

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 27-30 Mai 2003
Hotel National de Cuba**

PROGRAMME FINAL

ATELIERS

MARDI 27

Premier Atelier: QUALITE DES DONNEES

Coordinateur: J. M. Lutz

(5 minutes pour les discussions sont incluses dans chaque présentation)

- 08.45-09.00 Introduction à l'Atelier
- 09.00-09.30 VALIDATION DE LA QUANTITE.
C. Navarro-Sanchez (Murcia)
- 09.30-09.45 Avaliação do Registro de Câncer de Goiania – Brazil.
L. Moura (Goiania)
- 09.45-10.15 VALIDATION DE LA QUALITE.
L. Fernandez-Garrote (La Habana)
- 10.15-10.30 Analisi della prevalenza del tumore del pancreas : errori di inclusione, errori di diagnosi o veri lungo sopravvivenenti?
P. Vicari (Torino)
- 10.30-10.45 Validez de los datos de supervivencia del Registro de cáncer de Navarra. Seguimiento pasivo vs activo.
C. Moreno (Pamplona)
- 10.45-11.15 pause café
- 11.15-11.45 VALIDATION DE LA PERFORMANCE.
P. Grosclaude (Tarn)
- 11.45-12.00 Dificultad, costos y calidad de los datos del Registro de Mallorca para un estudio de alta resolución.
I. Garau (Mallorca)
- 12.00-12.15 A method for ascertaining the quality of cancer registry data.
A Verdecchia (Roma)
- 12.15-12.45 VALIDATION DES DONNEES EXTERNES.
I. Garau (Mallorca)
- 12.45-13.00 Effet du changement de système de codage sur les taux de mortalité.
J.M. Lutz (Genève)

13.00-13.15 Verifica della base dati mortalità del Registro Tumori del Friuli-Venezia Giulia (Nord-Italia) nel periodo 1995-98.
E. Bidoli (Aviano)

13.15-13.30 Discussion générale

13.30-14.30 pause déjeuner

Deuxième Atelier: SOFTWARE TOOLS

Coordinateur: R. Zanetti

14.30-14.40 Introduction au Séminaire

14.40-15.10 CANREG4 (IARC-IACR).
P. Pisani (Lyon)

15.10-15.40 ABSTRACT PLUS (CDC-UICC).
N. R. Figueroa-Vallés (Puerto Rico)

15.40-16.10 QT (CPO Piemonte - EBCN - EUSOMA).
D. Loria (Buenos Aires)

16.10-16.30 TIGRE (IGR).
E. Benhamou (Villejuif)

16.30-16.50 pause café

16.50-17.10 Sistema de ROHA (ROHA-Fundación Kaleidos).
I. Kumcher (Buenos Aires)

17.10-17.30 AIM (ASL città di Milano).
A. Russo (Milano)

17.30-18.30 Discussion générale, informations et accords pour l'accès aux tools.

SESSIONS PLENIERES

MERCREDI 28

- 09.00-10.00 Cérémonie d'ouverture
- 10.00-10.40 Conférence (y compris discussion): L'incidence du cancer en Amérique Latine.
B. Terracini
- 10.40-11.00 Discussion
- 11.00-11.30 pause café
- 11.30-13.00 **Communications orales. Etudes descriptives I**
Moderateurs: M. P. Curado, S. Franceschi
- 11.30-11.45 Trends in cancer incidence in Cali throughout 1962-2001.
L. Bravo, E. Carrascal
- 11.45-12.00 Gli andamenti temporali dell'incidenza e mortalità per tumori in Italia - i dati dei Registri Tumori.
E. Crocetti, R. Capocaccia, C. Casella, S. Ferretti, S. Guzzinati, S. Rosso, C. Sacchettini, A. Spitale, F. Stracci, R. Tumino (working group AIRT)
- 12.00-12.15 Evolution de la mortalité et de l'incidence du cancer du testicule en France entre 1978 et 2000.
G. Hédelin, L. Remontet, M. Velten, Réseau Francim
- 12.15-12.30 Carcinoma Espinocelular Cutâneo de Membros Inferiores em Goiânia.
A. M. Quinteiro Ribeiro, M. P. Curado
- 12.30-12.45 Stime d'incidenza tumorale nelle regioni italiane: problemi di metodo ed utilizzo.
S. Rosso, A. Spitale, R. Zanetti
- 12.45-13.00 Urban- rural differences in cancer incidence in Southern Portugal.
P. S. Pinheiro, M. Quaresma, J. R. Ruano, E. Limbert
- 13.00-14.30 Déjeuner
- 14.30-16.00 **Communications orales. Etudes descriptives II**
Moderateurs: E. Limbert, N. R. Figueroa-Vallés
- 14.30-14.45 Survival of European patients with mesothelioma.
G. Gatta, J. M. Lutz, R. Sankila and the EUROCARE Working Group
- 14.45-15.00 Tendencias de la mortalidad y la incidencia por cirrosis y cancer hepático en Catalunya.
J. Ribes, R. Clèries, J. Galcerán, F.X. Bosch
- 15.00-15.15 Geographic variability in incidence rates of hepatocellular carcinoma in the Tumour Registry of the Campania region, southern Italy.

M. Fusco, F. A. Pisanti, P. Quatrano, M. Montella, M. Scuderi, E. Girardi, D. Serraino

- 15.15-15.30 Malignant mesothelioma in the Friuli-Venezia Giulia Region, Italy.
G. Vicario, S. French, O. Forgiarini, E. Bidoli, R. Talamini, F. Pisa, S. Franceschi
- 15.30-15.45 Valutazione della prevalenza e della distribuzione dei genotipi in pazienti HCV positivi ricoverati in diverse aree geografiche d'Italia.
M. Montella, A. Crispo, M. Grimaldi, F. Izzo, R. Talamini, L. Dal Maso, E. Bidoli, M. Crovatto, V. Donadon, L.G. Tommasi, M. Fusco, S. Franceschi
- 15.45-16.00 Etude des données statistiques relatives au cancer en Turquie.
Y. Irmak Özen, H.Gül
- 16.00-16.30 pause café

POSTERS:

- Tasas de incidencia de cáncer en Zaragoza (España) Año 1998.
M. Bernal, F. J. Gómez, A. Melguizo, G. Gómez
- Cáncer de próstata en Gipuzkoa.
N. Larrañaga, M.J. Mitxelena
- Comportamiento de la mortalidad por tumores malignos en el año 2002, en la Provincia de Pinar del Rio.
I. Garcia Fernandez, M.A. Rosa, G. Amador, J. F. Labrador Diaz
- Mortalidad por cáncer. 1990-2002. Granma.
L. González Longoria, J. J. Lemes Báez
- Mortalidad por cáncer de mama. 1990-2002. Granma.
L. González Longoria, J. J. Lemes Báez
- Tendencia de la incidencia del Cáncer en Cuba. 1977-1999.
Y. Galán Alvarez, M. Guerra Yí, E. Gracia Medina, L. Fernández Garrote
- Cáncer Pediátrico. Resultados del Registro de Cáncer de Cuba.
Y. Galán Alvarez, L. Fernández Garrote, P. Torres Babie, M. García Jordan, M. Guerra Yí.
- Incidence du cancer dans la wilaya de Sidi-Bel-Abbes, Algerie.Utilisation du registre du cancer comme outil de surveillance épidémiologique.
A. Soulimane, S. Bradai, A. Messafeur
- O Cancro no concelho da maia, Porto – Portugal.
E. Matos, J. Amado, J. Pinto, R. Silva
- Mortalidad por cáncer en áreas pequeñas en España. El cáncer de pleura.
G. López-Abente, V. Hernández, M. Pollán, N. Aragonés, B. Pérez
- Incidência e indicadores de qualidade do Registo 1999-2000 da Região Autónoma da Madeira.
C. Fraga, D. Freitas, M. Quaresma, P. S. Pinheiro

- Trends di incidenza e mortalità per carcinoma prostatico a Parma: periodo 1978-2000.
V. De Lisi, P. Sgargi, F. Bozzani, L. Serventi
- La prevalenza osservata di alcune sedi nella popolazione osservata dal Registro Tumori di Torino.
R. Zanetti, P. Vicari, A. Spitale, P. Pasqua, S. Rosso
- Résultats d'une recherche épidémiologique sur l'hyperplasie bénigne de la prostate dans la périphérie d'Istanbul.
H. Gül, Y. Irmak Özden, N. Uluocak, A. Kadioglu
- EUROCHIP: after the definition of the final list of indicators describing cancer in Europe.
A. Micheli, P. Baili, M. Coleman, E. Mugno, R. Capocaccia, A. Verdecchia, C. Martinez, F. Berrino, J. W. Coebergh
- Utilizzo delle schede di dimissione ospedaliera come strumento di programmazione sanitaria e fonte di informazioni preliminari all'avvio di un Registro Tumori.
A. Russo, M. Autelitano, S. Ghilardi, L. Filipazzi, C. Giubelli, A. Bonini, E. Cervasio, L. Bisanti

16.30-17.30 **Compte rendu des Ateliers**

Moderateurs: J. M. Lutz, P. Grosclaude (qualité des données)
R. Zanetti, M. Usel (software tools)

JEUDI 29

- 09.00-10.00 Conférence (y compris discussion): La prevención secundaria del cáncer
L. Fernandez Garrote
- 10.00-11.00 **Communications orales. Col de l'uterus: Dépistage et vaccins I**
Moderateurs: P. Pisani, L. E. Bravo
- 10.00-10.20 Cervical screening: Advances in screening methodology with special reference to resources.
H. Sancho-Garnier, U. Baandrup
- 10.20-10.40 Papillomavirus and cervical cancer: time for a vaccine.
S. Franceschi, G. Clifford, R. Herrero
- 10.40-11.00 Vaccines against Human Papillomavirus.
R. Herrero
- 11.00-11.30 pause café
- 11.30-13.00 **Communications orales. Col de l'utérus. Dépistage et vaccins II**
Moderateurs: J. Faivre, R. M. Ortiz
- 11.30-11.50 Prevención y detección precoz de cáncer de cerviz: primeros resultados del Programa de la Provincia de Mendoza, Argentina.
Y. Cisella, D. Loria, E. Giner, C. Cardello, S. Orrico, G. Martinez, M. Garcia, L. M. Vargas, R. Rodriguez, H. Vargas, M. Nomi, S. Ciani, A. Bustelo

- 11.50-12.10 Experiences and perspectives of cervical cancer screening in Chile.
C. Ferreccio
- 12.10-12.30 Prevención y Control del Cáncer Cérvicouterino en El Salvador: Plan de Salida del Proyecto U.I.C.C. - Instituto del Cáncer.
N. Diaz Bazan, J.L. Alvarez, L. R. de Campos, D. de Guerra

12.30-13.00 Discussion générale

POSTERS:

- Cancer in first degree relatives of Latin American women with cervical cancer
W. Weber, M. S. de Sabata, R. A. M. Paredes, G. Rodriguez, J. Umazor Sabillon, C. Santos
- Comportamiento Epidemiológico del Cáncer cervicouterino. Villa Clara 1995-2002.
G. Sánchez Padrón, A. de la Torre Santos, M. González García, O. Díaz Gómez, B. Torres Machado
- Dépistage des lésions precancéreuses du cancer du col: resultats préliminaires.
A. Mahmane, M. Hamdi Cherif, D. J. Abdelouche, S. E. Hamdi Cherif, S. Aouchria, Zoghmar, Ouadfel, L. Mokhtari.

13.00-14.30 Déjeuner

14.30-16.00 **Présentation des nouveaux Registres**
Moderateurs: D. Loria, C. Martinez

14.30-14.45 Registro Nacional de Cáncer de Cuba: 40 años de experiencia en la vigilancia del cáncer.
L. Fernández Garrote, Y. Galán Álvarez

14.45-15.00 Registro de Tumores de la Provincia de Río Negro (Patagonia)- Argentina: Presentación en sociedad.
O. Arellano, D. Loria, E. Matos, E. Hechenleitner, R. Kowalyszyn

15.00-15.15 Registro de Tumores de la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur (Patagonia- Argentina): Presentación en sociedad.
C. A. López, J. Mustapic, E. Matos, A. Palmieri, J. Faure, C. Vater, L. Pérez, D. Loria

15.15-15.30 Valoración del Cáncer de Cuello Uterino en la Ciudad de San Pedro Sula, Honduras, año 1999.
M. T. Martinez, S. Andrade, F. M. Pineda, J. Umazor

15.30-15.45 Registro Hospitalario de Tumores. Instituto Oncologico Regional del Cibao, Santiago. República Dominicana.
J. Paulino

15.45-16.00 Proyecto piloto de registros de cancer en Centro America y en Caribe.
N. Diaz Bazan, M. de Tomasino, D. de Guerra

16.00-16.15 La implementación de registros poblacionales de cáncer en Colombia: análisis de una experiencia

- 16.15-16.45 pause café
- 16.45-18.15 **Communications orales: Registres et surveillance**
Moderateurs: C. Ferrecio, R. Zanetti
- 16.45-17.00 Quel système pour la surveillance nationale des cancers en France?
L. Chérié-Challine, P. Grosclaude, L. Leenhardt
- 17.00-17.15 Changing trends in breast cancer management in Europe.
M. Sant, C. Allemani and the EURO CARE Working Group
- 17.15-17.30 Y a t-il des disparités dans la prise en charge du cancer du rectum en France?
J. Faivre, J. M. Phelip et le Réseau Francim
- 17.30-17.45 First results from the Cancer and HIV/AIDS Registries Linkage Study (CHARLES) in Italy.
L. Dal Maso, J. Polesel, P. Pezzotti, G. Gallo, P. Zambon, V. Borghi, M. Federico, G. Rossetti, S. Piffer, M. Tavio, G. Vicario, G. Rezza, S. Franceschi for Cancer and HIV/AIDS Registries Linkage Study (CHARLES)
- 17.45-18.00 Précocité diagnostique des cancers prostatiques selon la couche sociale (données genevoises).
M. Usel, G. Fioretta, L. Raymond
- 18.00-18.15 Cutaneous melanoma: structural analysis of complexes associations among survival factors.
G. Fabbrocini, E. Barberio, M. Delfino, M. Scalvenzi, G. Molea, S. Pepe, A. Contegiacomo

POSTERS:

- Supervivencia de los niños con rhabdomyosarcoma en España (1980-1994). Datos de la Sociedad Española de Oncología Pediátrica (SEOP) y Registro Nacional de Tumores Infantiles (RNTI-SEOP).
R. Peris-Bonet, J. Sánchez de Toledo, C. González, T. Contra, J. Donat, B. Giner, A. Torrella
- Supervivencia de los niños con tumor de Wilms en España. 1980-1994. Datos de la Sociedad Española de Oncología Pediátrica (SEOP) y Registro Nacional de Tumores Infantiles (RNTI-SEOP).
R. Peris-Bonet, J. Sánchez de Toledo, C. González, A. M. Álvarez, M. A. Cantalejo, B. Giner, A. Torrella
- Cancer Registry as tool to identify critical issues in health care.
S. French, G. Vicario, O. Forgiarini, E. Bidoli, R. Talamini, F. Pisa, S. Franceschi
- Incidencia y supervivencia de tumores malignos: identificación de áreas prioritarias para la acción. Villa Clara 1995-2000.
B. B. Torres Machado, E. Rivero Álvarez, G. Sánchez Padrón, A. de la Torre Santos, Y. Sarría Hernández, R. Suárez Medina, M. R. Rodríguez

- Factores asociados al lugar de fallecimiento de los pacientes con cáncer. Granada, 1995-99.
M. J. Sánchez, M. T. Guerrero, E. Corpas, C. Martínez, R. Gálvez, N. Olea.
- Peut-on utiliser les registres de cancers pour étudier l'épidémiologie et la prise en charge des tumeurs malignes endocrines digestives?
J. Faivre, C. Lepage, A. M. Bouvier, J. M. Phelip
- Incidencia de cáncer en personas de 65 o más años en 3 áreas españolas, 1993-1997.
M. J. Sánchez, C. Martínez, E. Almar, A. Mateos, M. Chico
- Supervivencia del cáncer de mama femenino en la Comunidad Autónoma del País Vasco. 1986-1995.
M. J. Michelena, J. R. Rueda, N. Larrañaga, A. C. Rodríguez, I. Perica, M. A. Echeverría, M. I. Izarzugaza
- Utilidad de un registro poblacional de cáncer en la vigilancia del SIDA.
A. Mateos, E. Bernabé, E. Almar, A. Gómez, I. de la Cruz
- Utilizzo di flussi sanitari correnti per la stima della prevalenza di malattie: un esercizio sulla rettocolite ulcerosa e morbo di Crohn.
A. Russo, M. Autelitano, C. Giubelli, A. Bonini, S. Ghilardi, L. Filipazzi, L. Bisanti

VENDREDI 30

- 09.00-10.30 **Communications orales: Etudes étiologiques**
Moderateurs: R. Herrero, H. Sancho-Garnier
- 09.00-09.15 Etude de la relation entre la dose de radiation reçue au cœur et le risque à long terme de défaillance et de pathologie cardiaque grave chez les enfants guéris d'un cancer.
L. Guldner, A. Samand, F. Pein, F. de Vathaire
- 09.15-09.30 Factores de riesgo en cáncer de próstata: Estudio de casos y controles en Cuba.
L. Fernández Garrote, Y. Galán, R. Jiménez, A. Gutiérrez, M. Guerra, C. Ma. Pereda, C. Alonso, A. Agudo, C. González, E. Riboli
- 09.30-09.45 Risk of multiple myeloma in Sweden and occupational exposure to chemical and sensitising agents.
M. Pollán, B. Pérez-Gómez, J. P. Zock, P. Gustavson, N. Plato, N. Aragonés, A. Estirado, B. Suárez, M. Cárdbaba, V. Hernández, M. Kogevinas, G. López-Abente
- 09.45-10.00 I dati dei Registri Tumori nella valutazione dell'incidenza delle neoplasie maligne in EPIC – ITALY.
R. Tumino, V. Krogh, D. Palli, G. Masala, F. Berrino, G. Tagliabue, S. Panico, E. Celentano, C. Sacerdote, P. Vineis
- 10.00-10.15 Infection with human herpesvirus type 8 and human T-cell leukaemia virus type 1 among individuals participating in a case-control study in Havana City, Cuba.
L. Fernandez Garrote, D. Serraino, G. Rezza, J. Lence, R. M. Ortiz, T. Cruz, S. Vaccarella, L. Sarmati, M. Andreoni, S. Franceschi
- 10.15-10.30 Le Registre Italien des Cancers Professionnels: nouveaux résultats et activités futures.

POSTERS:

- Modélisation du risque de leucémie après irradiation hétérogène lors d'une radiothérapie.
A. Allard, A. Samand, F. De Vathaire
- Esposizione ambientale a fibre asbestiformi.
S. Belli, C. Bruno, M. Casciani, P. Comba
- Risk of squamous cell skin cancer and chemicals exposure in working Swedish women.
A. Estirado, B. Pérez-Gómez, M. Pollán, P. Gustavsson, N. Plato, B. Floderus, N. Aragonés, M. Alcalde, M. Cárdbaba, B. Suárez, G. López-Abente
- Association Virus de l'Hépatite C et Lymphome Malin Non Hodgkinien dans une population française (Côte d'Or) entre 1994 et 1999.
P.M. Carli, M. Mayadie, V. Jooste, A. Minello, P. Hillon
- Occupational exposure to chemicals and risk of cutaneous melanoma (CM) in Swedish men.
B. Pérez-Gomez, M. Pollán, P. Gustavsson, N. Plato, N. Aragonés, A. Estirado, V. Hernández, B. Suarez, M. Cardaba, G. López-Abente
- BCG y leucemia infantil en Gipuzkoa.
N. Larrañaga

10.30-11.0 pause café

11.00-11.30 **Résumé des posters**

Moderateurs: G. Hédelin, S. Rosso, G. Lopez Abente

11.30-12.30 Conférence (y compris discussion): I Registri Tumori in era post-genomica.

F. Berrino

12.30-13.00 Cérémonie de clôture. *Y. Galán, L. Raymond*

13.00-14.30 Déjeuner

14.30-17.00 Visite à l'Institut d'Immunobiologie

ABSTRACTS DES PRESENTATIONS A LA HAVANNE (CUBA), 2003

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

A. ALLARD, A SAMAND, F. DE VATHAIRE,
Inserm XR521 et Service de Physique, Institut Gustave Roussy, 39 rue Camille Desmoulins,
94805 Villejuif

Modélisation du risque de leucémie après irradiation hétérogène lors d'une radiothérapie.

Contexte et objectifs

Différentes études épidémiologiques, chez l'homme et chez l'animal, ont montré que le risque de leucémie n'était pas une fonction linéaire de la dose de radiation. Ce risque augmente jusqu'à une certaine dose puis décroît pour les doses les plus élevées.

Notre objectif est de permettre de mieux prédire le risque de leucémie radio-induite survenant après radiothérapie et/ou chimiothérapie. Chez les enfants, ce risque pourrait être suffisamment élevé, pour justifier une modification des pratiques de la radiothérapie et/ou un changement d'agent chimiothérapique.

Méthode

En cas d'irradiation hétérogène, la dose moyenne au corps entier, pondérée ou non sur les différentes parties du squelette, ne peut être choisie comme indicateur de la dose reçue au squelette. Des modèles incluant un calcul de risque pour chaque partie du squelette sont nécessaires. Pour le corps entier, le risque est défini comme la somme pondérée des risques estimés pour chaque partie du squelette. Les coefficients de pondération sont égaux à la proportion de moelle osseuse active existante dans chaque partie du squelette. Cette méthode permet de modéliser toutes les formes de relation dose effet voulues, pour une irradiation hétérogène.

Résultats

Dans le cadre d'études cas-témoins appariées, ces modèles font appel à une adaptation de la régression logistique conditionnelle. Une étude cas-témoins, constituée de 65 cas de leucémie secondaire et de 210 témoins traités pour des tumeurs solides, nous permet de tester ces modèles. Une première approche n'a pas permis de confirmer l'adéquation des modèles. A présent, nous étudions la possibilité d'introduire des termes d'interaction entre les variables.

Préférence : présentation orale



**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

L. Chérié-Challine¹, P. Grosclaude², L. Leenhardt¹

¹ Institut de Veille sanitaire (InVS), 12 rue du Val d'Osne, F-94415 Saint Maurice

² Réseau Francim, Chemin des trois Tarn, F-81000 Albi

Quel système pour la surveillance nationale des cancers en France ?

Contexte

En France, la lutte contre le cancer est un des trois chantiers prioritaires du Président de la République. Les ministères chargés de la santé et de la recherche ont été chargés de piloter la préparation et la mise en oeuvre de ce chantier. L'amélioration du système de surveillance épidémiologique figure parmi les dix propositions principales de la Commission d'orientation sur le cancer (rapport rendu public le 16-01-2003).

Méthode

Le système actuel de surveillance de l'incidence des cancers repose sur les registres couvrant une partie limitée du territoire (13% pour les registres généraux), en dehors des cancers de l'enfant disposant d'une couverture nationale. Aussi, il est insuffisant pour répondre aux demandes des Pouvoirs publics et de la société concernant l'impact d'un risque notamment environnemental pouvant survenir en tout point du territoire. Une évolution du système a été proposée au gouvernement par l'InVS. Elle repose sur les recommandations d'un groupe de travail pluridisciplinaire pour la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique nationale des cancers de la thyroïde. Le système national proposé sera testé pour les cancers de la thyroïde puis appliqué et adapté progressivement à l'ensemble des cancers justifiant une surveillance nationale, en fonction des priorités définies conjointement par les épidémiologistes, les chercheurs et les décideurs.

Résultats

Ce système développé en partenariat notamment avec les registres, repose sur la mise en place d'une surveillance nationale en routine des cas incidents, basée dans un premier temps sur les données hospitalières et les données de remboursement de l'assurance maladie, puis dans un second temps sur les données anatomo-cyto-pathologiques (ACP). L'alerte sera traitée localement sous la coordination des Cires (relai régional de l'InVS). Le système national ainsi proposé est un système multisource de données individuelles anonymisées et couplées, centralisé à l'InVS. Son développement nécessite un renforcement des registres du cancer jouant un rôle indispensable dans la validation et l'étalonnage des nouveaux outils de surveillance dans les départements couverts, une structuration et une standardisation des données ACP pour la veille sanitaire et une organisation de leur transmission à un niveau national. L'objectif recherché est de disposer d'un numéro anonyme unique par patient qui serait généré au sein de chacune des sources avant transfert des données cryptées à l'InVS, pour pouvoir chaîner les différentes sources et identifier les doublons et les récives. La question d'un identifiant unique santé nécessaire pour mener à bien les études épidémiologiques en utilisant ce système est analysée.

Conclusion

La constitution de ce système national venant compléter le dispositif reposant sur les registres est envisagée dans un délai de 5 ans. Sa mise en oeuvre nécessite cependant une volonté politique et des moyens financiers. Sa mise en place pourrait bénéficier des expériences internationales dans ce domaine qu'il serait nécessaire de mieux pouvoir répertorier.

Préférence : présentation orale

X

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

J FAIVRE, C LEPAGE, AM BOUVIER, JM PHELIP

Registre Bourguignon des Cancers Digestifs, Faculté de Médecine, 7 boulevard Jeanne d'Arc, F-21079 Dijon Cedex

Peut-on utiliser les registres de cancers pour étudier l'épidémiologie et la prise en charge des tumeurs malignes endocrines digestives ?

Contexte et objectifs

Les cliniciens et l'industrie pharmaceutique portent depuis quelques années un intérêt particulier aux tumeurs endocrines malignes digestives (TEMD). On dispose de très peu de données sur l'épidémiologie de ces tumeurs et du fait de leur rareté, de la petite taille des séries publiées, on connaît mal leurs caractéristiques cliniques et leur pronostic. Les données du Registre Bourguignon des Cancers Digestifs, couvrant une population de 1 100 000 habitants ont été utilisées pour étudier l'incidence, la prise en charge et le pronostic de ces tumeurs.

Méthode

Les TEMD ont été définies par leur code morphologique : 8150/3, 8151/3, 8152/3, 8153/3, 8155/3, 8240/3 et 8246/3 et leur code topographique (C15 à C26 et C48). Un registre de cancer avec des codes morphologiques précis peut facilement étudier l'épidémiologie des TEMD. Entre 1976 et 1999, 229 cas ont été enregistrés.

Résultats

Les taux d'incidence standardisés selon la population mondiale de référence étaient de 0,76/100 000 chez l'homme et 0,50/100 000 chez la femme. Le sex ratio était de 1,5. L'incidence a augmenté au cours du temps : chez l'homme de 0,68/100 000 (1976-1980) à 1,01/100 000 (1985-1999) et chez la femme de 0,20 à 0,90/100 000. Les 3 principales localisations étaient l'intestin grêle (38,9%), le côlon-rectum (27,1%) et le pancréas (20,5%). Au total 54,5% des TEMD ont été réséquées à visée curative et 19,6% de manière palliative. Le stade de diagnostic était souvent tardif : seulement 26,6% des cas ne s'étendaient pas au delà de l'organe, il y avait des métastases ganglionnaires dans 20,1% des cas, des métastases viscérales ou un cancer non résécable dans 53,3% des cas. Le taux de survie relative était de 66,9% à 1 an, 50,4% à 5 ans et 40,6% à 10 ans. Il ne s'est pas amélioré au cours du temps. Dans un modèle multivarié de survie relative, le stade, l'âge et la localisation des TEMD étaient des facteurs indépendants de pronostic.

Conclusion

Ce travail suggère que les registres de cancers peuvent jouer un rôle essentiel pour une meilleure connaissance des TEMD.

Préférence : présentation orale

X

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

J FAIVRE, JM PHELIP et le réseau FRANCIM

Registre Bourguignon des Cancers Digestifs, Faculté de Médecine, 7 boulevard Jeanne d'Arc, F-21079 Dijon Cedex

Y a t'il des disparités dans la prise en charge du cancer du rectum en France ?

Contexte et objectifs

Les études de population sur des données de registres représentent le meilleur moyen de dresser un état des lieux précis de la prise en charge d'une pathologie. L'objectif de cette étude était de déterminer s'il existait des différences inter-départementales dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique du cancer du rectum, après la conférence de consensus sur le cancer du rectum

Méthode

Au total, 683 patients avec un diagnostic de cancer du rectum porté en 1995 ont été analysés. Les données étaient issues de 9 registres de cancers couvrant 11% de la population française.

Résultats

La coloscopie a été faite en moyenne dans 91,6% des cas avec des extrêmes allant de 80,9% à 98,2% ($p < 0,001$). La réalisation concomitante d'une coloscopie et d'un lavement baryté était encore plus hétérogène avec des extrêmes allant de 1,9% à 57,7% ($p < 0,001$). Pour le bilan préthérapeutique, il y avait aussi des différences significatives dans la réalisation des scanners abdominaux (variations entre 13,4% et 69,2%), thoraciques (entre 0,9% et 13,2%) et des marqueurs tumoraux (entre 46,8% et 80,8%). Il n'y avait pas de différence significative inter-départementale en ce qui concerne le taux de résection, la réalisation d'une stomie ou le stade de diagnostic. Par contre, il y avait des variations significatives pour la pratique de la radiothérapie adjuvante (en moyenne 46,8% avec des extrêmes de 21,6% à 70% ; $p < 0,001$) ou la chimiothérapie adjuvante (en moyenne 24,1% avec des extrêmes de 10,3% à 40,6% ; $p < 0,05$).

Conclusion

Il existe des différences inter-départementales importantes en ce qui concerne les pratiques diagnostiques et les traitements adjuvants. Les recommandations de la conférence de consensus n'apparaissent que partiellement suivies. Ces résultats décevants doivent alerter la communauté médicale dans son ensemble et les autorités sanitaires afin de rendre plus homogènes les pratiques.

Préférence : présentation orale

X

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

S. FRANCESCHI,¹ G. CLIFFORD,¹ R. HERRERO²

¹ International Agency for Research on Cancer, 150, Cours Albert Thomas, F-69372 Lyon
cédex 08, France

² Proyecto Epidemiológico Guanacaste, San José, Costa Rica

Papillomavirus and cervical cancer: time for a vaccine

Background and aims

Screening with cervical cytology has greatly helped to reduce the incidence of, and death from, cervical cancer (CC) in developed countries. However, the risk of CC remains high in many developing countries, mostly due to the lack or inefficiency of existing screening programmes. Infection with human papillomavirus (HPV) is considered a necessary cause of CC (Muñoz *et al.*, 2003) and the relative risk (RR) estimates for HPV in case-control studies CC are in the 50-to-100 range.

Methods

Type-specific HPV prevalence has been evaluated among: 1) all published studies on CC specimens (Clifford *et al.*, 2003); 2) 10 population-based surveys coordinated by IARC worldwide (Lazcano-Ponce *et al.*, 2001; Molano *et al.*, 2002; Shin *et al.*, 2003; Anh *et al.*, 2003; Matos *et al.*, in press; Sukvirach *et al.*, in press; de Sanjosé *et al.*, in press).

Results

The meta-analysis on CC included a total of 10,058 cases drawn from 85 studies. The most common HPV types identified in CC were, in order of decreasing prevalence, HPV 16, 18, 45, 31, 33, 58, 52, 35, 59, 56, 6, 51, 68, 39, 82, 73, 66 and 70. Over two thirds of cervical cancer cases were associated with an infection of either HPV 16 (51.0%) or HPV 18 (16.2%). The next most prevalent types were HPV 45 (2-8%), HPV 31 (2-7%) and HPV 33 (3-5%) in all regions except Asia where HPV types 58 (6%) and 52 (4%) were more prevalent than elsewhere. The prevalence of cervical HPV DNA in the general female population varied 10-fold, between less than 3% in Hanoi, Vietnam, and Spain to 26% in Nigeria. HPV prevalence greater than 10% was found in Argentina, Colombia, Mexico, Ho Chi Minh City, Vietnam, and Korea. The age-distribution of HPV prevalence suggested an early peak among young women followed by a decline and a plateau in middle age. In high-risk areas, however, prevalence tended to remain elevated among middle-aged women. The most frequent high-risk HPV types among general population samples were HPV 16, 58, 31, 18, and 33. HPV prevalence at age 35-64 was strongly correlated with local incidence rates for cervical cancer.

Conclusions

A prophylactic vaccine, based on late (L) 1 HPV 16 proteins, has been shown to be safe, highly immunogenic and efficacious in preventing persistent HPV infections (Koutsky *et al.*, 2002). A multivalent vaccine against the most common oncogenic HPV types may thus ultimately represent the most effective way to prevent cervical cancer worldwide alone or in combination with screening.

Préférence : présentation orale

X

XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE

La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003-03-17

RESUME

Dr. H.GÜL¹, Prof. Dr. Y.IRMAK.ÖZDEN¹, Dr. N ULUOCAK² Prof. Dr A.KADIOĞLU²

¹ Dept. de Santé Publique, Fac.de Médecine, Univ. d'Istanbul,34093, Çapa, İstanbul,Turquie

² Dept. d'Urologie, Fac. de Médecine , Univ. d'Istanbul, 34093, Çapa, İstanbul,Turque

RÉSULTATS D'UNE RECHERCHE ÉPIDÉMIOLOGIQUE SUR L'HYPERPLASIE BÉNIGNE DE LA PROSTATE DANS LA PÉRIPHÉRIE D'ISTANBUL

Contexte et objectives

La hausse de l'espérance de vie dans tous les pays ainsi que le vieillissement de la population dans une grande partie du monde causent inévitablement une augmentation des cas à la fois d'hyperplasie et de cancer de la prostate . Le prostatisme constitue le problème de santé le plus fréquent parmi la population masculine au-delà de 50 ans.D'après les données recueillies par l'Institut National de Statistiques Turc,la proportion des cas de cancer de la prostate parmi la totalité des cancers atteint 5,3%. D'autre part, les opérations de la prostate ont une part d'environ 40% dans l'ensemble des opérations urologiques . Malgré la priorité des problèmes sanitaires, économiques et psychologiques dus à l'hyperplasie (soit bénigne, soit maligne) de la prostate, il existe un nombre très limité d'études épidémiologiques faites à ce sujet en Turquie . Cette recherche vise à estimer la prévalence ainsi que certains facteurs de risque dans la population étudiée.

Matériel et Méthode

Cette recherche a été réalisée en 1999 dans une circonscription située dans la périphérie d'Istanbul et affiliée à la Faculté de Médecine de l'Université d'Istanbul. Notre groupe de recherche consiste d'un échantillon probabilitaire de 1287 hommes âgés de plus de 40 ans et faisant partie d'une population totale de 11325 individus. Les données démographiques et sociales et celles relatives au comportement ont été recueillies à l'aide d'une questionnaire appropriée et les plaintes existantes relatives au système urinaire à l'aide d'une questionnaire standardisée (İPSS). Chaque personne a été examinée physiquement par un médecin spécialiste et ces données ont été complétées par le mesurement de la vitesse d'écoulement de l'urine à l'aide d'un uroflowmètre et la détermination du PSA par l'analyse du sang.

Résultats

L'âge moyen des participants est $59,9 \pm 10,1$, 43% déclarent être prêts à se fier aux traitements suggérés par le médecin urologue . 10% ont des plaintes symptomatiques sérieuses (1,3 % dans le groupe d'âges 40-49 et 24% au-delà de 70 ans). La prévalence dans notre échantillon de l'hyperplasie bénigne de la prostate a été trouvée égale à 34% pour l'ensemble de l'échantillon et à 59% pour le groupe âgé de plus de 70 ans. La valeur moyenne de l'IPSS augmente avec l'âge, et l'âge semble être le paramètre le plus déterminant de l'hyperplasie bénigne de la prostate.

Conclusion

Quoique la valeur de la prévalence de cette hyperplasie varie selon le critère de diagnostic utilisé, nous pouvons affirmer que les résultats atteints dans notre recherche concordent avec ceux obtenus dans d'autres recherches épidémiologiques faites en Turquie comme en France, en Ecosse, aux États-Unis et au Japon. Quoique notre échantillon soit l'un des plus larges examinés à ce jour en Turquie, nous pensons que des recherches plus étendues devraient être réalisées afin d'obtenir des taux de prévalence valides pour l'ensemble de notre population.

Préférence: présentation orale

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

L. GULDNER, A. SAMAND, F. PEIN, F. DE VATHAIRE
XR521 Inserm, Service de Physique et Direction de la Recherche Thérapeutique, Institut
Gustave Roussy, Bât. CIS, 39 rue Camille Desmoulins, 94805 Villejuif Cedex

Etude de la relation entre la dose de radiation reçue au cœur et le risque à long terme de défaillance et de pathologie cardiaque grave chez les enfants guéris d'un cancer.

Contexte et objectifs

Les effets cardiaques à long terme de la radiothérapie sont mal connus. Aucune étude de cohorte avec dosimétrie individuelle n'a été effectuée à ce jour. Or, les pathologies cardiaques survenant à long terme pourraient constituer le principal risque iatrogène associé à la radiothérapie.

Méthode

Une étude menée entre 1997 et 2001 à l'IGR chez 230 enfants traités avant 1985 pour un cancer à l'IGR, par anthracyclines, associées dans certain cas à de la radiothérapie, a montré que le risque de pathologie cardiaque était associé non seulement à cette catégorie d'agent anticancéreux, mais aussi à la radiothérapie. La dose de radiations délivrée durant chaque cure, à 6 points du cœur a été estimée à partir des dossiers techniques de radiothérapie de chaque patient et du logiciel Dos_EG mis au point par l'XR521 et le service de Physique de l'IGR.

Résultats

Nous avons étudié la relation entre la dose de radiation reçue au cœur durant le traitement du cancer et la fréquence des pathologies cardiaques asymptomatiques et des défaillances cardiaques. Nous avons aussi étudié l'influence du fractionnement de la dose et l'éventuelle interaction avec les anthracyclines. La dose moyenne reçue au cœur par les patients traités par radiothérapie externe était de 7 grays et la dose médiane de 0.7 grays. Parmi ces 230 sujets, 24 ont eu une défaillance cardiaque et 74 ont eu une pathologie cardiaque grave, définie par une fraction de raccourcissement inférieure à 25% et/ou post charge supérieure à 100 mg/cm².

Préférence : présentation orale



XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE

La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003-03-17

RESUME

Prof.Dr Y.IRMAK ÖZDEN¹, Dr. H.GÜL²

¹ Directrice, Dept. de Sante' Publique, Fac.de Médecine, Univ. d'İstanbul, 34093, Çapa, İstanbul, Turkey

² Dept. de Sante' Publique, Fac de Médecine , Univ. D'İstanbul, 34093, Çapa, İstanbul

ETUDE DES DONNEES STATISTIQUES RELATIVES AU CANCER EN TURQUIE

Contexte et objectifs

En Turquie, La fondation de l'Institution de Lutte Contre Le Cancer date de 1947 . Le premier hopital oncologique fut fondé en 1955 et le Département de Lutte Contre Le Cancer crée au sein du Ministère de la Santé en 1970 devint une administration autonome à l'interieur du meme ministère en 1983. Depuis 1982 le cancer compte parmi les maladies dont le signalement est obligatoire. Un projet de grande envergure ,ayant pour but de créer un systeme actif d'enregistrement pour l'ensemble du pays est en cours depuis 1992. Ajoutons qu'une institution nationale dont le but est d'éliminer les expositions causant le mésotheliomes (qui tiennent une place non-negligeable parmi nos cas)vient recemment(Mai 2001) de se former .Ceci est une étude descriptive visant à donner une idée générale de la morbidité et mortalité dues au cancer dans ce pays.

Materiel et Methodes

Cette étude est basée sur les données relatives à la periode 1999-2000 fournies par le ministère de la sante' et publiées par l'institut national de statistiques, celles-ci constituant la seule source couvrant l'ensemble du pays. Nous avons également tente' de comparer les données en question avec celles provenant de sources secondaires ou partielles , telles que les hopitaux et les circonscriptions affiliées aux facultés de médecine.

Resultats

Le cancer, qui figurait au 4. rang parmi les causes de mortalite' en Turquie en 1970, occupe , depuis 1985, la 2. place dans cette liste. Le taux proportionnel de mortalite' est monte' de 10,1 % en 1990 à 13,1 % en 1996. La courbe des taux de mortalité par age montre une hausse exponentielle à partir du groupe d'ages (35-44) jusqu'au groupe(65-74) et atteint un plateau apres 75 ans. A partir de cet age, le cancer cède la 2. place aux maladies cérébro-vasculaires et tombe au 3. rang parmi les causes de mortalité . Quant à la localisation, parmi la population féminine , le sein vient en tete(24,1% des cas) suivi par certaines localisations du tube digestif (rectum+colon: 8%), l'estomac (7%) la peau (7%),les ovaires (5,6%) . Pour la population masculine, les poumons occupent la premiere place (29,4%), suivis par l'estomac (8,2%) la vessie urinaire (7,3%), autres localisations du tube digestif (6,3%) et le larynx (5,6%). D'autre part, les cas enregistrés dans les différentes (81) provinces du pays exhibent une très large variation quant aux taux d'incidence (Entre 4,9 et 123,1 pr. 100.000)

Conclusion

La comparasion de nos données avec celles des pays plus developpés montre qu'il y a un sous-enregistrement sérieux à la fois des cas signalés et également de la mortalité due au cancer. Le taux d'incidence général , qui , d'apres nos registres, se situe aux environs de 65 pr. 100.000, devrait , d'après les estimations comparatives, atteindre 100 pr. 100.000, ce dernier taux étant , du reste, l'un des buts que le ministère de la sante' s'est fixé pour l'an 2020, les autres étant des diminutions de 15% des cas au- dela de 65 ans, de 20% des cancers des poumons et un enlargement du systeme de dépistage des cancers du sein de maniere à couvrir 90% de la population féminine agée de plus de 40 ans .

Préférence : présentation orale

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

V. De Lisi*^o, P. Sgargi*, F. Bozzani*^o, L. Serventi*.

*Registro Tumori di Parma, via Gramsci 14, 43100 Parma (Italia)

^oDivisione di Oncologia, Dipartimento di Medicina II, Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma.

Trends di incidenza e mortalità per carcinoma prostatico a Parma: periodo 1978-2000.

Introduzione

Il carcinoma della prostata sta divenendo una delle più frequenti neoplasie nel mondo. L'incidenza è rapidamente aumentata nell'ultima decade soprattutto nei paesi occidentali, probabilmente in quanto vengono scoperti piccoli tumori latenti e questo è coinciso con l'introduzione del test del PSA. Sulla base di questi presupposti, abbiamo voluto verificare quale è l'andamento temporale di incidenza e mortalità per carcinoma prostatico negli uomini residenti a Parma nel periodo 1978-2000.

Metodi

Abbiamo considerato i casi di carcinoma prostatico (incidenza e mortalità) in diversi periodi: 1978-1982 ; 1983-1987 ; 1988-1992 ; 1993-1997; 1998-2000. I dati derivano dal registro tumori di Parma, che copre un'area di 400.000 abitanti. Abbiamo inoltre voluto verificare l'incidenza e la mortalità nella popolazione più giovane (45-64 anni) e nella popolazione del capoluogo (Parma), negli stessi periodi.

Risultati

A Parma e provincia si è registrato un progressivo e significativo incremento dell'incidenza dal 1978 al 2000 (27,7 vs. 58,6), mentre sono pressoché stabili i tassi di mortalità (20,2 vs. 20,1). L'età media dei maschi a cui fu diagnostica la neoplasia fu di 72,6 e 73,6 anni rispettivamente nel primo e ultimo periodo. Nei soggetti più giovani l'incidenza risulta lievemente più bassa nel periodo 1978-82 rispetto all'incidenza globale di tale periodo (22,4 x 100.000) mentre è pressoché analoga nel 1998-2000 (55,1 x 100.000). Nel capoluogo il valore è simile nel 1978 (27,6), mentre è lievemente più alto nel 2000 (58,9). I morti sono diminuiti nella classe più giovane, passando da 9,8 del 1° periodo a 5,5 dell'ultimo periodo; mentre questo non è avvenuto, in modo significativo, nel capoluogo (20,4 e 19,5 rispettivamente).

Conclusioni

Il carcinoma della prostata, a Parma, rappresenta oggi la terza più comune causa di cancro nell'uomo (13.0%), dopo quella del polmone (17.2%) e del colon-retto (13.5%). L'incidenza è significativamente incrementata e l'aumento è stato del 5% l'anno. D'altra parte la mortalità non ha mostrato variazioni nei diversi periodi considerati, ad eccezione della popolazione più giovane. Pertanto la divaricazione fra incidenza e mortalità, visto che non si è realizzato un calo di questa, è difficilmente attribuibile, anche indirettamente, ad una efficacia della diagnosi precoce (e quindi della prostatectomia), perché è intuitiva l'assai probabile "overdiagnosis" apportata da un uso ormai routinario del PSA, almeno in situazione oligosintomatica ma spesso come esame routinario in qualsiasi maschio di oltre 50 anni.

Préférence : présentation orale

X

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

M. Fusco¹, F. A. Pisanti², P. Quatrano², M. Montella³, M. Scuderi⁴, E. Girardi⁴, and D. Serraino⁴

¹Registro Tumori di Popolazione Regione Campania; ²Servizio Patologia Clinica Territoriale ASL NA4; ³Servizio Epidemiologia Istituto Nazionale Tumori, Napoli;

⁴Dipartimento di Epidemiologia, INMI L. Spallanzani, IRCCS, Roma

Geographic variability in incidence rates of hepatocellular carcinoma in the Tumor Registry of the Campania region, southern Italy

Background and objectives:

Data from cancer registries (CR) show wide worldwide geographic differences in incidence rates of hepatocellular carcinoma (HCC). The first eight CR of the 20 CR with highest rates of HCC in men are either located in Asia (particularly Japan, Osaka, with about 15 cases/100.000 inhabitants), or involve populations of Asian origin (e.g., the Chinese population of San Francisco, USA), where very high prevalence rates of infection with HBV and HCV are reported. On the contrary, high HCC incidence rates in western countries are registered in areas characterized by elevated levels of alcohol consumption (e.g., northeastern Italy and southern France). Southern Italy is characterized by moderate consumption of alcoholic beverages and by heterogeneous degrees of HBV and HCV spread. We have thus evaluated variations in incidence rates of HCC in the area of one of the two CR located in southern Italy.

Methods:

The CR of Campania region, activated in 1995, covers an area of 490 Km² with a population of about 570.000 inhabitants. For the purpose of this study, all the new diagnoses of HCC (ICD-X C22) formulated in the years 1996-98 were taken into account. The diagnosis of HCC was formulated with cyto-histologic examination and imaging techniques. All cases had received a treatment for HCC. For each of the 11 sanitary districts that compose the Campania CR, the following rates were calculated separately in men and women: age-specific incidence rates (35-44; 45-54; 55-64; >75 years), age-standardized incidence rates on the 1991 Italian population, and standardized incidence ratio (cumulative incidence in the whole CR area =100). Differences in incidence rates among the 11 districts were estimated by means of rate ratios (RR) and their 95% confidence intervals (CI).

Results:

In the years 1996-98, the yearly average age-standardized (world population) incidence rate of HCC in the whole CR area was 26.09/100.000 in men, and 7.92/100.000 in women. Sex- and age-specific rates increased proportionally with age in both sexes (from 26.8/100.000 to 241.7/100.000 in men aged < 55 and > 75 years, respectively; from 25.5/100.00 to 78.9/100.000 in women aged < 55 years and 65-74 years, respectively). When the age-standardized incidence rates in the single districts were compared, remarkable differences were found. In either sexes the higher incidence of HCC occurred in the district number 70, where the frequency of HCC was about six-fold higher in men (RR=6.5; 95% CI: 8.2-15.0) and five-fold higher in women (RR=4.8; 95% CI: 1.7-19.5), than the district with the lowest incidence (district 76 and 77, respectively). When the three years were separately analyzed, the differences in sex- and age-specific rates were constant and more marked in people aged > 65 years.

Conclusions:

This descriptive study shows that the incidence of HCC in the CR of the Campania Region is among the highest in industrialized countries and about four-fold higher than in the remaining Mediterranean areas covered by CR. It also demonstrates marked territorial differences within the CR area. This later variability seem to be unrelated to differences in diagnostic procedures. Instead,

our findings suggest important differences in the prevalence of the major etiologic factors of HCC, namely hepatitis C and/or B virus infection and alcohol abuse.

Préférence : présentation orale **X**

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

Franco Berrino¹

¹Dipartimento di medicina preventiva e predittiva, Istituto Nazionale Tumori, Milano

I registri tumori in era postgenomica

Il recente sviluppo di nuove tecnologie per la caratterizzazione genetica dei tessuti sta gettando le basi per una vera e propria rivoluzione nella classificazione nosologica dei tumori. Tecniche di 'DNA microarray' consentono di identificare le reti funzionali di geni espressi. Tecniche bioinformatiche consentono di classificare i tumori in base a pattern simili di alterata espressione genica, che possono essere messi in relazione con informazioni eziologiche e prognostiche. La produzione di anticorpi altamente specifici per le proteine espresse ne consente poi l'identificazione nei tessuti con tecniche immunostochimiche, oggi routinarie nei laboratori di anatomia patologica. Molti centri oncologici hanno attivato banche biologiche di campioni di tessuti tumorali freschi per studi di microarray, ma oggi, grazie allo sviluppo delle tecniche di 'tissue array', è anche possibile analizzare contemporaneamente l'espressione di uno o pochi geni in migliaia di normali campioni fissati conservati in paraffina.

I registri tumori hanno tradizionalmente collaborato con i laboratori di anatomia patologica per la raccolta e la codificazione delle diagnosi istopatologiche, ma per la grande disomogeneità delle tradizioni diagnostiche solo occasionalmente sono riusciti a produrre statistiche di incidenza o di sopravvivenza dettagliate per diagnosi morfologica. La collaborazione potrebbe oggi essere estesa a centralizzare l'informazione sulla disponibilità di tessuti freschi e fissati e a promuovere studi di espressione genica su base di popolazione che consentano di capire perché tumori con lo stesso istotipo e con lo stesso stadio alla diagnosi possano avere evoluzioni cliniche diverse, e se diversi pattern di espressione genica dipendano da diversi fattori genetici e ambientali.

Préférence : présentation orale

X

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

Titolo e autori:

Russo A., Cervasio E., Autelitano M., Filipazzi L., Ghilardi S., Giubelli C., Bonini *and* Bisanti L. (*Servizio di Epidemiologia, ASL Città di Milano*)

Software per la gestione di un Registro di Mortalità integrato in un Registro Tumori automatizzato

Obiettivi: la ASL Città di Milano ha istituito il Registro dei Tumori cittadino che utilizza la procedura automatica di identificazione dei casi incidenti già in uso presso i Registri dei Tumori del Friuli Venezia-Giulia, di Bolzano, di Trento, del Veneto, e sviluppata dal *ad hoc* Working Group della IARC per l'automazione dei registri. La procedura di registrazione automatica è fondata sul linkage delle basi di dati relative alle cause di morte, alle schede di dimissione ospedaliera ed ai servizi di Anatomia Patologica.

Il Registro delle Cause di Morte, oltre ad essere una delle fonti irrinunciabili di informazione, è necessario anche per la verifica della qualità del Registro dei Tumori e per l'analisi di sopravvivenza dei casi da questo identificati. Per il Registro della Cause di Morte di Milano è stato sviluppato ed implementato un software specifico di integrazione dei dati di mortalità con le altre fonti informative del Registro Tumori.

Materiali e metodi: l'applicativo è stato sviluppato in Visual Basic e le basi dati di riferimento sono interrogabili ed analizzabili con tutti gli applicativi di gestione dati e con i pacchetti statistici basati su Windows. La peculiarità del software è data dalla possibilità di identificare i soggetti deceduti sulle anagrafi dei residenti e degli assistiti, e dalla loro integrazione con i flussi delle dimissioni ospedaliere. Per favorire l'utilizzazione dei dati di mortalità a scopi di ricerca analitica sia clinica sia epidemiologica è stato scelto di inserire in ogni record individuale le codifiche di tutte le condizioni morbose riportate nella scheda di morte.

Risultati: Sono stati codificati ed inseriti nel sistema tutti i certificati di morte dei residenti a Milano nel periodo 1994-2002 per un totale di 121.367 record. Tutti i deceduti sono stati identificati sulla anagrafe del comune di Milano e sulla anagrafe degli assistiti della Regione Lombardia.

Conclusioni: La realizzazione del Registro delle Cause di Morte, integrato nel Registro Tumori Automatizzato dell'area metropolitana di Milano ha permesso l'uso di procedure di georeferenziazione dei decessi, la cui analisi ha messo in evidenza notevoli differenze della mortalità nell'area metropolitana.

Préférence : présentation orale

X

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

Titolo e autori:

Russo A. Autelitano M., Ghilardi S., Filipazzi L., Giubelli C., Bonini A., Cervasio E. *and* Bisanti L. (*Servizio di Epidemiologia, ASL Città di Milano*)

Utilizzo delle schede di dimissione ospedaliera come strumento di programmazione sanitaria e fonte di informazioni preliminari all'avvio di un Registro Tumori

Obiettivi: l'implementazione del Registro dei Tumori con procedura automatizzata della ASL Città di Milano ha reso necessaria l'analisi approfondita del contributo di ciascuna delle fonti informative previste da tale procedura, vista l'elevata concentrazione di strutture ospedaliere e le dimensioni della popolazione. Obiettivo del lavoro è verificare la resa di una delle fonti utilizzate dalla procedura automatica (schede di dimissione ospedaliere) per la stima della incidenza di tumore per sede.

Materiali e metodi: Sono state prese in considerazione tutte le schede di dimissione ospedaliera dei residenti a Milano, di tutte le classi di età, ricoverati in strutture ospedaliere della Lombardia e fuori dalla Lombardia riportanti un codice di neoplasia invasiva (ICD-IX 140-208). Utilizzando la base dati dal 1995 al 1998 sono stati identificati i casi prevalenti di tumore e sulla base della prima diagnosi nel periodo 1999-2001 i possibili casi incidenti differenziati per sede. Sono stati prodotti i tassi di incidenza standardizzati e effettuati confronti con i dati riportati dai Registri dei Tumori di Torino (1993-98), di Varese (1993-97), del Nord-Est (1995-97) e del Veneto (1993-96).

Risultati: Sono state analizzate 288.064 dimissioni, relative al periodo 1995-2001, con diagnosi di neoplasia invasiva. I casi ritenuti incidenti 1999-2001, identificati dalla procedura ammontano a 30.752. L'analisi mostra globalmente modesti scostamenti rispetto alle stime prodotte dai registri di riferimento considerati. Per due sedi tumorali sono stati evidenziati, invece, tassi sensibilmente più alti rispetto a tutti gli altri registri di riferimento: i tumori della prostata (tasso standardizzato 95,1/100.000, 20% in più rispetto al valore più alto riportato dagli altri registri) ed il tumore della mammella (tasso standardizzato 169,2/100.000, 24% in più). Al fine di spiegare tali eccessi è stata condotta una analisi sull'uso del PSA che ha evidenziato che il 38% della popolazione residente a Milano ha un accesso spontaneo ad almeno un test del PSA nel periodo 1999-2001. L'eccesso di incidenza di cancro della mammella suggerito da questa fonte informativa corrisponde verosimilmente: 1) ad una reale condizione di maggior rischio della popolazione milanese, 2) incremento delle diagnosi attribuibili all'avvio del programma di screening mammografico e 3) ad una imperfetta identificazione dei casi prevalenti facendo ricorso a questa unica fonte di segnalazione.

Conclusioni: il flusso delle schede di dimissione ospedaliera quale fonte unica di stima dell'incidenza dei tumori è da ritenersi soddisfacente per quasi tutte le sedi tumorali e in tal senso utilizzabile a fini di programmazione sanitaria. L'uso, invece, della stima di incidenza desumibile dalla stessa fonte a fini di epidemiologia descrittiva richiede maggiore cautela.

Préférence : présentation orale

X

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

Titolo e autori:

Russo A., Autelitano M., Giubelli C., Bonini A., Ghilardi S., Filipazzi L. *and* Bisanti L.
(*Servizio di Epidemiologia, ASL Città di Milano*)

Utilizzo di flussi sanitari correnti per la stima della prevalenza di malattie: un esercizio sulla rettocolite ulcerosa e morbo di Crohn

Obiettivi: Lo sviluppo di procedure di identificazione di casi incidenti per patologie neoplastiche invasive si basa sulla utilizzo dei flussi sanitari correnti relativi alle Cause di Morte, alle Schede di Dimissione Ospedaliera ed ai flussi di attività dei Servizi di Anatomia Patologica. A livello del Working Group della IARC per l'automazione dei registri tumori vi sono attività dedicate alla implementazione della procedura esistente. Attualmente è in progetto la valutazione della inclusione di ulteriori flussi sanitari correnti quali i registri delle prestazioni ambulatoriali e dei consumi farmaceutici territoriali. Presso la ASL Città di Milano è attivo un registro informatizzato degli assistiti esenti ticket. Obiettivo è implementare una procedura che consenta, tramite l'utilizzo congiunto dell'archivio esenzioni ticket e delle dimissioni ospedaliere e dell'archivio dei certificati di morte, la ricostruzione della prevalenza di rettocolite ulcerosa e morbo di Crohn.

Materiali e metodi: le fonti informative utilizzate sono rappresentate dal file delle esenzioni al giugno 2002 che include 256.246 soggetti e dai file delle dimissioni ospedaliere dei soggetti residenti a Milano dal 1995 al 2001 costituito da 2.094.293 record e dal Registro della Cause di Morte relativo al periodo 1994-2002 costituito da 121.367 record. Mediante procedure di record linkage sono stati identificati i codici specifici nel file delle esenzioni e le codifiche ICD-IX in una delle diagnosi presenti nelle dimissioni ospedaliere. Tali informazioni sono state successivamente assegnate al file della anagrafe dei residenti e del registro della cause di Morte al fine di identificare i decessi occorsi nei casi identificati.

Risultati: utilizzando tutte le fonti informative sono stati identificati 2.223 soggetti con patologia cronica infiammatoria del colon (1252 rettocoliti ulcerose e 971 malattie di Crohn). Dopo avere effettuato il linkage con il registro delle Cause di morte sono stati identificati 221 decessi occorsi nel periodo di osservazione. Al dicembre 2001 sono stati identificati 1127 casi con diagnosi di rettocolite ulcerosa e 875 casi con malattia di Crohn viventi.

La prevalenza stimata al 31 dicembre 2001 è di 84,2 per 100.000 abitanti per la rettocolite ulcerosa e di 65,4 per 100.000 abitanti per la malattia di Crohn.

Conclusioni: è attualmente pensabile una utilizzazione dei flussi correnti per raccogliere informazioni su patologie ad elevato impatto assistenziale e l'implementazione/estensione di simili procedure può dare utili informazioni ai fini della programmazione sanitaria per patologie diverse da quelle tumorali.

Préférence : présentation orale

X

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

CROCETTI E, CAPOCACCIA R, CASELLA C, FERRETTI S, GUZZINATI S, ROSSO S, SACCHETTINI C, SPITALE A, STRACCI F, TUMINO R (working group AIRT)

Gli andamenti temporali dell'incidenza e mortalità per tumori in Italia - i dati dei Registri Tumori

Obiettivi.

Lo studio degli andamenti temporali dell'incidenza e della mortalità per tumori rappresenta uno strumento essenziale per monitorare cambiamenti nelle abitudini di vita della popolazione, nelle esposizioni ambientali, nella disponibilità di strumenti diagnostici e terapeutici in un'area. Il primo obiettivo di questo studio è quello di effettuare una analisi descrittiva degli andamenti temporali dell'incidenza e della mortalità dei tumori in Italia a partire dai dati dell'archivio dei Registri Tumori AIRT.

Materiali e metodi.

L'archivio AIRT riflette nella sua composizione l'andamento che ha avuto la registrazione dei tumori in Italia con esperienze puntiformi a partire dalla fine degli anni '70 che si sono gradualmente estese nel tempo nel territorio nazionale. Il presente studio analizza un periodo di dodici anni compresi fra il 1986 e il 1997. L'analisi riguarda quella parte dall'archivio AIRT relativa ai registri che presentano una consistente copertura del periodo analizzato.

Per quanto riguarda la mortalità sono stati utilizzati i dati ISTAT. Sono stati calcolati tassi standardizzati per età sia di incidenza che di mortalità per ogni sesso e sede. Un aspetto di particolare interesse negli andamenti temporali è l'identificazione di momenti nei quali si osserva un cambiamento nei trend. Si sono cercati questi punti con la così detta "analisi dei join-points". Sono state condotte anche analisi età-periodo e coorte-periodo per identificare il loro possibile effetto nel determinare specifici andamenti. Si sono inoltre valutate le tendenze degli indicatori di qualità dei dati (conferme istologiche) e di completezza (casi noti dai soli certificati di morte).

Risultati.

Si segnalano, fra le sedi tumorali più rilevanti, la significativa riduzione osservata sia nell'incidenza che nella mortalità per il tumore del polmone fra i maschi, con andamento ancora in crescita fra le femmine. E' presente una stabile riduzione sia dell'incidenza che della mortalità per il tumore dello stomaco in entrambi i sessi. In aumento l'incidenza del tumore del colon, mentre per il retto la mortalità è in riduzione. Risulta in aumento l'incidenza per il tumore della mammella femminile con mortalità in riduzione a partire dai primi anni '90. Per i maschi da segnalare l'incremento nell'incidenza del tumore della prostata con mortalità in riduzione. In aumento, nei due sessi, l'incidenza dei linfomi, del mieloma, dei tumori del rene e dei melanomi. Da segnalare la riduzione della mortalità nei due sessi per i tumori del sistema nervoso centrale e per la tiroide.

Conclusioni

I dati dello studio AIRT risultano nel complesso confortanti indicando per tutti i tumori nel loro insieme una riduzione della mortalità. Tali dati si sommano alle crescenti esperienze internazionali di analisi degli andamenti temporali della patologia oncologica a partire da dati di popolazione e rappresentano una fonte conoscitiva importante per sé e la base per ulteriori analisi di approfondimento.

Préférence : **présentation orale** **X**

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

Le Registre Italien des Cancers Professionnels : nouveaux résultats et activités futures

Paolo Crosignani, Massimo Nesti (1), Roberto Audisio, Silvio Cavuto, Alessandra Scaburri, Plinio Amendola, Marina Vercelli (2), Paola Zambon (3), Giovanni Nedoclan (4), Fabrizio Stracci (5), Franco Pannelli (6), and Franco Berrino

Registro Tumori Lombardia, (1) Institut Italien pour la Sécurité et la Prévention sur les lieux de Travail (ISPESL), (2) RT Ligure, (3) RT Veneto, (4) RT Friuli, (5) RT Umbria, (6) RT Marche

La loi italienne prévoit qu'il y ait un registre des cancer professionnels établi par ISPESL. Cela a été réalisé par une étude cas-témoin sur base de population utilisant les cas incidents des certains registres des tumeurs italiens et d'un échantillon de la population source. Ici on présente les données les plus récentes à partir des cas incidents 1993-1997.

Pour chaque sujet on a cherché les entreprises où il a travaillé utilisant les fichiers de la sécurité sociale INPS. Cette information est disponible que pour les entreprises privées. On a analysé environ 100000 cas et 70000 témoins, obtenant environ 50% d'histoires professionnelles. La table suivante montre les résultats pour un certain nombre de couches économiques.

Economic branch	Primary site /gender	RR	90% CI	n. of cases
Stell foundry	Lung M	1.28	1.13-1.45	369
	Pleural mesothelioma M	1.45	0.87-2.41	19
	Brain M	1.66	1.10-2.50	27
Leather and Shoes ³	Nose M	4.68	1.65-13.27	5
	Bladder M	1.24	0.90-1.70	41 (*)
	Kidney and urinary tract M	1.68	1.18-2.41	31
	Kidney and urinary tract F	1.75	0.94-3.25	12 (*)
Wood	Nose M	2.73	0.84-8.94	3 (*)
	Pleural mesothelioma M	2.83	1.23-6.51	7
Transports	Lip M	3.39	1.23-9.36	10
	Larynx M	1.77	1.41-2.22	89
	Lung M	1.40	1.23-1.59	349
	Lung F	4.71	1.69-13.16	4
	Pleural mesothelioma M	3.24	2.09-5.02	34
	Bladder M	1.39	1.15-1.68	132
Metal plating	Lung M	1.92	1.21-3.06	21
Shipbuilding	Larynx	1.66	1.22-2.28	40
	Pleural mesothelioma M	4.58	2.89-7.27	28
	Brain M	2.07	1.13-3.81	11

On est en train d'étendre cette étude au système des démissions hospitalières, qui existe en beaucoup de régions italiennes.

Préférence : présentation orale

X

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

Luigino DAL MASO¹, Jerry POLESEL¹, Patrizio PEZZOTTI², Giovanni GALLO³, Paola ZAMBON⁴, Vanni BORGHI⁵, Massimo FEDERICO⁶, Gina ROSSETTI⁷, Silvano PIFFER⁸, Marcello TAVIO^{1,9}, Gianni VICARIO^{1,10}, Giovanni REZZA² and Silvia FRANCESCHI¹¹ for Cancer and HIV/AIDS Registries Linkage Study (CHARLES)

¹Centro Riferimento Oncologico, IRCCS Aviano; ²Istituto Superiore di Sanità, Roma; ³Regione Veneto, Venezia; ⁴Registro Tumori del Veneto, Padova; ⁵Clinica Malattie Infettive e Tropicali, Policlinico, Modena; ⁶Registro Tumori di Modena, Modena; ⁷Azienda Provinciale Servizi Sanitari, Trento; ⁸Registro Tumori di Trento, Trento; ⁹Regione Friuli-Venezia Giulia, Trieste; ¹⁰ Registro Tumori Friuli-Venezia Giulia; ¹¹International Agency for Research on Cancer, Lyon

FIRST RESULTS FROM THE CANCER AND HIV/AIDS REGISTRIES LINKAGE STUDY (CHARLES) IN ITALY

Introduction and aims: Since the mid-1990s, cancer incidence in human immunodeficiency virus (HIV)-infected populations has been investigated by a few large population-based linkage studies of AIDS and cancer registries (CRs). These studies [Goedert et al., 1998; Franceschi et al., 1998; Li et al., 2002], together with clinical series and cohort studies, have provided essential information on the frequency and characteristics of cancers in the course of HIV infection. A delay in the development of AIDS-related illnesses, after the spread of highly active antiretroviral therapies (HAART), allows the emerging of several cancers previously undetected on account of their poor prognosis in persons with HIV/AIDS (PWA). It is, thus, important to use not only population-based cohorts defined by AIDS diagnosis but also, where available, cohorts and archives of people with a documented HIV-positive test.

Methods: *The present record linkage study is an expansion of the Cancer and AIDS Registries Linkage study (CARL) conducted in Italy since 1995 [Franceschi et al 1998]. Notification of HIV-positive tests was systematically and independently reported in 4 Italian areas also covered by a Cancer Registry (i.e.: the regions of Veneto and Friuli-Venezia Giulia and the provinces of Modena and Trento).*

The record linkage procedure, following strictly confidential restriction, was performed through an "ad hoc" software application [Dal Maso et al 2001]. Briefly, records from HIV and CRs were linked by last and first name, and by date of birth. Satisfaction of name-date algorithm required: (a) that the records were identical for at least one critical field, and (b) that the other two critical fields, if not identical, differed only in prescribed ways. Since the system operated under procedures that removed all personal identifiers, the staff of each type of registry was blinded to which persons had been linked. Observed numbers of cancer in PWA were compared to expected numbers by means of standardized incidence ratios (SIRs). Corresponding 95% confidence intervals (CI) were computed using the Poisson distribution

Results: In the period considered, the areas covered by the 4 CRs had approximately 4.2 million population (7% of the total Italian population). Overall, 9,483 HIV cases (74% men and 26% women) were reported in this area for a total of 43,043 person-years with a median follow-up of 5.5 years in period covered by a CR. The majority of PWA enrolled in this study were intravenous drug users (IDUs, 60%), and the median age was 29 years. After HIV seropositivity 104 Kaposi's sarcoma (KS) and 91 non-Hodgkin lymphomas (NHL) were reported. Moreover, 4 Invasive cervical cancers (ICC) and 56 non AIDS-defining cancers were identified. After HIV diagnosis, risks were elevated for

AIDS defining cancers: KS (SIR=170), NHL (25), and ICC (6.5) All the only non AIDS-defining cancers at significantly risk in PWHA were anus (16) and Hodgkin lymphomas (6.5) with an overall SIR=1.2 (95%CI: 0.9-1.5).

Conclusion: These findings are generally in agreement with results obtained from people with AIDS but the risk are lower for all cancers and, particularly, for non AIDS-defining neoplasms. A part of this difference could be due to emigration or loss at follow-up of PWHA.

In the evaluation of the complete burden of cancer in PWHA and time trends in AIDS-related cancers, it is, also, important to have information on the degree of immune deficiency. This, again, is generally possible only in large (national) cohorts of HIV-infected subjects as the present one. The integration between cohorts defined by AIDS diagnosis and population based cohort derived from notification of HIV-positivity, using the record linkage procedures has recently been demonstrated to provide consistent and complementary results [Li et al 2002]. Finally, combining compatible results from the analyses of this cohort and other European countries (SHCS, etc.) would be extremely helpful.

Préférence : présentation orale

X

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

EUROCHIP: AFTER THE DEFINITION OF THE FINAL LIST OF INDICATORS DESCRIBING CANCER IN EUROPE

A Micheli (a), P Baili (a), M Coleman (b), E Mugno (a), R Capocaccia (c), A Verdecchia (c), C Martinez (d), F Berrino (a), JW Coebergh (e).

(a) Istituto Nazionale Tumori, Milan, Italy; (b) London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, UK; (c) Istituto Superiore Sanità, Rome, Italy; (d) Granada Cancer Registry, Spain; (e) Comprehensive Cancer Centre, South Eindhoven Cancer Registry, Netherlands

PROJECT BACKGROUND: EUROCHIP is part of the European Commission Health Monitoring Programme (HMP), which was implemented in Europe to set indicators relative to all health aspects. EUROCHIP produced a comprehensive list of health indicators pertaining to cancer, with variables on cancer prevention, registration and epidemiology, screening, treatment and clinical aspects and social and macro-economic information related with health. Final goal of the project is to find information able to describe differences and also to promote action that would reduce inequalities in cancer managing.

PROJECT ASPECTS: Each indicator was discussed by experts of different background, and described by its general presentation, operational definition, meaning, possible use, caveat, modalities of classification, possible source, standardisation and validity. The final list results from various discussions on priorities: these as a whole added value to the indicator, problems and cost relative to data collection and on the comparability among European countries. Sources for the indicators were classified as follows: a) already available international databanks, b) health surveys, and c) Cancer Registries.

RELATION WITH CANCER REGISTRATION:EUROCHIP recommended that (for major cancer sites) Cancer Registries collected systematically new information, routinely or for ad hoc studies, in order to increase the available information to describe cancer patients' history. This new set of data includes: stage at diagnosis by the TNM values, delay of cancer care, percentage of cases treated with surgery, chemotherapy or radiotherapy and indicators on registration.

CONCLUSIONS and USE OF INDICATORS: The main aim of EUROCHIP to use data to promote cancer surveillance and indicate actions towards cancer control in Europe. The present contribution aims to present the main results of the EUROCHIP project and give advice on information that would increase the role of Cancer Registries in health surveillance. A few examples will be given on how to use such information for the countries of the European Union.

Préférence : présentation orale

X

XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE

La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003

M. Montella^{1,6}, A. Crispo¹, M. Grimaldi¹, F. Izzo², R. Talamini³, L. Dal Maso³, E. Bidoli³, M. Crovatto⁴, V. Donadon⁵, L.G. Tommasi⁵, M. Fusco⁶, S. Franceschi⁷.

¹ U.O. Epidemiologia, Istituto Nazionale Tumori, Fondazione "G. Pascale" - Napoli

² U.O. Chirurgia "C", Istituto Nazionale Tumori, Fondazione "G. Pascale" - Napoli

³ U.O. Epidemiologia, CRO, Aviano

⁴ U.O. Immunologia, CRO, Aviano

⁵ U.O. Medicina Generale, Ospedale di Pordenone

⁶ Registro Tumori di Popolazione (R.T.P.), Regione Campania - Napoli

⁷ Field and Intervention Study Unit International Agency for Research on Cancer, Lyon, France

VALUTAZIONE DELLA PREVALENZA E DELLA DISTRIBUZIONE DEI GENOTIPI IN PAZIENTI HCV
POSITIVI RICOVERATI IN DIVERSE AREE GEOGRAFICHE D'ITALIA.

Introduzione

Il cancro del fegato è strettamente correlato all'abuso di bevande alcoliche ed all'infezione da HCV. In Italia i dati di incidenza e mortalità più elevati si riscontrano nella Regione Campania e nelle Regioni del Nord-Est. Nelle due Regioni le abitudini e gli stili di vita sono molto diversi, in particolare differiscono le abitudini alimentari legate alle bevande alcoliche, il cui uso è maggiormente diffuso e frequente nelle Regioni del Nord-Est. Viceversa alcuni studi hanno evidenziato una prevalenza dell' HCV molto elevata in alcune zone della Regione Campania.

Materiali e Metodi

Abbiamo analizzato la prevalenza e la distribuzione dei genotipi nei pazienti ricoverati nel CRO di Aviano e nell'Azienda Ospedaliera di Pordenone e nei pazienti dell'Istituto Tumori e dell' Ospedale Cardarelli di Napoli dal 1999 al 2002. Sono stati reclutati tutti i pazienti con cancro del fegato e i pazienti ospedalizzati per patologie non neoplastiche e non correlate con alterazioni epatiche. La determinazione del HCV è stata eseguita mediante metodica MEIA (Abbott) + test di conferma Immunoblot AbIII (Innogenetics-Diasorn). Il rilevamento HCV-RNA è stato eseguito con Cobas Amplicor Test e la determinazione del genotipo mediante INNO-LIPA (Innogenetics-Bayer)

Abbiamo calcolato sia la prevalenza degli anticorpi che la prevalenza della presenza dell' RNA. La distribuzione dei genotipi (in quattro classi: 1b, 1 indeterminato, 2 sottotipi 2a-2c, altri) è stata valutata per tipo di diagnosi (cancro del fegato, altre patologie), residenza (Sud, Nord).

Risultati

Il totale dei pazienti arruolati è 821; 72% è rappresentato da maschi (n=590) e il 28% da donne (n=231). 397 è il totale dei pazienti nel centro di Aviano di cui 120 cancri del fegato e 277 patologie non neoplastiche, 424 è il totale dei pazienti per il centro di Napoli di cui 164 cancri del fegato e 260 patologie non neoplastiche. La prevalenza degli anticorpi anti-HCV determinata mediante test Abbott MEIA risulta del 20.6% (77 positivi) ad Aviano e 35.2% a Napoli (122 positivi). La prevalenza (presenza dell'HCV-RNA) ad Aviano è dell'83% (64/77) ed a Napoli dell'89% (109/122). La distribuzione del genotipo nei 4 gruppi principali, rispettivamente ad Aviano e Napoli è la seguente: "1b" il 67.7% (n=42) e il 65.1% (n=71), "1 ≠ da 1b, indeterminato" compare solo per il centro di Napoli con il 5% (n=5), "2 sottotipi 2a-2c" il 32.3% (n=20) e il 26.6% (n=29) ed infine "5 e altri genotipi" compare solo per il centro di Napoli con il 3.7% (n=4). Per le due diverse diagnosi riscontriamo un'alta prevalenza del genotipo "1b" tra i cancri del fegato ad Aviano (67%) mentre segnaliamo una prevalenza del 12.5% del genotipo "5+ altri genotipi" tra le patologie non neoplastiche a Napoli.

Conclusioni

Nella regione Campania la prevalenza risulta più elevata sia nei pazienti con cancro del fegato che nei pazienti non neoplastici. Tuttavia la prevalenza dei pazienti del Nord-Est risulta più elevata di quella riscontrata nell' area in precedenti studi. Inoltre risulta diversa tra le due regioni anche la distribuzione dei genotipi che vede nel sud una maggiore espressione di genotipi doppi od incerti unitamente alla presenza di genotipi non tipicamente europei. Infine dai risultati trova conferma la drammatica prevalenza del HCV nel sud Italia.

Préférence : présentation orale

X

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

ROSSO S, SPITALE A, ZANETTI R.

Stime d'incidenza tumorale nelle regioni italiane: problemi di metodo ed utilizzo.

Obiettivi.

La rete dei Registri Tumori Italiani copre attualmente circa il 30% della popolazione italiana. Le misure prodotte dai registri possono considerarsi una buona ed ampia rappresentazione della distribuzione della patologia tumorale in Italia. Tuttavia, pur nell'attuale situazione d'espansione territoriale della rete dei registri italiani restano non coperte da registrazione ampie e disomogenee aree del territorio nazionale. L'obiettivo di questo studio è quello di fornire le stime d'incidenza delle principali sedi tumorali nelle regioni italiane, discuterne i limiti e le potenzialità e valutare le alternative a disposizione.

Materiali e metodi.

Le stime sono ottenute a partire dalle misure d'incidenza più recente disponibili pubblicate dalla rete dei registri (Il Cancro in Italia Vol. 3) e dalle più recenti misure di mortalità disponibili per il territorio nazionale (ISTAT, anno 1998). Sono stati applicati alla mortalità regionale i coefficienti calcolati dalla regressione d'incidenza e mortalità specifica per età e macro-aree regionali (Nord-Ovest, Nord-Est, centro e Sud Italia). Per alcune sedi (cervice uterina, ovaio e laringe) si sono successivamente confrontate le stime così ottenute con misure indirette e stime ottenute dalle schede di dimissione ospedaliera.

Risultati.

Il numero di nuovi casi di tumore stimati in Italia è di 280493 all'anno, pari ad un tasso di 318.5 per gli uomini e 236.6 per le donne (standard mondiale), con un gradiente di variazione per regione di circa 1.4 volte fra il tasso più alto (Lombardia) e quello più basso (Calabria). Variazioni più consistenti si osservano per le sedi correlate con gli stili di vita ed esposizioni ambientali (tumori delle vie aeree e digestive superiori, polmone, stomaco). Il confronto con misure indirette ottenute mediante l'archivio automatizzato dei ricoveri ospedalieri, relativamente alle stime del Piemonte, ai cui archivi gli autori avevano accesso, ha evidenziato una migliore performance per le sedi dove la misclassificazione della diagnosi è limitata, mentre per altre sedi, come la cervice uterina, in cui la misclassificazione della diagnosi di dimissione supera il 25% dei casi, il ricorso a misure indirette è di limitata utilità rispetto a metodi più semplici.

Conclusioni

Le stime d'incidenza per le aere non coperte da registrazione possono rappresentare un utile strumento per dimensionare le risorse sanitarie da destinare ai servizi di diagnosi e cura dei tumori. A questo scopo, l'utilizzo di metodi semplici di stima consente con buona approssimazione di raggiungere obiettivi di programmazione. Tuttavia, i metodi sinora proposti si basano tutti sulla mortalità che ha importanti limiti di definizione diagnostica, che risultano in una distorsione maggiore delle differenze osservate fra le stime nelle regioni italiane. Purtroppo anche la strada delle misure indirette basate sugli archivi dei ricoveri non è sempre affidabile, presentando distorsioni minori, ma rilevanti per alcune sedi.

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

CHANGING TRENDS IN BREAST CANCER MANAGEMENT IN EUROPE

M SANT¹, C ALLEMANI¹ and the EURO CARE WORKING GROUP²

¹Unit of Epidemiology, Istituto Nazionale Tumori, Via Venezian 1, Milano, Italy

² The EURO CARE working group for this article is: CR (*Cancer Registry*) Estonia: T Aareleid, A Kupp (Estonian CR). France: G Hédelin (Bas Rhin CR); G Chaplain (Côte d'Or Breast and Gynaecologic CR); C Exbrayat (Isère CR); Brigitte Tretarre (Hérault CR); P Grosclaude (Tarn CR); J Macè-Lesech (Calvados General CR); M. Mariette (Doubs CR); N Raverdy (Somme CR). Italy: E Artioli, M Federico (Modena CR); A Barchielli, E Paci (Tuscan CR); F Berrino (Project Leader), G Gatta, M Sant, C Allemani (Istituto Nazionale Tumori, Milan), P Crosignani, D Speciale, MR Ruzza, E Frassoldi (Lombardy CR); R Capocaccia, A Verdecchia (Istituto Superiore di Sanità, Rome) L Gafà, R Tumino, M La Rosa (Ragusa CR). Spain: C Martinez (Granada CR). NL: JWW Coebergh, A Voogd (Eindhoven CR). UK: J Bell (Thames CR); MP Coleman (London School of Hygiene and Tropical Medicine); EMI Williams (Merseyside and Cheshire CR).

Background and Aims

The first EURO CARE High Resolution (HR) study on breast cancer documented wide differences in stage at diagnosis and survival of patients diagnosed in 1990-92. The aim of the present study is to monitor changes in patterns of care for breast cancer over the 90's, comparing patterns of care for patients diagnosed in 1990-92 (EURO CARE-2) and 1996-98 (EURO CARE-3).

Methods

Eleven European population-based cancer registries provided high resolution data of representative samples of breast cancer patients diagnosed in the two study periods. Detailed clinical information on TNM stage, diagnostic exams, and therapy was collected according to the HR study protocol, and was analysed centrally. For each registry, the variation in the distribution of stage and therapy between 1990-92 and 1996-98 was analysed. The odds of being treated by breast conserving surgery (BCS)+adjuvant radiotherapy in 1996-98 vs 1990-92 was estimated by logistic regression models, adjusting by age and stage. Checks to recuperate missing information on stage and treatment are still in course.

Results

Considering all registries together, the percentage of T1 tumours increased from 42% in 1990-92 to 49% in 1996-98. This trend was present in all registries except Ragusa (South Italy) and Thames (UK), where the percentages remained stable. The proportion of larger tumours (T2-T3) decreased in all registries. The proportion of node negative tumours increased over time, from 42% to 47%. The lowest % of N0 were in Ragusa, Granada (Spain), Thames and Estonia. The proportion of T4 decreased slightly (-2%) and that of M1 remained stable, around 5%. Overall, the proportion of lymphadenectomy remained stable over time (81%); however it increased in the registries with low percentages in 1990-92 (Thames, Estonia, Granada). The mean number of nodes examined during lymphadenectomy increased from 12 to 14. As a consequence of the time trend by stage, the proportion of patients undergoing BCS increased from 42% to 50%. Considering all registries together, the odds of undergoing BCS+adjuvant radiotherapy in 1996-98 was 24% higher than in 1990-92, for patients of same stage and age. The highest odds were for Granada, Estonia, Tarn (France), and Modena (North Italy).

Conclusions In most of the European regions represented in this study:

- Breast cancer was diagnosed at earlier stage in 1996-98 than in 1990-92
- The procedures for staging breast cancer improved over time
- The adherence to treatment protocols improved as well.

However, in some regions with low standards of care in 1990-92, only minor improvements in stage distribution and adhesion to treatment guidelines were seen.

Préférence : présentation orale



**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

L. Fernandez,¹ D. Serraino,² G. Rezza,³ J. Lence,¹ R. M. Ortiz,¹ T. Cruz,¹ S. Vaccarella,⁴ L. Sarmati,⁵ M. Andreoni,⁵ and S. Franceschi⁴

¹Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, Havana, Cuba

²Dip. Epidemiologia, Istit Nazionale Malattie Infettive L. Spallanzani, IRCCS, Rome, Italy

³Centro Operativo AIDS, Istituto Superiore di Sanità, Rome, Italy

⁴Unit of Field and Intervention Studies, International Agency for Research on Cancer, Lyon, France

⁵Istituto di Malattie Infettive, Università di Tor Vergata, Rome, Italy

Infection with human herpesvirus type 8 and human T-cell leukaemia virus type 1 among individuals participating in a case-control study in Havana City, Cuba.

Background and objectives

Infection with human herpesvirus type 8 (HHV-8) and with human T-cell leukaemia virus type-1 (HTLV-1) shows strong geographic variations worldwide. This study was conducted to assess prevalence and risk factors for HHV-8 and HTLV-1 infections in Havana City, Cuba. In addition, the role of potential correlates of infection, such as socio-demographic characteristics, history of sexually transmitted diseases (STD) and sexual behaviours, was examined.

Methods

This seroepidemiological investigation took advantage from the existence of residual serum samples and from information already collected for the conduct of a hospital-based case-control study on cancer of the oral cavity or of the oropharynx in the Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, Havana City, Cuba. 200 cases histologically confirmed and an equal number of controls, identified from the same hospitals, constituted the original study group. Residual sera for assessing the presence of antibodies against HHV-8 were not available for nine cases and 12 controls (median age: 62 years) out of the 400 individuals originally enrolled in the case-control study. Thus, 379 individuals (267 males and 112 females; median age = 63 years) constituted the study group for the present investigation. Odds ratios (OR) and their 95% confidence intervals (CI) were used to assess the association between HHV-8 seropositivity and various characteristics and exposures by means of unconditional multiple logistic regression equations.

Results

Overall, 64 subjects (16.9%, 95% CI: 13.1-20.0) were positive for HHV8 antibodies. HHV-8 seroprevalence significantly increased with age (OR=1.9 for ≥ 65 years vs <55), and was twice as frequent in blacks than in whites. No association emerged with gender, socio-economic indicators, family size, history of STD, sexual behaviour. Overall, 16 persons had anti-HTLV-1 antibodies (4.2%, 95% CI: 2.2-6.4). No relationship emerged between HTLV-1 and HHV8 serostatus.

Conclusions

The study findings indicate that HHV-8 infection is relatively common in Havana City, Cuba, suggesting that Cuba may represent an area at intermediate endemicity. Sexual transmission does not seem to play a major role on the spread HHV-8 infection.

Presenter: Diego Serraino

Préférence : présentation orale

X

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

I DATI DEI REGISTRI TUMORI NELLA VALUTAZIONE DELL'INCIDENZA DELLE NEOPLASIE MALIGNI IN EPIC-ITALY

Tumino R¹, Krogh V², Palli D³, Masala G³, Berrino F², Tagliabue G⁴, Panico S⁵, Celentano E⁶, Sacerdote C⁷, Vineis P⁷.

¹ = Registro Tumori Ragusa (Italia); ² = Divisione di Epidemiologia Istituto Tumori Milano (Italia);
³ = U.O. di Epidemiologia Nutrizionale e Molecolare, CSPO Istituto Scientifico Toscano Firenze (Italia);
⁴ = Registro Tumori Varese (Italia); ⁵ = Università Federico II, Napoli (Italia); ⁶ = Istituto Tumori Napoli (Italia); ⁷ = U.O. di Epidemiologia dei Tumori, Università di Torino (Italia).

Obiettivo: valutare l'occorrenza dei tumori maligni nella coorte italiana del progetto European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) utilizzando i dati dei registri tumori

Metodi: la coorte italiana di EPIC consiste di 47749 soggetti (148968 anni persona alla fine del 1998) che volontariamente hanno accettato di partecipare al progetto durante il 1992-97 in cinque centri: Torino, Varese, Firenze, Napoli e Ragusa. I casi incidenti sono identificati mediante comuni procedure di follow-up in accordo al protocollo generale di EPIC. I tassi grezzi età specifici pubblicati in *Il cancro in Italia Vol. 3* (Zanetti R et al, eds, 2002) sono stati utilizzati per stimare il numero di casi attesi in ognuna delle 5 aree di EPIC-Italy e, quindi, si è proceduto al calcolo del rapporto standardizzato d'incidenza (SIR) e del suo intervallo di confidenza al 95% assumendo una distribuzione poissoniana. Le singoli sedi tumorali sono tabulate per SIR < 1 e per SIR > 1.

Risultati: Nell'intera coorte di EPIC-Italy in numero di casi di cancro tra gli uomini e' stato significativamente inferiore rispetto all'atteso: osservati 216, attesi 271.64 (SIR 0.79; 95% C.I. = 0.68 – 0.92); nelle donne il minor numero di casi (565) rispetto all'atteso (591.41) non e' risultato statisticamente significativo. Negli uomini si e' calcolato un eccesso statisticamente significativo solo nel melanoma (SIR 2.80, 95C.I. = 1.45 – 4.87), mentre SIR significativamente inferiori a 1 sono stati calcolati per i tumori del polmone e della vescica. Nelle donne nessuno dei SIR > 1 e' risultato significativo, mentre tra i SIR < 1 solo il colon e' risultato statisticamente significativo. Da segnalare che tra i singoli centri si e' avuto un importante eccesso di tumori della mammella a Firenze (osservati 88 attesi 64.8; SIR 1.36, 95% CI = 1.09 – 1.67) e a Varese (osservati 95 attesi 75; SIR 1.27, 95% CI = 1.02 – 1.55).

Conclusioni: La pubblicazione dei dati dei registri tumori italiani ha rappresentato un ottimo strumento per confrontare l'incidenza dei tumori della coorte italiana di EPIC con quella della popolazione generale.

Préférence : présentation orale

x

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

G. VICARIO^{1,3}, S. FRENCH^{1,3}, O. FORGIARINI^{1,3}, E. BIDOLI^{1,3}, R. TALAMINI³, F. PISA⁴, S. FRANCESCHI²

¹ Cancer Registry of Friuli Venezia Giulia Region, Italy,

² Unit of Field and Intervention Studies, International Agency for Research on Cancer, Lyon, France

³ National Cancer Institut – C.R.O., Epidemiology Unit, Aviano, Italy

⁴ Regional Health Agency – Udine, Italy

Malignant mesothelioma in the Friuli-Venezia Giulia Region, Italy

Contexte et objectifs: The population-based Cancer Registry (CR-FVG) of the Friuli Venezia Giulia (FVG) region started in 1998; it covers the entire regional population (1,186,617 inhabitants), registering cancer incidence from 1995. In FVG region there were some factories manufacturing asbestos, especially in the coast area. The principal objective is to estimate the incidence of Malignant Mesothelioma (MM) and describe the geographical distribution of cases, to evaluate the effects of the industrial use of asbestos.

Méthode: The source of CR-FVG cancer case series consists of an epidemiological data warehouse containing individuals' health information beginning from the 1980s.

The most relevant information used by CR-FVG is Personal Details, Hospital Discharges, Pathology Diagnosis and Death Certificates. The cases of MM have been identified by means of pathology certificates (coded in SNOMED classification). The time period considered was 1995-1998.

Résultats: In the four-year period, the Average Standardized Ratio per 100,000 for Malignant Mesothelioma (MM) was 3.6 in males and 0.5 in females (189 cases in all). The quality indicators of registration are good: the percentage of cases with Morphological Verification (MV) is 98.7 in males and 96.8 in females. No cases were registered based of Death Certificate Only (DCO). The FVG region ranked second for MM incidence, after Genoa, within the Italian area covered by cancer registration. Considering not the entire regional territory but only the area of Trieste and Gorizia, they ranked first in Italy. In fact, the geographical distribution shows a considerable difference between the area of Trieste and Gorizia provinces (high rates) and the other areas, confirmed also by the spatial analysis for municipalities conducted by means of Bayesian model (cluster of MM cases in some municipalities of the Trieste and Gorizia areas, coinciding with the industrial area at risk).

Conclusion: Compared with a specialized malignant mesothelioma registry, the general cancer registry is less timely in registering cases, it does not collect additional information, such as patient's occupation nor it uses a specific protocol to identify cases of mesothelioma. However, the information collected by a general cancer registry is very useful in defining the epidemiological situations, in identifying areas at risk, and in surveying the incidence trend.

Préférence : présentation orale

X

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

A. VERDECCHIA, R. DE ANGELIS, S. FRANCISCI
Istituto Superiore di Sanità, viale Regina Elena 299, 00161 Roma, Italy

A method for ascertaining the quality of cancer registry data

Rationale

Ascertaining the quality of data collected by cancer registries is a difficult task to pursue. Methods commonly used include some indicators such as the ratio between incidence and mortality, the proportion of DCO cases, the proportion of microscopic confirmation, etc. When incidence, mortality and survival are available for a CR area with a rather long period of observation (>10 years), there is a possibility to use some statistical methods to check for the consistency between them. A high level of consistency between incidence, mortality and survival is expected only for the so called 'high quality case' of all the data.

Methods

A set of statistical methods developed to provide estimates and projections of cancer incidence and mortality can be used for ascertaining the consistency of CR data series. Having formulated the relationships holding between cancer incidence, survival and mortality for a birth cohort, one method, namely MIAMOD, uses mortality and patients' survival to estimate incidence and prevalence, whereas the other, namely PIAMOD, uses incidence and patients' survival to estimate mortality and prevalence. Comparing the estimates and observations for incidence (MIAMOD) and mortality (PIAMOD), we can derive information on the overall consistency of the data or on the possible factors involved.

Results

The experience of the EUROPREVAL, the study aimed at providing estimates of the prevalence and the incidence for major cancer sites in the European countries, will be presented along with examples of areas in which estimated and observed levels and trends matched perfectly, and those which suggested further studies of quality problems.

Conclusions

In order to enable individual cancer registries to apply easily the MIAMOD and PIAMOD and thus to ascertain the quality of their data, we will distribute a specific computer package. In this context the Istituto Superiore di Sanità of Rome will establish a methodological course devoted to explain these methods and the practical use of their software, from November 26-28, 2003.

Préférence : présentation orale

X

**XXVIIIÈME REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LES PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

Pollán M¹, Pérez-Gómez B¹, Zock JP², Gusstavson P³, Plato N³, Aragonés N¹, Estirado A¹, Suárez B, Cárdbaba M, Hernández V, Kogevinas M², López-Abente G¹
¹ Area de Epidemiología Ambiental y Cáncer. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud "Carlos III". Madrid. España ² U.R.Respiratoria i Ambiental, IMIM-IMAS, Barcelona España ³ Division of Occupational health/Dpt Public Health Sciences. Karolinska Institut. Stockholm. Sweden.

Risk of multiple myeloma in Sweden and occupational exposure to chemical and sensitising agents

Background:

Occupational exposures and chronic stimulation of the immune system could be related with risk of multiple myeloma (MM). Our aim was to take advantage of the Swedish Cancer Registry to test these hypotheses through record linkage and job exposure matrices.

Methods:

The historical cohort of all Swedish citizens recorded in the 1960 census, who were gainfully employed and over 24 years old in 1970 (1,779,646 men/1,066,346 women) was followed during 1971-1989 by record linkage with the Swedish National Cancer and Death registers. Occupational codes from the 1970 census were linked with a) a Swedish job-exposure matrix (JEM), assigning exposure to 13 different chemicals for all combinations of occupations and industry, covering around 90% of all workers, and b) a newly developed JEM assessing low and high probability of exposure to sensitising agents of low molecular weight (MW) and of high MW. Log-linear Poisson models were used to obtain RRs adjusted for age, period and geographical area.

Results:

During the follow-up, 4409 MM cases were identified (3127 men and 1282 women. While we did not find association of MM with regular exposure to pesticides/herbicides, a significant excess risk of MM for exposure to short-term high exposure peaks of pesticides was observed in both men (RR=1.20;95%CI:1.07-1.35) and women (RR=1.79;95%CI:1.06-3.04). A borderline significant RR was found associated with probable or possible exposure to solvents in women (RR=1.28;95%CI:0.90-1.83) and with probable exposure in men (RR=1.11;95%CI:0.92-1.35). An increased risk of MM was detected in subjects with a high probability of exposure to high MW sensitisers both in men (RR:1.45;95%CI:1.06-1.98) and in women (RR:1.59; 95%CI:1.02-2.49), after adjustment for exposure to low MW sensitisers. MM was not related with exposures to low MW sensitisers.

Conclusions:

Occupational exposures to peak of pesticides or solvents might increase risk of MM in both sexes. The association of MM with exposure to high MW allergens could support the role of chronic immunogenic exposures in its aetiology. Cancer registries are an efficient tool to test occupational exposures through record linkage with JEMs

Préférence: présentation orale

X

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE**
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003

RESUME

TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD Y LA INCIDENCIA POR CIRROSIS Y CÁNCER HEPÁTICO EN CATALUNYA

J. Ribes*, R. Clèries, J. Galcerán, F.X. Bosch
Institut Català d'Oncologia
Av. Gran Via s/n, Km 2,7.
08907 L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.
Tf.: 93.260.78.12; fax: 93.260.77.87
j.ribes@ico.scs.es

Antecedentes: En el período 1978-92 se ha detectado un incremento de la incidencia de cáncer hepático (CH) en países desarrollados como Australia, Francia, Italia y Canadá, y disminuciones en algunos países en vías de desarrollo como China y la India. El aumento de la exposición del virus de la hepatitis C (VHC) en los países desarrollados y la disminución de la exposición del virus de la hepatitis B (VHB) y de aflatoxinas en países subdesarrollados podrían explicar estos patrones. Catalunya es un país de riesgo intermedio para el CH (tasas incidencia ajustadas por edad: 5 por 10⁵ hombres; 2 por 10⁵ mujeres), con una prevalencia poblacional del VHC y VHB del 2.5% y 1.7% respectivamente.

Objetivos: Determinar las tendencias de la mortalidad y la incidencia de la cirrosis hepática y el cáncer hepático en Catalunya para el período 1980-97.

Métodos: Los datos de mortalidad se han obtenido del Registro de Mortalidad de Catalunya y los de incidencia del Registro de Cáncer de Tarragona. Los datos están codificados según la versión 9 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, aplicando los tres primeros dígitos "571" en la cirrosis y "155" en el CH. Las tasas han sido estandarizadas con la población estándar mundial mediante el método directo. El análisis estadístico utilizado para identificar cambios en las tendencias ha sido la regresión Joinpoint. El efecto cohorte en la mortalidad y la incidencia se ha explorado mediante un modelo de edad-período-cohorte.

Resultados: La mortalidad por cirrosis hepática disminuye en el período de estudio en ambos sexos y para todos los grupos de edad, a excepción de los hombres de 25 a 35 años en que se observa un aumento anual de la mortalidad (APC = 4.7%, p<0.05). No se evidencia cambios significativos en la mortalidad y la incidencia por CH en los dos sexos. La mortalidad causada por tumores de los conductos biliares intrahepáticos aumentan en ambos sexos (PCA: 9.8% en los hombres y 10.7% en las mujeres, p< 0.05), mientras que la incidencia permanece estable.

Conclusiones: Este estudio identifica un aumento de la mortalidad por cirrosis hepática en los hombres de 25 a 35 años y de la mortalidad por tumores de vías biliares intrahepáticas en los dos sexos. El primer aumento podría estar asociado a la coinfección por el virus de la hepatitis C y el virus de la inmunodeficiencia humana, el segundo permanece aún por explicar.

Préférence : présentation orale

X

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE**

La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003

RESUME

SUPERVIVENCIA DEL CANCER DE MAMA FEMENINO EN LA COMUNIDAD AUTONOMA DEL PAIS VASCO. 1986-1995.

Michelena M.J.(1), Rueda J.R.(2), Larrañaga N.(3), Rodriguez Andres C.(2), Pericas I.(1), Echeverria M.A.(1), Izarzugaza M.I.(4)

(1)Instituto Oncológico, (2)Universidad del País Vasco Dto. Medicina Preventiva, (3)Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa, (4) Registro de Cáncer del País Vasco

Introducción

Las tasas de supervivencia son los indicadores más directos de la gravedad e impacto del cáncer y calculadas a partir de los datos de un Registro de Cáncer de Población, representan el pronóstico medio para el conjunto de personas con cáncer en esa población y proporcionan un índice de la efectividad de la asistencia sanitaria.

Material y método

Análisis de supervivencia observada y relativa, calculada esta última a partir de la mortalidad poblacional, en mujeres residentes en la CAPV, con diagnóstico de cáncer de mama en el período 1986-1995. Se han excluido los casos con edad desconocida o superior a 100, los casos procedentes del certificado de defunción y en las pacientes con tumores múltiples se ha considerado solo el primero. Los cálculos se ha realizado con el programa SURV3, desarrollado por el Registro de Cáncer de Finlandia, que estima la supervivencia por el método actuarial(tablas de vida). Las comparaciones entre grupos de edad, entre territorios históricos, entre períodos (1986-1990 frente a 1991-1995), se han realizado con este programa y con SPSS.

Resultados

El nº de casos diagnosticados en el período ha sido de 7.917 (3.584 casos en 1986-90 y 4.333 casos en 1990-95), con una tasa de incidencia bruta de 73,7 por 100.000 y ajustada a la población mundial de 49,9 por 100.000. Los casos procedentes exclusivamente del certificado de defunción suponen el 5,4 %. Se presentan datos de supervivencia observada y relativa por grupos de edad

Supervivencia observada y relativa (%) por grupos de edad (nº de casos entre paréntesis)

Edad	15-44		45-54		55-64		65-74		75-99		Todos	
	Obs	Rel	Obs	Rel	Obs	Rel	Obs	Rel	Obs	Rel	Obs	Rel
	(1143)		(1623)		(1776)		(1544)		(1141)		(7227)	
1 a.	97,6	96,6	96,2	96,4	94,9	95,4	92,8	94,3	85,4	92,2	93,6	95,3
3 a.	84,5	84,8	84,2	84,9	81,9	83,4	78,3	82,6	64,7	83,3	79,3	83,8
5 a.	74,5	75,0	77,2	78,3	73,6	76,2	69,9	77,4	51,1	81,2	70,2	77,3
10 a.	63,7	64,6	67,1	69,2	61,6	66,9	54,8	71,0	32,2	90,0	57,1	69,8

La supervivencia observada, va disminuyendo con la edad, siendo mayores las diferencias a los 10 años del diagnóstico. La supervivencia relativa no presenta diferencias notorias al año y a los 3 años. A partir del 5º año va mejorando con la edad. No hay diferencias significativas entre territorios históricos y sí, las hay entre los casos del 1er. quinquenio y del 2º, siendo mejor la supervivencia en el 2º quinquenio.

Conclusiones

La supervivencia relativa, al estar corregida por la mortalidad por todas las causas, nos da un fiel reflejo de la mortalidad por cáncer de mama exclusivamente. Los datos reflejan una peor supervivencia relativa en edades jóvenes. La mejor supervivencia del cáncer de mama en el 2º quinquenio frente al 1º, podría atribuirse a un aumento en la detección precoz y a los avances terapéuticos.

Préférence : présentation orale

X

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE**

La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003

RESUME

Urban- rural differences in cancer incidence in Southern Portugal.

Pinheiro PS, Quaresma M, Ruano JR, Limbert E

Southern Portugal Cancer Registry, Instituto Português de Oncologia – Lisboa, Portugal

Background: Different lifestyles determine different patterns of cancer incidence. Southern Portugal, 4.4 million inhabitants, encompasses a large region with striking differences between Greater Lisbon - the capital city - and the rural regions in terms of social, economic and health care standards as apparent by various indicators such as illiteracy rate, purchasing power and cancer survival rates respectively. This study aims at describing existing urban-rural differences in our registry area.

Methods: Cancer incidence data for 1998, the first year for which an acceptable degree of completeness of registration has been achieved in Southern Portugal, was used to calculate age-adjusted, site-specific incidence rates for 4 classes of municipalities classified for address density.

Results: Higher incidence rates in urban areas were observed for the majority of cancer sites. The urban/rural incidence rate ratios (IRR) were 1.83 in males and 1.56 in females. Significantly higher incidence rates in the urban communities happen for liver (IRRm 4.09), non_Hodgkin lymphoma (IRRm 3.19, IRRf 1.80), lung (IRRm 1.90, IRRf 2.55), prostate (IRR 2.14) colon and rectum (IRRm 2.03) and breast (IRR 1.98) cancers. Other significant IRRs were found for oral cavity (m), esophagus (m+f), larynx (m), cervix, ovary, bladder (m), kidney (m+f), and Kaposi sarcoma (m). Significantly lower incidence rates were found only for lip cancer (m+f). Leukemia, stomach cancer and skin (melanoma and non-melanoma) showed no significant difference between urban and rural areas.

Conclusions: Urban-rural differences in cancer incidence are very marked in Southern Portugal and are not limited to an excess of tobacco related cancers only. Due to cancer latency times, the large influx of rural populations to the cities over the last three decades may be a source of bias in these comparisons (e.g. stomach cancer). Nevertheless, the remarkable increase in cancer rates over the last 20 years in Portugal, mostly in males, suggests that the risk associated to urban lifestyles may be picked up in a relatively short time.

Préférence : présentation orale

X

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

MORENO C.⁽¹⁾, ARDANAZ E.⁽¹⁾, PÉREZ DE RADA M. E.⁽¹⁾, EZPONDA C.⁽¹⁾.
(1) Instituto de Salud Pública de Navarra. C) Leyre 15 31003 Pamplona. España

**Validez de los datos de supervivencia del Registro de Cáncer de Navarra.
Seguimiento pasivo vs activo.**

Contexto y Objetivo:

El estudio de la supervivencia de los pacientes diagnosticados de cáncer de Navarra se realiza fundamentalmente mediante seguimiento pasivo a través el Registro de Mortalidad. Con el objetivo de estudiar la validez del seguimiento pasivo se realizó una investigación complementaria mediante seguimiento activo en los pacientes diagnosticados en el año 1994.

Material y Métodos:

La búsqueda se efectuó en todos los pacientes diagnosticados de cáncer en el año 1994 y que continuaban vivos a los 5 años. La búsqueda activa se realizó en las siguientes fuentes: registros de urgencias hospitalarias, altas hospitalarias y consultas externas de los hospitales públicos de Navarra; base de datos de la tarjeta sanitaria, centros de salud y padrones municipales. Durante el año 1994, se registraron en Navarra 2.701 casos de cáncer, de los que 1.757 cumplían los criterios de caso para el estudio de la supervivencia siguiendo los criterios de EURO CARE II. Tras el seguimiento pasivo, de los 1.757 pacientes, 1014 habían fallecido y 743 continuaban vivos a los 5 años. La búsqueda activa se realizó en los 743 pacientes.

Resultados:

Tras la investigación complementaria se encontró que 16 pacientes sobre 743 habían fallecido antes del 31/12/1999, es decir en el intervalo de 5 años tras el seguimiento. Hubo 28 pacientes que tras investigar todas las fuentes se consideraron perdidos, emigrados o no localizados para conocimiento de su estado vital a los 5 años del diagnóstico.

Se recalculó la supervivencia observada a los 5 años para el conjunto de los pacientes con cáncer y para las localizaciones más frecuentes, utilizando el seguimiento activo o pasivo. Globalmente para todos los pacientes, la supervivencia observada a los 5 años fue de 36,8% si se utilizaban los datos del seguimiento pasivo y de 35,4% entre los hombres si se completa con el seguimiento activo. Entre las mujeres la diferencia fue igualmente en torno a 1,5%.

		Supervivencia Observada (%)	
		----- Seguimiento Pasivo -----	----- Seguimiento Activo -----
Hombres.....	Pacientes		
Todos cánceres (CIE:140-208).....	N= 1048.....	.36,8.....	.35,4
Estómago (CIE151).....	N= 77.....	.22,1.....	.20,3
Pulmón (CIE 162).....	N= 181.....	.9,3.....	.7,3
Próstata (CIE185).....	N= 175.....	.53,1.....	.52,0
Mujeres			
Todos cánceres(CIE:140-208).....	N= 709.....	.50,3.....	.48,8
Estómago (CIE151).....	N= 48.....	.20,8.....	.17,7
Pulmón (CIE 162).....	N= 10.....	.10,0.....	.10,0
Mama (CIE 174).....	N=207.....	.73,4.....	.72,7

Conclusiones

El seguimiento pasivo sobreestima los datos de supervivencia de los pacientes con cáncer de Navarra. Parece conveniente, dada la disponibilidad de fuentes complementarias al registro de mortalidad, la realización de búsqueda activa.

Préférence : présentation orale



**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

JM. LUTZ^{1,2}, P. PURY¹, L. RAYMOND¹, G. FIORETTA²

¹ Association Suisse des Registres des Tumeurs (ASRT). www.asrt.ch

². Registre genevois des tumeurs ; 55 Bd de la Cluse, CH 1205 Genève

Effet du changement de système de codage sur les données de mortalité

Contexte

Les données de mortalité sont toujours largement utilisées pour l'observation retrospective des tendances car elles sont produites en routine par tous les pays. L'exactitude et la validité de ces données dépendent de plusieurs facteurs, et en particulier du système de codage utilisé. A l'occasion de la mise à jour de la Classification Internationale des Maladies (10^{ème} révision), la Suisse est passé de la version 8, utilisée jusqu'en 1995, à la version 10 à partir de l'année 1996. Pour la mortalité par cancer, cela s'est traduit souvent par une baisse des taux dont l'ampleur, selon la localisation, est parfois surprenante.

Matériel et Méthodes

Les données fournies par l'Office Fédéral de la Statistique (OFS) ont été reprises depuis 1980. Les causes de décès par cancer définis dans la CIM 8 ont été recodés selon la stricte application des règles de codification de la CIM 10. Les taux spécifiques (classes d'âge de 5 ans) de mortalité ont été recalculés et un facteur de correction $f = \text{décès par cancer} / \text{décès avec cancer}$ a été estimé par localisation, âge et sexe.

Résultats

Selon les localisations, le facteur de correction qu'il faut appliquer aux taux publiés avant 1996 (CIM 8) pour être comparables avec les taux sous CIM 10 varie de 0.99 (cerveau et système nerveux central, homme) à 0.8 (prostate). Selon l'âge, la correction n'est, le plus souvent, pas nécessaire avant 50 ans, mais peut atteindre 0.6 après 85 ans. Il n'y a en général pas d'effet lié au sexe, sauf pour la thyroïde et la vessie.

Conclusion

Pour certaines localisations (e.g. le sein) la cause de la baisse apparente de mortalité observée entre 1990 et 1998 est source de nombreux débats (effet prévention vs effet traitement). La correction des taux de mortalité publiés avant 1996 permet de décrire plus exactement les tendances observées au cours de ces dix dernières années.

Préférence : présentation orale
 présentation poster

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

MORENO F, SCHVARTZMAN E, SCOPINARO M, DIEZ B, DÁVILA M., LOMBARDI M, KUMCHER I, LORIA D.

Sistema de ROHA (Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino). Fundación Kaleidos

Objetivos

1-Presentar un Sistema diseñado especialmente para la recolección de datos de los casos de Cáncer Infantil, en residentes en la Argentina, teniendo en cuenta las migraciones entre provincias de los menores para su diagnóstico y/o tratamiento. El Sistema se puede instalar en diversos Centros Asistenciales, los cuales, se comunican en red con su Sede Central en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Capital del País) y constituyen así, la base de datos de ROHA (Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino). Sus resultados permiten estimar la incidencia de Cáncer infantil en la Argentina y en cada una de sus Provincias.

2-Difundir el Sistema, permitiendo que se conozca nuestra metodología de trabajo y procesamiento de la información.

Método

El Sistema es de fácil adaptación e instalación, independientemente de la ubicación geográfica del centro asistencial. Se ingresan al mismo los casos de Cáncer Infantil, validando la información correspondiente (incongruencias en fechas; relación morfología/ topografía, etc.).

Mediante la unificación de metodología y comunicación de casos entre los distintos Centros Asistenciales de todo el país, se facilita el análisis de los datos tanto a escala local (por Centro Asistencial) como por áreas geográficas definidas (por Provincia) como a nivel País.

El Sistema dispone de los siguientes módulos:

Ingreso de Datos del Paciente: permite el ingreso de datos filiatorios, aspectos clínicos y anátomo patológicos de los tumores, tratamiento, seguimiento y observaciones.

Comunicación en red: permite enviar datos a través de Internet hacia el Sistema Central.

Informes: permite realizar análisis a escala local, por Centro Asistencial, brindando informes predefinidos: Edad/Sexo, Tipo/Edad/Sexo, Frecuencia Relativa de Tumores (ICCC), Distribución de Pacientes por Método Diagnóstico, Distribución de Pacientes por Status, etc.

Requerimientos mínimos de Hardware/Soft para instalar el Sistema en los Centros Asistenciales

Procesador Pentium 16 MB RAM

SO: Windows 95; Access 97; Espacio libre en HD; Conexión a Internet

Requerimientos mínimos de Hardware/Software para instalar el Sistema Central:

Servidor SO: Windows NT 4 Service Pack 4 (con Internet Information Server) configurado Access 97; Conexión dedicada permanente a Internet con dirección IP fija.

Comentarios

El Sistema aún esta en etapa de prueba y seguramente presentará modificaciones, tanto en su estructura como en los controles y análisis que realiza. De todos modos pensamos que puede adaptarse para funcionar en otros Países latinoamericanos de modo de establecer una red similar y obtener estimas de incidencia de cáncer infantil a nivel regional y nacional.

Se pone a disposición, de forma gratuita, el Sistema presentado.

--

Préférence : présentation orale
présentation poster

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE**

La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003

RESUME

VIRUS ET CANCER

H.Sancho-Garnier

Une récente évaluation faite par le CIRC estime que la part attribuable des cancers pour l'ensemble des agents infectieux identifiés (virus, hélicobacter pylori, opisthorchis, schistosome) est de l'ordre de 15% dont les $\frac{3}{4}$ apparaissent dans les pays en voie de développement. La part la plus grande est celle due aux virus qui interviennent dans les cancers primitifs du foie, du col de l'utérus, du nasopharynx et de certains lymphomes.

Ces virus sont:

- le virus d'Epstein-Barr (EBV) qui est impliqué d'une part dans des lymphomes sévissant surtout en Afrique (tumeurs de Burkitt en particulier), dans les zones où existe aussi le paludisme et d'autre part dans les tumeurs du nasopharynx très fréquente en Chine du Sud mais aussi en Afrique du Nord. Des facteurs associés de type alimentaire (nitrosamines) contribuent à l'augmentation des risques.
- Le virus de l'hépatite B (HBV), à l'origine du cancer primitif du foie, associé à la consommation d'aliments contaminés contenant des aflatoxines ;
- Le papilloma virus (HPV) dont le rôle dans les cancers du col de l'utérus est bien démontré, ces cancers sont les cancers féminins les plus fréquents dans les pays en voie de développement, le risque est augmenté par la consommation de tabac.
- Le virus HTLV1 cause des leucémies fréquentes au Japon et dans les Caraïbes,
- Le virus du SIDA (HIV) est associé à une augmentation des cas de lymphomes et d'autres tumeurs (sarcome de Kaposi).

Cependant il semble que l'infection virale ne suffit pas à elle seule à déclencher un cancer, et que d'autres facteurs complètent l'action virale dans la transformation en cellules cancéreuses. Ces virus sont présents dans l'environnement des populations, mais certains comportements (sexuels, alimentaires...) favorisent la contagion ou la transformation.

La prévention de ces cancers passent ainsi à la fois par des modifications de comportements (HPV, HIV) et, par la réalisation de vaccins qui immuniseront les sujets contre l'infection virale. Par exemple un vaccin contre le virus papilloma (HPV), à l'origine des cancers du col de l'utérus, est à l'étude; le vaccin contre l'hépatite B (virus HBV) existe : il est expérimenté en Afrique pour protéger contre les cancers primitifs du foie pour lesquels son rôle a été démontré. Enfin la prévention des expositions aux facteurs associés, comme celle du paludisme, peut aussi aider à contrôler certains cancers.

Dans le cas des cancers du col de l'utérus un dépistage des lésions pré-cancéreuses permet d'éviter l'apparition de cancers invasifs.

Préférence : présentation orale

présentation poster

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE**
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003

RESUME

Title : Cervical screening : Advances in screening methodology

with special reference to resources

Author: H.Sancho-Garnier , France; U.Baandrup, Denmark

Cervical cancer is a serious disease and counts globally for more than 300.000 deaths every year. More than 80% of these deaths occur in so called “developing” countries, and < 20% within the so-called “developed” countries.

David Garner at the International Consensus Conference on the Fight Against Cervical cancer in Chicago 200 analysed the problem of screening as following:

First postulate: Cervical cancer is a 100% preventable disease and the PAP test is imperfect only because of implementation imperfections. Potential perfectness may be obtained by introducing better organisation, new technologies etc..

Second postulate: The PAP test has been and always will be an imperfect test. With the PAP test invasive cervical cancer will never be 100% preventable. The task is not to achieve perfection but optimisation – something which requires very different strategies. Lets move on to some of the new methodologies and see how they may alter our performance.

By automation staff can be saved or screening can be performed where staff is simply not available which is probably the main problem or will become it. But the economic burden of automation is heavy – it is a nearly commercially monopolised technique and there is no evidence of it's superiority to the conventional PAP smear when this is well carried out. It has been introduced in several economically strong societies but only there, not in the areas or countries where they are missing cyto-technicians due to lack of education facilities or money. Most often it has been used as an extra security, in today's language quality control, and yet another way to overscreen the already overscreened. This makes the system unsuitable for primary screening. This conclusion was also made by the very thorough investigation from New Zealand – a systematic review of the literature until 2000.

Liquid Based Cytology. Some recent and independent studies and analysis have concluded, that liquid based cytology has not yet proven to be superior to conventional technique and that claims made in favour of liquid based cytology have not been sufficiently substantiated to justify replacement of current methodology. Many of the reported studies that are positive about the technique are not designed well and they are nearly all connected with the manufacturers.

HPV testing is definitely interesting. A lot of studies are underway – notably also as alternative field studies in developing countries.

Vaccination programmes are launched and tested. Some kind of break-through is coming soon for the benefit of female populations in both developing and developed countries. The goal is to irradiate the disease by vaccination and it is coming nearer to be a reality.

The most important for screening programmes for cervical cancer are:

- 1) To screen as many women as possible – if only once in a lifetime, we need to be able to reach and search these women, and
- 2) To treat all those screening results showing severe changes (CIN III, Cancer)

Préférence : présentation orale
présentation poster

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

G. Hédelin¹, L. Remontet², M. Velten¹, Réseau Francim

1 Registre des cancers du Bas-Rhin, Faculté de médecine, F-67085 Strasbourg cedex

2 Laboratoire de biostatistique, Centre Hospitalier Lyon Sud, F-69495 Pierre-Bénite cedex

Evolution de la mortalité et de l'incidence du cancer du testicule en France entre 1978 et 2000

Contexte et objectif

Le cancer du testicule est un cancer rare et de bon pronostic. Malgré son comportement spécifique, il reste préoccupant à plusieurs titres : son évolution au cours du temps montre généralement une augmentation, il touche principalement des hommes jeunes pour lesquels les conséquences psychologiques sont importantes, en particulier en ce qui concerne la possibilité d'avoir ultérieurement des enfants, enfin c'est le cancer le plus fréquent chez l'homme jeune.

En France les données sont relativement rares et aucune étude n'a encore été menée sur l'évolution temporelle au niveau national.

Méthode

Les données d'incidence proviennent des 9 registres généraux suivants : Calvados, Doubs, Hérault, Isère, Manche, Bas-Rhin, Haut-Rhin, Somme et Tarn. La période utilisée pour chaque registre va de la première année d'enregistrement jusqu'à 1997.

Les données de mortalité proviennent du Service commun 8 de l'INSERM.

Les extrapolations à l'an 2000 ou à certaines cohortes de naissance reposent sur un modèle âge-cohorte. Les estimations sur la France entière utilisent le rapport entre l'incidence et la mortalité. Comme la mortalité n'est pas connue par type histologique, la répartition entre séminomes et non séminomes dans les régions couvertes par les registres est utilisée pour l'extrapolation au niveau national.

Résultats

Le taux de mortalité, standardisé sur le monde, est passé de 0,75 en 1978 à 0,25 pour 100000 en 2000, soit une diminution de 4,9 % par an.

Le taux d'incidence, standardisé sur le monde, de l'ensemble des cancers du testicule est passé de 3,17 en 1978 à 4,82 pour 100000 en 2000, soit une augmentation de 1,9 % par an. Les séminomes sont passés de 1,50 en 1978 à 2,46 pour 100000 en 2000 (soit une augmentation de 2,4 % par an) et les non séminomes de 1,18 à 1,95 sur la même période (soit une augmentation également de 2,4 % par an).

Il existe un gradient nord/sud et ouest/est, les taux d'incidence allant de 4,0 pour 100000 dans le sud-ouest à 8,0 pour 100000 dans le nord-est.

Les séminomes sont en augmentation quasi constante avec la cohorte de naissance. Ceci n'est pas vrai des non séminomes pour lesquels le risque a diminué pour les hommes nés entre les deux guerres mondiales. A partir des années 40, séminomes et non séminomes évoluent de la même façon.

On peut estimer qu'actuellement il y a 1500 nouveaux cas de cancers du testicule chaque année en France, dont 960 pour des hommes de 15 à 40 ans.

Conclusion

Les évolutions de la mortalité et de l'incidence du cancer du testicule en France sont conformes à ce qui est observé dans la majorité des pays : une diminution de la mortalité et une augmentation de l'incidence. L'évolution différente des non séminomes entre les deux guerres mondiales est

pour l'instant inexplicée, mais ne semble pas être un artefact.

Préférence : présentation orale
présentation poster

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUMEN

N. LARRAÑAGA¹

¹ Registro de tumores de Gipuzkoa. Avda de Navarra 4, 20013 Donostia.

BCG Y LEUCEMIA INFANTIL EN GIPUZKOA

Introducción

Está descrito el efecto protector de la vacuna BCG y la infección tuberculosa en el desarrollo posterior de leucemia en niños Sin embargo, los estudios más recientes descritos en la literatura revisada, no consiguen demostrar un efecto claramente protector. **Errorre. Il segnalibro non è definito. Errorre. Il segnalibro non è definito.**, por falta de poder estadístico de los mismos.

El comité asesor de vacunaciones infantiles y el subcomité de tuberculosis infantil, recomendaron en 1986 la vacunación contra la tuberculosis durante el primer mes de vida a todos los recién nacidos en la CAVP, lo que produjo un incremento en las coberturas vacunales. Por otra parte, las leucemias son los tumores más frecuentes en población infantil tanto en niños como en niñas, siendo más frecuentes en el grupo de 1 a 4 años de edad. Por ello, con los datos disponibles en Gipuzkoa, se intenta estudiar el efecto de la BCD en el desarrollo de leucemias.

Método

Revisión de las coberturas vacunales de los años 1983-1998 y la incidencia de leucemias para el periodo 1986-1998 en la población de 0 a 14 años de Gipuzkoa.

Análisis de los datos mediante un modelo tipo edad-periodo-cohorte en el que la cohorte es sustituida por la cobertura vacunal. Se asume una tendencia lineal para el logaritmo de la tasa y se utiliza un modelo de regresión de Poisson⁵. El modelo ajustado fue el siguiente:

$$\log(\lambda_{ijk}) = \alpha + \beta_i \text{edad}_i + \gamma_j \text{periodo}_j + \lambda_k \text{BCG}_k$$

donde λ_{ijk} es la tasa de incidencia para la edad i , el periodo (año de diagnóstico) j y la cobertura k . Se incluyen la edad y el período como variables cuantitativas continuas y la cobertura vacunal (BCG) como variable categórica (>50%, 50-75%, >75%).

Resultados

En Gipuzkoa se identificaron 73 casos de leucemia en el periodo de estudio un menor riesgo de leucemia a mayor edad. Por otra parte, se observa un incremento significativo en la incidencia de cáncer a lo largo del periodo de estudio con incrementos que varían desde un 1,5% (en menores de 5 años) a un 5,8% (en niño-as de 0 a 15 años) anual.

Sin embargo, los resultados del análisis con respecto a la relación de la cobertura vacuna en el desarrollo de leucemia varían dependiendo de los datos. Se observa una relación positiva ($p=0.0592$) entre cobertura vacunal y leucemia, es decir un incremento de incidencia de leucemias a mayor cobertura vacunal en niños menores de 5 años, mientras que la relación observada es inversa y significativa cuando se incluye en el modelo a toda la población infantil.

Conclusiones

Los resultados dispares en los grupos de edad analizados, podrían ser consecuencia del número reducido de casos con coberturas inferiores al 50% que quedan incluidos, en el análisis realizado con la población de menos de 5 años.

Por otra parte, cabe señalar que se trata de una aproximación mediante un estudio observacional “no analítico” en la que podemos hablar de resultados significativos en uno u otro sentido pero en el que se analizan datos de registros donde la información no fue recogida para este fin. No se dispone de información sobre posibles variables confusoras o modificadoras del efecto, tal como se incluyen en estudios analíticos diseñados específicamente para analizar la asociación entre la leucemia y la BCG. Así por ejemplo, los estudios existentes, no muy numerosos en la actualidad, incluyen además de la cobertura vacunal otros factores considerados como de riesgo para el desarrollo de leucemias infantiles, tales como campos electromagnéticos, infecciones virales, profilaxis con vitamina K, etc.

Préférence : présentation poster

✳

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

N. LARRAÑAGA¹ MJ MITXELENA²

Registro de tumores de Gipuzkoa: ¹ Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa

² Instituto Oncológico.

CÁNCER DE PRÓSTATA EN GIPUZKOA

Introducción

Los registros de cáncer poblacional proporcionan los principales indicadores para conocer la magnitud que representa este conjunto de enfermedades en una población determinada. Cuando son conocidos en un periodo de tiempo se puede valorar la evolución y tener una visión mas adecuada para la planificación de actividades preventivas y/o de tratamiento.

Conocer la evolución de las tasas de incidencia de cáncer de próstata en Gipuzkoa en el periodo 1986-1998 así como la supervivencia a 5 y 10 años de los casos diagnosticados durante los primeros 10 años de registro.

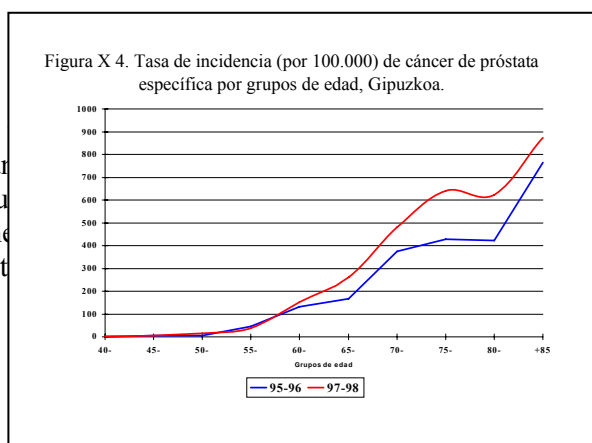
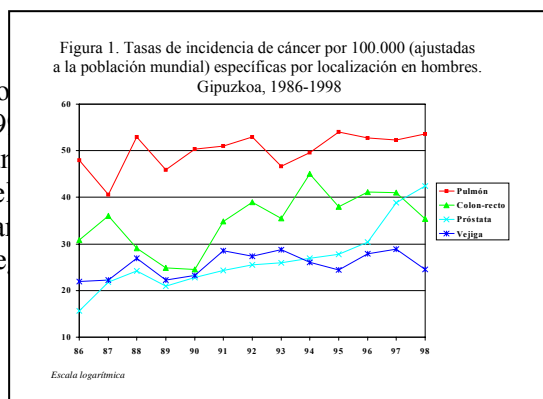
Método

Los casos proceden del Registro de Cáncer de Gipuzkoa. Se estiman las tasas de incidencia bruta y ajustadas a la población mundial y se estudia la evolución de las tasas en el periodo.. Se asume una tendencia lineal para el logaritmo de la tasa y se utiliza un modelo de regresión de Poisson. El modelo ajustado fue el siguiente:

$$\log(\lambda_{ij}) = \alpha + \beta_i \text{ edad}_i + \gamma_j \text{ periodo}_j$$

donde λ_{ij} es la tasa de incidencia para la edad i y el periodo (año de diagnóstico) j . Se incluyen la edad y el período como variables cuantitativas continuas.

Para el cálculo de la supervivencia se utiliza el método de las tablas de vida, estimándose la supervivencia observada y la relativa.



Lo
19
tur
de
val
lle

do
bar
s tu
one
os t

86-
los
pajo
s en
a se

La supervivencia media observada durante el periodo 1986-1995 fue del 80% al año y 25% a los 10 años, con una supervivencia relativa de 86% al año y del 61% a los 10 años de seguimiento respectivamente. No existen datos de seguimiento para los últimos 3 años de registro.

Conclusiones

El incremento en las tasas de incidencia de cáncer de próstata observado en el periodo de estudio y muy en particular durante los últimos años de registro hace pensar que están aflorando los tumores malignos de próstata ocultos tal como sucedió en otros países occidentales durante los años 90, por el aumento en intensidad diagnóstica.

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2000**

RESUME

M.Bernal, FJ Gómez, A. Melguizo, G.Gómez

Medicina Preventiva.Facultad de Medicina . Zaragoza.España

Tasas de incidencia de cáncer en Zaragoza (España) Año 1998

Introducción .

Se han calculado las tasas de incidencia de cáncer en el Area Sanitaria III de la provincia de Zaragoza, en el año 1998. Las tasas de incidencia se han calculado por sexo y localización. Igualmente se han calculado las tasas ajustadas para cada localización y los limites de confianza (LC 95%)

Material y Métodos:

Se han definido como caso “Todo enfermo que viviendo en esa zona haya sido diagnosticado de cáncer “. Se ha identificado la localización del cáncer , su edad, tipo anatomopatológico, y tratamiento a que ha sido sometido. Como método se ha utilizado el Epidemiológico descriptivo utilizando como medida las tasas de incidencia

Resultados

Las tasas de incidencia de cáncer en Zaragoza , son análogas a las del resto de España , no existiendo diferencias estadísticamente significativa entre ellas . Se sitúan entre las tasas de cáncer medias en el Continente Europeo , por debajo de las tasas del norte de Europa. Las tasas de cáncer encontradas has sido

	<u>CASOS</u>	<u>TASA</u>	<u>L.C.95%</u>	<u>T. AJUSTADA</u>	<u>I.C</u>
TOTALES AMBOS SEXOS	1648	562,3	492,4-529,2	292,64	15,6
TOTALES HOMBRES	1011	697	607,6-730,5	356,8	14,18
TOTALES MUJERES	637	429	367,6-462,8	257,15	20,7

Las localizaciones mas frecuentes en hombres han sido:

C34 PULMON	136	93,76	73,6-120	48,62	8,92
C61.PROSTATA	130	89,62	70,06-115,5	37,43	7,2
C67.VEJIGA	99	68,25	51,8-91,74	35,12	7,73

Las localizaciones mas frecuentes en mujeres han sido:

C.50 MAMA	148	99,76	78,12-125,07	59,56	10,9
C18 .COLON	43	29	19,45 –36,2	17,58	4,06
C54 CUERPO UTERO	37	24,94	16,28-31,87	13,87	5,03

Conclusiones

El cáncer de pulmón constituye el mayor problema en el cáncer en hombres , seguido del cáncer de próstata y vejiga. En las mujeres , coincidiendo con la tendencia de los países desarrollados es el cáncer de mama el que plantea el mayor problema de cáncer. Es evidente que se hace necesaria la insistencia en la prevención primaria en hombres para que dejen el habito tabáquico , y en la prevención secundaria en mujeres para el diagnostico precoz del cáncer de mama.

Préférence :

présentation poster

X

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

Registro de Tumores de la Provincia de Río Negro (Patagonia)- Argentina: Presentación en sociedad.

Autores: Arellano Odila¹, Loria Dora², Matos Elena², Hechenleitner Eladia¹, Kowalyszyn Rubén¹.

¹ Registro de Tumores, Río Negro, ²Instituto de Oncología A.Roffo, Buenos Aires

Introducción y Objetivos:

En Río Negro el cáncer es la segunda causa de muerte por enfermedad con tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de 145,5 / 100.000 para los varones y 88,6 / 100.000 para las mujeres.

En nuestra provincia se acaba de implementar, por medio de una Ley, el registro provincial de Tumores. Para la puesta en marcha contamos con el financiamiento del programa VIGI+A (Programa de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades) y el asesoramiento de las personas que vienen trabajando en nuestro país desde hace más de 10 años en epidemiología y registro de cáncer.

El objetivo del Registro es conocer la mortalidad, incidencia de cada uno de los tumores, su distribución etárea y regional y la sobrevida de los enfermos que habitan nuestra provincia..

El objetivo específico de esta presentación, puesto que aún no se han alcanzado los objetivos anteriormente explicitados es poner en conocimiento la creación de un registro en una provincia de la Patagonia y establecer contactos con registros de lengua latina, principalmente latinoamericanos, con quienes compartimos características poblacionales.

Material y Método:

La provincia de Río Negro cuenta con 552.767 habitantes (censo 2001) distribuidos en 203.013 Km² con una densidad de población de 2,72 habitantes por Km². Para la registración, se dividió la provincia en 5 zonas : Alto Valle Este, Alto Valle Oeste, Valle Medio, Atlántica y Andina, con una registradora y un referente epidemiológico en cada zona. El Registro y su personal pertenecen al Ministerio de Salud de la provincia.

Resultados:

Las tasas de mortalidad en Río Negro (1997-2001), ajustadas por edad, para los principales sitios tumorales son: Hombres: pulmón: 27.9; estómago 15.5; colon 10.0; próstata 15.9; esófago 9.4 Mujeres: mama 15.1; cuello uterino: 5.8; estómago 5.6; pulmón 5.7; cuerpo del útero 0.9; útero sin especificar 5.4; páncreas 5.6; colon 5.6 .

No se presentan datos de incidencia puesto que solo se ha comenzado a registrar con continuidad en 3 de las 5 zonas. Y dado los valores esperados aún estamos en presencia de un considerable subregistro. La distribución de los 436 casos registrados hasta febrero del 2003 es: masculino 213 – femenino 223, con 35 % de diagnóstico microscópico. Estos datos provisionarios y la distribución por sitio se actualizarán al momento de la presentación del trabajo.

Conclusiones:

Esta presentación intenta mostrar la realidad de un registro que comienza a caminar con un importante subregistro pero que con tesón y entusiasmo en un tiempo prudencial espera podrá tener datos de mayor solidez.

Préférence :

présentation poster

X

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE**

La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003

RESUME

**INCIDÊNCIA E INDICADORES DE QUALIDADE DO REGISTO 1999-2000 DA REGIÃO
AUTÓNOMA DA MADEIRA**

Fraga C*, Freitas D*, Quaresma M**, Pinheiro PS**

*Centro Hospitalar do Funchal

**Southern Portugal Cancer Registry, RORSUL, IPOFG, Lisboa

Resumo

A Madeira, ilha Atlântica (250,000 habitantes) a 960 Km da capital de Portugal, Lisboa, somente em 1998 iniciou o registo oncológico. Os autores apresentam agora os primeiros dados de Incidência e o Rácio Mortalidade/Incidência para os anos 1999-2000.

As variáveis colhidas contemplam sexo, idade e localização do tumor primitivo. A colheita da informação foi feita a partir dos casos registados entre 1999 e 2000, tendo como fontes os impressos de registo preenchidos pelos médicos, resultados da Anatomia patológica, certidões de óbito cruzados com a base de dados de diagnósticos do hospital. Para o cálculo da incidência estandardizada (população standard europeia) usámos a população residente do Arquipélago da Madeira segundo o Census de 2001.

No período 1999-2000 foram registados 1491 casos, sendo 687 (46,1%) do sexo masculino e 804 (53,9%) do sexo feminino. A topografia mais frequente de neoplasias foi nos homens: pulmão, taxa de incidência de 52.3 por 100,000, cavidade oral 35.1, próstata 30.8, cólon+ recto 25.0 e estômago 25.0. Nas mulheres a mama é a localização mais comum (78.8), seguido do cancro do cólon+recto 23.1, colo do útero (20.5), ovário 13.0 e estômago 12.5 .

Comparando a incidência por cancro na Madeira com a estimada para o total da União Europeia verifica-se que os cancros da cavidade oral (nos homens), esófago, estômago, cérebro e colo do útero ocorrem nesta Ilha Atlântica a uma taxa acima da média europeia. Pelo contrário os restantes tumores são menos comuns nesta região. Nos homens, a incidência para todos os cancros é significativamente mais baixa do que na UE (330 vs 419/100,000), sendo que os rácios das taxas de incidência dos cancros mais comuns na UE – pulmão, cólon+recto e próstata – em relação à Madeira são respectivamente 1.5 , 2.3 e 2.3. Nas senhoras a incidência de cancro é ligeiramente inferior à verificada na UE (272 vs 296), sendo os rácios das taxas de incidência dos cancros mais comuns na UE, mama, cólon + recto e pulmão, de 1.2 , 1.6 e 5.0.

Em relação ao Rácio Mortalidade/Incidência, indicador comparativo da exaustividade do registo, podemos verificar que a exaustividade (% dos cancros existentes realmente registados) é bastante satisfatória quando comparada com registos de cancro europeus mais estabelecidos. Os rácios ligeiramente mais altos poder-se-ão dever a uma menor sobrevivência por cancro na Madeira. As excepções são o cancro da próstata e cancros de pior prognóstico: e.g. pulmão e pâncreas. Para estes, rácios bastante elevados sugerem a existência de um certo grau de sub-registo. O pequeno número de habitantes induz uma variabilidade alta na taxa de incidência, o que dificultar as comparações.

O RORAM, simultâneamente com a criação da Comissão Oncológica da Madeira, pretende assim melhorar a validade e exaustividade do registo, de forma a dar cada vez mais um contributo importante para as novas estratégias e planos de saúde nesta região autónoma.

Préférence : prsentation poster

X

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

I. GARAU, A. OBRADOR, P. FRANCH, M. MULET

Unitat d'Epidemiologia i Registre de Càncer de Mallorca. UIB. Edifici sa Riera. C/ Miquel dels Sants Oliver, 2 E07012. Palma de Mallorca. España.

Dificultad, costos y calidad de los datos del Registro de Mallorca para un estudio de alta resolución.

Contexto y objetivos

Nos planteamos participar en el estudio Eurocare High Resolution sobre cáncer de mama, recogiendo información de manera retrospectiva 36 ítems adicionales a los que el registro habitualmente recoge sobre variables socioeconómicas, de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en 1995 y 1996.

El objetivo de este estudio es valorar las dificultades del registro en la obtención de dichas variables, el costo adicional y la validez de los resultados obtenidos.

Método

En el período 1995-1996 se diagnosticaron en Mallorca 562 casos nuevos de cáncer de mama.

10 casos más fueron introducidos en el registro como casos DCO. Hemos revisado 608 historias clínicas correspondientes a 518 pacientes (1,17 historias por paciente). Hemos analizado las dificultades y calidad de la información globalmente y por sector sanitario (público o privado). Hemos estimado el coste global adicional del estudio.

Resultados

365 (65%) casos fueron diagnosticados en el sector público, y 197 (35%) en el privado. Ratio de historias revisadas por paciente 1,03 y 1,48 respectivamente. La exhaustividad de la información recogida (globalmente) es del 20% para las variables socioeconómicas, 75% para el TNM, 65% para los exámenes diagnósticos, 100% para el tratamiento quirúrgico, 87% para otros tratamientos y 83% para el seguimiento. La exhaustividad es mejor para el sector público. El coste adicional estimado es de 50 euros/caso.

Conclusion

La calidad de la información recogida es mala para las variables socioeconómicas, regular para las de diagnóstico y buena para el tratamiento. La amplia cobertura del sector privado empeora la calidad y eleva considerablemente el coste de este tipo de estudios.

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

LÓPEZ CA.¹, MUSTAPIC J.¹, MATOS E.², PALMIERI A.¹, FAURE J.¹, VATER C., PÉREZ L.¹, LORIA D.²

¹Registro de Tumores, TDF, Ant. e IAS, ²Instituto de Oncología A.Roffo, Buenos Aires

Registro de Tumores de la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur (Patagonia- Argentina): Presentación en sociedad.

Introducción y Objetivos:

En la provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur (TDF, Ant. e IAS) el cáncer es la segunda causa de muerte por enfermedad con tasas ajustadas de mortalidad por cáncer, para el periodo 1997-2001, de 174,8 / 100.000 para los varones y 91,8 / 100.000 para las mujeres.

Por medio de una Ley, en esta provincia se acaba de implementar el Registro Provincial de Cáncer Cuenta con el apoyo financiero del Gobierno Provincial a través de la estructura de Salud Pública para su puesta en marcha. La transferencia de tecnología se realizó a través del asesoramiento de personas que vienen trabajando en nuestro país desde hace más de 10 años en epidemiología y registros de cáncer. El Registro comparte sus objetivos generales con el Registro de la Provincia de Río Negro.

El objetivo específico de esta presentación, puesto que aún no se tienen datos de incidencia para presentar, es poner en conocimiento la creación de un registro en la región más austral del mundo y establecer contactos que puedan llevar a futuras colaboraciones.

Material y Método:

La provincia de TDF, Ant. e IAS cuenta con 100.313 habitantes (censo 2001) altamente concentrados en dos grandes centros urbanos en la Isla Grande de Tierra del Fuego (parte Argentina): Ushuaia y Río Grande (Pobl. Urbana 99,3 %, Pobl. Rural: 0,7%), una superficie de 21.263 Km² con una densidad de población de 4,7 habitantes por Km². Para la registración, se aprovecha la división existente en 2 Zonas Sanitarias, con un registrador y un referente epidemiológico en cada zona. El Registro y su personal pertenecen al Ministerio de Salud de la provincia, dependiendo directamente de la Dirección General de Epidemiología, cuyo director es el director del Registro Provincial.

Resultados:

Las tasas de mortalidad en Tierra del Fuego (1997-2001), ajustadas por edad (según población mundial y por cada 100.000 individuos) para los principales sitios tumorales fueron: Hombres: pulmón: 32,6; estomago 19,5; colon 23,8; próstata 16,1; esófago 12,0; páncreas 10,6; vejiga 7,6 y riñón 10,3. Mujeres: mama 17,6; cuello uterino: 4,7; pulmón 13,5; cuerpo del útero 1,2; útero sin especificar 6,3; páncreas 4,1 y colon 3,4. El Registro comenzó a trabajar en Enero del 2003, siendo la registración de tipo activo. Se presentaran datos preliminares de los casos recogidos en los primeros meses de actividad.

Comentario:

Esperamos que el funcionamiento de dos registros de base poblacional en la Patagonia permitirá estimar la incidencia en una área del país que tiene características diversas de las cubiertas los dos Registros argentinos que presentan, al momento, sus resultados en el Cancer Incidence in Five Continents (Registro de Concordia en Entre Ríos y Registro del sur de la Provincia de Buenos Aires).

présentation poster

X

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2000**

RESUME

G. LÓPEZ-ABENTE, V. HERNÁNDEZ, M. POLLÁN, N. ARAGONÉS, B. PÉREZ

Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer. Centro Nacional de Epidemiología. Sinesio Delgado 6, 28029 Madrid. España.

Mortalidad por cáncer en áreas pequeñas en España. El cáncer de pleura.

Antecedentes y objetivos:

En los estudios geográficos del cáncer, la elección de una unidad espacial grande de carácter administrativo tiende a diluir el patrón, compensándose las diferencias de riesgo entre zonas más pequeñas. El estudio de áreas más pequeñas y homogéneas (vg.: municipios), puede ser útil como técnica de detección de problemas ambientales pero nos enfrenta con el problema del bajo número de casos y resultados inestables, reconociéndose la utilidad de los estimadores suavizados en esta situación. Nuestros objetivos son: 1) detectar las áreas de riesgo para cáncer de pleura y mesoteliomas en España y 2) mostrar la posibilidad de analizar el patrón de mortalidad para la totalidad de municipios españoles empleando un único modelo de regresión.

Métodos:

Se han incluido las 1647 defunciones por cáncer de pleura (CIE: 163) registradas entre 1989 y 1998 en España. Se han calculado los casos esperados para cada uno de los 8077 municipios, tomando la mortalidad de España por grupos de edad y sexo como referencia. Las personas-año se han basado en las poblaciones municipales por grupos de edad y sexo del censo de 1991 y padrón de 1996. Para obtener la imagen suavizada de la mortalidad municipal se han ajustado modelos de Poisson espaciales que incluyen dos términos de efectos aleatorios: a) la contiguidad municipal (término espacial) y b) la heterogeneidad municipal. Estos modelos se han denominado autorregresivos condicionales (CAR), inicialmente propuestos por Besag, York y Mollié y aplicados posteriormente en el campo de la epidemiología. Los modelos se han ajustado mediante métodos Markov chain Monte Carlo con 'priors' no-informativos utilizando el programa WinBugs. El criterio de vecindad empleado ha sido la adyacencia de los límites municipales. Se han calculado parámetros de bondad de ajuste y en el diagnóstico de convergencia se han empleado las pruebas incluidas en la biblioteca CODA para el paquete R.

Resultados:

Ha sido posible compilar y obtener la distribución posterior del estimador de riesgo suavizado a partir de un único modelo espacial para los 8077 municipios españoles, siendo los tiempos de computación aceptables. Los mapas muestran la localización de áreas de mayor mortalidad muy definidas, que en algunos casos traspasan los límites provinciales de diferentes regiones, y que pueden estar determinadas por exposición a asbesto.

Conclusiones:

La obtención de estos mapas tiene ventajas considerables como son: 1) la alta resolución espacial de las imágenes y su utilidad en vigilancia ambiental del cáncer, 2) se evitan la mayor parte de los efectos frontera presentes en los atlas municipales limitados a una provincia o una comunidad autónoma, y 3) es un método muy eficiente. Es conveniente avanzar en la utilización de nuevos modelos tolerantes al gran peso de

las áreas sin casos.

Préférence :

présentation poster

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

A. MATEOS, E. BERNABÉ, E. ALMAR, A. GÓMEZ, I. DE LA CRUZ,
Registro de Cáncer de Albacete, Avda. Guardia Civil, 5, Castilla-La Mancha, España-02005

Utilidad de un registro poblacional de cáncer en la vigilancia del SIDA

Antecedentes:

El Sarcoma de Kaposi (SK) es una enfermedad indicativa de SIDA, por lo que a efectos de vigilancia epidemiológica se considera un caso confirmado de SIDA cuando aquel se presenta en una persona VIH positiva, o si se presenta en una persona de menos de 60 años si su t_4 es menor de 400, aún siendo VIH negativa.

Hipótesis.

Los datos de incidencia de SK de un Registro de Cáncer Poblacional (RC) son válidos para estimar la calidad de los datos de un Registro de SIDA (RS).

Material y Métodos.

Para evaluar la calidad de los datos del RS utilizamos como indicador el grado de subnotificación de SK en los casos de SIDA, al comparar éstos con los casos incidentes de SK existente en el RC de Albacete en residentes en esta provincia menores de 60 años, en el periodo 1991- 2001.

Para evaluar la integridad de la información (exhaustividad) de ambos registros utilizamos el método de captura recaptura.

Resultados.

De los 11 casos incidentes de SK en menores de 60 años en el periodo 1991-2000 del RC, solo 6 de ellos están diagnosticados de SIDA, y están incluidos en el RS sólo 4 casos. Por lo que la exhaustividad del RS es del 66,7% (4/6). En estos cuatro casos del RS aparece el SK entre las enfermedades indicativas de SIDA (4/4).

En este mismo periodo el número caso de SIDA con SK del RS ha sido de 5 casos, por lo que el grado de exhaustividad del RC para esta enfermedad en este grupo de edad es de 80% (4/5).

Utilizando el método de captura-recaptura para evaluar ambos registros, el número de casos de SK en enfermos de SIDA menores de 60 años estimados en nuestra provincia es de 7 (IC del 95%: 5 – 8), con una exhaustividad del 95%

Conclusiones.

A pesar del pequeño tamaño del presente estudio, el estudio confirma el papel de los registros poblacionales de cáncer para conocer la existencia de neoplasias en estos enfermos, así como para evaluar la exhaustividad de ambos registros, permitiendo estimar el grado de subregistro.

La evaluación de los casos omitidos permite mejorar la estimación de incidencia de SIDA.

Préférence :

présentation poster

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

E. Matos**, J. Amado**, J. Pinto*, R. Silva*

** Laboratório de Saúde Comunitária, ICBAS, Porto, Portugal e Registo de Cancro do Concelho de Vila Nova de Gaia, Mestrado em Oncologia ICBAS, IPO-P, TJU-USA.

* Registo de Cancro do Concelho de Vila Nova de Gaia

O CANCRO NO CONCELHO DA MAIA, PORTO – PORTUGAL

Introdução e objectivo: Uma das funções de um registo de cancro é a sua utilidade em funções de vigilância. O Concelho da Maia, vizinho do Porto, tem um crescimento populacional e industrial superior à média da Região Norte do País. Neste Concelho foi recentemente instalada uma unidade de tratamento de resíduos. Por todas as razões se justifica uma avaliação de base em termos de mortalidade e morbilidade por patologia oncológica, a qual constitui o objectivo do presente estudo.

Material e Método: Os dados de mortalidade (anos de 1996, 1997 e 1998) foram obtidos através do registo dos certificados de óbito, fornecidos pelas autoridades de saúde. A incidência foi calculada no Concelho da Maia utilizando os dados do Registo Oncológico Regional do Norte (razões de mortalidade e intervalos de confiança) e comparada com a estimada através dos dados existentes no Registo Oncológico de Vila Nova de Gaia, o único no país que cruza os seus dados com os certificados de óbito. Todas as taxas foram padronizadas para a população europeia.

Resultados: A taxa de mortalidade padronizada (por 100.000 habitantes), calculada para o Concelho da Maia é superior à do Concelho de Vila Nova de Gaia nos homens: 232,3 (SE 51,7) e 213,6 (31,2); e igualmente nas mulheres: 127,3 (SE 31,5) e 89,3 (15,5). Contrariamente, quando estimada, a incidência no Concelho da Maia é inferior para ambos os sexos: para os homens 337,4 (SE 61,5) e 388,9 (40,6); e para as mulheres 203,5 (SE 39,9) e 236,5 (25,6).

Comentários: Os dados base obtidos podem ser um indicador precioso para as autoridades de saúde pública de modo a correctamente fazerem a vigilância epidemiológica e a intervenção necessárias nesta área de crescimento e elevada densidade populacional.

Préférence :

présentation poster **X**

**XXVIIIÈME REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LES PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

B. PÉREZ-GOMEZ¹, M. POLLÁN¹, P. GUSTAVSSON², N. PLATO², N. ARAGONÉS¹, A. ESTIRADO¹, V. HERNÁNDEZ¹, B. SUAREZ¹, M. CARDABA¹, G. LÓPEZ-ABENTE¹

¹ Area de Epidemiología Ambiental y Cáncer. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud "Carlos III". España ² Division of Occupational health/Dpt Public Health Sciences. Karolinska Institut. Sweden.

Occupational exposure to chemicals and risk of cutaneous melanoma (CM) in Swedish men

Background: Occupational exposures could play a role in the aetiology of melanoma. Our purpose is to estimate the risk of melanoma in men associated to occupational exposure to some chemicals using the Swedish Cancer Registry.

Methods: The historical cohort of Swedish workers in 1970, followed during 1971-1989 by record linkage with the Swedish National Cancer and Death Registers was combined with a Swedish job-exposure matrix, assigning exposure for around 90% of all workers to 14 different chemicals. Exposure was assessed for all combinations of occupations and industry, classifying them, for each substance, as "probable" (exposure exceeds TLV +10% >= 66% of subjects), "possible" (between 10-66% of subjects highly exposed) and "no exposure" (< 10% of subjects highly exposed). Lead, arsenic and peak of pesticides had only possible exposures and mercury only probable. Log-linear Poisson models were fitted to obtain relative risks (RR) for each chemical adjusted by age, period, geographical area, town size and occupational sector as a proxy for socio-economic status. We estimated all exposed vs non-exposed (Global), probable vs non-exposed (P/nE) and possible vs non-exposed (Pos/nE) risks globally and by anatomical sites: Head & Neck (H&N), Thorax, Upper limbs(UL) and Lower limbs(LL).

Results:

After record linkage with JEM, 5603 cases were available for analysis. Exposure to mercury was associated to a global excess of risk (RR: 1.47*), also present in H&N (RR:2.27) and thorax (RR:1.89*), which reflects the high risk of CM in dentists, as this is the only exposed job in our JEM. Also marginally significant high risk estimators were found for exposure to lead (Global RR:1.40). However, the most relevant result was the high relative risk in workers possibly exposed to short-term high exposure **peaks of pesticides** (RR: 1.27*), also observed in most anatomic sites; (H&N RR:1.43 Thorax RR:1.20; UL RR:1.93*). This association was more clearly seen in the north of the country where the sun exposure is less intense (Global RR: 1.70*; H&N RR:1.24; Thorax RR:1.63; UL RR:3.36*; LL RR: 2.81).

Conclusions:

Exposure to peaks of pesticides might increase risk of melanoma, specially in limbs in the north of Sweden. Mercury and lead could also be related to this neoplasm. Cancer registries allow the study of occupational exposures in relatively infrequent neoplasms such as melanoma.

Note : *p<0.05

Préférence:

présentation poster

X

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

R. PERIS-BONET, J. SÁNCHEZ DE TOLEDO, C. GONZÁLEZ, T. CONTRA, J. DONAT, B. GINER, A. TORRELLA.
Sociedad Española de Oncología Pediátrica y Registro Nacional de Tumores Infantiles (RNTI-SEOP), España. Avda. Blasco Ibañez, 15,
46010 Valencia. e-mail: Rafael.Peris@uv.es

Supervivencia de los niños con rhabdomyosarcoma en España (1980-1994). Datos de la Sociedad Española de Oncología Pediátrica (SEOP) y Registro Nacional de Tumores Infantiles (RNTI-SEOP)

Contexto y objetivos

En 1980, la SEOP promovió el registro nacional (RNTI-SEOP). Entre sus metas principales está evaluar los avances asistenciales de la oncología pediátrica española. Objetivos de este trabajo: Describir la evolución de la supervivencia de los niños con rhabdomyosarcoma diagnosticados y tratados en los centros que colaboran con la SEOP, en el periodo 1980-1994.

Método

Estudio de cohorte retrospectivo, de base hospitalaria. Lugar: España. Sujetos: 414 niños (0-14 años) con un rhabdomyosarcoma incidente en 1980-1994 y registrado en el RNTI-SEOP. Medida de outcome: supervivencia observada a 5 años del diagnóstico, análisis por cohortes de diagnóstico (1980-84; 85-89; y 90-94), sexo, edad y extensión. Seguimiento: activo hasta 5 años tras el diagnóstico. Extensión: I. Localizado; II. Directa y/o compromiso de linfáticos regionales; III. Metástasis. Estimación de la exhaustividad: Razón casos observados/casos esperados.

Resultados

La razón m/f fue de 1.5. Los casos de 0-4 años fueron el 49%; los de 5-9, el 34%; y el 17% de más de 9. La VM fue del 98% y el seguimiento del 97%. Para el conjunto de los casos, la supervivencia en el grupo de 0-4 años fue del 56%; en el de 5-9, del 65%, y del 56% en el de 10-14 años; no hay diferencia significativa entre sexos. La supervivencia disminuye con la mayor extensión: I: 76%, II: 56%, III: 22% ($p < 0.000$). La variación por edad desde 1980-84 a 1990-94 ha sido: grupo de 0-4 años, de 55 a 59%; grupo de 5-9, de 47 a 81% ($p < 0.004$); y grupo de 10-14, de 33 a 60% ($p < 0.029$), con diferencia significativa entre grupos de edad en la última cohorte ($p < 0.021$). La supervivencia global a 5 años ascendió desde 51%, para la cohorte 1980-84, a 67% en la de 1990-94 ($p < 0.016$). La exhaustividad de la cobertura era 36% al inicio del periodo y alcanza 91% en los años 90.

Conclusiones

En el periodo 1980-1994 se consigue una ganancia del 31% en la supervivencia global. El incremento es sobre todo para mayores de 4 años. El resultado global de las unidades españolas de Oncología Pediátrica se sitúa en posición intermedia entre los resultados de base poblacional en Europa occidental.

Préférence :

présentation poster

X

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

R. PERIS-BONET, J. SÁNCHEZ DE TOLEDO, C. GONZÁLEZ, A.M. ÁLVAREZ, M.A. CANTALEJO, B. GINER, A. TORRELLA.

Sociedad Española de Oncología Pediátrica y Registro Nacional de Tumores Infantiles (RNTI-SEOP), España. Avda. Blasco Ibañez, 15, 46010 Valencia. e-mail: Rafael.Peris@uv.es

Supervivencia de los niños con tumor de Wilms en España. 1980-1994. Datos de la Sociedad Española de Oncología Pediátrica (SEOP) y Registro Nacional de Tumores Infantiles (RNTI-SEOP)

Contexto y objetivos

En 1980, la SEOP promovió el registro nacional (RNTI-SEOP). En sus metas principales está evaluar los avances asistenciales de la oncología pediátrica española. Objetivos de este trabajo: Documentar la evolución de la supervivencia de los niños con tumores de Wilms tratados en los centros que colaboran con la SEOP.

Método

Estudio de cohorte retrospectivo, de base hospitalaria. Lugar: España. Sujetos: 475 niños (0-14 años) con un tumor de Wilms incidente en 1980-1994 y registrado en el RNTI-SEOP. Medida de outcome: supervivencia observada a 5 años del diagnóstico, análisis por cohortes de diagnóstico (1980-84; 85-89; y 90-94), sexo, edad y extensión. Seguimiento: activo hasta 5 años tras el diagnóstico. Extensión: I. Localizado; II. Directa y/o compromiso de linfáticos regionales; III. Metástasis. Exhaustividad: Razón casos observados/esperados.

Resultados

La razón m/f fue 1.13. El 75% de los niños eran de 0-4 años; el 21% de 5-9; y el 4% de 10-14. La VM fue del 95% y el seguimiento del 97%. La supervivencia a 5 años alcanzó 86% para la cohorte 1990-94, cuando era 73% para 1980-84 ($p<0.005$). Para el conjunto de los casos, se ha observado una supervivencia de 85% en el grupo de 0-4 años ($p<0.002$); no hay diferencias de sexo; y a mayor extensión baja la supervivencia: I (87%), II (78%), III (60%) ($p<0.000$). De 1980-84 a 1990-94 la variación por edad es: grupo de 0-4 años: de 81% a 88%; grupo de 5-9, de 51% a 78%; y grupo de 10-14, de 63% a 79%. La diferencia por edad en cada cohorte deja de ser significativa para la de 1990-94.

Conclusiones

En el periodo se consigue una ganancia del 18% de supervivencia, en todas las edades, especialmente en los mayores de 4 años, que partían con peor pronóstico. El resultado global de las unidades españolas de Oncología Pediátrica se sitúa en posición intermedia entre los de base poblacional en Europa occidental.

Préférence :

présentation poster

X

XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE

La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003

RESUME

MORENO C.⁽¹⁾, ARDANAZ E.⁽¹⁾, PÉREZ DE RADA M. E.⁽¹⁾, EZPONDA C.⁽¹⁾.

(1) Instituto de Salud Pública de Navarra. C) Leyre 15 31003 Pamplona. España

Validez de los datos de supervivencia del Registro de Cáncer de Navarra.

Seguimiento pasivo vs activo.

Contexto y Objetivo:

El estudio de la supervivencia de los pacientes diagnosticados de cáncer de Navarra se realiza fundamentalmente mediante seguimiento pasivo a través el Registro de Mortalidad. Con el objetivo de estudiar la validez del seguimiento pasivo se realizó una investigación complementaria mediante seguimiento activo en los pacientes diagnosticados en el año 1994.

Material y Métodos:

La búsqueda se efectuó en todos los pacientes diagnosticados de cáncer en el año 1994 y que continuaban vivos a los 5 años. La búsqueda activa se realizó en las siguientes fuentes: registros de urgencias hospitalarias, altas hospitalarias y consultas externas de los hospitales públicos de Navarra; base de datos de la tarjeta sanitaria, centros de salud y padrones municipales. Durante el año 1994, se registraron en Navarra 2.701 casos de cáncer, de los que 1.757 cumplían los criterios de caso para el estudio de la supervivencia siguiendo los criterios de EURO CARE II. Tras el seguimiento pasivo, de los 1.757 pacientes, 1014 habían fallecido y 743 continuaban vivos a los 5 años. La búsqueda activa se realizó en los 743 pacientes.

Resultados:

Tras la investigación complementaria se encontró que 16 pacientes sobre 743 habían fallecido antes del 31/12/1999, es decir en el intervalo de 5 años tras el seguimiento. Hubo 28 pacientes que tras investigar todas las fuentes se consideraron perdidos, emigrados o no localizados para conocimiento de su estado vital a los 5 años del diagnóstico.

Se recalculó la supervivencia observada a los 5 años para el conjunto de los pacientes con cáncer y para las localizaciones más frecuentes, utilizando el seguimiento activo o pasivo. Globalmente para todos los pacientes, la supervivencia observada a los 5 años fue de 36,8% si se utilizaban los datos del seguimiento pasivo y de 35,4% entre los hombres si se completa con el seguimiento activo. Entre las mujeres la diferencia fue igualmente en torno a 1,5%.

		Supervivencia Observada (%)	
		Seguimiento Pasivo	Seguimiento Activo
Hombres..... Pacientes			
Todos cánceres (CIE:140-208).....	N= 1048.....	36,8.....	35,4
Estómago (CIE151).....	N= 77.....	22,1.....	20,3
Pulmón (CIE 162).....	N= 181.....	9,3.....	7,3
Próstata (CIE185).....	N= 175.....	53,1.....	52,0
Mujeres			
Todos cánceres(CIE:140-208).....	N= 709.....	50,3.....	48,8
Estómago (CIE151).....	N= 48.....	20,8.....	17,7
Pulmón (CIE 162).....	N= 10.....	10,0.....	10,0
Mama (CIE 174).....	N=207.....	73,4.....	72,7

Conclusiones

El seguimiento pasivo sobreestima los datos de supervivencia de los pacientes con cáncer de Navarra. Parece conveniente, dada la disponibilidad de fuentes complementarias al registro de mortalidad, la realización de búsqueda activa.

Préférence : présentation orale

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

S. FRENCH^{1,3}, G. VICARIO^{1,3}, O. FORGIARINI^{1,3}, E. BIDOLI^{1,3}, R. TALAMINI³, F. PISA⁴, S. FRANCESCHI²

¹ Cancer Registry of Friuli Venezia Giulia Region, Italy,

² Unit of Field and Intervention Studies, International Agency for Research on Cancer, Lyon, France

³ National Cancer Institut – C.R.O., Epidemiology Unit, Aviano, Italy

⁴ Regional Health Agency – Udine, Italy

Cancer Registry as tool to identify critical issues in health care

Contexte et objectifs: Friuli Venezia Giulia (FVG), a region in the north-east of Italy, with 1,186,617 inhabitants on 31.12.1996, covers 7,844 km² subdivided into 6 Local Health Units. Within the regional territory, 18 public hospitals (7,811 beds) and 5 private clinics, homogenously distributed within the regional territory, provide for most of the health care needs. 1,175 general practitioners and 102 general paediatricians carry out general medical services. The population based Cancer Registry became operative in 1998; it collects cancer cases retrospectively from 1995. The objective of the present work is identifying critical issues in health care within the regional territory.

Méthode: The pattern of cancer incidence, within the six Local Health Unit (LHU) of FVG has been defined by means of geographical analyses. Mortality and survival data, such as stage at diagnosis for some cancers, have been considered. The available data included cancer incidence for the period 1995-1998, mortality data up to the end of 2002, and survival data at 1, 3 and 5 years of follow-up.

Résultats: Among the six LHU, LHU “D” did not result to be an advantageous area. Indeed, despite the similar incidence pattern among the six LHU, we have found high cancer incidence rates in the LHU “D” for the upper aero-digestive tract in males and genital cancer in females. However, the most relevant difference consists in a lower survival for some cancers, such as melanoma, upper aero-digestive tract, colon-rectal, lung, leukaemia and lymphomas in males and genital, breast, and lung in females. The differences in survival between LHU “D” and the whole regional area were, for some cancers, equal to 25%. Moreover, for tumours (breast and cervix) with available information, not relevant differences were found for stage at diagnosis.

Conclusion : Considering the similarities in cancer incidence pattern between LHU “D” and the regional territory, late diagnosis or low quality of surgical and medical interventions could be a possible explanation of the differences in survival. These aspects, however, will be the focus of further research.

Préférence :

présentation poster

X

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003**

RESUME

BIDOLI E.¹, VICARIO G.¹, FRENCH S.¹, ZANIER L.², ROMOR PA.³, DE DOTTORI M.³,
FRANCESCHI S.^{1,4}

¹Servizio di Epidemiologia, Centro di Riferimento Oncologico, Aviano (PN) – ²Agenzia Regionale della Sanità, Regione Friuli-Venezia Giulia – ³IN.SI.E.L. s.p.a. – ⁴Unit of Field and Intervention Studies, International Agency for Research on Cancer, Lyon, France.

Verifica della base dati di mortalità del Registro Tumori del Friuli-Venezia Giulia (Nord-Italia) nel periodo 1995-98

Obiettivi: La base dati di mortalità del Registro Tumori del Friuli-Venezia Giulia (RT-FVG) è utile per la definizione dei DCO. L'altro suo utilizzo riguarda le statistiche descrittive e gli studi di sopravvivenza. Scopo dell'analisi è di verificare la sua bontà confrontandola con i dati ISTAT.

Materiali e metodi: La frequenza dei decessi del 1995-98 divisi per sesso ed età (quinquenni) è stata ottenuta sia dalle pubblicazioni ISTAT che dal RT-FVG. Non sono stati disponibili i dati individuali ma aggregati. Sono stati confrontati i dati per tutte le cause di morte e per i tumori soltanto. I confronti sono espressi rispetto al dato ISTAT.

Risultati: Considerando tutte le cause di morte, si nota una carenza di decessi in quasi tutte le fasce di età <85 anni nei due sessi (4-7%) ed un eccesso speculare nei 85+ anni. Per quanto riguarda i soli morti per tumori vi è un difetto complessivo di 140 decessi rispetto ai 9226 dell'ISTAT (1%) nelle femmine e di 159 decessi su 7787 (2%) nei maschi. Non ci sono differenze tra fasce di età. Tra tutti i deceduti inclusi nel RT-FVG, il 78% ha come causa di morte un tumore. L'8% dei casi non è deceduto per tumore nei 85+ anni.

Conclusioni: Si evince che la mortalità per tumore rilevata dal RT-FVG, aggregata per età e sesso, è sovrapponibile con i dati ISTAT. Ciò potrebbe permettere di avere dei tassi di mortalità regionali in breve tempo. Considerando tutte le cause di morte invece, i dati non sono sovrapponibili (eccesso nei 85+ anni). Dato che vi è il 22% di decessi non tumorali nei pazienti con tumore, l'analisi della sopravvivenza potrebbe potenzialmente fornire risultati distorti. Le patologie con almeno il 20% di decessi non tumorali sono il colon-retto, la mammella (femmine), la prostata, la vescica ed il rene. Pertanto il confronto dei record individuali tra le due banche dati è da considerarsi propedeutica ad ogni futura analisi di sopravvivenza per valutare più finemente l'esistenza e l'entità della divergenza.

Préférence :

présentation poster

X

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET L'ENREGISTREMENT
DU CANCER DANS LES PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana,Cuba,28-30 Mai 2003**

RESUME

A. SOULIMANE *,S. BRADAI *,A. MESSAFEUR *

*Registre des cancers de Sidi-Bel-Abbes

Service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive,CHU,22000,Sidi-Bel-Abbes,Algerie

Incidence du cancer dans la wilaya de Sidi-Bel-Abbes,Algerie.Utilisation du registre du cancer comme outil de surveillance épidémiologique

Contexte et objectifs

Une enquête rétrospective sur l'ensemble des tumeurs incidentes dans la région avait été réalisée au début des années 1990 afin d'examiner la faisabilité de la mise en place d'un registre général du cancer.L'enregistrement prospectif a débuté en 1997 et couvre l'ensemble de tumeurs survenant chez les personnes résidant dans la région.L'objectif de l'étude est de présenter les résultats pour 1997-1998 du registre et d'identifier les principales contraintes rencontrées (recueil et validité des données,analyse).

Méthode

L'étude porte sur l'ensemble des tumeurs incidentes durant une période de deux années.Les données ont été collectées sur une fiche descriptive avec codage direct et codage central pour certaines variables.Le registre a utilisé la version Canreg3.

Résultats

L'effectif total des tumeurs pour la période est de 762 cas dont 339 de sexe masculin et 423 de sexe féminin.Pour l'ensemble des localisations confondues,les taux d'incidence standardisés sont respectivement de 99,1 et 120,1 pour 100 000 habitants.Les tumeurs les plus fréquentes sont représentées chez l'homme par les cancers du poumon,de l'estomac et de la vessie.Chez la femme,ce sont les cancers du sein,du col utérin et des voies biliaires qui viennent en tête.La comparaison avec les données de l'enquête rétrospective réalisée quelques années plus tôt montre la tendance évolutive de l'incidence.

Conclusion

Le registre du cancer fournit des données d'incidence qui permettent de mettre en relief le profil de la maladie et ses tendances évolutives.Son intérêt sur le plan de la surveillance est qu'il permet de proposer des mesures dans le cadre d'un programme intégré de lutte basé essentiellement sur la prévention.En effet,l'existence de données fiables et précises dans notre pays pourra permettre l'évaluation des besoins à visée diagnostique et thérapeutique et surtout la planification d'actions de prévention.

Préférence : présentation poster

**XXXV EME REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE ET
L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LE PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana (Cuba) – 28 – 30 mai 2003**

RESUME

P.M. CARLI¹, M. MAYADIE¹, V. JOOSTE^{1,2}, A. MINELLO², P. HILLON².

¹Registre des Hémopathies Malignes de la Côte d'Or

²Registre des Hépatites Virales de la Côte d'Or

Faculté de Médecine de Dijon, 7 Bd Jeanne d'Arc, BP 87900, 21079 Dijon

Association Virus de l'Hépatite C et Lymphome Malin Non Hodgkinien dans une population française (Côte d'Or) entre 1994 et 1999.

Contexte :

Le rôle du virus de l'Hépatite C (VHC) dans la genèse du lymphome malin non hodgkinien (LMNH) a été étudié mais les résultats de la littérature restent contradictoires. Pour répondre à cette question, l'objectif de notre travail a été d'estimer la fréquence des LMNH chez les patients porteurs chroniques du virus de l'hépatite C à partir des données du Registre des Hémopathies Malignes et du Registre des Hépatites Virales qui couvrent le département de Côte d'Or.

Méthodes/Patients :

Entre 1994 et 1999, 847 nouveaux cas d'hépatite C ont été recensés, soit un taux de 25,5/100000/an. Parmi ces cas, 774 étaient éligibles pour notre étude (451 hommes et 323 femmes). Cette cohorte a été suivie entre janvier 1994 et juin 2002. Entre 1994 et 1997, 257 cas de LMNH ont été diagnostiqués en Côte d'Or et le taux d'incidence moyen estimé pour la période de suivi était de 12,9/100000/an.

Résultats :

Nous avons observé l'apparition d'un LMNH chez quatre patients d'Hépatite C (3 hommes et 1 femme). Il s'agissait de 3 LNH B diffus à grandes cellules et d'un Mycosis Fungoïde. Trois des 4 cas avaient des localisations extra-ganglionnaires. Le taux d'incidence des LMNH était beaucoup plus élevé chez les patients VHC positifs que dans la population générale avec un SIR = 7,5 [IC : 2,02-19,2] (p = 0,005) (nombre observé : 4 / nombre attendu : 0,53). En outre, il est intéressant d'observer que les 4 cas de LMNH présentaient tous une atteinte hépatique soit au stade de cirrhose, soit au stade de fibrose sévère. La comparaison de la cohorte des patients avec atteinte hépatique met en évidence un SIR = 29,9 [IC : 8,0-76,6] (p = 10⁻⁴) (nombre observé : 4/nombre attendu : 0,13).

Conclusion :

Ces résultats sont les premiers établis sur une base de population à partir des données de deux registres spécialisés. Ils confirment le très probable rôle joué par le VHC dans l'apparition d'un lymphome malin non hodgkinien.

Préférence :

Présentation poster

X

**XXVIII REUNION DU GROUPE POUR L'EPIDEMIOLOGIE
ET L'ENREGISTREMENT DU CANCER DANS LES PAYS DE LANGUE LATINE
La Habana, Cuba, 28-30 Mai 2003.
RESUME**

**DEPISTAGE DES LESIONS PRECANCEREUSES DU CANCER DU COL :
RESULTATS PRELIMINAIRES**

Mahnane A¹, Hamdi Cherif M¹, Abdelouche Dj¹, Hamdi cherif S.E¹, Aouchria S¹, Zoghmar²,
Ouadfel², Mokhtari L³

¹Registre du Cancer de Sétif.

²Service de cytologie CHU Batna.

³Registre du Cancer d'Oran.

Contexte et objectifs :

Le cancer et les autres maladies chroniques non transmissibles s'inscrivent aujourd'hui parmi les nouveaux besoins prioritaires en santé publique.

Le cancer constitue actuellement un des problèmes majeurs de santé publique en Algérie. Malgré les progrès thérapeutiques réalisés ces dernières années ; la mortalité par cancer reste élevée, car le diagnostic est souvent tardif et la prise en charge est difficile et coûteuse.

Le cancer du col utérin occupe la deuxième place des cancers chez la femme à Sétif selon les données du registre du cancer. Ils représentent 15,5% avec un taux standardisé de 13,9 pour 100 000 habitants. La majorité des cas sont des cancers invasifs avec une survie observée à 5 ans de 32,4%.

Devant cette situation épidémiologique , des stratégies de prévention et de lutte contre les cancers évitables sont proposées. Parmi celles ci la mise en place d'un réseau de dépistage des lésions précancéreuses du col utérin dans une zone pilote pour évaluer la faisabilité et les difficultés rencontrées.

Méthode :

L'identification de la population cible est réalisée à partir des données du registre du cancer de Sétif: Elle est estimée à 146 022 femmes âgées entre 30-45 ans soit 72 %. Le recrutement des sages femmes s'effectuent aux niveaux des différentes unités de soins chargées de la protection maternelle et infantile. Leur Formation est assurée par la méthode de regroupement par petit groupe. Le frottis cervico-vaginal est retenu comme le test de dépistage selon les différentes conférences et organismes internationaux (conférence du consensus de Lille, OMS-CIRC, UICC). La lecture des frottis est sous la responsabilité d'un cytopathologiste ou d'un anatopathologiste.

Résultats préliminaires. :

Résultats des FCV:

- Frottis Normaux :	29	(7.83%)
- Frottis ininterprétables:	22	(5.94%)
- Frottis inflammatoires:	300	(81.0%)
- Lésions de bas grade:	18	(4.86%)
- Lésions de haut grade:	01	(0.27%)

Conclusion :

La lutte contre le cancer doit devenir une priorité sanitaire en cancérologie. Chez la femme le cancer du col utérin est un cancer évitable. Seule une stratégie organisée de prévention secondaire, basée sur le dépistage précoce des lésions précancéreuses permettra de lutter contre cette pathologie.

Préférence :

présentation poster

[]