3	2	3	7	9	5	4	5	40
LNH - LLP / Waldenström											1		2	3	4	4	2	2	18
LNH - Leucémie à tricholeucocytes									1	1	0	0		0		0			3
LNH - T				0	0		1		0	1	0	1	2	2	3	1	1	2	14
LNH - LAL	1	1	0	0	0	0		0	0	0	0								5
LNH - LZM								1				2	1	4	3	1	3	3	17
LAM			0	0				0	0	1	1	2	1	4	3	3	2	4	22
Syndromes myéloprolifératifs (SMP)							0	0	1		1	1	3	5	4	4	6	4	29
SMP - LMC							0				0	1	1	1	1		1	1	5
SMP - Autres que LMC								0	1		1	1	2	4	3	4	5	3	24
Myélodysplasie (SMD)												1	1	1	5	2	3	4	18
SMP/SMD	0										0		1	2	2	2	3	2	12
Tous cancers	3	1	5	4	6	9	20	23	33	56	118	221	373	575	474	342	305	237	2805

Fiche de déclaration

REGISTRE DES TUMEURS DE LOIRE-ATLANTIQUE ET DE VENDEE *impression 16/11/2021*

N° Patient : **N° Cancer :**

NOMS : **NOMJF :** ☐H ☐F

Prénom : **Date naiss :**

Lieu naiss :
Adresse/CP :

Insee res : Commune res :

ANTCD autres cancers

Date diag	Topo	Lat	Morpho	Enquête	HI	N°	Etude

TUMEUR Statut dossier : HI :

Date diag : _ _ / _ _ / _ _ _ _ **Inclusion étude :**

Base diag : ☐ 7. histo sur prim ☐ 5. cyto-hémato ☐ 2. exam paraclin ☐ 0. certif dc seul
☐ 6. histo sur méta ☐ 4. biologie ☐ 1. clinique seule ☐ 9. inconnu-autre

Circ déc : ☐ 0.dépistage indiv ☐ 2.fortuit ☐ 4.autopsie ☐ 6.urgences ☐ 8.autre
☐ 1.dépistage org ☐ 3.signes cliniq ☐ 5.certif dc ☐ 7.surveillance ☐ 9.inconnu

Symptômes ☐O ☐N ☐nsp **Lat.** ☐D ☐G ☐bilat ☐NA ☐nsp **Multifocal** ☐O ☐N ☐8 ☐9

CIMO C _ _ _

CIMO3 M _ _ _ _ / _ ☐inadapté
Code compl _ _ _ _ / _

pT	**pN final** ☐sn seul ☐i- ☐i+ ☐mol- ☐mol+	**pN(sn)** ☐i- ☐i+ ☐mol- ☐mol+	
ypT	**ypN final** ☐sn seul ☐i- ☐i+ ☐mol- ☐mol+	**ypN(sn)** ☐i- ☐i+ ☐mol- ☐mol+	
cT, uT	**cN, uN**		
M	**Topo méta (CIMO3) :**		**Facteur C :**
Taille chir (mm) **:**	**Nb gg exam :**	**Nb gg env :**	**Facteur R :**
Taille clin (mm) **:**			

Stade (FIGO/hémato) **:** **Autre grade :**

Sein : SBR : RO : RP : HER2 : ☐ISH
uPA/PAI-1 : Ki 67 : Bio controlatéral : ☐RH+ ☐HER2+ ☐RH+ et HER2+
Test génomique : -Type : -Résultat :

Mélanome : Clark : Breslow : Ulcér ☐O ☐N ☐8 ☐9 Régression ☐O ☐N ☐8 ☐9
Prostate : Gleason (biopsie/RTU) : _ = _ + _ Gleason (prostatectomie) : _ = _ + _ PSA :
Foie : AFP :
Colon : % envah circ

Date dern nouv : Etat : ☐0.vivant ☐1.décédé Source :

Examens de dépistage : *N° DO _ _ _ _ _ _ _ _ _ ❑ K int*

Date : _ _ / _ _ / _ _ _ _ ☐0.DI ☐1.DO ☐2.DC ☐3.S ☐9.nsp ACR : _ ☐pos/patho ☐na/dout ☐neg/norm ☐nsp
Date : _ _ / _ _ / _ _ _ _ ☐0.DI ☐1.DO ☐2.DC ☐3.S ☐9.nsp ACR : _ ☐pos/patho ☐na/dout ☐neg/norm ☐nsp

Covid19 : ☐pos ☐suspect ☐nsp Date _ _ / _ _ / _ _ _ _
Hospit ☐H0 non ☐H1 oui réa ☐H2 oui hors réa ☐H3 oui nsp ☐H9 nsp

LABO + code	**N° examen**	**Date prélvt**	**Type**	**Tum**

SOURCES POTENTIELLES : Nom prénom médecin	**Spécialité**

SOURCES NOTIFICATION / INFORMATION	**Année**	**Enq**	**Consult**	**Info**

EVOLUTION	Métastase :	Topo méta :	Récidive :	Acutisation :	CIMO M acut :
_ _ / _ _ / _ _ _ _					
_ _ / _ _ / _ _ _ _					

TRAITEMENT ❑ refus du patient

Date chir/curage/1er tt	Ordre	Type de traitement	Chir nég	Lieu

COMMENTAIRES :

FIGURE 17.5 – Fiche de déclaration

Classifications CIMO3 et CIM10

Figure 17.6 – Localisations cancéreuses en fonction de la classification utilisée (focus Tumeurs solides)

TABLEAU 2 | Tumeurs solides, définition des principaux sites étudiés

Sites	Incidence (CIM-O3)		Mortalité		
	Topographie	Morphologie[1]	1975-1978 (CIM-8)	1979-1999 (CIM-9)	2000-15 (CIM-10)
Lèvre-bouche-pharynx	C00-C14	Toutes[1]	140-149	140-149	C00-C14
Œsophage	C15	Toutes[1]	150	150	C15
Estomac	C16	Toutes[1]	151	151	C16
Intestin grêle*	C17	Toutes[1]	-	-	-
Côlon et rectum	C18-21	Toutes[1]	153, 154	153, 154	C18-21
Foie	C22	Toutes[1]	155, 1978	155	C22
Vésicule et voies biliaires*	C23-24	Toutes[1]	-	-	-
Pancréas	C25	Toutes[1]	157	157	C25
Fosses nasales, sinus annexes de la face, oreilles moyenne et interne*	C30-31	Toutes[1]	-	-	-
Larynx	C32	Toutes[1]	161	161	C32
Poumon	C33-34	Toutes[1]	162	162	C33-34
Mélanome de la peau	C44	8720-8780	172	172	C43
Sarcome*	Toutes[1]	*Cf.* liste[2]	-	-	-
Sein[3]	C50	Toutes[1]	174	174	C50
Col de l'utérus	C53	Toutes[1]	180-182[4]	179-182[4]	C53-55[4]
Corps de l'utérus	C54	Toutes[1]			
Ovaire	C56, C570-574	Toutes[1]	183	183	C56, C570-574
Vulve*	C51	Toutes[1]	-	-	-
Vagin*	C52	Toutes[1]	-	-	-
Pénis*	C60	Toutes[1]	-	-	-
Prostate	C61	Toutes[1]	185	185	C61
Testicule	C62	Toutes[1]	186	186	C62
Rein	C64-C66, C68	Toutes[1]	189	189	C64-C66, C68
Vessie	C67	Toutes[1]	188	188	C67
Mélanome de l'uvée*	C692-694, C696, C698-699	8720-8780	-	-	-
	C693	8000			
Système nerveux central (SNC)	C70-72	Toutes[1]	191, 192	191, 192	C70-72
Thyroïde	C73	Toutes[1]	193	193	C73
Tous cancers	C00-C80	Toutes[5]	140-208	140-208	C00-C97

[1] Hors hémopathies pour les tumeurs solides.
[2] *Cf.* liste des morphologies pour le sarcome ci-après (annexe au tableau 2).
[3] Le cancer du sein est étudié uniquement chez la femme.
[4] Compte-tenu du nombre important de décès « utérus sans autre indication (SAI) », les mortalités par cancer du col et du corps doivent être estimées à partir de l'ensemble des décès par cancer de l'utérus, *cf.* section 2.8.
[5] Tous cancers, hémopathies malignes incluses, hormis les cancers de la peau autres que les mélanomes.
* Nouveau site par rapport à la précédente étude, mortalité non analysée.

ANNEXE AU TABLEAU 2 | Liste des codes de morphologies pour les sarcomes (CIM-O3)

8710-11, 8714, 8800-06, 8810-15, 8825, 8830, 8832-33, 8840, 8842, 8850-55, 8857-58, 8890-91, 8894-96, 8900-02, 8910, 8912, 8920-21, 8930-33, 8935-36, 8940, 8963-64, 8973, 8982, 8990-91, 9040-45, 9120, 9130, 9133, 9137, 9140, 9150, 9170, 9180-87, 9192-95, 9220-21, 9230-31, 9240, 9242-43, 9250-52, 9260-61, 9364-65, 9370-72, 9473, 9508, 9540, 9542, 9560-61, 9571, 9580-81

TABLEAU 3 | Tumeurs solides, sous-sites topographiques

Sous-sites topographiques*	Incidence (CIM-O3)	
	Topographie	Morphologie[1]
Lèvre-bouche-pharynx		
Lèvre	C00	Toutes[1]
Cavité buccale	C02, C03-06	Toutes[1]
Glandes salivaires	C07-08	Toutes[1]
Oropharynx	C01, C09-10	Toutes[1]
Nasopharynx	C11	Toutes[1]
Hypopharynx	C12-13	Toutes[1]
Côlon et rectum		
Côlon	C18	Toutes[1]
Rectum	C19-20	Toutes[1]
Anus et canal anal	C21	Toutes[1]
Rein		
Rein (parenchyme rénal)	C64	Toutes[1]
Sarcome		
Sarcome des tissus mous	C00-06, C09-14, C30-32, C381-3, C47-49, C698	Morpho. sarcomes[2]
Sarcome osseux	C40-41	Morpho. Sarcomes[2]

[1] Hors hémopathies malignes pour les tumeurs solides.
[2] *Cf.* liste dans le tableau ci-dessus (Annexe au tableau 2).
* Tous les sous-sites topographiques sont nouveaux par rapport à la précédente étude.
Remarque sur les sarcomes des tissus mous : la définition des sarcomes de tissus mous adoptée dans cette étude ne recoupe pas complètement celle adoptée dans la dernière étude de survie (Cowppli-Bony et al. 2016).

Source : Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Colonna M, Dantony E, et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Volume 1 - Tumeurs solides. Saint-Maurice (Fra) : Santé publique France, 2019. 372p.

FIGURE 17.7 – Localisations cancéreuses en fonction de la classification utilisée (focus Hémopathies malignes)

TABLEAU 2 | Hémopathies malignes, définition des entités principales

Entité	Morphologie (CIM-O3)	Analysable depuis
Lymphome de Hodgkin	9650-9655, 9659, 9661-9667	1975
Leucémie lymphoïde chronique / Lymphome lymphocytique	9670, 9823	1975
Lymphome folliculaire	9690-9698, 9597	1995
Lymphome diffus à grandes cellules B	9678-9684, 9688, 9712, 9735, 9737, 9738	1995
Lymphome à cellules du manteau	9673	2003
Lymphome / Leucémie de Burkitt*	9687, 9826	1995
Lymphome de la zone marginale	9689, 9699	2003
Myélome multiple et plasmocytome	9731-9734	1995
Lymphome lymphoplasmocytaire / Macroglobulinémie de Waldenström	9761, 9671	1995
Lymphome T/NK à cellules matures (LNH-T)	9700-9719, 9827, 9831, 9834, 9948, 9724-9726	2003
Leucémie / Lymphome lymphoblastique à cellules précurseurs (B, T ou SAI)	9727-9729, 9835-9837, 9811-9818	1995
Leucémie à tricholeucocytes*	9940	1975
Leucémies aiguës myéloïdes (LAM)	9840, 9860, 9861, 9866, 9867, 9870-9874, 9891-9931, 9984, 9805 9806-9809, 9865, 9869, 9911, 9898	1975
Leucémie myéloïde chronique (LMC)	9863, 9875	1975
Syndromes myéloprolifératifs chroniques (SMC), autres que LMC (autres SMC)	9950, 9960-9964	2003
Syndromes myélodysplasiques	9980-9983, 9985-9986, 9989, 9991-9992	2003
Leucémie myélomonocytaire chronique et autres SMM[1]	9876, 9945-9946, 9975	2003

[1] Anciennement appelé syndrome myélodysplasique myéloprolifératif.
* Nouvelle entité par rapport à la précédente étude.

TABLEAU 4 | Lymphome non hodgkinien, définition en incidence et mortalité

Entité	Incidence	Mortalité[1]			Analysable depuis
	Morphologie (CIM-O3)	1975-1978 (CIM-8)	1979-1999 (CIM-9)	2000-15 (CIM-10)	
Lymphome non hodgkinien*	9590-9591, 9670-9699, 9700-9719, 9727-9729, 9731-9734, 9760-9764, 9768, 9831-9837, 9820, 9823, 9826, 9827, 9940, 9948, 9688, 9712, 9597, 9724-9726, 9735, 9737, 9738, 9811-9818	200, 202, 203, 2041	200, 202, 203, 2041, 2386	C82-C88, C90, C911	1975

[1] Les données de mortalité par cancer de 1975 à 2015 proviennent du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) ; elles sont codées selon la classification internationale des maladies 8ème révision (CIM-8) de 1975 à 1978, selon la CIM-9 de 1979 à 1999 et selon la CIM-10 de 2000 à 2015.
* Nouvelle entité par rapport à la précédente étude.

Source : Le Guyader-Peyrou S, Defossez G, Dantony E, Mounier M, Cornet E, Uhry Z, et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Volume 2 - Hémopathies malignes. Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Saint-Maurice (Fra) : Santé publique France, 2019. 169p.

Populations de référence

Table 17.6 – Effectifs des populations de référence utilisées pour le calcul des taux standardisés à partir de l'âge révolu

Classe d'âge	Monde	Europe
[0-4] ans	12 000	8000
[5-9] ans	10 000	7000
[10-14] ans	9000	7000
[15-19] ans	9000	7000
[20-24] ans	8000	7000
[25-29] ans	8000	7000
[30-34] ans	6000	7000
[35-39] ans	6000	7000
[40-44] ans	6000	7000
[45-49] ans	6000	7000
[50-54] ans	5000	7000
[55-59] ans	4000	6000
[60-64] ans	4000	5000
[65-69] ans	3000	4000
[70-74] ans	2000	3000
[75-79] ans	1000	2000
[80-84] ans	500	1000
85 ans et plus	500	1000
Total	100 000	100 000

Source : Centre International de Recherche contre le Cancer (Doll et al., 1966)

Note d'information du patient

Registre des cancers Loire-Atlantique et Vendée
Association épidémiologie des cancers en pays de la Loire

Note d'information aux patients

Réseau Français des Registres de cancers Francim

À quoi sert un registre des *cancers** ?

Afin de mieux connaître l'épidémiologie des cancers (répartition géographique des cas, facteurs favorisants) et de mieux lutter contre cette maladie, des registres de cancers ont été mis en place dans plusieurs départements français. Grâce à un recensement permanent et complet, les registres contribuent à la surveillance des cancers et à l'avancée de la recherche dans ce domaine. Les registres français des cancers sont regroupés au sein du réseau Francim.

Quelles sont les informations recueillies et pour quelles finalités ?

Pour assurer leurs missions d'observation et de surveillance des cancers, d'évaluation et de recherche, les registres recueillent des données d'identification (identité des patients, adresse) et médicales (date de diagnostic, caractéristiques des cancers/tumeurs, types de traitement, évolution de la maladie). Ces informations leur sont transmises par les établissements de santé et les médecins qui participent au diagnostic et à la prise en charge de la maladie (hôpitaux et cliniques, laboratoires d'anatomie pathologique et de biologie, médecins traitants et spécialistes) et d'autres organismes tel que l'assurance maladie, ... Ces données permettent notamment de connaître le type et la fréquence des cancers dans la population et leur évolution dans le temps. Elles sont indispensables pour améliorer les connaissances sur les causes de cancer et évaluer la qualité de la prise en charge.

Base juridique et responsable du traitement de vos données personnelles

Les données à caractère personnel collectées par les registres font l'objet d'un traitement informatique réalisé sous la responsabilité de la personne morale de la structure à laquelle le registre est rattaché. Ce traitement est nécessaire à l'exécution de la mission de service public des registres. Cette mission est au cœur de la politique de lutte contre le cancer affirmée par les pouvoirs publics comme une priorité nationale en matière de santé publique (Article L. 1413-3 et L. 1413-6 du code de la santé publique). Les registres ont une autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et sont qualifiés par le Comité d'Évaluation des Registres.

Comment est assurée la protection de vos données et combien de temps sont-elles conservées ?

Les données recueillies sont couvertes par le secret médical et sont strictement confidentielles. Seuls les personnels du registre dûment habilités ont un accès aux données nominatives et le traitement des données est réalisé de manière à respecter la confidentialité conformément à la réglementation en vigueur (Loi « informatique et libertés » modifiée et Règlement Général pour la Protection des Données, RGPD). Les données des registres présentant un intérêt historique, scientifique ou statistique, sont conservées le temps nécessaire à l'accomplissement de leurs missions. Seules les données totalement anonymes font l'objet de publications.

Quels sont les destinataires de données ?

Certaines données (à l'exception des données relatives à votre identité) pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises à d'autres organismes (base commune des registres de cancer du Réseau Francim, Institut National du Cancer [INCa], notamment la plateforme de données en cancérologie, Santé publique France [SpF], Centre International de Recherche sur le Cancer [CIRC]) pour permettre par exemple des comparaisons géographiques des cancers en France et dans le monde.

Quels sont vos droits et comment pouvez-vous les exercer ?

Conformément au RGPD 2016/679, vous disposez de différents droits sur vos données : droit d'accès, droit de rectification (notamment afin d'en vérifier l'exactitude et, le cas échéant, de les compléter ou de les mettre à jour), droit d'opposition, droit de limitation de leur traitement.
Vous pouvez exercer ces droits par l'intermédiaire du médecin qui vous suit ou directement auprès du DPO du registre par mail : DPORegistreLoireAtlantiqueVendee@agerisgroup.com ou auprès du responsable médical du registre, le Dr Florence Molinié, par voie postale à l'adresse suivante : Registre des tumeurs (EPIC-PL) 50 route de St Sébastien 44 093 NANTES cedex 1.
Si vous estimez après avoir contacté le registre que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL en ligne *https://www.cnil.fr* ou par voie postale.

Pour plus d'information sur les registres ou la plateforme de données en cancérologie, vous pouvez consulter le site de l'Institut National du Cancer à l'adresse : http://lesdonnees.e-cancer.fr

Liste des départements couverts par un registre des cancers :
08, 14, 16, 17, 21, 25, 29, 33, 34, 38, 44, 50, 51, 59 (zone de proximité de Lille), 61, 67, 68, 69, 71, 79, 80, 85, 86, 87, 90, 971, 972, 973, 974, 987, 988. Ensemble du territoire français + DOM pour les enfants de moins de 18 ans.

** plus généralement, les registres des cancers sont amenés à enregistrer des tumeurs qu'elles soient cancéreuses (malignes), non cancéreuses (bénignes) ou précancéreuses*

Site internet : https://www.registre-cancers-44-85.fr/

Communications scientifiques

Le Registre mène des études épidémiologiques en population générale à visée descriptive ou évaluatice. Ces études sont réalisées à l'initiative du Registre ou sur commande ou sollicitation des partenaires locaux, nationaux et internationaux.

L'activité de recherche du Registre se décline principalement autour de trois axes :

— l'étude des parcours de soins : étude de la qualité de la prise en charge, de sa pertinence, étude des disparités de prise en charge, impact de l'accessibilité aux établissements de soins et de la disponibilité en soins primaires sur la prise en charge

— l'évaluation du dépistage organisé des cancers

— l'étude des inégalités de santé en termes d'incidence et de survie après cancer

Ces axes de recherche sont déclinés sur une localisation de cancer privilégiée : le cancer du sein.

L'ensemble des publications (articles scientifiques, communications orales, posters et rapports) du Registre des cancers de Loire-Atlantique et Vendée se trouve sur www.registre-cancers-44-85.fr/recherche-epidemiologique.

L'équipe

Directrice	Dr Florence Molinié
Médecin référent Pôle Vendéen	Dr Anne Cowppli-Bony
Assistante de gestion	Magali Métais
Biostatisticiennes	Stéphanie Ayrault Solenne Delacour
Post-Doctorants	Juan Manuel Ariza* Claire Delacôte
Anatomopathologiste	Dr Nathalie Auffret*
Chargées d'enquêtes	Sophie Amossé Elise Appau-Danquah* Karine Amouriaux Aurélie Bouron Laureen Haissant* Katia Menanteau Magali Métais Gwénaëlle Rousseau Dr Anne-Delphine Tagri Mélissa Vincent
Techniciennes de saisie	Aurélie Bouron Blandine Chauvet Claire Forgeot Sophie Landais* Marie-Louise Rouvier

* Personnel ayant quitté le registre en 2020-2021

Coordonnées

Pôle nantais
Registre des cancers - CHU Nantes - Plateau des Ecoles - Bâtiment Léonie Chaptal
50 route de Saint-Sébastien - 44093 Nantes Cedex 1
Tél. 02 40 84 69 81 / Fax 02 40 84 69 82
Contact : registre4485@chu-nantes.fr
Pôle vendéen
Registre des cancers - CHD Vendée - Bâtiment C - Clémenceau
54 rue Saint Jacques - BP 259
85602 MONTAIGU Cedex
Tél. 02 51 44 63 93 / Fax 02 51 44 63 94
Contact : registre85@planet-sante.fr

Jours et heures de permanence :

du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 14h à 17h

Site Internet

www.registre-cancers-44-85.fr

Le Conseil d'Administration

Membres élus

Pr Campone	oncologue, Institut de Cancérologie de l'Ouest-ICO - **Président**
Dr Berruchon	pneumologue, CHD La Roche sur Yon, retraité - **Vice-président**
Dr Bossard	anatomopathologiste - **Trésorier**
Pr Moret	médecin de santé publique, CHU Nantes - **Trésorier adjoint**
Dr Allioux	médecin coordinateur, CRCDC, retraitée - **Secrétaire**
Dr Jean	chirurgien digestif, CHD La Roche-sur-Yon - **Secrétaire adjoint**
Dr Bartholomot-Forgeot	radiothérapeute, CED St Nazaire
Dr Dansette	anatomopathologiste, CHD La Roche sur Yon
Dr Empereur	médecin coordonnateur, Réseau régional de cancérologie (ONCOPL)
Dr Ramée	oncohématologue, CHD La Roche sur Yon
Mme Renaud	représentante association de patients, Europa Donna

Membres de droit

Dr Allain-Veyrac	représentante du Conseil de l'Ordre des Médecins de Loire-Atlantique
Dr Bachelet	représentant de l'Union Régionale des Professionnels de Santé
Mme Browaeys	représentante de l'Agence Régionale de la Santé des Pays de Loire
Mr Couturier	représentant de la Ligue contre le cancer, comité de Vendée
Mr Lapostolle	représentant du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes
Dr Morin	représentant du Conseil de l'Ordre des Médecins de Vendée
Mme Radou	représentant du Conseil Régional des Pays de Loire
Mr Saint Hubert	représentant du Centre Hospitalier Départemental de Vendée
Dr Talmant	représentant de la Ligue contre le cancer, comité de Loire-Atlantique

Remerciements

Toute l'équipe du registre remercie l'ensemble des partenaires pour leur participation au fonctionnement du registre des cancers de Loire-Atlantique et Vendée.

Partenaires sources d'information

Les **laboratoires d'anatomie et cytologie pathologique** de Loire-Atlantique et de Vendée :
- Institut d'HistoPathologie
- Laboratoire des Drs Kerlo et Morin
- Laboratoire du CH de Saint-Nazaire
- Laboratoire du CHU de Nantes
- Laboratoire du CHD de La Roche-sur-Yon
- Laboratoire du Dr Martinez
- Laboratoire de l'ICO

Les **Laboratoire de cytohématologie** du CHU de Nantes et du CHD de La Roche-sur-Yon, ainsi que la Tumorothèque du CHU de Nantes.

Ainsi que tous les laboratoires des départements limitrophes qui nous adressent des comptes-rendus :
- Centre de Pathologie de l'Ouest
- Laboratoires des CHU d'Angers, de Rennes et de Poitiers et des CH de Niort et de La Rochelle
- Centre de Pathologie Atlantique de La Rochelle-Niort
- Ouest Pathologie, laboratoire privé de Poitiers
- Laboratoire Biomnis
- Laboratoire Cerba
- Laboratoire Medipath de Bordeaux

Les **établissements de soins**, notamment les médecins des Départements d'Information Médicale de Loire-Atlantique, Vendée, Maine-et-Loire, de Rennes, Niort, Poitiers, La Rochelle et d'Ile de France.

Les services médicaux de l'**Assurance Maladie** (Régime Général, Mutualité Sociale Agricole, Régime des militaires) de Loire-Atlantique et Vendée.

Le Réseau Régional de Cancérologie **ONCOPL**.

Le Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers **CRCDC**.

L'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire.

La Préfecture, les archives départementales et les services d'état civil et des élections des mairies.

L'ensemble des **médecins** que nous sollicitons régulièrement ou ponctuellement.

Partenaires financiers pour l'activité de routine

L'Institut National du Cancer

Santé publique France

La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)

L'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire

Le Conseil Régional des Pays de la Loire

Le comité départemental de la Ligue Contre le Cancer de Vendée

Le comité départemental de la Ligue Contre le Cancer de Loire-Atlantique

Le Centre Hospitalier Universitaire de Nantes

Le Centre Hospitalier Départemental de Vendée

L'institut de Cancérologie de l'Ouest

Résumé

En moyenne chaque année, **4837 nouveaux cas de cancer** (4258 tumeurs solides et 578 hémopathies malignes) ont été diagnostiqués **en Vendée** au cours de la période **2016-2018**, dont 2031 chez les femmes et 2805 chez les hommes. Le **taux d'incidence standardisé** est de 274/100 000 chez les femmes et de 373/100 000 chez les hommes. Après une forte augmentation, le taux d'incidence des cancers chez les hommes est en baisse depuis 2007 et s'est stabilisé chez les femmes depuis 2010. Toutefois, le taux d'incidence est **supérieur à l'estimation nationale chez les hommes**.

Au cours de la même période, la maladie cancéreuse a été responsable de **2044 décès** par an, dont 777 chez les femmes et 1267 chez les hommes. Le **taux de mortalité standardisé** est de 69/100 000 chez les femmes et de 145/100 000 chez les hommes. Malgré une tendance à la baisse similaire à celle observée au niveau national, le taux de mortalité standardisé observé en Vendée reste **supérieur à l'estimation nationale chez les hommes**.

Les **cancers les plus fréquents** sont, comme au niveau national, **le cancer de la prostate chez les hommes et le cancer du sein chez les femmes**, puis les cancers du côlon-rectum, du poumon et les lymphomes non hodgkiniens.

Par rapport à la moyenne française, une **incidence plus élevée** persiste en Vendée **chez les hommes** pour **certains cancers liés à l'alcool (foie)**, le cancer colorectal (possiblement en lien avec le taux de participation élevé au dépistage organisé dans le département) et les lymphomes non hodgkiniens (sans explication étiologique à ce jour).

Des **évolutions défavorables et préoccupantes** de l'incidence, similaires aux tendances nationales, sont observées : **augmentation majeure de l'incidence des cancers du poumon chez les femmes en lien avec l'augmentation du tabagisme**, des cancers du pancréas chez les hommes et les femmes, sans facteur de risque clairement identifié, et du cancer du rein chez les hommes, probablement en lien avec une modification des pratiques diagnostiques et des facteurs de risque.

A l'inverse, l'incidence est en baisse pour certains cancers liés au tabac (Lèvre-Cavité buccale-Pharynx, poumon et larynx) chez les hommes et pour le cancer de la thyroïde chez les femmes.

Remerciements

Nous remercions l'ensemble de nos partenaires publics et privés, notamment les laboratoires d'anatomie pathologique et de cyto-hématologie, les établissements de soins, l'Assurance Maladie, le réseau régional de cancérologie, le centre régional de coordination des dépistages des cancers et les médecins qui contribuent au fonctionnement du registre en routine. Nous remercions également l'ensemble des partenaires institutionnels ou privés qui nous soutiennent financièrement.

Date d'édition : Décembre 2021

Ce rapport est téléchargeable sur le site Internet du registre (www.registre-cancers-44-85.fr)

EPIC-PL - Plateau des Ecoles - Bâtiment Léonie Chaptal - 50 route de St Sébastien - 44093 NANTES Cedex 1
Pôle vendéen : CHD Vendée - Bâtiment C - 54 rue Saint Jacques - BP 259- 85602 MONTAIGU Cedex