

## En 2019

### ▣ Le Registre évalué « AAA » par le Comité d'évaluation des registres (CER)

Le Registre répond aux exigences de qualité fixées par le Comité d'évaluation des registres (CER) (Inserm, Santé publique France, Institut National du Cancer (INCa)). L'évaluation porte sur les méthodes et moyens mis en œuvre pour l'activité d'enregistrement, les projets et travaux de santé publique et de recherche. Le Registre a été à nouveau labélisé en janvier 2020 pour une période de 5 ans. Il a reçu la note «AAA». «Le registre remplit, avec excellence, ses fonctions de surveillance de l'incidence du cancer, d'évaluation des mesures de prévention primaire et secondaire, et de dissémination des informations à la population, praticiens et autorités sanitaires». «Le Registre joue pleinement son rôle pour la surveillance des cancers ainsi que pour la planification et l'évaluation des actions de santé publique». Il est souligné le fait que «L'arrêt de l'activité d'enregistrement dans le Territoire de Belfort est lié à des raisons externes et indépendantes de la qualité des données (...), malgré l'intérêt de continuer cette activité (...)».

C'est pour moi l'occasion de remercier encore une fois tous les partenaires qui collaborent depuis de nombreuses années avec le Registre, la qualité des relations instaurées est garante du très bon niveau d'évaluation du Registre. Je remercie aussi vivement l'ensemble de l'équipe du Registre qui s'implique activement et participe à ce résultat, ainsi que la Présidente du Conseil Scientifique, le Pr Virginie Westeel qui œuvre pour développer les projets de recherche avec les cliniciens chercheurs du CHRU.

### ▣ Quelques études en cours ou terminées en 2019

- Risque de récurrence et de second cancer broncho-pulmonaire après exérèse chirurgicale d'un cancer bronchique non à petites cellules (stade I à III) et facteurs de risque associés. Étude en base populationnelle, Doubs et T. de Belfort 2002-2015 (Master 2 ERCE). (Article publié. Résumé en 4<sup>ème</sup> page de ce Bulletin)
- Épidémiologie des lymphomes cutanés à partir des données du Registre des tumeurs 25-90 (1976-2016) (Thèse d'exercice de Dermatologie)
- Étude de la survenue de cancers dans une population hospitalière atteinte de Spondyloarthrite (Thèse de Rhumatologie)
- Étude des facteurs pronostiques de la survie des femmes atteintes de cancer du col de l'utérus. Étude Francim coordonnée par le Registre des tumeurs 25-90 (AAP DEPREV2017-INCa)
- Étude de la Survie des personnes atteintes de cancer en France (1989-2015). Rédaction de la fiche «Col de l'utérus» (Programme de travail partenarial - PTP)

### ▣ Mise en conformité avec le règlement européen sur la protection des données (RGPD)

Pour assurer sa mission de surveillance, le registre recueille des données nominatives, administratives et médicales. Dans le cadre de l'évolution de la législation et de la dernière réglementation européenne de la protection des données (RGPD), le Registre met en œuvre les mesures nécessaires pour respecter la loi. Il suit des procédures bien définies concernant les dispositifs de sécurité des données, y compris l'application du droit à l'oubli et l'information des patients (disponible dans la feuille de consentement du livret du réseau de cancérologie remis aux patients, dans le livret d'accueil du CHRU de Besançon, une notice d'information à l'attention des patients est téléchargeable sur le site Internet du registre [www.chu-besancon.fr/registretumeursdoub](http://www.chu-besancon.fr/registretumeursdoub)).

Les patients peuvent exercer leur droit d'accès aux données concernant leur santé, de rectification ou d'effacement de celles-ci. Ces droits peuvent être exercés en s'adressant directement, ou par l'intermédiaire du médecin responsable de la prise en charge, auprès du responsable médical du Registre des tumeurs du Doubs ([asworonoff@chu-besancon.fr](mailto:asworonoff@chu-besancon.fr)) ou bien auprès du Délégué à la protection des données du CHU ([dpd@chu-besancon.fr](mailto:dpd@chu-besancon.fr)).

*Dr Anne-Sophie Woronoff*

## Épidémiologie du cancer - Données observées par le Registre des tumeurs

INCIDENCE 2012-2016 Total tumeurs invasives <sup>§</sup>	Doubs (25)			Territoire de Belfort <sup>£</sup> (90)			France	
	Nb cas moy/an	TSI	[IC 95%]	Nb cas moy/an	TSI	[IC 95%]	TSI	[IC 95%]
Chez les hommes	1 680	360,0	[351,9-368,3]	451	360,5	[344,9-376,7]	360,9	[360,1-361,6]
Chez les femmes	1 339	267,6	[260,3-275,0]	355	259,8	[246,2-274,1]	273,0	[272,3-273,6]
<b>Localisations les plus fréquentes</b>								
<b>Chez les hommes</b>								
Prostate	441	92,5	[88,5-96,6]	107	86,5	[79,1-94,5]	85,0	[84,7-85,4]
Poumon	254	53,8	[50,7-57,0]	70	55,6	[49,6-62,1]	52,6	[52,3-52,8]
Côlon-rectum	176	34,9	[32,5-37,5]	53	40,5	[35,5-46,1]	37,4	[37,1-37,6]
Vessie	78	14,4	[12,9-16,0]	19	12,9	[10,3-16,1]	15,1	[15,0-15,3]
Lèvre Bouche Pharynx	64	15,3	[13,6-17,2]	21	18,3	[14,9-22,3]	20,2	[20,0-20,4]
Rein	63	14,4	[12,7-16,2]	24	19,3	[15,8-23,5]	16,4	[16,3-16,6]
Foie	61	12,6	[11,1-14,2]	15	11,5	[9,0-14,7]	12,8	[12,6-12,9]
Pancréas	53	10,7	[9,4-12,2]	15	11,1	[8,6-14,2]	10,4	[10,2-10,5]
Mélanome	49	11,2	[9,8-12,8]	13	10,9	[8,2-14,2]	12,7	[12,6-12,9]
Estomac	37	7,3	[6,2-8,5]	9	7,4	[5,4-10,1]	7,2	[7,0-7,3]
Système Nerveux Central	30	8,0	[6,6-9,6]	7	7,6	[5,2-10,7]	6,6	[6,5-6,7]
Larynx	27	6,1	[5,1-7,3]	6	4,7	[3,1-7,0]	5,5	[5,4-5,6]
Testicule	23	8,6	[7,1-10,3]	5	6,5	[4,1-9,7]	7,9	[7,8-8,1]
Œsophage	22	4,5	[3,6-5,5]	8	6,0	[4,2-8,4]	7,5	[7,4-7,6]
Thyroïde	13	3,5	[2,7-4,6]	4	3,7	[2,2-6,1]	5,2	[5,1-5,3]
<b>Chez les femmes</b>								
Sein (invasif)	422	94,3	[90,0-98,8]	114	91,7	[83,6-100,4]	99,5	[99,1-99,9]
Côlon-rectum	149	24,6	[22,6-26,8]	39	23,4	[19,7-27,7]	24,8	[24,6-25,0]
Poumon	104	20,5	[18,7-22,6]	33	24,4	[20,5-28,9]	19,6	[19,4-19,8]
Corps utérin	65	12,3	[10,9-13,9]	18	12,7	[10,1-16,1]	11,4	[11,2-11,5]
Pancréas	54	7,8	[6,7-9,0]	14	8,1	[6,0-10,7]	7,1	[7,0-7,2]
Mélanome	47	11,1	[9,5-12,8]	10	10,0	[7,3-13,6]	13,1	[13,0-13,3]
Thyroïde	44	12,7	[11,0-14,6]	10	10,1	[7,2-13,8]	17,1	[16,9-17,2]
Ovaire	39	7,4	[6,3-8,7]	9	8,3	[5,8-11,7]	8,0	[7,9-8,1]
Rein	33	5,8	[4,8-6,9]	9	5,7	[4,0-8,1]	6,9	[6,8-7,0]
Lèvre Bouche Pharynx	30	6,5	[5,4-7,8]	5	4,5	[2,8-6,8]	5,6	[5,5-5,7]
Col utérin (invasif)	28	8,0	[6,6-9,5]	3	NC		6,3	[6,2-6,4]
Estomac	21	3,1	[2,5-4,0]	5	3,2	[1,9-5,1]	2,9	[2,9-3,0]
Foie	20	3,2	[2,5-4,0]	5	2,6	[1,6-4,3]	2,7	[2,6-2,7]
Système Nerveux Central	19	4,2	[3,3-5,4]	6	5,8	[3,6-8,9]	4,5	[4,4-4,6]
Vessie	16	2,4	[1,8-3,1]	6	2,6	[1,6-4,3]	2,4	[2,4-2,5]
Œsophage	7	1,2	[0,8-1,7]	1	NC		1,5	[1,5-1,6]
Larynx	3	0,6	[0,3-1,0]	2	NC		NC	

TSI : taux d'incidence standardisé sur la population mondiale exprimé pour 100 000 personnes-années

<sup>§</sup> Les hémopathies malignes sont comptées dans « Total tumeur invasives » avec les tumeurs solides invasives (sans les in situ), les cancers cutanés autres que les mélanomes sont exclus

<sup>£</sup> Les tumeurs sont enregistrées dans le Territoire de Belfort de l'année de diagnostic 2007 à 2016

NC : non calculé (effectif trop faible)

Taux statistiquement différent des estimations de la France hexagonale (i.e. intervalles de confiance à 95% disjoints entre France et Doubs/France et T. de Belfort) : supérieur  inférieur

## Épidémiologie du cancer - Données observées par le Registre des tumeurs

MORTALITE 2012-2016 Total tumeurs invasives §	Doubs (25)			Territoire de Belfort (90)			France	
	Nb décès /an	TSM	[IC 95%]	Nb décès /an	TSM	[IC 95%]	TSM	[IC 95%]
Tous cancers	703	132,6	[128,0-137,5]	188	134,2	[125,3-143,8]	139,8	[139,4-140,2]
Tous cancers	512	76,0	[72,5-79,6]	139	77,9	[71,1-85,3]	77,5	[77,2-77,9]
<b>Localisations les plus fréquentes</b>								
<b>Hommes</b>								
Prostate	58	8,1	[7,1-9,2]	12	6,8	[5,1-9,1]	10,0	[9,9-10,1]
Poumon	190	38,6	[36,0-41,3]	53	40,9	[35,9-46,5]	38,1	[37,9-38,3]
Côlon-rectum	70	12,0	[10,7-13,4]	18	11,1	[8,8-14,1]	13,1	[12,9-13,2]
Vessie	32	5,2	[4,4-6,2]	6	4,2	[2,8-6,3]	5,2	[5,1-5,3]
Lèvre Bouche Pharynx	20	4,4	[3,5-5,4]	6	4,8	[3,1-7,1]	5,5	[5,4-5,6]
Rein	24	4,4	[3,6-5,4]	8	6,0	[4,2-8,4]	5,0	[4,9-5,0]
Foie	47	9,0	[7,8-10,4]	13	8,8	[6,7-11,6]	9,7	[9,5-9,8]
Pancréas	48	9,1	[7,9-10,4]	13	9,8	[7,4-12,7]	8,4	[8,2-8,5]
Mélanome	7	1,6	[1,1-2,3]	2	NC		1,7	[1,6-1,7]
Estomac	22	4,1	[3,3-5,1]	8	5,3	[3,6-7,5]	4,5	[4,5-4,6]
Système Nerveux Central	23	5,7	[4,6-6,9]	7	5,9	[4,0-8,5]	4,2	[4,1-4,3]
Larynx	6	1,3	[0,8-1,9]	1	NC		1,6	[1,6-1,7]
Testicule	1	NC		0	NC		0,2	[0,2-0,3]
Œsophage	16	3,1	[2,4-3,9]	6	4,2	[2,7-6,4]	5,0	[4,9-5,0]
Thyroïde	1	NC		1	NC		0,3	[0,2-0,3]
<b>Femmes</b>								
Sein	90	14,9	[13,3-16,6]	21	12,6	[10,0-15,9]	15,6	[15,4-15,7]
Côlon-rectum	57	7,0	[6,1-8,1]	16	6,8	[5,1-9,0]	7,7	[7,7-7,8]
Poumon	68	12,3	[10,9-13,9]	21	14,2	[11,4-17,7]	12,6	[12,5-12,8]
Corps utérin	16	2,3	[1,8-3,0]	5	2,3	[1,4-4,0]	2,4	[2,4-2,5]
Pancréas	48	6,4	[5,5-7,5]	13	6,8	[5,0-9,2]	5,5	[5,4-5,6]
Mélanome	6	0,9	[0,5-1,4]	2	NC		1,1	[1,0-1,1]
Thyroïde	3	0,3	[0,1-0,7]	1	NC		0,2	[0,2-0,3]
Ovaire	27	4,3	[3,5-5,2]	6	3,6	[2,3-5,5]	4,3	[4,2-4,4]
Rein	13	1,3	[0,9-1,7]	3	1,6	[0,8-3,2]	1,6	[1,6-1,7]
Lèvre Bouche Pharynx	7	1,3	[0,9-1,9]	2	NC		1,2	[1,2-1,2]
Col utérin	8	1,6	[1,1-2,3]	2	NC		1,9	[1,8-1,9]
Estomac	12	1,3	[1,0-1,9]	2	NC		1,7	[1,7-1,8]
Foie	19	2,5	[1,9-3,3]	5	2,2	[1,3-3,7]	2,4	[2,4-2,5]
Système Nerveux Central	16	3,4	[2,5-4,4]	3	2,5	[1,2-4,5]	2,7	[2,6-2,8]
Vessie	10	1,0	[0,7-1,4]	3	1,1	[0,5-2,4]	1,0	[1,0-1,0]
Œsophage	6	0,8	[0,5-1,3]	1	NC		1,0	[0,9-1,0]
Larynx	1	NC		0	NC		NC	

TSM : taux de mortalité standardisé sur la population mondiale exprimé pour 100 000 personnes-années

§ Les hémopathies malignes sont comptées dans « Total tumeur invasives » avec les tumeurs solides invasives (sans les in situ), les cancers cutanés autres que les mélanomes sont exclus

NC : non calculé (effectif trop faible)

Taux statistiquement différent des estimations de la France hexagonale (i.e. intervalles de confiance à 95% disjointes

entre France et Doubs/France et T. de Belfort) : supérieur  inférieur

## Ne sous-estimons pas le risque à long terme de second cancer bronchique après résection chirurgicale d'un cancer bronchique non à petites cellules

Leroy T, Monnet E, Guerezider S, Jacoulet P, De Bari B, Falcoz E, Gainet-Brun M, Lahourcade J, Alfreijat F, Almotlak H, Adotevi O, Pernet D, Polio JC, Desmarets M, Woronoff AS\*, Virginie Westeel\*.

Let us not underestimate the long-term risk of SPLC after surgical resection of NSCLC. *Lung Cancer*. 2019 Nov;137:23-30.

### Résumé

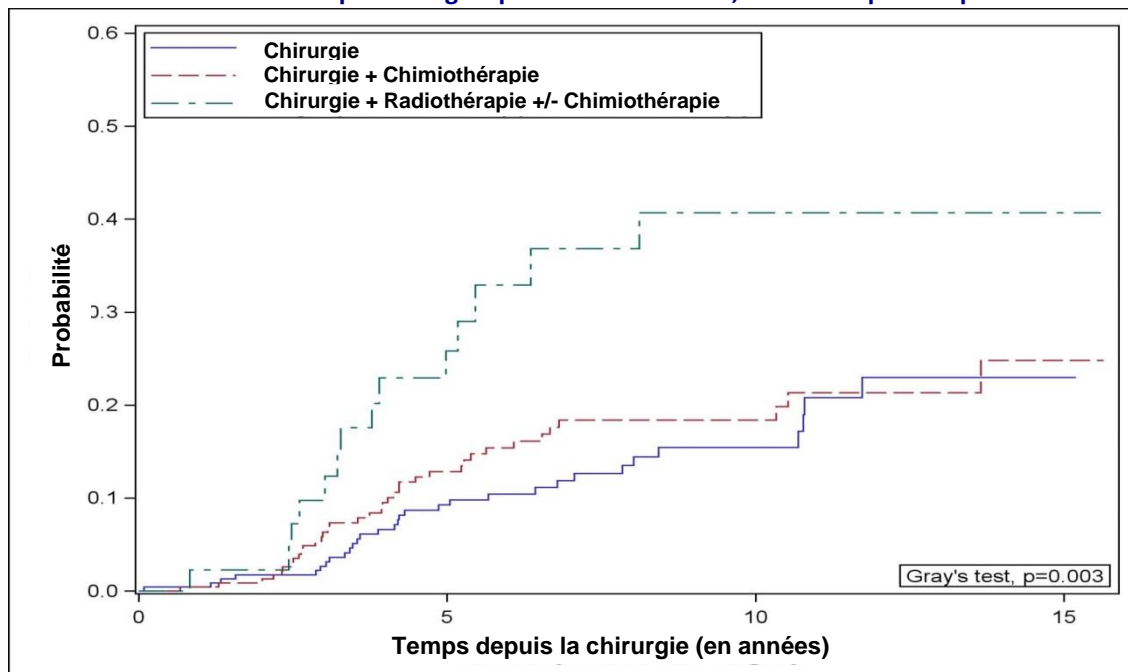
**Objectif** : Plusieurs études ont montré que les patients opérés d'un cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) avaient un risque élevé de second cancer bronchique primitif (SCBP). Cependant, des estimations très variables de ce risque ont été rapportées, avec très peu d'études tenant compte du fait que ces patients, en raison de la récurrence de la maladie initiale et des comorbidités, ont un risque concurrent de décès particulièrement élevé. L'évolution de ce risque au cours du temps mérite d'être prise en compte dans la stratégie de surveillance postopératoire. Cette étude visait à mesurer le risque de SCBP dans une série de patients suivis à long terme, en utilisant des méthodes statistiques tenant compte des risques compétitifs de décès.

**Matériel et méthodes** : La fonction d'incidence cumulée avec risque compétitif de décès a été utilisée pour estimer le risque de survenue d'un SCBP après résection complète d'un CBNPC de stade I-III, diagnostiqué entre 2002 et 2015, et inclus dans la base du Registre des tumeurs du Doubs et du Territoire de Belfort. Le test de Fine et Gray a permis des comparaisons par sous-groupes. Les facteurs associés au risque de SCBP en présence de risques concurrents ont été étudiés avec un modèle de proportionnalité des risques et l'estimation de hazard ratios (sdRH).

**Résultats** : Parmi les 522 patients, les adénocarcinomes et les stades I ou II représentaient respectivement 52,3% et 75,7% des patients. 84 patients ont développé un SCBP (16,1%). Le risque cumulatif de SCBP était de 20,2% 10 ans après la chirurgie (IC 95% : 15,3 à 23,2) et de 25,2% (IC 95% : 19,4 à 31,3) 14 ans après la chirurgie. Dans l'analyse multivariée, le risque de SPLC était plus élevé chez les patients ayant reçu une radiothérapie thoracique postopératoire (sdRH : 2,79 ; IC 95% : 1,41-5,52 ; p=0,003).

**Conclusion** : Cette étude, utilisant des méthodes statistiques appropriées pour considérer des risques concurrents, a montré qu'après résection complète de CBNPC, la fonction d'incidence cumulée de SCBP était élevée. Les patients ayant reçu une radiothérapie thoracique postopératoire avaient un risque plus élevé. Ces données indiquent la nécessité d'un suivi à long terme des patients opérés pour un CBNPC, dans l'objectif de dépister un SCBP.

Incidence cumulée de SCBP par sous-groupe de 1<sup>er</sup> traitement, avec le risque compétitif de décès



Cet article a été réalisé dans le cadre du Master 2 ERCE Santé publique et Environnement «Épidémiologie, Recherche Clinique, Évaluation »