lettre d'information

Registre du Cancer de la Somme

#2 - SEPTEMBRE 2016

Registre du Cancer de la Somme

Édito

Le registre a déposé cette année le dossier pour le renouvellement de sa qualification par le comité d'évaluation des registres. La réponse est attendue pour la fin de l'année.

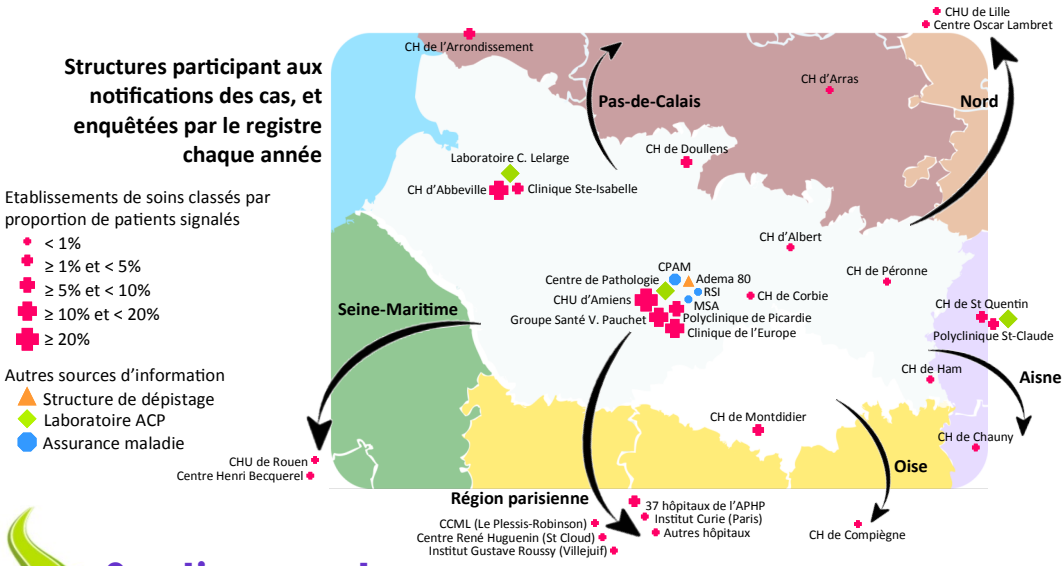
Le registre du cancer de la Somme a travaillé avec les registres de l'inter région dont la population est soumise à un contexte socio-économique difficile et exposée à des facteurs de risques communs et prégnants (alcool, tabac, alimentation). Plusieurs projets sont en cours afin d'étudier les cancers des voies aérodigestives supérieures, cancers en sur incidence dans notre inter-région. Plusieurs articles scientifiques ont été acceptés ou sont soumis. Le registre continuera ces collaborations scientifiques dans les mois prochains. Le registre n'oublie pas tous ceux et celles qui nous aident depuis de nombreuses années afin que le registre puisse remplir sa mission.

Pr Olivier Ganry
Président et conseiller scientifique

Présentation du registre

Un registre du cancer en population générale assure un recueil continu et exhaustif d'informations nominatives se rapportant au cancer pour une population géographiquement définie, à des fins de recherche et de santé publique.

Depuis 1982 le registre enregistre tous les nouveaux cancers des habitants de la Somme quel que soit le lieu du diagnostic et du traitement. Les données recueillies servent à la surveillance épidémiologique des cancers en France par la production régulière d'indicateurs de référence comme l'incidence ou la survie. Ce recueil permet aussi de mener ou de participer à des projets de recherche axés sur une meilleure connaissance de l'étiologie du cancer ou des pratiques de soins.
Le registre est autorisé par la CNIL à collecter et informatiser les informations médicales et nominatives concernant les cancers du département (déclaration 998066 et délibération n°03-053 du 27 nov. 2003 de la CNIL). Le registre garantit la protection des individus contre la divulgation d'informations personnelles. Les données publiées et utilisées dans des études spécifiques sont complètement anonymes.
En 2016, Le registre du cancer de la Somme est en cours d'évaluation sur sa qualité et sur sa contribution scientifique par le comité d'évaluation des registres (CER).



Fonctionnement

Le registre est une unité fonctionnelle du CHU d'Amiens où synthèse, codage, validation et enregistrement des données collectées sont mises en œuvre. Chaque cancer diagnostiqué depuis le 1er janvier 1982 est inclus dans la base de données du registre si la personne atteinte réside dans la Somme à la date du diagnostic.
Le recueil des cas est effectué par le personnel du registre et sollicite l'ensemble des structures de diagnostic et de soins qui prennent en charge les personnes atteintes de cancer. Il s'agit de structures de Picardie et de régions limitrophes (Ile de France, Nord-Pas-de-Calais, Seine-Maritime). Pour assurer l'exhaustivité du recueil des sources complémentaires sont utilisées : assurance maladie, structure de gestion du dépistage. Au total une centaine de sources sont consultées pour identifier les cas. La validation est effectuée après un retour systématique au dossier médical.

Membre du réseau des registres français Francim le registre de la Somme travaille en partenariat avec Santé publique France et l'INCa.

Info aux patients

Si vous soignez un patient pour un cancer et qu'il habite la Somme vous devez l'informer que sa pathologie fait l'objet d'un enregistrement systématique par le registre.
S'il le souhaite, le patient peut exercer auprès du registre son droit d'accès et de rectification des données.
Cette information doit être délivrée de façon individuelle, adaptée et personnalisée et au moment que vous estimerez le plus opportun. Elle doit de plus être affichée dans les salles d'attente et insérée dans les livrets d'accueil des établissements de santé (notes d'information disponibles au registre sur simple demande).

Cette procédure d'information est conforme aux recommandations de la CNIL.

Les cancers des VADS dans le nord-ouest de la France

En France, bien que l'incidence des cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) diminue depuis 25 ans chez les hommes, ces cancers restent encore fréquents au regard des autres pays européens.
Dans le Nord-Ouest de la France, qui présente les taux d'incidence parmi les plus élevés au niveau national, une étude épidémiologique portant sur les « Déterminants socioéconomiques, comportementaux et cliniques de la survie des patients atteints d'un cancer des VADS » est en cours.

- Critères d'inclusion :

- Cancers invasifs des voies aérodigestives supérieures diagnostiqués entre le 01/01/2008 et le 31/12/2010 ;
- Personne de plus de 20 ans, domiciliée dans les départements du Calvados, de la Manche, de la Somme et sur la zone couverte par le registre des cancers de Lille et sa région.

Une première analyse s'est intéressée au diagnostic et à la prise en charge des cancers des VADS chez 1 667 patients.

93.2%
C'est la proportion de diagnostics posés suite à des symptômes, dont 1/3 sévères.

73.6%
C'est la proportion de tumeurs à un stade avancé au moment du diagnostic.

Au total, du fait de lésions parfois multiples synchrones l'étude comprenait 1 729 lésions.
Le sex ratio était de 4,9, l'âge moyen de 60,2 ans. Plus d'un tiers des patients étaient très défavorisés et seuls 8,1% n'avaient pas de comorbidité.
Les tumeurs qui étaient diagnostiquées le plus tôt étaient celles de la langue mobile (stade I = 29,8%), du plancher buccal (stade I = 27,6%) et du larynx (stade I=26,4%). Un tiers des lésions (35,3%) étaient au niveau de la cavité orale.
Dans 96,9% des cas le dossier était discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire. Parmi les patients traités, soit 90,7% des cas, en première intention le traitement le plus fréquent était la chirurgie sur la tumeur (43,4% des cas), quel que soit le rang, la radiothérapie, seule ou associée, était le traitement le plus fréquent (76,9% des cas), la chimiothérapie seule ou associée a concerné 45,3% des cas.
Finalement, malgré les recommandations pour la détection précoce de ces cancers, les diagnostics sont souvent posés tardivement, même pour les tumeurs pouvant être repérées par un examen clinique de la cavité buccale

Une deuxième analyse a porté sur les délais de prise en charge des personnes atteintes d'un cancer des VADS.

14 jours
C'est le délai médian entre le diagnostic et la RCP*.

35 jours
C'est le délai médian entre le diagnostic et le premier traitement.

**:Réunion de concertation pluridisciplinaire*

Quand le premier traitement était la radiothérapie, le délai médian était de 54,5 jours.
Les analyses multivariées ont montré que le délai entre le diagnostic et le premier traitement était associé au type de premier traitement et au lieu du traitement, ce délai était particulièrement allongé en cas de radiothérapie première et en cas de prise en charge en centre de lutte contre le cancer.

Nombre de cas et taux d'incidence dans la Somme en 2013 pour tous cancers et pour certaines topographies

Morphologie (selon CIM-O3)	HOMMES				FEMMES			
	Effectifs	Taux Bruts	TIS Monde	IC95	Effectifs	Taux Bruts	TIS Monde	IC95
Tous cancers	**1807**	**649,8**	**359**	**341,4 - 376,6**	**1518**	**517,1**	**275,8**	**260,0 - 291,5**
VADS	**151**				**25**			
Lèvre, cavité buccale et pharynx	127	45,7	27,7	22,7 - 32,7	17	5,8	3,5	1,7 - 5,3
*Cavité buccale seule	47	16,9	10,4	7,3 - 13,5	7	2,4	1,3	0,2 - 2,4
Appareil digestif	**407**				**171**			
Oesophage	51	18,3	10,6	7,6 - 13,6	17	5,8	3,1	1,5 - 4,7
Estomac	35	12,6	6,6	4,2 - 8,9	19	6,5	2	0,9 - 3,1
Côlon, jonction et rectum	185	66,5	36,1	30,6 - 41,6	160	54,5	23,2	19,0 - 27,3
Foie et voies biliaires intra-hépatiques	62	22,3	11,6	8,6 - 14,7	19	6,5	2,5	1,2 - 3,7
Pancréas	51	18,3	10,5	7,4 - 13,5	41	14,0	6,3	4,2 - 8,5
Appareil respiratoire et OIT	**320**				**107**			
Trachée, bronches et poumon	284	102,1	59,6	52,4 - 66,8	95	32,4	17,2	13,5 - 21,0
Mélanomes cutanés	37	13,3	7,9	5,2 - 10,7	53	18,1	11,1	7,8 - 14,4
*Peau (hors mélanome)	149	53,6	23,7	19,5 - 27,9	139	47,3	18	14,2 - 21,8
Sein	4	1,4	0,8	0,0 - 1,6	506	172,4	107,6	97,5 - 117,7
Appareil génital féminin	-	-	-	-	**163**			
Col utérin	-	-	-	-	31	10,6	8,3	5,3 - 11,3
Corps utérin	-	-	-	-	87	29,6	14,7	11,4 - 18,1
Ovaire et annexes	-	-	-	-	35	11,9	6,8	4,3 - 9,2
Appareil génital masculin	**407**				-	-	-	-
*Prostate	387	139,2	72,7	65,1 - 80,2	-	-	-	-
Testicule	18	6,5	5,9	3,1 - 8,7	-	-	-	-
Appareil urinaire	**174**				**54**			
Rein	73	26,3	16	12,2 - 19,8	32	10,9	4,9	2,8 - 6,9
Vessie	93	33,4	15,6	12,2 - 19,0	21	7,2	2,4	1,2 - 3,6
Système nerveux central	27	9,7	7	4,2 - 9,8	17	5,8	3,8	1,7 - 5,8
Thyroïde	12	4,3	2,9	1,2 - 4,6	59	20,1	16,1	11,8 - 20,5
Hémopathies lymphoïdes	**78**				**79**			
*Lymphomes de Hodgkin	10	3,6	2,7	0,9 - 4,5	8	2,7	2,4	0,6 - 4,3
*Lymphomes non hodgkinien	50	18,0	10,1	7,0 - 13,2	56	19,1	9,5	6,7 - 12,3
Hémopathies myéloïdes	**51**				**51**			
*Leucémies aiguës myéloïdes	17	6,1	3,6	1,7 - 5,6	8	2,7	1,9	0,4 - 3,5
*Syndromes myéloprolifératifs chroniques	22	7,9	4,6	2,6 - 6,6	27	9,2	5,1	2,9 - 7,2
*SMD et SMD/SMP	12	4,3	1,9	0,6 - 3,2	16	5,4	1,7	0,7 - 2,8

Surincidence de plus de 10% en comparaison avec les estimations nationales (source InVS/INCa)
*estimations nationales non disponibles

Abréviations

ACP : anatomo-cytopathologie
CIM-O 3 : classification internationale des maladies pour l'oncologie 3ème édition
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
DIM : département de l'information médicale
IC95 : intervalle de confiance à 95%
INCa : Institut National du Cancer
InVS : Institut de Veille Sanitaire
LNH : lymphomes malins non hodgkiniens
SMC : syndromes myéloprolifératifs chroniques
SMD : syndromes myélodysplasiques
SMP : syndromes myéloprolifératifs
SNC : système nerveux central
TIS Monde : taux d'incidence standardisé sur l'âge avec la population mondiale en référence
VADS : voies aérodigestives supérieures
VBIH : voies biliaires intrahépatiques

Publications récentes

- Muller J, Grosclaude P, **Lapôtre-Ledoux B**, Woronoff A-S, Guizard A-V, Bara S, et al. *Trends in the risk of second primary cancer among bladder cancer survivors: a population-based cohort of 10 047 patients.* BJU Int. 2016 Jul;118(1):53-9.
- Guizard A-V, Dejardin O, Launay L, Bara S, **Lapôtre-Ledoux B,** Babin E, et al. *What are the real waiting times for therapeutic management of head and neck cancer: a study in the general population in the north-west of France.* Eur Arch Otorhinolaryngol. 2016 Apr 27.
- Jégu J, Belot A, Borel C, Daubisse-Marliac L, Trétarre B, **Ganry O**, et al. *Effect of previous history of cancer on survival of patients with a second cancer of the head and neck.* Oral Oncol. 2015 May;51(5):457-63.
- Radoï L, Menvielle G, Cyr D, **Lapôtre-Ledoux B,** Stücker I, Luce D, et al. *Population attributable risks of oral cavity cancer to behavioral and medical risk factors in France: results of a large population-based case-control study, the ICARE study.* BMC Cancer. 2015;15:827.
- Saib M, Caudeville J, Beauchamp M, Carre F, **Ganry O**, Trugeon A, Cicolella A. *Building spatial composite indicators to analyze environmental health inequalities on a regional sacle.* Environ Health 2015 ; 21 : 68-75.
- Saib Ms, Caudeville J, Carre F, **Ganry O**, Trugeon A, Cicolella A. *Noise filtering cancer mortality data for a better assessment of health-environment relationships: application to the Picardy region.* J Biomet Biostat 2015; 5 : 200-206.
- Jégu J, Belot A, Borel C, Daubisse-Marliac L, Trétarre B, **Ganry O**, et al. *Effect of previous history of cancer on survival of patients with a second cancer of the head and neck.* Oral Oncol. 2015 May;51(5):457-63.
- Dakpé S, Neiva C, Testelin S, **Ganry O** , Devauchelle B, **Lapôtre-Ledoux B**. Faisabilité d'une stratégie de dépistage des lésions malignes de la cavité buccale chez les fumeurs. Rev Stomatol Chir Maxillo fac Chir Orale 2015;116:65-71.

Parmi les études en cours

- Etude de la participation au dépistage organisé du cancer du sein dans la Somme en fonction d'un indice écologique de défavorisation (EDI).
- Utilisation des données du Système d'information de l'Assurance Maladie pour l'évaluation des pratiques concernant le diagnostic précoce des carcinomes HEPATocellulaires en France. (Etude **SAMHEPAT**)
- Incidence et survie des tumeurs malignes primitives du SNC de l'adulte dans la Somme; étude rétrospective à partir des données du registre du cancer de la Somme de 2003 à 2013.
- Etude en population des cancers de l'hypopharynx et de la préservation laryngée dans le nord-ouest de la France.
- Survie des cancers primitifs hépatiques, analyse des tendances de 1989 à 2012 selon la topographie.
- Facteurs socio-économiques de l'incidence, du diagnostic, de l'accès aux soins et de la survie des patients atteints de cancers ORL dans le Nord-Ouest de la France. (Calvados, Lille, Manche, Somme)
- Recours aux soins des patients atteints d'un cancer des VADS dans le Nord-Ouest de la France dans l'année précédant le diagnostic. (Etude **VADS-AM**)
- Géocodage des individus enregistrés par les registres de cancer du réseau Francim pour l'année d'incidence 2013.
- Analyse de l'incidence des cancers in situ et infiltrants du col de l'utérus de la période 1982 à 2014.

A lire sur https://invs.santepubliquefrance.fr/

Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012

Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2013

Les cancers en France, Les Données, INCa, édition 2015.

l'équipe du registre

Pr O. Ganry, Dr B. Lapôtre-Ledoux, Dr P. Caillet, N. Gibert,
A. Thulliez, C. Cotté, C. Cussey, C. Boucher, E. Sobo, A. Hubert, E. Trecherel

Comment nous contacter ?

Registre du cancer de la Somme
Hôpital Nord
bâtiment de Santé Publique - 1er étage
80054 Amiens Cedex 1
Tél : 03 22 66 82 26 - Fax : 03 22 66 82 25
registre.80@chu-amiens.fr