



**HAL**  
open science

**RHESOU (Registre de l'Hérault spécialisé en onco-urologie) : le premier registre français spécialisé en onco-urologie. Un outil méthodologique de recueil de données en onco-urologie. Bilan de faisabilité sur un an d'expérience**

S.G. Trouche-Sabatier, X. Rebillard, F. Iborra, D. Azria, J.-P. Daures, G. Poinas, N. Abdo, O. Delbos, A. Gevorgyan, S. Marchal, et al.

► **To cite this version:**

S.G. Trouche-Sabatier, X. Rebillard, F. Iborra, D. Azria, J.-P. Daures, et al.. RHESOU (Registre de l'Hérault spécialisé en onco-urologie) : le premier registre français spécialisé en onco-urologie. Un outil méthodologique de recueil de données en onco-urologie. Bilan de faisabilité sur un an d'expérience. Progrès en Urologie, 2020, 30 (16), pp.1038-1044. 10.1016/j.purol.2020.09.015 . hal-03337569

**HAL Id: hal-03337569**

**<https://hal.umontpellier.fr/hal-03337569>**

Submitted on 15 Dec 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

RHESOU (Registre de l'Hérault Spécialisé en Onco-Urologie): le premier Registre Français spécialisé en Onco-Urologie.

Un outil méthodologique de recueil de données en onco-urologie.

Bilan de faisabilité sur un an d'expérience.

**Auteurs :**

Stéphanie G. TROUCHE-SABATIER<sup>5</sup>, Xavier REBILLARD<sup>1,7</sup>, François IBORRA<sup>1,3</sup>, David AZRIA<sup>1,6</sup>, Jean-Pierre DAURES<sup>1,7,8</sup>, Grégoire POINAS<sup>2,7</sup> Nicolas ABDO<sup>2,3</sup>, Olivier DELBOS<sup>2,4</sup>, Adam GEVORGYAN<sup>2,9</sup>, Stéphane MARCHAL<sup>2,4</sup>, Rémy GUILLON<sup>2,7</sup>, Ingrid MILLET<sup>2,3</sup>, Pierre-Jean LAMY<sup>2,10</sup>, Olivier LAUCHE<sup>2,11</sup>, Ruth REIS-BORGES<sup>2,12</sup>, Isabelle SERRE<sup>2,3</sup>, Delphine TOPART<sup>2,3</sup>, Brigitte TRETARRE<sup>1,5</sup> et tous les acteurs de l'onco-urologie de l'Hérault.

**Coordonnées complètes de l'auteur correspondant :**

Stéphanie G. TROUCHE-SABATIER

Registre des Tumeurs de l'Hérault-

208 rue des Apothicaires-

34298 Montpellier Cedex 5

Téléphone : 04 67 41 34 17

Mail : [registre-tumeur@wanadoo.fr](mailto:registre-tumeur@wanadoo.fr)

**Affiliation des auteurs**

1 Comité de pilotage, 2 Comité scientifique du RHESOU.

Institutions : 3 CHU Montpellier France, 4 Urodoc Montpellier France, 5 Registre des tumeurs de l'Hérault, 6 ICM, Univ Montpellier, INSERM U 1194 France, 7 Clinique Beau Soleil Montpellier France, 8 IURC Montpellier France, 9 Polyclinique Saint

Privat Boujan sur Libron Béziers France, 10 Imagenome-inovie Montpellier France, 11  
Clinique Clémentville Montpellier France, 12 Inopath Labosud Montpellier France.

## **Introduction.**

Le Registre des Tumeurs de l'Hérault (RTH) est un registre général créé en 1983 sous l'impulsion du Pr Henri Pujol. Le registre des tumeurs de l'Hérault dispose de toutes les autorisations CNIL relatives à la collecte, l'enregistrement et l'analyse des données (Accord CNIL N° 914055). Tous les dossiers sont traités nominativement et les résultats sont agrégés et anonymes. Des sources de renseignements nombreuses assurent l'exhaustivité des données. Les données collectées sont épidémiologiques : données socio-démographiques du patient, topographie et histologie de la tumeur, date du diagnostic, caractéristiques tumorales (stade, grade, marqueurs...) et traitements synthétiques. Dans l'Hérault le nombre des cancers urologiques (urinaires dans les deux sexes et génitaux masculins) est en forte augmentation (1) (2). En 2016, 1 961 nouveaux cas de cancers urologiques et des organes sexuels masculins ont été diagnostiqués chez les habitants de l'Hérault, soit 21,4% des tumeurs dans l'Hérault. L'objectif des registres de cancer départementaux est de produire des données territoriales d'incidence et de mortalité permettant de constituer les estimations nationales. Il est apparu nécessaire aux acteurs de l'onco-urologie de disposer de données cliniques plus complètes. L'évaluation de la faisabilité du RHESOU a été réalisée sur les nouveaux cas diagnostiqués en 2017. Elle doit permettre de déterminer les points de faiblesse et les mesures correctrices à proposer.

### **Le contexte de la création du RHESOU**

Depuis 1983 le RTH recueille de manière continue tous les cas de cancers survenus chez les personnes résidant dans l'Hérault. Tous les cas signalés font l'objet d'un retour aux dossiers sources pour valider les informations relatives aux patients et à

leur cancer. Ces données alimentent les bases communes Françaises (FRANCIM) (3) et Européennes (EUROCIM) (4). L'ensemble du corps médical de l'Hérault collabore au travail du registre. Les outils informatiques ont fait évoluer la collecte, l'enregistrement, le contrôle de qualité et l'analyse des données. Cela permet actuellement de connaître le poids exact et la prise en charge des cancers dans l'Hérault.

L'Hérault est l'un des départements qui connaît la plus forte augmentation démographique ces dernières années (5). Entre 2009 et 2016 la population a augmenté de 1,4% par an. La conséquence est une augmentation du nombre des cancers urinaires et génitaux masculins. En 2016, 9 182 tumeurs ont été diagnostiquées chez les habitants de l'Hérault, dont 1 961 tumeurs urologiques et des organes génitaux masculins, soit 21,4% de l'ensemble des tumeurs dans l'Hérault. Le cancer de la prostate représente 26% des cancers masculins. Le nombre de cas incidents a été multiplié par 5 en 30 ans, en passant de 204 cas en 1987 à 997 cas en 2016. Pour le cancer du testicule l'augmentation est de 147% (19 cas en 1987 vs 47 cas en 2016). L'augmentation d'incidence pour le cancer du rein est de 294% (65 cas en 1987 vs 256 en 2016). En 1987, 172 cancers invasifs (T1 et  $\geq$ T2) de la vessie et 16 TVES (tumeurs de la voie excrétrice supérieure) ont été diagnostiqués contre respectivement 271 et 35 en 2016 (à noter que les T1 sont considérés comme invasifs par les registres). Les Ta et carcinomes in situ (CIS) ne sont comptabilisés que depuis 10 ans par le registre. En 2016, on dénombrait 327 Ta et CIS de la vessie et 14 des TVES.

En plus des informations collectées en routine par le RTH il est apparu nécessaire d'obtenir des informations complémentaires sur les patients et leur cancer. La création d'un registre spécialisé en onco-urologie est apparue comme une nécessité

pour disposer d'une base permettant la recherche et des informations les plus exhaustives possibles pour ces tumeurs. Ce registre a été créé en novembre 2018 sous le nom de RHESOU. L'objectif a été de compléter les données du RTH sur : les comorbidités du patient, les circonstances de découverte du cancer, sa présentation clinique, tous les détails de la pathologie tumorale, la biologie, l'imagerie, les traitements, le suivi et la consommation de soins. L'objectif secondaire était d'aider à l'évaluation des besoins de soins, des pratiques et l'inclusion dans des protocoles de recherche clinique. L'intégration automatisée des résultats biologiques, de l'histologie, de l'imagerie (TDM, IRM) et l'avis des patients PRO (Patient Reported Outcomes) est en cours de développement. Ce projet a été présenté aux représentants de l'ARS (Agence Régionale de Santé) Languedoc Roussillon-Occitanie et de la CRAM (Caisse régionale d'assurance Maladie)-LR en fin 2018.

## **Matériel et méthodes.**

### **1. La population de l'étude.**

La population de l'Hérault était en 2018, de 1 107 398 habitants sur un territoire rural et urbain de 6 224 km<sup>2</sup>(6).

### **2. Les cancers.**

#### ➤ Les critères d'inclusion.

Tous les cancers (incidents) de l'appareil urinaire de l'homme et de la femme et des organes génitaux masculins chez les personnes adultes ( $\geq 18$  ans). N'ont été retenus pour la phase pilote que les patients qui résidaient dans l'Hérault au moment du diagnostic. Les cas non confirmés par prélèvement histologique sur la tumeur ou sur des métastases sont inclus dans la base si l'imagerie ou le dosage des marqueurs étaient suffisants pour retenir le diagnostic de cancer.

#### ➤ Les critères d'exclusion.

Ont été rejetés de l'enregistrement les cancers non urologiques ou concernant les personnes ne résidant pas dans l'Hérault au moment du diagnostic ainsi que les récurrences de cancers diagnostiqués avant 2017 sauf pour les tumeurs urothéliales Ta et CIS avec progression de stade (et non de grade) qui ont été incluses.

➤ Les sources de recueil et d'information.

Les sources qui signalent les cas potentiels au registre sont nombreuses : 1) les Départements d'Information Médicale (DIM) de toutes les structures publiques, privées, libérales ou d'Intérêt Collectif (ESPIC), qui adressent chaque année les listings PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) des patients traités pour un cancer dans leur établissement 2) les caisses d'assurance maladie qui transmettent les inscriptions en affections longues durées (ALD) pour cancer des patients de l'Hérault 3) le réseau Onco-Occitanie qui fournit les données des concertations multidisciplinaires (RCP) 4) les pathologistes qui transmettent les comptes rendus histologiques pour cancer 5) les cabinets d'urologie, de radiothérapie et d'oncologie qui fournissent la liste des patients traités par chirurgie, radiothérapie et/ou chimiothérapie .... Le recueil et le traitement de tous ces fichiers, puis la validation des données dans les dossiers médicaux et la saisie de toutes les variables entraînent un décalage incompressible de deux ans entre le moment du diagnostic et la sortie de statistiques exhaustives des cas de cancers.

➤ Le codage des cancers

Le codage des cancers (topographie et histologie) est réalisé à partir de la Classification Internationale des Maladies en Oncologie 3<sup>ème</sup> édition (CIM-O-3)(7).

Les stades sont présentés selon la classification TNM 7<sup>ème</sup> édition de l'UICC (8).

➤ La gestion des données.

Des fiches de recueil et de saisie ont été réalisées pour chaque organe à partir des recommandations du CCAFU 2018-2020 (9) (10) (11) (12) et des objectifs propres du RHESOU.

La base de données a été créée sur le serveur sécurisé du RTH. Une attachée de recherche clinique a été recrutée pour ce projet. Elle a consulté tous les dossiers médicaux des cas signalés dans les différentes structures de soins et a complété les fiches. Toutes les informations ont ensuite été validées chaque semaine par un urologue, puis saisies et injectées sur le serveur du registre avec un numéro unique pour chaque cas.

➤ Contrôle de qualité et valorisation des données.

Une fois toutes les variables validées et saisies, un contrôle de la qualité du recueil et de la cohérence des données (logiciel Dep Edit du CIRC) ainsi que la recherche de doublons ont été régulièrement réalisés. Si nécessaire, un retour aux dossiers médicaux a été réalisé pour rectifier ou compléter les informations.

➤ Présentation des résultats

Nous avons considéré 7 grandes localisations tumorales dans la présentation des résultats : les cancers de prostate (Code CIM-O-3 : C61), du testicule (C62), du rein (C64), de la vessie (C67), des voies excrétrices supérieures (pyélon : C65 et uretère : C66), du pénis (C60) et de l'urètre (C63).

Les tumeurs de la vessie sont séparées en 2 groupes : les TVNIM (Tumeurs Vésicales N'Infiltrant pas le Muscle) et les TVIM (Tumeurs Vésicales Infiltrant le Muscle). Pour toutes les autres localisations, seuls les cancers invasifs ont été pris en compte.



## Résultats.

2 766 cas de cancers urologiques et des organes génitaux masculins diagnostiqués en 2017 ont été signalés par les différentes sources.

Sur les cas signalés, 914 ont été éliminés (cancers non urologiques, patients domiciliés hors département de l'Hérault, cancers non incidents, cancers non confirmés). Nous présentons dans la figure 1 les données pour les principales tumeurs saisies (cas validés, cas éliminés).

Le nombre de nouveaux cas urologiques diagnostiqués en 2017 dans l'Hérault est de 1 852 (1681 hommes et 171 femmes). Cela représente 19,91% des 9 299 tumeurs diagnostiquées chez les patients de l'Hérault en 2017.

La répartition par organe urologique et par sexe est présentée dans le Tableau 1.

Nous présentons par ailleurs dans différents tableaux quelques exemples de résultats de requêtes obtenus à partir de la base de données. Les critères d'analyse choisis et présentés ici pour chaque organe ne sont pas exhaustifs et sont adaptables.

Le tableau 2 donne quelques résultats de requêtes sur le cancer de la vessie. Le nombre de chimiothérapies néoadjuvantes reste marginal (6%). Pour le cancer du rein (Tableau 3), le nombre de cancers métastasés au diagnostic est de 14% et le nombre de traitements ablatif n'est que de 9%. Dans le tableau 4 sur le cancer de la prostate le nombre de biopsies de confirmation dans la surveillance active n'est que de 7,2%. L'utilisation de la curiethérapie et des ultrasons focalisés reste limitée (1,9% et 1,1% respectivement).

En dehors de ces scénarios non exhaustifs, une analyse des données manquantes dans les dossiers médicaux a été réalisée. A titre d'exemple, le pourcentage de données manquantes pour certaines caractéristiques du cancer de la prostate est

listé dans le tableau 5. Dix-sept pour cents des dossiers ne mentionnent pas la réalisation d'un toucher rectal et 14% la taille de la lésion index en IRM.

L'analyse de la base à partir de requêtes choisies permet aussi l'analyse des pratiques dont nous donnons un exemple dans la figure 2 pour les cancers du parenchyme rénal. Pour les T1a le nombre de néphrectomies élargies semble élevé : 69%.

### **Discussion.**

Les résultats de cette étude montrent l'intérêt et la pertinence d'un registre spécialisé en onco-urologie. Une extension de toutes ces données en fonction du choix des requêtes demandées est possible, ce qui fait la force de cette base pour la recherche.

En France, en plus des douze registres généraux de cancer, il existe des registres spécialisés : registre des cancers digestifs (Calvados, Finistère, Bourgogne), gynécologiques (Bourgogne), hématologiques (Gironde, Bourgogne, Normandie)... En urologie, la seule base de données existante (non rattachée à un registre général) est l'URO-CCR dédiée aux cancers du rein et à la recherche (13). RHESOU est le premier registre Français spécialisé en onco-urologie avec une base de données complète dont l'implémentation et l'exploitation sont aisées. La base de données Nord-Américaine NCDB (National Cancer Data Base) est générale (14). Elle décrit des données démographiques, sur les caractéristiques de la tumeur, sur les facteurs socioéconomiques, les traitements et la survie (15). Les publications à partir de cette base ont augmenté de façon exponentielle depuis 2013 avec 108 publications en 2016. Cependant entre 1992 et 2016 seulement 21 articles sur les cancers génitaux masculins et 14 sur les cancers urologiques ont été publiés.

Dans l'Hérault, la progression des cancers urologiques ces dernières années a justifié la création d'un tel registre spécialisé. En plus des informations collectées par le registre général, il nous est apparu indispensable de regrouper d'autres informations concernant le patient et son cancer et de disposer des éléments de prise de décisions thérapeutiques. Les avancées diagnostiques et thérapeutiques jouent un rôle important dans l'amélioration de la survie et impactent la qualité de vie des patients. Les données fournies par la base RHESOU sont importantes. Toutes ces données ont été présentées aux acteurs de l'onco-urologie de l'Hérault.

La base de données RHESOU est en cours de finalisation. L'informatisation des fiches haut appareil urinaire, testicule, pénis, urètre est en cours.

Plusieurs projets sont développés qui complète cette optimisation du recueil :

\*L'automatisation du recueil des données biologiques par la plupart des laboratoires d'analyse médicale libéraux regroupés au sein d'une même entité : « Labosud-OC Biologie » est à l'étude.

\*Les données de radiologie à partir des différents centres d'imagerie et de médecine nucléaire sont également en cours d'intégration automatique avec une uniformisation des comptes rendus et des données minimales à échanger pour l'IRM, la scintigraphie osseuse et le PETscan choline ou PSMA.

\*L'élaboration d'un fichier tabulé pour l'intégration des données anatomopathologiques par tous les cabinets de pathologie sera prochainement finalisée.

Le comité de pilotage de RHESOU a décidé de faire un suivi des patients saisis sur la base. La fréquence a été fixée à tous les deux ans. Les modalités du suivi posent des problèmes logistiques. L'automatisation du transfert des données, la participation

des patients (programme PRO) faciliteront le travail des ARC dédiés. L'implication des acteurs sera cruciale pour la réussite du projet.

L'uniformisation des comptes rendus d'imagerie et d'anatomopathologie et la traçabilité dans les dossiers médicaux restent une démarche importante afin de recueillir les données nécessaires au RHESOU et recommandées par le CCAFU (groupe coopérateur associant AFU-SFRO-GETUG-SFP).

### **Conclusion.**

RHESOU est une cohorte qui respecte tous les critères de qualité épidémiologiques exigibles et qui permettra, grâce au suivi et aux nombre important de données, de répondre par des études adaptées à de nombreuses questions liées aux facteurs pronostic, à la clinique, à l'efficacité des traitements et au suivi dans l'optimisation des prises en charge des patients. Des essais cliniques et médicaux économiques pourront aussi se greffer sur cette cohorte.

La base de données sera aussi adaptable en fonction des avancées thérapeutiques qui pourront survenir dans les années à venir. Elle sera donc un outil toujours en évolution avec lequel il sera possible d'effectuer de nombreux de projets.

### **Références bibliographiques.**

1. Cowppli-Bony A, Colonna M, Ligier K, Jooste V, Defossez G, Monnereau A, et al. [Descriptive epidemiology of cancer in metropolitan France: Incidence, survival and prevalence]. Bull Cancer (Paris). août 2019;106(7-8):617-34.
2. Belot A, Grosclaude P, Bossard N, Jouglu E, Benhamou E, Delafosse P, et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. Rev Epidemiol Sante Publique. juin 2008;56(3):159-75.
3. Boffa DJ, Rosen JE, Mallin K, Loomis A, Gay G, Palis B, et al. Using the National Cancer Database for Outcomes Research: A Review. JAMA Oncol. 01 2017;3(12):1722-8.

4. Steliarova-Foucher E, O'Callaghan M, Ferlay J, Masuyer E, Rosso S, Forman D, et al. The European Cancer Observatory: A new data resource. *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990. juin 2015;51(9):1131-43.
5. Kando Julien. Populations légales au 1 janvier 2014 1 107 398 habitants dans l'Hérault. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285990>.
6. Projection de la population en Languedo-Roussillon à l'horizon 2040. La croissance démographique resterait forte mais se tasserait Insee [internet] disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistique/1285990>.
7. Classification internationale des maladies pour l'oncologie (CIM-O-3) - WHO - OMS - [Internet]. [cité 8 avr 2020]. Disponible sur: <https://apps.who.int/bookorders/WHP/detart1.jsp?sesslan=2&codlan=2&codcol=15&codcch=3350>
8. Paner GP, Stadler WM, Hansel DE, Montironi R, Lin DW, Amin MB. Updates in the Eighth Edition of the Tumor-Node-Metastasis Staging Classification for Urologic Cancers. *Eur Urol*. 2018;73(4):560-9.
9. Rozet F, Hennequin C, Beauval J-B, Beuzeboc P, Cormier L, Fromont-Hankard G, et al. [French ccAFU guidelines - Update 2018-2020: Prostate cancer]. *Progres En Urol J Assoc Francaise Urol Soc Francaise Urol*. nov 2018;28 Suppl 1:R81-132.
10. Rouprêt M, Neuzillet Y, Pignot G, Compérat E, Audenet F, Houédé N, et al. French ccAFU guidelines – Update 2018–2020: Bladder cancer. *Progres En Urol J Assoc Francaise Urol Soc Francaise Urol*. 20 2019;28(S1):R48-80.
11. Rouprêt M, Xylinas E, Colin P, Houédé N, Compérat E, Audenet F, et al. [French ccAFU guidelines - Update 2018-2020: Upper tract urothelial carcinoma]. *Progres En Urol J Assoc Francaise Urol Soc Francaise Urol*. nov 2018;28 Suppl 1:R34-47.
12. Bensalah K, Albiges L, Bernhard J-C, Bigot P, Bodin T, Boissier R, et al. [French ccAFU guidelines - Update 2018-2020: Management of kidney cancer]. *Progres En Urol J Assoc Francaise Urol Soc Francaise Urol*. nov 2018;28 Suppl 1:R5-33.
13. UroCCR: Réseau Français de Recherche sur le Cancer du Rein [Internet]. [cité 8 avr 2020]. Disponible sur: <https://ssl3.isped.u-bordeaux2.fr/UROCCR/Public/index.aspx>
14. Su C, Peng C, Agbodza E, Bai HX, Huang Y, Karakousis G, et al. Publication trend, resource utilization, and impact of the US National Cancer Database: A systematic review. *Medicine (Baltimore)*. mars 2018;97(9):e9823.
15. Boffa DJ. What's Lost in What's Missing: A Thoughtful Approach to Missing Data in the National Cancer Database. *Ann Surg Oncol*. mars 2019;26(3):709-10.

### **Les liens d'intérêts :**

Les auteurs n'ont déclaré aucun lien d'intérêt en relation avec cet article.

### **Remerciements.**

Nous remercions Mr Bertrand Aygon qui gère l'informatique du RHESOU.

Nous remercions pour leur soutien financier qui a permis la création et la première année de fonctionnement du RHESOU : La ligue départementale de l'Hérault contre le cancer, l'association « Les bacchantes », le laboratoire Astellas et le SIRIC de Montpellier (SIRIC Montpellier Cancer Grant INCa\_Inserm\_DGOS\_12553).

### **Illustrations : Légendes des figures et tableaux.**

Figure 1 : Répartition de l'analyse des données pour la prostate, la vessie et le rein.

Figure 2 : Type de néphrectomie en fonction du stade clinique.

Tableau 1 : Dénombrement des cas par organe.

Tableau 2 : Données requêtes vessie.

Tableau3 : Données requêtes rein.

Tableau 4 : Données requêtes prostate.

Tableau 5 : Données manquantes sur la prostate.

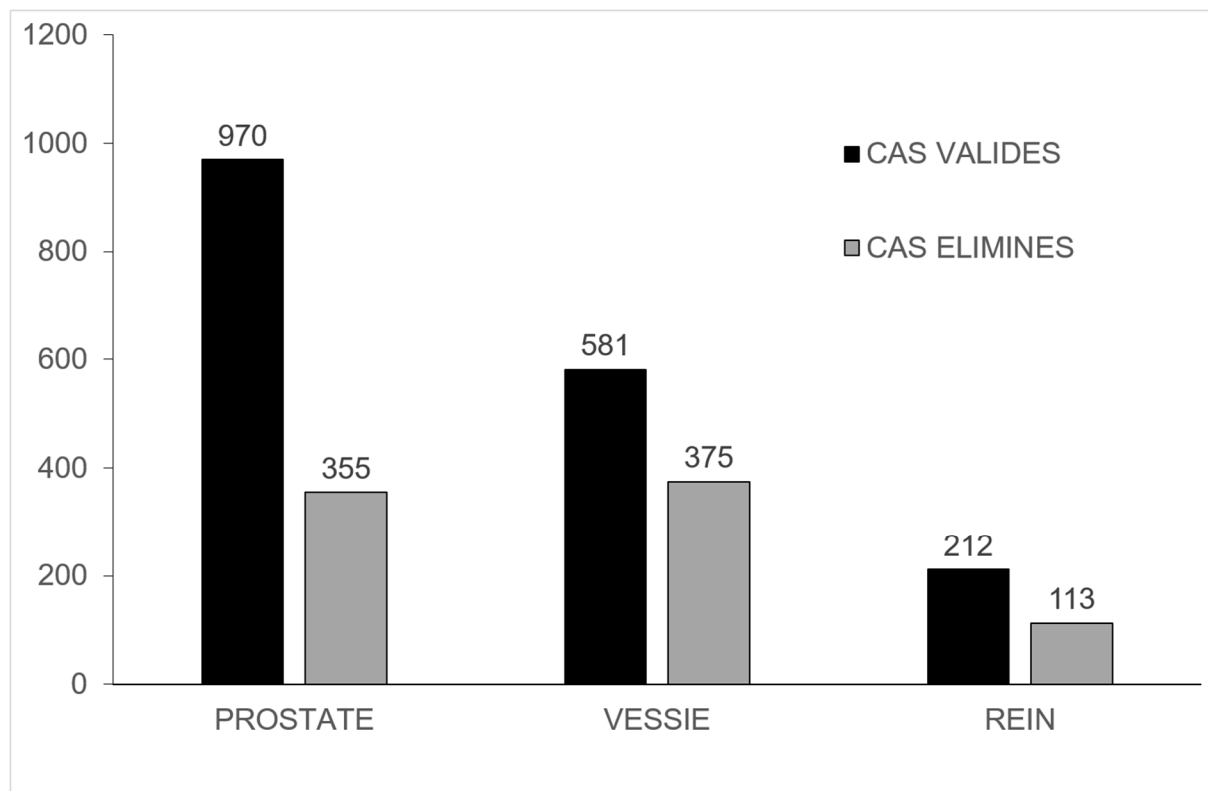


Figure 1 : Répartition de l'analyse des données pour la prostate, la vessie et le rein.

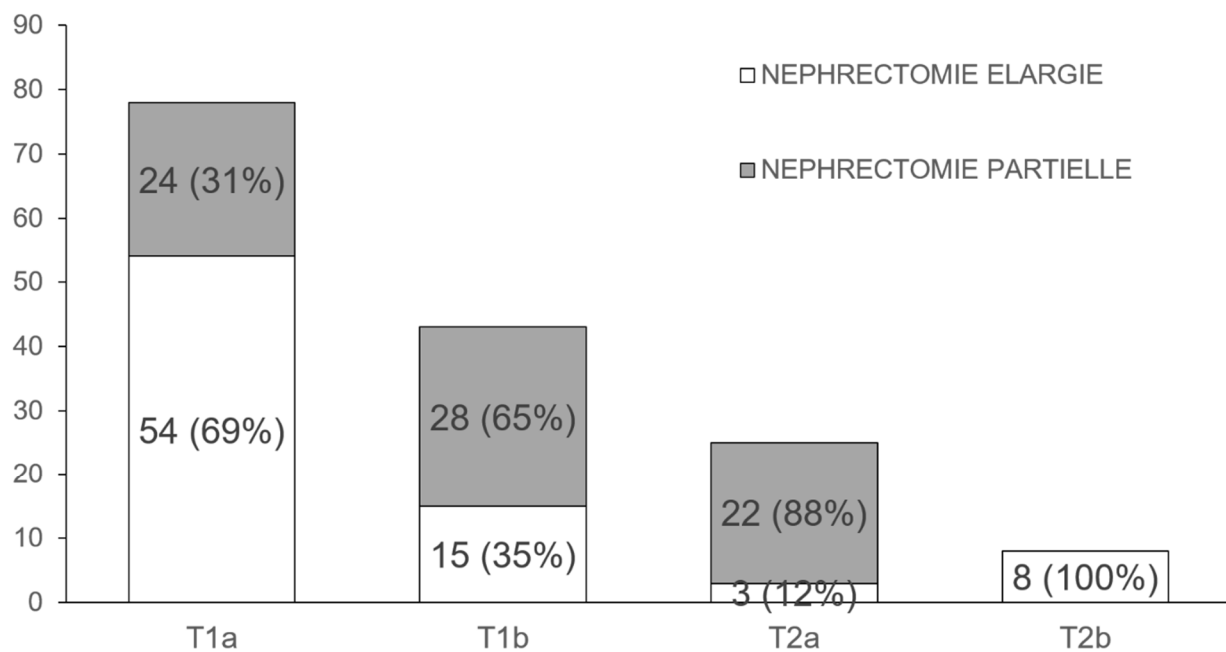


Figure 2 : Type de néphrectomies en fonction du stade clinique.



<b>Cancers</b>	<b>Nombre de cas 2017</b>	
	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>
<b>Prostate</b>	970	-
<b>Vessie</b>	492	89
<b>Rein</b>	148	64
<b>Uretère</b>	19	11
<b>Pyélon</b>	15	6
<b>Testis</b>	28	-
<b>Pénis</b>	9	-
<b>Urètre</b>	0	1
<b>Total</b>	1681	171

Tableau 1 : Dénombrement des cas par organe et par sexe.

<b>Vessie 2017</b>	<b>Nombre</b>	<b>%</b>
<b>Nombre total de TV</b>	581	
<b>Nombre de TVNIM</b>	407	70%
Nombre de stades Ta	297	51%
Nombre de stades Tis	14	2%
Nombre de stades T1	96	17%
<b>Nombre d'instillations endo vésicales</b>	149	26%
Nombre Mitomycine endo vésicale	33	6%
Nombre BCG endo vésical	116	20%
<b>Nombre de TVIM d'emblée</b>	174	30%
<b>Nombre de M+ au diagnostic (TVIM)</b>	37	6%
<b>Nombre de cystectomies (TVIM)</b>	87	15%
<b>Nombre de N+ à la cystectomie (TVIM)</b>	25	4%
<b>Nombre de CT néoadjuvantes</b>	34	6%
<b>Nombre de radiothérapies ± CT</b>	26	4%

Tableau 2 : Données requêtes Vessie.

<b>Rein 2017</b>	<b>Nombre</b>	<b>%</b>
<b>Nombre de cancers</b>	212	
<b>Nombre de cancers métastasés d'emblée</b>	29	14%
<b>Nombre de néphrectomies élargies</b>	80	39%
<b>Nombre de néphrectomies partielles</b>	74	34%
<b>Nombre de traitements ablatifs</b>	18	8%
<b>Autres traitements (surveillance,...)</b>	11	5%

Tableau 3 : Données requêtes Rein.

<b>Prostate 2017</b>	<b>Nombre</b>	<b>%</b>
<b>Nombre de cancers de la prostate</b>	970	
Nombre de CaP ISUP 1	333	34,3%
Nombre de CaP ISUP 2	284	29,3%
Nombre de CaP ISUP 3	184	19%
Nombre de CaP ISUP 4	81	8,4%
Nombre de CaP ISUP 5	69	7,1%
<b>Nombre de cancers localement évolués (T3 et T4 au TR)</b>	56	5,8%
<b>Nombre d'IRM avant biopsies de la prostate</b>	418	43,1%
<b>Nombre de N+ au diagnostic</b>	54	5,6%
<b>Nombre de M+ au diagnostic</b>	92	9,5%
<b>Nombre de surveillances actives (SA)</b>	104	10,7%
Nombre de biopsies de confirmation dans la SA	70	7,2%
<b>Nombre de prostatectomies (en primo-traitement)</b>	288	29,7%
Nombre de RT adjuvantes	8	0,8%
Nombre de RT de rattrapage	25	2,6%
<b>Nombre de radiothérapies ± HT</b>	277	28,6%
<b>Nombre de curiethérapies</b>	18	1,9%
<b>Nombre d'HIFU</b>	11	1,1%

Tableau 4 : Données requêtes Prostate.

<b>Cancer prostate (N=970)</b>	<b>Nombre de données manquantes</b>	<b>%</b>
PSA au diagnostic	9	1%
Toucher rectal	165	17%
IRM taille de la lésion index	137	14%
IRM : le PIRADS	75	8%
<b>Prostatectomie (N=293)</b>	<b>Nombre de données manquantes</b>	<b>%</b>
Préservation nerveuse	55	19%
Invasion vasculaire et lymphatique	207	71%
<b>Surveillance active (N=105)</b>	<b>Nombre de données manquantes</b>	<b>%</b>
Biopsies de confirmation	34	32%

Tableau 5 : Données manquantes sur la prostate.